

Dansk Retspsykiatrisk Database

Evidensrapport

Grundlag for databasens population, indikatorer og udviklingsmål

2025



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Dansk Retspsykiatrisk Database
© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Kvalitetskonsulent for databasen:
Navn: Rune Bjerg Hansen
E-mail: ruhans@sundk.dk
Telefonnummer: +45 24348468

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.0 (høringsversion)
Versionsdato: 06.05.2025

Forord

Patienter med psykiatrisk særforanstaltning adskiller sig fra psykiatriens øvrige patienter ved at være defineret af deres retslige status og gruppen er derfor heterogen, hvad angår psykiatrisk diagnose.

Patienter, der har psykiatrisk særforanstaltning kan have en lang række psykiatriske diagnoser, herunder diagnoser, der er omfattet af andre databaser i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Behandlingsopgaven har udover bedring af den psykiske tilstand som formål at begrænse risikoen for ny kriminalitet.

Retspsykiatriske behandlingsdømte patienter kan henføres til straffelovens § 16, stk. 1 (personer der var sindssyge på gerningstidspunktet eller i en tilstand ligestillet hermed) og straffelovens § 69 (personer i en tilstand betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse, der ikke er omfattet af § 16) eller straffelovens § 73 (personer, der efter gerningstiden men før dom er kommet i en ikke blot forbigående tilstand beskrevet i §16 eller §69).

Kun en lille del af de behandlingsdømte er anbringelsesdømte, og for de øvrige foranstaltningsdømte gælder, at man sædvanligvis den overvejende del af tiden behandles ambulant, da overlægen i samarbejde med Kriminalforsorgen uden ny retsafgørelse kan genindlægge, når det findes påkrævet for at forebygge ny kriminalitet. Foranstaltningerne kan være både tidsbegrænsede og uden tidsbegrænsning, og da foranstaltningerne (fraset den rene ambulante behandling) giver mulighed for frihedsberøvelse uden anvendelse af (og på videre indikation end) Psykiatriloven, er det et særligt aspekt af kvalitet at sikre at foranstaltningens varighed ikke udstrækkes unødigt.

Rammen for og udvælgelsen af databasens population er således lovgivningsmæssigt betinget og nationalt bundet, og der ligger samlet sparsom evidens for effekt af behandlingen på risikoen for kriminalitetsrecidiv.

Databasens formål er fortsat at sikre beskrivelse af den danske population og give mulighed for sammenligning af patienterne med psykiatrisk særforanstaltning med henblik på at udvikle kvaliteten af behandlingen målt på kriminalitetsrecidiv samt mindske variation af tilbuddet, herunder varighed og udstrækning.

Databasen har haft en vanskelig og langvarig opstart og med ny evidensrapport i ryggen, hvor der fortsat er sparsom national evidens, er forhåbningen at kunne se frem til større databasekomplethed med mulighed for kvalitetsudvikling på det retspsykiatriske område.

Tina Gram Larsen, lægefaglig direktør i Psykiatrien i Region Nordjylland

Indholdsfortegnelse

Formål med evidensrapporter	6
Styregruppen for Dansk Retspsykiatrisk Database	7
Indikatoroversigt	9
Baggrund	11
Retspsykiatriens opgaver og lovgrundlag	11
Databasens population	13
Teknisk specifikation af population	13
Patientforløbsafgrænsning	13
Incidens - foranstaltningsdomme	13
Prævalens - foranstaltningsdomme	14
Baggrund for de aktuelle indikatorer	15
Varighed af behandlingsdom	15
Tid fra modtagelse af dom til første kontakt	17
Risikovurderinger	17
Antal ambulante kontakter	20
Absenteringer	21
Kriminelt recidiv	22
Metode	24
Litteratursøgning	24
Kliniske retningslinjer	24
Reviews, systematiske reviews og meta-analyser	24
Primær litteratur	24
Evidensgraduering	25
Evidensgrundlag for indikatorerne	26
Søgeresultat	26
1a1 – Dom start-dom slut, A-dom	27
1a2 – Dom start-dom slut, BC-dom	29
1b1 – Modt. dom-1. kontakt, B-dom	31
1b2 – Modt. dom-1. kontakt, C-dom	32
2 - Risikovurdering, incidente (2a) og prævalente (2b)	33
3 – Ambulante kontakter	35
4 – Absenteringer, Rømnings- (4a), Undvigelses- (4b) og Udeblivelses rate (4c)	36
5 og 6 – Dom ophæves ny kriminalitet og tiltalefrafald ny kriminalitet	37
Rationale og udviklingspotentiale	38
Referencer	39
	44

Forkortelser

BVC	Brøset Violence Checklist
DASA	Dynamic Appraisal of Situational Aggression
EPA	European Psychiatric Association
HCR-20 V2	Historical, Clinical, Risk Management – 20 items version 2
KIP	Kvalitets Indrapporterings Platform
LPR	Landspatientregistret
PCL:SV	The Hare Psychopathy Checklist: Screening version.
RM	Rigsadvokatmeddelelsen - Psykisk afvigende kriminelle
ROC-AUC	Receiver Operating Characteristic – Area Under the Curve
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability
SundK	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide
V-RISK-10	Violence Risk Screening – 10 items
V-RISK-Y	Violence Risk Screening for youngs

Formål med evidensrapporter

Formålet med evidensrapporter er at beskrive evidensgrundlaget for databasens indikatorer og udviklingsmål. Rapporten synliggør således den viden og de overvejelser, der ligger til grund for fastsættelse af indikatorer, udviklingsmål og analysemetoder.

En indikator er en målbar variabel, der i de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes til at monitorere og vurdere kvaliteten i sundhedsvæsenet. Monitoreringen understøtter den løbende udvikling af kvaliteten i patientforløbet i en kontinuerlig stræben efter høj og ensartet kvalitet båret af de kliniske miljøer på området. Den kliniske kvalitetsdatabases indikatorer bør derfor belyse relevante kliniske retningslinjer inden for databasens område, der indeholder faglige anbefalinger bygget på national konsensus om 'god kvalitet' ¹.

Indikatorer kan typeinddeles i 3 kategorier:

Struktur-indikatorer (de tilgængelige ressourcer, f.eks. antal speciallæger på en afdeling).

Proces-indikatorer (aktiviteter, som udføres i forbindelse med det kliniske og organisatoriske arbejde i relation til patientforløbet, f.eks. andel af behandlinger, som udføres i henhold til kliniske retningslinjer).

Resultat-indikatorer (effekten, som opnås i patientens sundhedstilstand, som tilskrives indsatsen, f.eks. overlevelse).

Indikatorsættet vil ofte være balanceret på de forskellige indikatortyper, med hovedvægt på proces- og resultatindikatorer, og tilstræbe et antal indikatorer, der er i overensstemmelse med et realistisk omfang af tilhørende klinisk kvalitetsudviklingsaktivitet. Databasestyregruppen kan vælge at supplere indikatorsættet med forklarende eller prognostiske variable, der f.eks. anvendes til stratificering eller justering for forskelle i patientsammensætningen.

Fastsættelse af målet for kvalitetsudviklingen – udviklingsmålene – sker sjældent udelukkende på baggrund af evidens, men vil ofte afspejle ekspertkonsensus, værdier eller politiske målsætninger. Udviklingsmålet vil typisk afspejle et realistisk men højt ambitionsniveau: det niveau for indikatorværdien man stræber efter at opnå. Angivelse af et eksakt niveau undlades til tider, men den ønskede forbedringsretning bør altid fremgå.

Evidensrapporten opdateres som minimum hvert tredje år som led i databasens godkendelsesperiode ². Dette sikrer at indikatorsættet afspejler den nyeste viden på området og sikrer samtidigt, at områder hvor kvaliteten har ligget stabilt højt i en længere periode ikke længere monitoreres og indikatoren afvikles/erstattes.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut afholder databasens udgifter i forbindelse med vedligehold, revision og udvikling af indikatorsættet.

Uddybende information om indikatorbaseret kvalitetsudvikling, indikatorer og udviklingsmåler kan findes på Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 's hjemmeside: www.sundk.dk

¹ Jf. Bekendtgørelse om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser, kap. 2, §5, stk.10.

² Jf. Sundhedsdatastyrelsens vejledning vedr. kliniske kvalitetsdatabaser (2018), kap. 2, afsnit 2.23.

Styregruppen for Dansk Retsspsykiatrisk Database

Formand	Tina Gram Larsen Lægefaglig direktør	Psykiatrien Hospitalsledelsen
Øvrige medlemmer		
Region Hovedstaden	Mette Brandt Overlæge Retsspsykiatrisk Interesse Gruppe Peter Worm Jantzen Cheflæge Dansk Psykiatrisk Selskab	Region Hovedstadens Psykiatri
Region Sjælland	Per Balling Cheflæge Dansk Psykiatrisk Selskab	Afdeling for Retsspsykiatri
Region Syddanmark	Ole Schjerning Ledende overlæge Dansk Psykiatrisk Selskab	Psykiatrien, Region Syddanmark
Region Midtjylland	Kirsten Nitschke Afsnitsleder, overlæge Dansk Psykiatrisk Selskab Michelle O. Kring Cheflæge Dansk Psykiatrisk Selskab	Retsspsykiatrisk Klinik, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien
Region Nordjylland	Christian Uggerby Cheflæge Dansk Psykiatrisk Selskab	Retsspsykiatrisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	Dorte Gilså Hansen Klinisk epidemiolog, ph.d.	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut Databaseafdeling 3: Psykiatri, Gynækologi/Obstetrik og Kroniske Sygdomme
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	Lasse Pirk Datamanager	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut Databaseafdeling 3: Psykiatri, Gynækologi/Obstetrik og Kroniske Sygdomme
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	Rune Bjerg Hansen Specialkonsulent	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut Databaseafdeling 3: Psykiatri, Gynækologi/Obstetrik og Kroniske Sygdomme

Styregruppens rolle i forbindelse med indicatorsættet

Databasens styregruppe skal bl.a. sikre den løbende udvikling af databasen, så indikatorerne er i overensstemmelse med nyeste viden og evidens på området – og er praktisk anvendelige til klinisk kvalitetsudvikling, herunder at indikatorerne afspejler eventuelle gældende kliniske retningslinjer og patientperspektivet.

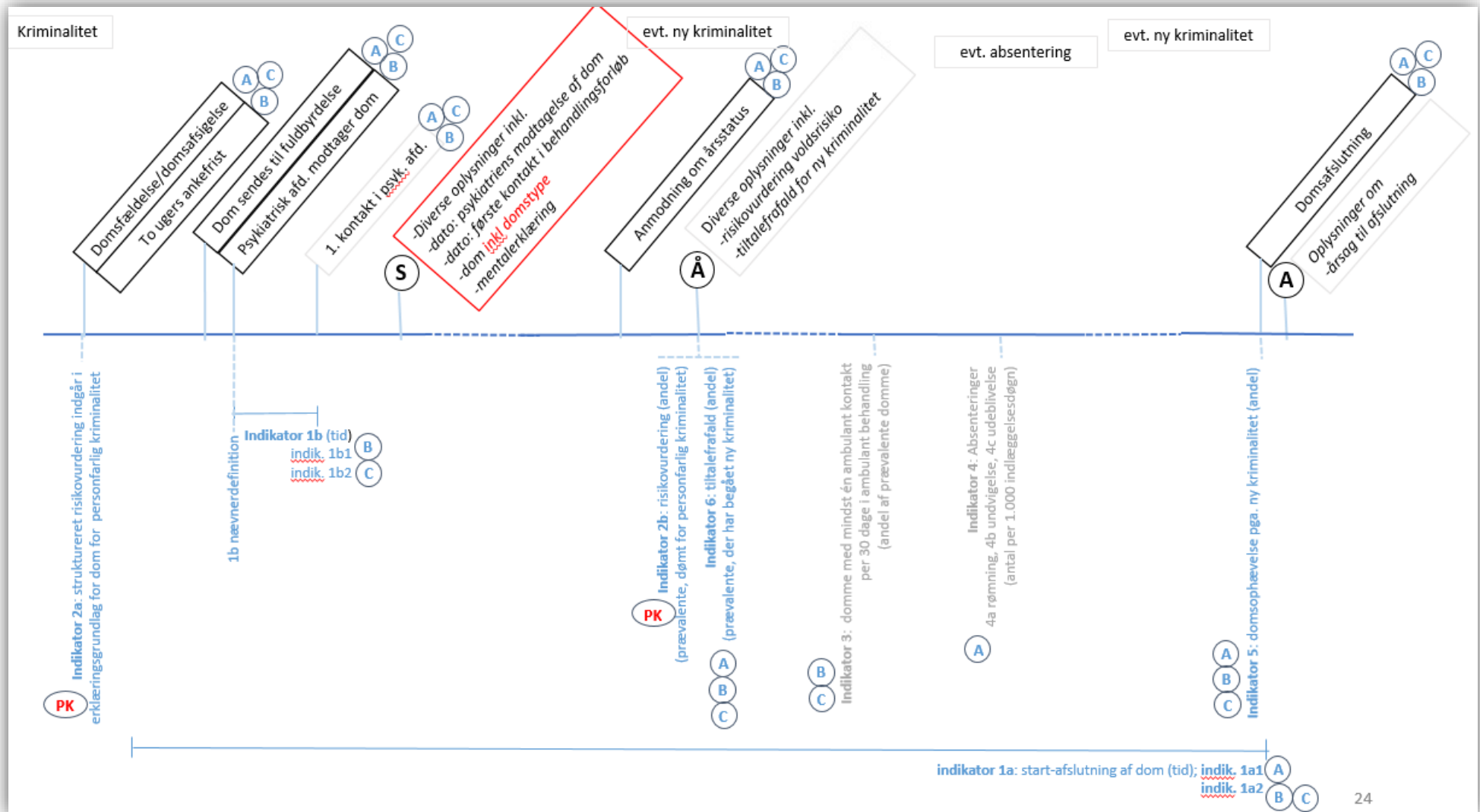
Databaseteamet i SundK skal som en del af styregruppen rådgive og understøtte klinikerne via løbende dialog om valg af indikatorer med afsæt i evidens samt ekspertviden om data, kvalitetsudvikling og epidemiologisk ekspertise.

