

# Psykisk hälsa hos häktade med restriktioner



# **Psykisk hälsa hos häktade med restriktioner**

**Projektnummer: 2007:1**

---

Bengt Holmgren, Thomas Frisell, Bo Runeson

Layout: Jenny Botvidsson Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2011  
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2011

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget  
Fax: 011-496 35 17  
Beställningsnr: 6002  
ISBN 91-85187-82-8  
Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

INLEDNING .....	6
METOD.....	8
UNDERSÖKNINGSGRUPP .....	8
GHQ-28.....	10
KVALITATIV SIDOSTUDIE .....	11
ANALYSMETOD .....	12
STATISTIK .....	12
RESULTAT .....	13
BASLINJEMÄTT (VÄRDEN FRÅN FÖRSTA MÄTTILLFÄLLET) OCH LINJÄRA TENDENSER.....	13
DISKUSSION .....	20
FAKTORER SOM PÅVERKAR DEN PSYKISKA HÄLSAN.....	20
BORTFALL .....	22
METOD .....	22
SLUTSATSER .....	23
REFERENSER.....	24
LAGAR .....	25

## INLEDNING

---

Frågan om den isolering, som häktning med restriktioner innebär, är skadlig för den psykiska hälsan hos intagna har väckt uppmärksamhet i Sverige. Europarådets och FN:s antitortyrkommittéer har vid ett flertal tillfällen kritiserat Sverige för förfarandet (Kriminalvården, 2003; European Council, 2009; United Nations, 2008). Även lagstiftaren har förmodligen haft i åtanke att denna isolering kan välla problem för den häktade i det att man villkorat portalparagrafen om häktning (Rättegångsbalken 24 kap) så till vida att ”häktning får ske endast om skälen för åtgärden uppväger det intrång eller men i övrigt som åtgärden innebär för den misstänkte...”.

Grundläggande regler om frihetsberövande av misstänkta personer i Sverige finns i 24 kapitlet i rättegångsbalken. För att en person skall kunna häktas krävs att han eller hon på sannolika skäl är misstänkt för ett brott som kan ge mer än ett års fängelse. Därutöver krävs att det finns risk för att den misstänkte avviker eller undandrar sig lagföring eller straff (flyktfara), undanröjer bevis eller på annat sätt försvårar utredningen (kollusionsfara) eller fortsätter sin brottsliga gärning (recidivfara). Domstolen fattar beslut om häktning efter framställan av åklagaren. Om rätten fattar beslut om häktning så skall åklagaren fatta beslut om åtal inom två veckor. Rätten kan också fatta beslut om att åtal uppskjuts genom förlängning av häktningen vid en ny häktningsförhandling. En sådan förlängning kan ske vid ett antal tillfällen, om brottsutredningen drar ut på tiden.

Den häktade befinner sig under hela häktningstiden i en ensamcell. Graden av isolering bestäms av de restriktioner som åklagaren efter tillstånd av domstolen beslutar om. En förutsättning för beslut om restriktionerna är att de är påkallade på grund av kollusionsfara. Restriktionerna omfattar möjligheten till kontakt med omvärlden och tillgången till information. Ett beslut om restriktioner kan vara absolut eller innehålla vissa lättnader, vilket påverkar graden av isolering. Den vanligaste lättnaden innebär tillåtelse till att lyssna på radio, se på TV och läsa dagstidningar, men för övrigt ingen kontakt med omvärlden utom ibland avlyssnade telefonsamtal eller besök av anhöriga i närvaro av utredare från polisen.

Det är processordningen vid domstolen som ligger till grund för det svenska systemet, där en misstänkt kan häktas med restriktioner som inskränker kontakten med omvärlden. Domarna skall fälla sina avgöranden på vad som presenteras i domstolen (omedelbarhetsprincipen). Det betyder att en häktad har möjlighet att vänta till rättegången med att berätta sin version liksom att ändra sig och ge en ny version som skiljer sig från vad han sagt under förundersökningen.

De bestämmelser, som reglerar häktning, är formulerade i Brottsbalkens 24:e kapitel. De paragrafer som är av intresse, när det gäller effekterna av häktning för den intagne är:

Om häktning och anhållande, § 1, 3:e stycket: Häktning får ske endast om skälen för åtgärden uppväger det intrång eller men i övrigt som åtgärden innebär för den misstänkte eller för något annat motstående intresse.

§ 4: Om det på grund av den misstänktes ålder, hälsotillstånd eller någon annan liknande omständighet kan befaras att häktning skulle komma att medföra allvarligt men för den misstänkte, får häktning ske endast om det är uppenbart att betryggande övervakning inte kan ordnas.

Lag (1976:371) om behandling av häktade och anhållna m.fl., § 1, 2:a stycket: Den häktade skall behandlas så att skadliga följder av frihetsberövandet motverkas.

Man kan notera att lagen inte preciserar vad som avses med men, allvarligt men eller skadliga följder.

I den statliga häktesutredningen (Statens offentliga utredningar, 2006) fann man att c:a 40-50% av det totala antalet häktade var ålagda restriktioner i Sverige. I januari 2007 fanns i hela Sverige 1878 häktesplatser och 186 tillfälligt öppnade, alltså drygt 2000 platser. Någon säker statistik som visar under hur lång tid häktade är påförda restriktioner finns enligt utredningen inte tillgänglig hos Kriminalvården. En informell bedömning, som gjordes av den statliga utredningen, tyder på att de

flesta häktade i landet har restriktioner under relativt kort tid, från någon vecka till några månader. Ett fåtal kan ha restriktioner i mer än sex månader och i yttersta undantagsfall i ett år eller mer.

Det svenska häktningssystemet är ovanligt i Västeuropa. Andra länder har restriktioner för häktade men de tillämpas inte så ofta eller är inte så omfattande eller så långvariga som i Sverige. Danmark har haft liknande system till för några decennier sedan, då man där infört tidsbegränsningar för isolerande restriktioner, vilket Sverige alltså saknar.

Internationellt finns det mycket lite forskning på kopplingen mellan häktning med restriktioner och psykisk hälsa, vilket i första hand förklaras av att systemet med isolering under häktstiden är relativt unikt för Sverige. I Danmark och Norge har genomförts undersökningar (Andersen m fl, 2000; Gamman, 1995), där man kom till slutsatsen att häktning med restriktioner var en så psykiskt belastande för den intagne att den i hög utsträckning orsakade depression och anpassningsstörning.

I översikter över forskning på isolering i fängelse (Scharff Smith, 2006; Glancy & Murray, 2006) framkommer resultat som talar för att isolering är störande för den psykiska hälsan. Dessa baserades i huvudsak på observationer av intagna i fängelse. Det fanns experimentella studier med resultat som dock talar emot detta.

Ett försök har gjorts att beskriva ett särskilt syndrom associerat med isolering i fängelse som mer liknar en organisk skada, som delirium, än andra kända psykiska störningar (Grassian, 1983).

I denna rapport presenteras en studie som syftar till att undersöka hypotesen om att lång tids häktning med restriktioner är skadligt för den psykiska hälsan genom:

- att studera den psykiska hälsan hos häktade med restriktioner jämfört med häktade utan restriktioner.
- att undersöka vilken effekt tid med och utan restriktioner har på den psykiska hälsan.
- att undersöka vilka andra faktorer än tidsintervallet som kan påverka den psykiska hälsan för häktade.

Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, diarienummer 2009/193-31.

## METOD

---

### Undersökningsgrupp

Under 1 ½ års tid, från mars 2009 till och med juni 2010, tillfrågades samtliga nyhäktade, både kvinnor och män, vid Kronobergshäktet i Stockholm<sup>1</sup> om att medverka i undersökningen genom att besvara självskattningsformuläret GHQ-28 (General Health Questionnaire-28. Goldberg, 1973). Häktade under 18 och över 60 år exkluderades, liksom häktade som saknade läsglasögon, som inte kunde läsa, som inte behärskade engelska eller något av de språk som självskattningsformuläret översatts till: svenska, franska, arabiska eller ryska. Även intagna som häktats på EU-order eller som häktats i sin utevaro eller som avgått från häktet innan undersökning varit möjlig exkluderades. Dessutom har tolv intagna exkluderats på grund av administrativa misstag (se tabell 1).

