

# Själv mord efter frigivning från fängelse



# **Själv mord efter frigivning från fängelse**

**Projektnummer 2010-148**

---

Bo Runeson, Axel Haglund

Layout: Jenny Botvidsson Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2013  
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:  
Kriminalvården, 601 80 Norrköping  
Beställningsnr: 7011  
ISBN:978-91-86903-15-2  
Hemsida: [www.kriminalvarden.se/publikationer](http://www.kriminalvarden.se/publikationer)

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

SAMMANFATTNING.....	6
INTRODUKTION.....	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
SYFTE .....	8
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	8
METOD .....	9
STUDIEDESIGN.....	9
REGISTER .....	9
STATISTISKA METODER .....	10
RESULTAT .....	11
SJÄLMORD EFTER FRIGIVNING FRÅN FÄNGELSET .....	12
PSYKIATRISK HISTORIA BLAND ALLA FRIGIVNA.....	12
PSYKIATRISK HISTORIA BLAND DE SOM BEGÅTT SJÄLMORD .....	13
RISKFAKTORER FÖR SJÄLMORD EFTER FRIGIVNING FRÅN FÄNGELSE.....	14
DISKUSSION .....	15
SJÄLMORD EFTER FRIGIVNING FRÅN FÄNGELSE .....	15
PSYKIATRISK HISTORIA.....	15
RISKFAKTORER FÖR SJÄLMORD EFTER FRIGIVNINGEN.....	15
KÖNSSKILLNADER.....	16
SAMMANFATTNING.....	16
STYRKOR OCH SVAGHETER.....	16
KRIMINALVÅRDSRELEVANS .....	17
REFERENSER.....	19

## **SAMMANFATTNING**

---

I projektet har vi studerat förekomsten av suicid bland kriminalvårdade personer med syftet att identifiera sårbara tidsperioder och särskilda riskfaktorer. Genom en länkning av en rad nationella register upprättade vi en databas som inkluderade samtliga individer som frigivits efter fängelsestraff under en femårsperiod. I denna grupp studerade vi förekomsten av självmord och vi analyserade psykiatriska riskfaktorer samt betydelsen av våldsbenägenhet, ålder, kön och födelseland. Resultaten visar att substansmissbruk, tidigare självmordsförsök och att vara född i Sverige innebär riskfaktorer för självmord efter frigivning i Sverige. Vi diskuterar avslutningsvis resultatens betydelse för Kriminalvårdens verksamhet.

## INTRODUKTION

---

Själv mord skördar många offer bland psykiskt sjuka, både bland män och bland kvinnor, även om männen dominerar till antal. Vi vet sedan tidigare att psykisk sjukdom är vanligt förekommande bland människor med våldsbenägenhet och kriminellt beteende och särskilt i anslutning till perioder av frihetsberövning. Om man utgår ifrån självmordstalen i den manliga befolkningen i Sverige år 2011 som var 21 självmord/100 000 personår [1] (2011 var 93% av nyintagna i kriminalvården män) torde det statistiskt sätt inträffa i genomsnitt ett självmord per år på anstalter och ett självmord vart tredje år på häkten i Sverige. I verkligheten har det de senaste tio åren skett 1,4 suicid per år på anstalt och 5,1 suicid per år på häkte [2]. Detta visar att det kriminalvårdade klientelet är en klar riskgrupp under häktetiden, men också att tiden på anstalt vanligen inte utgör någon riskperiod. Studier gjorda i flera länder visar dock ännu högre självmordstal första tiden efter frigivning. Våra kunskaper om självmord direkt efter frigivning från anstalt i Sverige är dock mycket begränsade och ökade kunskaper inom detta område krävs för att vi bättre ska kunna identifiera preventiva möjligheter.

För närvarande är cirka 10 miljoner människor fängslade världen över [3] och ett ännu större antal före detta fångar lever fria i samhället [4]. Detta återspeglar den höga omsättningen av individer som passerar genom fängelsystemen. Antalet personer som hamnar i fängelse under ett år är vanligtvis 2-3 gånger antalet fångar i fängelse vid varje given tidpunkt. En nyligen gjord systematisk genomgång av alla studier av självmord efter frigivning från fängelse [5] har visat att alla befintliga studier rapporterade förhöjda mortalitetstal (Standardised Mortality Rate =SMR). SMR varierade mellan 3 och 6 [6-9] vilket alltså innebär uppemot sex ggr ökad dödlighet från suicid efter frigivning. Själv mordincidensen verkar vara särskilt hög under de första veckorna efter frigivning, vilket tyder på att detta är en högriskperiod för självmord [7].

Studier har konsekvent visat att psykiska störningar är överrepresenterade bland fångar. En nyligen gjord översyn visade en uppskattad prevalens av depression på 10,2% bland män och 14,1% bland kvinnliga fångar. Den sammanslagna förekomsten av psykos var 3,6% bland män och 3,9% bland kvinnliga fångar [10]. Substansmissbruk är också mycket vanligt bland nyligen intagna fångar [11].

Psykiska störningar är välkända riskfaktorer för självmord [12,13] och eftersom psykiska störningar är vanliga bland fångar, är det inte förvånande att självmordstalen är förhöjda i all tidigare forskning. Att en historia av psykiatrisk sjuklighet är förknippad med självmordsrisk efter frigivning är tydligast visat i en australiensisk studie [8]. En systematisk genomgång av självmord bland intagna fångar [14] visade att pågående psykiatrisk sjukdom och alkoholproblem var förknippade med fullbordat självmord. Denna metaanalys kunde dock inte identifiera vilka psykiska störningar som var de starkaste riskfaktorerna för självmord i denna grupp eftersom studierna var så skiftande i sin redovisning av diagnoser.

