

Matchningen av klienter till IDAP

Matchningen av klienter till IDAP

**Våld i nära relationer och sexualbrott 2008-2010
Strategiområde 8**

Diana Lidman & Carola Hellberg
FoU-gruppen Stockholm

Layout: Anfang reklambyrå
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2011

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget
Fax: 011-496 35 17
Beställningsnr: 5090
ISBN 91-85187-78-X
Hemsida: www.kriminalvarden.se

Sammanfattning

Bakgrund: Forskning har visat att behandlingseffektivitet bland annat är beroende av hur klienter matchas till behandling. Kriminalvårdens behandlingsprogram Integrated Domestic Abuse Program (IDAP) vänder sig till män som använt sig av våld, hot om våld eller annat kränkande beteende i en nära relation. Enligt IDAP:s programmanual är programmet endast till för de klienter som enligt Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) bedöms som medel- eller högriskklienter. Klienter som bedöms ha låg risk för återfall i partnervåld bör inte delta i IDAP.

Syftet: Att utreda hur klienterna (n=976) som påbörjade behandlingsprogrammet IDAP (2004-2009) matchades till behandling med avseende på risknivå och i vilken omfattning klienterna genomgick en riskbedömning med SARA. Syftet var även att redovisa IDAP-deltagarnas behov och insatser.

Metod: Data samlades in manuellt med en för ändamålet framtagen datainsamlingsblankett. Bland annat inhämtades information om förekomst av riskbedömningar, behovsområden och insatser. En aktuarisk riskbedömning baserad på fem statiska och två dynamiska riskfaktorer genomfördes på samtliga IDAP-klienter inom ramen för utredningen.

Resultat: Under åren 2004-2009 fanns det dokumenterat SARA riskbedömningar på 44% av klienterna. De lokala skillnaderna mellan verksamhetsställen var stora. Vissa verksamhetsställen genomförde SARA riskbedömningar på alla klienter som påbörjade IDAP medan andra verksamhetsställen endast genomförde SARA riskbedömningar på ett fåtal eller inga deltagare. Fördelningen av risknivåerna med SARA som utfördes före eller under IDAP visade att 4% bedömdes som lågriskklienter, 33% som medelriskklienter och 49% bedömdes som högriskklienter. För 14% framkom att en SARA riskbedömning var genomförd men utan dokumenterad risknivå.

Enligt den aktuariska riskbedömningen bedömdes 19% av klienterna som lågriskklienter. Enligt riskbedömningen som gjordes på faktorer som framkommer i Kriminalvårdens föreskrifter uppgick lågriskklienterna till 18%

SARA riskbedömningarna hade en tendens att ge en högre risk för återfall i partnervåld i jämförelse med den allmänna riskbedömningen eller den aktuariska riskbedömningen. I de fall där klienterna genomgått en SARA riskbedömning *och* en allmän riskbedömning/aktuarisk riskbedömning var SARA risknivån högre i 33-45% av fallen.

IDAP-klienterna hade flera olika behovsområden, bland annat arbete, ekonomi, utbildning (40%), psykisk hälsa (37%), bostad (25%), familj (33%). En stor del av klienterna hade ett missbruk före aktuell verkställighet (69%). Det fanns signifikanta skillnader mellan förekomst av vissa behovsområden och om klienten avbröt IDAP. Resultaten visade att klienter som hade ett missbruk, psykisk ohälsa eller behovsområden beträffande arbete, utbildning, ekonomi, kriminalitet och/eller bostad avbröt IDAP i högre utsträckning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	7
1 BAKGRUND.....	8
1.1 <i>Behandlingsprogrammet IDAP</i>	8
1.2 <i>Tidigare forskning</i>	8
1.3 <i>Syfte och frågeställningar</i>	10
2 METOD	11
2.1 <i>Undersökningspopulation</i>	11
2.2 <i>Tillvägagångssätt</i>	11
2.3 <i>Data</i>	11
2.4 <i>Definitioner av begrepp</i>	12
2.5 <i>Metod för aktuarisk riskbedömning</i>	13
2.6 <i>Statistiska analyser</i>	14
2.7 <i>Interbedömarreliabilitet</i>	15
3 RESULTAT: PROGRAMINFORMATION	16
4 RESULTAT: BEHOV OCH INSATSER.....	17
4.1 <i>Behov för IDAP-deltagare</i>	17
4.1.1 <i>Behovsområden och avbrott från IDAP</i>	17
4.2 <i>Insatser för IDAP-deltagarna</i>	18
5 RESULTAT: RISKKNIVÅ.....	19
5.1 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå: SARA-riskbedömningar</i>	19
5.1.1 <i>SARA-risknivå och avbrott från IDAP</i>	20
5.2 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå: Allmän riskbedömning enligt Kriminalvårdens föreskrifter</i>	21
5.2.1 <i>Allmän riskbedömning och avbrott från IDAP</i>	21
5.3 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå: Aktuarisk riskbedömning</i>	21
5.3.1 <i>Aktuarisk riskbedömning och avbrott från IDAP</i>	23
5.4 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå enligt riskprincipen</i>	23
6 DISKUSSION	25
6.1 <i>Begränsningar med undersökningen</i>	26
7 REFERENSER.....	27

FÖRORD

Mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt och utbrett samhällsproblem. Kriminalvården är den myndighet i rättskedjan som har till uppgift att rehabilitera män dömda för partnervåld. Behandlingsprogrammet som svensk kriminalvård erbjuder är IDAP (Integrated Domestic Abuse Programme). Programmet är evidensbaserat och syftar till att reducera risken för återfall i brott för målgruppen. IDAP ackrediterades 2006 av en vetenskaplig panel.

Tidigare forskning har visat att för att en behandling ska vara så brottspreventiv som möjligt, är det viktigt att klienter matchas till rätt insats. Hänsyn bör tas till klientens kriminogena behov, klientens risk för återfall i brott samt klientens mottaglighet för behandling. För att få svar på hur klienter som påbörjat IDAP mellan 2004-2009 har matchats till behandling har Kriminalvården tagit initiativ till en utredning. Syftet med utredningen har varit att belysa huruvida adekvata riskbedömningar har genomförts samt att utreda hur klienterna har matchats till behandlingen utifrån bedömd risknivå för återfall i brott. Syftet var även att redovisa klienternas behovsområden samt de insatser klienten fullföljde under verkställigheten, förutom behandlingsprogrammet.

Utredningen publiceras i Utvecklingsenhetens rapportserie. Utredningen har finansierats inom ramen för Kriminalvårdens särskilda satsning mot mäns våld i nära relationer och sexualbrott.

Vi vill rikta ett stort tack till utredarna Diana Lidman och Carola Hellberg vid Kriminalvårdens FoU-grupp i Stockholm i samverkan med Centrum för Våldsprevention vid Karolinska Institutet.

Mars 2011

Lennart Palmgren
regionchef

Ulf Jonsson
enhetschef HK-KS

Martin Grann
enhetschef HK-U

1 BAKGRUND

En av Kriminalvårdens främsta uppgifter är att minska risken för återfall i brott för de personer som dömts till kriminalvårdspåföljd. Under 2000-talet har Kriminalvården utvecklat och satsat på nationella evidensbaserade brotts- och missbruksprogram. Forskning har visat att behandlingseffektivitet bland annat är beroende av hur klienter matchas till behandling (Andrews & Bonta, 2006). En av grundreglerna är att klienter med medel- eller hög risk för återfall i brott ska erbjudas den mest intensiva och mest omfattande behandlingen.

1.1 Behandlingsprogrammet IDAP

Programmet Integrated Domestic Abuse Program (IDAP) vänder sig till män som använt sig av våld, hot om våld eller annat kränkande beteende i en nära relation. Programmet startades som en försöksverksamhet år 2004 vid några frivårdsenheter och har sedan utvidgats till att i dag bedrivs på 5 kriminalvårdsanstalter och 24 frivårdsenheter. Programmet ackrediterades i december år 2006.

