

Återfall i brott hos rättspsykiatriskt undersökta

ÅTERFALL I BROTT HOS RÄTTSPSYKIATRISKT UNDERSÖKTA
1992 – 2002

Projektnummer 2008:45

Hanna Edberg
Joakim Sturup
Marianne Kristiansson

Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Programområde Social- och Rättpsykiatri,
Karolinska Institutet, samt Centrum för Psykiatrforskning (CPF)

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2010
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2010

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget
Fax: 011-496 35 17
Beställningsnr: 5072
ISBN 91-85187-68-2
Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
BAKGRUND	5
METOD	7
DESIGN.....	7
URVAL	7
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	7
VARIABLER	8
STATISTISKA ANALYSER	8
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	8
RESULTAT	9
ÅTERFALLSBROTTLIGHET.....	9
VILKA FAKTORER SAMVARIERAR MED ÅTERFALL I BROTT?	9
HAR ANDELEN INDIVIDER SOM ÅTERFALLER I BROTT EFTER FRIVÅRDSPÅFÖLJD FÖRÄNDRATS UNDER TIDSPERIODEN 1992-2002?	10
DISKUSSION	12
SLUTKOMMENTAR	14
BILAGA 1	15
DESKRIPTIVA DATA FÖR RÄTTSPSYKIATRISKT UNDERSÖKTA 1992-2002.	15
BILAGA 2	17
DESKRIPTIVA DATA FÖR INDIVIDER SOM DÖMTS TILL FRIVÅRDSPÅFÖLJD EFTER RÄTTSPSYKIATRISK UNDERSÖKNING.....	17
BILAGA 3	19
ÅTERFALLSBROTT	19
BILAGA 4	20
RESULTAT COX PROPORTIONAL HAZARDS REGRESSION AV ÅTERFALLSBROTT, UNIVARIAT OCH MULTIVARIAT MODELL.....	20
BILAGA 5	23
RESULTAT COX PROPORTIONAL HAZARDS REGRESSION AV ÅTERFALL I VÅLDSBROTT, UNIVARIAT OCH MULTIVARIAT MODELL.....	23
BILAGA 6	26
DEFINITIONER	26
REFERENSER	28

SAMMANFATTNING

Studien undersöker återfallsbrottslighet i en population bestående av 5 943 individer som genomgick rättspsykiatrisk undersökning mellan år 1992 och år 2002. Deskriptiva data för populationen inhämtas från register. Samvariationer mellan olika variabler och återfall i brott respektive återfall i våldsbrott studeras. Studiens resultat stöder teorin att riskfaktorer för återfall i brott är väsentligen samma för personer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning som för andra lagöverträdare. Psykosjukdom korrelerar inte med risk för vare sig återfallsbrottslighet generellt eller återfall i våldsbrott, när det studeras som isolerad faktor. Individer med bipolär sjukdom befinns däremot korrelera med risk för återfall i våldsbrott, och de kausala sambanden behöver studeras ytterligare. Individer som dömts till vissa frivårdspåföljder efter rättspsykiatrisk undersökning har ökad risk för återfall i brott och återfall i våldsbrott jämfört med de som döms till fängelse.

INLEDNING

Brottslighet är ett samhällsproblem som involverar såväl brottsoffer som förövare, utmanar samhällsstrukturen och kostar samhället stora summor varje år (BRÅ 2005). Att studera brottslighet och lagöverträdare i syfte att identifiera riskfaktorer för brottslighet är ett viktigt arbete. En särskild grupp lagöverträdare är de gärningspersoner som misstänks ha begått brott under påverkan av psykisk störning. Försök att fastställa risk för återfall i brott hos individer med psykisk störning är svårt, och ställer höga krav på såväl kännedom om kriminologiska återfallsfaktorer som psykiatrisk kompetens. Studier av återfallsbrottslighet hos individer med psykisk störning har som mål att förbättra utredning, val av brottspåföljd samt vård och omhändertagande, i syfte att främja hälsa och minska brottslighet.

Bakgrund

Tillförlitlig statistik rörande återfallsbrottslighet och god kunskap om riskfaktorer ger oss möjlighet att förbättra omhändertagandet av individer med psykisk störning som begår brott, och därmed minska återfallsbrottsligheten. Därutöver förutsätter ändamålsenlig fördelning av samhällets resurser gedigen kunskap om dessa förhållanden. Att det stora antalet studier som gjorts avseende återfallsfrekvens gett divergerande utfall, tyder på svårigheterna att uttala sig om återfall i brottslighet i allmänhet, och för psykiskt sjuka i synnerhet. Tidigare studier antyder en återfallsfrekvens hos individer med psykisk sjukdom mellan 20-55 procent (Grann et al 1998; Tengström et al 2000; Socialstyrelsen 2000; Socialstyrelsen 2002; BRÅ 2007). Internationella studier har uppvisat liknande resultat (Yoshikawa et al 2007; Harris et al 1993). I grova drag skiljer sig detta inte nämnvärt från frekvensen av återfall i brott hos lagöverträdare i stort (BRÅ 2003) men den stora variationen i återfallsfrekvens medför ett tydligt behov av subgrupperingar. Art och grad av psykisk sjukdom och komorbiditet avseende framförallt missbruk och personlighetstörningar är faktorer som i flera nyligen genomförda studier associerats med återfallsbrottslighet (Grann et al 2008; Fazel et al 2009a; Fazel et al 2009b; Pulay et al 2008) och förekomst av våldsbeteende (Elbogen & Johnson 2009).

I den pågående debatten om vilka faktorer som samvarierar med återfall i brott bland psykiskt sjuka finns två ytterligheter. Den ena sidan förespråkar att kliniska faktorer som exempelvis diagnos, sjukdomsinsikt, psykiatrisk behandling och missbruk har högst prediktionsvärde, vanligtvis förespråkas detta av kliniker (Sturidsson et al 2004). Andra pekar på vikten av sociala faktorer såsom boende, socialt nätverk, familjesupport och gängse kriminogena faktorer (Estroff et al 1994; Monahan et al 2000; Hanson & Harris 2000). Den mest omfattande metastudien på ämnet återfall i brott bland personer med psykisk sjukdom visar också att de sociala och kriminologiska faktorerna, dvs samma faktorer som för ”friska” lagöverträdare, är de starkaste prediktorerna för återfall i brott (Bonta et al 1998).

Principen att psykisk ohälsa i vissa fall skall innebära straffrättslig särbehandling har funnits i Sverige under lång tid. Huvuddragen i den för närvarande gällande lagstiftningen rörande psykiskt störda lagöverträdare utformades redan 1965 i samband med att brottsbalken infördes. En reform år 1992 medförde en ny lagstiftning, där bland annat begreppet allvarlig psykisk störning (APS) infördes, vissa av brottsbalkens påföljdsregler ändrades och särskild utskrivningsprövning infördes (SOU 2002:3). Fram till 1 juli 2008 råde fängelseförbud för allvarligt psykiskt störda, det vill säga en gärningsman som hade begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning skulle inte dömas till fängelse. Lagen har nu omformulerats, och det tidigare fängelseförbudet när brott har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning har ändrats till ett antagande om att annan påföljd än fängelse ska väljas (BrB 30 kap 6§).

Allvarlig psykisk störning (APS) är ett juridiskt begrepp och inte relaterat till någon specifik diagnos. I begreppet APS inkluderas psykotiska tillstånd, svåra depressioner med allvarligt självmordsbeteende, personlighetsstörningar/neuropsykiatriska störningar med återkommande impuls-genombrott av psykotisk karaktär och/eller stark tvångsmässighet samt svår demens, svår utvecklingsstörning och grava hjärnsador (SOSFS 2000:12). Om en gärningsman har begått ett brott under påverkan av en APS och fortfarande bedöms lida av en APS, kan individen dömas till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning.

Särskild utskrivningsprövning innebär att beslut om permissioner och utskrivning fattas av en förvaltningsdomstol. Rättspsykiatrisk vård är således en påföljd med inriktning mot vård. Detta är en åtgärd som den allmänna domstolen kan använda mot bakgrund av att gärningsmannen uppvisat psykisk ohälsa av sådan art och grad att kriminalvårdens påföljder inte bedöms tillämpliga, och där man i de flesta fall har en förväntan om att slutna psykiatrisk vård skall minska graden av ohälsa och därmed också minska risken för återfall i brott.