Spørgsmål vedr. databasens indicatorsæt kan rettes til styregruppen via databasens kontaktperson. Kontaktoplysninger findes under den enkelte database:
<https://www.sundk.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/>

Indikatoroversigt

Nr.	Indikatornavn	Udviklingsmål	Type
.1a 1	Dom start-dom slut, A-domme Tid fra start af dom til dom afsluttes, A-dom.		Resultat
1a2	Dom start-dom slut, B- og C-domme Tid fra start af dom til dom afsluttes, B- eller C-dom.		Resultat
1b1	Modt. dom-1. kontakt, B-domme Tid fra modtagelse af dom til 1. kontakt i psykiatrisk afdeling, B-domme.		Proces
1b2	Modt. dom-1. kontakt, C-domme Tid fra modtagelse af dom til 1. kontakt i psykiatrisk afdeling, C-domme.		Proces
2a	Risikovurdering, incidente Struktureret risikovurdering, incidente patienter dømt for personfarlig kriminalitet.		Proces
2b	Risikovurdering, prævalente Struktureret risikovurdering, prævalente patienter dømt for personfarlig kriminalitet.		Proces
3	Ambulante kontakter, B- og C-domme Andel patienter med mindst én ambulant kontakt pr. måned.		Proces
4a	Rømningssrate Antal absenteringer ved rømning pr. 1000 indlæggelsesdøgn.		Resultat
4b	Undvigelsesrate Antal absenteringer ved undvigelse pr. 1000 indlæggelsesdøgn.		Resultat
4c	Udeblivelsesrate Antal absenteringer ved udeblivelse pr. 1000 indlæggelsesdøgn.		Resultat
5	Dom ophæves ny kriminalitet Andel patienter med ophævede domme, hvor domsophævelse er sket pga. ny kriminalitet.		Resultat
6	Tiltalefrafald ny kriminalitet Andel patienter med tiltalefrafald (på ny kriminalitet) i opgørelsesperioden.		Resultat

Figur 1. Skematisk oversigt over de oplysninger og hændelser i et domsforløb, der danner grundlag for databasens indikatorer.



Baggrund

Retsspsykiatriens opgaver og lovgrundlag

Retsspsykiatriens opgave er at varetage behandlingen af psykisk syge lovovertrædere, vurdere og håndtere risiko for nye lovovertrædelser, samt bistå myndigheder og domstole med faglige vurderinger til brug ved eksempelvis retssager¹. Disse opgaver er gennemgående i en europæisk og vestlig kontekst, men de behandlingsmæssige rammer og den lovgivning, der er definerende for det retsspsykiatriske arbejde varierer i høj grad fra land til land – selv inden for Skandinavien². I nogle europæiske lande er retsspsykiatri et subspecial, der kræver selvstændig akkreditering, mens det i dansk kontekst er et fagligt specialisterområde³.

Det retsspsykiatriske område reguleres primært af det lovgivningsmæssige grundlag, navnlig straffelovens bestemmelser. De behandlingsmæssige rammer hviler i høj grad på de samme behandlingsprincipper som danner grundlag for behandlingen i den almene psykiatri.

Efter dansk lovgivning (straffelovens § 16, stk. 1) pålægges der ikke straf til personer, der på gerningstidspunktet var utilregnelige som følge af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed⁴. Det samme gør sig gældende for personer, der var mentalt retarderede i højere grad, jf. straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt.⁴ Personer, der på gerningstiden var mentalt retarderede i lettere grad, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægge straf, jf. straffelovens § 16, stk. 2.⁴

Hvis en tiltalt frifindes for straf i medfør af straffelovens § 16, vil retten som udgangspunkt idømme vedkommende en retsspsykiatrisk særforanstaltning, med det formål at forebygge ny kriminalitet, jf. straffelovens § 68⁴. Endvidere kan retten, såfremt det findes formålstjenligt, idømme andre foranstaltninger end straf til personer, der på gerningstidspunktet for en kriminel handling befandt sig i en tilstand der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, som ikke falder inden for den i straffelovens § 16 nævnte personkreds (jf. straffelovens § 69). Personer der efter gerningstidspunktet, men inden domsafsigelse kom i en tilstand, der kan ligestilles med de i § 16 nævnte (og i sjældne tilfælde §69), kan ligeledes idømmes en retsspsykiatrisk særforanstaltning, men er ikke straffrie, jf. straffelovens § 73^{5,6}.

Gruppen af mentalt retarderede lovovertrædere hører i udgangspunktet ikke inden for retsspsykiatriens område, men kan i stedet pådømmes foranstaltning til kommunalt tilsyn eller ophold på institution⁵.

Det er efter dansk tradition ikke nødvendigt at fastslå en sammenhæng mellem det konkrete udtryk af den psykiske lidelse og den begåede kriminalitet. Den retslige afgørelse baseres dels på den lægefaglige vurdering angående lovovertræderens psykiske tilstand på gerningstidspunktet, men ligeledes på en juridisk vurdering, foretaget af retten, angående den tiltaltes tilregnelighed⁵. Dette giver domstolene mulighed for at idømme straf til personer, der på baggrund af en lægelig vurdering findes sindssyge, men ud fra en juridisk vurdering findes tilregnelige. Det forekommer dog yderst sjældent, at en lovovertræder findes sindssyg og samtidigt juridisk tilregnelig^{7,8}.

Mens der for voldelig kriminalitet ofte kan være en sammenhæng med en psykotisk tilstand vil det være anerledes i forhold til andre kriminelle forseelser, fx berigelseskriminalitet, som mere oplagt kan have en årsagssammenhæng med graden af social og økonomisk marginalisering.

Når der efter mentalundersøgelse af en sigtet afgives erklæring, vil der med baggrund i den lægefaglige undersøgelse gives anbefaling angående formålstjenlig foranstaltning ud fra et behandlingsmæssigt

perspektiv⁵. Som udgangspunkt falder de foranstaltninger, der hører inden for retspsykiatriens område, inden for 4 kategorier⁵:

- Dom til anbringelse (A-dom) på psykiatrisk afdeling eller på Sikringen i Slagelse. Dom til anbringelse kan ændres til behandlingsdom eller ophæves efter domstolsprøvelse.
- Dom til psykiatrisk behandling (B-dom) starter med indlæggelse i psykiatrisk afdeling og mulighed for udskrivelse til ambulant opfølgning samt med mulighed for genindlæggelse i medfør af foranstaltningsdommen (uden retskendelse).
- Dom til psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse (C-dom type 3 og type 4) indledes som udgangspunkt ambulant, men giver mulighed for indlæggelse i medfør af foranstaltningsdommen (uden retskendelse). En Højesteretskendelse fra 2022 har fastslået, at der ved indlæggelse efter denne domstype er adgang til domstolsprøvelse. Denne type foranstaltning adskiller sig fra B-domme ved at behandlingen kan indledes ambulant.
- Dom til ambulant psykiatrisk behandling uden mulighed for indlæggelse (C-dom type 1 og type 2) giver alene mulighed for ambulant opfølgning. Indlæggelse kan kun ske frivilligt eller i henhold til psykiatrilovens bestemmelser. Denne foranstaltningstype forekommer sjældent.

Antallet af afsagte foranstaltningsdomme steg markant fra 1981 og frem, med en særlig markant stigning fra 2000 til 2011^{9,10}. Fra 2011 og frem til 2022 (nyeste tilgængelige tal) har antallet af nye domme været stort set konstant¹⁰. Antallet af personer underlagt foranstaltningsdomme har tilsvarende været stigende fra starten af 80'erne, med det højeste antal i 2014. Dette har givet anledning til politisk og samfundsmæssig bevågenhed og i nogle tilfælde kritik af retspsykiatrien og myndighederne^{2,11,12}. Forskellige forklaringer på denne stigning har været foreslået, bl.a. den stigende de-institutionalisering og faldende antal psykiatriske sengepladser, øget tilbøjelighed til politianmeldelse af fx vold og trusler rettet mod personale i psykiatrien¹³, samt utilstrækkelige behandlingsmæssige forhold og manglende støttmæssige ressourcer i kommunalt regi¹¹. En medvirkende faktor kan desuden være en ændring i forståelsen af skizofreni som psykisk lidelse¹⁴ og ændringen af de diagnostiske kriterier med implementering af ICD-10¹⁵. Incidencen af skizofreni har været stigende og flere faktorer har været foreslået som forklaring herpå – bl.a. ændringer i det diagnostiske system, men ligeledes bedre udredning¹⁶ og et stigende antal gennemførte mentalundersøgelser⁹. En undersøgelse af mentalundersøgte i 2016 viste at størstedelen af de foranstaltningsdømte inden, eller på tidspunktet for dommen, havde et behandlingsforløb i den almene psykiatri⁹. Således kan de behandlingsmæssige tilbud i den almene psykiatri ligeledes have betydning for udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter⁹.

Den retspsykiatriske population er diagnostisk set heterogen, men med en overvægt af personer diagnosticeret med skizofreni. Patienter med skizofreni anses i dansk retspraksis stort set altid som værende omfattet af straffelovens § 16, stk. 1 og derfor idømmes de i udgangspunktet særforanstaltninger.

I retspsykiatrien er der en høj andel af patienter med komplekse og kroniske sygdomsforløb og ofte med stofafhængighed som komorbiditet⁹. Der er ofte tale om patienter, der har begået alvorlig personfarlig kriminalitet, har udtalte kognitive deficit og har haft utilstrækkelige opvækstmæssige betingelser⁹.

Der findes en relativt begrænset mængde forskningslitteratur inden for det retspsykiatriske område – sammenlignet med almenpsykiatrien eller somatiske specialer. I Danmark er muligheden for klinisk retspsykiatriske forskning inden for området indskrænket, set i sammenligning med den almene psykiatri. Der er begrænset evidens i den internationale litteratur om hvilke interventioner, farmakologiske og non-farmakologiske, der virker i en retspsykiatriske kontekst^{17,18}. Ydermere bærer den tilgængelige internationale litteratur præg af de lovgivningsmæssige og organisatoriske forskelle, der er imellem

forskellige lande¹⁹. Selv inden for skandinavien eller i vesteuropa er der stor forskel på organisatoriske rammer for behandlingen, samt definitioner af hvilke kriterier, der gør sig gældende for hvem der bliver omfattet af retsspsykiatrien³. Hvor behandlingen af psykisk syge lovovertrædere i nogle lande, som fx i Danmark, er forankret i retsspsykiatrien tilbydes der i andre lande i højere grad behandling i regi af fængselssystemet¹⁹.

Databasens population

Gruppen af retsspsykiatriske patienter er diagnostisk set en heterogen gruppe, dog med en betydelig overvægt af personer med skizofreni^{9,20}. En betydelig del af de patienter, der behandles i retsspsykiatrien, vil således også indgå i andre databaser.

Teknisk specifikation af population

Inklusionskriterier i databasen er:

Alle (psykiatriske) patienter, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning.

Populationen afgrænses til patienter, der er registreret i Dansk Retsspsykiatrisk database (KIP indberetning). Hvert patientforløb består af et startskema, et antal årsstatus-skemaer og et afslutningsskema. KIP-data beriges med data fra LPR.

Patienter med psykiatrisk særforanstaltning er i LPR3 defineret af forløbsmarkører:

- AVRA6 start/Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling (svarer til A.1)
- AVRA6S start/Dom til anbringelse i Sikringsafdeling (svarer til A.2)
- AVRA7 start/Dom til behandling, psykiatrisk afdeling/under tilsyn (svarer til B.1 og B.2)
- AVRA8 start/Dom til ambulant psyk. behandl. m. bestem. om indlægg. (svarer til C.3 og C.4)
- AVRA9 start/Dom til ambulant psykiatrisk behandling (svarer til C.1 og C.2)

Patientforløbsafgrænsning

Dansk Retsspsykiatrisk Database er forløbsbaseret, dvs. et patientforløb er afgrænset til varigheden af en given dom. Databasen inkluderer både incidente og prævalente patienter.

Dato for domsafgivelse markerer forløbsstart og dato for afslutning af dom markerer forløbsafslutning. En patient kan indgå flere gange i en opgørelsesperiode, hvis et forløb afsluttes og et nyt startes indenfor samme opgørelsesperiode.

Hvis en patient overflyttes fra en afdeling til en anden under behandlingsforløbet, vil behandlingsansvaret for forløbet blive flyttet til den nye afdeling fra det tidspunkt overflytningen finder sted.

Afslutning af forløb defineres i LPR af:

AVRB6 slut/Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling

AVRB6S slut/Dom til anbringelse i Sikringsafdeling

AVRB7 slut/Dom til behandling, psykiatrisk afdeling/under tilsyn

AVRB8 slut/Dom til ambulant psyk. behandl. m. bestem. om indlæg.

AVRB9 slut/Dom til ambulant psykiatrisk behandling.

Skematisk oversigt over de hændelser i et retsspsykiatrisk behandlingsforløb, der danner grundlag for de enkelte indikatorer er gengivet i figur 1.

Incidens - foranstaltningsdomme

I 2022 blev der afsagt 716 foranstaltningsdomme omhandlende i alt 713 personer. Af de afsagte domme angik 66 % psykisk syge (straffelovens § 16, stk. 1, 1. pkt), mens 15 % angik mangelfuldt udviklede m.v. (straffelovens § 69)¹⁰. Af de domme, der gav mulighed for indlæggelse/anbringelse, var der for gruppen af psykisk syge ikke fastsat nogen længstetid i 44 % af dommene. For gruppen af mangelfuldt udviklede var dette tilfældet i 45 % af dommene¹⁰.

