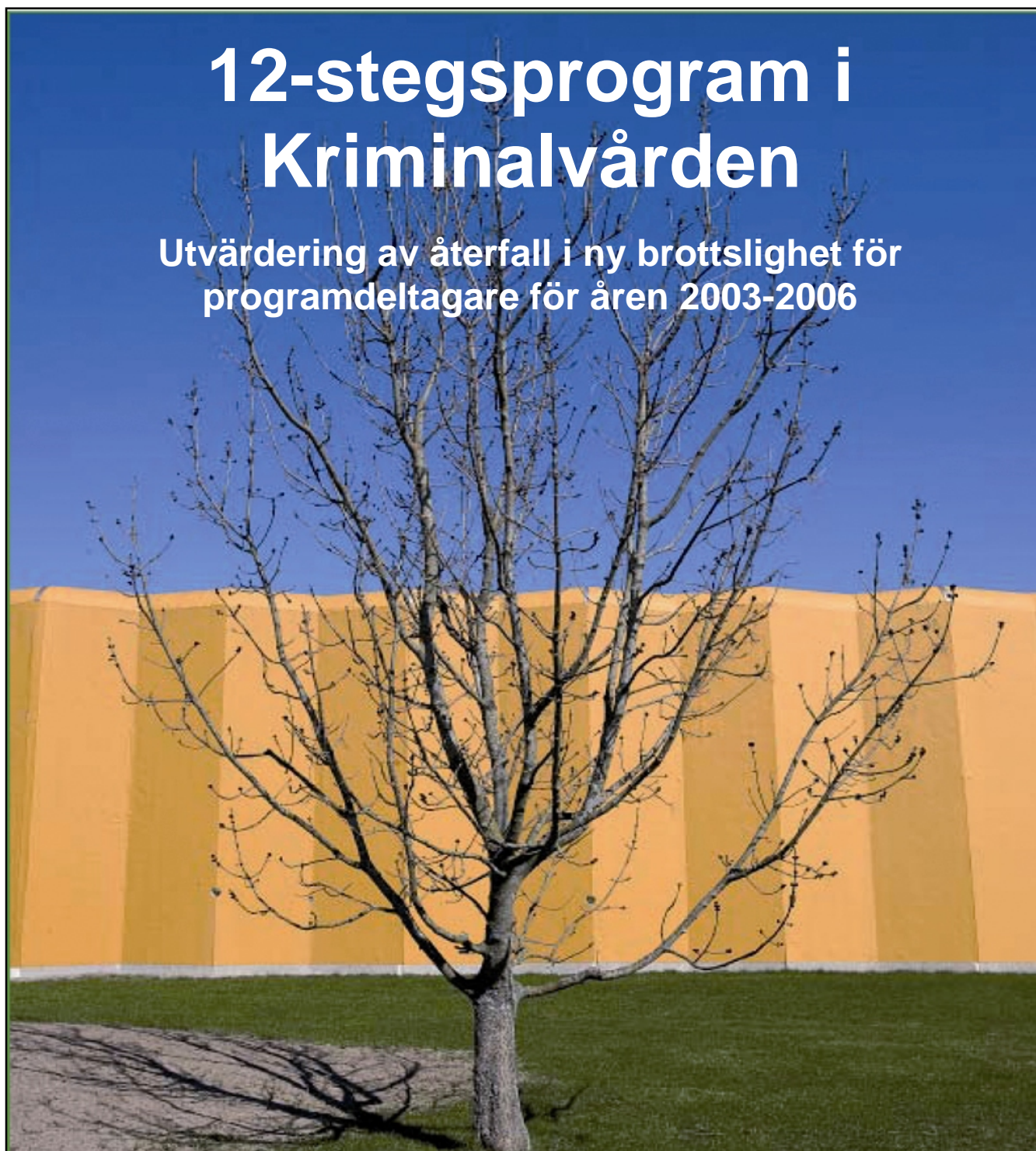




12-stepsprogram i Kriminalvården

Utvärdering av återfall i ny brottslighet för
programdeltagare för åren 2003-2006



12-STEGSPROGRAM I KRIMINALVÅRDEN

UTVÄRDERING AV ÅTERFALL I NY BROTTSLIGHET FÖR PROGRAMDELTAGARE
FÖR ÅREN 2003-2006

MARIA DANIELSSON, AXEL FORS & INGRID FREIJ
UTVECKLINGSENHETEN

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2009
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2009

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget
Fax: 011-496 35 17
Beställningsnr: 5015
ISBN 91-85187-40-2

Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	4
SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND	6
PROGRAMVERKSAMHET I KRIMINALVÅRDEN	6
12-STEGSPROGRAM	7
SYFTET MED UNDERSÖKNINGEN	9
METOD	10
URVAL.....	10
STATISTISKA ANALYSER	12
RESULTAT	13
RISK FÖR ÅTERFALL	13
EKONOMISKA BERÄKNINGAR	17
ANTAGANDEN	17
EKONOMISK BERÄKNING	18
DISKUSSION	20
LITTERATURLISTA	22
BILAGA 1	23
ANALYS AV PÅVERKANSFAKTORER MELLAN BEHANDLINGS- OCH KONTROLLGRUPP.....	23
BILAGA 2	25
ANALYS AV PÅVERKANSFAKTORER MELLAN DEM SOM FULLFÖLJT OCH KONTROLLGRUPP	25

FÖRORD

Inom Kriminalvården har man sedan början av 2000-talet satsat på utveckling och genomförande av nationella brotts- och missbruksprogram. Att utveckla, pröva och införa ny programverksamhet är ett långsiktigt och omfattande arbete. Brotts- och missbruksprogrammen ska bland annat ackrediteras, vilket innebär krav på att de ska uppfylla god vetenskaplig standard beträffande teoretisk grund och omsättning i praktisk verksamhet. Ledamöter i Kriminalvårdens vetenskapliga råd; experter inom olika vetenskapliga discipliner på universitet och högskolor, utför denna granskning.

För närvarande är 13 program ackrediterade och har således bedömts ha förutsättningar att – rätt genomförda – kunna bidra till minskning av återfall i brott eller missbruk.

Ett nästa steg är sedan att studera om ett brotts- och missbruksprogram ger en förväntad minskning av brottsåterfall, en av Kriminalvårdens allra viktigaste effektindikatorer. Ansvaret för utvärderingarna har utvecklingsenheten vid Kriminalvårdens huvudkontor.

Ett flertal av Kriminalvårdens brotts- och missbruksprogram har nu varit i drift tillräckligt länge för att tillräckligt många ska ha genomgått dem. Detta är en förutsättning för en meningsfull statistisk analys.

Detta är en av flera planerade rapporter om programmen och redovisar resultaten från uppföljningen av grupprogrammet 12-steg.

Förutom författarna har Martin Lardén, Niklas Långström, Fredrik Dahlin och Lars Krantz från Kriminalvårdens utvecklingsenhet medverkat till rapporten med synpunkter och kommentarer efter granskning av den vetenskapliga analysen och rapportens utformning.

Martin Grann
Professor, utvecklingschef

SAMMANFATTNING

12-stegsbehandling har sitt ursprung i organisationen Anonyma alkoholister och är en väl etablerad behandlingsform för personer med missbruks- och beroendeproblematik. Då missbruk av alkohol och droger är en kraftfull riskfaktor för återfall i brott har 12-stegsbehandling sedan början av 1990-talet använts inom svensk kriminalvård i syfte att minska klienternas brottsåterfall. Tidigare internationella studier antyder att klienter som genomgått 12-stegsbehandling i anstalt mindre ofta återfallit i brott. En övergripande utvärdering av Kriminalvårdens narkotikasatsning från BRÅ pekar i samma riktning. Detta är en mer ingående studie av om deltagare i 12-stegsprogram inom Kriminalvården i Sverige har minskad risk för återfall i brott.

Åren 2003 till 2006 genomgick 2 848 personer 12-stegsbehandling inom Kriminalvården. Dessa jämfördes med en kontrollgrupp om 7 962 klienter som inte gått i behandling, beträffande återfall i något nytt brott som lett till kriminalvårdspåföljd under uppföljningsperioden (t.o.m. 2007-09-01). Studien är en retrospektiv uppföljning med kvasiexperimentell design, vilket innebär att information som kontinuerligt samlats in i Kriminalvårdens ordinarie verksamhet används och analyseras statistiskt. Till analyserna använde vi Cox regression, en analysmetod som tar hänsyn till olika uppföljningstider och systematiska skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp av annat slag än själva behandlingen. Klienternas ålder, antal eller typ av tidigare brottslighet etc. skiljer sig ofta åt mellan grupperna redan från början. För att få fram en mer rättvisande jämförelse av behandlingens möjliga effekter måste man därför hantera dessa skillnader statistiskt. Detta justerade mått kallas hazardkvot (eng. Hazard Ratio, HR) och uttrycker storleken på risken för återfall i brott.

Resultatet visar att de klienter som genomgått 12-stegsbehandling under anstaltsvistelse har minskad risk att återfalla i nya brott. För de klienter som fullföljt behandlingen är återfallsrisken 17 procent lägre jämfört med klienterna i kontrollgruppen. Resultatet är statistiskt säkerställt.