Enligt svensk lagstiftning kan domstolen, då misstanke om psykisk störning hos en gärningsman uppkommer, förorda om en rättspsykiatrisk undersökning (SFS 1991:1137 1§). Utlåtandet lämnas till domstol som sedan har att fatta beslut om påföljd. Undersökningen pågår under fyra veckor om individen är häktad och intagen på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet, under sex veckor om individen inte är häktad. Vid särskilda behov kan tiden förlängas. Cirka 600 personer genomgår rättspsykiatrisk undersökning i Sverige varje år. Knappt hälften av dessa döms till rättspsykiatrisk vård, övriga till påföljder inom Kriminalvården. Inom ramen för sedvanliga kriminalvårdspåföljder finns också påföljder som kan inkludera olika typer av villkor med avseende på behandling, exempelvis öppenvård eller skyddstillsyn med föreskrifter om psykiatrisk behandling och/eller annan särskild behandlingsplan. Även dessa påföljder kan sägas vara relaterade till att domstolen gjort bedömningen att det ur individualpreventiv synpunkt är bättre att gärningspersonen döms till någon typ av vård och behandling jämfört med fängelse. Att studera individer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning ger oss möjlighet att fokusera på den grupp gärningspersoner som redan i ett tidigt skede bedömts ha en högre grad av psykisk ohälsa än övriga gärningspersoner, men som inte nödvändigtvis lider av en allvarlig psykisk störning. På så vis kommer studiepopulationen att omfatta individer med personlighetsstörningar, impulskontrollstörningar och neuropsykiatriska störningar såväl som psykosjukdomar och affektiva tillstånd.

Vi vet att kvinnor som genomgår rättspsykiatrisk utredning i en högre utsträckning än män bedöms lida av en allvarlig psykisk störning (Sturup & Kristiansson 2007; Grann 1996). Huruvida kvinnor i en högre grad är sjukare eller om utredarna uppfattar och tolkar kvinnorna som mer sjuka, utifrån förhållandet att brottslighet är mer ovanligt bland kvinnor, är inte klarlagt. Dock vet vi att kvinnor får lägre poäng än män på Global Assessment of Functioning (GAF)-skalan (APA 1994), vilket stärker argumentet att kvinnorna faktiskt uppvisar en högre sjuklighet än männen (Sturup & Kristiansson 2007). Återfallsbrottslighet hos kvinnor har varit svårt att studera till följd av den förhållandevis låga incidensen brott hos kvinnor, och det finns bara ett litet antal studier avseende återfall som inkluderar kvinnor (Socialstyrelsen 2002; Grann et al, 1998; Strand 2006). Detta förhållande framkom även i SBU:s rapport från 2005 gällande riskbedömningar för framtida våldsbeteende inom psykiatrin, där det på grund av bristande underlag inte gick att påvisa evidens för riskbedömningar av kvinnor (SBU 2005).

Huruvida invandrare missgynnas inom rättsväsendet i allmänhet och inom rättspsykiatrin i synnerhet har tidigare uppmärksammats i ett flertal studier (SOU 2006:30; Socialstyrelsen 2002; Diesen 2005; Belfrage 1996; Sturup & Kristiansson 2007). Vid rättspsykiatrisk undersökning diagnosticerar invandrare i högre utsträckning än svenskar med ett psykotiskt tillstånd, men bedöms trots detta mer sällan lida av en allvarlig psykisk störning (Sturup & Kristiansson 2007).

METOD

Design

Studien är en deskriptiv registerstudie baserad på retrospektiva data, med syfte att undersöka återfall i brott hos rättspsykiatriskt undersökta under perioden 1992 till 2002.

Urval

Studiepopulationen utgörs av samtliga 5943 individer som genomgick rättspsykiatrisk undersökning under perioden 1 jan 1992 till 31 dec 2002. En mindre grupp av dessa har genomgått undersökningen vid flera tillfällen under perioden, och den tidigaste undersökningen har i detta fall studerats. Materialet har hämtats från Rättsmedicinalverkets Centrala Arkiv (RCA), Kriminalvården, Statistiska Centralbyrån (SCB) samt Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen. I RCA registreras samtliga individer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning, och där noteras individspecifika data från undersökningen såsom diagnos, förekomst av allvarlig psykisk störning, vissa demografiska uppgifter och åtalspunkter. Även information ifrån domsluten registreras. Kriminalvårdens register omfattar datum för och typ av kriminalvårdspåföljd. SCB har en longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) som innehåller samtliga personer 16 år och däröver, som varit folkbokförda i Sverige året för registrering. Från detta register kommer uppgifter om civilstånd, högsta utbildningsnivå, inkomst och huvudsaklig inkomstkälla. Från SCB kommer även uppgifter avseende lagföringar såsom tidpunkt för brott, lagföringsdatum, lagföringstyp, de 3 första brottslagrummen för varje lagföring, brottspåföljd, lagrum för åtalsunderlåtelse och utvisningsbeslut.

Tillvägagångssätt

Inledningsvis beskrivs studiepopulationen med avseende på de registeruppgifter som inhämtats. Den grupp som döms till frivård (skyddstillsyn, skyddstillsyn med föreskrifter och/eller behandlingsplan, skyddstillsyn med samhällstjänst) beskrivs för sig. Därefter studeras gruppen individer som återfaller i brott efter rättspsykiatrisk undersökning. Uppföljningstidens start och slut är bestämt till expeditionsdatum för den rättspsykiatriska undersökningen respektive brottstidpunkt för återfallsbrott, alternativt, vid frånvaro av återfallsbrott, 31/12 2008. Vid eventuella dödsfall avbryts exponeringstiden vid dödsdatum. Återfallsfrekvenser i grupperna som helhet studeras. Påföljande analyser studerar samvariationer mellan återfall i brott och de variabler som inhämtats för studiepopulationen. Återigen studeras särskilt den grupp individer som dömts till frivårdspåföljd.

Att studera återfall i brott hos gruppen rättspsykiatriskt undersökta utifrån registeruppgifter är dock förenat med en del problematik. Individernas möjligheter till behandling under uppföljningsperioden kommer med stor sannolikhet att påverka risken för nya kriminella handlingar. Exempelvis kan risken för återfallsbrott förväntas vara lägre för individer som är intagna på anstalt alternativt intagna för rättspsykiatrisk vård eller annan psykiatrisk tvångsvård. Dessvärre är det inte möjligt att från befintliga register inhämta fullständiga uppgifter rörande vårdtider inom psykiatrisk tvångsvård för tidsperioden, då inrapporteringen varit ofullständig (Socialstyrelsen har efter ett regeringsbeslut ändrat rutinerna och från 2009-01-01 förväntas sådana uppgifter kunna inhämtas). För gruppen som döms till rättspsykiatrisk vård är exponeringstiden därför ojusterad för placering på vårdavdelning. Inkapaciteringstider för kriminalvårdsdömda finns däremot tillgängliga, och för denna grupp har time at risk beräknats, vilket motsvarar endast den tid då individen inte har en fängelse-döm. Dels studeras individernas första återfallsbrott efter den rättspsykiatriska undersökningen, dels studeras om individen har lagförts för våldsbrott under uppföljningsperioden. I det senare fallet kommer hänsyn att tas till huruvida brottet i fråga är individens första återfallsbrott eller om föregående lagföringar för andra brott förekommit.

Variabler

Det primära utfallsmåttet är återfall i brott. Återfallsbrott definieras som förekomst av fällande dom i Lagföringsregistret. Samtliga brott som finns registrerade i SCB:s lagföringsregister ingår. Separat studeras även återfall i våldsbrott. Som våldsbrott definieras i detta avseende alla brott med inslag av våld mellan gärningsman och offer (eller potentiellt offer), oavsett graden av våld. För en utförlig beskrivning av definitionen av våldsbrott se bilaga 6. Sammanfattningsvis inkluderas misshandel, mord, dråp, sexualbrott, mordbrand, olaga hot/tvång och vållande till kroppsskada/sjukdom/död. Oberoende variabler är ålder, kön, diagnos (enligt DSM-IV, APA 1994), socioekonomisk status (se bilaga 6), invandrarbakgrund (utrikes född, inrikes född med två utrikes födda föräldrar, inrikes född med en utrikes född förälder), tidigare genomgången rättspsykiatrisk undersökning, APS vid brott, APS vid undersökning, indexbrott (typ av brott som föregår den rättspsykiatriska undersökningen), påföljd i tingsrätten alternativt, i förekommande fall, hovrätten eller högsta domstolen, frihetsberövande påföljd och frivårdspåföljd.

Statistiska analyser

Utfallsvariablerna i denna studie är återfall i brott samt återfall i våldsbrott. Data utvärderas med hjälp av överlevnadsanalyser där tid till återfall i brott deskriptivt illustreras med Kaplan-Meier kurva. Vidare har data utvärderats med Cox proportional hazards regression. De oberoende variablerna beskrivs ovan. Resultaten presenteras både för univariata och multivariata modeller. Forward stepwise regression metod används för att finna statistiskt signifikanta riskfaktorer och riskindikatorer i de multivariata analyserna. Dessa analyser resulterar i justerade riskkvoter, som visar vilka variabler som är signifikant korrelerade med återfall i brott respektive våldsbrott, när hänsyn tas till andra faktorer. Jämförelse mellan studiepopulationerna år 1992 tom år 1997 och år 1998 tom år 2002 redovisas deskriptivt och testas med hjälp av t-test för kvantitativa variabler och Chi-två-test för kategoriska variabler. De statistiska testerna är tvåsidiga och $p < 0.05$ har tolkats som statistiskt signifikant. SPSS version 18 används för att analysera data.