Själv mordstalen bland fångar följer inte nödvändigtvis självmordstalen i den allmänna befolkningen i samma land, och inte heller korrelerar de med hur stor andel av befolkningen som är fängslad [15]. Detta tyder på att faktorer inom det straffrättsliga systemet i sig kan ha betydelse när det gäller självmordsprevention.

Kriminellt beteende i sig kan ha ett samband med en ökad risk för självmord. Att ha någon form av straffrättslig historia har visat sig öka risken för självmord i en färsk studie, även efter kontroll för psykiatriska och sociala faktorer [16]. Forskning under de senaste decennierna har visat ett samband mellan impulsiva och aggressiva personlighetsdrag och självmordsbeteende [17] vilket implicerar att det finns ett samband mellan våldsamt kriminellt beteende och självmordsbenägenhet.

Efter en tidigare delrapport till Kriminalvården i november 2011 identifierade vi felaktigheter i det datauttaget som sedan dess har rättats till. Resultaten i delrapporten har således förändrats till denna slutrapport. I projektet har vi tidigare även haft för avsikt att studera familjefaktorer genom jämförelser med syskonkontroller. Denna del av projektet har vi hittills dock inte haft möjlighet att gå vidare med.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

---

### **Syfte**

Att studera förekomsten av självmord efter frigivning från fängelse i syfte att identifiera riskfaktorer och möjliga högriskperioder.

### **Frågeställningar**

Vi har i denna studie främst belyst tre huvudfrågor:

1. Är de första fyra veckorna efter frigivning en högriskperiod för självmord efter frigivning från fängelse?
2. Vilken typ av psykiatrisk historik är kopplad till självmord efter frigivning från fängelse?
3. Är våldsbrott en riskfaktor för självmord efter frigivning från fängelse?

Utöver detta har vi även belyst skillnader beroende på åldersgrupper, kön och födelseland.



## METOD

---

### Studiedesign

Genom att länka nationella register genomförde vi en kohortstudie med alla frigivningar från fängelse i Sverige mellan den 1 januari 2005 och 31 december 2009. De som frigavs från häkten utan fängelsedomar inkluderades inte. Kohorten följdes från dagen för frigivning till död, emigration, nytt fängslande, eller slutet av studieperioden 31 december 2009. Fokus i denna design var på tiden efter frigivningen, så att en unik person kunde återkomma i kohorten (friges) flera gånger under studietiden. För att kunna jämföra förekomsten av psykiatrisk historik och beräkna incidenskvoter (Incidence Rate Ratio) har vi använt en kontrollgrupp. Varje frigivning i kohorten tilldelades tio tidigare ostraffade ålders- och könsmatchade kontroller ur allmänbefolkningen. Om en kontroll blev intagen i kriminalvård under studietiden, upphörde den personen att vara en kontroll, och om den personen frigavs inom studieperioden återkom inkluderades denna i studiekohorten.

### Register

Genom användning av personnumret länkade vi flera rikstäckande populationsbaserade register i Sverige.

Det studerade utfallet var självmord (säkra och osäkra självmord, ICD 8-9: E950-9, E980-9, ICD 10: X60-84, Y10-34) och den informationen erhöles från Dödsorsaksregister som hålls av Socialstyrelsen.

Genom Kriminalvårdens klientregister identifierade vi de exakta datumen för alla frigivningar från fängelse mellan 1 januari 2005 och den 31 december 2009. Tidsperiod blev begränsad till fem år på grund av egenskaper hos Klientregistret. I enlighet med svensk lag ska en person avlägsnas ur Klientregistret fem år efter frigivning, så länge ingen ny kontakt gjorts med Kriminalvården. För att undvika s.k. *selektionsbias*, begränsade vi därför vår studie till en femårsperiod.

Genom Lagfördareregistret (hålls av Brottsförebyggande Rådet) fick vi information om tidigare domar.

Information om tidigare psykiatrisk- eller beroendediagnos i samband med sjukhusvistelse erhöles från Slutenvårdsregistret som hålls av Socialstyrelsen. De diagnostiska kategorier som användes var *psykotisk sjukdom* (ICD 8: 295, 297, 298,2-9, 299, ICD 9: 295, 297, 298,2-9, ICD 10: F20-29), *affektiv sjukdom* (ICD 8: 296,0-3, 296,8-9, 298,0-1, 300,4, 301,1, ICD 9: 296,0-9, 298,0-1, 300,4, 311, ICD 10: F30-33), *personlighetsstörning* (ICD 8: 301,1-9, ICD 9: 301,0, 301,2-9, ICD 10: F60-61), *substansmissbruk* (ICD 8: 291, 303, 304, ICD 9: 291, 292, 303, 304, 305,0-9, ICD 10: F10-19), *någon psykiatrisk sjukdom* (ICD 8: 290-315, ICD 9: 290-319, ICD 10: F00-F99) och *någon psykiatrisk sjukdom exklusive substansmissbruk* (enligt definitionen ovan). Åtminstone en huvuddiagnos krävdes för att ingå i kategorierna *psykotisk sjukdom* eller *affektiv sjukdom*. En huvud- eller bidiagnos krävdes för att ingå i en av kategorierna personlighetsstörning och substansmissbruk, eftersom dessa diagnoser sällan är den orsaken till sjukhusvård. Endast en huvud- eller bidiagnos krävdes för att ingå i kategorin *någon psykiatrisk sjukdom*.

Vi använde en definition av våldsbrott som tidigare använts i epidemiologisk forskning. Den innehåller fängelsedomar för våldsbrott (jämlikt BrB 3 kap, §1-6), brott mot frihet och frid (jämlikt BrB 4 kap §1-2, §4-5, §7), rån (jämlikt BrB 8 kap §5-6), mordbrand (jämlikt BrB 13 kap §1-2) och våld mot tjänsteman (jämlikt BrB 13 kap §1-2) [18]. Sexualbrott ingick inte i denna definition.