En kompletterande ekonomisk analys av vilken återbäring en investering i 12-stegsprogram kan ge sett ur statskassans perspektiv har också genomförts. Analysen innefattar kostnader för att driva programmen balanserade mot de ”intäkter” programmen gett genom att reducera återfallen i brott. ”Intäkter” avser alltså kostnaderna för den brottslighet som undvikits genom reduktionen av återfallsrisken som programmen medfört. Enligt denna beräkning har en besparing i skattemedel gjorts om totalt 164 miljoner kronor på två år.

De positiva resultat som 12-stegsprogrammen uppvisar i denna studie bör tolkas med försiktighet. Faktorer som rör exempelvis klienternas attityder, hjälpsökande och motivation har inte varit möjliga att hantera i den statistiska analysen. Ett annat problem är att vi inte riktigt säkert vet vad det är för innehåll i de behandlingar som utvärderats. Vi kan därför inte utesluta att det finns andra faktorer, förutom behandlingen i sig, som kan ha bidragit till resultatet.

BAKGRUND

PROGRAMVERKSAMHET I KRIMINALVÅRDEN

En av Kriminalvårdens huvuduppgifter är att minska klienters återfall i brott och missbruk.¹ För att lyckas med detta viktiga arbete har brotts- och missbruksprogram införts på anstalter och inom frivården. Kriminalvårdens vision är att klienter ska vara bättre rustade för ett liv utan kriminalitet och droger, när de lämnar verksamheten. Visionen har formulerats med mottot ”Bättre ut”².

Ett steg mot detta mål är att enbart bedriva brotts- och missbruksrelaterade behandlingsprogram³ som i forskning visat sig minska återfall i brott, eller *evidensbaserade* program. Detta innebär att programmet har undersöks av varandra oberoende forskare i studier med god forskningsmetodik⁴ och funnits ha brottsreducerande effekt.

Som ett led i att kvalitetssäkra behandlingsverksamheten inom Kriminalvården prövas och granskas varje nytt behandlingsprogram av en ackrediteringspanel som sätts samman av medlemmar ur Kriminalvårdens vetenskapliga råd. För att ett program ska bli ackrediterat och därmed godkänt att användas inom Kriminalvården krävs bland annat:

- Att dokument som teori-, program-, bedömnings- och utvärderings-, genomförande- samt programutbildningsmanualer utarbetats.
- Att det finns en tydlig, vetenskapligt förankrad förändringsmodell och att programmetts fokus ligger på att minska dynamiska (föränderliga) riskfaktorer för brottsåterfall.
- Att det säkerställs att programmet genomförs på rätt sätt, mot rätt urval av klienter, av kompetent personal, och att insatsen dokumenteras för att möjliggöra uppföljning och kvalitetssäkring.
- Att programmet fortlöpande utvärderas genom att klienter som har gått programmet följs upp med avseende på återfall i brott och jämförs med en likartad klientgrupp som inte har genomgått programmet.

¹ Kriminalvården. (2006). *Kriminalvård i Sverige*. Norrköping: Kriminalvården.

² Kriminalvården. (2007). *Bättre ut*. Norrköping: Kriminalvården.

³ I Kriminalvården talar man om påverkansprogram eller brotts- och missbruksrelaterade program. I internationell vetenskaplig litteratur används oftast begreppen ”offender treatment” eller ”offender rehabilitation”, där treatment är det begrepp som oftast används för att beskriva denna typ av påverkansprogram. Vi har valt att genomgående använda begreppen behandling och behandlingsprogram för att lättare kunna relatera våra resultat till ett internationellt sammanhang.

⁴ Innefattar t.ex. slumpmässig fördelning av klienter till behandling respektive kontrollförhållanden, jämförbara kontrollgrupper, samt hantering av skillnader mellan grupper innan behandling.

Inom Kriminalvården bedrivs idag ett tjugotal behandlingsprogram varav 13⁵ är ackrediterade. Sedan 2002 pågår på Kriminalvårdens huvudkontor en nationell insamling och sammanställning av data utifrån behandlarnas dokumentation av klienter i behandlingsprogrammen. Målsättningen är att samtliga ackrediterade program inom Kriminalvården ska utvärderas.

Utifrån dessa data har hittills ett program utvärderats; missbruksprogrammet Våga Välja i en undersökning⁶ där en grupp klienter som hade genomgått Våga Välja åren 2002-2006 visade sig ha 14 procent lägre risk för återfall i brott än en kontrollgrupp, kontrollerat för möjliga påverkansfaktorer. När det gäller 12-stepsprogrammen bedömde Kriminalvårdens ackrediteringspanel 2007 att det inte var möjligt att gå vidare mot ackreditering, eftersom internationell forskning inte visat på övertygande effekter av 12-stepsbehandling för narkomaner. Det ansågs vara angeläget att utvärdera myndighetens 12-stepsverksamhet innan det kan provas för ackreditering.