Etiska överväganden

Vissa variabler i studien kan komma att visa sig statistiskt relevanta och korreleras exempelvis till förekomst eller frånvaro av återfall i brott. Beroende på typ av variabel finns det risk att studien endast kan påvisa korrelationen, och inte närmare penetrera vad som förklarar den. Risken finns liksom alltid att statistik används i icke-neutrala sammanhang och därigenom eventuellt missgynnar vissa grupper. En studie av denna typ kan dock utgöra grund för en fortlöpande undersökning av orsaker bakom statistiska korrelationer, där man kan identifiera riskfaktorer och på sikt förbättra preventivt arbete. Nyttan med studien synes därför överväga en eventuell risk för subjektiv och ovetenskaplig tolkning av orsakssamband. Studien har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm. Diarienummer 2007/1032-31, godkänt 2007-10-22. Komplettering 2008/140-32, godkänt 2008-01-30. Komplettering 2009/1254-32, godkänt 2009-08-25.

RESULTAT

Deskriptiva data för gruppen rättspsykiatriskt undersökta redovisas i bilaga 1 5943 individer genomgick rättspsykiatrisk undersökning under perioden 1992-2002, 90% var män och 10% var kvinnor. Denna könsfördelning skall jämföras med andelen kvinnor lagförda för brott i Sverige som under 1990-talet legat mellan 14-17 procent av det totala antalet lagföringar (BRÅ 2009). En fjärdedel av de undersökta var födda utanför Sverige. Drygt hälften var yngre än 35 år vid undersökningen. Majoriteten hade begått ett våldsbrott. I gruppen dömdes 43 procent till rättspsykiatrisk vård, huvuddelen med särskild utskrivningsprövning. En tredjedel dömdes till fängelse, och knappt en femtedel till någon typ av frivårdspåföljd.

Hälften av individerna diagnostiserades med alkohol- och/eller narkotikamissbruk, och ungefär en lika stor andel med någon typ av personlighetsstörning. Antisocial personlighetsstörning diagnostiserades hos nästan 10 procent. Någon typ av psykosjukdom fanns hos cirka en tredjedel, schizofreni utgjorde mindre än hälften av denna diagnosgrupp. Omkring 5 procent bedömdes ha ett förståndshandikapp. Uppföljningstiden var upp till 17 år, med ett genomsnitt på 6 år och standardavvikelsen var 5 år, 833 personer (14%) avled under uppföljningstiden. 1 012 personer (17%) i gruppen rättspsykiatriskt undersökta (i denna grupp ingår både personer som bedömts ha och inte bedömts ha en allvarlig psykisk störning) dömdes till någon typ av frivårdspåföljd. Frivård inkluderar skyddstillsyn med eller utan psykiatrisk vård, samhällstjänst eller särskild behandlingsplan.

Beskrivning av de individer som dömts till frivårdspåföljder redovisas i bilaga 2. I gruppen med frivårdspåföljder hade fler hög socioekonomisk status än i gruppen som helhet (21% vs 14%, $p<0.001$). Ingen signifikant ålderskillnad noterades. Andelen infödda svenskar i gruppen med frivårdspåföljder var högre (80% vs 73%, $p<0.001$), liksom andelen svenska medborgare (83% vs 77%, $p<0.001$). Indexbrottet hos de som dömdes till frivård var i något mindre utsträckning våldsbrott än för gruppen som helhet (80% vs 86 %, $p<0.001$), och som förväntat var andelen grova våldsbrott betydligt mindre.

Återfallsbrottslighet

Totalt lagfördes drygt hälften ($n=3\ 125$, 53%) i studiepopulationen för någon form av brottslighet under uppföljningsperioden, se bilaga 3. Individernas första återfallsbrott var i knappt hälften av fallen ($n=1\ 474$, 47%) ett våldsbrott. Sammantaget under uppföljningsperioden lagfördes ytterligare 12 procent för våldsbrott ($n=2\ 194$). Återfallsfrekvensen i gruppen med frivårdspåföljder var högre ($n=660$, 65%) än för gruppen som helhet, och andelen som begick ett våldsbrott som första återfallsbrott var den samma ($n=317$, 48%). Under hela uppföljningsperioden var återfall i våldsbrott mer frekvent förekommande hos de som dömts till frivård, och ytterligare 25 procent av de frivårdsdömda begick vid något tillfälle ett våldsbrott ($n=479$). Återfallsbrottslighet i form av dödligt våld var dock ovanligare för de frivårdsdömda än för gruppen som helhet ($n=9$, 1% vs $n=95$, 3%).

Vilka faktorer samvarierar med återfall i brott?

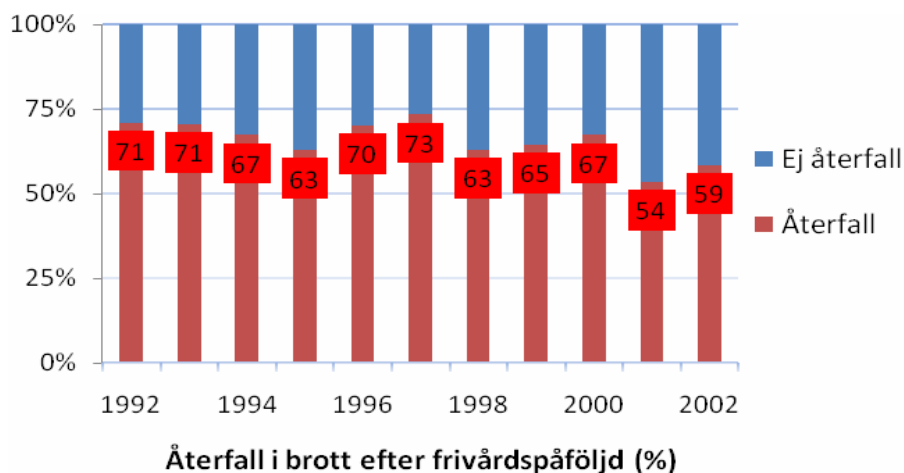
Individerna studeras dels med avseende på sitt första lagförda brott, dels sitt första lagförda våldsbrott. En grundlig genomgång av resultaten av de uni- och multivariata analyserna redovisas i bilaga 4-5. Liksom tidigare beskrivet antyder resultaten från de univariata analyserna att i gruppen som helhet korrelerar manligt kön, låg ålder, låg socioekonomisk status, missbruk och tidigare brottslighet med risk för återfall i brott. Därtill indikerar resultaten en högre risk för individer som dömts till frivårdspåföljder, jämfört med övriga påföljder. Psykosjukdom korrelerar inte med risk för återfallsbrott, däremot antyds en korrelation mellan personlighetsstörningar, framförallt antisocial personlighetsstörning, och återfall i brott. För återfall i våldsbrott tycks samvariationerna till stora delar vara desamma som för brottslighet generellt, med något stärkt korrelation avseende manligt kön.

De multivariata analyserna resulterar i en oförändrad risk för återfall i brott generellt för män jämfört med kvinnor, där risken är 1,5 gånger högre för män för samtliga återfallsbrott, och 2,0 gånger högre för återfall i våldsbrott. Låg ålder och missbruk är alltjämt korrelerade med ökad återfallsbrottslighet, men risken blir något lägre när den korrigeras för övriga faktorer. Individer med en utrikes född förälder korrelerar med en lägre risk för återfall i brott, för övrigt synes inte risken för återfall i brott eller i våldsbrott påverkas av huruvida man har invandrarbakgrund och svenskt eller utländskt medborgarskap. Förhållandet mellan individens indexbrott och återfall i brott antyder att grövre brott (våldsbrott, dödligt våld, sexualbrott, mordbrand) är förenat med lägre risk för återfall i brott, medan däremot egendomsbrott och trafikbrott medför med riskökning. För återfall i våldsbrott synes dock tidigare våldsbrott utgöra en riskfaktor. Liksom i de okorrigerade analyserna framstår frivårdspåföljd som en faktor som korrelerar med risk för återfall i brott, företrädesvis för återfall i våldsbrott. Bland frivårdspåföljderna är det framförallt skyddstillsyn med samhällstjänst som utmärker sig. De justerade riskkvoterna för skyddstillsyn med samhällstjänst var för återfallsbrott generellt respektive för våldsbrott 1,4 och 1,6, vilket kan uttryckas som att risken för återfall i brott och i våldsbrott är 40 procent respektive 60 procent högre för individer som dömts till skyddstillsyn med samhällstjänst jämfört med fängelse. För återfall i våldsbrott är även skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk behandling korrelerat med en förhöjd risk jämfört med fängelse, och detta med hänsyn tagen till tiden i fängelse. Psykosjukdom korrelerar inte med risk för återfall i brott eller återfall i våldsbrott, och individer med enbart schizofreni, som isolerad faktor, har en lägre risk återfall i brott än icke schizofrena, både om man studerar brottslighet i allmänhet eller våldsbrott. Detta förhållande gäller även för diagnosen depression. ADHD korrelerar med risk för återfall i brott, och hänsyn har tagits till att diagnosen var mer sällan förekommande under den första hälften av studieperioden. Bipolär sjukdom korrelerar med en riskökning för återfall i våldsbrott, i högre grad än såväl missbruk som antisocial personlighetsstörning.

Har andelen individer som återfaller i brott efter frivårdspåföljd förändrats under tidsperioden 1992-2002?