Tabell 1. Bortfall från 2.197 medverkande under undersökningsperioden. Häktade i antal (N) och procent (%).

	N	%
Språk	422	19,2 %
Ålder	70	3,2
EU-order	53	2,4
Avgått	62	2,8
Utevaro	75	3,4
Misstag	12	0,0
Totalt	694	31,5

Av 2197 nyhäktade under perioden exkluderades 694. 1503 tillfrågades och 73 % medgav deltagande, vilket innebar att den undersökta gruppen uppgick till 1098 personer. Av dessa tillhörde 705 (64 %) gruppen med restriktioner och 393 (36 %) gruppen utan restriktioner.

Deltagandet var frivilligt och skriftligt medgivande inskaffades. Därutöver insamlades om varje deltagare data som fanns inom kriminalvården i verkställighetsplanering, suicidscreening och medicinska journaler: erfarenhet av häktning, brottsmisstanke, droganvändning, språk, tidigare psykiatrisk behandling, suicidtillsyn.

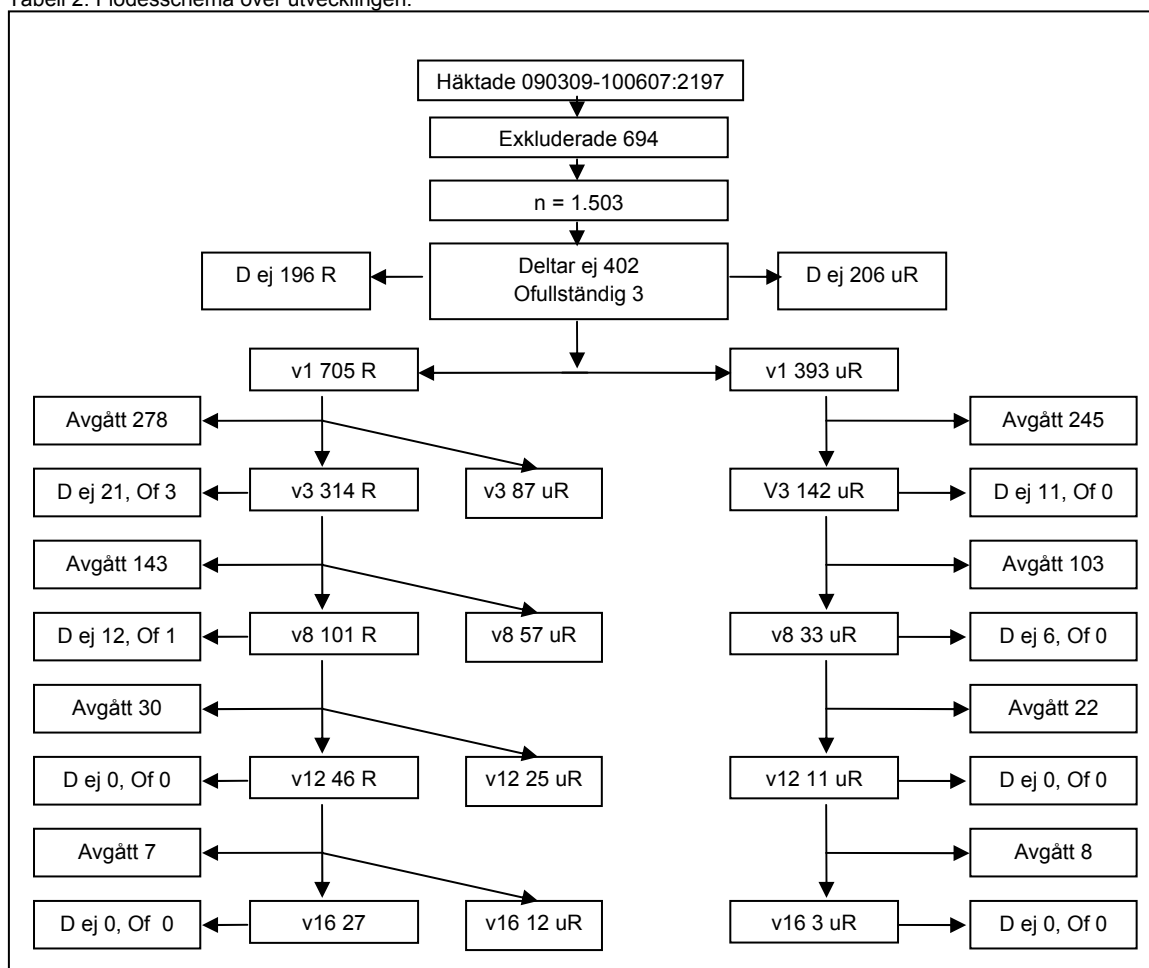
Samtliga nyhäktade från senaste veckan, måndag till söndag, tillfrågades i början av nästkommande vecka om deltagande. För dem som fyllt i ett fullständigt formulär upprepades undersökningen med GHQ-28 efter tre veckor, efter 8, 12, 16, 20 veckor och var fjärde vecka så länge den häktade personen kvarstannade i häktet. Detta innebar att gruppen med restriktioner kom att bestå av ett antal undergrupper, beroende på när den undersökta personen övergick till häktning utan restriktioner (Tabell 2).

---

<sup>1</sup> Kronobergshäktet har c:a 300 platser fördelat på tre våningsplan. Det finns särskilda restriktionsavdelningar, en avdelning för kvinnor och en resursavdelning för särskilt vårdkrävande intagna.



Tabell 2. Flödesschema över utvecklingen.



R = häktade med restriktioner; uR = häktade utan restriktioner; D =deltar; Of = ofullständig; v = vecka.

Tiden med restriktioner har ingen bortre administrativ gräns. Det finns sedan tidigare kända enstaka personer som vistats med restriktioner i häkte under flera år. Tid med restriktioner mellan åtta och tolv månader förekommer för intagna misstänkta för grova brott, vilket medför komplicerade utredningar. Detta är dock mycket ovanligt i relation till antalet häktade. I denna studie satt efter åtta månader elva personer häktade med restriktioner, efter tio månader nio personer, efter tolv månader tre personer, efter 14 månader en person och efter 16 månader en person. Medelvärdet för tiden med restriktioner ligger på tre veckor.

För att fånga inverkan av restriktioner över tid har vi analyserat de första 16 veckorna. Vecka 16 kvarstod 27 häktade (4 %) av de 705 med restriktioner från vecka 1.

## GHQ-28

GHQ är ett självskattningsinstrument ursprungligen framtaget på 1970-talet för att screena psykisk ohälsa vid vårdcentraler i England. Olika versioner har sedan utvecklats och använts i över 30 år över hela världen. GHQ-28 är den version som särskilt framtagits för forskningsändamål. Kritik har tidigare riktats mot expansiva metoder för att vid undersökningen bryta den pågående isoleringen (Glancy & Murray, 2006). För att begränsa den tid som isoleringen skulle brytas använde vi därför enbart ett självskattningsinstrument. Vi försökte hitta ett instrument som var lättadministrerat och som skulle passa i den speciella miljö som häktet innebär. Det senare visade sig vara svårt då många självskattnings-instrument, GHQ inräknat, har svagheten att de ställer frågor om en tänkt vardaglig miljö som den häktade saknar. GHQ har dock den fördelen att det finns översatt till flera språk och därmed breddas basen för undersökningen.

GHQ-28 består av 28 frågor, uppdelat på fyra områden med vardera sju frågor: somatiska symtom, ångest och sömnsvårigheter, social dysfunktion, och allvarig depression. Varje fråga har fyra alternativ som svarar på hur respondenten den senaste tiden har upplevt sin hälsa. Beräkning görs med en dikotom metod enligt rekommendationer från konstruktörerna: 0 poäng för de båda svarsalternativen ”Inte alls” och ”Som vanligt” och 1 poäng för ”Lite mer än vanligt” och ”Mycket mer än vanligt”. Summan kan då variera från 0 till 28.