Från Registret för Totalbefolkningen (hålls av Statistiska Centralbyrån) extraherade vi slumpmässigt en ålders- och könsmatchad kontrollgrupp

## **Statistiska metoder**

Incidensen av självmord beräknas genom division av antalet observerade händelser med den totala mängden tiden under risk observerad. Incidenskvoter beräknades med hjälp av data från kontrollgruppen. Prevalens av psykiatrisk sjuklighet bland frigivna fångar beräknades och jämfördes med förekomsten i kontrollgruppen. Vid jämförelse av förekomsten av psykisk sjuklighet mellan alla självmord bland frigivna fångar och kontrollgrupp, användes Fishers exakta test med signifikansnivå på 95%. Vi genomförde en univariate Cox-regressionsmodell där tiden under risk beaktades, med alla kovariater analyserade separat. För att kunna identifiera de viktigaste riskfaktorerna genomfördes sedan en multivariat Cox-regressionsmodell med alla kovariater med icke-överlappande definitioner. Slutligen gjorde vi en multivariat Cox-regressionsmodell i ett sammanslaget dataset där alla frigivningar och kontroller analyserades tillsammans för att möjliggöra en jämförelse av effekterna av förekomst av fängelsestraff och psykiatrisk historia. Relativa risker är uttryckta i hazardkvoter med 95% konfidensintervall.

Statistiska analyser är genomförda med hjälp av SPSS 20.

## RESULTAT

Vi observerade 38 995 frigivningar av 26 820 fångar (7,6% kvinnor) under studieperioden. Medelåldern vid frigivning var  $37,8 \pm 12,1$  år (intervallet 17-84). Nästan 28% av de frigivna fångarna var födda utanför Sverige (tabell 1). Antalet frigivningar per fånge varierade från 1 till 9, med ett medelvärde på 1,5 frigivningar per fånge. Den genomsnittliga uppföljningstiden per frigivning var 582 dagar (1,5 år). En historia av våldsbrott var vanligare bland männen. Kvinnorna var i något mindre utsträckning frigivna flera gånger och var i genomsnitt något äldre med 40,3 år i genomsnittsålder.

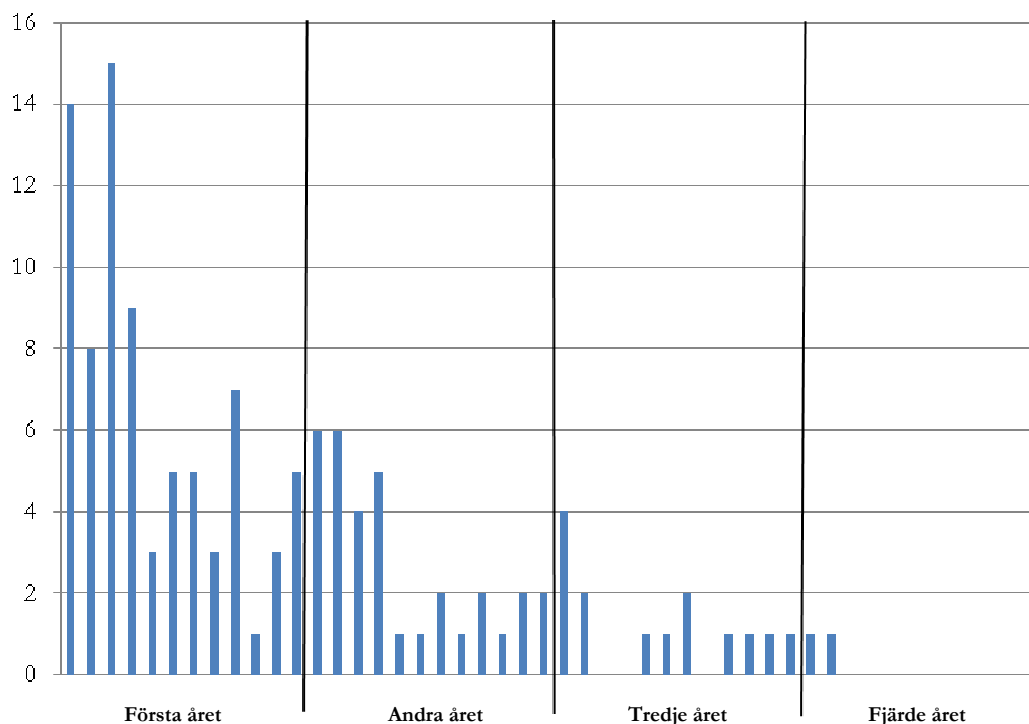
**Tabell 1.** Beskrivande data för alla frigivningar med ålder, född i Sverige, antal frigivningar under studieperioden och historia av våldsbrott.

	Frigivna fångar % (N)		
	Män	Kvinnor	Alla
Ålder 17-24	19.1 (6896)	9.6 (274)	18.4 (7170)
Ålder 25-44	52.0 (18780)	55.2 (1574)	52.2 (2035)
Ålder 45-64	27.5 (9935)	34.4 (981)	28.0 (10916)
Ålder 65-	1.5 (535)	0.7 (20)	1.4 (555)
Född i Sverige	71.7 (25920)	78.8 (2244)	72.2 (28164)
Frigiven en gång	49.8 (18003)	54.5 (1552)	50.1 (19555)
Frigiven två gånger	22.6 (8174)	22.6 (644)	22.6 (8818)
Frigiven minst tre gånger	27.6 (9969)	22.9 (653)	27.2 (1062)
Historia av våldsbrott	72.9 (26334)	40.3 (1147)	70.5 (27481)
Totalt	100 (36146)	100 (2849)	100 (38995)

## Själv mord efter frigivning från fängelset

De flesta självmord begicks det första året efter frigivning (figur 1). Incidensen av självmord under de första 28 dagarna var 408 per 100 000 personår, vilket innebar 58 ggr förhöjd incidens jämfört med kontrollgruppen under samma tidsperiod. Incidensen för självmord under hela studieperioden var 204 självmord per 100 000 personår motsvarande 18 ggr förhöjd incidens (tabell 2). Den höga incidensen under de första 28 dagarna efter frigivning var dock inte statistiskt signifikant högre jämfört med hela studieperioden.