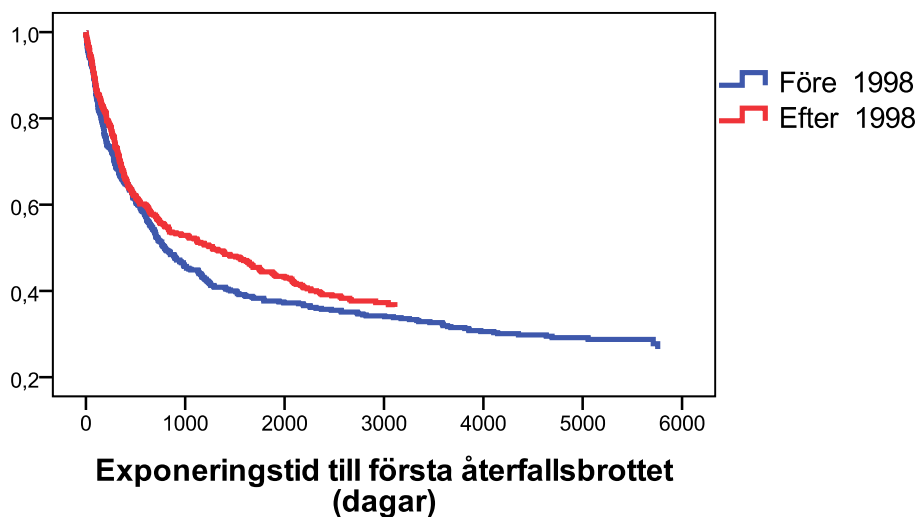
I figur 1 beskrivs återfallsbrottslighet hos frivårdsdömda efter rättspsykiatrisk undersökning 1992 och 2002. Andel som återfaller i brott efter frivårdspåföljd redovisas i procent. Trenden är minskad återfallsbrottslighet, men hänsyn bör tas till att återfallsbrottslighet är en kumulativ variabel, och uppföljningstiden är längre för de som genomgick den rättspsykiatriska undersökningen tidigt under studieperioden.

Figur 1. Återfall i brott hos individer som dömts till frivård efter rättspsykiatrisk undersökning 1992-2002



För att justera för uppföljningstidens längd studeras även kumulativ återfallsfrekvens. Figur 2 beskriver tid till första återfallsbrottet för individer som dömts till frivård efter genomgången rättspsykiatrisk undersökning. Populationen är uppdelad i två grupper, före och efter 1998. Figuren visar hur andelen individer som INTE har återfallit i brott i de två grupperna minskar, från 100% (1,0) vid tidpunkt 0 dagar.

Figur 2. Tid till första återfallsbrottet för individer som dömts till frivård



Av samtliga individer som dömdes till frivård efter genomgången rättspsykiatrisk undersökning har cirka 40 procent återfallit i någon typ av brott efter cirka 1,5 år, vilket synes relativt oförändrad sedan 1992. 1,5 år efter rättspsykiatrisk undersökning anas en tendens till minskad andel återfall hos individerna som undersöktes rättspsykiatriskt efter 1998, dock kan ingen signifikant skillnad påvisas ($p = 0,112$).

Ingen signifikant skillnad i ålder eller socioekonomisk status vid rättspsykiatrisk undersökning före och efter 1998 kan noteras. Före 1998 hade färre undersökta invandrarbakgrund (utrikes födda 23% vs 28%, $p < 0,001$, inrikes födda med en utrikes född förälder 1% vs 4%, $p < 0,001$, inrikes födda med två utrikes födda föräldrar 1% vs 2%, $p < 0,05$). Våldsbrott som indexbrott var lika vanligt före som efter 1998 (31% vs 29%, ns). Diagnostiskt kunde följande noteras: före 1998 fick en större andel av de undersökta en psykosdiagnos (31% vs 27%, $p < 0,01$) eller en personlighetstörningsdiagnos (51% vs 43%, $p < 0,001$).

Alkoholmissbruk diagnostiserades oftare före 1998 (33% vs 27%, $p < 0,001$) medan narkotikamissbruk diagnostiserades oftare efter 1998 (29% vs 25%, $p < 0,001$). Nämnas bör också att diagnoserna ADHD och Aspergers syndrom var sällsynta före 1998.

DISKUSSION

Rättspsykiatriskt undersökta gärningspersoner är en heterogen grupp individer, med det gemensamt att de har begått ett förhållandevis allvarligt brott och misstänks lida av någon typ av psykisk störning. Det är en mindre andel kvinnor i denna population än i den kriminella populationen i samhället i stort (BRÅ 2009), 14 procent av de rättspsykiatriskt undersökta avled under uppföljningstiden. Detta kan jämföras med mortaliteten i Sverige som år 2007 var cirka 1 procent, och drygt 70 procent av de som avled var 75 år eller äldre (Socialstyrelsen 2009). Populationen 75 år och äldre utgör cirka 14 procent av Sveriges befolkning (SCB 2008), men bara 0,4 procent (n=21) i den aktuella studiepopulationen. Det noteras således en överdödlighet bland de rättspsykiatriskt undersökta.

De vanligaste diagnoserna är personlighetsstörningar och missbruksrelaterade diagnoser. En tredjedel diagnostiseras med en psykosjukdom. I nuläget döms majoriteten av de undersökta till påföljd inom kriminalvården, och denna andel kan komma att öka ytterligare med en framtida ny lagstiftning (Psykiatrilagsutredningen 2008:9). En sådan lagstiftning kan komma att innebära att individens vårdbehov skall tillgodose oberoende av vilken straffrättslig reaktion som följer på brottet. Det är mot bakgrund av denna utredning viktigt för kriminalvården att ha god kännedom om gruppen rättspsykiatriskt undersökta gärningspersoner, som ofta utgörs av individer med en mer komplex problematik än de som döms till kriminalvårdspåföljder utan att först ha genomgått rättspsykiatrisk undersökning.

Knappt en femtedel av de individer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning för att utreda förekomst av eventuell allvarlig psykisk störning döms till frivårdspåföljder inom kriminalvården. Dessa individer har på gruppnivå högre socioekonomisk status än övriga i gruppen rättspsykiatriskt undersökta, och de har mindre ofta invandrarbakgrund. Hypotetiska resonemang kring förklaringar till dessa förhållanden bör inrymma möjligheten att högre socioekonomisk status påverkar bedömningen av hur pass väl en lagöverträdare kan klara sig utanför anstalt, eventuellt bedöms möjligheterna till återanpassning för en individ med koppling till arbetslivet och/eller en yrkesutbildning som mer fördelaktiga. Varför andelen individer med invandrarbakgrund är färre bland de frivårdsdömda är oklart. Invandrarbakgrund korrelerar inte med överrisk för återfall i brottslighet i detta studiematerial, om något antyder resultaten snarare det motsatta. Möjligen kan en marginalisering av invandrare i samhället påverka bedömningen såtillvida att återanpassning anses mindre sannolik. Möjligen uppfattar man det svårare att bedöma återanpassningsmöjligheterna och därmed återfallsrisken till följd av kulturella skillnader. Den aktuella studien gör inte anspråk på att besvara dessa frågor, och det bör understrykas att resonemangen ovan är av strikt hypotetisk karaktär.

Under en uppföljningstid på i genomsnitt 6 år återföll drygt hälften av de rättspsykiatriskt undersökta i någon typ av brott, 37 procent återföll i våldsbrott. Individerna som dömdes till skyddstillsyn med samhällstjänst återföll i större utsträckning än övriga, både i brott generellt och i våldsbrott. Fynden tyder på att de som döms till skyddstillsyn med samhällstjänst efter rättspsykiatrisk undersökning är en särskilt belastad grupp, och studiens resultat speglar ett behov av riktade brottsförebyggande åtgärder för dessa individer. Ett alternativ som bör diskuteras är strukturerade risk- och behovsanalyser, med tätare uppföljning av de dömdas beteende samt utvärdering och kontroll av riskfaktorer.

I en uppföljning till detta projekt planeras att via journaler inhämta fullständiga uppgifter rörande in- och utskrivningar samt permissioner för de som dömts till rättspsykiatrisk vård, i syfte att studera dels eventuell förändring i återfallsfrekvens över tid hos individer med allvarlig psykisk störning, dels huruvida inkapaciteringstiderna (tidsperioderna som individerna är intagna på anstalt eller rättspsykiatrisk klinik) skiljer sig åt mellan individer som dömts till fängelse och rättspsykiatrisk vård. Befintliga registeruppgifter är tyvärr inte tillfyllest för att göra sådana analyser.

Avseende vilka faktorer som korrelerar med återfall i brott och våldsbrott ligger resultaten från den aktuella studien i linje med flera tidigare studier (Bonta, Hanson & Law 1998; Grann et al 2008). Manligt kön, ung ålder, missbruk, antisocial personlighetsstörning och tidigare brottslighet är faktorer som vid det här laget anses vara väl beforskade prediktorer.