För att validera GHQ-28 i svenskt häkte gjordes vi en parallell referensundersökning på Kronobergshäktet av 111 häktade med hjälp av CPRS-S-A (Svanborg & Åsberg, 1994) som är ett självskattningsinstrument för upptäckt av affektiva syndrom. CPRS-S-A består av tre subskalor: MADRS för depression, BSA för ångesttillstånd och CPRS-OCD för tvångssyndrom. Delskalan för depression, MADRS, är väl validerad (Svanborg & Åsberg, 2000; Adler m fl, 2008), vilket inte gäller för de andra skalorna. Delskalan för ångest, BSA, har validerats vid ett tillfälle (Jedel m fl, 2010), då man ansåg att samma tröskelvärden kunde antas som för MADRS.

Tabell 3. Korrelation mellan MADRS, CPRS-S-A, GHQ-28 och GHQ-28D i den aktuella studien.

	MADRS	CPRS-S-A	GHQ28	GHQ28D
MADRS	1	0,94	0,85	0,65
CPRS-S-A	0,94	1	0,85	0,65
GHQ28	0,85	0,85	1	0,72
GHQ28D	0,65	0,65	0,72	1

Notera: Alla p-värden <0,05

Korrelationen mellan MADRS och CPRS-S-A i referensmätningen på häktet var 0,94, mellan MADRS och GHQ-28 0,85 och mellan CPRS-S-A och GHQ-28 0,85 (se tabell 3). Dessa goda värden får ligga till underlag för antagandet att tröskelvärden för MADRS kan få gälla för hela CPRS-S-A. Tröskelvärdet för CPRS-S-A (20 av 54) ligger procentuellt på samma nivå som för MADRS (10 av 27). Därmed kan ett tröskelvärde för GHQ-28 beräknas över vilket psykisk ohälsa antas föreligga.

Tabell 4. Accuracy, Sensitivitet och Specificitet<sup>2</sup> vid olika tröskelvärden.

Tröskelvärde	Accuracy	Sensitivitet	Specificitet
>18	87 %	100 %	77,4 %
>19	89 %	100 %	89,3 %
>20	87 %	75 %	89,3 %
>21	89 %	62,5 %	93,2 %
>22	91 %	50,0 %	95,1 %

Sensitivitet och specificitet för olika tröskelvärden på GHQ-28 skalan framgår av tabell 4. Vi bedömde att ett tröskelvärde på 19 gav bästa sammanvägning av Sensitivitet (100 %), Specificitet (89,3 %) och Accuracy (89 %) och tolkar således det som en markör för psykisk ohälsa.

Som en jämförelse med den allmänna populationen anger konstruktörerna av GHQ-28 att ett genomsnitt vid olika studier ligger vid värdena på 3 till 4 (Goldberg och Williams, 1988). Detta bekräftades inom ramen för denna studie genom en valideringsundersökning utförd 2008 av 55 blivande kriminalvårdare, där medelvärdet var 3,25 (SD 4,5).

### Kvalitativ sidostudie

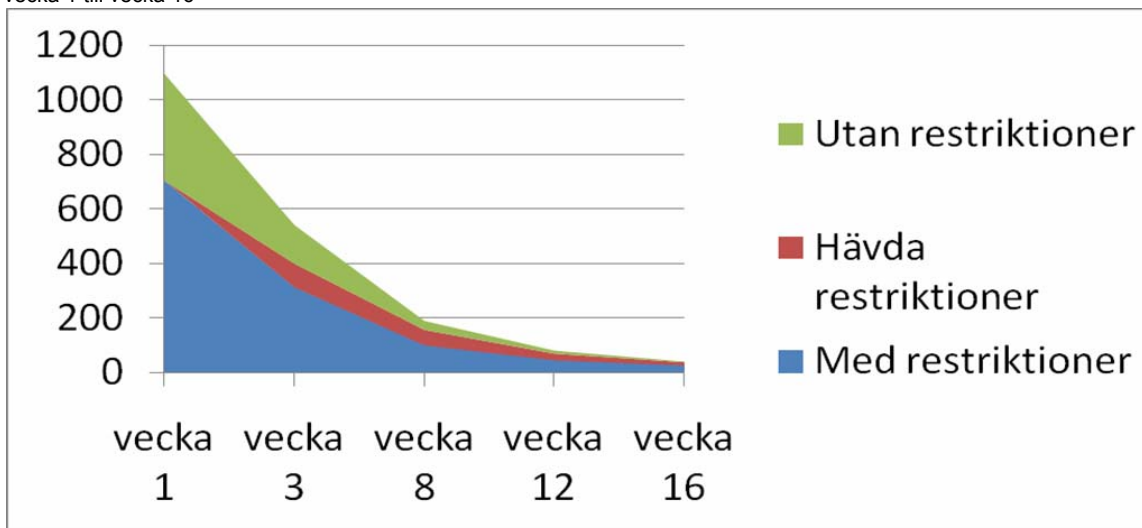
Parallellt med denna studie på Kronobergshäktet i Stockholm genomfördes en mindre sidostudie vid Häktet Huddinge. Tio särskilt utvalda häktade som förväntades sitta under lång tid med restriktioner intervjuades regelbundet. Intervjuerna skedde från det att personen var nyhäktad och sedan var fjärde vecka tills restriktionerna hävdes. Syftet var att fördjupa frågorna om vad den häktade upplever under sin tid med restriktioner.

<sup>2</sup> Accuracy, sensitivitet och specificitet är olika mått hur väl självskattningsinstrumentets fungerar.

## Analysmetod

705 häktade med restriktioner vecka 1 minskade snabbt under sextonveckorsperioden. Vecka 12 kvarstod 46 (6,5 %) och vecka 16 27 (4 %) (figur 1) vilket försvagar den statistiska teststyrkan. Vi har därför valt att utförligt redovisa utgångsvärdena från vecka 1 (baslinjemått) och sedan följa utvecklingen med linjära tendenser. Vid samtliga analyser används signifikansnivån  $p < 0,05$ .

Figur 1. Antalet individer i grupperna "Med restriktioner", "Hävda restriktioner", "Utan restriktioner" och förändring från vecka 1 till vecka 16



## Statistik

Utfallet, psykisk hälsa, analyserades dels som en kontinuerlig variabel (GHQ-28 värde), dels som en binär variabel (Ja eller Nej). Den binära variabeln kan tänkas ha en mer omedelbar klinisk tolkning, men det kontinuerliga GHQ-28 värdet gav oss betydligt större statistisk teststyrka för att detektera förändringar och trender över tid.

Redan vid baslinjen, mått tagna vid vecka 1, fanns det skillnader i GHQ-28-värde mellan personer som skulle komma att sitta häktade olika länge. De som skulle sitta häktade en kortare tid hade lägre GHQ-28 värden vecka 1 än de som skulle komma att vara häktade en längre period. För att undvika att detta skulle ge upphov till en skenbar ökning av GHQ-28-värdet över tid subtraherades varje individs startvärde från dennes senare observationer. Vi gör således två modeller, en för baslinjemåtten och en annan för genomsnittlig förändring av GHQ-28-värde utifrån individens startvärde.

Såväl baslinjemåttet som förändringen över tid var approximativt normalfördelade, även om baslinjemåttet tycktes trunkerat i båda ändarna av fördelningen.

Baslinjeskillnader i psykisk ohälsa analyserades med  $\chi^2$ -test och multivariat logistisk regression. För att hitta den bästa modellen för förändringarna över tid följde vi strategin från Fitzmaurice m fl (2004), och passade en serie av modeller med olika former för utvecklingen över tid, en eventuell effekt av att sitta häktad med restriktioner, och olika modeller för att hantera de inompersonskorrelationer som uppstår av att vi mätt samma personer vid upprepade tillfällen. Vi fann att den bästa modellen var en styckvis s.k. linjär spline, med en nod vid vecka 3. Inompersonskorrelationerna hanterades genom att inpassa en ostrukturerad kovariansmatris.