Det övergripande målet med IDAP är att förebygga återfall i brott och verka för utsatta kvinnor och eventuella barns säkerhet. För att nå det senare syftet erbjuds brottsoffret en partnerkontaktperson. Gruppsessionerna för männen består av 27 tillfällen och bygger på en förändringsmodell som baseras på den sociala inlärningsteorin. Behandlingen är kognitivt beteendeorienterad och innehåller nio moduler. Modulerna är Icke-våld, Icke-hotfullt beteende, Respekt, Stöd och tillit, Ansvarsskyldighet och ärlighet, Sexuell respekt, Partnerskap, Ansvarsfullt föräldraskap och Förhandling och rättvisa. Varje modul utforskas vid tre tillfällen. Vid första tillfället definieras temat och klienternas specifika våldsbeteenden analyseras. Vid andra tillfället arbetar klienterna med att förstå hur en specifik våldshandling fungerar som en kontrollmetod. Tredje tillfället handlar om att utveckla och träna alternativa pro-sociala beteenden. Efter avslutad grupp fortsätter klienten sitt förändringsarbete med hjälp av en enskild IDAP-handläggare i form av IDAP återfallsprevention som består av 4-6 individuella träffar (IDAP programmanual, 2009).

Enligt IDAP:s programmanual ska programdeltagande föregås av en riskbedömning enligt Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA). SARA är en klinisk checklista över riskfaktorer för partnervåld. Checklistan utvecklades i början av 1990-talet och finns översatt till svenska (Belfrage & Grann, 2006). SARA innehåller 20 riskfaktorer grupperade i olika områden; kriminell bakgrund, psykosocial anpassning, tidigare partnervåld, aktuell brottslighet och andra överväganden. Enligt IDAP:s programmanual är programmet till för de klienter som enligt SARA bedöms som medel- eller högrisk-klienter. Klienter som bedöms ha låg risk för återfall i partnervåld bör, enligt manualen, inte delta i IDAP (IDAP programmanual, 2009).

1.2 Tidigare forskning

Forskning har visat att behandlingseffektivitet är relaterad till tre viktiga principer; risk, behov och responsivitet vilka tillsammans kallas RNR-principerna. **Riskprincipen** beskriver **vem** som ska behandlas. Risken för kriminellt beteende förutses utifrån riskfaktorer hos personen och hans/hennes omständigheter. Riskfaktorerna hos en person kan delas upp i statiska och dynamiska faktorer. Statika riskfaktorer är opåverkbara, exempelvis tidigare brotts historia, ursprungsfamilj och ålder. Dynamiska riskfaktorer är föränderliga och därav påverkbara genom interventioner. Risken för återfall i brott avgör vilken behandlingsintensitet som är lämpligast. För en högrisk-klient är en mer intensiv och omfattande behandling lämplig medan för en lågrisk-klient är minimal eller ingen behandling tillräcklig (Andrews & Bonta, 2006).

Behovsprincipen beskriver **vad** som ska behandlas. Det är av vikt att göra en skillnad mellan kriminogena behov och icke kriminogena behov. De kriminogena behoven är de riskfaktorer som har ett samband med kriminellt beteende. De mest effektiva behandlingarna för att förebygga återfall i brott är de som riktar sig mot de kriminogena behoven (Bonta & Andrews, 2007).

Responsivitetsprincipen beskriver **hur** behandling bör ske. Behandling bör erbjudas på ett sätt som är överensstämmande med klientens förmåga, inlärningssätt samt motivation. Den bör också matchas med terapeutens stil. Enligt denna princip har kognitiv beteendeterapeutiska strategier och social inlärningsteorier bäst genomslagskraft för kriminalvårdsklienter (Andrews & Bonta, 2006; Bonta & Andrews, 2007).

Det har genom åren gjorts mycket forskning om effektiv behandling och sambandet mellan RNR-principerna och återfall i brott. Andrews & Bonta (2006) uppvisade att behandlingsprogram som använder sig av RNR-principerna minskar risken för återfall i brott mer effektivt. Ju fler principer som användes desto mer effektiv var behandlingen för att minska återfall i brott. Framförallt framkom en skillnad i effekt av behandling som använder sig av två principer eller mer. För behandlade som genomgått behandling som tagit hänsyn till två RNR-principer minskar återfallsfrekvensen med cirka 18% och för tre RNR-principer var minskningen cirka 26% i jämförelse med en grupp som inte fått någon behandling alls (Andrews & Bonta, 2006).

Dowden & Andrews (2000) presenterade i en metaanalys att RNR-principerna är användbara även vid våldsbrott. Studien visade att behandlingsprogram som använder sig av RNR-principerna är mer effektiva än behandlingsprogram utan RNR för att minska risken för återfall i våldsbrott. Behandlingsprogram för våldsförbrytare som tar hänsyn till samtliga RNR-principer fick en signifikant större effekt än behandlingsprogram utan RNR.

Att inte ta hänsyn till matchning, avseende intensitet och risknivå, inför behandling kan i vissa fall till och med förvärra återfallsrisken. Det finns studier som visar att intensiv behandling för lågrisksklienter kan öka deras kriminella beteende (Andrews 2006, Andrews & Dowden 2006, och Lowenkamp & Latessa 2004). Bonta et al (2000) utvärderade ett strukturerat behandlingsprogram i Kanada med kognitiv beteendeterapeutisk inriktning. Resultaten visade att lågrisksklienter som genomgått behandling hade en högre återfallsfrekvens (32%) jämfört med de lågrisksklienter som inte fått någon behandling (15%). Högrisksklienterna i samma behandling hade däremot en minskad återfallsfrekvens (32%) till skillnad från de högrisksklienter som inte hade fått någon behandling (51%).

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med utredningen var att undersöka hur klienter matchas till behandlingsprogrammet IDAP och i vilken omfattning klienterna genomgår en riskbedömning med SARA. Utredningen skulle även undersöka IDAP-deltagarnas behov och insatser: om klienterna får insatser för andra behovsområden utöver relationsvåldsproblematiken.

Frågeställningarna var bland annat:

- Är det de klienter som bedöms ha måttlig till hög risk för återfall i ny brottlighet som går IDAP?
- I vilken utsträckning görs riskbedömningar med relevant riskbedömningsinstrument (SARA)?
- Går det att urskilja olika undergrupper av programdeltagare utifrån risk- och behovsanalysen, finns t.ex. behov av andra behandlingar vid samtidigt missbruk?
- Finns det något samband mellan bedömd risknivå/kriminogena behov och om klienten fullföljde/avbröt IDAP?

2 METOD

2.1 Undersökningspopulation

Undersökningspopulationen består av samtliga klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-01-01 och 2009-12-31, totalt 976 stycken.

2.2 Tillvägagångssätt

Datainsamlingen pågick under perioden 2010-04-01 till 2010-09-30 och utfördes av en utredare med kunskap om de klientadministrativa systemen samt den aktuella klientgruppen. En för ändamålet framtagen datainsamlingsblankett användes för datainsamlingen. Information inhämtades manuellt från Kriminalvårdens klientadministrativa system KLAS och KVR.

I de fall där det inte fanns tillräcklig information inhämtades även klientakten från aktarkivet eller från det verksamhetsstället där klienten för närvarande var aktuell. Kriterierna för att inhämta klientakten var om det saknades en dokumenterad SARA riskbedömning i kombination med att det framgick att verksamhetsstället vid den aktuella tidpunkten hade utbildad personal att genomföra riskbedömningarna. Totalt inhämtades klientakter för hälften av klienterna.

2.3 Data

Den information som inhämtades var;

- Information om IDAP (verksamhetsställe för IDAP, pågående/avslutad m.m.).
- Förekomst av riskbedömning med SARA, HCR-20, PCL-R, STABLE/ACUTE, STATIC-R, BERIT, VRS:SO, SVR-20 och en allmän riskbedömning gjord på faktorer som återfinns i Kriminalvårdens föreskrifter.¹
- Behovsområden (fysisk hälsa, arbete, ekonomi, utbildning, alkohol, narkotika, kriminalitet, familj, psykisk hälsa, bostad, spel, fritid, rökning m.m.) I klienternas verkställighetsplan (VSP) har kontaktmannen/handläggaren till uppgift att bedöma om olika dynamiska områden ska bedömas som ett behovsområde eller inte. I datainsamlingen till detta projekt samlades data in på samma områden. Uppgifterna inhämtades främst från klienternas VSP men även i vissa fall från placeringsunderlag.
- Insatser (missbruksbehandling, kontakt med psykiatri, provtagning, arbetsdrift, utbildning, arbetsförberedande insatser, stödsamtal, andra av Kriminalvårdens program, utslussningsåtgärder, medicinering m.m.)
- Underlag för ny aktuarisk riskbedömning (lagförts någon gång och under de fem senaste åren, tidigare lagförts för våldsbrott/partnervåld/sexuallbrott, i aktuell dom våldsbrott/sexbrott, ålder vid första lagföringen och aktuell ålder, missbruk samt överträdelse av besöksförbud).