Den aktuella studien antyder dock att psykosjukdom som isolerad faktor korrelerar med en lägre risk för återfall i brott och våldsbrott, än för icke psykosjuka. Psykosjukdomarnas relation till brottslighet, våldsbrottslighet och våld har länge varit en omtvistad fråga, där studiens resultat stöder det som nyligen visats av Elbogen och medarbetare (Elbogen et al 2009). I tidigare studier (Eronen et al 1996a; Eronen et al 1996b; Eronen et al 1998; Hodgins et al 1996) har man dragit motsatt slutsats avseende psykosjukdom och våldsbrottslighet. Detta kan förklaras dels av flertalet medierande faktorer för återfalls- och våldsbrott bland svårt psykiskt sjuka, bland vilka missbruk och låg socioekonomisk status kan nämnas, dels av vald referensgrupp. Ytterligare förklaringsfaktor kan vara huruvida man definierar bipolaritet och bipolär psykos som en egen diagnosgrupp eller ej, vid studier av allvarliga psykiska störningar. Aktuell studie indikerar en risk för återfall i våldsbrott bland bipolärt sjuka, vilket också har styrkts gällande våldsbeteende i tidigare studier (Corrigan & Watson 2005). En förklaringsmodell kan vara den bipolära sjukdomens episodiska karaktär, med abrupta maniska tillstånd med bristande sjukdomsinsikt som kan medföra överilade och inte sällan våldsamma handlingar hos den sjuke. Studiens resultat tyder på att denna patientgrupp förtjänar tydligare behandlings- och uppföljningsinsatser, med möjlighet till riktade åtgärder i de fall då risken för våldshandlingar bedöms ökad.

SLUTKOMMENTAR

Studiens resultat stöder teorin att prediktorer för återfallsbrottslighet är väsentligen samma för individer med psykisk ohälsa som för övriga lagöverträdare. Psykosjukdom är inte en riskfaktor för vare sig återfallsbrottslighet generellt eller återfall i våldsbrott, när det studeras som isolerad faktor. Däremot antyder studiens resultat ett behov av att separera bipolär sjukdom från psykosjukdomar vid studier av brottslighet och våld hos allvarligt psykiskt störda, då denna grupp i vissa fall samvarierar med risk för återfall i våldsbrott. Individer som efter rättspsykiatrisk undersökning döms till skyddstillsyn med samhällstjänst eller med föreskrift om psykiatrisk behandling har ökad risk för återfall i våldsbrott jämfört med de som döms till fängelse. Resultaten från den aktuella studien kan inte påvisa någon signifikant skillnad i återfallsfrekvensen över tid hos individer som dömts till frivård efter rättspsykiatrisk undersökning

BILAGA 1

Deskriptiva data för rättspsykiatriskt undersökta 1992-2002.

Variabel	Samtliga		Återfall i brott		Ej återfall i brott	
	n	%	n	%	n	%
Totalt	5943	100	3125	53	2818	47
Kön (n=5943)						
Man	5367	90	2900	93	2467	88
Kvinna	576	10	225	7	351	12
Ålderskategori (n=5943)						
15-18	234	4	170	5	64	2
19-25	1156	20	737	24	419	15
26-35	1892	32	1065	34	827	30
36-45	1623	27	826	26	797	28
46-55	723	12	258	8	465	17
56-65	234	4	59	2	175	6
66+	81	1	10	0,3	71	3
Socioekonomisk status (n=4918)						
Låg	3543	72	2023	78	1520	65
Medel	640	13	287	11	353	15
Hög	735	15	280	11	455	20
Svensk medborgare (n=5934)						
Ja	4645	78	2473	80	2172	77
Nej	1289	22	647	21	642	23
Invandrarbakgrund (n=5943)						
Utrikes född	1525	26	723	23	802	29
Inrikes född, en utrikes född förälder	80	1	43	1	37	1
Inrikes född, två utrikes födda föräldrar	151	3	86	3	65	2
Diagnos (n=5943)						
Psykosjukdom	1722	29	779	25	943	34
Schizofreni	759	13	322	10	437	16
Schizoaffektiv	118	2	49	2	69	2
Övrig psykos	892	15	436	14	456	16
Missbruk	2801	47	1786	57	1015	36
Alkoholmissbruk	1795	30	1063	34	732	26
Narkotikamissbruk	1594	27	1150	37	444	16
Personlighetsstörning	2791	47	1695	54	1096	40
Antisocial personlighetsstörning	580	10	444	14	136	5
Kluster A ^a	489	8	303	10	186	7
Kluster B ^b	1193	20	797	26	396	14
Kluster C ^c	178	3	98	3	80	3
Depression	468	8	180	6	288	10
Bipolär sjukdom	108	2	54	2	54	2
ADHD	155	3	115	4	40	1
Aspergers syndrom	142	2	55	2	87	3
Mental retardation	303	5	159	5	144	5
Demens	67	1	23	1	44	2
Stress/kris	486	8	201	6	285	10
Sexuell störning	153	3	45	1	108	4
Impulskontrollstörning	201	3	109	4	92	3
Uppförandestörning UNS	115	2	83	35	32	24
APS ^d vid undersökning (n=5917)	2823	48	1279	41	1544	55

Variabel	Samtliga		Återfall i brott		Ej återfall i brott	
	n	%	n	%	n	%
APS vid gärning (n=5745)	2832	48	1282	43	1550	56
Ja	1034	19	612	22	422	17
Nej	4330	81	2194	78	2136	83
Indexbrott (n=5834*)						
Våldsbrott	5065	87	2534	81	2531	90
Sexualbrott	722	12	245	8	477	17
Dödligt våld	479	8	155	5	324	12
Mordbrand	520	9	221	7	299	11
Rån	349	6	229	7	120	4
Egendomsbrott	1081	19	803	26	278	10
Narkotikabrott	379	7	262	8	117	4
Trafikbrott	339	6	261	8	78	3
Vapenbrott	189	3	110	4	79	3
Övrigt	211	4	113	4	98	4
Påföljd (n=5943)						
Böter	160	0,3	10	0,3	6	0,2
Fängelse <6mån	346	6	240	8	106	4
Fängelse 7mån-4 år	1064	18	621	20	443	16
Fängelse 5-10 år	402	7	166	5	236	8
Fängelse >10 år	12	0,2	4	0,1	8	0,3
Fängelse livstid	61	1	12	0,4	49	2
RPV med SUP	2113	36	898	2	1215	43
RPV utan SUP	442	7	241	8	201	7
Skyddstillsyn	319	5	205	7	114	4
Skyddstillsyn med behandlingsplan	82	1	58	2	24	1
Skyddstillsyn med fängelse	92	2	64	2	28	1
Skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård	398	7	233	8	165	6
Skyddstillsyn med samhällstjänst	213	4	164	5	49	2
Sluten psykiatrisk vård	1	0	0	0	1	0
Sluten ungdomsvård	16	0,3	12	0,4	4	0,1
Villkorlig dom	31	0,5	8	0,3	23	1
Vård enl LVM ^g	1	0	1	0	0	0
Vård inom socialtjänsten	51	1	38	1	13	0,5
Dom saknas, åtal ogillat eller nedlagt	84	1	35	1	49	2
Övrigt	199	3	115	4	84	3

^a Kluster A: paranoid personlighetsstörning, schizoid personlighetsstörning, schizotyp personlighetsstörning

^b Kluster B: antisocial personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, histrionisk personlighetsstörning, narcissistisk personlighetsstörning

^c Kluster C: fobisk personlighetsstörning, osjälvständig personlighetsstörning, tvångsmässig personlighetsstörning

^d APS: allvarlig psykisk störning

^e RPU: rättspsykiatrisk undersökning

^f RPV: rättspsykiatrisk vård

^g LVM: lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

* Totalt antal individer som har registeruppgift om indexbrott. Summan av samtliga domar överskrider detta antal, då samma individ kan ha upp till tre dom

BILAGA 2

Deskriptiva data för individer som dömts till frivårdspåföljd efter rättspsykiatrisk undersökning

Variabler	Samtliga		Återfall i brott		Ej återfall i brott	
	n	%	n	%	n	%
	1012	100	660	100	352	100
Kön(n=1012)						
Man	916	91	613	93	303	86
Kvinna	96	10	47	7	49	14
Ålderskategori (n=1012)						
15-18	30	3	22	3	8	2
19-25	231	23	174	26	57	16
26-35	319	32	208	32	111	31
36-45	266	26	183	28	83	24
46-55	118	12	57	9	61	17
56-65	34	3	14	2	20	6
66+	14	1	2	0	12	3
Socioekonomisk status (n=861)						
Låg	565	66	398	71	167	55
Medel	116	13	72	13	44	15
Hög	180	21	87	16	93	31
Svensk medborgare (n=1012)						
Ja	843	83	542	82	301	86
Nej	169	17	118	18	51	15
Invandrarbakgrund (n=1012)						
Utrikes född	200	20	129	20	71	20
Inrikes född med en utrikes född förälder	29	3	21	3	2	0,6
Inrikes född med två utrikes födda föräldrar	10	1	8	1	8	2
Diagnos (n=1012)						
Psykosjukdom	102	10	59	9	43	12
Schizofreni	21	2	15	2	5	2
Schizoaffektiv	4	0	1	0	3	1
Övrig psykos	75	7	43	7	32	9
Missbruk	511	50	384	58	127	36
Alkoholmissbruk	334	33	239	36	95	27
Narkotikamissbruk	265	26	220	33	45	13
Personlighetsstörning	523	52	362	55	161	46
Antisocial ps	97	10	82	12	15	4
Kluster A ^a	66	7	49	7	17	5
Kluster B ^b	196	19	149	23	47	13
Kluster C ^c	43	4	27	4	16	5
Depression	101	10	47	7	54	15
Bipolär sjukdom	17	2	12	2	5	1
ADHD	34	3	25	4	9	3
Asperger	30	3	15	2	15	4
Mental retardation	68	7	44	7	24	7
Demens	4	0	3	0	1	0,3
Stress/kris	102	10	50	8	52	15
Sexuell störning	23	2	14	2	9	3