Prævalens - foranstaltningsdomme

Den 31. december 2022 var 3.852 foranstaltningsdomme afsagt efter 1. juli 2000, fortsat igangværende¹⁰. Heraf omhandlede 2.630 (68%) domme psykisk syge, mens 433 (11%) omhandlede mangelfuldt udviklede.

Baggrund for de aktuelle indikatorer

Varighed af behandlingsdom

Indikator 1a1 for A-domme og 1a2 for B- og C-domme

Antallet af retspsykiatriske patienter steg betydeligt op gennem 80'erne og 90'erne²¹. Dette ledte, på baggrund af en betænkning fra Straffelovsrådet i 1999²², til en straffelovsændring i 1. juli 2000, der betød, at der som udgangspunkt skal fastsættes en længstetid for den idømte foranstaltning – med mindre den pådømte kriminalitet omhandlede alvorlig personfarlig kriminalitet. Ved foranstaltninger, der giver mulighed for indlæggelse eller anbringelse i institution er længstetiden 5 år (dog med mulighed for forlængelse), mens der ved foranstaltninger uden mulighed for indlæggelse i udgangspunktet er en længstetid på 3 år⁵. Det fremgår af Rigsadvokatmeddelelsen⁵, at det er den regionale Statsadvokat, der fører kontrol med alle idømte foranstaltninger, jf. straffelovens §§ 68-69. Kontrollen skal føres for at sikre, at foranstaltningen bliver ophævet, hvis behandlingsmæssige hensyn eller proportionalitetshensyn ikke taler for at opretholde foranstaltningen, eller hvis risikoen for recidiv ikke længere er til stede⁵.

Som anført i Rigsadvokatmeddelelsen, påhviler det anklagemyndigheden at påse, at idømte foranstaltninger ikke opretholdes længere end nødvendigt⁵. Varigheden af de idømte foranstaltninger har givet anledning til opmærksomhed fra lovgivernes side¹¹, samt fra andre organisationer¹². Det er en debat der også pågår i andre lande^{23,24}. I en rapport fra Rigsrevisionen, udgivet i 2021, bemærkes det, at manglende eller uegnede boligtilbud i kommunerne kan bevirke, at patienter ikke udskrives, når det ud fra et behandlingsmæssigt hensyn var muligt¹¹. I en rapport fra Center for menneskerettigheder bemærkes det ligeledes, at mangler i det ordinære behandlingssystem eller socialpsykiatriske system kan være medvirkende til at forlænge varigheden af særforanstaltninger¹². Det Retspsykiatriske område kan således ikke ses som et isoleret område, men er påvirkeligt af mange faktorer fra andre samfundsmæssige områder^{9,25}. En psykiatrisk særforanstaltning giver mulighed for, i kriminalitetsforbyggende øjemed, at anbringe eller indlægge den foranstaltningsdømte i en psykiatriske afdeling. En psykiatrisk særforanstaltning giver derimod ikke mulighed for iværksættelse af eksempelvis medicinsk behandling uden patientens samtykke. Dette kan kun ske inden for de samme lovgivningsmæssige rammer, som er gældende i den almene psykiatri, jf. psykiatrilovens § 12.²⁶ Denne begrænsning kan potentielt være medvirkende til at øge omfanget af tvang og unødigt forlænge varigheden af indlæggelse i henhold til behandlingsdom²⁷.

Navnlig spørgsmålet omkring proportionalitet i mellem særforanstaltninger kontra almindelig straf har givet anledning til debat¹². Det fremhæves at særforanstaltninger ofte opretholdes i en længere periode for kriminalitet, der almindeligvis ville resultere i bødestraf eller kortere fængselsstraf. I Straffelovrådets betænkning nr. 1372/1999²² om tidsbegrænsning af foranstaltninger efter straffelovens § 68 og § 69, fremgår om proportionalitetshensynet, at det ville stride mod principperne bag straffelovens § 16 at kræve proportionalitet mellem den begåede kriminalitet og foranstaltningens art og længde. Derimod er det i overensstemmelse med almindelige retsprincipper, at kræve proportionalitet mellem risikoen for ny kriminalitet (herunder kriminalitetens art og grovhed) og foranstaltningens art og længde²². Det forhold, at en særforanstaltning forløber længere, end den tilsvarende almindelige straf for tilsvarende kriminalitet, bevirker således ikke i sig selv, at særforanstaltningen er uproportional. Det fremgår videre, at der i hver enkelt sag bør foretages en konkret vurdering, hvor samtlige sagens momenter, herunder særlig risikoen for recidiv, indgår. Det er således hensynet til risikoen for ligeartet kriminalitet der er afgørende for opretholdelse af en foranstaltning ud fra et proportionalitetshensyn.

I et polsk studie fra 2020 sammenlignedes varighed af indlæggelse for personer dømt til psykiatrisk behandling med personer dømt efter almindelig strafferet for tilsvarende kriminalitet²⁴. Manddrab eller

forsøg på manddrab blev ikke inkluderet i undersøgelsen. Resultaterne viste, at personer dømt til psykiatrisk behandling på baggrund af stalking tilbragte længere tid under indlæggelse end varighed af fængselsstraf for tilsvarende kriminalitet²⁴. Modsat var tilfældet for personer dømt for seksualforbrydelser, hvor ophold i hospital var kortere end tilsvarende fængselsstraf.²⁴ Ved domme for vold var varigheden mere sammenlignelig²⁴.

Retsspsykiatrien funderer sig behandlingsmæssigt på de samme principper som i almenpsykiatrien. Et grundlæggende princip i den almene psykiatri, og sundhedsvæsenet som helhed, er hensynet til det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse. Det er et bærende princip i sundhedsloven, at man i udgangspunktet ikke må indlede eller fortsætte en behandling uden patientens informerede samtykke²⁸. Retsspsykiatriens opgaver stilles dels ud fra den enkelte patients behov for behandling, lindring eller helbredelse af psykisk sygdom, men ligeledes ud fra opgaver defineret af retsvæsenet. Dette kan medføre udfordringer og give anledning til dilemmaer mellem hensynet til eksempelvis retsfølelsen i samfundet overfor hvad der ud fra et behandlingsmæssigt hensyn findes nødvendigt¹⁴. Personale, der er ansat i retsspsykiatrien, bør være sig bevidst om denne etiske dobbeltrolle arbejdet i retsspsykiatrien medfører^{1,29}.

Behandling i psykiatrien i medfør af af en retsspsykiatrisk særforanstaltning skal, jf. princippet i straffelovens § 16, ikke anskues som straf, men som et middel til at mindske risikoen for fornyet kriminalitet gennem behandling. Foranstaltninger til behandling anses for at være kriminalitetsforebyggende for gruppen af psykisk syge. Et systematisk review, der undersøgte forløbet for patienter udskrevet fra retsspsykiatrisk hospitalsbehandling fandt, at recidivraten for personer behandlet i retsspsykiatrien under indlæggelse er lavere end for andre sammenlignelige grupper, fx fængselsafsonere og retsspsykiatriske patienter behandlet ambulant³⁰. Den højeste recidivrate var hos fængselsafsonere under prøveløsladelse³⁰.

I et studie fra Sverige undersøgte man varigheden af foranstaltninger i perioden fra 2009 til 2019²³. Den mediane varighed var 89,7 måneder. Varigheden var længere for personer, der var dømt for vold, havde aktivt eller tidligere stofmisbrug eller havde en psykoselidelse²³. Ved en opdeling af populationen imellem henholdsvis kortere og længere behandlingsvarighed end medianværdien så man, at gruppen med den længste varighed af behandling havde signifikant mindre risiko for kriminelt recidiv²³.

Et nyligt review gennemgik hvilke faktorer, der er relateret til varighed af behandling i retsspsykiatrien³¹. En skizofreni-spektrum-lidelse, manddrab eller forsøg på manddrab havde en positiv korrelation med varighed af behandling, mens GAF-score havde en negativ korrelation med varighed af behandling. Det bemærkes i studiet, at der mangler studier af høj kvalitet der kan belyse hvilke faktorer, der har betydning for varighed af behandling og det er derfor ikke muligt at give nogen anbefalinger på baggrund af den eksisterende litteratur³¹.

Et svensk studie undersøgte risikoen for kriminelt recidiv efter afslutning af den retsspsykiatriske foranstaltning³². Som de væsentligste faktorer finder studiet, at støttemæssige tiltag iværksat efter afslutning af behandlingsdom har en beskyttende virkning i forhold til kriminelt recidiv. Studiet fandt, at længere varighed af behandling var forbundet med mindsket risiko for kriminelt recidiv. Når data blev justeret for graden af støttemæssige tiltag efter afslutning af behandlingen, var effekten af behandlingsvarighed dog ikke længere signifikant³². Tilsvarende har et tysk studie fundet, at patienternes boligforhold efter afslutning af retsspsykiatrisk behandlingsdom havde betydning for risikoen for kriminelt recidiv³³.

Tid fra modtagelse af dom til første kontakt

Indikator 1b1 og 1b2 for B- henholdsvis C-domme

De tidsmæssige rammer for opstart af behandling efter modtagelse af behandlingsdom er fastsat i *"Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling."*³⁴. Det fremgår her at den behandlingsansvarlige overlæge ud fra en vurdering af patienten skal sikre at patienten kommer hurtigst muligt i behandling og senest 14 dage efter afdelingens meddelelse om patientens modtagelse af dommen³⁴. I samme vejledning er rammerne for opstart af behandling efter modtagelse af dom til ambulant behandling tilsvarende fastsat og det fremgår, at den behandlingsansvarlige overlæge ud fra en vurdering af patienten skal sikre, at patienten kommer hurtigst muligt i behandling og senest 4 uger efter afdelingens meddelelse om patientens modtagelse af dommen³⁴.

Folketingets Rigsrevision afgav i 2021 en beretning til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger angående retspsykiatriske patienters forløb¹¹. Undersøgelsen var baseret på stikprøver af retspsykiatriske forløb for patienter, der henholdsvis havde modtaget dom i 2016 eller havde fået ophævet deres dom i 2019¹¹. I beretningen bemærker Statsrevisorerne, at Justitsministeriet (herunder Statsadvokaterne) og Regionernes arbejde med, at sikre et sammenhængende behandlingsforløb for de retspsykiatriske patienter, havde været utilfredsstillende¹¹. Det bemærkes videre, at myndighederne for mange patienters vedkommende ikke har overholdt kravene til opstart, behandling og afslutning af retspsykiatriske forløb, hvorfor mange retspsykiatriske patienter havde fået et langt, unødigt indgribende og usammenhængende forløb, der kunne krænke deres retssikkerhed¹¹. Psykiatrien og Kriminalforsorgen havde kun overholdt tidsfristerne til opstart af behandling og tilsyn i 32% af sagerne¹¹. Det bemærkes desuden, at det kun er i 31% af sagerne, hvor en patient havde modtaget dom til psykiatrisk behandling (B-dom), at behandlingsforløbet indledes med indlæggelse¹¹, selvom dette jf. Rigsadvokatmeddelelsen bør være udgangspunktet⁵.

Risikovurderinger

Indikator 2a og 2b for domme idømt for personfarlig kriminalitet, risiko for vold

Risikoen for kriminelt recidiv er en afgørende begrundelse for fortsat opretholdelse af en idømt foranstaltning. Begrundelsen for fortsat indskrænkning i psykisk syges frihed, fx ved indlæggelse i henhold til dom, bør bero på en saglig begrundelse. Det er derfor afgørende, at risikovurderinger er så præcise og saglige som muligt.

En risikovurdering har til formål, at angive eller støtte angivelsen af en sandsynlighed for, at en negativ hændelse vil finde sted i fremtiden. Risikohåndtering har derimod til formål at imødegå den tilstedeværende risiko. Anvendelse af instrumenter til risikovurdering medfører ikke i sig selv en mindsket risiko for, at en negativ hændelse indtræffer, men bør følges op af relevante interventioner, der har til formål at imødegå den øgede risiko³⁵. Et instrument til systematisk vurdering af risiko for fornyet kriminalitet skal have en god sensitivitet – for at kunne forudse risiko for fornyet kriminalitet. Omvendt skal der være en god specificitet for at undgå forlænget indlæggelse eller unødvendige restriktioner pålagt den enkelte patient. Falsk positive kan medføre unødige indskrænkninger i patienternes frihed, mens falsk negative resultater kan resultere i manglende intervention og potentielt utilsigtede hændelser som voldelig personrettet adfærd. Begge mål er således afgørende når instrumenter til risikovurdering anvendes i klinisk beslutningstagning og anvendelsen af upræcise instrumenter til risikovurdering kan udgøre en etisk problemstilling³⁶.

Et instruments positive prædiktive værdi (PPV) angiver sandsynligheden for en given hændelse, givet et positivt udfald ved testen. PPV er afhængig af den grundlæggende forekomst af hændelsen - f.eks.

voldelig adfærd. Et instrument til risikovurdering kan have en høj sensitivitet og specificitet, men hvis den hændelse der testes for, er sjældent forekommende, vil PPV være lav – altså sandsynligheden for, at en patient der vurderes i høj risiko for at udøve vold, også udviser voldelig adfærd.³⁶

De interventioner, der iværksættes givet et positivt udfald på instrumentet kommer således også til at have klinisk betydning etisk set, idet antallet af patienter, der skal underlægges restriktioner for at forebygge én negativ hændelse, stiger ved faldende prævalens af den negative hændelse – svarende til "number-needed-to-treat"³⁷.