**Figur 1.** Antal självmord efter frigivning från fängelse per månad efter frigivning (N=127). Inga självmord observerades det femte året.



**Tabell 2.** Incidenser och incidenskvoter för alla frigivna fångar. Incidenskvoter beräknade utifrån incidensen i kontrollgruppen.

	Antal	Antal per 100000 personår under risk	Incidenskvot*	P-värde
<b>Själv mord</b>				
<b>De första 28 dagarna</b>	12	408 (211-712)	58.0 (12.9-534.0)	<0.0001
<b>Första året</b>	78	254 (201-317)	18.7 (12.8-27.6)	<0.0001
<b>Hela studieperioden</b>	127	204 (170-243)	18.2 (13.9-23.8)	<0.0001

\* Jämfört med kontrollgruppen

## Psykiatrisk historia bland alla frigivna

Mer än hälften av alla frigivna fångar (53,6%) hade någon gång fått någon psykiatrisk diagnos och bland dessa var substansmissbruk den dominerande kategorin (47,0%). Totalt 17,6% hade gjort ett tidigare självmordsförsök som krävt observation på sjukhus. Jämfört med kontrollerna var tidigare psykiatrisk sjukdom vanligare bland de frigivna fångarna. Detta sågs i alla diagnostiska kategorier, med de största skillnaderna för substansmissbruk och personlighetsstörning. Med undantag för psykotiska sjukdomar var prevalensen signifikant högre i alla diagnostiska kategorier för frigivna kvinnliga fångar jämfört med frigivna män (tabell 3).

**Tabell 3.** Prevalens av tidigare psykiatrisk sjukdom, substansmissbruk och självmordsförsök.

	Prevalens bland frigivna			Prevalenskvot (prevalens bland frigivna/prevalens i kontrollgruppen)		
	Män (95% KI*)	Kvinnor (95% KI*)	Totalt (95% KI*)	Män (95% KI*)	Kvinnor (95% KI*)	Totalt (95% KI*)
<b>Psykotisk sjukdom</b>	8.2% (7.9-8.5)	8.4% (7.4-9.4)	8.2% (7.9-8.5)	10.2 (10.0-10.5)	9.4 (8.6-10.2)	10.2 (9.9-10.5)
<b>Affektiv sjukdom</b>	3.4% (3.2-3.6)	5.8% (4.9-6.7)	3.6% (3.4-3.8)	5.2 (4.8-5.6)	4.8 (3.5-6.0)	5.1 (4.6-5.5)
<b>Substansmissbruk</b>	46.1% (45.6-46.6)	59.2% (57.4-61.0)	47.0% (46.5-47.5)	27.3 (26.5-28.1)	43.3 (37.4-49.2)	28.2 (27.3-29.1)
<b>Personlighetsstörning</b>	7.3% (7.0-7.6)	11.8% (10.6-13.0)	7.6% (7.6-7.9)	28.6 (25.8-31.7)	18.3 (14.4-23.6)	26.8 (24.4-29.5)
<b>Någon psykiatrisk sjukdom</b> (inklusive substansmissbruk)	52.5% (52.0-53.0)	67.3% (65.5-69.0)	53.6% (53.1-54.1)	11.4 (11.2-11.7)	11.3 (10.5-12.2)	11.4 (11.1-11.7)
<b>Någon psykiatrisk sjukdom</b> (exklusive substansmissbruk)	6.5% (6.3-6.8)	8.1% (7.1-9.1)	6.6% (6.4-6.9)	2,2 (2.1-2.4)	1,8 (1.5-2.1)	2,2 (2.1-2.3)
<b>Tidigare suicidförsök</b>	16.8% (16.4-17.2)	27.5% (25.9-29.2)	17.6% (17.2-18.0)	18.6 (17.5-19.7)	13.4 (11.6-15.4)	17.7 (16.8-18.7)

\* 95% KI= 95 %-iga konfidensintervall

### Psykiatrisk historia bland de som begått självmord

Jämförelser av psykiatrisk sjuklighet bland alla fall av självmord i studien (tabell 4) visar en högre prevalens av substansmissbruk, och tidigare självmordsförsök bland de frigivna männen jämfört med männen som begick självmord i kontrollgruppen. Affektiv sjukdom var mindre vanligt bland de frigivna männen som begick självmord än männen i kontrollgruppen.