Variabler	Samtliga		Återfall i brott		Ej återfall i brott	
	n	%	n	%	n	%
Impulskontrollstörning	29	3	19	3	10	3
Uppförandestörning UNS	16	2	11	2	5	1
APS ^d vid undersökning (n=1006)	172	17	97	15	75	21
APS vid gärning (n=974)	240	25	137	22	103	30
Tid. RPU ^e (n=906)						
Ja	154	17	112	17	42	13
Nej	752	83	474	72	278	87
Indexbrott (n=1012)						
Våldsbrott	812	80	260	39	295	84
Sexualbrott	126	13	20	3	70	20
Dödligt våld	2	0	0	0	2	0,6
Mordbrand	55	5	6	1	22	6
Rån	29	3	8	1	8	2
Egendomsbrott	205	20	104	16	39	11
Narkotikabrott	62	6	33	5	11	3
Trafikbrott	83	8	46	7	17	5
Vapenbrott	43	4	23	3	13	4
Övrigt	65	6	313	47	29	8
Påföljd (n=1012)						
Skyddstillsyn (SkT)	319	32	205	31	114	32
SkT m behandlingsplan	82	8	58	9	24	7
SkT m föreskrift om psykiatrisk behandling	398	39	233	35	165	47
SkT m samhällstjänst	213	21	164	25	49	14

^a Kluster A: paranoid personlighetsstörning, schizoid personlighetsstörning, schizotyp personlighetsstörning

^b Kluster B: antisocial personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, histrionisk personlighetsstörning, narcissistisk personlighetsstörning

^c Kluster C: fobisk personlighetsstörning, osjälvständig personlighetsstörning, tvångsmässig personlighetsstörning ^d APS: allvarlig psykisk störning ^e RPU: rättspsykiatrisk undersökning

BILAGA 3.

Återfallsbrott

Första återfallsbrottet

Hela studiepopulationen

Individer som dömts till frivård

	n	%	n	%
Samtliga individer	5943	100	1012	100
Återfall i brott	3125	53	660	65
Våldsbrott	1474	25	317	31
Sexualbrott	112	2	32	3
Dödligt våld	38	0,6	2	0,2
Mordbrand	41	0,7	4	0,4
Rån	62	1	11	1
Egendomsbrott	829	14	181	18
Narkotikabrott	471	8	80	8
Trafikbrott	512	9	124	12
Vapenbrott	219	4	40	4

Återfallsbrott vid något tillfälle under uppföljningstiden

Hela studiepopulationen

Individer som dömts till frivård

	n	%	n	%
Samtliga individer	5943	100	1012	100
Våldsbrott	2194	37	479	47
Sexualbrott	211	4	54	5
Dödligt våld	95	2	9	1
Mordbrand	79	1	11	1
Rån	187	3	35	4
Egendomsbrott	1412	24	316	31
Narkotikabrott	1065	18	212	21
Trafikbrott	1054	18	265	26
Vapenbrott	709	12	167	17

BILAGA 4

Resultat Cox proportional hazards regression av återfallsbrott, univariat och multivariat modell.

Resultat, återfallsbrott, univariat modell					Resultat, återfallsbrott, multivariat modell				
Variabel	95 % CI			p-värde	Variabel	95 % CI			p-värde
	HR	nedre	övre			HR	nedre	övre	
Kön					Kön				
Man	1,6	1,4	1,8	<0.001	Man	1,5	1,3	1,8	<0.001
Kvinna	1,0				Kvinna	1,0			
Ålderskategori					Ålderskategori				
15-18	2,8	2,3	3,3	<0.001	15-18	2,6	2,0	3,4	<0.001
19-25	2,3	2,0	2,6	<0.001	19-25	2,2	1,9	2,6	<0.001
26-35	1,8	1,6	2,1	<0.001	26-35	1,8	1,5	2,1	<0.001
36-45	1,6	1,3	1,8	<0.001	36-45	1,6	1,3	1,8	<0.001
46-55	1,0				46-55	1,0			
56-65	0,7	0,5	0,9	<0.05	56-65	0,8	0,6	1,2	0.276
66+	0,3	0,2	0,6	<0.01	66+	0,6	0,3	1,3	0.234
SES					SES				
Låg	1,9	1,6	2,1	<0.001	Låg	1,7	1,5	2,0	<0.001
Medel	1,3	1,1	1,5	<0.01	Medel	1,5	1,3	1,8	<0.001
Hög	1,0				Hög	1,0			
Svensk medborgare					Svensk medborgare				
Ja	1,2	1,1	1,3	<0.001	Ja				
Nej	1,0				Nej				
Utrikes född					Utrikes född				
Inrikes född, en utrikes född förälder	0,8	0,8	0,9	<0.001	Inrikes född, en utrikes född förälder	0,7	0,5	1,0	<0.05
Inrikes född, två utrikes födda föräldrar	1,1	0,8	1,4	0,66	Inrikes född, två utrikes födda föräldrar				
Diagnos					Diagnos				
Psykosjukdom	0,6	0,5	0,7	<0.001	Psykosjukdom				
Schizofreni	0,6	0,6	0,7	<0.001	Schizofreni	0,8	0,7	0,9	<0.01
Schizoaffektiv	0,6	0,5	0,8	<0.01	Schizoaffektiv				
Övrig psykos	0,8	0,7	0,8	<0.001	Övrig psykos				
Missbruk	1,9	1,8	2,1	<0.001	Missbruk	1,3	1,2	1,5	<0.001
Alkoholmissbruk	1,3	1,2	1,4	<0.001	Alkoholmissbruk				
Narkotikamissbruk	2,2	2,1	2,4	<0.001	Narkotikamissbruk	1,3	1,2	1,5	<0.001
Personlighetsstörning	1,6	1,5	1,7	<0.001	Personlighetsstörning	1,2	1,1	1,3	<0.01
Antisocial ps	2,5	2,3	2,8	<0.001	Antisocial ps	1,3	1,2	1,5	<0.001

Resultat, återfallsbrott, univariat modell

Resultat, återfallsbrott, multivariat modell

Variabel	95 % CI				Variabel	95 % CI			
	HR	nedre	övre	p-värde		HR	nedre	övre	p-värde
Kluster A	1,2	1,0	1,3	<0.05	Kluster A				
Kluster B	1,8	1,6	1,9	<0.001	Kluster B				
Kluster C	1,0	0,8	1,2	0,734	Kluster C				
Depression	0,6	0,5	0,7	<0.001	Depression	0,7	0,6	0,8	<0.001
Bipolär sjd	0,8	0,6	1,1	0,148	Bipolär sjd				
ADHD	2,1	1,8	2,6	<0.001	ADHD	1,3	1,1	1,7	<0.01
Asperger	0,7	0,5	0,9	<0,01	Asperger	0,7	0,5	1,0	<0.05
Mental retardation	1,0	0,9	1,2	0,849	Mental retardation	1,3	1,0	1,5	<0.05
Demens	0,7	0,4	1,0	<0.05	Demens				
Stress/kris	0,7	0,6	0,9	<0.001	Stress/kris				
Sexuell störning	0,4	0,3	0,6	<0.001	Sexuell störning				
Impulskontrollstörning	1,0	0,8	1,2	0,814	Impulskontrollstörning				
Uppförandestörning					Uppförandestörning				
UNS	1,7	1,4	2,1	<0.001	UNS				
Tid. RPU					Tid. RPU				
Ja	1,2	1,1	1,3	<0.001	Ja	1,2	1,1	1,4	<0.001
Nej	1,0				Nej	1,0			
Kriminalvårdspåföljd					Kriminalvårdspåföljd				
Ja	1,9	1,8	2,1	<0.001	Ja				
Nej	1,0				Nej				
APS vid U	0,5	0,5	0,6	<0.001	APS vid U				
APS vid G	0,5	0,5	0,6	<0.001	APS vid G				
Indexbrott					Indexbrott				
Våldsbrott	0,6	0,5	0,6	<0.001	Våldsbrott	0,9	0,8	1,0	<0.05
Sexualbrott	0,5	0,4	0,6	<0.001	Sexualbrott	0,5	0,5	0,6	<0.001
Dödligt våld	0,6	0,5	0,7	<0.001	Dödligt våld	0,6	0,5	0,7	<0.001
Mordbrand	0,7	0,6	0,8	<0.001	Mordbrand	0,7	0,6	0,9	<0.001
Rån	1,5	1,3	1,7	<0.001	Rån	0,7	0,6	0,8	<0.001
Egendomsbrott	2,1	1,9	2,2	<0.001	Egendomsbrott	1,5	1,4	1,8	<0.001
Narkotikabrott	1,8	1,6	2,0	<0.001	Narkotikabrott				
Trafikbrott	2,1	1,8	2,4	<0.001	Trafikbrott	1,3	1,1	1,5	<0.01
Vapenbrott	1,2	1,0	1,5	<0.05	Vapenbrott				
Övrigt	1,1	0,9	1,3	0.503	Övrigt				