Der er forskel på om et værktøj anvendes til at forudse voldelig adfærd under indlæggelse eller om det anvendes til at forudse risiko for kriminelt recidiv efter udskrivelse. Der er udviklet et stort antal forskellige instrumenter til risikovurdering, men overordnet kan disse kategoriseres efter hvilket grundlag vurderingen baseres på:

Ustruktureret klinisk vurdering

Screening for risiko for kriminelt recidiv kan baseres på ustruktureret klinisk vurdering. Fordelen hermed er at det er enkelt, hurtigt og baseres på aktuelt kendskab til patienten samt aktuelle kliniske faktorer. Ulemperne er, at det oftest ikke er gennemskueligt hvilke faktorer, der vægtes i den samlede vurdering og at reliabiliteten ofte er lav. Konklusionen i risikovurderingen kan farves af klinikerens indstilling til patienten, faglige forståelsesramme mv. Undersøgelser har vist at klinisk erfaring tilsyneladende ikke har indflydelse på præcisionen i ustruktureret klinisk risikovurdering³⁸.

Aktuarisk metode

Den aktuariske metode baserer sig på en metode udviklet inden for forsikringsbranchen³⁹. Metoden baseres på allerede kendte statistiske sammenhænge mellem en målbar variabel og et bestemt udfald³⁶. Ulempen ved denne metode er, at der gives et estimat for en risiko gældende for en population, men ikke for en enkelt person. Metoden hjælper ikke til en forståelse af baggrunden for risikoen og inddrager ikke beskyttende faktorer. Da de inkluderede variable oftest er statiske er det svært at finde relevant interventioner, der kan imødegå den øgede risiko.

Struktureret klinisk metode

Som et kompromis mellem den ustrukturerede kliniske metode og den aktuariske metode blev udviklet instrumenter, der tager anvendelse af elementer fra begge – kaldet struktureret klinisk risikovurdering. Denne metode gør således brug af præcisionen i den aktuariske metode, men inddrager samtidigt risikofaktorer, der kan modereres ved klinisk intervention – fx sygdomsindsigt, symptomsværhedsgrad eller aktuelt misbrug af psykoaktive stoffer. Den strukturerede kliniske vurdering giver mulighed for vægtning af forskellige faktorer og resulterer oftest i et resultat på en 3-punkt skala – fx lav, moderat eller høj risiko. Den strukturerede metode kan ses som en "huskeliste", der sikrer en grundlæggende struktur i den kliniske vurdering. Samtidigt er der mulighed for inddragelse af velkendte og væsentlige risikofaktorer³⁹.

Forskellige systematiske instrumenter er lavet til at vurdere risikoen for vold, generelt recidiv eller risikoen for recidiv i seksuel kriminalitet. Screeningsinstrumenter kan have forskelligt tidsmæssigt sigte. Nogle er udviklet til at prædiktere umiddelbar eller nærliggende fare. Anbefalingen ved brug af Brøset Violence Checklist (BVC) er en screening foretaget i hvert vagtskifte og har således et fokus på risiko inden for 8 til 24 timer⁴⁰. Andre værktøjer har en tidsramme, der strækker sig fra måneder til år. Det i Danmark ofte anvendte screeningsinstrument, V-RISK-10, har et tidsmæssigt fokus strækkende sig op til flere måneder⁴¹.

Der findes talrige internationale studier, der har haft til formål at undersøge den prædiktive værdi af forskellige instrumenter til risikovurdering i en retspsykiatrisk kontekst. For langt størstedelen af de tilgængelige studier er det gældende, at kvaliteten af instrumentet primært defineres ved angivelse af

den såkaldte Receiver Operating Characteristic – Area Under the Curve (ROC-AUC, eller blot AUC)⁴². ROC-AUC blev introduceret inden for forskningen omhandlende risikovurderinger i 1994⁴³. Fordelen ved anvendelse af ROC-AUC er, at dette er uafhængigt af den grundlæggende forekomst af ex voldelig adfærd i en given population, men værdien er til gengæld svær at omsætte til klinisk meningsfuld information³⁶. En ROC-kurve giver en grafisk præsentation af forholdet mellem sensitivitet og specificitet ved forskellige tærskelværdier - betegnet som instrumentets akkuratess⁴⁴. En AUC-værdi på 0,50 indikerer, at testen ikke er bedre end ren tilfældighed, mens en værdi på 1 repræsenterer den hypotetiske, perfekte test. Udbredt i litteraturen anses instrumenter med en AUC på 0,75 og derover, som værende af høj kvalitet⁴². Denne grænseværdi er dog blevet kritiseret for at være utilstrækkelig^{45,46}. Ved en AUC på 0,75 vil der, ved den mest optimale tærskelværdi, være én falsk alarm for hver 3 korrekte forudsigelser^{36,39}. Andre studier har derfor foreslået en mere konservativ tilgang til AUC-værdier⁴⁷, hvor en AUC på under 0,60 anses for dårlig præcision, 0,6 til 0,7 marginal præcision, 0,7 til 0,8 beskeden præcision, 0,8 til 0,9 moderat præcision og en AUC over 0,9 som høj præcision.

I et systematisk review og metaanalyse fra 2023 gennemgås den prædiktive værdi af forskellige risikovurderingsværktøjer anvendt i retspsykiatrisk regi⁴⁵. I dette studie fokuseres på risiko for kriminelt recidiv og vold efter udskrivelse. I alt 50 studier fra 12 forskellige lande blev inkluderet, omfattende data for mere end 10.000 individer. De inkluderede studier havde voldeligt recidiv (H10, HCR-20 V2, Static-99 og VRAG), generelt recidiv (HCR-20 V2 og PCL:SV) samt seksuelt recidiv (Static-99) som udfald. Størstedelen af studierne rapporterede kun ROC-AUC-værdier. I metanalysen blev der fundet en ligestillet performance for HCR-20 v2, VRAG og Static-99 i forhold til forudsigelse af voldsrisiko med AUC-værdier mellem 0,64 og 0,72⁴⁵.

I et systematisk review og metaanalyse fra 2018⁴⁸ undersøges den prædiktive værdi af risikovurderingsværktøjer med sigte på at forudse voldelig adfærd under indlæggelse – kort tids sigte. Det konkluderes, at det udbredte værktøj HCR-20 ikke er et præcist værktøj i forhold til at forudse vold for indlagte patienter i retspsykiatrisk regi⁴⁸. Derimod fandtes der en bedre præcision i værktøjer udviklet til at forudse vold (BVC og DASA) inden for et kortere tidsrum⁴⁸.

I et systematisk review og metanalyse fra 2020⁴⁹ undersøges ligeledes den prædiktive værdi af værktøjer til screening for umiddelbar eller nærliggende vold (inden for 24 timer). Her konkluderes det at BVC og DASA begge har en god prædiktiv værdi i forhold til at forudse nærliggende risiko for vold⁴⁹. Tilsvarende resultater for BVC findes i et scoping review og meta-analyse fra 2023, hvor en samlet AUC for BVC på tværs af 15 studier bestemmes til 0,83 (95% CI 0,78-0,87)⁴⁰.

V-RISK-10 anvendes i Danmark som risikovurderingsinstrument i både almen- og retspsykiatrien. Der blev i sommeren 2023 indført en fælles tværregional psykiatrisk retningslinje for voldsscreening i den ambulante psykiatri (reference?). En tværregional arbejdsgruppe udarbejdede en generisk model med henblik på mulighed for lokale tilpasninger og anbefalede desuden, at der blev udarbejdet et tilbud om fælles nationalt e-learningsprogram til anvendelse af V-RISK-10. V-RISK-10 anvendes således til risikovurdering i retspsykiatrien, men blev dog paradoksalt nok udviklet til brug i almenpsykiatrien, som et kort, struktureret og mindre ressourcekrævende instrument end de typisk anvendte instrumenter i retspsykiatrien⁴¹. Der er foreløbigt ikke publiceret studier, der undersøger den prædiktive værdi af dette instrument i en retspsykiatrisk population. Et Norsk valideringsstudie publiceret i 2011, omhandlende almenpsykiatriske patienter, finder en AUC-værdi på 0,80 og 0,75 for vold begået efter henholdsvis 3 og 12 måneder⁵⁰. I studiet angives en cut-off værdi på 5 eller derover at give det mest optimale forhold mellem sensitivitet og specificitet⁵⁰. I et retrospektivt studie fra Tyskland udgivet 2024 undersøges den prædiktive værdi af henholdsvis V-RISK-10 og BVC i forhold til vold og anvendelse af tvang på tvangsindlagte patienter i almenpsykiatrisk regi.⁵¹ I studiet undersøges screeningsværktøjerne i forhold til forudsigelse af voldelig adfærd, både fysisk og ikke-fysisk samt behov for anvendelse af tvang.

Studiet finder en høj prædiktiv værdi af BVC for hændelser inden for de første 72 timer, mens V-RISK-10 viser god prædiktiv værdi gennem en hel indlæggelse og efter udskrivelse⁵¹.

I et review og metanalyse fra 2014 undersøges værktøjet Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)⁵². START adskiller sig fra øvrige risikovurderingsværktøjer ved at inkludere både risikofaktorer samt beskyttende faktorer. Dette kan fx være øget risiko i form af pågående stofmisbrug, men samtidigt beskyttende forhold i form af patientens erkendelse af misbrugsproblematikken og hjælpsøgende adfærd i relation hertil⁵². Værktøjet har et bredere fokus, idet der ved rating tages stilling til risiko for flere uønskede hændelser; vold, selvskade, selvmord, absentering, manglende egenomsorg samt at blive udsat for forbrydelser⁵². START findes bedst til at forudse voldsrisiko med en AUC-værdi på 0,74 for aggressiv adfærd, 0,76 for fysisk vold mod andre, og 0,74 for selvskade, mens AUC for viktisering og selvforsømmelse er henholdsvis 0,60 og 0,69. Det bemærkes i studiet at alle inkluderede studier har stor risiko for bias.

Et naturalistisk, pseudo-prospektivt studie fra 2015 undersøgte på baggrund af rutinemæssigt gennemførte screeninger med START den prædiktive værdi af START for henholdsvis absentering og misbrug af psykoaktive stoffer⁵³. Studiet fandt en lav positiv prædiktiv værdi, men en bedre negativ prædiktiv værdi. På baggrund heraf konkluderes det, at instrumentet skal anvendes med forsigtighed til forudsigelse af disse udfald⁵³. Et dansk studie fra 2022 fandt, at anvendelse af START medførte en mindsket risiko for, at indlagte retspsykiatriske patienter blev udsat for fiksering⁵⁴.

Antal ambulante kontakter

Indikator 3 for B- og C-domme

Af *"Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller dom til ambulant psykiatrisk behandling"*, fremgår vedrørende rammer for behandling, at det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar at sikre, at patienten får den nødvendige og relevante behandling³⁴. Det fremgår videre at den behandlingsansvarlige overlæge selv skal tilse patienten ved begyndelsen af behandlingsforløbet, og i den forbindelse konkret vurdere hvor hyppigt patienten skal tilses og hvilket personale der skal forestå behandlingen. Patienten skal som minimum ses af den behandlingsansvarlige overlæge én gang om måneden i de første 3 måneder³⁴. Efter konkret vurdering fra den behandlingsansvarlige overlæge kan konsultationshyppigheden derefter ændres, men dog minimum med kontakt hver anden måned³⁴.

Rigsrevisorerne finder i deres rapport fra 2021, at kun i 36% af de gennemgåede forløb tilses patienterne i overensstemmelse med vejledningen¹¹. I 42% af de gennemgåede sager blev patienterne ikke tilset af den behandlingsansvarlige overlæge minimum én gang om måneden de første 3 måneder. I de resterende sager fremgik det ikke af journalen, hvorvidt kravene var overholdt. Gennemgangen viste desuden, at det i ingen af sagerne fremgik af journalen, hvorfor konsultationshyppigheden blev ændret efter de første 3 måneders behandling¹¹. I undersøgelsen blev journalerne gennemgået for at undersøge, om det i behandlingsplanerne blev anført om det fremgik, hvor ofte patienten skulle tilses efter de første 3 måneder. Dette var tilfældet i 13 af 103 sager. I 11 ud af de 13 sager overholdt den planlagte hyppighed enten ikke kravet i vejledningen, eller også blev det blot noteret, at patienten skulle tilses efter behov. Det konkluderedes, at patienterne i næsten alle de gennemgåede sager ikke får den psykiatriske og kriminalpræventive behandling, som de efter Sundhedsstyrelsens vejledning bør have¹¹.

Absenteringer

Indikator 4a (rømning), 4b (undvigelse) og 4c (undvigelse): antal per 1.000 indlæggelsesdøgn

Øgede frihedsgrader og reintegration i samfundet er af afgørende betydning for recovery for gruppen af retspsykiatriske patienter. Det er nødvendigt, at finde den rette balance imellem afprøvning af patienternes evne til samarbejde og overholdelse af aftaler og samtidigt opretholde en tilstrækkelig beskyttelse af det omgivende samfund. Hændelser hvor patienter uden forudgående aftale forlader eller udebliver fra en psykiatrisk afdeling kaldes overordnet for absenteringer. Absenteringer kan potentielt have negative konsekvenser for den enkelte patient, for den psykiatriske afdeling eller personalet herved samt for det omgivende samfund. Dels kan det medvirke til at skabe frygt blandt ofre, pårørende til patienterne eller almenbefolkningen gennem negativ omtale af retspsykiatrien med mindske tillid til systemet, og endelig kan der være risiko for ny kriminalitet under absentering.

I kontekst af den retspsykiatriske database anvendes følgende underinddeling af absenteringer (data trækkes fra LPR):

- Rømning: omhandler situationer, hvor patienten populært sagt er "hoppet over muren", og dermed er brudt ud fra lukket afdeling/ indhegnet udeareal. (Udelukkende retspsykiatriske afsnit og intensive afsnit; for øvrige afsnit, hvor patienten forlader afdelingen, anvendes betegnelsen absentering).
- Undvigelse: omfatter situationer, hvor patienten er stukket af fra ledsagende personale. Undvigelsen kan finde sted på og uden for de psykiatriske hospitalsmatrikler. (Hovedsageligt retspsykiatriske og intensive afsnit).
- Udeblivelse: omhandler situationer, hvor patienten ikke vender tilbage som aftalt i forbindelse med uledsaget færden på hospitalsområdet eller i forbindelse med uledsaget udgang.