**Tabell 4.** Deskriptiva data om alla observerade självmord bland frigivna fångar (N=127) och kontroller (N=102)

	Frigivna			Kontrollgrupp		
	Män % (N)	Kvinnor % (N)	Total % (N)	Män % (N)	Kvinnor % (N)	Total % (N)
<b>Ålder 17-24</b>	17.4* (20)	13.3* (2)	17.3* (22)	16.2 (16)	0.0 (0)	15.9 (16)
<b>Ålder 25-44</b>	52.2* (60)	75.0* (9)	54.3* (69)	52.5 (52)	66.7 (2)	52.9 (54)
<b>Ålder 45-64</b>	27.8* (32)	8.3* (1)	26.0* (33)	29.3 (29)	33.3 (1)	30.3 (30)
<b>Ålder 65-</b>	2.6* (3)	0.0* (0)	2.4* (3)	2.0 (2)	0.0 (0)	2.0 (2)
<b>Född i Sverige</b>	87.8* (101)	83.3* (10)	87.4* (111)	86.9 (86)	100 (3)	87.3 (89)
<b>Psykotisk sjukdom</b>	16.5* (19)	16.7* (2)	16.5** (21)	8.1 (8)	0.0 (0)	7.8 (8)
<b>Affektiv sjukdom</b>	6.1*** (7)	0.0* (0)	5.5*** (7)	15.2 (15)	33.3 (1)	15.7 (16)
<b>Substansmissbruk</b>	70.4** (81)	83.3* (10)	71.7** (91)	24.2 (24)	33.3 (1)	24.5 (25)
<b>Personlighetsstörning</b>	7.8* (9)	25.0* (3)	9.5* (12)	6.1 (6)	66.7 (2)	7.8 (8)
<b>Någon psykiatrisk sjukdom</b> (inklusive substansmissbruk)	76.5** (88)	100.0* (12)	78.7** (100)	41.4 (41)	66.7 (2)	42.2 (43)
<b>Någon psykiatrisk sjukdom</b> (exklusive substansmissbruk)	6.1*** (7)	16.7* (2)	7.1*** (9)	17.2 (17)	33.3 (1)	17.6 (18)
<b>Tidigare suicidförsök</b>	40.9** (47)	50.0* (6)	41.7** (53)	23.2 (23)	66.7 (2)	24.5 (25)
<b>Alla självmord</b>	100 (115)	100 (12)	100 (127)	100 (99)	100 (3)	100 (102)

\* icke-signifikant skillnad mot kontroller (Fischers exakta test, 2-sidigt, p>0.05)

\*\* signifikant högre än kontroller (Fischers exakta test, 2-sidigt, p<0.05)

\*\*\* signifikant lägre än kontroller (Fischers exakta test, 2-sidigt, p<0.05)

## Riskfaktorer för självmord efter frigivning från fängelse

Univariat Cox-regressionsanalys av riskfaktorer för självmord (tabell 5) visade signifikant ökning av risken för frigivna fångar som hade någon psykiatrisk historia (HR = 3,5), tidigare självmordsförsök (HR = 3,6), släppts två gånger under studieperioden (HR = 1,6) och är födda i Sverige (HR = 2,7). Specifika diagnostiska kategorier förknippade med ökad självmordsrisk var psykotisk sjukdom (HR = 2,4) och substansmissbruk (HR = 3,1). Vi hittade ingen signifikant riskökning kopplad till kön, åldersgrupp eller hos de med en historia av våldsbrott.

I den första multivariata Cox-regressionsmodellen inkluderades alla kovariater med icke-överlappande definitioner. De riskfaktorer som hade kvarstående signifikanta resultat var substansmissbruk (HR = 2,1), tidigare självmordsförsök (HR = 2,5) och att vara född i Sverige (HR = 2,1) (tabell 5).

Dessutom genomförde vi en andra multivariat Cox-regressionsmodell i ett kombinerat dataset med alla frigivna fångar och kontrollgruppen tillsammans för att jämföra effekten av variabeln *någon psykiatrisk sjukdom* (inklusive substansmissbruk) (HR = 7,9) med effekten av att *vara en frigiven fånge* (HR = 4,8). Båda variablerna kontrollerades för kön, ålder och för att vara född i Sverige.

**Tabell 5.** Univariata och multivariata Cox-regressionsmodeller av riskfaktorer för självmord bland frigivna fångar, inkluderande kön, åldersgrupp, född i Sverige, psykiatrisk sjukdom, substansmissbruk, tidigare självmordsförsök, våldsbrott och antal frigivningar under studieperioden.

	Univariate Hazard ratio	Multivariate Hazard ratio	Multivariat Hazard ratio §§§
<b>Kvinna</b>	1.24 (0.68-2.24)	1.05 (0.57-1.94)	-
<b>Ålder 17-24 §</b>	0.97 (0.61-1.54)	ref	-
<b>Ålder 25-44 §</b>	1.11 (0.78-1.57)	0.86 (0.53-1.40)	-
<b>Ålder 45-64 §</b>	0.86 (0.58-1.28)	0.67 (0.39-1.16)	-
<b>Ålder 65- §</b>	1.54 (0.58-4.83)	1.53 (0.46-5.14)	-
<b>Född i Sverige</b>	2.70*** (1.60-4.56)	2.09** (1.23-3.56)	-
<b>Psykotisk sjukdom</b>	2.35*** (1.47-3.76)	1.59 (0.97-2.61)	-
<b>Affektiv sjukdom</b>	1.53 (0.71-3.28)	1.00 (0.46-2.18)	-
<b>Substansmissbruk</b>	3.12*** (2.12-4.59)	2.13** (1.39-3.26)	-
<b>Personlighetsstörning</b>	1.38 (0.76-2.51)	0.66 (0.35-1.24)	-
<b>Någon psykiatrisk sjukdom (inklusive substansmissbruk)</b>	3.49*** (2.28-5.34)	-	7.9*** (5.6-11.1)
<b>Någon psykiatrisk sjukdom (exklusive substansmissbruk)</b>	1.06 (0.54-2.08)	-	-
<b>Tidigare självmordsförsök</b>	3.58*** (2.51-5.09)	2.58*** (1.76-3.78)	-
<b>Något våldsbrott</b>	1.50 (0.99-2.26)	1.20 (0.79-1.88)	-
<b>Frigiven en gång §§</b>	0.68 (0.47-1.00)	ref	-
<b>Frigiven två gånger §§</b>	1.54* (1.01-2.34)	1.33 (0.86-2.04)	-
<b>Frigiven minst tre gånger §§</b>	1.12 (0.60-2.09)	0.94 (0.49-1.78)	-
<b>Vara frigiven (jämfört med icke-dömd)</b>	-	-	4.8*** (3.4-6.7)

\* Signifikant resultat med  $p < 0.05$

\*\* Signifikant resultat med  $p < 0.01$

\*\*\* Signifikant resultat med  $p < 0.001$

§ I den univariata analysen använd som en dikotom variabel. I den multivariata analysen en del av en kategorisk variabel där det första värdet använts som referens.