¹ VRS:SO, STABLE/ACUTE, SVR-20 och STATIC-R är riskbedömningsinstrument för sexualbrott. HCR-20 är ett riskbedömningsinstrument för våldsbrott. PCL-R är en checklista med syfte att bedöma graden av psykopatiska personlighetsdrag. BERIT är ett beslutsstöd för riskbedömning inom kriminalvårdsverksamhet. Beslutsstödet är av screeningtyp och används för våld-, sexual-, partnervåldsbrottslingar och har en tilläggsmodul för unga förövare. Se avsnitt 2.4 för definition om den allmänna riskbedömningen.

- SARA-protokoll: Från år 2008 har SARA-protokoll skickats in av SARA utredaren till Huvudkontoret i syfte att användas till forskning.

2.4 Definitioner av begrepp

I utredningen framkommer uppgifter från *"en allmän riskbedömning enligt Kriminalvårdens föreskrifter"*. Med detta begrepp avses den riskbedömning som genomförs av kontaktmän/handläggare inom Kriminalvården. Riskfaktorerna är hämtade från Kriminalvårdens föreskrifter (KVFS 2010:4) och är bland annat följande:

- Ålder vid första dom och antal tidigare domar.
- Om klienten tidigare varit föremål för åtgärder inom socialtjänsten eller vårdats för psykiska problem.
- Tidigare misskötsamhet i samband med vistelse i häkte eller anstalt eller under en frivårdspåföljd.
- Diagnostiserad personlighetsstörning, särskilt antisocial sådan eller med psykopatiska drag.
- Ekonomi, beroende av försörjningsstöd från socialtjänsten, arbete eller skola.
- Socialt kontaktnät eller social isolering.
- Bostad
- Fritid
- Hälsotillstånd (fysisk och psykisk hälsa).
- Antisocialt livsmönster.
- Kriminellt umgänge, hedersrelaterad, ideologiskt betingad, anknytning till grov organiserad eller gränsöverskridande brottslighet.
- Kriminella attityder och värderingar.
- Missbruk/beroende av beroendeframkallande medel eller dopningspreparat.
- Spelberoende

Föreskrifterna framhåller även att för den som är dömd för sexualbrott eller våld i nära relation tillkommer särskilda riskfaktorer som bör beaktas.

Begreppen *"missbruk före aktuell verkställighet"*, *"alkoholmissbruk/skadligt bruk"*, och *"narkotikamissbruk"* har kategoriserats på samma sätt som graderingen som använts i KVFS 2010:4 (Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd om planering av kriminalvårdspåföljd och häktesvistelse). *Gravt narkotikamissbruk* (narkotikaklass 2) föreligger om en person injicerat narkotika en eller flera gånger under de senaste tolv månaderna i frihet eller använt narkotika på annat sätt (exempelvis rökt hasch) dagligen eller så gott som dagligen de senaste tolv månaderna i frihet. *Narkotikamissbruk/beroende* (narkotikaklass 1) föreligger om en person använt narkotika under de senaste tolv månaderna i frihet men inte faller under definitionen för gravt narkotikamissbruk/beroende. Användning av narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination är att anse som narkotikamissbruk/beroende och ska bedömas enligt ovan. *Alkoholmissbruk/beroende* (alkoholklass

1) föreligger om en person druckit alkohol i sådan omfattning att det medfört fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar för honom/henne eller hans/hennes närmaste omgivning under de senaste tolv månaderna i frihet. Som hjälptexterna för det klient-administrativa systemet KVR betonar bör detta även avse brott som skett under alkoholpåverkan eftersom bruket då medfört negativa skadeverkningar.

Insatsen "*missbruksbehandling*" innebär i detta sammanhang en strukturerad behandling i öppenvård eller på behandlingshem. Det avser inte en samtalskontakt på beroendecentrum eller liknande. Inte heller inkluderas om klienten endast har fått antabus eller liknande medicinering.

Under avsnittet insatser finns även begreppet "*utsluss*". Utslussåtgärderna är endast beräknade på de klienter som påbörjat ROS på anstalt. Utslussåtgärderna hade olika inriktningar, exempelvis behandling, arbete eller studier.

Insatsen "*provtagning*" avser inte urin- eller blodprov tagna på anstalt som en del av den dagliga verksamheten, utan avser en specifik insats, oftast i samband med en övervakning.

Med "*tidigare lagföringar*" avses dokumenterad information om lagföringar hämtade ur KVR, klientens verkställighetsplan, placeringsunderlag, journalanteckningar, utslussutredningar, Riksmottagningens utredningar, personutredningar m.m.

Med "*våldsbrott*" avses mord, dråp, misshandel, olaga hot, grov kvinnofridskränkning, grov fridskränkning, människorov, olaga frihetsberövande, ofredande, rån, mordbrand, olaga tvång, hot och våld mot tjänsteman. Med "*partnervåld*" avses ovanstående brottsrubriceringar (utom våld och hot mot tjänsteman) som avser brott mot en partner eller f.d. partner. Försök till ovanstående brott är även inkluderade.

Med "*sexualbrott*" avses våldtäkt, våldtäkt mot barn, samlag med avkomling, sexuellt umgänge med avkomling, sexuellt ofredande, sexuellt ofredande mot barn, köp av sexuella tjänster, koppleri, barnpornografi brott, sexuellt tvång, sexuellt utnyttjande, sexuellt utnyttjande av person i beroendeställning, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt utnyttjande av underårig, sexuellt övergrepp mot barn, samlag med syskon, utnyttjande av barn för sexuell posering, köp av sexuell handling av barn, kontakt med barn i sexuellt syfte, sexuell umgänge med barn, sexuellt umgänge med syskon, förförelse av ungdom, människohandel med sexuella ändamål. Försök till ovanstående brott är även inkluderade.

2.5 Metod för aktuarisk riskbedömning

Syftet med den aktuariska riskbedömningen är dels att jämföra risknivån med andra bedömningsinstrument, dels att ha en riskbedömning på samtliga IDAP-deltagare som är gjord på samma riskfaktorer.

För att välja ut vilka riskfaktorer som skulle ingå i den aktuariska riskbedömningen har korrelationsanalyser utförts av riskfaktorer och återfall i partnervåld. Återfallsdata har även funnits på en jämförelsegrupp som *inte* har deltagit i IDAP, men som varit dömda för relationsvåld. Analyserna av varje riskfaktor och "*återfall i något brott*" samt "*återfall i partnervåld*" genomfördes med Spearman's rho. De riskfaktorer som korrelerat med återfall i brott med signifikanta resultat på .10 eller mer valdes ut.

Därefter analyserades riskfaktorernas korrelation till varandra och sju riskfaktorer valdes ut. Vissa riskfaktorer valdes bort av interkorrelationsskäl, dvs. riskfaktorerna påverkade varandra och riskerade att mäta liknande problematik.

Följande riskfaktorer valdes ut:

- Lagförts de senaste fem åren? (JA=1p, NEJ=0p)
- Tidigare lagförd för partnervåld? (JA=1p, NEJ=0p)
- Tidigare avdömda åtalpunkter för sexualbrott? (JA=1p, NEJ=0p)
- Ålder vid första lagföring? (Under 21=1p, Över 21=0p)
- Narkotikamissbruk innan aktuell verkställighet? (JA=1p, NEJ=0p)
- Alkoholmissbruk innan aktuell verkställighet? (JA=1p, NEJ=0p)
- Någon gång dömd för överträdelse av besöksförbud? (JA=1p, NEJ=0p)

Riskfaktorerna räknades samman aktuariskt och poängintervallet löpte från 0-7 poäng. Poängen graderades för att få fram en gräns för låg-, medel- eller hög risk för återfall i partnervåld. Eftersom IDAP-deltagarna från start var en selekterad grupp, dvs. borde endast innehålla medel- och högriskklinter, fastställdes poängfördelningen genom att även analysera jämförelsegruppen som *inte* har deltagit i IDAP.