De definitoriske afgrænsninger for absentering som fænomen er ikke konsistent igennem den videnskabelige litteratur^{55,56}. Mezey og kolleger bemærker i deres artikel, at rømning (escape) repræsenterer et brud på de sikkerhedsmæssige rammer i et hospital eller afsnit.⁵⁷ Absentering som undvigelse eller udeblivelse (absconding) ses derimod som et brud på de relationelle eller processuelle rammer.⁵⁷ I deres studie angives derfor en rate for absentering ved rømning og en rate, der indeholder både absentering ved undvigelse og udeblivelse over en 5- årig periode - henholdsvis 0.04 per 1000 indlæggelsesdøgn og 0.26 per 1000 indlæggelsesdøgn⁵⁷.

I en systematisk litteraturgennemgang finder Olagunju og kolleger, at raterne for absentering og reabsentering varierede mellem 0,2% til 54,4% og 15% til 71%⁵⁵. De højeste absenteringsrater blev fundet i mindre sikrede afdelinger⁵⁵. Tidligere absenteringer er en væsentlig risikofaktor for ny absentering^{55,56,58,59}. Desuden er aggression, historik med misbrug af psykoaktive stoffer under indlæggelse, misbrugsdiagnose, høj score på HCR-20, dyssocial personlighedsstruktur, impulsivitet, dårlig behandlingscompliance samt seksualforbrydelse nævnt som faktorer, der øger risikoen for absentering^{55,56}. Et højt antal patienter per personale medfører ligeledes en øget risiko for absenteringer⁵⁵.

I et canadisk retrospektivt studie, hvor absenteringer angives som rømninger eller undvigelser, findes en absenteringsrate på 0,32 per 1000 dage⁶⁰. Patienternes motivation for absentering findes i 36% af tilfældene at være målrettede – fx med henblik på at skaffe misbrugsstoffer eller opsøge pårørende. Den anden hyppigste årsag, knap 28%, var frustration eller kedsomhed. For de resterende tilfælde var baggrunden knyttet til patienternes symptomatologi (20%), fx vrangforestillinger eller kognitive deficit, eller som udtryk for impulsivitet eller opportunistik (11%), hvor patienterne udnyttede ulåste døre eller spontant forlod hospitalets område under udgang⁶⁰. Omkring en fjerdedel af patienterne havde indtag af alkohol i forbindelse med absenteringen, mens 17% havde indtag af andre psykoaktive stoffer⁶⁰. Kriminelt recidiv i forbindelse med absentering findes generelt lav^{55,56,60,61}.

En undersøgelse af karakteristika hos skizofrenipatienter, der absenterede, fandt at misbrug af psykoaktive stoffer under indlæggelse, omfang af tidligere kriminalitet, høj dosis af antipsykotisk behandling, symptomsværhedsgrad (PANSS), lavere alder samt kort varighed af indlæggelse medførte øget risiko for absentering⁶².

I et prospektivt kohorte studie fandt man ligeledes tidligere episoder med absentering samt historik med seksuelle forbrydelser som de væsentligste risikofaktorer for absentering⁵⁸. Men nylig adfærd blandt patienterne viste en bedre evne til at adskille patienter med høj og lav risiko for absentering. Det blev dog bemærket at sandsynligheden for absentering hos en patient, der blev vurderet i høj risiko for absentering, var lav givende en positiv prædiktiv værdi på 0,37, hvorimod der blev fundet en negativ prædiktiv værdi på 0,91⁵⁸.

Kriminelt recidiv

Indikator 5 om domsophævelse pga. ny kriminalitet (alle domstyper) og

Indikator 6 om tiltalefrafald for ny kriminalitet (alle domstyper)

Retspsykiatriens vigtigste opgave er gennem behandling at forebygge fornyet kriminalitet hos psykisk syge lovovertrædere.

Det fremgår af Rigsadvokatmeddelelsens punkt 3.4, at anklagemyndigheden ved påstand om foranstaltning efter straffelovens §§ 68-70, samtidigt skal nedlægge påstand om ophævelse af en allerede idømt – og fortsat igangværende – foranstaltning, jf. princippet i straffelovens § 89 a, stk. 1.⁵ Statsadvokaterne kan, medmindre særlige omstændigheder taler imod det, frafalde tiltale i sager om lovovertrædelser begået af personer, der er undergivet foranstaltninger i medfør af straffelovens § 68 eller § 69⁶³. Ophævelse af dom i forbindelse med ny dom til særforanstaltning, samt tiltalefrafald givet patienter underlagt særforanstaltning er således en indikator for kriminelt recidiv under igangværende retspsykiatrisk behandling.

På baggrund af straffelovsændringen i 2000, der medførte, at der i udgangspunktet skal fastsættes en længstetid for foranstaltninger idømt på baggrund af ikke personfarlig kriminalitet, blev der i 2010 udgivet en rapport, der skulle belyse konsekvenserne af straffelovsændringen²¹. I undersøgelsen undersøgtes bl.a. risikoen for kriminelt recidiv blandt foranstaltningsdømte.

I undersøgelsen sammenlignes forløbet for en gruppe af foranstaltningsdømte, hvor dommen blev ophævet inden straffelovsændringen (1. januar 1996 til 30. juni 2000) – i undersøgelsen betegnet som kontrolgruppen, i alt 917 domme, med en gruppe hvor foranstaltningsdommen er afsagt efter straffelovsændringen (1. juli 2000 til 1. april 2002) – i undersøgelsen betegnet som forsøgsgruppen, i alt 637 domme.

I kontrolgruppen havde 31% generelt kriminelt recidiv inden for de første 2 år efter dom og 29% generelt recidiv efter dommens ophævelse. Tilsvarende var gældende for forsøgsgruppen med henholdsvis 35% og 33%.

For gruppen af psykisk syge (§ 16) var den generelle recidiv procent på 30 % i en 2-årig periode efter dom og 28 % i en 2-årig periode efter dommens ophævelse. For de mangelfuldt udviklede mv. (§ 69) var de tilsvarende recidivprocenter henholdsvis 39 % og 36 %²¹. For personer dømt til anbringelse er recidivprocenten lavere, henholdsvis 12 % og 16 % for de to perioder, men det bemærkes at denne gruppes recidiv til alvorlig personfarlig kriminalitet i perioden efter domsophævelse er højere end for gruppen af personer dømt til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse – henholdsvis 10 % og 6 %²¹.

Et svensk studie fandt, at dom til Special Court Supervision (svarende til anbringelsesdom, hvor frihedsgrader kun ændres efter juridisk administrativ vurdering) er en beskyttende faktor i forhold til kriminelt recidiv⁶⁴. Dette indikerer, at graden af supervision er afgørende for at mindske risikoen for kriminelt recidiv. I forhold til kriminalitetens art, finder undersøgelsen en mindsket generel recidivrisiko for personer dømt for alvorlig kriminalitet, men når denne gruppe af personer recidiverer, vil det i højere grad være til ny alvorlig personfarlig kriminalitet⁶⁴.

Traumatiserende barndomsoplevelser, mandligt køn, misbrug af psykoaktive stoffer samt tidlig debut af kriminalitet er væsentlige risikofaktorer for kriminelt recidiv^{64,65}

Et finsk registerstudie fandt, at varighed af behandling var forbundet med en mindsket risiko for kriminelt recidiv⁶⁶. Den generelle recidivrate var 2015 per 100.000 personår, men en gennemsnitlig tid til recidiv på 3,8 år. Recidiv til voldelig kriminalitet var 1083 per 100.000 personår.

Metode

Evidensgrundlaget for den specialiserede retspsykiatriske behandling er begrænset og området er primært defineret ud fra de lovgivningsmæssige rammer. Det er søgt at anvende en bred søgning for at finde frem til artikler der er relevante for at belyse området.

Det lovmateriale, der er definerende for området, samt de vejledninger og bekendtgørelser, der angiver rammerne for behandlingen er fremsøgt og inddraget i denne rapport. Desuden er rapporter fra forskellige myndigheder og interesseorganisationer med interesse for det retspsykiatriske område anvendt til belysning af forskellige problemstillinger inden for retspsykiatrien.

Litteratursøgning

Den indledende litteratursøgning blev udført af OS i februar til marts 2024. Der blev inkluderet relevante rapporter fra nationale myndigheder, statslige organisationer, danske regioner, etisk råd institut for menneskerettigheder mv. Der er løbende i arbejdet med udarbejdelsen af rapporten blevet indhentet andre relevante referencer omtalt i den allerede fremsøgte litteratur.

Herefter blev der søgt efter kliniske retningslinjer og forskningslitteratur. Omfanget af litteratur inden for området er begrænset og det skal bemærkes at flere af indikatorerne i databasen ikke umiddelbart lader sig belyse af forskningslitteratur.

Kliniske retningslinjer

Der blev indledningsvis søgt efter guidelines i databaserne: (g-i-n.net, nice.org.uk, guideline.gov, sign.ac.uk) ved brug af søgetermen "forensic psychiatry".

Efterfølgende blev der søgt efter kliniske guidelines i PubMed og Embase med søgetermene "forensic psychiatry" og "guid*" eller "practice guideline" eller "guideline*". Sprog blev begrænset til engelsk, dansk, norsk og svensk og tidsramme for publicering til 2014 til 2024.

Reviews, systematiske reviews og meta-analyser

Der blev søgt i PubMed, Embase og PsychInfo fra 2004 til 2024 med brug af søgetermene "forensic psychiatry[Mesh]" eller "forensic psychiatry". Sprog blev begrænset til engelsk, dansk, norsk og svensk. Søgeresultatet blev begrænset til at omfatte metanalyser, systematiske reviews og reviews.

Primær litteratur

Der blev fremsøgt primær litteratur i PubMed og Embase for flere af databasens indikatorer; varighed af behandling, absentering, samt kriminelt recidiv ved brug af søgetermene:

"forensic psychiatry", samt

- "treatment duration", length of stay" og "LoS" for indikator 1a1 og 1a2,
- "risk assessment" for indikator 2a og 2b,
- "absenteeism", "absentee", "abscond*", "unauthorized", "escape", "escaping" for indikator 4a, 4b og 4c
- "recidivism", "criminal recidivism" og "reoffending" for indikator 5 og 6.

Sprog blev begrænset til engelsk, dansk, norsk og svensk. Der blev søgt efter litteratur publiceret i perioden fra 2004 til 2024. Relevante referencer i den indhentede litteratur blev fremsøgt og inkluderet i beskrivelse af rapportens baggrundsafsnit.

Evidensgraduering

Evidensniveau blev vurderet ud fra Oxford 2009 kriterierne. Ud fra disse kriterier rang ordnes den tilgængelige evidens fra 1 til 5, hvor 1 angiver det højeste niveau af evidens – fx metanalyser af homogene randomiserede studier, mens 5 angiver det laveste niveau – såsom ekspertmening uden kritisk evaluering. Den overvejende del af de aktuelle indikatorer i databasen lader sig ikke omsætte til kliniske spørgsmål hvor der meningsfuldt kan tales om egentligt evidensniveau. Dette er gældende for de mål for opfølgning og behandling hvor rammerne er lovgivningsmæssigt defineret. Disse indikatorer betragtes som ekspertmening og dermed evidensniveau 5.

Det samlede evidensniveau blev graderet iht. Oxford Level of Evidence:

Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger, baseret på Oxford 2009

Anbefaling	Evidens-niveau	Behandling/forebyggelse/ skadevirkninger	Prognose	Diagnose	Differentialdiagnose / prævalensstudier	Sundhedøkonomiske- og beslutningsanalyser
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg	Systematisk review af prospektive kohortestudier eller en klinisk beslutningsregel, der er valideret på en testpopulation	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel, der er valideret på en testpopulation	Systematisk review af homogene prospektive kohortestudier	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) (med smalt konfidensinterval)	Prospektiv kohortestudie med > 80 % follow-up	Uafhængig blindet sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Prospektiv kohortestudie med solid follow-up	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable
	1c	Absolut effekt ("Alt eller intet")	Absolut effekt ("Alt eller intet")	"Patognomoniske" testresultater	Absolut effekt ("Alt eller intet")	Klart god eller bedre, men billigere Klart dårlig eller værre, men dyrere Klart bedre eller værre, men til samme pris
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 2b studier	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier
	2b	Kohortestudier	Retrospektiv kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg. Alternativt en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten. Alternativt en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation	Retrospektiv kohortestudie eller utilstrækkelig follow-up	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable
	2c	Databasestudier	Databasestudier		Økologiske studier	
	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser		Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier	Systematisk review (med homogenitet) baseret på 3b studier
	3b	Case-control undersøgelser		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten	Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, eller meget begrænset population	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable
C	4	Opgørelser, kasuistikker, case-series	Opgørelser, kasuistikker, case-series	Studier, hvor referencetesten ikke er anvendt blindt og uafhængigt	Opgørelser eller aflæste referencestandarder	Analyse uden sensitivitsanalyse
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret økonomisk teori
MS	-	Motherhood statement; en anbefaling hvor der ikke ligger – og aldrig vil komme til at ligge – evidens. Til eksempel: "Det anbefales, at man ikke springer ud af et fly uden en faldskærm".				

Version 2018. Retningslinjesevalueringens oversættelse og fortolkning af OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2009 Levels of Evidence".