## RESULTAT

### Baslinjemått (värden från första mättillfället) och linjära tendenser

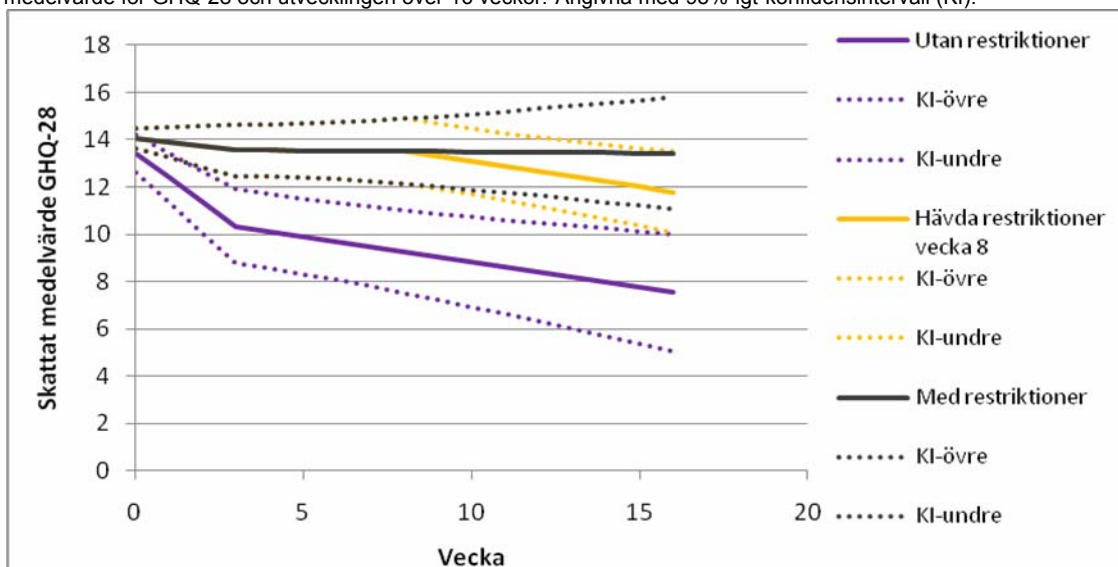
Det första mättillfället (baslinjen) var under första veckan i häkte. 27 procent av gruppen med restriktioner skattar då för psykisk ohälsa och 21 procent av gruppen utan restriktioner. Skillnaden är statistiskt säkerställd ( $p=0,04$ ). Som framgår av Figur 1 så minskar antalet med restriktioner snabbt över tid och därmed sjunker den statistiska teststyrkan.

Tabell 5. Baslinjemått. Andelen häktade med restriktioner och utan restriktioner som skattat under och över tröskelvärdet för psykisk ohälsa i procent (%) och antal (N).

Variabel	GHQ-28<19 N= 827	GHQ-28>19 N=271	$\chi^2$	DF	p
Restriktioner			4,2	1	0,0410
Med:	73% (517)	27% (188)			
Utan:	79% (310)	21% (83)			

Figur 2 visar utvecklingen med en för problemet anpassad metod som enligt ovan kan kallas linjära tendenser. Grupperna med och utan restriktioner är ganska lika vecka 1, men gruppen utan restriktioner har den första perioden från vecka 1 till vecka 3 en betydligt högre grad av återhämtning än gruppen med restriktioner. Efter denna initiala återhämtning förändras ingen av grupperna särskilt mycket över tid, men det finns en tendens till ytterligare återhämtning bland dem som aldrig har haft restriktioner, eller som fått restriktionerna hävda under tiden. Gruppen med restriktioner tycks ligga kvar vid sin höga startnivå.

Figur 2. Linjära tendenser för grupperna med restriktioner, hävda restriktioner vecka 8 och utan restriktioner. Skattat medelvärde för GHQ-28 och utvecklingen över 16 veckor. Angivna med 95%-igt konfidensintervall (KI).

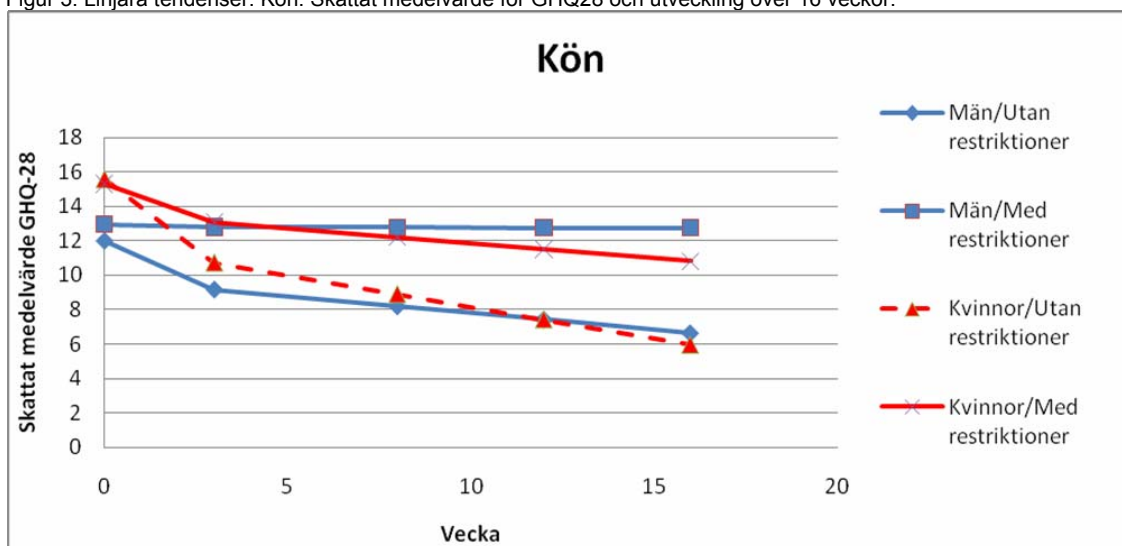


I tabell 6 och figur 3 ser man utvecklingen när vi har analyserat exklusivt utifrån skillnaden mellan könen. Kvinnor - oavsett med eller utan restriktioner - har inledningsvis ett högre ohälsotal än män. Det sjunker raskt på tre veckor och fortsätter sedan att sjunka i långsammare takt.

Tabell 6. Baslinjemått. Kön och andelen som skattat för psykisk ohälsa i procent (%) och antal (N).

Variabel	Män GHQ-28>19 N= 956	Kvinnor GHQ-28>19 N=142	$\chi^2$	DF	p
Samtliga:	28% (218)	37% (53)	14,6	1	0,0001
Med restriktioner:	25% (150)	37% (38)	6,84	1	0,009
Utan restriktioner:	19% (68)	38% (15)	7,17	1	0,007

Figur 3. Linjära tendenser. Kön. Skattat medelvärde för GHQ28 och utveckling över 16 veckor.