Graderingen baseras på följande skala;

- Låg risk för återfall i partnervåld 0 poäng
- Medel risk för återfall i partnervåld 1-2 poäng
- Hög risk för återfall i partnervåld 3-7 poäng

De klienter som hade "uppgift saknas" på någon av variablerna erhöll noll (0) poäng på den riskfaktorn. I en sensitivitetsanalys av hela IDAP-gruppen (n=976) framkommer att 96 personer hade "uppgift saknas" på en eller två riskfaktorer. Analysen visar att 6% av lågriskklinterna skulle ha kunnat hamna i medelriskkategorin om de istället fått ett (1) poäng på de variabler som hade "uppgift saknas". Vidare visar analysen att 9% av de klienter som hade medelrisk skulle ha hamnat i högriskkategorin om de istället fått ett (1) poäng på de variabler som hade "uppgift saknas".

2.6 Statistiska analyser

Den statistik som presenteras i rapporten är övervägande deskriptiv. Chi-två (χ^2) och Spearmans rangkorrelationer användes för signifikansprövning (statistisk säkerställning). Signifikansnivån, alfavärdet, bestämdes för samtliga prövningar till 5 procent.

2.7 Interbedömarreliabilitet

Interbedömarreliabiliteten har prövats genom att en annan utredare har samlat in data på ett slumpmässigt urval av 30 stycken klienter. Överensstämmelsen har sedan mätts utifrån ett Kappavärde som räknats fram på de olika variablerna. Värden mellan 0.40 och 0.60 anses indikera måttligt överensstämmelse; värden mellan 0.61 och 0.80 ansevärd överensstämmelse och värden över 0.80 nästan perfekt överensstämmelse (Landis & Koch, 1977).

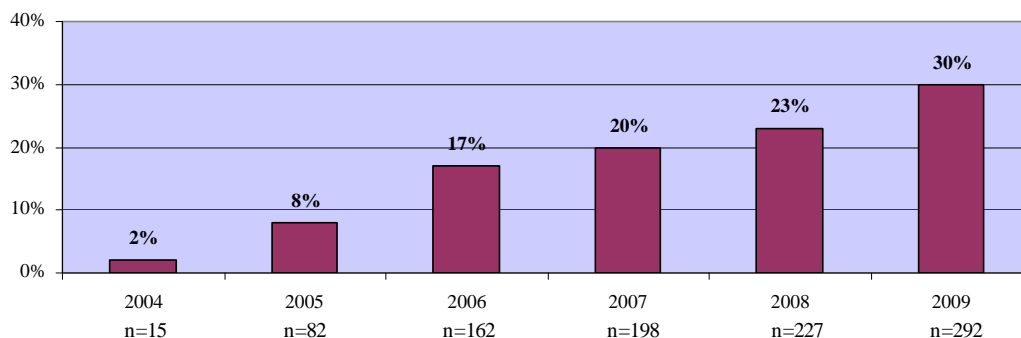
Kappavärdena i aktuell utredning visar att 70% låg över nivån 0.81 och 20% låg mellan 0.61-0.80. Endast 9% låg mellan 0.40-0.60. De resterande 1% (en variabel) låg under 0.40 och kommer inte att redovisas i denna rapport.

För 27 variabler var inte Kappavärde möjligt att beräkna. Dessa redovisas istället i procent överensstämmelse. Samtliga hade 97% överensstämmelse eller högre.

3 RESULTAT: PROGRAMINFORMATION

Under perioden 2004-2009 påbörjade 976 klienter IDAP, 63% (n=614) gick IDAP inom frivården, 35% (n=345) på anstalt och 2% (n=17) gick både på anstalt och i frivård. Fördelningen av programdeltagare har skiljt sig åt mellan olika år. Diagrammet (fig.1) visar bland annat att av de 976 klienter som påbörjade IDAP har 30% påbörjat under 2009.

Fig.1. En fördelning av andel klienter som påbörjade IDAP per år (n=976). Totala antalet IDAP-klienter per år är redovisat under respektive år på kategoriaxeln.

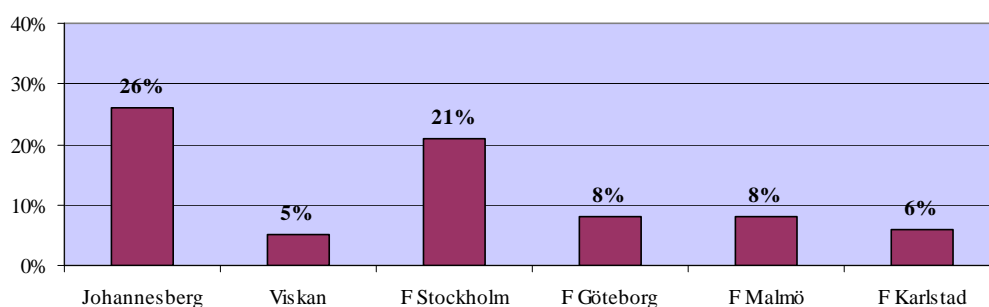


Anledningen till avslut av IDAP var ifyllt av programledaren i Blankettportalen. Av alla klienter som påbörjade IDAP mellan år 2004-2009 fullföljde 79% och 21% avbröt programmet. Anledningen till att klienterna avbröt IDAP varierade. De vanligaste avbrottsorsakerna var "avbröt p.g.a. misskötsambet" (7%) och "avbröt övrigt" (7%). I datainsamlingen framkom i fritext att "avbröt övrigt" kunde betyda "brister i det svenska språket", "muckade", "omotiverad", "bristande insikt" m.m.

Av de klienter som påbörjade IDAP på frivården avbröt 20% (n=124) och av de klienter som gick programmet på anstalt avbröt 24% (n=82). Det finns dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna, $\chi^2=1.38$, $p=n.s.$

Fördelningen av IDAP-deltagare mellan olika verksamhetsställen varierade. Vissa verksamhetsställen har bedrivit IDAP sedan start medan andra verksamhetsställen påbörjat IDAP under senare år.

Fig.2. Verksamhetsställen som hade 5 % eller mer av den totala andelen IDAP-deltagarna under åren 2004-2009.

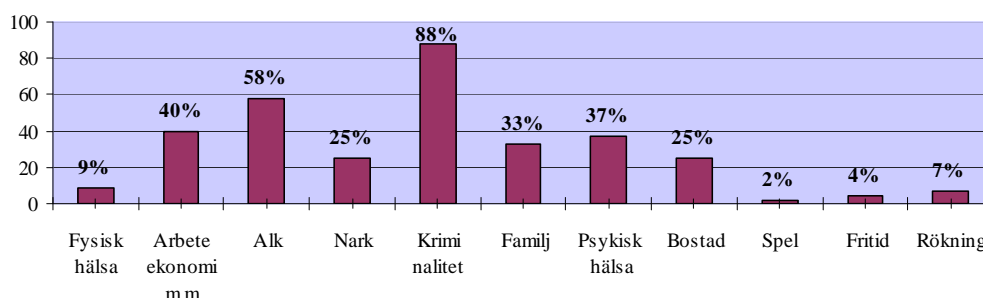


4 RESULTAT: BEHOV OCH INSATSER

4.1 Behov för IDAP-deltagare

Diagrammet nedan (fig.3) visar de områden som kriminalvårdspersonal ansåg var behovsområden (exempelvis genom att kryssa i ja under dynamiska faktorer i verkställighetsplanen). Siffrorna visas för åren 2008-2009 (n=519) eftersom dessa år bedöms ha haft en bättre dokumentation och en större användning av VSP.²

Fig.3. Behovsområden för klienter som påbörjade IDAP mellan 2008-2009 (n=519) uppdelat per område och procent.



Över hälften, 58% av klienterna, bedömdes ha alkohol som behovsområde och 25% hade narkotika som ett behovsområde. Andra behovsområden som framkom hos en stor andel av klienterna var kriminalitet (88%), arbete och ekonomi (40%) och psykisk ohälsa (37%).