§§ I den univariata analysen använd som en dikotom variabel. I den multivariata analysen en del av en kategorisk variabel där det första värdet använts som referens.

§§§ Multivariat Cox-regressionsmodell av ett dataset med alla frigivna och kontrollgruppen för att jämföra effekten av variabeln *någon psykiatrisk sjukdom* med att *vara frigiven*, båda kovariater kontrollerade för kön, ålder och att vara född i Sverige.

## DISKUSSION

---

I denna studie av 38 995 frigivningar av 26 820 fångar under fem år, identifierade vi 920 dödsfall, varav 127 var genom självmord (14%). Våra viktigaste fynd var (1) en mycket hög självmordsincidens på 204 självmord per 100 000 personår, men utan en tydlig topp i incidens de första fyra veckorna efter frigivningen, (2) viktigaste riskfaktorerna var substansmissbruk, tidigare självmordsförsök och att vara född i Sverige, och (3) våldsbrotten var inte en riskfaktor för självmord efter frigivning från fängelset.

### **Självmord efter frigivning från fängelse**

Det fanns en arton gånger förhöjd incidens av självmord bland de frigivna under studieperioden jämfört med i kontrollgruppen. Den inledande tidsperioden efter frigivning utgjorde en sårbar fas för självmord, speciellt det första året. Vi kunde dock inte se samma dramatiskt höga incidens av självmord de första fyra veckorna efter frigivningen som setts i andra studier [6-8]. Ändå stöder den höga totala självmordsfrekvensen tanken att övergången till livet utanför fängelset kan vara en högriskperiod och leder till väsentligt ökad dödlighet. Tidigare forskning har visat att tiden efter frigivning är förenad med en förhöjd risk för återfall i alkohol- och droganvändning, arbetslöshet och hemlöshet [19]. Program för att underlätta övergången skiljer sig åt mellan länder, vilket delvis kan förklara skillnaderna i självmordstalen omedelbart efter frigivning i Sverige jämfört med andra länder. Olika sätt att rubricera överdoser när avsikterna är okända kan också förklara en del skillnader [20]. Ändå var självmordstalen som observerades i denna studie höga jämfört med nästan alla tidigare rapporterade studier av frigivna fångar.

### **Psykiatrisk historia**

En historia av psykiatrisk sjuklighet var mycket vanligt bland de frigivna fångarna, särskilt substansmissbruk, psykotisk sjukdom och personlighetsstörning. Substansmissbruk korrelerar även starkt med kriminellt beteende [21] och den höga prevalensen i vår studie är i linje med tidigare arbeten som baserats på screening vid fängslandet [11]. Psykotisk sjukdom är en heterogen diagnostisk kategori som omfattar många olika tillstånd, exempelvis schizofreni, men också akuta psykotiska tillstånd som ibland utlöses av missbruk. Människor med svåra fall av psykotisk sjukdom när de begår brott döms vanligen inte till fängelse i Sverige och ingår därför inte i vår nuvarande studie. Detta måste beaktas när man diskuterar denna diagnostiska kategori. Personlighetsstörning är en diagnostisk kategori som inkluderar antisocial personlighetsstörning, ett tillstånd som delvis definieras genom olagligt beteende. Förekomsten av personlighetsstörning i denna kohort är troligen underskattad, sannolikt för att personlighetsstörning sällan är orsaken till sjukhusvistelse, vilket krävdes för att tillerkännas en historia av personlighetsstörning i denna studie.

### **Riskfaktorer för självmord efter frigivningen**

Vi identifierade flera riskfaktorer för självmord efter frigivningen. De psykiatriska diagnoskategorier som föll ut var substansmissbruk och psykotisk sjukdom, men när dessa kategorier kombinerades i samma multivariata Cox-regressionsmodell, hade psykotisk sjukdom inte längre signifikanta resultat, vilket indikerar att en historia av psykotisk sjukdom, i denna studiepopulation, ofta samexisterar tillsammans med en historia av substansmissbruk, som fortsatte att vara en betydande riskfaktor. Vi kunde också visa att en historia av substansmissbruk var vanligare bland de frigivna manliga fångar som begick självmord, än bland de som begått självmord i kontrollgruppen. Våra resultat visar att substansmissbruk spelar en viktigare roll för självmord bland frigivna fångar än vad som tidigare visats. Den låga effekten av affektiv sjukdom och personlighetsstörning är något överraskande och resultaten tyder på att mönstret av riskfaktorer kan skilja mellan frigivna fångar och den allmänna befolkningen.

En annan stark riskfaktor för självmord efter frigivning var tidigare självmordsförsök, känd för att vara en stark riskfaktor även bland självmord inom den psykiatriska vården [22], liksom bland

fängslade fångar [14]. Våra starka fynd understryker den kliniska betydelsen av tidigare självmordsförsök som riskfaktor även bland frigivna fångar.

I motsats till vår hypotes var en historia av våldsbrott inte signifikant riskökande för självmord bland frigivna fångar. Naturligtvis kan detta återspegla de faktiska omständigheterna, men andra rimliga förklaringar är att det utgör ett s.k. typ II fel eller att ett äkta samband för de mest våldsamma brotten (t.ex. mord och dråp) späddes ut till följd av den vida definition av våldsbrott som vi tillämpade.