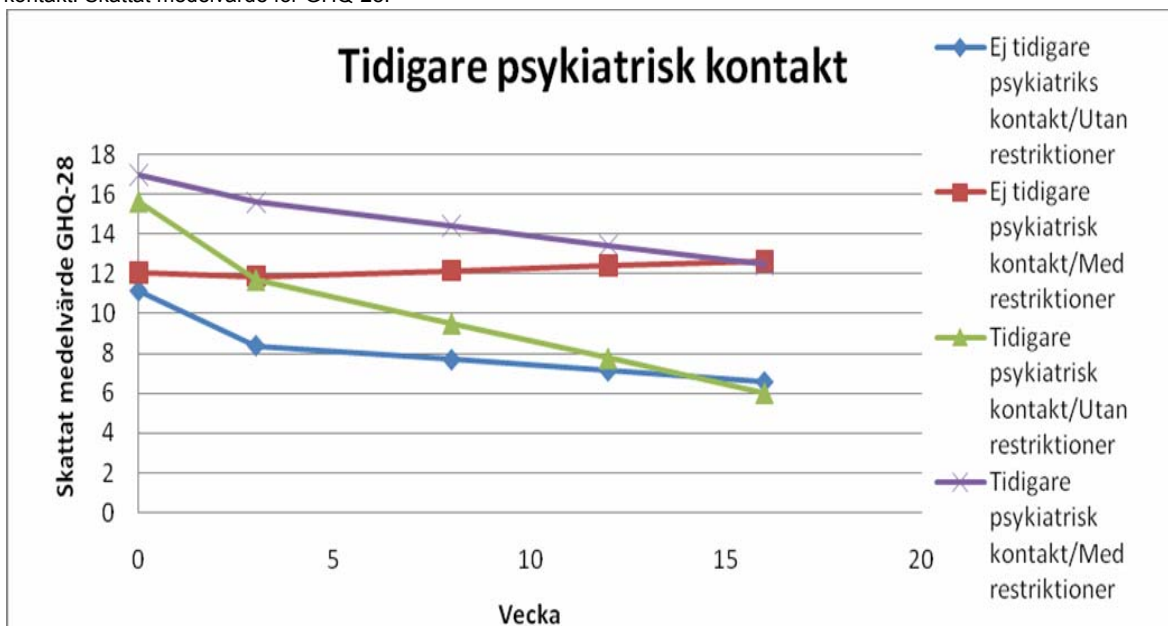
Vi har studerat hur personer som före häktningen hade varit i kontakt med psykiatrin skattade psykisk hälsa. Vid inledningen av häktningen (tabell 7) visas att de som tidigare haft psykiatrisk kontakt skattar högt för psykisk ohälsa, i gruppen med restriktioner nästan varannan (48 %). Över tid (figur 4) tycks båda grupperna, både de med och de utan restriktioner återhämta sig för att i slutet ligga på samma nivå som de, som inte haft kontakt med psykiatrin tidigare.

Tabell 7. Baslinjemått. Tidigare psykiatrisk kontakt och andelen som har skattat för psykisk ohälsa i procent (%) och antal (N).

Variabel	Tidigare psykiatrisk kontakt GHQ-28>19 N = 285	Ingen tidigare psykiatrisk kontakt GHQ-28>19 N = 804	$\chi^2$	DF	p
Samtliga:	43 % (121)	19 % (150)	63.76	1	<0,001
Med restriktioner:	48% (86)	19 % (102)	52.69	1	<0,001
Utan restriktioner:	33 % (35)	17 % (35)	11.14	1	<0,001

Notera: Uppgift saknas för 9 personer.

Figur 4. Linjära tendenser. Utvecklingen över 16 veckor för dem som haft respektive inte haft tidigare psykiatrisk kontakt. Skattat medelvärde för GHQ-28.



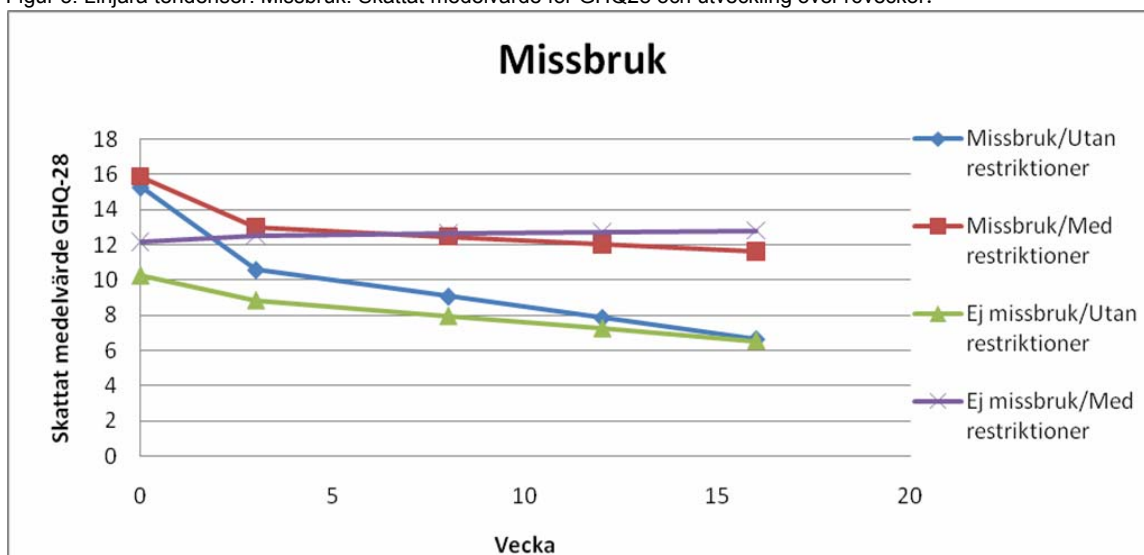
Missbrukare (tabell 8, figur 5) har också ett högt ohälsotal inledningsvis, men i båda grupperna sjunker det till nivåer i jämnhöjd med häktade utan missbruk.

Tabell 8. Baslinjemått. Missbruk och andelen som skattat för psykisk ohälsa i procent (%) och antal (N).

Variabel	Missbruk GHQ-28<19 N= 369	Ej missbruk GHQ-28>19 N=721	$\chi^2$	DF	p
Samtliga:	35% (129)	19% (139)	32,38	1	<0,001
Med restriktioner:	37% (77)	22% (109)	17,27	1	<0,001
Utan restriktioner:	32% (52)	13% (30)	20,01	1	<0,001

Notera: Uppgift saknas för 8 personer.

Figur 5. Linjära tendenser. Missbruk. Skattat medelvärde för GHQ28 och utveckling över 16 veckor.





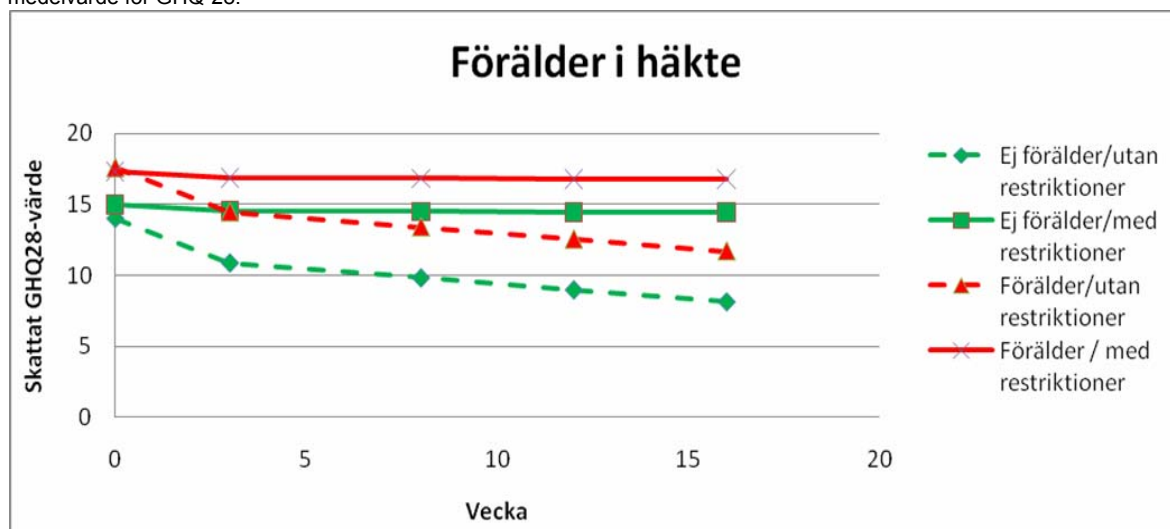
I tabell 9 redovisas separat en analys av resultaten för häktade som också är föräldrar. Vid första mätningen visar nästan var tredje med restriktioner psykisk ohälsa vilket kvarstår över tid (figur 6). För gruppen förälder utan restriktioner sker en minskning av antalet som skattar för psykisk ohälsa, dock är skillnaden på baslinje inte statistiskt signifikant ( $p>0,05$ ).

Tabell 9. Baslinjemått. Häktad som också är förälder och andelen som har skattat för psykisk ohälsa i procent (%) och antal (N).