4.1.1 Behovsområden och avbrott från IDAP

Som berördes tidigare avbröt 21% av IDAP-deltagarna programmet av olika anledningar. De klienter som avbröt IDAP och samtidigt hade ett missbruk innan aktuell verkställighet var drygt 24% till skillnad från drygt 15% av klienterna som inte hade ett missbruk och avbröt IDAP, $\chi^2(1, n=971)=9.12, p<.01$. Resultatet avser alla klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-2009 både på anstalt och i frivård. Sett till de klienter som gick IDAP på frivården under samma tidsperiod avbröt 24% av klienterna med missbruk till skillnad från 13% av klienterna som inte hade ett missbruk, $\chi^2(1, n=611)=9, p<.01$. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade ett missbruk och avbröt IDAP och till skillnad från dem som inte hade ett missbruk och avbröt.

Av IDAP-deltagarna hade 37% psykisk hälsa som ett behovsområde. Av de klienter som hade psykisk hälsa som ett behovsområde avbröt 26%. För de klienter som inte hade detta som ett behovsområde avbröt 19%, $\chi^2(1, n=945)=6.3, p<.01$. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade en psykisk ohälsa och avbröt IDAP till skillnad från dem som inte hade en psykisk ohälsa och avbröt.

Ett annat behovsområde var arbete, ekonomi och utbildning som förekom hos 40% av IDAP-deltagarna. Analyser visar att av klienterna som avbröt IDAP hade 25% arbete, ekonomi och utbildning som ett behovsområde. För de klienter som inte hade detta som ett behovsområde avbröt 19%, $\chi^2(1, n=962)=4.31, p<.05$. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade arbete, ekonomi och utbildning som ett behovsområde och sedan avbröt IDAP och till skillnad från dem som inte hade detta behovsområde och avbröt.

Av IDAP-deltagarna hade 25% bostad som ett behovsområde. Av de klienter som avbröt IDAP hade 28% bostad som behovsområde. För de klienter som inte hade detta som ett behovsområde avbröt 19%, $\chi^2(1, n=955)=8.0, p<.01$. Det fanns således en signifikant

² Det är främst behovsområden såsom spel, fritid, och rökning som inte finns väl dokumenterade före år 2008.

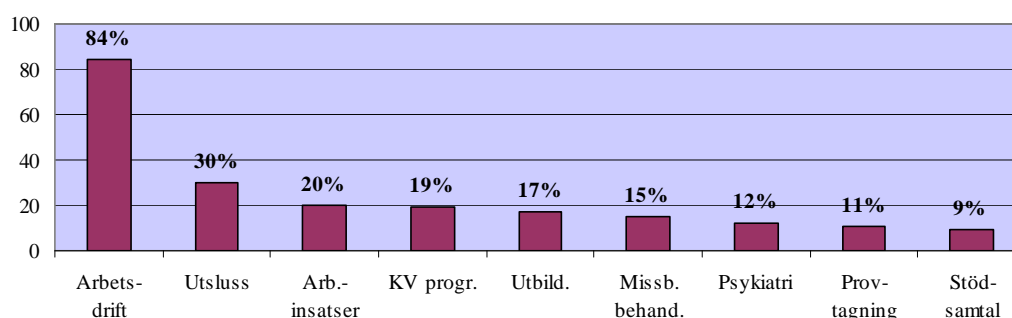
skillnad mellan gruppen som hade bostad som behovsområde och avbröt IDAP till skillnad från dem som inte hade detta behovsområde och avbröt.

Av IDAP-deltagarna hade 88 % kriminalitet som ett behovsområde. Av de klienter som avbröt IDAP hade 24 % kriminalitet som behovsområde. För de klienter som inte hade detta som ett behovsområde avbröt 15%, $\chi^2(1, n=941)=8.9, p < .01$. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade kriminalitet som behovsområde och avbröt IDAP till skillnad från dem som inte hade detta behovsområde och avbröt. För övriga behovsområden fanns inte några signifikanta skillnader mellan grupperna.

4.2 Insatser för IDAP-deltagarna

Diagrammet nedan illustrerar de olika insatserna som IDAP-deltagarna erhöll under verkställigheten, förutom IDAP.

Fig. 4. Insatser för klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-2009 (n=976) uppdelat per område och procent.



Av IDAP-deltagarna hade 15% genomgått en missbruksbehandling. Det skedde oftast under en frivårdspåföljd eller under en utslussåtgärd. Inkluderas även de insatser som klienten erhöll i form av något av Kriminalvårdens program som inriktar sig mot missbruk (Prime for Life, Prism, Balansen, Våga Välja, Återfallsprevention, 12-steps-programmet) blir den totala andelen missbruksbehandling drygt 27%.

Av IDAP-deltagarna hade 12% kontakt med psykiatrin. Det kunde bland annat röra sig om en öppenvårdskontakt, slutenvårdsplacering, psykiatrisk utredning eller akutvård. Vidare visar diagrammet att 11% hade lämnat blod- eller urinprov. Insatsen arbetsdrift avser endast klienter som gick IDAP på anstalt och av dem hade 84% någon slags arbetsdrift. Arbetsdriften kunde exempelvis vara arbete i verkstaden, snickeri, städning, kock m.m. Utbildningsinsatser av något slag hade 17% av IDAP-deltagarna. Utbildningen bedrevs på anstalt eller i frihet, och kunde exempelvis vara SFI, KOMVUX, högskolestudier, utbildningar på anstalt m.m.

I datainsamlingen har föräldrautbildning/föräldrakirkel registrerats separat från andra utbildningar med hänvisning till att många av IDAP-deltagarna haft barn som var brottsoffer. Det framkom att 22% av de klienter som påbörjade IDAP på anstalt även deltog i en föräldrautbildning/föräldrakirkel.

Vidare visar diagrammet (fig.4) att 20% hade arbetsförberedande insatser. Detta kunde avse kontakt med Arbetsförmedling, praktik, KRAMI m.m. Av IDAP-deltagarna hade 9% stödsamtal av olika slag. Stödsamtalen var bland annat på en beroendemottagning, socialtjänst eller hos rådgivare av något slag och inriktningen och intensiteten har varierat. IDAP-deltagarna gick även andra av Kriminalvårdens program, i diagrammet redovisas att 19% deltog i andra behandlingsprogram. Fördelningen mellan programmen var bland annat; 10% deltog i Prime for Life, 4% i BSF och 4% i Balansen. Fördelningen mellan övriga program var spridda. Diagrammet visar även att 30% hade en utslussåtgärd, andelen är endast räknade på de klienter som påbörjade IDAP på anstalt.

5 RESULTAT: RISKNIVÅ

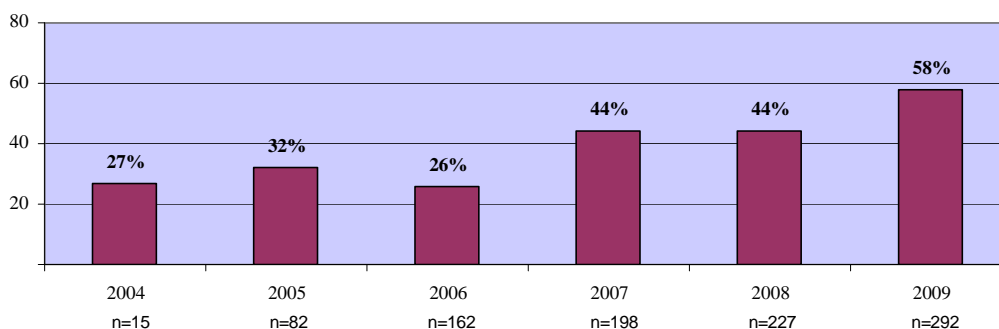
5.1 Matchningen av deltagarna på risknivå: SARA-riskbedömningar

Som nämnts innan ska, enligt IDAP-manualen, alltid en SARA-riskbedömning göras innan IDAP påbörjas. Totalt har 428 stycken SARA riskbedömningar dokumenterats under åren 2004-2009, vilket motsvarar 44% av alla IDAP-deltagare. Av dessa genomfördes 76% innan programstart, 21% under programmets gång och 3% gjordes efter IDAP avslutats.