Resultat, återfallsbrott, univariat modell

Variabel	95 % CI			p-värde
	HR	nedre	övre	
Påföljd				
Fängelse	1,0			
Fängelse livstid	0,7	0,4	1,3	0.293
Rättspsykiatrisk vård	0,5	0,5	0,6	<0.001
Skyddstillsyn (SkT)	1,0	0,8	1,1	0.775
SkT m. behandlingsplan	1,2	0,9	1,5	0.221
SkT m. föreskrift om psykiatrisk beh	0,9	0,8	1,0	0.095
SkT m. samhällstjänst	1,6	1,4	1,9	<0.001
Övrigt	0,8	0,7	0,9	<0.01

Resultat, återfallsbrott, multivariat modell

Variabel	95 % CI			p-värde
	HR	nedre	övre	
Påföljd				
Fängelse	1,0			
Fängelse livstid	1,1	0,6	2,1	0.753
Rättspsykiatrisk vård	0,5	0,4	0,5	<0.001
Skyddstillsyn (SkT)	0,8	0,7	1,0	<0.05
SkT m. behandlingsplan	0,7	0,5	0,9	<0.05
SkT m. föreskrift om psykiatrisk beh	0,9	0,8	1,1	0.291
SkT m. samhällstjänst	1,4	1,1	1,7	<0.01
Övrigt	0,8	0,6	0,9	<0.001

BILAGA 5

Resultat Cox proportional hazards regression av återfall i våldsbrott, univariat och multivariat modell

Resultat, våldsbrott, univariat modell					Resultat, våldsbrott, multivariat modell				
Variabel	HR	95 % CI		p-värde	Variabel	HR	95 % CI		p-värde
		nedre	övre				nedre	övre	
Kön					Kön				
Man	1,8	1,5	2,2	<0,001	Man	2,0	1,6	2,5	<0,001
Kvinna	1,0				Kvinna	1,0			
Ålderskategori					Ålderskategori				
15-18	3,3	2,6	4,1	<0,001	15-18	3,0	2,2	4,1	<0,001
19-25	2,4	2,0	2,9	<0,001	19-25	2,5	2,0	3,1	<0,001
26-35	1,9	1,6	2,2	<0,001	26-35	2,0	1,6	2,4	<0,001
36-45	1,6	1,4	2,0	<0,001	36-45	1,7	1,4	2,1	<0,001
46-55	1,0				46-55	1,0			
56-65	0,8	0,5	1,1	0,098	56-65	1,0	0,6	1,4	0,881
66+	0,5	0,2	0,9	<0,05	66+	0,9	0,4	1,9	0,701
SES					SES				
Låg	2,0	1,7	2,3	<0,001	Låg	1,8	1,5	2,1	<0,001
Medel	1,4	1,1	1,7	<0,01	Medel	1,5	1,2	1,9	<0,001
Hög	1,0				Hög	1,0			
Svensk medborgare					Svensk medborgare				
Ja	1,1	1,0	1,2	0,106	Ja				
Nej	1,0				Nej				
Utrikes född	0,8	0,7	0,9	<0,001	Utrikes född				
Inrikes född, en utrikes född förälder	1,1	0,8	1,5	0,648	Inrikes född, en utrikes född förälder				
Inrikes född, två utrikes födda föräldrar	1,2	0,9	1,5	0,228	Inrikes född, två utrikes födda föräldrar				
Diagnos					Diagnos				
Psykosjukdom	0,7	0,6	0,8	<0,001	Psykosjukdom				
Schizofreni	0,7	0,6	0,8	<0,001	Schizofreni	0,7	0,6	0,9	<0,01
Schizoaffektiv	0,6	0,4	0,9	<0,01	Schizoaffektiv				
Övrig psykos	0,9	0,8	1,0	<0,05	Övrig psykos				
Missbruk	1,9	1,8	2,1	<0,001	Missbruk	1,4	1,2	1,6	<0,001

Resultat, våldsbrott, univariat modell 95 % CI					Resultat, våldsbrott, multivariat modell 95 % CI				
Variabel	HR	nedre	övre	p-värde	Variabel	HR	nedre	övre	p-värde
Alkoholmissbruk	1,4	1,3	1,5	<0.001	Alkoholmissbruk				
Narkotikamissbruk	2,2	2,0	2,4	<0.001	Narkotikamissbruk	1,3	1,1	1,5	<0.01
Personlighetsstörning	1,5	1,4	1,6	<0.001	Personlighetsstörning				
Antisocial ps	2,3	2,0	2,6	<0.001	Antisocial ps	1,4	1,2	1,7	<0.001
Kluster A	1,2	1,1	1,4	<0.01	Kluster A	1,2	1,0	1,4	<0.05
Kluster B	1,7	1,5	1,8	<0.001	Kluster B				
Kluster C	0,9	0,7	1,2	0,415	Kluster C				
Depression	0,5	0,5	0,7	<0.001	Depression	0,7	0,6	0,8	<0.001
Bipolär sjd	1,0	0,7	1,4	0,981	Bipolär sjd	1,6	1,1	2,2	<0.05
ADHD	2,0	1,6	2,5	<0.001	ADHD				
Asperger	0,7	0,5	1,0	0,050	Asperger				
Mental retardation	1,1	0,9	1,3	0,439	Mental retardation				
Demens	0,7	0,4	1,1	0,106	Demens				
Stress/kris	0,6	0,5	0,8	<0.001	Stress/kris				
Sexuell störning	0,4	0,3	0,6	<0.001	Sexuell störning				
Impulskontrollstörning	1,0	0,8	1,2	0,849	Impulskontrollstörning				
Uppförandestörning UNS	1,8	1,4	2,3	<0.001	Uppförandestörning UNS	1,4	1,0	2,0	<0.05
Tid. RPU					Tid. RPU				
Ja	1,3	1,1	1,4	<0.001	Ja	1,3	1,1	1,4	<0.01
Nej	1,0				Nej	1,0			
Kriminalvårdspåföljd					Kriminalvårdspåföljd				
Ja	1,6	1,5	1,7	<0.001	Ja				
Nej	1,0				Nej				
APS vid U	0,6	0,6	0,7	<0.001	APS vid U				
APS vid G	0,7	0,6	0,7	<0.001	APS vid G				
Indexbrott					Indexbrott				
Våldsbrott	0,8	0,7	0,9	<0.001	Våldsbrott	1,3	1,1	1,5	<0.01
Sexualbrott	0,5	0,5	0,6	<0.001	Sexualbrott	0,5	0,4	0,7	<0.001
Dödligt våld	0,4	0,4	0,5	<0.001	Dödligt våld	0,4	0,3	0,5	<0.001
Mordbrand	0,7	0,6	0,8	<0.001	Mordbrand	0,7	0,5	0,8	<0.001
Rån	1,3	1,1	1,6	<0.01	Rån	0,6	0,5	0,8	<0.001
Egendomsbrott	1,9	1,7	2,1	<0.001	Egendomsbrott	1,4	1,2	1,6	<0.001
Narkotikabrott	1,4	1,2	1,7	<0.001	Narkotikabrott				
Trafikbrott	2,0	1,7	2,3	<0.001	Trafikbrott	1,2	1,0	1,5	<0.05
Vapenbrott	1,2	0,9	1,5	0,162	Vapenbrott				
Övrigt	0,8	0,6	1,0	<0.05	Övrigt				

Resultat, våldsbrott, univariat modell
95 % CI

Resultat, våldsbrott, multivariat modell
95 % CI

Variabel	HR	nedre	övre	p-värde	Variabel	HR	nedre	övre	p-värde
Påföljd					Påföljd				
Fängelse	1,0				Fängelse	1,0			
Fängelse livstid	0,3	0,1	0,5	<0.001	Fängelse livstid	0,5	0,3	1,1	,100
Rättspsykiatrisk vård	0,7	0,6	0,8	<0.001	Rättspsykiatrisk vård	0,6	0,5	0,7	<0.001
Skyddstillsyn (SkT)	1,4	1,2	1,6	<0.001	Skyddstillsyn (SkT)	1,1	0,9	1,4	,264
SkT m. behandlingsplan	1,7	1,2	2,3	<0.01	SkT m. behandlingsplan	1,0	0,7	1,5	,871
SkT m. föreskrift om psykiatrisk beh	1,2	1,0	1,4	0.099	SkT m. föreskrift om psykiatrisk beh	1,2	1,0	1,5	<0.05
SkT m. samhällstjänst	2,0	1,7	2,4	<0.001	SkT m. samhällstjänst	1,6	1,3	2,1	<0.001
Övrigt	1,0	0,9	1,2	0,746	Övrigt	0,9	0,7	1,2	,532

BILAGA 6

Definitioner

Våldsbrott

- BrB 3 kap, 1-11§
- BrB 4 kap, 1-7§, 10-11§
- BrB 6 kap, 1-8§, 10§, 15§
- BrB 8 kap, 5-6 §
- BrB 13 kap, 1-6 §
- BrB 16 kap, 2§, 8§, 13§
- BrB 17 kap, 1-3§, 16§
- BrB 18 kap, 3§
- BrB 19 kap, 2§

Socioekonomisk status (SES)

SES är baserat på tre variabler, utbildningsnivå, sysselsättning och inkomst.