Evidensgrundlag for indikatorerne

Søgeresultat

Centrale dokumenter inden for retspsykiatrien er Rigsadvokatens Meddelelse (RM)⁵ og Sundhedsstyrelsens vejledning, som anvendes som primær reference til nedenstående indikatorafsnit. Justitsministeriets forskningskontor udgiver årligt rapporter omhandlende udviklingen i antallet af afsagte og igangværende foranstaltningsdomme. Diverse rapporter omhandlende det retspsykiatriske område er fremsøgt og inkluderet i rapportens baggrundsafsnit.

Der blev ikke fremfundet guidelines ved søgning i de mest kendte databaser. Ved søgning efter guidelines i PubMed, Embase og Psychinfo blev i alt 1.279 hits blev screenet for relevans på baggrund af titel og abstrakt. I alt 8 hits blev indhentet som fuldtekst og gennemlæst. En artikel kunne reelt karakteriseres som en guideline for klinisk praksis inden for det retspsykiatriske område ¹. Manglen på egentlige guidelines der omhandler behandling inden for det retspsykiatriske område er tidligere beskrevet⁶⁷.

Ved søgning efter metaanalyser, systematiske reviews og reviews blev i alt 1.959 artikler fundet. Søgeresultatet blev importeret til Endnote og dubletter blev fjernet ved anvendelse af Endnote og gennemsyn på baggrund af titel og tidsskrift (238 hits fjernet). Herefter blev i alt 1.721 hits screenet på baggrund af titel og abstrakt. I alt blev 28 indhentet som fuldtekst og heraf blev 10 inkluderet. Yderligere artikler identificeret ved gennemlæsning blev ligeledes indhentet og screenet for relevans.

Primær litteratur

Den fremsøgte primærlitteratur er i rapporten blevet anvendt i baggrundsbeskrivelsen af det retspsykiatriske område samt til at understøtte forståelsen af de enkelte indikatorer.

1a1 – Dom start-dom slut, A-dom**Definition:** Tid fra start af dom til dom afsluttes, A-dom.**Type:** Resultatindikator.

Grundlag for indikator: Det har stor samfundsmæssig interesse, at særforanstaltninger ikke opretholdes længere end der er behov for ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv^{11,12}. Længden af A-dommen afhænger såvel af psykiatriens anbefaling (og dermed den sundhedsfaglige vurdering af kriminalitetsrecidivrisiko) og den afgørende juridiske vurdering, der både baseres på den sundhedsfaglige anbefaling samt et proportionalitetshensyn. Da gruppen A-dømte udgør en voksende population og dermed anvender en stigende andel af de retspsykiatriske sengepladser, hvor hverken indlæggelse eller udskrivelse besluttet sundhedsfagligt, har netop denne gruppe stor betydning for Psykiatriens Sundhedsplanlægning. En svensk undersøgelse har fundet, at foranstaltninger svarende til A-dom er en beskyttende faktor i forhold til kriminelt recidiv⁶⁴. Sidstnævnte taler for at varigheden ikke må være for kort.

Der er en udfordring, at indikatoren ikke belyser, om særforanstaltninger opretholdes længere, end der er behov for ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv.

Der kan næppe fastlægges et udviklingsmål.

Evt. variation mellem regioner og behandlingsenheder kan dog give anledning til drøftelser af årsager hertil. Det skal dog bemærkes, at indikatoren udelukkende inkluderer domme, som er afsluttet i opgørelsesperioden (Forventeligt n=??).

Det må overvejes, om indikator 1a1 udgør et mål for kvalitet i retspsykiatrien.

Det anbefales at supplere indikator 1a1 med følgende deskriptive opgørelser:

- Hvordan er fordelingen af dommenes varighed for alle patienter med A-dom, som fortsat er i retspsykiatrien ved opgørelsesperiodens afslutning (31.12.)?
 - (<= 12 måneder, >12 mdr. - <=24 mdr. osv.), median samt gennemsnit
- Er A-domme stigende?
 - antal nye A-domme per kalenderår (incidente) såvel som totale antal (prævalente)
 - antal nye patienter idømt A-dom per kalenderår (incidente) såvel som totale antal (prævalente)
 - Hvor mange sengepladser i retspsykiatrien udfyldes af patienter idømt A-dom?
 - Hvor stor andel af det samlede antal sengepladser i retspsykiatrien udfyldes af patienter idømt A-dom?
- Erstatte nye A-domme tidligere B- og C-domme?
 - Fordeling på dommen er forudgået af B-dom, tidligere C-dom, anden A-dom henholdsvis dommen ligger ikke i forlængelse af en anden dom til retspsykiatrisk foranstaltning.

Evidensniveau: 5

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med indikator 1a1 ?

Anbringelse i en psykiatrisk afdeling er en indgribende foranstaltning for de anbringelsesdømte patienter og en ressourcetung foranstaltning for sundhedsvæsenet.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Interregional variation uden forklarlige årsager strider mod almindelige retsprincipper, hvorfor monitorering af varighed og forklaring af eventuelle forskelle bidrager til kvalitetsudvikling.

Konklusion

Det er fortsat relevant at følge udviklingen i varighed af A-domme. Sundhedsplanlægningsmæssigt er det af stor betydning at følge udviklingen i antallet af A-dømte og varigheden af disse foranstaltninger. Det har stor ressourcemæssig betydning for anvendelsen af de retspsykiatriske sengepladser.

Indikatoren fastholdes og suppleres med deskriptive opgørelser, som er væsentlige for forståelsen og fortolkningen af udviklingen. Det skal understreges, at hverken indikator eller supplerende analyser belyser, om særforanstaltninger opretholdes længere, end der er behov for ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv.

Der er ikke en golden standard for, hvor lang en dom skal være. Der kan næppe fastlægges et udviklingsmål.

1a2 – Dom start-dom slut, BC-dom

Definition: Tid fra start af dom til dom afsluttes, B- eller C-dom.

Type: Resultatindikator.

Grundlag for indikator: Varigheden af idømte særforanstaltninger har en betydelig bevågenhed i samfundet. Der er, bl.a. fra menneskerettighedsorganisationer rettet kritik af, at særforanstaltninger idømt på baggrund af f.eks. berigelseskriminalitet opretholdes længere end, hvad der er proportionalt med den straf der idømmes personer uden psykisk sygdom. Det samme fremgår af rigsrevisionsrapporten fra 2021¹¹. På den ene side er der en samfundsmæssig bevågenhed om længden af de idømte foranstaltninger samt en forpligtelse fra myndighederne til ikke at opretholde foranstaltningerne længere end højest nødvendigt. Omvendt er der for retspsykiatrien en forpligtelse til at arbejde for at mindske risikoen for kriminelt recidiv under og efter afslutning af den idømte foranstaltning. Der er flere studier, der har fundet mindsket risiko for kriminelt recidiv ved længere tids behandling i retspsykiatrien^{23,32}, men omfanget af støttemæssige tiltag efter afslutning er formentlig en afgørende faktor i relation hertil^{32,33}.

Det er en udfordring, at indikatoren ikke belyser, om særforanstaltninger opretholdes længere, end der er behov for ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv.

Der kan næppe fastlægges et udviklingsmål.

Evt. variation mellem regioner og behandlingsenheder kan dog give anledning til drøftelser af årsager hertil. Det skal dog bemærkes, at indikatoren udelukkende inkluderer domme, som er afsluttet i opgørelsesperioden (Forventeligt n=??).

Det må overvejes, om indikator 1a2 udgør et mål for kvalitet i retspsykiatrien.

Evidensniveau: 5

Det anbefales at supplere indikator 1a2 med følgende deskriptive opgørelser:

- Hvordan er fordelingen af dommenes varighed for alle patienter med B- henholdsvis C-dom, som fortsat er i retspsykiatrien ved opgørelsesperiodens afslutning (31.12.)?
 - (≤ 12 mdr, $>12 - \leq 24$ måneder osv.), median samt gennemsnit
- Er B- og C-domme stigende?
 - antal nye B- henholdsvis C-domme per kalenderår (incidente) såvel som totale antal (prævalente)
 - antal nye patienter idømt B- henholdsvis C-domme per kalenderår (incidente) såvel som totale antal (prævalente)
 - Hvor stor andel af det samlede antal sengepladser i retspsykiatrien udfyldes af patienter idømt B- henholdsvis C-dom?

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med indikator 1a2?

Foranstaltningernes mulighed for frihedsberøvelse uden opfyldte psykiatrilovsbetingelser er indgribende og bør derfor ikke anvendes længere end nødvendigt i forhold til mindsket kriminalitetsrecidiv.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Såvel intra- som interregional variation uden forklarlige årsager strider mod almindelige retsprincipper, hvorfor monitorering af varighed og forklaring af eventuelle forskelle bidrager til kvalitetsudvikling.

Konklusion

Det er fortsat relevant at følge udviklingen i varighed af B- og C-domme. Det har samfundsmæssig interesse, at foranstaltningerne ikke opretholdes længere end nødvendigt.

Indikatoren fastholdes og suppleres med deskriptive opgørelser, som er væsentlige for forståelsen og fortolkningen af udviklingen. Det skal understreges, at hverken indikator eller supplerende analyser belyser, om særforanstaltninger opretholdes længere, end der er behov for ud fra et behandlingsmæssigt perspektiv.

Der er ikke en golden standard for, hvor lang en dom skal være. Der kan næppe fastlægges et udviklingsmål.

1b1 – Modt. dom-1. kontakt, B-dom

Definition: Tid fra modtagelse af dom til første kontakt i psykiatrisk afdeling, B-domme.

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: Rammerne for opstart af behandling efter modtagelse af behandlingsdom er fastsat i ” *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling.* ”³⁴. Det fremgår her at den behandlingsansvarlige overlæge ud fra en vurdering af patienten skal sikre at patienten kommer hurtigst muligt i behandling og senest 14 dage efter afdelingens meddelelse om patientens modtagelse af dommen³⁴. Rigsrevisionsrapporten fra 2021 har påpeget at rammerne ikke overholdes i størstedelen af sagerne¹¹. Det er derfor afgørende at der fortsat følges op på udviklingen inden for dette område.

Evidensniveau: 5

Det anbefales at supplere indikator 1b1 med følgende deskriptive opgørelser:

Fordeling af tid fra modtagelse af dom til første kontakt i psykiatrisk afdeling. Hvis muligt suppleres regionsvise opgørelser med opgørelser fordelt på politikredse.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med indikator 1b1?

Indikatoren svarer på spørgsmålet om hvorvidt rammerne i *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling* overholdes.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Indikatoren monitorerer cheflægerens ansvarsområde.

Konklusion

Det er vigtigt, at der hurtigt efter dom foretages vurdering af patientens behandlingsbehov, og at lovgivningens tidsrammer overholdes.

Indikator 1b1 bør revurderes, når ny vejledning foreligger.

1b2 – Modt. dom-1. kontakt, C-dom

Definition: Tid fra modtagelse af dom til 1. kontakt i psykiatrisk afdeling, C-domme.

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: Rammerne for opstart af behandling efter modtagelse af dom til ambulant behandling er fastsat i ” *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling.* ”³⁴. Det fremgår her at den behandlingsansvarlige overlæge ud fra en vurdering af patienten skal sikre at patienten kommer hurtigst muligt i behandling og senest 4 uger efter afdelingens meddelelse om patientens modtagelse af dommen³⁴. Rigsrevisionsrapporten fra 2021 har påpeget at rammerne ikke overholdes i størstedelen af sagerne¹¹. Det er derfor af betydning, at der forsat følges op på dette område.

Evidensniveau:

5

Det anbefales at supplere indikator 1b2 med følgende deskriptive opgørelser:

Fordeling af tid fra modtagelse af dom til første kontakt i psykiatrisk afdeling. Hvis muligt suppleres regionsvise opgørelser med opgørelser fordelt på politikredse.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med denne indikator ?

Indikatoren svarer på spørgsmålet om hvorvidt rammerne i *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling* overholdes.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Indikatoren monitorerer cheflægerens ansvarsområde.

Konklusion

Det er vigtigt, at der hurtigt efter dom foretages vurdering af patientens behandlingsbehov, og at lovgivningens tidsrammer overholdes.

Indikator 1b2 bør revurderes, når ny vejledning foreligger.

2 - Risikovurdering, incidente (2a) og prævalente (2b)

Definition: Struktureret risikovurdering, incidente og prævalente patienter dømt for personfarlig kriminalitet.

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: I EPAs guideline for retspsykiatri anbefales systematisk brug af struktureret instrument til risikovurdering, men der gives ikke anbefalinger vedrørende brug af konkrete screeningsinstrumenter¹. Det anbefales at instrumenter der baserer sig på struktureret klinisk vurdering anvendes frem for instrumenter af aktuarisk type. Grundet de tilgængelige instrumenters – i bedste fald moderate - prædiktive værdi, anbefales det at beslutningstagning ikke alene baseres på risikovurderingsinstrumenter¹.

Indikator 2 omhandler brug af instrumenter til vurdering af risiko for vold. De aktuelt tilgængelige instrumenter til risikovurdering har en varierende evidens til at understøtte deres psykometriske egenskaber⁴⁵. Typisk vil instrumenter med et kort tidsmæssigt perspektiv, typisk 24 timer, have en bedre præcision end instrumenter med et længere tidsmæssigt perspektiv⁴⁸. I Danmark anvendes oftest BVC til vurdering af vold inden for en kortere tidsramme, mens det tværregionalt er besluttet at anvende V-RISK-10 mhp. risikovurdering med et længere tidsmæssigt sigte.

I et systematisk review og metanalyse fra 2020⁴⁹ konkluderes det at BVC har en god præcision i forhold til at forudse nærliggende risiko for vold⁴⁹. Tilsvarende resultater for BVC findes i et scoping review og meta-analyse fra 2023, hvor en samlet AUC for BVC på tværs af 15 studier bestemmes til 0,83 (95% CI 0,78-0,87)⁴⁰.