Från år 2008 ska SARA-utredarna skicka in ett SARA-protokoll till Kriminalvårdens huvudkontor på alla genomförda riskbedömningar. Det framkom att protokoll fanns inskickade för 35% av alla genomförda SARA riskbedömningar mellan åren 2008-2009.

Andelen SARA riskbedömningar per år varierade. Diagrammet nedan (fig.5) beskriver andelen genomförda riskbedömningar per år.

Fig.5. En sammanställning av samtliga klienter som påbörjade IDAP mellan åren 2004-2009 (n=976). Stapeln visar om genomförda SARA riskbedömning, uppdelat per år och i procent. Totala antalet SARA riskbedömningar per år är redovisat under respektive år på kategoriaxeln.



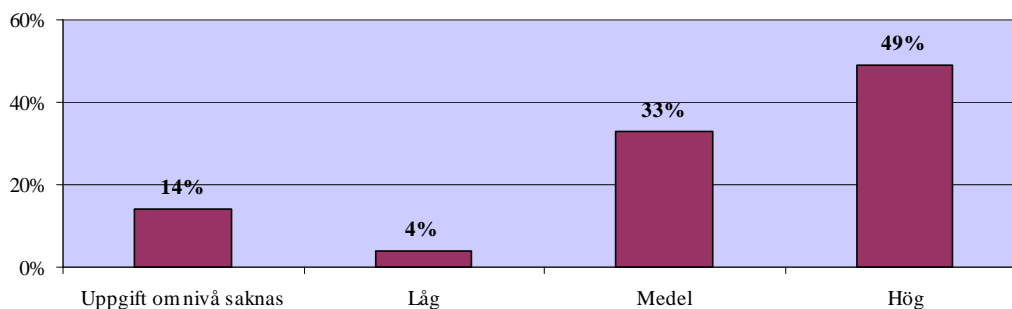
Som framgår i diagrammet ovan (fig.5) gjordes det år 2009 SARA riskbedömningar på cirka 58% av de klienter som påbörjade IDAP. Per verksamhetsställe har resultaten varit olika. Vissa verksamhetsställen har inga dokumenterade SARA riskbedömningar medan det för andra verksamhetsställen fanns SARA riskbedömningar för alla klienter.

Ett urval av verksamhetsställen som dels hade högt eller förhållandevis högt programdeltagande och hög andel genomförda SARA riskbedömningar var:

- År 2009 Anstalten Viskan: genomförde SARA riskbedömningar på 100% (11 av 11)
- År 2009 Frivården Stockholm: genomförde SARA riskbedömningar på 92% (65 av 71)
- År 2009 Anstalten Västervik: genomförde SARA riskbedömningar på 82% (23 av 28)

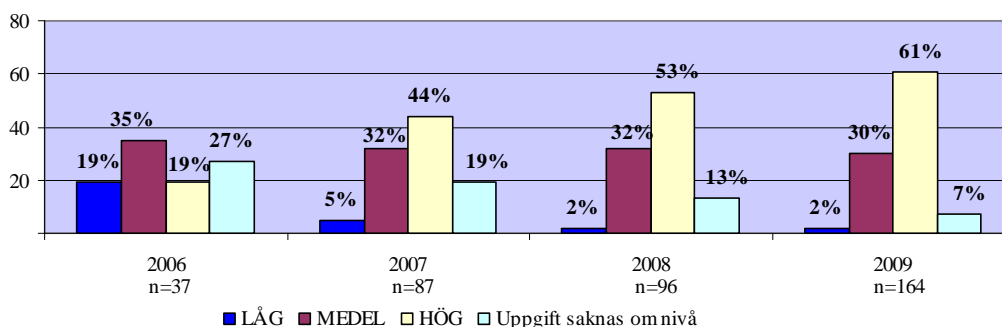
Fördelningen mellan de olika risknivåerna på alla genomförda SARA riskbedömningar som gjordes innan eller under IDAP (n=414) redovisas i diagrammen nedan (fig.6). Kategorin ”uppgift om nivå saknas” betyder att en SARA var gjord men att risknivå saknades.

Fig.6. En fördelning av genomförda SARA riskbedömningar (innan eller under IDAP) år 2004-2009 (n=414) och fördelningen mellan olika risknivåer, i procent.



Av diagrammet (fig.6) framkommer att 4% av de klienter som påbörjade IDAP bedömdes enligt SARA med låg risk för återfall i partnervåld, 33% bedömdes som medel risk och 49% som hög risk för återfall.

Fig.7. En fördelning av genomförda SARA riskbedömningar (innan eller under IDAP) år 2006-2009 (n=384) och fördelningen mellan risknivå och år, i procent. Andelen SARA-riskbedömningar per år är redovisade under åren på kategori-axeln.



Av diagrammet (fig.7) framkommer att samtidigt som antalet SARA riskbedömningar har ökat i antal har det även skett en förskjutning i risknivå så att det år 2009 fanns 61% högrisksklienter. Medelrisksklienterna har däremot legat relativt stabilt på drygt 30%. Samtidigt har gruppen som har en SARA riskbedömning men utan dokumenterad risknivå minskat. Sannolikt beror detta på att dokumentationen i klienternas verkställighetsplan blivit bättre för varje år som gått. Det är oklart vilken egentlig fördelning de SARA riskbedömningar utan risknivå hade och om det hade påverkat fördelningen mellan medel- och högrisksklienter.

Efter fullföljt program kan en ny SARA-riskbedömning ha genomförts, en så kallad reviderad SARA. Detta förutsatt att en initial SARA gjordes innan/under IDAP. För de klienter som fullföljde IDAP hade 6% av klienterna en reviderad SARA.

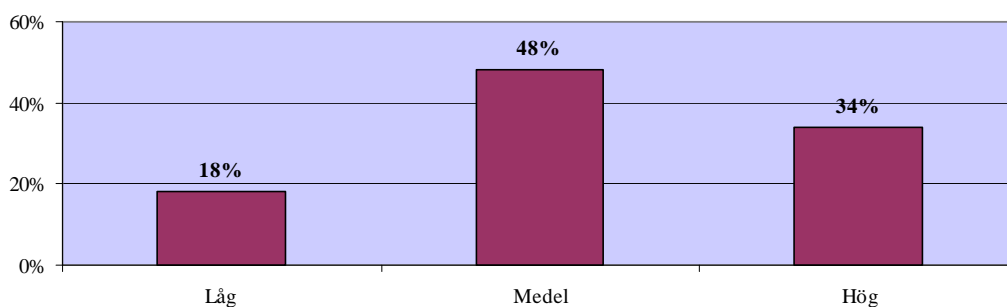
5.1.1 SARA-risknivå och avbrott från IDAP

För de klienter som hade en SARA riskbedömning genomfördes analyser för att utreda om det fanns någon skillnad inom gruppen beträffande bedömd risknivå och om klienten avbröt eller fullföljde IDAP. Det fanns dock ingen signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt SARA riskbedömningen och om klienten fullföljde eller avbröt IDAP $\chi^2(2, n=354)=3.2, p=n.s.$

5.2 Matchningen av deltagarna på risknivå: Allmän riskbedömning enligt Kriminalvårdens föreskrifter

Av de klienter som påbörjade IDAP mellan åren 2004-2009 hade 86% haft en riskbedömning baserad på de faktorer som framkommer i Kriminalvårdens föreskrifter, dvs. allmän riskbedömning. Den allmänna bedömningen görs oftast i samband med VSP:s upprättande och bygger på faktorer som finns i Kriminalvårdens föreskrifter 2010:4.

Fig.8. En fördelning av risknivåer på den allmänna riskbedömningen enligt Kriminalvårdens föreskrifter på IDAP-deltagare 2004-2009 (n= 839).



Av de klienter som hade en allmän riskbedömning (n=839) bedömdes 18% som låg risk-, 48% som medel risk och 34% bedömdes ha hög risk för återfall i brott.