I vår studie är att vara född i Sverige associerat med en högre risk för självmord. Detta kan tolkas så att invandrarstatus skulle vara en skyddande faktor för självmord efter frigivning från fängelset. Detta resultat är i linje med en studie av frigivna fångar i England och Wales [23], men andra studier om invandring och självmord i befolkningen motsäger resultaten [24]. Invandrarstatus kan i vår studie spegla skillnader i religiös, kulturell eller social bakgrund, vilket vi inte kan beskriva utifrån våra registerdata. Därför bör dessa resultat tolkas med försiktighet.

I en andra multivariat Cox-regressionsanalys fann vi att riskökningen som tidigare psykiatrisk sjukdom innebär (jämfört med att inte ha en sådan historik) är jämförbar med riskökning av att vara frigiven fånge (jämfört med att vara tidigare icke-dömd). Denna analys visar också tydligt att den förhöjda risken för självmord efter frigivning från fängelse inte enbart förklaras av ökad förekomst av psykiatrisk sjuklighet. Detta fynd kan spegla både effekter relaterade till fängelsevistelsen i sig, liksom för oss okända faktorer kopplade till studiepopulationen.

## **Könsskillnader**

Endast en liten andel av de frigivna var kvinnor vilket innebar att den statistiska styrkan att undersöka könsskillnader var begränsad. Att vara kvinna innebar ingen signifikant skillnad i risk vilket i sig kan vara ett intressant fynd eftersom det skiljer sig från självmord i befolkningen i större delen av världen, där självmord oftast är betydligt vanligare bland män [25]. Prevalensen av psykiatrisk sjuklighet bland frigivna kvinnor var betydligt högre än bland de manliga fångarna i alla diagnostiska kategorier utom för psykotisk sjukdom, vilket är i linje med tidigare uppgifter om könsskillnader bland fångar [26].

## **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis är dödligheten i självmord efter frigivning från fängelse i Sverige hög. Självmord bland de frigivna fångarna är arton gånger vanligare än i den ostraffade befolkningen, vilket innebär en högre riskökning än den vi ser i Sverige för häktesvistelser. En stor del av tidigare dömda fångar begår självmord kort efter frigivningen, men inte med en så hög topp av förekomsten under de första fyra veckorna som setts i tidigare studier från Storbritannien och USA. Tidigare självmordsförsök, tidigare sjukhusvård för psykisk sjukdom, särskilt missbruk, och att vara född i Sverige var riskfaktorer.

## **Styrkor och svagheter**

Hittills är detta den största studien någonsin av självmord efter frigivning från fängelse där vi i större detalj kan urskilja vilken typ av psykiatrisk sjuklighet som höjer risken. Det stora antalet och den fullständiga täckningen av alla frigivna under tidsperioden är en styrka. Men, det finns alltid vissa problem med registerbaserade studier som har att göra med informationens upplösning. De psykiatriska diagnoserna identifieras genom tidigare episoder av sjukhusvård och validiteten för diagnoserna kan skifta. Studier av det svenska slutenvårdsregistret indikerar dock en god giltighet för schizofreni och bipolär sjukdom [27, 28].



## KRIMINALVÅRDSRELEVANS

---

I den kriminalvårdade populationen är förekomsten av psykiatrisk sjuklighet påtagligt förhöjd i en jämförelse med en ostraffad kontrollgrupp, vilket innebär en särskild utmaning för de kriminalvårdande instanserna i samhället. De resurser som finns för psykiatrisk bedömning av kriminalvårdens klientel bör vara rimligt tilltagna. Detta kan innebära tillgång till såväl psykiatriskt skolade sjuksköterskor i häkten, som att det finns tillräcklig tid anslagen på de olika enheterna för psykiaterbedömning när en person med psykiatrisk problematik behöver interventioner. Eftersom denna studie fokuserar särskilt på tiden efter frisläppande finns det anledning att överväga behovet av psykiatriskt stöd också inom frivården. Men det kan också innebära att man upparbetar ett gott samarbete med de psykiatriska enheter som finns tillgängliga.

Under den första tiden i häkte är självmordsrisken förhöjd, sannolikt utlöst av den påfrestning det innebär för den enskilde att bli gripen. Under anstaltstiden ser vi en klart lägre incidens av självmord, i nivå med allmänbefolkningens, vilket talar för att den svenska anstaltsmiljön närmast fungerar som självmordsförebyggande. Detta kan till viss del bero på att miljön inte innehåller tillgång till de vanliga medel för självmordshandlingar som finns i frihet.

I vår studie har vi identifierat höga självmordstal efter frigivning efter fängelsestraff. Nivåerna under de första månaderna efter frigivning är ungefär desamma som under häktetiden. Det mönster i självmordsincidens som visats av frigivna i studier i England, Australien och USA med särskilt höga suicidtal de första veckorna ser vi inte i Sverige. Skillnaderna kan bero på kriminalvårdande instansers olika sätt att stötta klienters svårigheter att genomföra omställningen till ett liv i frihet. De projekt som genomförs för utslussning skulle därmed kunna ha haft särskild betydelse, vilket skulle kunna uppmuntra till fortsatta satsningar inom detta område. Att det finns arrangemang kring bostad, och att ha tränats i eget boende är viktigt socialt då social integration kan ha en suicidpreventiv betydelse. Här kan naturligtvis även faktorer långt utanför kriminalvårdens område påverka, såsom t ex samhällets generella villighet att återintegrera tidigare dömda på arbetsmarknaden.

Det mönster i självmordsincidens som vi identifierat i svenska förhållanden visar att de höga självmordstalen visserligen är högst den första tiden men att de ligger kvar på en hög nivå under hela vår uppföljningstid. Utbildningar i att bedöma suicidrisk och hantera denna risk kanske ska ges ett större utrymme för de anställda inom kriminalvården som följer klienter efter villkorlig frigivning som i frivården.