Der er foreløbigt ikke publiceret studier, der undersøger den prædiktive værdi af V-RISK-10 i en retspsykiatrisk population. Et Norsk valideringsstudie publiceret i 2011, omhandlende almenpsykiatriske patienter finder en AUC-værdi på 0,80 og 0,75 for vold begået efter henholdsvis 3 og 12 måneder⁵⁰. I et retrospektivt studie fra Tyskland udgivet 2024 undersøges den prædiktive værdi af henholdsvis V-RISK-10 og BVC i forhold til vold og anvendelse af tvang på tvangsindlagte patienter i almenpsykiatrisk regi.⁵¹ Studiet finder en høj prædiktiv værdi af BVC for hændelser inden for de første 72 timer, mens V-RISK-10 viser god prædiktiv værdi gennem en hel indlæggelse og efter udskrivelse⁵¹.

Anvendelse af risikovurderingsinstrumenter bør følges op af relevante interventioner, så risikoen for ex vold mindskes. Et studie har fundet mindsket risiko for anvendelse af fiksering efter implementering af struktureret risikovurdering⁵⁴, men overordnet findes der ikke evidens for at implementering af instrumenter til risikovurdering i sig selv mindsker risikoen for vold³⁵.

Evidensniveau:

3a

Evidensrapporten giver anledning til ideer til supplerende analyser:

Der mangler viden om, hvilken betydning instrumenterne kan tillægges i dansk kontekst. Ud fra et ønske om belyse risikovurderings betydning for behandlingsresultater og vold anbefales supplerende analyser, der bl.a. kobler risikovurdering og recidiv baseret på databasens oplysninger om årsag til domsophævelse, ny dom og tiltalefrafald.

- Fordeling af de forskellige instrumenter, som 2a: indgår i erklæringsgrundlag for nye domme for personfarlig kriminalitet (n=antal nye A-domme) henholdsvis 2b: indgår i årsstatus for patienter dømt for personfarlig kriminalitet (prævalente).
- Opgjort på personer som får udført systematisk risikovurdering sammenlignet med dem som ikke gør beregnes andel som begår ny kriminalitet og idømmes ny dom eller får tiltalefrafald 2a:

indenfor de første 12 måneder fra domsafsigelsesdato og 2b: indenfor de efterfølgende 12 måneder fra udarbejdelse af årsstatus.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med disse indikatorer ?

Indikator 2a belyser i hvilken udstrækning struktureret risikovurdering indgår i erklæringsgrundlag for nye domme for personfarlig kriminalitet. Risikovurdering for vold er en vigtig parameter i forbindelse med udarbejdelse af erklæringsgrundlag forud for domsfældelse. Europæiske guidelines anbefaler, at der anvendes et valideret instrument i forbindelse med risikovurdering af retspsykiatriske patienter. Reelt belyser indikator 2a kvaliteten af aktiviteter, der ligger udenfor behandlingssystemets direkte ansvar.

Indikator 2b belyser i hvilken udstrækning struktureret risikovurdering for vold er gennemført i forbindelse med udarbejdelse af årsstatus. Risikovurdering for vold er en vigtig parameter i statsadvokatens årlige vurdering. Europæiske guidelines anbefaler, at der anvendes et valideret instrument i forbindelse med risikovurdering af retspsykiatriske patienter. Indikator 2b belyser derfor en kvalitetskritisk udfordring.

Hvordan kan disse kvalitetsindikatorer bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Indikator 2b kan belyse intra- og interregional variation i brug af systematisk risikovurdering for vold, hvilket kan bidrage til kvalitetsudvikling.

Konklusion

Risikovurdering er en vigtig del af det retspsykiatriske område. Anvendelse af systematisk risikovurdering anbefales af den europæiske guideline for retspsykiatri. De i Danmark tværregionalt implementerede instrumenter til risikovurdering, BVC og V-RISK-10, har rimelige prædiktive egenskaber for vold inden for en henholdsvis kort tidsramme for BVC og en længere tidsramme for V-RISK-10. Andre relevante redskaber bruges også, for eksempel V-RISK-Y.

Indikator 2a udgår.

Indikator 2b fastholdes og suppleres med analyser af regional variation i anvendte redskaber. Forslag til udviklingsmål omkring 90%.

3 – Ambulante kontakter

Definition: Andel patienter med mindst én kontakt pr. måned.

Type: Procesindikator

Grundlag for indikator: Rammerne for konsultationshyppighed i de ambulante retspsykiatriske behandlingsforløb er fastsat i *"Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller dom til ambulant psykiatrisk behandling"*³⁴.

Rigsrevisionsrapporten har påpeget at rammerne kun overholdes i 36% af de gennemgåede forløb.¹¹ Patienten skal som minimum ses en gang om måneden af den behandlingsansvarlige overlæge i de første tre måneder, men i særlige tilfælde kan kontakten varetages af en anden speciallæge. Efter konkret vurdering kan konsultationshyppigheden derefter ændres og behandlingen kan varetages af læger under uddannelse eller andet personale med psykiatrisk erfaring. Dette skal foregå under tæt tilsyn af den behandlingsansvarlige overlæge, men kan ikke erstatte tilsynet fra denne.

Registreringsteknisk kan kontakter hos den behandlingsansvarlige overlæge ikke adskilles fra øvrige kontakter, ligesom det "nødvendige og relevante" kontaktbehov varierer, hvorfor en månedlig kontakt i gennemsnit i det samlede forløb ud fra erfaringsbaseret klinisk praksis er fundet relevant.

Evidensniveau: 5

Evidensrapporten giver anledning til ideer til supplerende analyser:

- Antal ambulante kontakter per måned per patient
- Andel uden kontakt i løbet af perioden.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med denne indikator ?

Indikatoren forsøger at besvare, om rammerne i *Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling*, overholdes.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Indikatoren monitorerer behandlingsansvarlige overlægers ansvarsområde.

Konklusion

Det er fortsat relevant at følge kontakthypigheden for de retspsykiatriske patienter i ambulante forløb. Indikatoren er vigtig, selvom den ikke tager højde for rammernes skelnen mellem hyppighed indenfor de første 3 måneder og tiden herefter, og ikke præcist besvarer i hvilken udstrækning rammerne overholdes. Den skønnes at udgøre et brugbart proxy for opfølgningensintensitet. Indikatoren bør revurderes, når ny vejledning foreligger.

4 – Absenteringer, Rømnings- (4a), Undvigelses- (4b) og Udeblivelses rate (4c)

Definition: Antal absenteringer ved udeblivelse pr. 1000 indlæggelsesdøgn.

Type: Resultatindikator.

Grundlag for indikator:

Absentering omfatter rømninger, hvor patienten populært sagt er "hoppet over muren", undvigelses, hvor patienten er stukket af fra ledsagende personale, samt udeblivelser, hvor patienten ikke vender tilbage som aftalt i forbindelse med uledsaget færden på hospitalsområdet eller i forbindelse med uledsaget udgang.

Absenteringer kan potentielt have negative konsekvenser for den enkelte patient, for den psykiatriske afdeling eller personalet herved samt for det omgivende samfund. Dels kan det medvirke til at skabe frygt blandt ofre, pårørende til patienterne eller almenbefolkningen gennem negativ omtale af retspsykiatrien med mindsket tillid til behandlingssystemet. Risikoen for kriminelt recidiv i forbindelse med absentering findes generelt lav^{55,56,60,61}.

Evidensniveau: 5

Evidensrapporten giver anledning til ideer til supplerende analyser:

- Antal absenteringer for A-dømte
- Antal absenteringer for A-dømte/antal A-domme

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med denne indikator ?

Der har tidligere været større antal absenteringer og deraf følgende øget kriminalitetsrecidivrisiko.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Det har været diskuteret i styregruppen, om det fremadrettet giver mening at følge raten for absenteringer for alle domstyper, bl.a. pga. forskelle i registreringspraksis i almenpsykiatriske og retspsykiatriske rammer.

Konklusion

En enig styregruppe har besluttet, at indikatoren ikke er relevant for B- og C-domme.

Indikator 4a, 4b, 4c udgår i den nuværende form.

For A-domme er det relevant, at indikatoren alene omfatter undvigelses og rømninger (>et døgn). De supplerende analyser vil bidrage til fortolkning.

Der defineres en ny testindikator i overensstemmelse hermed.

5 og 6 – Dom ophæves ny kriminalitet og tiltalefrafald ny kriminalitet

Definition: Andel patienter med ophævede domme, hvor domsophævelse er sket pga. ny kriminalitet (indikator 5) og andel patienter med tiltalefrafald (på grund af ny kriminalitet) i opgørelsesperioden (indikator 6).

Type: Resultatindikator.

Grundlag for indikator:

Meddelelse om tiltalefrafald for personer, der følges i et retsspsykiatrisk behandlingsforløb, samt ophævelse af dom i forbindelse med ny kriminalitet er begge indikatorer for kriminelt recidiv^{5,63} og således et mål for effekten af den retsspsykiatriske behandling.

Evidensniveau: 5

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring, som man søger at belyse med denne indikator ?

Kriminalitetsforebyggelse er i denne database behandlingens primære outcome, da de diagnosespecifikke sundhedsfaglige outcomes monitoreres i andre databaser, hvor det er muligt. Da niveauet for mulig reduktion af recidivrisiko ikke kendes, vil monitorering og løbende forbedring over tid i sig selv være et mål.

Hvordan kan denne kvalitetsindikator bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling ?

Eventuel variation af kriminalitetsrecidivrisiko vil kunne generere viden og udvikling. Reduktion over tid i recidivrisiko er i sig selv et vigtigt udviklingsmål.

Konklusion

Forebyggelse af fornyet kriminalitet er retsspsykiatriens vigtigste funktion. Recidivrater er vigtige kvalitetsmål i forhold til vurdering af den retsspsykiatriske behandling.

En enig styregruppe anbefaler, at indikator 5 og 6 slås sammen til en samlet indikator, som mål for kriminelt recidiv under igangværende retsspsykiatrisk foranstaltning.

Forslag som kan testes:

Testindikator 7a for A-domme, 7b for B- og C-domme: Fornyet kriminalitet under retsspsykiatrisk foranstaltning

Nævner: Alle domsforløb som starter, slutter eller fortsætter i opgørelsesperioden

Tæller: Alle domsforløb i nævner, hvor der i opgørelsesperioden er registreret tiltalefrafald eller ophør af dommen pga. ny kriminalitet

Et domsforløb kan kun indgå én gang i indikatoren i løbet af en opgørelsesperiode.

Hvis samme patient har flere domsforløb i opgørelsesperioden, indgår de flere gange i nævner.

Der er ikke fastlagt udviklingsmål, men der er enighed om at indikatormålet skal være så lavt som muligt.

Rationale og udviklingspotentiale

Retsspsykiatrisk behandling bør som al anden lægefaglig gerning basere sig på evidensbaserede behandlingsprincipper. Anvendelsen af instrumenter til risikovurdering samt beskrivelser af risikofaktorer er de bedst undersøgte emner inden for den retsspsykiatriske forskning. Der findes kun få studier der beskriver interventioner til f.eks. risikohåndtering, farmakologisk behandlingspraksis eller anden intervention i den retsspsykiatriske behandling.

Misbrug af psykoaktive stoffer er udbredt blandt retsspsykiatriske patienter^{68,69}. Misbrug udgør en betydelig risikofaktor for fornyet kriminalitet³³. Formentlig udgør misbrug af psykoaktive stoffer en større risikofaktor for vold end den psykiske lidelse i sig selv⁷⁰. Misbrug af psykoaktive stoffer kræver mange ressourcer og øger behovet for flere^{71,72} og længere indlæggelser^{73,74}. Rigsrevisorerne har i deres rapport bemærket, på baggrund af deres gennemgang af retsspsykiatriske forløb, at der er behandlingsforløb, der udstrækkes unødigt længe på baggrund af misbrug af psykoaktive stoffer – fordi behandlingen af denne problematik indtil 2024 har ligget i Kommunerne¹¹. Fra september 2024 overtog den regionale psykiatri gradvist ansvaret for integreret misbrugsbehandling. Således vil der også i retsspsykiatrien skulle tilbydes misbrugsbehandling⁷⁵. At behandling af misbrug således integreres i psykiatrien, kan således have en positiv effekt i forhold til forebyggelse af fornyet kriminalitet, men ligeledes på varigheden af de retsspsykiatriske behandlingsforløb. Herudover er det forbundet med øget dødelighed i gruppen af retsspsykiatriske patienter⁷⁶. Det kan derfor synes paradoksalt, at der kun findes en begrænset litteratur, der har undersøgt behandlingen af misbrugsproblemer i retsspsykiatriske populationer⁷⁷.

En ny klinisk kvalitetsdatabase for det nye regionale tilbud ”integreret dobbeltdiagnosebehandling” er under etablering. Denne database vil ligesom de sygdomsspecifikke psykiatriske databaser inkludere patienter omfattet af Dansk Database for Retsspsykiatri. Databasen vil alene omfatte patienter i det integrerede tilbud og derfor ikke belyse kvaliteten af misbrugsscreening og behandling i den samlede retsspsykiatriske population. Med henblik på muligheden for at sikre overblik over omfanget af misbrugsproblemer foreslås det, at den retsspsykiatriske database tilføjes en indikator for systematisk screening for misbrug af psykoaktive stoffer. Systematisk screening for misbrugsproblematik vil være afgørende for erkendelse af de enkelte patienters behov for integreret misbrugsbehandling inden for rammerne af retsspsykiatrien, samt forbedring af indsatsen generelt på området.