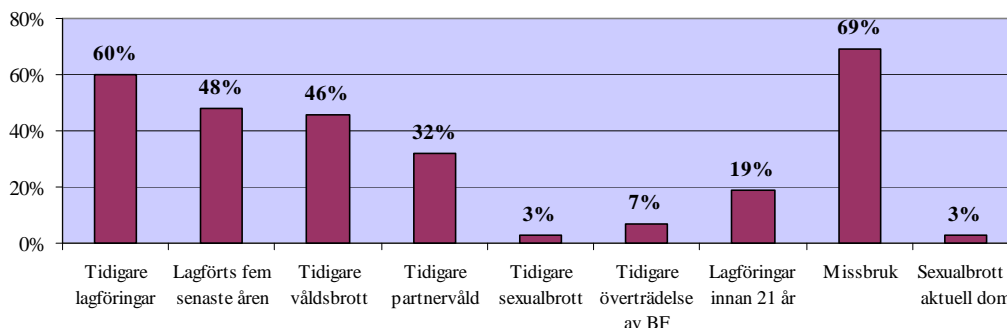
5.2.1 Allmän riskbedömning och avbrott från IDAP

För de klienter som hade en allmän riskbedömning enligt Kriminalvårdens föreskrifter genomfördes analyser för att utreda om det fanns någon skillnad inom gruppen beträffande bedömd risknivå och om klienten avbröt eller fullföljde IDAP. Av de IDAP-deltagare som bedömdes med låg risk enligt den allmänna riskbedömningen avbröt 13%, av medelriskklienter avbröt 21% och av högriskclienterna avbröt 27%. Det fanns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den allmänna riskbedömningen och om klienten fullföljde eller avbröt IDAP $\chi^2(2, n=834)=11.4, p<.01$.

5.3 Matchningen av deltagarna på risknivå: Aktuarisk riskbedömning

Klienterna som påbörjade IDAP mellan åren 2004-2009 hade flertalet statistiska och dynamiska riskfaktorer.

Fig.9. Förekomst av riskfaktorer hos IDAP-deltagare 2004-2009 innan IDAP, i procent.³



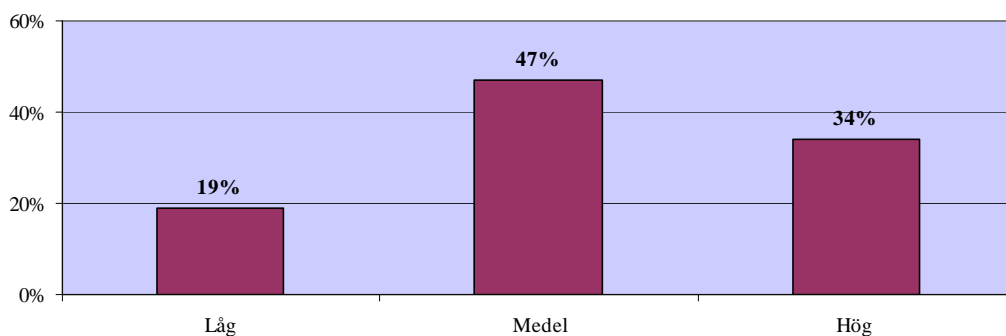
Diagrammet (fig.9) visar att 60% av de klienter som påbörjade IDAP hade tidigare lagföringar för brott och 48% hade lagföringar de fem senaste åren. Av IDAP-deltagarna hade 46% varit dömda för våldsbrott och 32% hade varit dömda för partnervåld innan

³ BF avser besöksförbud.

aktuell verkställighet. En liten del, 3% hade tidigare domar för sexualbrott. Av alla IDAP-deltagare hade 7% någon gång dömts för överträdelse av besöksförbud.

Diagrammet visar även hur stor andel av IDAP-deltagarna som hade lagföringar innan de var 21 år gamla. Variabeln har tre nivåer och det framkom att 8% var under 18 års ålder vid första lagföring, 11% var mellan 18-20 år och 81% var 21 år eller äldre. Hela 69% hade ett missbruk innan de påbörjade IDAP. Av alla IDAP-deltagare hade 61% ett missbruk/skadligt bruk av alkohol och 22% hade ett missbruk av narkotika. Ett fåtal, 3%, hade i den aktuella domen även åtalpunkter för sexualbrott.

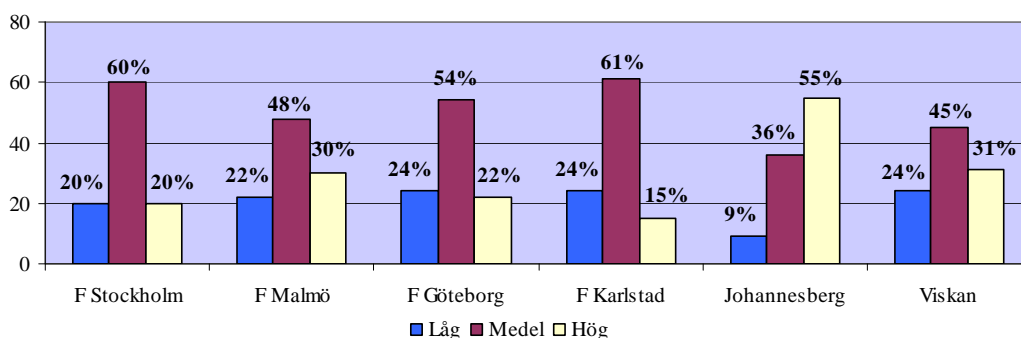
Fig.10. En fördelning av risknivåer enligt den aktuariska riskbedömningen för IDAP-deltagare 2004-2009 (n=976), angivet i procent.



Fördelningen mellan de olika risknivåerna på den aktuariska riskbedömningen visas i diagrammet ovan (fig.10). Av de klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-2009 bedömdes 19% som lågriskklienter, 47% som medelriskklienter och 34% som högriskklienter.

Av de verksamhetsställen som har bedrivit/bedriver IDAP och haft minst 5% av IDAP-deltagarna visas fördelning av risknivåerna på den aktuariska riskbedömningen nedan (fig.11). De olika verksamhetsställena hade en liknande fördelningen mellan de olika risknivåerna. Att anstalten Johannesberg hade färre lågriskklienter och en högre grad högriskklienter bör kunna förklaras av att det är en sluten anstalt (säkerhetsklass D) medan anstalten Viskan var en öppen anstalt.

Fig.11. En fördelning av risknivåer på den aktuariska riskbedömningen och de verksamhetsställen som hade minst 5% av alla IDAP-deltagare under åren 2004-2009.



5.3.1 Aktuarisk riskbedömning och avbrott från IDAP

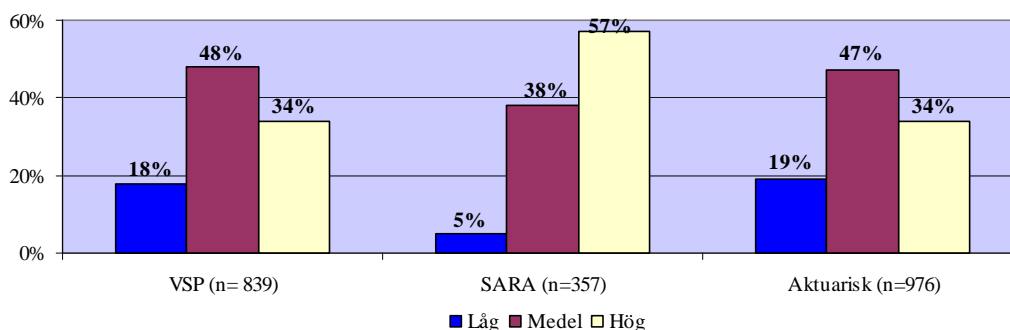
För alla IDAP-deltagare genomfördes analyser för att utreda om det fanns någon skillnad inom gruppen beträffande bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten avbröt eller fullföljde IDAP. Av de IDAP-deltagare som bedömdes som låg risk enligt den aktuariska riskbedömningen avbröt 12%, av medelriskklienter avbröt 19% och av högriskklienterna avbröt 30%.

Det fanns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten fullföljde eller avbröt IDAP $\chi^2(2, n=971)=27.1, p<.01$.

5.4 Matchningen av deltagarna på risknivå enligt riskprincipen

Olika sorters riskbedömningar har gjorts på de klienter som påbörjade IDAP mellan åren 2004-2009. Fördelningen mellan risknivåerna redovisas i diagrammet nedan.