Variabel	Förälder GHQ-28>19 N= 231	Ej förälder GHQ-28>19 N=293	$\chi^2$	DF	p
Samtliga:	33% (77)	24% (70)	5,71	1	0,017
Med restriktioner:	36% (60)	25% (57)	5,27	1	0,022
Utan restriktioner:	27% (52)	19% (13)	0,95	1	0,330

Notera: Uppgift saknas för 19 personer. Baslinjemåtten från vecka 3 = 543 medverkande.

Figur 6. Linjära tendenser. Utvecklingen över 16 veckor av psykisk ohälsa i relation till att vara förälder eller inte. Skattat medelvärde för GHQ-28.



I tabell 10 har vi samlat övriga påverkansfaktorer vid baslinjen. När vi har jämfört dem utan tidigare erfarenhet av häktning med dem som har tidigare erfarenhet, framgår det att ohälsotalet för de oerfarna är något lägre.

I språkgruppen är ohälsotalen för dem som svarat på engelska och ryska lägre än för övriga. I en jämförelse mellan gruppen ”misstänkt för våldsbrott” med gruppen ”misstänkt för övriga brott” så är ohälsotalet i våldsbrottsgruppen något högre. Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant ( $p>0,05$ ).

Vi har undersökt ålder genom att dela upp gruppen häktade i ”under 50 år” och ”över 50 år”. Det finns ett högre ohälsotal bland de äldre men skillnaden är inte statistiskt signifikant ( $p>0,05$ )

Tabell 10. Baslinjemått. Övriga påverkansfaktorer. Andelen under och över tröskelvärde för psykisk ohälsa i antal (N) och procent (%).

Variabel	GHQ-28≤19 N = 827	GHQ-28>19 N= 271	$\chi^2$	DF	p
Tidigare häktad			19,25	3	0,0002
Nej:	462 (81 %)	111 (19 %)			
< 30 dagar:	83 (73 %)	31 (27 %)			
Med restriktioner < 60 dagar :	140 (70 %)	61 (30 %)			
Med restriktioner > 60 dagar:	142 (67 %)	68 (32 %)			
Totalt	827	271			
Språk			45,74	4	<0,0001
Svenska:	581 (71 %)	235 (29 %)			
Engelska:	38 (84 %)	7 (16 %)			
Ryska:	166 (94 %)	10 ( 6 %)			
Arabiska:	29 (66 %)	15 (34 %)			
Franska:	13 (76 %)	4 (24 %)			
Totalt	827	271			
Misstänke			2,21	1	0,1368
Våldsbrott:	247 (72 %)	94 (28 %)			
Övriga brott:	580 (77 %)	117 (23 %)			
Totalt	827	271			
Ålder			3,11	1	0,0776
Under 50:	769 (76 %)	243 (24 %)			
Över 50:	58 (67 %)	28 (33 %)			
Totalt	827	271			

Slutligen har vi jämfört dem som gått på fri fot med dem som har dömts till frihetsberövande. Det är endast i gruppen ”Med restriktioner” som skillnaden i psykisk ohälsa är statistiskt säkerställd. Man kan notera en något större andel som skattar för psykisk ohälsa bland dem som har blivit dömda jämfört med dem som gått fria.

När vi på samma sätt undersökte resultatet vecka 3, exklusive de som bara återfanns vecka 1, finns inga signifikanta skillnader.

Tabell 11. Baslinjemått. Jämförelse mellan häktade som verkställt dom och häktade som lämnat häkte utan dom (fri fot). Andelen med psykisk ohälsa i antal (N) och procent (%).

Variabel	Dömd till frihetsberövande GHQ-28>19 N= 581	Fri fot GHQ-28>19 N=342	$\chi^2$	DF	p
Samtliga:	148 (25%)	73 (21%)	2,01	1	0,16
Med restriktioner:	98 (29%)	61 (22%)	4,18	1	0,04
Utan restriktioner:	50 (21%)	12 (20%)	0,03	1	0,86

Notera: Av samtliga 1098 medverkande vecka 1 har 175 (16 %) uteslutits på grund av otillräcklig information om hur häktestiden har avslutats.

## DISKUSSION

---

Resultaten från denna longitudinella undersökning pekar på att häktning med restriktioner utgör en signifikant risk för psykisk ohälsa. Vid inledningen av häktningen var psykisk ohälsa något vanligare bland personer med restriktioner. Ungefär var fjärde häktad med restriktioner nådde över tröskelvärdet jämfört med var femte häktad utan. Efter sexton veckor kvarstod den höga nivån i gruppen häktade med restriktioner, medan nivån för gruppen utan restriktioner sjönk, snabbt i början och sedan långsammare.

I analysen av undergrupperna kön, tidigare psykiatrisk kontakt och missbruk kan man notera att den inledande perioden i häkte börjar med höga nivåer av psykisk ohälsa. Något högre för häktade med restriktioner än för häktade utan. Nivån av psykisk ohälsa faller snabbt för kvinnor, häktade med tidigare psykiatrisk kontakt och missbrukare oavsett nivån av isolering. I varje enskild analys av undergrupperna kan man emellertid se att häktade med restriktioner som inte tillhör undergruppskategorin kvarstår på samma höga nivå av psykisk ohälsa under hela sextonveckorsperioden. Samma förhållande gäller för undergruppen förälder i häkte även om förälder i häkte med restriktioner ligger still på en ännu högre nivå av psykisk ohälsa.

Var fjärde häktad med restriktioner uppvisar således psykisk ohälsa under häktetiden. Vår hypotes att lång tids häktning med restriktioner är skadlig för den psykiska hälsan får därför ett visst stöd.

De sjunkande värdena från en relativt hög nivå för häktade utan restriktioner, för kvinnor, missbrukare och dem som tidigare haft kontakt med psykiatri indikerar att inledningen av tiden i häktet är en kritisk fas. Man kan tänka sig att mötet med häktet och faktorer kring anhållning/häktning och den väntande rättegången lätt genererar krisreaktioner vilket reflekteras i de höga ohälsotalen. Därefter finns i de studerade undergrupperna och för personer som slipper restriktioner ett mentalt utrymme för krisbearbetning som visar sig i sjunkande ohälsotal.

Däremot bidrar inte utsikten att bli sittande i den relativa isolering som häktning med restriktioner innebär över obestämt lång tid till krisbearbetning, utan förvandlar krisreaktionen till mer bestående psykisk ohälsa (Cullberg, 2006).

Ju tidigare behandlingen av psykisk ohälsa, särskilt depression, startar desto bättre resultat (de Diego-Adelino, 2010). Behandlingen av psykisk ohälsa i häkte kan vara vanskelig (Gamman, 1995). Behandling av depression bör vara långvarig och inte avbrytas okontrollerat, med risk för obehagliga bieffekter, samtidigt som behandlingen avbryts plötsligt om patienten i häkte blir försatt på fri fot. Detta kan leda till oönskade avbrott i pågående behandling. Detta ska ställas mot att en obehandlad depression kan innebära allvarlig risk för suicid (Canvagh, 2003; Runesson, 1983).

I den danska studien (Andersen m fl, 2000) kommer man fram till att förekomsten av psykiatrisk sjuklighet (psychiatric morbidity), huvudsakligen i form av depression och anpassningsstörning, vid åtminstone ett tillfälle under häktningstiden är 28 % för gruppen med restriktioner och 15 % för gruppen utan. Detta ligger intressant nog rätt nära våra resultat som vid första mättillfället var 27 % respektive 21 %. De danska författarna noterar också att ohälsotalet sjunker när personer med restriktioner får övergå till häktning utan restriktioner, vilket även stämmer med våra fynd (se figur 2).