UTBILDNING

1= < 9 års grundskola

2= 9 års grundskola

3= Gymnasial utbildning upp till 3 år

4= Eftergymnasial utbildning upp till 3 år, forskarutbildning

SYSSELSÄTTNING

1= Icke förvärvsarbete

2= Förvärvsarbete

INKOMST

Inkomst definieras som summan av kontant bruttolön och deklarerad inkomst från aktiv näringsverksamhet. Inkomsten inkluderar skattepliktiga inkomster utom kapitalinkomster. Det innebär att förutom inkomst från förvärvsarbete ingår även pensioner och socialförsäkringar som sjukpenning, föräldrapenning och arbetslöshetsförsäkring. Definitioner av låg-, medel- och höginkomsttagare baseras på riktlinjer från SCB (SCB, 2006). Låginkomsttagare definieras som inkomst på 50 procent under medianen för hela landet, medelinkomsttagare som inkomst motsvarande medelvärdet för hela landet, och höginkomsttagare som inkomst högre än dubbla medianvärdet för hela landet. Medel- och medianvärden för år 1997 har använts.

1= Låginkomsttagare: 0-89 999 kr/år

2= Låg medelinkomsttagare: 90 000-119 999

3= Medelinkomsttagare: 120 000-179 999

4= Hög medelinkomsttagare: 180 000-229 999

5= Höginkomsttagare: >230 000kr/år

Summan av Utbildning, Sysselsättning och Inkomst beräknas (minimum 3, maximum 11).

SES Låg: 3-5. SES Medel: 6-8. SES Hög: 9-11

REFERENSER

[American Psychiatric Association \(APA\)](#). [The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition](#), 1994 (DSM-IV)

Belfrage H (1996) Rättspsykiatriska vårdtider vs. fängelsetider. SvJT 9:717-724

Belfrage H (1995) *Brottsligheten, psykiatrin och sambället*. Stockholm. Liber 1995. ISBN/ISSN: 91-634-1448-1

Brennan P, Mednick S, Hodgins S (2000) *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*. Arch Gen Psychiatry 2000;57:494-500

Bonta J, Hanson K, Law M (1998) The Prediction of Criminal and Violent Recidivism Among Mentally Disordered Offenders: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin 123;2:123-142.

Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, Coid J, Fryers T, Melzer D, Lewis G (2005) *Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity*. Am J Psychiatry. 2005 Apr;162(4):774-80

BRÅ (2008) *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Brottsförebyggande rådet. ISBN/ISSN: 978-91-86027-15-5

BRÅ (2007) *Kriminalstatistik 2006*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.

BRÅ, www.bra.se

Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S et al (2006) Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. BJP 189:12-19.

Cunningham M & Reidy T (1999) Don't Confuse Me with the Facts – Common Errors in Violence Risk Assessment at Capital Sentencing. Crim Justice & Behavior 26;1:20-43.

Diesen C (2005) *Likhet inför lagen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Diesen C (2001/2002) *Terapeutisk juridik*. Juridisk Tidskrift 1:15-33

Douglas K & Ogloff J (2003) Violence by Psychiatric Patients: The impact of Archival Measurement Source on Violence Base Rates and Risk Assessment Accuracy. Can J Psychiatry 48;11:734-740.

Elbogen EB & Johnson SC (2009) *The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Arch Gen Psychiatry. Feb;66(2):152-61.

Eriksson M (2000) *Rättspsykiatriskt undersökta svenska ungdomar och invandrarungdomar på 1990-talet*. C-uppsats i kriminologi, Kriminologiska institutionen, Stockholm.

Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS, Benoit J (1994) The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. Hosp Community Psychiatry. 1994 Jul;45(7):669-79

Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N (2009) *Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients*. J Clin Psychiatry. Mar;70(3):362-9.

- Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P (2009) *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. [JAMA](#). May 20;301(19):2016-23.
- Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N (2009) *Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients*. [J Clin Psychiatry](#). 2009 Mar;70(3):362-9.
- Fazel S & Grann M (2006) *The population impact of severe mental illness on violent crime*. *Am J Psychiatry* Aug;163(8):1397-403.
- Forsberg B (2006) *Utlänningar som mördar döms oftare till livstid*. Debattartikel på DN-debatt 2006-12-29
- Friendship C, Beech AR & Browne KD (2002) *Reconviction as an Outcome Measure in Research. A Methodological Note*. *British Journal of Criminology* 42:442-444.
- Grann M, Danesh J, Fazel S (2008) *The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community*. [BMC Psychiatry](#). Nov 25;8:92.
- Grann M (1996) *Gender and Legal Insanity: Forensic Psychiatric Evaluations of Criminal Offenders in Sweden 1992-1995*. Unpublished Master-thesis. Umeå, Sweden: University of Umeå, Dept. of Clinical Psychology.
- Grann M, Långström N, Tengström A & Kullgren G (1998) Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and human behavior* 23;2: 205-217.
- Hanson RK & Harris AJ (2001) A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001 Apr;13(2):105-22
- Hare RD (2003) *The Hare Psychopathy Checklist revised (2nd ed.)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Harris G, Rice M & Quinsey V (1993) Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behaviour* 20:315-335.
- Hodgins S (1992) *Mental disorder, intellectual deficiency, and crime*. *Arch Gen Psychiatry* 1992;154:840-845.
- Kvinnor anses oftare psykstörda*. Dagens Nyheter, 27 april, 2004.
- KVV (1999) Åter avsändaren – om återfall och återfallsproblematik i kriminalvården. Kriminalvårdsrapport.
- Lagerdahl L (2004) *Nytt sätt att bedömma farliga brottslingar*. http://www.vardfacket.nu/VFTemplates/Article_____6358.aspx
- Lindqvist P & Allenbeck P (1990) Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *BJP* 157:345-350
- Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T (2000) *Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk*. *Br J Psychiatry*. 2000 Apr;176:312-9
- Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP, Huang B, Chou SP, Grant BF. (2008) *Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. [J Clin Psychiatry](#). Jan;69(1):12-22
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005) *Risikobedömningar inom psykiatrin. Kan våld i samhället förutsägas? En systematisk litteraturöversikt*. Mölnlycke: Elanders Infologistics Väst AB.

Socialstyrelsen (2000) Psykiskt Störda lagöverträdare. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2002) Rättspsykiatrisk vård - Utvärdering – Omvärdering. 2002-103-1.

Socialstyrelsen (2002) Sjuk eller frisk? Vård eller straff? – Genomgång av rättspsykiatriska ärenden år 2000 i Rättsliga Rådet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.

SOSFS 2000:12 (2000) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

SOU 2002:3 (2002) Psykisk störning, brott och ansvar. Justitiedepartementet, Betänkande från Psykansvarskommittén. ISBN 91-38-21597-7

SOU 2006:30 (2006) Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Stockholm: Rapport från Integrations- och jämställdhetsdepartementet. ISBN 91-38-22547-6.

Strand S (2006) Violence Risk Assessment in Male and Female Mentally Disordered Offenders – Differences and Similarities. Doctoral thesis. Dept of Health science, Mid Sweden University.

Sturidsson K, Haggård-Grann U, Lotterberg M, Dernevik M & Grann M (2004) *Clinicians perceptions of which factors increase or decrease the risk of violence among forensic out-patients*. Int J Forensic Mental Health 3;1:23-36.

Sturup J & Kristiansson M (2007) Kvinnor, invandrare personlighetsstörda och allvarlig psykisk störning – Fakta och reflektioner över rättspsykiatriska bedömning. Accepterad av Läkartidningen för publikation.

Swanson J, Holzer C, Ganju V & Jono R (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry 1991 Sep;42(9):954-5.

Tengström A, Grann M, Långström N, Kullgren G (2000) Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. Law Hum Behav. 2000 Feb;24(1):45-58.

Webster C, Douglas KS, Eaves D & Hart SD (1997) *The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk (Version 2)*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

WHO (2002) *World report on violence and health. Summary*. Geneva: World Health Organization.

Winick B & Wexler D (2003) *Judging in a Therapeutic Key: therapeutic jurisprudence and the courts*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press, 2003. ISBN: 0-89089-408-6

[Yoshikawa](#) (2007) *Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan*. [Crim Behav Ment Health](#). 2007;17(3):137-51.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-228 08 00
Fax 011-496 36 40