Fig.12. Fördelningen av risknivåer på de tre olika bedömningsgrunderna för IDAP-deltagare 2004-2009.



En av frågeställningarna i denna utredning var huruvida de klienter som påbörjade IDAP bedömdes som medel- eller högriskklienter och därav tillhörde målgruppen för programmet. Det fanns, som tabellen ovan visar, 5% (n=17) av klienterna som bedömdes med låg risk för återfall i brott enligt SARA. Eftersom det inte fanns dokumenterade SARA riskbedömningar på över hälften av IDAP-deltagarna är det svårt att veta hur det skulle ha sett ut för hela gruppen. Den allmänna riskbedömningen som utförs utifrån faktorer från Kriminalvårdens föreskrifter, i diagrammet benämnd VSP, visade att 18% (n=150) bedömdes som lågriskklienter. Enligt den aktuariska riskbedömningen bedömdes 19% som lågriskklienter (n=183).

För de klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-2009 hade drygt en fjärdedel (n=256) genomgått både en SARA riskbedömning och en allmän riskbedömning. Det framkommer att av de klienter som bedömdes som låg risk för återfall i brott enligt den allmänna riskbedömningen (n=44) blev trots allt 77% bedömda som medel eller hög risk enligt SARA.

Analysen av varje IDAP-deltagares eventuella riskförändring mellan olika bedömnings sätt visar att 59% hade en **oförändrad risk** mellan bedömnings sätten. Vilket menas att klienten exempelvis bedömdes som låg risk med båda bedömnings sätten, medel risk med båda bedömnings sätten eller hög risk med båda bedömnings sätten. Vidare framkommer att 8% hade en **risksänkning** med SARA riskbedömningen och att 33% hade en **riskökning** med SARA riskbedömningen.

För de klienter som påbörjade IDAP mellan 2004-2009 hade cirka 37% både en SARA riskbedömning och en aktuarisk riskbedömning (n=357). Det framkommer att av de klienter som bedömdes som låg risk för återfall i brott med den aktuariska riskbedömningen (n=70) blev trots allt 93% bedömda som medel eller hög risk enligt SARA.

Analysen av varje IDAP-deltagares eventuella riskförändring mellan olika bedömningssätt visar att 44% hade en **oförändrad risk** mellan bedömningssätten. Vidare framkommer att 11% hade en **risksänkning** med SARA riskbedömningen och att 45% hade en **riskökning** med SARA riskbedömningen.

6 DISKUSSION

Syftet med utredningen var att belysa förekomsten av adekvata riskbedömningar för klienter som påbörjade IDAP och med fokus på riskprincipen visa på om klienterna, även i praktiken, uppfyller de önskvärda kraven på risk enligt RNR-principen. Utredningen skulle även redovisa IDAP-deltagarnas behov och insatser, detta för att undersöka om klienterna erhöll insatser för andra behovsområden utöver relationsvåldsproblematiken.

Enligt riskprincipen i RNR-principerna och enligt IDAPs manual ska bara medel- och högriskklinter genomföra intensiv behandling. Av de resultat som framkommer i denna utredning saknas SARA riskbedömningar på en stor andel av klienterna vilket gör resultatet svårtolkade. Det går inte att utesluta att flertalet av de klienter som påbörjade IDAP var lågriskklinter. Vissa var bekräftade genom att det fanns en SARA riskbedömning som pekar på låg återfallsrisk, medan mer än hälften av alla klienterna saknade en dokumenterad SARA riskbedömning. Både den allmänna riskbedömning som var gjord på riskfaktorer som framkommer i Kriminalvårdens föreskrifter och den aktuariska riskbedömning som gjordes i samband med denna utredning visade att det fanns cirka 18-19% lågriskklinter som påbörjade IDAP.

Det framkom att SARA riskbedömningarna har en benägenhet att bedöma en högre risk för återfall i partnervåld i jämförelse med den allmänna riskbedömningen eller den aktuariska riskbedömningen. I de fall där klienterna genomförde en SARA riskbedömning och en allmän riskbedömning/aktuarisk riskbedömning tenderade SARA riskbedömningen att öka risken för återfall i brott i 33-45% av fallen. Det bör påpekas att SARA riskbedömningen har flertalet dynamiska riskfaktorer som inte framkommer i de andra bedömningarna, såsom *"attityder som stödjer eller ursäktar partnervåld"*, *"problem i förhållandet på senare tid"*, *"vittne/offre för våld inom familjen"*, *"svartsjuka"* m.m. Resultaten har visat att cirka en femtedel av IDAP-deltagarna saknar de statiska och dynamiska riskfaktorer som utredningen visat samvarierar med återfall i partnervåld. Vid en första anblick kan därför dessa klienter förefalla vara lågriskklinter, men kan vid en SARA riskbedömning bedömas som medel- eller hög risk för återfall i partnervåld.

Det är tydligt att SARA riskbedömningar inte genomfördes på alla klienter som påbörjade IDAP. Det har dock skett en svag positiv utveckling under de senaste åren med avseende på antalet genomförda SARA riskbedömningar. Flera verksamhetsställen genomförde SARA riskbedömningar på samtliga IDAP-klienter samtidigt som andra verksamhetsställen står inför en utmaning att uppfylla IDAP-manualens krav.

När det gäller IDAP-deltagarnas behov, utöver IDAP, framkom att en stor del av klienterna hade ett missbruk. Alla fick dock inte insatser mot missbruket. Utredningen visar att 69% hade ett missbruk/skadligt bruk innan aktuell verkställighet. Av de klienter som hade ett missbruk eller skadligt bruk hade 39% fått missbruksbehandling eller deltagit i något av Kriminalvårdens missbruksprogram. Adderar man andra insatser mot missbruk, såsom antabus, Revia/Campral, Subutex, AA/NA eller lämnat blod- eller urinprov erhöll 53% av klienterna insatser mot en missbruksproblematik. Detta innebär att ungefär varannan klient med missbruk/skadligt bruk av alkohol eller narkotika fick någon typ av insats under en anstaltsvistelse eller en frivårdspåföljd.

Utredningen har visat att det är viktigt att genomföra insatser för flera behovsområden såsom missbruk, psykisk ohälsa eller behovsområde kring arbete, utbildning, ekonomi, kriminalitet och/eller bostad eftersom klienter med dessa behov i större utsträckning avbryter IDAP. Vidare visar resultaten att det fanns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt både den aktuariska riskbedömningen och den allmänna riskbedömningen och om klienten senare avbröt IDAP.

6.1 Begränsningar med undersökningen

I utredningen redovisades förekomsten av genomförda SARA riskbedömningar. Utöver vad som har dokumenterats i VSP, KLAS frivård, KLAS anstalt, personutredning, utslussutredning eller i eget dokument i akten, kan ytterligare riskbedömningar ha genomförts. Om en riskbedömning genomförts *utan* dokumentation kan det ifrågasättas om en sådan utredning har haft någon nytta för klientens verkställighet och de beslut som tagits, samt hur det har påverkat matchningen till olika insatser.

7 REFERENSER

Tidskrifter/rapporter/manualer

Andrews, D. A. (2006). Enhancing adherence to risk-need-responsivity: making quality a matter of policy. *Criminology and Public Policy*, 5, 595-602.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39-55.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed). Newark, NJ: LexisNexis.

Andrews, D. A., & Dowden C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 88-100.

Belfrage, H., & Grann, M. (2006). *SARA bedömning av risk för framtida partnervåld*. Svensk version av Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1994) Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide. Norrköping. Kriminalvården.

Bonta, J. & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation* (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.

Bonta, J., Wallace-Capretta, S., & Rooney, J. (2000). A quasi-Experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and behaviour*, 27, 312-329.

Dowden, C., & Andrews D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 449-467.

Landis, R. J., Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical Kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33, 363-374.

Lowenkamp C., & Latessa E. (2004). *Understanding the risk principle: How and why correctional interventions can harm low-risk offenders?* Ohio: University of Cincinnati, Division of Criminal Justice.

IDAP Programmanual (2009). Norrköping: Kriminalvården.



Kriminalvården

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