För gruppen frigivna utgör substansmissbruket den tydligaste psykiatriska riskfaktorn som vi identifierat. Intressant är att det har en tydligare koppling till självmord än det har i den ostraffade kontrollgruppen, där förekomsten av affektiva sjukdomar och personlighetsstörning utgör tydligare riskfaktorer. Dessa skillnader kan vi inte förklara, men en rimlig hypotes är att den psykiatriska sjukligheten i denna grupp tar sig något andra uttryck, kanske både i substansmissbruk och i kriminellt beteende.

Suicidpreventiva åtgärder inom kriminalvården bör således inkludera insatser riktade mot identifikation och behandling av substansmissbruksrelaterade störningar särskilt efter frigivning, och det gäller både alkohol- och drogmisbruk. Man kan reflektera över om inte man oftare skulle kunna satsa mer specifikt på missbruksvård i anstalter t ex under den senare tiden av vistelserna, för att försöka förbereda klienter för den risk som frigivningen innebär för återfall i alkohol- och drogbruk.

Med reservation för att denna undersökning är en observationsstudie och att vi inte har prövat de förslag som vi tar upp i en behandlingsstudie är de implikationer vi anser att vi har stöd för att det bör finnas goda resurser för de klienter som har en psykiatrisk problematik inom kriminalvården men också att det finns ett välfungerande samarbete med den psykiatriska vården. Utslussning från kriminalvårdsvistelse kan också ha självmordspreventiv betydelse. Vidare bör det finnas en god kompetens i frivårdens insatser, både för psykiatrisk problematik och särskilt för

suicidriskbedömning. Missbruksvård torde också behöva vara en viktig komponent om man vill ytterligare minska risken för självmord.

## REFERENSER

---

1. Guo-Xin Jiang, B.F., D Wasserman, *Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980 - 2008*. 2010.
2. Kriminalvården, *Kriminalvårdens officiella självmordsstatistik*. 2011.
3. Walmsley, R., *World Prison population List, 9th edition*. 2012.
4. Schmitt, J. and K. Warner, *Ex-offenders and the Labor Market*. 2010.
5. Zlodre, J. and S. Fazel, *All-Cause and External Mortality in Released Prisoners: Systematic Review and Meta-Analysis*. Am J Public Health, 2012.
6. Pratt, D., et al., *Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study*. Lancet, 2006. 368(9530): p. 119-23.
7. Binswanger, I.A., et al., *Release from prison--a high risk of death for former inmates*. N Engl J Med, 2007. 356(2): p. 157-65.
8. Karimnia, A., et al., *Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia*. Med J Aust, 2007. 187(7): p. 387-90.
9. Dirkzwager, A., P. Nieuwbeerta, and A. Blokland, *Effects of First-Time Imprisonment on Postprison Mortality: A 25-Year Follow-Up Study with a Matched Control Group*. Journal of Research in Crime and Delinquency, 2012. 49(3): p. 383-419.
10. Fazel, S. and K. Seewald, *Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*. Br J Psychiatry, 2012. 200(5): p. 364-73.
11. Fazel, S., P. Bains, and H. Doll, *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. Addiction, 2006. 101(2): p. 181-91.
12. Fawcett, J., *Diagnosis, Traits, States, and Comorbidity in Suicide*. 2012.
13. Harris, E.C. and B. Barraclough, *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Br J Psychiatry, 1997. 170: p. 205-28.
14. Fazel, S., et al., *Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors*. J Clin Psychiatry, 2008. 69(11): p. 1721-31.
15. Fazel, S., et al., *Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2011. 46(3): p. 191-5.
16. Webb, R.T., et al., *National Study of Suicide in All People With a Criminal Justice History*. Arch Gen Psychiatry, 2011.
17. Gvion, Y. and A. Apter, *Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature*. Arch Suicide Res, 2011. 15(2): p. 93-112.
18. Frisell, T., P. Lichtenstein, and N. Langstrom, *Violent crime runs in families: a total population study of 12.5 million individuals*. Psychol Med, 2010: p. 1-9.
19. Binswanger, I.A., et al., *Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors*. Addict Sci Clin Pract, 2012. 7(1): p. 3.
20. Bohnert, A.S., et al., *Risk of death from accidental overdose associated with psychiatric and substance use disorders*. Am J Psychiatry, 2012. 169(1): p. 64-70.
21. Hakansson, A. and M. Berglund, *Risk factors for criminal recidivism -- a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse*. BMC Psychiatry, 2012. 12(1): p. 111.
22. Tidemalm, D., et al., *Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up*. BMJ, 2008. 337: p. a2205.
23. Humber, N., et al., *Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales*. Psychol Med, 2011: p. 1-11.
24. Kposowa, A.J., J.P. McElvain, and K.D. Breault, *Immigration and suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration*. Arch Suicide Res, 2008. 12(1): p. 82-92.
25. Canetto, S.S. and I. Sakinofsky, *The gender paradox in suicide*. Suicide Life Threat Behav, 1998. 28(1): p. 1-23.
26. Fazel, S. and J. Danesh, *Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. Lancet, 2002. 359(9306): p. 545-50.
27. Dalman, C., et al., *Young cases of schizophrenia identified in a national inpatient register--are the diagnoses valid?* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. 37(11): p. 527-31.

28. Sellgren, C., et al., *Validity of bipolar disorder hospital discharge diagnoses: file review and multiple register linkage in Sweden*. Acta Psychiatr Scand, 2011. 124(6): p. 447-53.





Kriminalvården

---

[www.kriminalvarden.se](http://www.kriminalvarden.se)  
601 80 Norrköping  
Telefon 077-22 80 800  
Fax 011-496 36 40