### **Faktorer som påverkar den psykiska hälsan**

Flera faktorer som kan tänkas påverka den häktade har insamlats. Fyra av dessa har analyserats med baslinjemått och linjära tendenser: kön, tidigare psykiatrisk kontakt, missbruk och att vara förälder. 27 % av gruppen med restriktioner vecka 1 och 21 % av gruppen utan restriktioner vecka 1 hade ett resultat som indikerar psykisk ohälsa. Vid baslinjen fanns det en signifikant skillnad i [dikotomt utfall] i restriktionsgruppen jämfört med gruppen utan (OR=1.4, 95 % KI=1.0 -1.8). När man exkluderar personer som bara deltog vecka 1 kvarstår skillnaden men tappar i statistisk signifikans på grund av reduktionen av stickprovsstorleken (OR=1.4, 95 % KI=0.9-2.2). Justering för kön,

tidigare psykiatrisk kontakt, missbruk och häktad som också är förälder ökade oddskvoten (justerat OR= 1.8, 95 % KI=1.1-2.9). Skillnaden i baslinjemått tycks inte förklaras av någon av de uppmätta påverkansfaktorerna.

### **Kön**

Skillnaden mellan könen i baslinjemått kan förväntas med tanke på att kvinnor i den allmänna populationen uppvisar högre andel av psykisk ohälsa (Bogren m fl, 2006). Männens nivåer över tid har naturligtvis samma utseende som den vi såg i huvud analysen av grupperna med och utan restriktioner då männen utgör 87 % av samtliga häktade.

Den höga baslinjenivån av psykisk ohälsa för kvinnor, 37 %, sjunker intressant nog både för grupperna med och utan restriktioner och kommer med tiden att underskrida männens. Dessa siffror för de senare veckorna ska tolkas med försiktighet då antalet kvinnor i gruppen utan restriktioner består av endast 10 personer vecka 12 och 3 vecka 16 och i gruppen med restriktioner 7 personer vecka 12 och 0 vecka 16. Om det inte finns en förklaring som kan associeras till kön, så kan förklaringen till kvinnornas relativa återhämtning, även med restriktioner, ligga i att de som grupp erhåller ett bättre omhändertagande än männen.

### **Tidigare psykiatrisk kontakt**

Häktade som tidigare varit föremål för psykiatrisk vård tycks befinna sig i en mycket sårbar situation, i varje fall under den första tiden i häkte. Nästan hälften av dem i gruppen med restriktioner upplever psykisk ohälsa. Detta kanske inte bara speglar effekter av häktningen, utan kan också förmodas hänga samman med en generellt högre psykisk ohälsa bland dem som tidigare behandlats psykiatriskt. Även om det finns en relativt snabb minskning för båda grupperna så stannar gruppen med restriktioner och tidigare psykiatrisk historia vid 16 veckor på den nivå där gruppen med restriktioner utan psykiatrisk historia befinner sig. Personer som tidigare i livet sökt psykiatrisk vård har förmodligen lättare att göra det även som intagen i kriminalvård, där en förväntad machoattityd annars kan försvåra erkännande av svaghet. De har möjligheter att få hjälp genom psykiatrisk/medicinsk vård, samtal med psykologer, präster eller personal från Röda Korset.

### **Missbruk**

Häktade med missbruk av alkohol eller droger uppvisar inledningsvis en hög nivå av psykisk ohälsa, vilken sedan sjunker i takt med tiden. Det är en förväntad utveckling. Missbrukare mår akut dåligt under avgiftningen och sedan sannolikt bättre efter övervakad avgiftning, medicinsk och hygienisk vård, regelbundna måltider, motion etc.

### **Häktad som också är förälder**

Att vara förälder och häktad med mycket små möjligheter att visa omsorg om sina barn kan vara en mycket påtaglig psykisk påfrestning. Var tredje häktad som har barn anger psykisk ohälsa vid den initiala bedömningen.

För gruppen av häktade föräldrar utan restriktioner sjunker nivån av psykisk ohälsa medan den ligger kvar på en hög nivå för de föräldrar som över tid kvarstår med restriktioner.

### **Övriga påverkansfaktorer**

I tabell 10 visades baslinjemått för några övriga påverkansfaktorer. Något överraskande visar sig gruppen som inte har någon tidigare erfarenhet av häktning må mindre dåligt än grupperna med denna erfarenhet. Förklaringen kan vara att de oerfarna fortfarande tror att häktningen kommer att vara kortvarig. Domstolsspråket ”åtal ska väckas inom fjorton dagar” (som i verkligheten ofta innebär ”om fjorton dagar ska du omhäktas”) är lätt bedrägligt om det invagar den häktade i tron att han om två veckor kommer att släppas eller dömas. Den av häktning erfarne vet vad som väntar och kan tänkas bli mer nedslagen av den långa och tröga period som väntar i cellen.

När valet av språk undersöktes på samma sätt visar det sig att engelsk- och rysktalande har lägre nivå av psykisk ohälsa än övriga. Förklaringen kan vara att båda grupperna domineras av personer som inte förlorar så mycket på att bli häktade. Den engelska gruppen består till stor del av personer misstänkta för narkotikalangning från engelsktalande länder i Västafrika och den ryska av personer från Ryssland eller Baltikum som misstänks för s. k. mängdbrott. Vistelsen i svensk kriminalvård är förmodligen i vissa avseenden lättare att uthärda jämfört med tidigare erfarenheter av liknande slag i hemländerna eller ett hårt kriminellt liv i frihet. Man kan inte heller utesluta att det finns kulturella

skillnader, som gör att de auktoriserade översättningarna av GHQ-28 uppfattas på ett annorlunda sätt än förväntat.

I tabell 10 har vi också redovisat skillnaden mellan dem som misstänks för våldsbrott och andra brott. Uppdelningen är gjord därför att misstanke om våldsbrott i högre grad kan antas leda till häktning med restriktioner. Som förväntat syns en viss skillnad som korresponderar mot den skillnad som återfinns på baslinjen för häktade med restriktioner respektive utan (tabell 5).

I ett försök att närma oss frågan om det är en försvårande omständighet för psykisk hälsa att sitta oskyldigt häktad, har vi i tabell 11 alltså undersökt skillnaden mellan dem som dömts till frihetsberövande och dem som försatts på fri fot. Det finns en viss skillnad inledningsvis i restriktionsgruppen till förmån för dem som senare sätts på fri fot. Förmodligen är det lättare att utvärda häktningen om man tror sig veta att man kommer att bli fri. Tyvärr erbjuder inte materialet möjlighet att följa upp utvecklingen. Det är få personer som sitter häktade med restriktioner under lång tid och ännu färre som därefter går på fri fot.

## Bortfall

Av de 1503 som tillfrågades om deltagande i studien bortföll 27 % (403). Av bortfallet utgör häktade med misstanke för tillgreppsbrott (38 % mot 31 % i hela materialet) den största gruppen medan resten fördelar sig relativt väl över övriga kategorier av misstanke. Intrycket är att många av dem som avböjde deltagande i studien var omotiverade av skälet att de är trötta på myndighetens alla frågor som de får eller har fått under många år av omhändertagande. En annan grupp häktade som avböjde var personer som befann sig under avgiftning och som av det skälet mårde akut dåligt och inte förmådde koncentrera sig. En tredje grupp var utländska häktade, misstänkta för mängdbrott, som när de läst det inledande pappret om undersökningens syfte och begäran om medgivande avvisade deltagande när det inte var möjligt med kompletterande förklaring på deras språk.

## Metod

Begåvningsnivån är i allmänhet lägre bland intagna i fängelse än i den allmänna befolkningen (Tengström, 2010). GHQ-28 passar i många delar de krav man kan ställa på ett självskattningsinstrument i den miljön. GHQ-28 är utformat för att screena psykisk ohälsa i en vanlig population. Det är kort, lättadministrerbart och formulerat på ett lättförståeligt språk för respondenten. Det är konstruerat för att upptäcka sådan psykisk ohälsa som människor kan tänkas söka sjukvård för. Dessutom har GHQ-28 den stora fördelen att finnas på flera stora språk, vilket innebär att den stora andelen (30-50% av samtliga intagna på häktet) intagna som inte alls eller i för liten grad behärskar svenska i högre utsträckning skulle kunna delta.

GHQ-28 frågar efter hur respondenten mått den sista tiden vilket gör det möjligt att använda testet vid upprepade tillfällen och för jämförelse.