Referencer

1. Vollm BA, Clarke M, Herrando VT, et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *Eur Psychiatry*. Jun 2018;51:58-73. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.12.007
2. Brug af særforanstaltninger over for psykisk syge kriminelle i et menneskeretligt perspektiv (2006).
3. Nedopil N, Taylor P, Gunn J. Forensic psychiatry in Europe: The perspective of the Ghent Group. Review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 01 Jun 2015;19(2):80-83.
4. Justitsministeriet. Bekendtgørelse af straffeloven. 2024.
5. Rigsadvokatmeddelelsen - Psykisk Afvigende Kriminelle (2022).
6. Retslægerådet. *Retslægerådets årsberetning 2017*. 2018. *Retslægerådets årsberetning*.
7. Retslægerådet. *Retslægerådets årsberetning 2010*. 2011.
8. Taishi B. *Straffrihed for sindssyge lovovertrædere*. Kandidatafhandling. Aalborg Universitet; 2020.
9. Ahle G. *Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? - En analyse med henblik på forebyggende tiltag*. 2019.
10. Foranstaltningsdomme i 2022 (Justitsministeriet) (2023).
11. Beretning Nr. 14 - 2020 Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger - Retspsykiatriske patienters forløb (Folketingets Rigsrevision) (2021).
12. Menneskerettigheder If. *Retspsykiatri - I et menneskeretligt perspektiv*. 2019.
13. Udviklingen i domme til foranstaltning (2014).
14. Udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien (2020).
15. Brandt-Christensen M, Balling P, Nitschke K. Skizofreni og kriminalitet. *Ugeskr Laeger*. 2018;180(V09170663)
16. Tsuchiya KJ, Munk-Jorgensen P. First-admission rates of schizophrenia in Denmark, 1980-1997: have they been increasing? *Schizophr Res*. Apr 1 2002;54(3):187-91. doi:10.1016/S0920-9964(01)00223-7
17. Howner K, Andine P, Bertilsson G, et al. Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Front Psychiatry*. 2018;9:452. doi:10.3389/fpsy.2018.00452
18. Howner K, Andine P, Engberg G, et al. Pharmacological Treatment in Forensic Psychiatry-A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2019;10:963. doi:10.3389/fpsy.2019.00963
19. Beis P, Graf M, Hachtel H. Impact of Legal Traditions on Forensic Mental Health Treatment Worldwide. *Front Psychiatry*. 2022;13:876619. doi:10.3389/fpsy.2022.876619
20. Kramp P, Sestoft D. Psykose og kriminalitet. *Ugeskr Laeger*. 7. november 2008 2008;170(46)
21. Evaluering af tidsbegrænsning af foranstaltninger (Justitsministeriet) (2010).
22. Justitsministeriet. Betænkning nr. 1372/1999 om tidsbegrænsning af foranstaltninger efter § 68 og § 69. In: Justitsministeriet, editor.: Justitsministeriet; 1999.
23. Sivak L, Forsman J, Masterman T. Duration of forensic psychiatric care and subsequent criminal recidivism in individuals sentenced in Sweden between 2009 and 2019. *Front Psychiatry*. 2023;14:1129993. doi:10.3389/fpsy.2023.1129993
24. Gosek P, Kotowska J, Rowinska-Garbien E, Bartczak D, Tomlin J, Heitzman J. Longer than prison? A comparison of length of stay in a medium security hospital and prison for perpetrators of violent crimes other than homicide or attempted homicide. *Crim Behav Ment Health*. Jun 2021;31(3):162-170. doi:10.1002/cbm.2202
25. Kortlægning af retspsykiatrien: mulige årsager til udviklingen i antallet af retspsykiatriske patienter samt viden om indsatser for denne gruppe. (Sundheds- og Ældreministeriet) (2015 (opdateret 2016)).
26. Sundhedsministeriet I-o. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. LBK nr 1045 af 18/09/2024. Retsinformation.dk2024.
27. Nielsen MO, Milting K, Brandt-Christensen AM, Ebdrup BH. Increased use of coercive procedures and prolonged hospitalization in compulsory admitted psychotic patients, who refuse antipsychotic medication. *Nord J Psychiatry*. May-Jul 2020;74(5):323-326. doi:10.1080/08039488.2019.1709220
28. Sundhedsministeriet I-o. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1015 af 05/09/20242024.
29. Barnao M, Ward T. Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*. 2015;22:77-86. doi:10.1016/j.avb.2015.04.009
30. Fazel S, Fiminska Z, Cocks C, Coid J. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Jan 2016;208(1):17-25. doi:10.1192/bjp.bp.114.149997

31. Dima A, Wazir A, Clark-Castillo R, Zakopoulos I, Smith S, Gaughran F. Factors influencing the length of stay in forensic psychiatric settings: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. Mar 29 2024;24(1):400. doi:10.1186/s12913-024-10863-x
32. Noland E, Strandh M. Historical, clinical and situational risk factors for post-discharge recidivism in forensic psychiatric patients - A Swedish registry study. *Int J Law Psychiatry*. Nov-Dec 2021;79:101749. doi:10.1016/j.ijlp.2021.101749
33. Probst T, Bezzel A, Hochstadt M, Pieh C, Mache W. Criminal Recidivism After Forensic Psychiatric Treatment. A Multicenter Study on the Role of Pretreatment, Treatment-Related, and Follow-Up Variables. *J Forensic Sci*. Jul 2020;65(4):1221-1224. doi:10.1111/1556-4029.14281
34. Sundhedsministeriet I-o. Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling. Retsinformation.dk2010.
35. Viljoen JL, Cochrane DM, Jonnson MR. Do risk assessment tools help manage and reduce risk of violence and reoffending? A systematic review. *Law Hum Behav*. Jun 2018;42(3):181-214. doi:10.1037/lhb0000280
36. Roychowdhury A, Adshead G. Violence risk assessment as a medical intervention: ethical tensions. *Psychiatr Bull* (2014). Apr 2014;38(2):75-82. doi:10.1192/pb.bp.113.043315
37. Buchanan A. Risk of violence by psychiatric patients: beyond the "actuarial versus clinical" assessment debate. *Psychiatr Serv*. Feb 2008;59(2):184-90. doi:10.1176/ps.2008.59.2.184
38. Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychol Assess*. Mar 2000;12(1):19-30.
39. Philipse M. Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry. 01/01 2005;
40. Hvidhjelm J, Berring LL, Whittington R, Woods P, Bak J, Almvik R. Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Aug 2023;30(4):637-648. doi:10.1111/jpm.12905
41. Bjorkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. Sep 2009;24(6):388-94. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.07.004
42. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *Br J Psychiatry*. Oct 2000;177:303-11. doi:10.1192/bjp.177.4.303
43. Mossman D. Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol*. Aug 1994;62(4):783-92. doi:10.1037//0022-006x.62.4.783
44. Damkjaer MW, Hess S, Gerke O, Jorgensen KJ, Schroll JB. Critical reading of scientific articles on diagnostic studies. *Ugeskr Laeger*. Jan 8 2024;186(2)Critical reading of scientific articles on diagnostic studies. doi:10.61409/V06230404
45. Ogonah MGT, Seyedsalehi A, Whiting D, Fazel S. Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Oct 2023;10(10):780-789. doi:10.1016/S2215-0366(23)00256-0
46. Verbakel JY, Steyerberg EW, Uno H, et al. ROC curves for clinical prediction models part 1. ROC plots showed no added value above the AUC when evaluating the performance of clinical prediction models. *J Clin Epidemiol*. Oct 2020;126:207-216. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.01.028
47. Sjöstedt G, Grann M. Risk Assessment: What is Being Predicted by Actuarial Prediction Instruments? *The International Journal of Forensic Mental Health*. 10/01 2002;1:179-183. doi:10.1080/14999013.2002.10471172
48. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Systematic Review. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*. 08 2018;52:47-53.
49. Dickens GL, O'Shea LE, Christensen M. Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. Apr 2020;104:103526. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103526
50. Roaldset JO, Hartvig P, Bjorkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. Mar 2011;26(2):85-91. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.04.002
51. Kos T, Braunig P, Hausam J. The predictive validity of the V-RISK-10 and BVC among involuntarily admitted patients. *Front Psychiatry*. 2024;15:1342445. doi:10.3389/fpsy.2024.1342445
52. O'Shea LE, Dickens GL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess*. Sep 2014;26(3):990-1002. doi:10.1037/a0036794

53. O'Shea LE, Dickens GL. Predictive validity of the START for unauthorised leave and substance abuse in a secure mental health setting: a pseudo-prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. May 2015;52(5):970-9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.007
54. Hvidhjelm J, Brandt-Christensen M, Delcomyn C, Mollerhoj J, Siersma V, Bak J. Effects of Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability for Mechanical Restraint in a Forensic Male Population: A Stepped-Wedge, Cluster-Randomized Design. *Front Psychiatry*. 2022;13:822295. doi:10.3389/fpsy.2022.822295
55. Olagunju AT, Bouskill SL, Olagunju TO, Prat SS, Mamak M, Chaimowitz GA. Absconson in forensic psychiatric services: a systematic review of literature. *CNS Spectr*. Feb 2022;27(1):46-57. doi:10.1017/S1092852920001881
56. Campagnolo D, Furimsky I, Chaimowitz GA. Absconson from forensic psychiatric institutions: a review of the literature. *International Journal of Risk and Recovery*. 2019;2(2):36-50.
57. Mezey G, Durkin C, Dodge L, White S. Never ever? Characteristics, outcomes and motivations of patients who abscond or escape: A 5-year review of escapes and absconds from two medium and low secure forensic units. *Crim Behav Ment Health*. Dec 2015;25(5):440-50. doi:10.1002/cbm.1982
58. Cullen AE, Jewell A, Tully J, Coghlan S, Dean K, Fahy T. A Prospective Cohort Study of Absconson Incidents in Forensic Psychiatric Settings: Can We Identify Those at High-Risk? *PLoS One*. 2015;10(9):e0138819. doi:10.1371/journal.pone.0138819
59. Wilkie T, Penney SR, Fernane S, Simpson AI. Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. *BMC Psychiatry*. Mar 27 2014;14:91. doi:10.1186/1471-244X-14-91
60. Martin K, McGeown M, Whitehouse M, Stanyon W. Who's going to leave? An examination of absconding events by forensic inpatients in a psychiatric hospital. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2018;29(5):810-823. doi:10.1080/14789949.2018.1467948
61. Jeandarme I, Vandenbosch S, Boucke J, Dekkers I, Goktas G, Vanhopplinus P. Hospital break. An eight-year review of escapes and absconds from two high security forensic centers. *Int J Law Psychiatry*. May-Jun 2023;88:101886. doi:10.1016/j.ijlp.2023.101886
62. Kirchebner J, Lau S, Sonnweber M. Escape and absconding among offenders with schizophrenia spectrum disorder - an explorative analysis of characteristics. *BMC Psychiatry*. Mar 4 2021;21(1):122. doi:10.1186/s12888-021-03117-1
63. Justitsministeriet. Bekendtgørelse om politidirektørernes og statsadvokaternes adgang til at frafalde tiltale. BEK nr 792 af 18/06/2018. Bekendtgørelser fra Rigsadvokaten 2018.
64. Krona H, Nyman M, Andreasson H, et al. Mentally disordered offenders in Sweden: differentiating recidivists from non-recidivists in a 10-year follow-up study. *Nord J Psychiatry*. Feb 2017;71(2):102-109. doi:10.1080/08039488.2016.1236400
65. Alexiou E, Nilsson T, Andine P, Degl' Innocenti A. Criminal recidivism of patients in Swedish forensic psychiatry: A register-based comparison study. *Int J Law Psychiatry*. May-Jun 2023;88:101884. doi:10.1016/j.ijlp.2023.101884
66. Ojansuu I, Latvala A, Kautiainen H, Forsman J, Tiihonen J, Lahtenvuo M. General and violent recidivism of former forensic psychiatric patients in Finland. *Front Psychiatry*. 2023;14:1157171. doi:10.3389/fpsy.2023.1157171
67. Uden J, Völlm B, Cerci D. Standards of treatment in Forensic Mental Health: A Systematic Review. *European Psychiatry*. 2023;66(S1):S429-S429. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.922
68. Degl' Innocenti A, Hassing LB, Lindqvist AS, et al. First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR). *Int J Law Psychiatry*. May-Jun 2014;37(3):231-7. doi:10.1016/j.ijlp.2013.11.013
69. Kivimies K, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. The substance use among forensic psychiatric patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. Jul 2012;38(4):273-7. doi:10.3109/00952990.2011.643972
70. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. Aug 2009;6(8):e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120
71. Rossetto I, Clerici M, Franconi F, et al. Differences Between Readmitted and Non-readmitted Women in an Italian Forensic Unit: A Retrospective Study. *Front Psychol*. 2021;12:708873. doi:10.3389/fpsyg.2021.708873
72. Fazel S, Wolf A, Fiminska Z, Larsson H. Mortality, Rehospitalisation and Violent Crime in Forensic Psychiatric Patients Discharged from Hospital: Rates and Risk Factors. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155906. doi:10.1371/journal.pone.0155906
73. Andreasson H, Nyman M, Krona H, et al. Predictors of length of stay in forensic psychiatry: the influence of perceived risk of violence. *Int J Law Psychiatry*. Nov-Dec 2014;37(6):635-42. doi:10.1016/j.ijlp.2014.02.038

74. Marquant T, Van Nuffel M, Sabbe B, Goethals K. Substance Use Disorders as a Critical Element for Decision-Making in Forensic Assertive Community Treatment: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:777141. doi:10.3389/fpsy.2021.777141
75. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik - Faglig visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen) (2023).
76. Ojansuu I, Putkonen H, Lahtenvuo M, Tiihonen J. Substance Abuse and Excessive Mortality Among Forensic Psychiatric Patients: A Finnish Nationwide Cohort Study. *Front Psychiatry*. 2019;10:678. doi:10.3389/fpsy.2019.00678
77. McFadden D, Prior K, Miles H, Hemraj S, Barrett EL. Genesis of change: Substance use treatment for forensic patients with mental health concerns. *Drug Alcohol Rev*. Jan 2022;41(1):256-259. doi:10.1111/dar.13344



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut