

Matchningen av klienter till ROS

Matchningen av klienter till ROS

**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: 5091
ISBN: 91-85187-77-1
Hemsida: www.kriminalvarden.se

Sammanfattning

Bakgrund: Forskning har visat att behandlingseffektivitet bland annat är beroende av hur klienter matchas till behandling. Kriminalvårdens behandlingsprogram Relation Och Samlevnad (ROS) vänder sig till sexualbrottsdömda män. Programmet finns både som en lågintensiv- och en medelintensiv version och programmet är öppet för alla risknivåer. Vilken intensitetsnivå av programmet som lämpar sig bäst för en individ avgörs av adekvat risk- och behovsbedömning med instrumenten VRS:SO eller STABLE/ACUTE.

Syftet: Att utreda i vilken omfattning de klienter (n=862) som påbörjade behandlingsprogrammet ROS (år 2002-2009) genomgick en riskbedömning med VRS:SO eller STABLE/ACUTE samt matchades till behandling utifrån risknivå. Syftet var även att redovisa ROS-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 fyra statiska och två dynamiska riskfaktorer genomfördes på samtliga ROS-klienter inom ramen för utredningen.

Resultat: Under åren 2002-2009 fanns det dokumenterat adekvata riskbedömningar för drygt hälften av klienterna. En ökning har skett så att det under 2008-2009 dokumenterades adekvata riskbedömningar på drygt 80% av klienterna. Under åren 2002-2009 bedömdes 26% som lågrisksklienter enligt VRS:SO eller STABLE/ACUTE, 14% bedömdes som medel/låg, 28% som medel, 14% som medel/hög och 7% bedömdes som hög risk enligt VRS:SO eller STABLE/ACUTE. Med den aktuariska riskbedömningen bedömdes 58% som lågrisksklienter, 32% som medelrisksklienter och 10% som högrisksklienter. För det ROS-deltagare som har båda bedömningarna framkom att cirka hälften hade en oförändrad risknivå. Vidare framkom att 37% fick en riskökning med VRS:SO i förhållande till den aktuariska riskbedömningen och 15% fick en risksänkning.

Analyser genomfördes om programmets längd och intensiteten anpassades därefter till ROS-deltagarnas risknivå. För de klienter som fullföljde ROS på anstalt (grupp) fanns signifikanta skillnader mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och programmets längd. Lågrisksklienter tenderade att fullfölja ROS på kortare tid. Samtidigt var över hälften av de klienter som fullföljde programmet på sju månader eller mer lågrisksklienter.

Utredningen visade att klienter som hade ett missbruk eller psykisk ohälsa avbröt ROS i högre utsträckning. Av de klienter som bedömdes ha ett missbruk fick 41% av klienterna insatser mot problematiken.

Det fanns signifikanta skillnader mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten genomförde uppföljnings-ROS. Resultaten visade att uppföljnings-ROS till största del genomfördes av lågrisksklienter. Resultaten tyder på att matchningen av klienter till ROS inte sker på ett tydligt sätt, vilket skulle kunna påverka behandlingseffekten av ROS.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| FÖRORD..... | 7 |
| 1 BAKGRUND..... | 8 |
| 1.1 <i>Behandlingsprogrammet ROS</i> | 8 |
| 1.2 <i>Tidigare forskning</i> | 9 |
| 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>Definition av begrepp</i> | 12 |
| 2.5 <i>Metod för aktuarisk riskbedömning</i> | 12 |
| 2.6 <i>Statistiska analyser</i> | 13 |
| 2.7 <i>Interbedömarreliabilitet</i> | 13 |
| 3 RESULTAT: PROGRAMINFORMATION | 15 |
| 4 RESULTAT: BEHOV OCH INSATSER..... | 16 |
| 4.1 <i>ROS-deltagarnas behov</i> | 16 |
| 4.1.1 <i>Behovsområden och avbrott från ROS</i> | 16 |
| 4.2 <i>Insatser för ROS-deltagarna</i> | 17 |
| 5 RESULTAT: RISKNIVÅ..... | 18 |
| 5.1 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå: Adekvata riskbedömningar</i> | 18 |
| 5.1.1 <i>VRS:SO risknivå och avbrott från ROS</i> | 21 |
| 5.2 <i>Matchningen av deltagarna på risknivå: Aktuarisk riskbedömning</i> | 21 |
| 5.2.1 <i>Aktuarisk risknivå och avbrott från ROS</i> | 22 |
| 5.3 <i>Resultat: programintensitet utifrån risknivå</i> | 22 |
| 5.3.1 <i>Uppföljning och risknivå</i> | 23 |
| 5.3.2 <i>Programmets längd och risknivå</i> | 23 |
| 5.4 <i>Jämförelse mellan den aktuariska riskbedömningen och VRS:SO</i> | 25 |
| 6 DISKUSSION | 26 |
| 6.1 <i>Begränsningar med undersökningen</i> | 27 |
| 7 REFERENSER..... | 28 |

FÖRORD

Kriminalvården är den myndighet i rättskedjan som har till uppgift att rehabilitera män dömda för sexualbrott. Behandlingsprogrammet som svensk kriminalvård erbjuder är ROS (Relation och samlevnad). Programmet är evidensbaserat och syftar till att reducera risken för återfall i brott för målgruppen. Programmet ackrediterades 2005 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 ROS mellan 2002-2009 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 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 klienterna 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 ROS

Det nationella behandlingsprogrammet Relation och Samlevnad (ROS) har använts inom Kriminalvården för sexualbrottsdömda män sedan år 2002. Programmet kommer ursprungligen från Kanada där originalet heter National Offender Treatment-Moderate Intensity (ROS programmanual). Programmet bedrivs idag på 6 kriminalvårdsanstalter och 25 frivårdsenheter.

ROS är ett kognitivt program som är såväl psykodynamiskt som beteendeterapeutiskt. Programmet är uppbyggt kring fem komponenter: kognitiva förvrängningar och behandlingsstrategier, intimitet, relationer och social förmåga, empati och medvetenhet om offret, att hantera känslor samt avvikande sexuella fantasier och sexuell upphetsning (ROS teorimanual).

ROS finns både som ett grupprogram eller som ett individuellt program. ROS i grupp består av gruppssessioner och individualterapi. Antalet träffar i veckan kan variera men sammantaget består ROS av cirka 160 timmar i grupp och 20 timmar individuellt. Grupprogrammet blev ackrediterat år 2007 Individuella ROS blev fullt ackrediterat år 2009 och omfattar cirka 60 timmar.

Enligt programmanualen ska alla programdeltagare genomgå en risk- och behovsbedömning med riskinstrumenten VRS:SO och/eller SVR:20 innan programstart. VRS:SO är ett riskbedömningsinstrument för bedömning av risken för återfall i sexualbrott. Instrumentet innehåller tio statiska och 17 dynamiska riskfaktorer (svensk översättning Weber Malmberg, 2003). SVR-20 är en klinisk checklista för bedömning av återfallsrisk i sexualbrott och innehåller 20 riskfaktorer (svensk översättning Belfrage et al. 1999). Sedan år 2010 ersätts VRS:SO av STABLE/ACUTE som är ett riskbedömningsinstrument som mäter statiska och dynamiska riskfaktorer. Verktöget innehåller tretton grundläggande koncept, för bedömning av stabila dynamiska faktorer (Hanson & Harris, 2008). Därtill bedöms de akut föränderliga faktorerna som kan påverka risk för återfall i sexualbrott (Hanson & Harris, 2007).

ROS är ett medelintensivt program som lämpar sig bäst för klienter med medelhög risk för återfall i sexualbrott. De klienter som bedöms ha hög risk för återfall i sexuellt våld ska erbjudas den längsta och mest intensiva behandlingen (ROS teorimanual). Det finns även som en lågintensiv version vilket lämpar sig för de klienter som enligt riskbedömningen har låg risk att återfalla i sexualbrott. Lågintensiva ROS bedrivs framförallt allt inom frivården och på öppna anstalter. Jämfört med medelintensiva ROS innebär den lågintensiva versionen färre antal timmar i behandling. Den är också mindre strukturerad för att lättare kunna anpassas till individens behov. Även behandlingsmålen är färre i den lågintensiva versionen, vilket blir en följd av den lägre risken och behovsnivån. Enligt ROS teorimanual är det långsiktiga målet i lågintensiva ROS att bibehålla eller sänka den redan låga nivån (ROS teorimanual).

Enligt manualen är alltså ROS lämpligt för lågrisk-, medelrisk- och högrisk klienter. Vilken intensitetsnivå på behandlingen som lämpar sig bäst för en individ avgörs av risk och

behovsbedömningen. Anpassning till nivåer sker genom intensitet och längd. Grupp-sammansättning till programmet avgörs efter risknivå. Det innebär att lågriskklinter separeras från högriskklinter. Medelriskklinter kan däremot dela grupp med både låg- och högriskklinter (ROS teorimanual).

De deltagare som efter en ROS-grupp har fortsatt behov kan fortsätta individuella samtal med sin individualterapeut alternativt påbörja en uppföljning. Uppföljningen ses som ytterligare en komponent snarare än ett program och omfattar ca 21 timmar. Uppföljningsdelen är detsamma för medel- och lågintensiv behandling. (ROS teorimanual).

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 beräknas 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 brottshistoria, ursprungsfamilj och ålder. Dynamiska riskfaktorer är föränderliga och därav påverkbara genom interventioner. Risken för återfall i brott avgör vilken behandlingsintensitet som är lämpligast. Enligt RNR-principerna är en mer intensiv och omfattande behandling lämpig för en högriskklint medan minimal eller ingen behandling är tillräcklig för en lågriskklint (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).

Responsivetsprincipen 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 och Bonta & Andrews, 2007).

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

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

Hanson et al (2009) undersökte i en metaanalys om RNR-principerna även kunde appliceras på behandling för sexualbrottsbehandling. Studien visade samma mönster som tidigare studier på andra klientgrupper, att effektiviteten av behandlingen ökade med antalet principer som användes. I genomsnitt var återfallsrisken för deltagare i behandling med tre RNR-principer halverad jämfört med kontrollgruppen som inte hade fått någon behandling. Studien undersökte även om behandling för sexualbrottslingar är mer effektiv för högriskförövare än för icke-högriskförövare. Analysen visade ingen signifikans men visade ändå en tendens på en större behandlingseffekt för högriskförövare.

Lovins et al (2009) undersökte om riskprincipen var gällande även för sexualbrott, d.v.s. om sexualbrottsförövare med hög risk för återfall i brott bör få mer intensiv behandling medan lågriskklinter bör få mindre intensiv eller ingen behandling. Studien visade att behandlingen var effektiv för riskkategorierna låg/medel, medel och hög. Lågriskklinter som fullföljde behandlingen hade däremot högre sannolikhet att återfalla (26%) än sin kontrollgrupp (19%). Högriskklinter som fullföljde samma behandling hade efter programmet lägre återfallsrisk (29%) jämfört med sin kontrollgrupp (64%).

1.3 Syfte och frågeställningar

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

Frågeställningarna var bland annat:

- Är det de klienter som bedöms ha måttlig till hög risk för återfall i ny brotthet som går ROS?
- I vilken utsträckning görs risk- och behovsbedömningen med relevant riskbedömningsinstrument (SVR:20, VRS:SO, STABLE/ACUTE)?
- 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 fullföljande/avbrytande av ROS?

2 METOD

2.1 Undersökningspopulation

Undersökningspopulationen bestod av samtliga klienter som påbörjade ROS mellan 2002-01-01 och 2009-12-31, totalt 862 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 det inte fanns tillräcklig information inhämtades även klientakten från aktarkivet eller från det verksamhetsställe där klienten för närvarande var aktuell. Kriterierna för att inhämta klientakten var om det saknades en dokumenterad adekvat riskbedömning (VRS:SO eller STABLE/ACUTE) i kombination med att det framgick att verksamhetsstället vid den aktuella tidpunkten hade utbildad personal att genomföra riskbedömningarna. Totalt inhämtades 215 klientakter, dvs. för 25% av klienterna.

2.3 Data

Den information som inhämtades var;

- Information om ROS (verksamhetsställe för ROS, pågående/avslutad, uppföljnings-ROS m.m.).
- Förekomst av riskbedömning med SARA, HCR-20, PCL-R, STABLE/ACUTE, STATIC-R, BERIT, VRS:SO 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 hämtades främst från klienternas verkställighetsplan men även i vissa fall från placeringsunderlag.
- Insatser (missbruksbehandling, kontakt med psykiatri, provtagning, arbetsdrift, utbildning, arbetsförberedande insatser, stödsamtal, andra av Kriminalvårdens program, utslussåtgärder, medicinering m.m.).
- Underlag för ny aktuarisk riskbedömning (lagförts någon gång och under de fem senaste åren, tidigare lagförts för våldsbrott/partnervåld/sexuallbrott, våldsbrott/sexbrott i aktuell dom, ålder vid första lagföringen och aktuell ålder, missbruk samt överträdelse av besöksförbud).

¹ SARA är en checklista beträffande återfallsrisken för partnervåld. 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.

2.4 Definition av begrepp

Begreppen ”*missbruk före aktuell verkställighet*”, ”*alkoholmissbruk/skadligt bruk*”, och ”*narkotikamissbruk*” har kategoriserats på samma sätt som graderingen som används 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 klientadministrativa 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 påbörjade ROS på anstalt. Utslussåtgärderna hade olika inriktningar, exempelvis behandling, arbete eller studier.

Insatsen ”*provtagning*” avser inte urin- eller blodprov tagna på anstalt som den 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 sexuell tjänst, 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, sexuellt 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 var dels att jämföra risknivån med andra bedömningsinstrument, dels att ha en riskbedömning på samtliga ROS-deltagare som är gjord på samma riskfaktorer.

För att välja ut vilka riskfaktorer som skulle ingå i den aktuariska riskbedömningen genomfördes korrelationsanalyser av riskfaktorer och återfall i brott. Analyserna av varje riskfaktor och "återfall i något brott", "återfall i sexualbrott" samt "återfall i sex- och/eller våldsbrott" genomfördes genom 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 sex 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 avdömda åtalpunkter för sexualbrott? (JA=1p, NEJ=0p)
- I aktuell dom våldsbrott? (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)

Riskfaktorerna räknades samman aktuariskt och poängintervallet löpte från 0-6 poäng. Poängen graderades för att få fram en gräns för låg-, medel- eller hög risk för återfall i sex/våldsbrott.

Graderingen baserades på följande skala;

- Låg risk för återfall i sexual- eller våldsbrott 0-1 poäng
- Medel risk för återfall i sexual- eller våldsbrott 2-3 poäng
- Hög risk för återfall i sexual- eller våldsbrott 4-6 poäng

De klienter som hade "uppgift saknas" på någon av variablerna fick noll (0) poäng på den riskfaktorn. I en sensitivetsanalys av hela ROS-gruppen (n=862) framkom att 32 personer hade "uppgift saknas" på en eller två riskfaktorer. Analysen visar att 10% av lågrisk-klienterna skulle kunna ha placerats i medelriskkategorin om de istället fått ett (1) poäng på de variabler som hade "uppgift saknas". Vidare visar analysen att 2% av de klienter som hade medelrisk skulle kunna ha placerats 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 samlade in data på ett slumpmässigt urval av 30 klienter. Överensstämmelsen mättes utifrån ett Kappavärde som räknades fram på de olika variablerna. Värden mellan 0.40 och 0.60 anses indikera måttligt överensstämmelse; värden mellan 0.61 och 0.80 ansenlig överensstämmelse och värden över 0.80 nästan perfekt överensstämmelse (Landis & Koch, 1977).

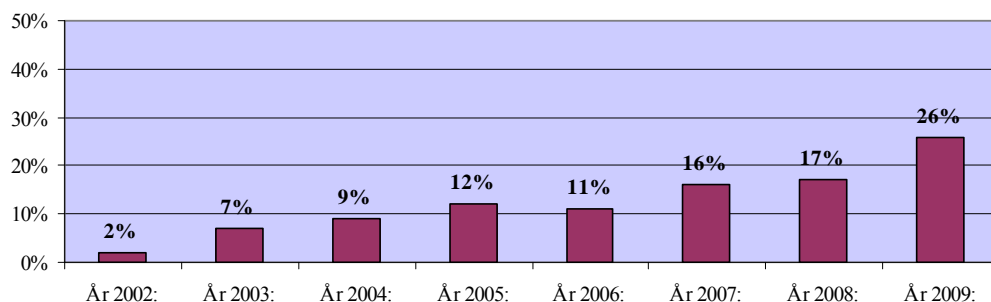
Interbedömarreliabiliteten för aktuell utredning visade att 70% av variablerna låg över nivån 0.81 och 20% låg mellan 0.61-0.80. Fyra variabler (5%) låg mellan 0.40-0.60 och lika många låg under 0.40. De variabler som hade ett Kappa-värde under 0.40 redovisas inte i nedanstående utredning.

För 51 variabler var Kappavärdet inte möjligt att beräkna. Dessa redovisas istället i procent överensstämmelse. Samtliga hade 97% överensstämmelse eller högre.

3 RESULTAT: PROGRAMINFORMATION

Under perioden 2002-2009 påbörjade 862 klienter ROS. Fördelningen av programdeltagare skiljde sig åt mellan olika år. Diagrammet (fig.1) visar bland annat att av de 862 klienter som påbörjade ROS har 26% påbörjat under 2009.

Fig.1. Fördelning av ROS-deltagare mellan åren 2002-2009 (n=862).



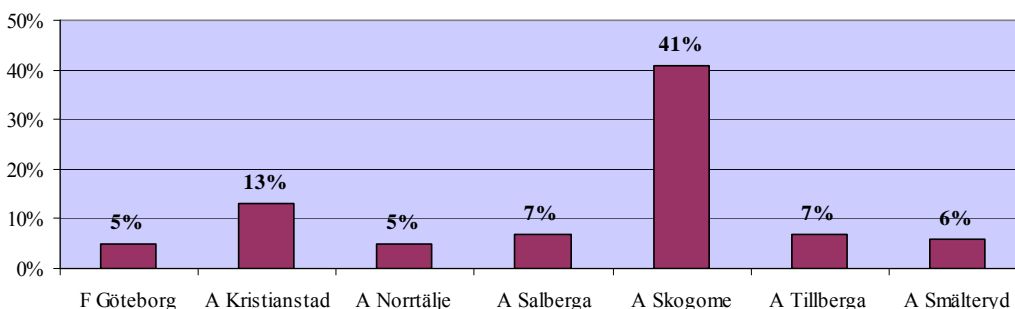
Av de klienter som påbörjade ROS mellan åren 2002-2009 gick 80% programmet i grupp och 20% gick programmet individuellt.

Av de klienter som påbörjade ROS mellan åren 2002-2009 gick 86% programmet på anstalt medan 14% gick programmet på frivården. Endast två klienter gick både på anstalt och inom frivård.

Anledning till avslut av programmet var ifyllt av programledare i Blankettportalen. Av alla klienter som påbörjade ROS fullföljde 80% och avbröt ROS (1% var pågående vid datainsamlingens slut). Anledningen till att klienterna avbröt varierade, mest frekvent var "avbröt övrigt" (7%), "avbröt egen begäran" (6%) och "avbrutit flyttat" (2%), "avbröt misskötsambet" (2%)

Fördelningen av programdeltagare mellan olika verksamhetsställen skiljde sig åt. Vissa verksamhetsställen har bedrivit ROS sedan start medan andra verksamhetsställen har påbörjat ROS under senare år.

Fig.2. Verksamhetsställen som hade 5% eller fler av ROS-deltagarna mellan åren 2002-2009.



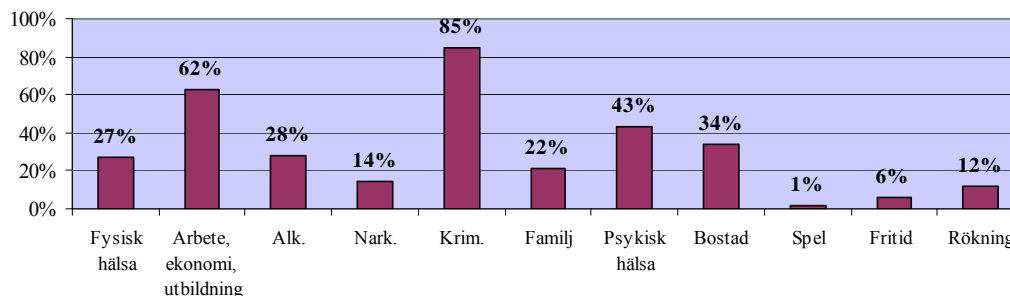
Av diagrammet ovan (fig.2) framkommer att anstalten Skogome haft flest klienter som påbörjat ROS. Därefter hamnar anstalten Kristianstad på 13%. Resterande anstalter och frivården Göteborg har haft mellan 5-7% av ROS-deltagarna.

4 RESULTAT: BEHOV OCH INSATSER

4.1 ROS-deltagarnas behov

Diagrammet nedan (fig.3) visar de områden som kriminalvårdspersonal ansåg var ett behovsområde för klienten. Siffrorna visas för åren 2008-2009 (n=372) eftersom dessa år bedöms ha en bättre dokumentation och en större användning av VSP.²

Fig.3. Behovsområden för klienter som påbörjade ROS mellan åren 2008-2009 (n=372) uppdelat per område och procent.



Beträffande missbrukproblematik framkom att 28% av klienterna bedömdes ha alkohol som behovsområde och 14% narkotika som behovsområde. Av klienterna bedömdes 85% ha kriminalitet som behovsområde och 62% arbete, ekonomi och utbildning. Andra behovsområden som framkom hos ROS-deltagarna var bostad, vilket 34% av deltagarna bedömdes ha och familj vilket var behovsområde för 22%. Angående ROS-deltagarnas hälsa framkom att 43% hade psykisk hälsa som behovsområde och 27% hade fysisk hälsa som behovsområde. Rökning ansågs vara behovsområde för 12%. Resterande områden, spel och fritid, ansågs endast som behovsområde för ett fåtal.

4.1.1 Behovsområden och avbrott från ROS

Som tidigare rapporterats avbröt 19% av ROS-deltagarna programmet av olika anledningar. De klienter som avbröt ROS och samtidigt hade ett missbruk innan aktuell verkställighet var 25% i jämförelse med drygt 16% av klienterna som avbröt ROS och inte hade ett missbruk, $\chi^2(1, n=829) = 8.42, p < .01$. Resultatet avser alla klienter som påbörjade ROS mellan 2002-2009 både på anstalt och i frivård. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade ett missbruk och avbröt ROS, jämfört med dem som **inte** hade ett missbruk och avbröt ROS.

Av ROS-deltagarna hade 43% psykisk hälsa som behovsområde. Av de klienter som avbröt ROS på anstalt och frivård mellan 2002-2009 hade 23% psykisk hälsa som behovsområde. För de klienter som inte hade detta som behovsområde avbröt 16%, $\chi^2(1, n=798) = 6.2, p < .05$. Det fanns således en signifikant skillnad mellan gruppen som hade en psykisk ohälsa och avbröt ROS, jämfört med dem som **inte** hade en psykisk ohälsa och avbröt ROS.

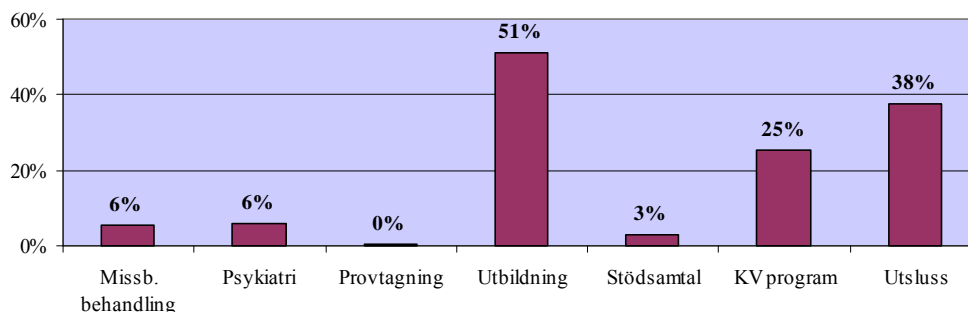
För övriga behovsområden fanns inte några signifikanta skillnader mellan grupperna.

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

4.2 Insatser för ROS-deltagarna

Som redovisades ovan bedömdes ROS-deltagarna ha flera olika behovsområden. Diagrammet nedan illustrerar de olika insatserna deltagarna erhöll, förutom ROS.

Fig.4. Insatser för klienter som påbörjade ROS mellan åren 2002-2009 (n=862) uppdelat per område och i procent.



Av ROS-deltagarna genomgick 6% en missbruksbehandling och den skedde oftast under en frivårdspåföljd eller under en utslussåtgärd. Inkluderas även de insatser som klienterna fick i form av Kriminalvårdens program som inriktar sig mot missbruk (Prime for Life, Prism, Balansen, Våga Välja, Återfallsprevention, 12-stegsprogrammet) blir den totala andelen klienter som genomgick missbruksbehandling 17%.

Av ROS-deltagarna hade 6% en kontakt med psykiatrin. Det kunde bland annat röra sig om en öppenvårdskontakt, slutenvårdsplacering, psykiatrisk utredning eller akutvård. Drygt hälften av ROS-deltagarna erhöll någon form av utbildningsinsats. Utbildningen bedrevs på anstalt eller i frihet. Det kunde exempelvis vara SFI, komvux, högskolestudier, utbildningar på anstalt m.m. Cirka 3% hade stödsamtal av olika sorter. Stödsamtalen var exempelvis på en beroendemottagning, socialtjänst eller en rådgivare av något slag. Inriktningen och intensiteten varierade. En fjärdedel av ROS-deltagarna hade även påbörjat andra av Kriminalvårdens program. Fördelningen mellan programmen var spridda men de mest frekvent förekommande var: Prime for Life (10%), Beteende samtal förändring (11%), Enhanced Thinking Skills (4%), Cognitive skills (4%).

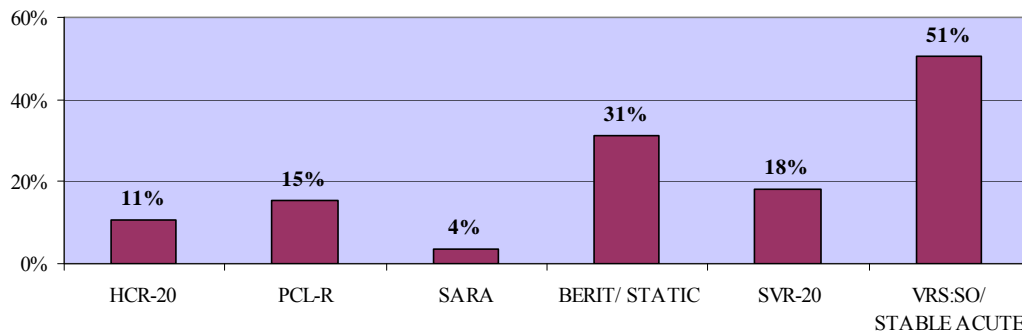
Diagrammet visar även att 38% av de klienter som påbörjade ROS på anstalt hade en utslussåtgärd. Klientens utsluss hade olika inriktningar, bland annat var 14% inriktade mot utbildning, 68% var inriktad mot arbetsförberedande åtgärder, 15% inriktad mot missbruksbehandling och resterande 3% var inriktad mot psykiatrisk behandling eller annan behandling.

I datainsamlingen har föräldrautbildning/föräldrakrets lyfts ut för att rapporteras separat med hänvisning till att många av ROS-deltagarna har barn som var brottoffer. Det framkom att 11% av de klienter som påbörjade ROS på anstalt även deltog i en föräldrautbildning/föräldrakrets.

5 RESULTAT: RISKNIVÅ

För ROS-deltagarna har olika riskbedömningsinstrument använts för risk- och behovsbedömningarna. Exempelvis kan en klient inledningsvis utredas på Kumlas riksmottagning och där genomgå en HCR-20, PCL-R, SARA eller SVR-20. Senare, vid placering på anstalt, genomförs en Static-99 eller BERIT. När klienten sedan blir aktuell för att påbörja ROS genomförs en riskbedömning med VRS:SO eller STABLE/ACUTE.

Fig.5. Andel av ROS-deltagare som under 2002-2009 utreddes med riskbedömningsinstrument / checklistor/ beslutsstöd (n=862), uppdelat per bedömningssätt och i procent.



Diagrammet (fig.5) visar att under perioden 2002-2009 bedömdes 51% av ROS-deltagarna med VRS:SO eller STABLE/ACUTE, 18% med SVR-20, 31% med BERIT/STATIC, 4% med SARA, 15% med PCL-R och slutligen bedömdes 11% med HCR-20.

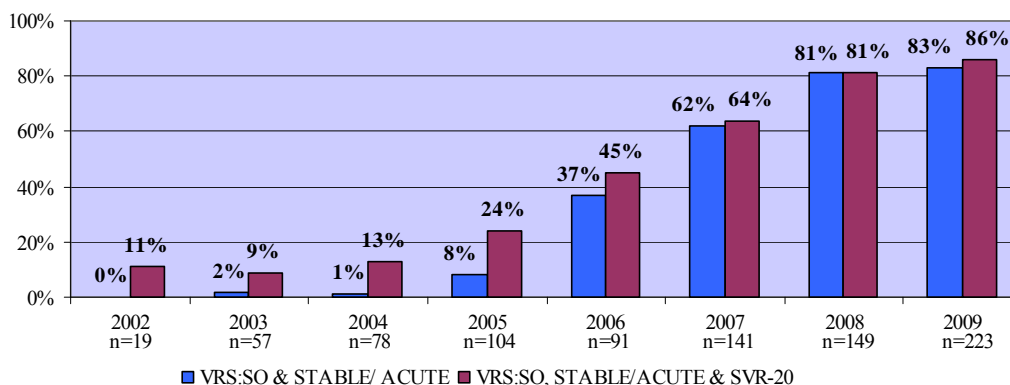
För att tydliggöra antalet riskbedömningar som gjordes visar resultaten att under åren 2008-2009 genomfördes i genomsnitt två olika riskbedömningar per klient.

5.1 Matchningen av deltagarna på risknivå: Adekvata riskbedömningar

Som nämnts tidigare ska alltid en adekvat risk- och behovsbedömning genomföras innan deltagande i ROS. Som adekvata risk- och behovsbedömningar räknas SVR-20, VRS:SO eller STABLE/ACUTE. VRS:SO och STABLE/ACUTE används i de flesta fall inför ROS-deltagande och det är ROS-programledarna som utför risk och behovsbedömningen. SVR-20 däremot har i de flesta fall skett som en del av Riksmottagningens utredning med annat syfte och kommer därav endast att redovisas inledningsvis.

Av de klienter som påbörjade ROS mellan åren 2002-2009 bedömdes 51% med VRS:SO eller STABLE/ACUTE. Inkluderas SVR-20 uppgår siffran till 56%. Det fanns dock stora skillnader mellan åren 2002-2009. Diagrammet nedan (fig.6) visar hur många av ROS-deltagarna som har en dokumenterad adekvat riskbedömning. Den ena stapeln visar hur många procent av ROS-deltagarna som genomgått en risk- och behovsbedömning med VRS:SO eller STABLE/ACUTE. Den andra stapeln visar samma instrument inklusive SVR-20.

Fig.6. Antal procent av ROS-deltagarna per år som genomgick en adekvat riskbedömning. Antal programdeltagare är redovisade under kategoriaxeln.



Diagrammet (fig.6) visar att mellan åren 2002-2005 dokumenterades till största delen endast riskbedömningarna med SVR-20. Från år 2006 och framåt har dock fler VRS:SO dokumenterats. Exempelvis påbörjade 223 klienter ROS under 2009, av dessa har det dokumenterats att 83% genomgått en risk- och behovsbedömning med antingen VRS:SO eller STABLE/ACUTE.

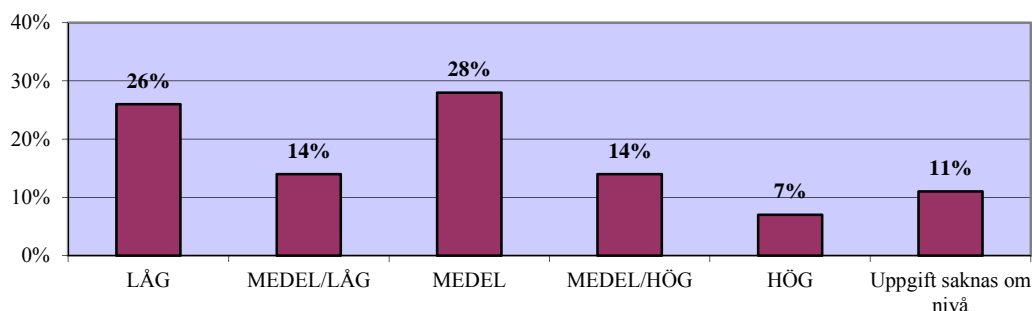
Risk- och behovsbedömningarna genomfördes under olika skeden av programmet. Av alla VRS:SO som dokumenterades genomfördes 84% innan programstart, 10% under programmet och 6% efter klienten fullföljde eller avbröt ROS. För STABLE/ACUTE genomfördes 54% innan programstart, 29% under programmets gång och 17% efter klienten fullföljde eller avbröt programmet.

Det fanns även skillnader mellan verksamhetsställena som bedrev ROS och procentandelen genomförda risk- och behovsbedömningar. Nedan följer de verksamhetsställen som dels hade en hög procentandel genomförda risk- och behovsbedömningar och dels en hög eller relativt hög andel av programdeltagarna.

- År 2009: A Skogome: 94% dokumenterade VRS:SO eller STABLE/ACUTE (73 av 78)
- År 2009: A Salberga: 89% dokumenterade VRS:SO eller STABLE/ACUTE (33 av 37)
- År 2009: A Kristianstad: 70% dokumenterade VRS:SO eller STABLE/ACUTE (16 av 23)
- År 2009: F Göteborg: 92% dokumenterade VRS:SO eller STABLE/ACUTE (11 av 12)
- År 2009: F Stockholm: 83% dokumenterade VRS:SO eller STABLE/ACUTE (10 av 12)

Fördelningen mellan de olika risknivåerna på alla genomförda VRS:SO och STABLE/ACUTE som genomfördes före eller under klientens ROS deltagande (n=413) redovisas i diagrammen nedan. Kategorin ”uppgift om nivå saknas” betyder att en riskbedömning var gjord men att det saknades en dokumenterad risknivå.

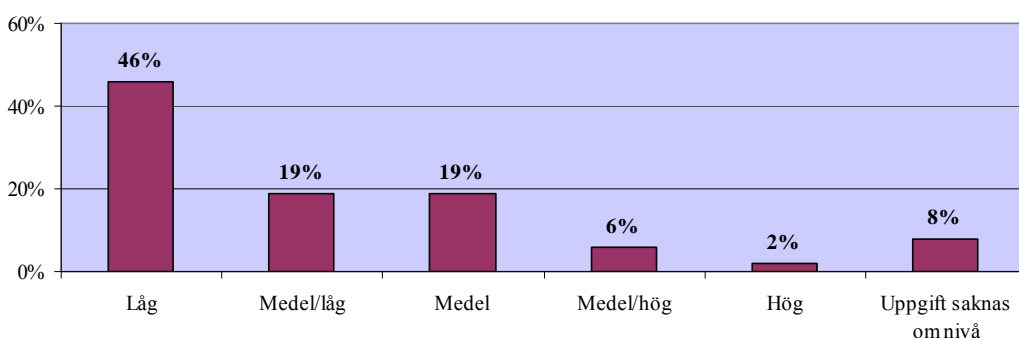
Fig.7. En fördelning av risknivå för riskbedömningar med VRS:SO och STABLE/ACUTE mellan åren 2002-2009 (n=409). Riskbedömningarna är gjorda före eller under ROS.



Av diagrammet (fig.7) visas att 26% av de klienter som påbörjade ROS bedömdes, enligt VRS:SO eller STABLE/ACUTE, med låg risk för återfall, 14% bedömdes som medel/låg risk, 28% som medelrisk, 14% som medel/hög risk och slutligen 7% bedömdes som hög risk.

För en del av deltagarna gjordes även en reviderad riskbedömning efter fullföljt program med något av instrumenten VRS:SO eller STABLE/ACUTE. Av de klienter som hade en initial risk- och behovsbedömning med VRS:SO eller STABLE/ACUTE hade 43% en reviderad bedömning efter fullföljt program. Hur risknivåerna fördelades på den reviderade riskbedömningen visas i diagrammet nedan (fig.8).

Fig.8. Fördelningen av risknivå på reviderad VRS:SO eller STABLE/ACUTE (n=176) efter fullföljt program, år 2002-2009.



För de klienter som hade en reviderad riskbedömning framkom att 46% var bedömda som lågriskklanter efter fullföljt program, 19% var bedömda som medel/låg, 19% som medel, 6% som medel/hög och 2% var bedömda som högriskklanter efter fullföljt program. För 8% av klienterna framkom att en reviderad riskbedömning var gjort men ingen risknivå framkom.

Analysen av varje ROS-deltagares riskförändring **efter fullföljt** program (n=109) visar att;

- 62% (n=67) hade en minskning i risk,
- 32% (n=35) hade oförändrad risknivå och
- 6% (n=7) hade en ökad risk att återfalla

Beräkningarna är gjorda på de ROS-deltagare med en initial riskbedömning, gjord innan eller under ROS, samt en reviderad riskbedömning efter fullföljt program. Riskbedömningar som saknade uppgift om risknivå exkluderades. Exkluderade är också de klienter som hade låg risk vid den initiala riskbedömningen samt låg risk vid den reviderade riskbedömningen (n=38) eftersom klienterna inte kan få lägre risk än låg. Vidare analyser visar att av de ROS-deltagare som hade medelhög till hög risk vid den initiala riskbedöm-

ningen (n=32) fick 75% en **risksänkning** efter fullföljt program. Av de ROS-deltagare som hade medel/låg eller medel risk vid den initiala riskbedömningen (n=76) hade 57% fått en **risksänkning** efter fullföljt program. För de sju klienter som hade en **riskökning** efter fullföljt program har fördelningen legat jämt över alla risknivåer.³

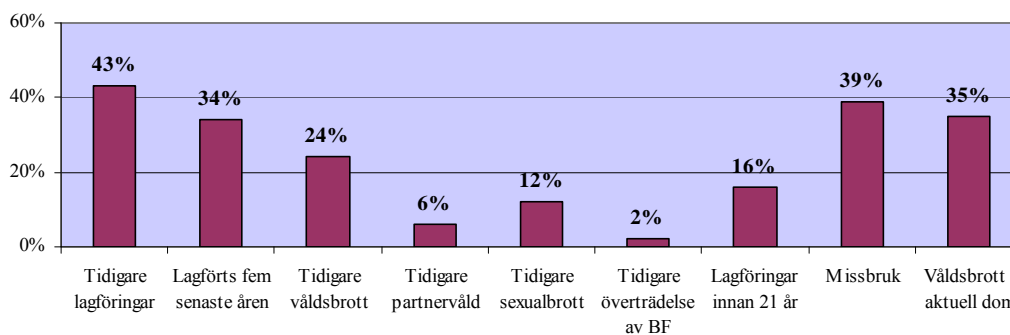
5.1.1 VRS:SO risknivå och avbrott från ROS

För de klienter som hade en VRS:SO genomfördes vidare analyser för att utreda om det fanns någon skillnad inom gruppen beträffande bedömd risknivå och om klienten avbröt eller fullföljde ROS. Det fanns dock ingen signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt VRS:SO och om klienten fullföljde eller avbröt ROS, $\chi^2(4, n=356)=5.8, p=n.s.$

5.2 Matchningen av deltagarna på risknivå: Aktuarisk riskbedömning

De klienter som påbörjade ROS mellan åren 2002-2009 hade ett antal av de statiska och dynamiska riskfaktorer som forskning visat samvariera med återfall i ny brottslighet.

Fig.9. Förekomst av riskfaktorer hos ROS-deltagare 2002-2009 innan ROS, i procent.⁴



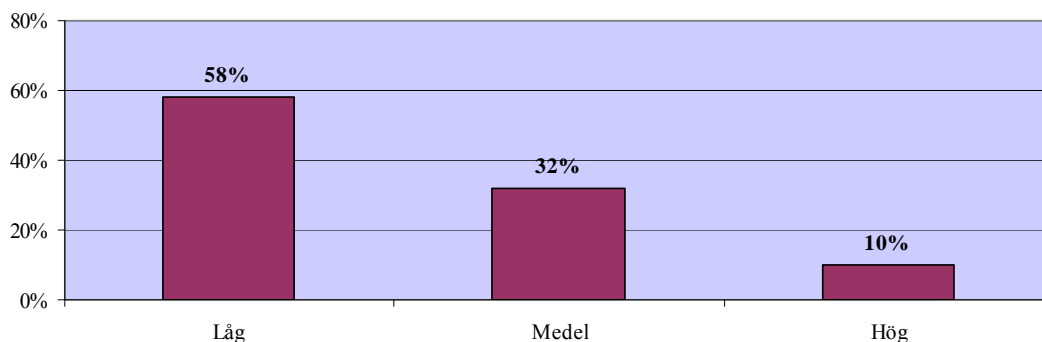
Diagrammet (fig.9) visar att 43% av klienterna sedan tidigare hade lagföringar för brott och 34% hade lagföringar de fem senaste åren. Av ROS-deltagarna hade 24% tidigare varit dömda för våldsbrott och 6% hade tidigare varit dömda för partnervåld. Beträffande tidigare sexualbrott hade 12% tidigare varit dömda. Ett fåtal, 2%, hade någon gång varit dömda för överträdelse av besöksförbud.

Diagrammet visar även hur stor andel av ROS-deltagarna som hade lagföringar innan de var 21 år gamla. Variabeln har tre nivåer vilket visade att 4% var under 18 års ålder vid första lagföring, 12% var mellan 18-20 år och 84% var 21 år eller äldre. När det gäller missbruk hade 39% ett missbruk innan de påbörjade ROS. Av alla ROS-deltagare hade 31% ett missbruk/skadligt bruk av alkohol och 14% hade ett missbruk av narkotika. Hela 35% hade en eller fler åtalpunkter om våldsbrott i aktuell dom.

³ En (1) klient har gått från låg till medel/låg, en (1) klient har gått från medel/låg till medel, en (1) klient har gått från medel/låg till hög, tre (3) klienter har gått från medel till medel/hög och slutligen en (1) klient har gått från medel/hög till hög.

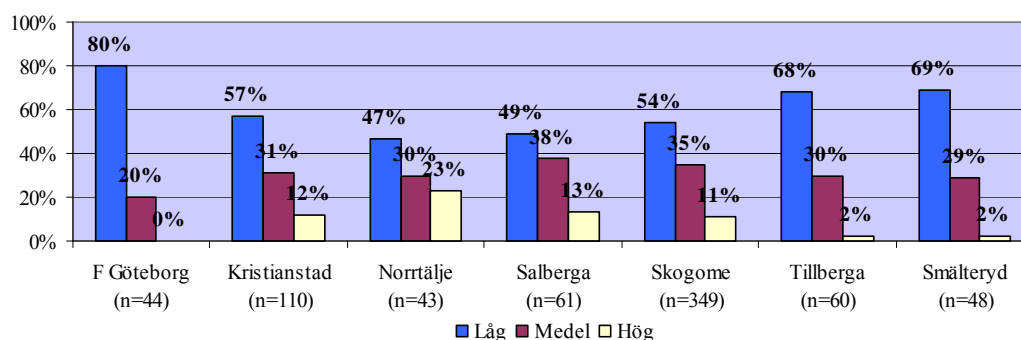
⁴ BF avser besöksförbud.

Fig10. Fördelning av risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen för klienter som påbörjade ROS mellan 2002-2009 (n=862), angivet i procent.



Fördelningen av risknivåerna på den aktuariska riskbedömningen visas i diagrammet ovan (fig.10). Av de klienter som påbörjade ROS mellan 2002-2009 bedömdes 58% som lågriskklienter, 32% bedömdes vara medelriskklienter och 10% bedömdes vara högriskklienter.

Fig.11. En fördelning av risknivåer på den aktuariska riskbedömningen och de verksamhetsställen som hade minst 5% av alla ROS-deltagare under åren 2002-2009



Diagrammet (fig.11) visar de verksamhetsställen som hade minst 5% av alla ROS-deltagare och fördelning av risknivåer på den aktuariska riskbedömningen. Resultatet visar att Frivården Göteborg hade 80% lågriskklienter enligt den aktuariska riskbedömningen. Resterande verksamhetsställen är anstalter indelade i olika säkerhetsklasser. Anstalterna Norrtälje och Salberga har säkerhetsklass B, vilket även är de anstalter som har högst andel högriskklienter. Anstalten Skogome och Kristianstad har C och D-säkerhetsklass. Båda anstalterna har liknande fördelning av risknivåer. Anstalterna Tillberga och Smälteryd är öppna anstalter vilket även speglas i fördelningen av risknivåer då de knappt hade några högriskklienter.

5.2.1 Aktuarisk risknivå och avbrott från ROS

Analys genomfördes för att utreda om det fanns någon skillnad inom gruppen beträffande bedömd risknivå med den aktuariska riskbedömningen och om klienten avbröt eller fullföljde ROS. Av de ROS-deltagare som bedömdes med låg risk enligt den aktuariska riskbedömningen avbröt 13%, av medelriskklienter avbröt 27% och av högriskklienterna avbröt 30%. Det fanns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten fullföljde eller avbröt ROS, $\chi^2(2, n=851)=28.0, p<.01$.

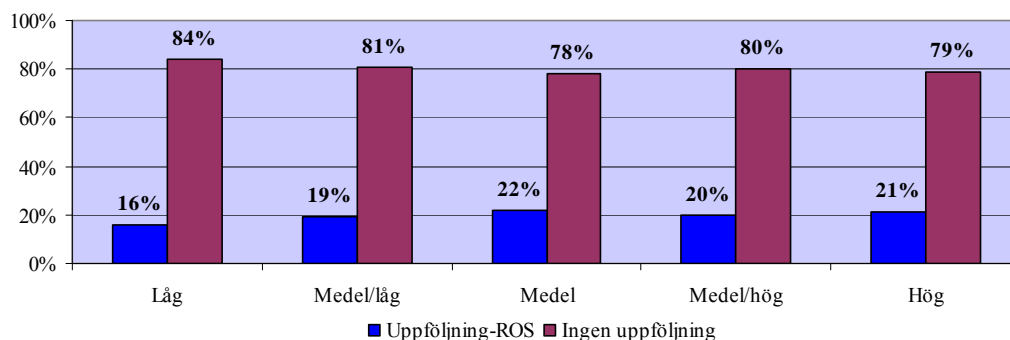
5.3 Resultat: programintensitet utifrån risknivå

Eftersom ROS även bedrivs för lågriskklienter har denna utredning försökt att undersöka om det genom dokumentationen kring klienten går att urskilja några skillnader mellan risknivå och intensiteten av programmet.

5.3.1 Uppföljning och risknivå

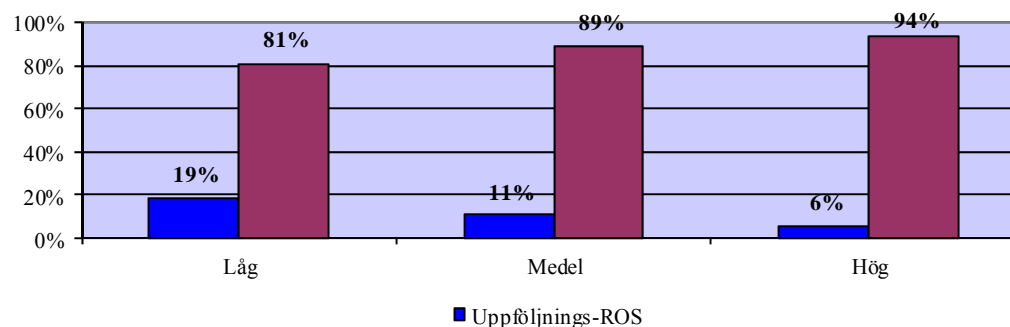
Under åren 2008-2009 påbörjade 372 klienter ROS. För 15% (n=57) fanns dokumentation om att klienten deltog i uppföljnings-ROS. Klienterna som hade deltagit i uppföljnings-ROS var fördelade på åtta (8) olika frivårdskontor och på fem (5) olika anstalter. I diagrammet nedan (fig.12) visas den bedömda risknivån enligt VRS:SO för de klienter som deltog i uppföljnings-ROS, samt för de klienter där det inte har dokumenterats att uppföljnings-ROS genomfördes.

Fig.12. En fördelning av risknivå med VRS:SO för de klienter som genomfört uppföljnings-ROS (n=42) respektive de klienter där det inte dokumenterats att uppföljnings-ROS har genomförts (n=175) åren 2008-2009. Samtliga fullföljde ROS.



Utredningen visar att uppföljnings-ROS genomfördes av deltagare från alla olika risknivåkategorier. Det finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna som genomförde uppföljnings-ROS eller ej baserat på risknivå, $\chi^2(4, n=217)=0.95$, $p = n.s.$

Fig.13. En fördelning av risknivå med den aktuariska riskbedömningen för de klienter som genomförde uppföljnings-ROS (n=57) respektive de klienter där det inte dokumenterades att uppföljnings-ROS genomfördes (n=315) mellan åren 2008-2009.



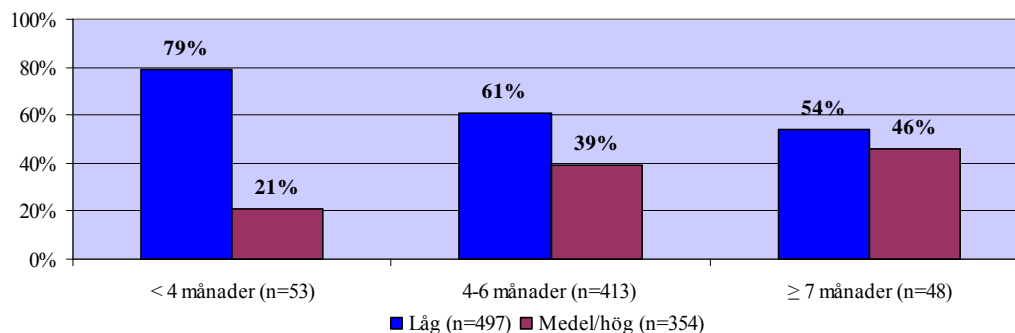
Diagrammet ovan (fig.13) visar att för de klienter som bedömdes som lågriskkliefter enligt den aktuariska riskbedömningen genomförde 19% uppföljnings-ROS, av medelriskkliefterna genomförde 11% uppföljnings-ROS och för högriskkliefterna genomförde 6% uppföljnings-ROS. Det fanns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten genomförde uppföljnings-ROS eller ej, $\chi^2(2, n=372)=6.0$, $p > .05$. Resultaten visar således att uppföljnings-ROS till största delen genomfördes av lågriskkliefter. För att förtydliga detta kan det framhållas att av de klienter som genomförde uppföljnings-ROS var 74% lågriskkliefter, 23% var medelriskkliefter och 4% var bedömda som högriskkliefter enligt den aktuariska riskbedömningen.

5.3.2 Programmets längd och risknivå

För de klienter som påbörjade ROS (i grupp) på anstalt och fullföljde har längden på programmet varierat. Drygt 10% av klienterna fullföljde programmet på mindre än 4 månader, 81% fullföljde ROS på mellan 4-6 månader och för 9% pågick programmet i 7 månader eller mer.

För att undersöka om programmets längd anpassades efter ROS-deltagarnas risknivå genomfördes analyser av den aktuariska riskbedömningen och programmets längd, i månader.

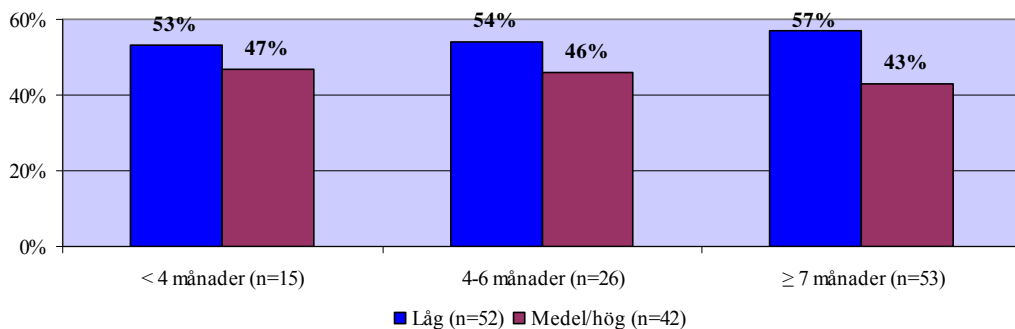
Fig.14. Fördelningen över programmets längd i månader (i grupp och på anstalt) och risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen för klienter som påbörjade ROS under 2002-2009 och fullföljde (n=514).



Diagrammet (fig.14) visar att för de klienter som fullföljde ROS på mindre än fyra månader bedömdes 79% som lågriskklienter enligt den aktuariska riskbedömningen, 20% bedömdes som medel- eller högriskklienter. Lågriskklienter tenderade att fullfölja ROS på kortare tid. Samtidigt var över hälften av de klienter som fullföljde programmet på längre tid än sju månaders tid lågriskklienter. Det finns en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och programmets längd, $\chi^2(2, n=514)=8.0, p < .05$

Analysen genomfördes även på de klienter som gick ROS individuellt och huruvida programmets längd anpassats efter risknivå.

Fig.15. Fördelningen över programmets längd i månader och risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen för klienter som påbörjade individuella ROS under 2007-2009 och fullföljde (n=94). Klienten kan både gått programmet på anstalt och i frivård.



Diagrammet ovan (fig.15) visar de ROS-deltagare som fullföljde individuella ROS på anstalt och i inom frivården mellan 2007-2009.⁵ Resultaten uppvisar bland annat att av de klienter som fullföljde individuella ROS på mindre än fyra månader var 53% bedömda som lågriskklienter enligt den aktuariska riskbedömningen och 47% bedömdes som medel- eller högriskklienter. Det fanns inte en signifikant skillnad mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och det individuella ROS-programmets längd, $\chi^2(4, n=94)=1.7, p=n.s.$

⁵ Fördelningen mellan verksamhetsställena var uppdelade på 12 frivårdskontor och sex (6) anstalter.

5.4 Jämförelse mellan den aktuariska riskbedömningen och VRS:SO

För de klienter som påbörjade ROS mellan 2002-2009 och som hade både en VRS:SO och en aktuarisk riskbedömning (n=340) genomfördes analyser för att visa på skillnader/likheter mellan de två olika bedömningssätten. Analyser av varje ROS-deltagares eventuella riskförändring mellan de olika bedömningssätten visar att 48% hade en **oförändrad risknivå**. Med detta menas att klienten exempelvis bedömdes som låg risk med båda bedömningssätten, medelrisk med båda bedömningssätten eller hög risk med båda bedömningssätten.⁶ Vidare framkom att 37% fick en **riskökning** med VRS:SO i förhållande till den aktuariska riskbedömningen, samt att 15% fick en **risksänkning** med VRS:SO i förhållande till den aktuariska riskbedömningen.

⁶ Risknivåerna för VRS:SO indelades så att medel/låg, medel och medel/hög utgjorde risknivån medel.

6 DISKUSSION

Syftet med utredningen var att belysa förekomsten av adekvata riskbedömningar för klienter som påbörjade ROS 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 ROS-deltagarnas behov och insatser, detta för att undersöka om klienterna erhöll insatser för andra behovsområden utöver sexualbrottsproblematiken.

Mellan åren 2002-2009 påbörjade 862 klienter ROS. För de klienter som påbörjade ROS hade drygt hälften en adekvat risk- och behovsbedömning. Det finns skillnader mellan olika år i andelen genomförda riskbedömningar. Under åren 2008-2009 dokumenterades adekvata riskbedömningar på drygt 80% av ROS-deltagarna, vilket är en positiv utveckling.

Enligt riskprincipen inom RNR ska bara medel- och högriskklienter erbjudas intensiv behandling. Enligt manualen för ROS finns en lågintensiv version av programmet vilket är avsedd för klienter som bedöms ha låg risk enligt VRS:SO eller STABLE/ACUTE. Utredningen visade att 26% av klienterna som påbörjade ROS under åren 2002-2009 var bedömda som lågriskklienter enligt något av dessa instrument. Vidare visar resultaten att 14% var bedömda som medel/låg, 28% som medel, 14% som medel/hög och 7% var bedömda som hög risk för återfall i brott. Av alla klienter hade 11% en dokumenterad riskbedömning men utan risknivå. Resultaten visar att en stor del av de klienter som påbörjade ROS faktiskt var lågriskklienter.

Genom den aktuariska riskbedömningen som genomfördes i samband med denna utredning framkom att 58% bedömdes som lågriskklienter. Den aktuariska riskbedömningen överensstämde väl med klientens anstaltsplacering.

För att undersöka om programmets längd och intensitet anpassades efter ROS-deltagarnas risknivå genomfördes analyser av klientens risknivå i förhållande till programmets längd, samt om klienten genomförde uppföljnings-ROS. För de klienter som påbörjade ROS på anstalt (grupp) och fullföljde programmet fanns ett signifikant samband mellan bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och programmets längd i månader. Lågriskklienter tenderade att fullfölja ROS på kortare tid. Samtidigt framkom att över hälften av de klienter som fullföljde programmet på 7 månader eller mer var bedömda som lågriskklienter enligt den aktuariska riskbedömningen. För de klienter som gick ROS individuellt fanns inget samband mellan bedömd risknivå och programmets längd. Det fanns signifikanta resultat för bedömd risknivå enligt den aktuariska riskbedömningen och om klienten genomförde uppföljnings-ROS. Resultaten visar dock att uppföljnings-ROS till största del genomfördes av lågriskklienter, vilket kan verka motsägelsefullt eftersom ROS-manualen framhåller att uppföljnings-ROS är till för de klienter som har ett fortsatt behov.

Som framkom har en stor andel av de klienter som påbörjade ROS varit bedömda som lågriskklienter. Det har dock inte dokumenterats om klienten gått den lågintensiva- eller den medelintensiva versionen av ROS. Resultaten ovan skulle kunna tyda på att det inte sker någon betydande uppdelning mellan intensiteten och omfattningen av ROS i förhållande till bedömd risknivå. Detta skulle kunna resultera i att lågriskklienter genomgår en mer omfattande behandling än vad som rekommenderas enligt RNR-principerna.

Av ROS-deltagarna bedömdes 39% ha ett missbruk/skadligt bruk av narkotika eller alkohol innan de påbörjade ROS. Alla fick dock inte insatser mot missbruket. Av de klienter som hade ett missbruk eller skadligt bruk fick 37% missbruksbehandling eller deltog i något av Kriminalvårdens missbruksprogram. Adderar man andra insatser mot missbruk, såsom antabus, Revia/Campral, Subutex, AA/NA eller lämnat blod- eller urinprov hade 41% av klienterna med ett missbruk fått insatser mot en missbruksproblematik.

Utredningen har visat att det är viktigt att genomföra insatser mot andra behovsområden såsom missbruk eller psykisk ohälsa eftersom klienter med dessa behov i större utsträckning avbryter ROS. Andra behovsområden som framkom hos ROS-deltagarna var arbete, utbildning, ekonomi (62%), bostad (34%) och psykisk hälsa (43%).

6.1 Begränsningar med undersökningen

I utredningen redovisades förekomsten av genomförda VRS:SO eller STABLE/ACUTE. 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.

En av begränsningarna med utredningen är den dokumentationsbrist som funnits i början av perioden (år 2002-2004). Detta kan leda till att vissa variabler har en högre frekvens av ”uppgift saknas”. Utifrån att klientakter inhämtades har denna dokumentationsbrist minskat.

En begränsning med utredningen är att det inte klart framgår av dokumentationen hur den individuella samtalsdelen sett ut vad gäller tid och intensitet. Som nämndes i programbeskrivningen sker individuella samtal parallellt med gruppdeltagande. Programstart och -slut anges vid datum för gruppens start och slut. Vid behov kan de individuella samtalen i vissa fall fortsätta. Det har däremot inte framgått i dokumentationen hur många samtal det handlat om, under hur lång tid eller intensitet.

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. (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., Jarl, B., & Långström, N. (1999). *SVR-20 Riktlinjer för bedömning av risk för sexuellt våld*. Svensk version av Boer, D. P., Hart, S. P., Kropp, R. P., Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Växjö: Psykiatriskt regionvårdscentrum, Forskningsenheten.

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.

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009) The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.

Hanson, R. K., Harris, A. J. R. (2008). *Stable-2007 Master Coding Guide*. Correctional Service of Canada.

Hanson, R. K., Harris, A. J. (2007). *Acute-2007 Scoring Guide*. Correctional Service of Canada.

Lovins, B. Lowenkamp, C. T. Latessa, E. J. (2009). Applying the risk principle to sex offenders: can treatment make some sex offenders worse? *The Prison Journal*, 89, 344-357.

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.

Kwarnmark, E., & Hasselrot, B. (2009). *Relations- och Samlevnadsprogrammet ROS, Programmanual*. Norrköping: Kriminalvården.

Kwarnmark, E. & Hasselrot, B. (2007). *ROS Relations- och Samlevnadsprogrammet, Teorimanual*. Norrköping: Kriminalvården.

Weber Malmberg, C. (2003). *Violence risk scale: sexual offender version*. Svensk version av Wong, S., Olver, M., Nicholaichuk, T., Gordon, A. (2000). The Violence Risk Scale: Sexual Offender Version (VRS:SO). Kriminalvården: Norrköping.



Kriminalvården

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