Under undersökningsperioden visade sig två problem med GHQ-28. Det första gäller några av frågorna i deltestet "social dysfunktion", GHQ-28C. "C1: Har du den sista tiden lyckats sysselsätta dig och hålla dig igång?" liksom "C4: Har du den sista tiden varit nöjd med hur du utfört dina sysslor?" visade sig för flera vara provocerande eftersom sysslolösheten i häktescellen är påtaglig. Förmodligen upplevs frågan svår för den som är van att definiera sin identitet via handlingar, en möjlighet som avsevärt beskärs i cellmiljön.

Det andra problemet gällde det fjärde deltestet, GHQ-28D, som avser "allvarlig depression". Fyra eller fem av de sju frågorna upplevs av många som frågor om suicidavsikt. Under undersökningsperioden infördes en ökad kontroll av suicidrisken på häktet. Alla intagna screenas via ett formulär angående tankar om suicid. Vid oro för den intagnes liv sker tillsyn av olika grad. Intensivövervakning innebär ofta att den intagne får flytta till en avdelning där sådan övervakning är möjlig. Det innebär tyvärr även att den intagne riskerar att få vistas i en cell utan komfort eller TV vilket för många upplevs som en bestraffning. Uppriktiga svar på GHQ-28-frågorna om suicid kan därför av intagna ha upplevts som en risk att bli förflyttad, oavsett löfte om sekretess. I tabell 2 återfinns i sista kolumnen korrelationen mellan GHQ-28D och GHQ-28, CPRS-S-A och MADRS. Det relativt sett låga värdet för GHQ-28D återspeglar det ovan beskrivna problemet på så sätt att

flera av forskningspersonerna inte har varit uppriktiga utan valt att ”friskförklara” sig med avseende på depressionsfrågorna som handlar om suicidavsikt. Därigenom kan värdena på testet ha blivit lägre än de borde och stämmer sämre med kontrollen som skedde via CPRS-S-A.

Validiteten för GHQ-28 bestämdes via korrelationen mellan CPRS-S-A och GHQ-28. Med de höga korrelationsvärdena som grund och det kända tröskelvärdet på MADRS kunde sensitivitet och specificitet beräknas och därigenom ett tröskelvärde på 19, ovanför vilket man kan anta att psykisk ohälsa föreligger. Konstruktörerna av GHQ-28 har beräknat tröskelvärdet i den allmänna populationen till 22. Skillnaden kan delvis förklaras utifrån resonemanget ovan om GHQ-28D. Korrelationen mellan GHQ-28D och deltestet i CPRS-S-A för depression, MADRS, är 0,65 vilket innebär att GHQ-28 inte är lika känsligt för screening av depression. Frågorna i GHQ-28 avser att fånga allvarlig depression, medan frågorna i MADRS fångar medelsvår depression men ändå i sådan utsträckning att den motiverar medicinsk behandling. GHQ-28 som avses infånga allvarlig depression skulle med ett högre tröskelvärde missa en del sådan i häktesmiljön där vi noterat att flera personer väljer att maskera sina suicidavsikter. Tröskelvärdet 19 ger en mer korrekt bild på nivån av depression på häkte.

## Slutsatser

Det kan finnas flera orsaker till att var fjärde häktad med restriktioner och var femte häktad utan restriktioner visar tecken på psykisk ohälsa. Vi har samlat in de data som finns tillgängliga på häktet: kön, tidigare psykiatrisk kontakt, missbruk, föräldraskap språkbakgrund, misstankekategori och ålder. När vi tagit hänsyn till kön, tidigare psykiatrisk kontakt, missbruk och föräldraskap har vi kommit fram till att skillnaderna mellan grupperna med restriktioner och utan restriktioner inte beror på dessa uppmätta faktorer. Vi tolkar det som att skillnaderna beror på de olika nivåerna av isolering som häktning medför.

I den kvalitativa studien, vilken utfördes parallellt med huvudstudien för att fördjupa frågeställningarna, framgick tre faktorer som särskilt nedbrytande i häktet: passiviteten, ovissheten och vanmakten. Passiviteten gäller svårigheten att organisera den egna dagen i cellen, ovissheten bristen på vetskap om när restriktionstiden ska upphöra, vanmaktskänslan och upplevelsen av att inte kunna skydda och stödja sin familj.

Människans förmåga att finna sig tillrätta under svåra omständigheter underlättas av möjligheten att finna egna lösningar på problem. Den påtvingade passiviteten och bristen på mänsklig kontakt under tiden i häkte med restriktioner hindrar den processen.

Missbrukare får uppmärksamhet för sina särbehov, som stöd för avgiftning, medicinsk vård, regelbundna vanor, mat och hygien under häktestiden, vilket återspeglas i resultaten. Personer med tidigare psykiatrisk kontakt får ofta möjligheter till stöd från psykiatrikonsult och psykologer på häktet vilket också återspeglas av gruppens sjunkande ohälsotal. Det gäller även för kvinnor som kanske har större förmåga än män att be om hjälp och som därigenom får ett bättre omhändertagande. För häktade som också är föräldrar finns särskilda barnombud, men behoven går inte att avhjälpa enbart med stöd utan det krävs andra insatser som ökar den häktades möjligheter att ha kontakt med barn och närstående.

För häktade i gruppen med restriktioner, kvarstår risken att de kommer att lida av psykisk ohälsa även med hänsyn tagen till andra faktorer som påverkar situationen. Man måste fråga sig om inte detta är ett rättssäkerhetsproblem? En person med depression eller ångestillstånd har nedsatt förmåga att delta i förhör, läsa förundersökning, konferera med advokat och uppträda i domstol. Risken finns att detta allvarligt kan försämra den häktades förmåga att försvara sig.

## REFERENSER

---

- Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Hemmingsen R, Kramp P. A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 19 – 25.
- Bogren M, Mattisson C, Horstmann V, Bhugra D, Munk-Jørgensen, Nettelbladt P. Lundby revisited: first incidence of mental disorders 1947 – 1997. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 41:178-186
- Cavanagh JTO, Carson A, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405
- Council of Europe. Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Strasbourg, 11 December 2009.
- Cullberg J. Kris och utveckling, Natur och Kultur, Stockholm, 2006.
- De Diego-Adeliño J, Portella M, Puigdemont D, Pérez-Egea R, Álvarez E, Pérez V. A short duration of untreated illness (DUI) improves response outcomes in first-depressive episodes. *Journal of affective disorders* 2010; 120:221 -225.
- Fitzmaurice, G.M., Laird N.M and Ware J.H. *Applied Longitudinal Analysis*, Wiley, New York, 2004.
- Gamman T. Uheldige helsemessige effekter av isolasjon . *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115:2243-2246.
- Glancy G D, Murray E L. The psychiatric aspects of solitary confinement. *Victims and offenders*, 2006; 1: 361 -368.
- Goldberg D. *Manual of the General Health questionnaire*. 1978. Windsor: NFER-NELSON.
- Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the general health questionnaire*. GL Assesment. 1988. Chiswick Centre, London, W4 5TF.
- Grassian, S. Psychopathological effects of solitary confinement. *Am J Psychiatry* 1983.
- Justitiedepartementet, Häktestutredningen, Statens Offentliga utredningar (SOU) SOU 2006:17, 14 mars 2006.
- Kriminalvården. Europarådets antitortyrkommittés (CPT) slutliga rapport från besöket i Sverige den 28 januari – 5 februari. 2003.
- Runeson B. Mental disorder in youth suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:490-497
- Scharff Smith, P. (2006): The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. I: Michael Tonny (ed.), *Crime and Justice* 2006: Vol. 34.
- Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 21 – 28.
- Tengström A. Begåvning och brottslighet bland svenska män. En uppföljningsstudie över 35 år. *Kriminalvårdens reprocentral* 2010, Norrköping.
- United Nations. Report on the visit of the subcommittee on prevention of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment to Sweden. 2008.



## **Lagar**

Rättegångsbalken 24 kap. Om häktning och anhållande

Lagen om behandling av häktade och anhållna m.fl. (1976:371)



Kriminalvården

---

[www.kriminalvarden.se](http://www.kriminalvarden.se)  
601 80 Norrköping  
Telefon 077-228 08 00  
Fax 011-496 36 40