12-STEGSPROGRAM

12-stepsprogrammen har sina rötter i 1930-talets USA och vänder sig i första hand till personer med alkohol- eller narkotikaberoende. Grundstrukturen för behandlingen återfinns i de tolv steg som självhjälpsrörelsen Anonyma alkoholister (AA) utvecklat.

Behandlingen syftar till att hjälpa den beroende att inse sitt hjälpbehov och påbörja ett arbete utifrån de tolv stegen. I föreläsningar och grupper beskrivs sjukdomen och den enskilde ges möjlighet att själv avgöra om han/hon är beroende eller inte. Insikten om beroende är en förutsättning för att arbeta vidare i de tolv stegen. En så kallad primärbehandling pågår vanligen i fyra veckor och man går då igenom de tre första stegen. Dessa omfattar i stora drag att få insikt om sin sjukdom, finna hopp till en förändring och ta beslut om att göra denna förändring. Den enskilde deltar frivilligt i en gruppgemenskap där man delar sina erfarenheter med andra i ett försök att tillfriskna från ett missbruk.⁷ De tolv stegen fungerar som personlig vägledning till ett nyktert liv. Medlemmarna hjälper sig själva och andra att bibehålla sin nykterhet.⁸ De flesta som arbetar inom 12-stepsbehandling har själva erfarenhet av beroende och av att använda behandlingen. 12-stepsprogram har kognitiva komponenter som innebär att man kartlägger sina tankemönster och tränar på att ändra dessa. 12-stepsprogram beskrivs ofta som ett andligt program men det finns inget krav på att vara eller bli troende. Man använder begreppet Gud men i stegen hänvisas också till en högre kraft. Denna högre kraft definieras inte någonstans och för många är själva självhjälpsgruppen denna högre kraft.

12-STEGSPROGRAM INOM SVENSK KRIMINALVÅRD

12-stepsprogrammen vänder sig till klienter som har en missbruksproblematik avseende alkohol eller narkotika. 12-stepsprogram bedrivs enbart i anstalt och i första hand på särskilda behandlingsavdelningar som klienterna själva söker till. En ny struktur på Kriminalvårdens 12-stepsprogram infördes 2008, dessförinnan varierade programstrukturen mellan anstalterna.

⁵ De ackrediterade behandlingsprogrammen inom svensk Kriminalvård är: Aggression Replacement Training (ART), Beteende-Samtal-Förändring (BSF), Brotts-Brytet (BB), Cognitive Skills (CS) och CS påbyggnad, Enhanced Thinking Skills (ETS), Integrated Domestic Abuse Program (IDAP), One To One (OTO), Program for Reducing Individual Substance Misuse (PRISM), Relation och Samlevnad (ROS) grupp och individuellt, Våga Välja (VV), Återfallspreventionsprogrammet (ÅP) samt Prime for life (ackrediterat med villkor).

⁶ Danielsson, M., Dahlin, F., & Grann, M. (2008). *Våga Välja: Utvärdering av återfall för åren 2002-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

⁷ Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.

⁸ Gorski, T. (1996). *Att förstå de tolv stegen*. Stockholm/Stehag: Symposion.

Denna studie utvärderar alltså resultat från behandlingar som genomfördes innan den nya programstrukturen fastställdes. År 2005 fanns 12-stegsbehandling på 14 anstalter⁹ och i slutet av 2008 bedrevs 12-stegsbehandling i någon omfattning på 10 anstalter.

12-stegsprogrammen har anpassats till fängelsemiljö och strävan är att klienten ska kunna fortsätta sin behandling genom en så kallad vårdvistelse under senare delen av verkställigheten eller efter frigivning. Klienten ska efter behandlingen själv kunna sköta sin nykterhet genom att gå på AA-möten och genomföra de olika stegen för tillfrisknande. Program bedrivs i dag inom Kriminalvården i tre olika nivåer; *introduktion, grundbehandling* och *förlängd behandling*.

Introduktionen syftar till att presentera programmet och ge den enskilde tillräckligt underlag för att ta ställning till om han/hon vill genomgå behandling. Den tar cirka 70 timmar att genomföra.

Grundbehandling går igenom de tre första stegen och genomförs på ungefär 200 timmar. Man deltar i grupp cirka tre dagar i veckan, lyssnar på föreläsningar, ser filmer och gör individuella arbetsuppgifter. Möjlighet ges också till enskilda samtal med den alkohol- och drogterapeut som leder gruppen. I förlängd behandling går man igenom förändringsstegen 4-9 och även underhållsstegen 10-12.

AKTUELL FORSKNING OM 12-STEGSPROGRAM

Flera aktuella studier har granskat effekten av 12-stegsbehandling¹⁰ på missbruk för personer utan allvarlig kriminell problematik. En systematisk forskningsöversikt från 2008 påvisade inte något starkt stöd för att 12-stegsprogram skulle vara effektiva för att minska alkoholberoende.¹¹ I en rapport från Socialstyrelsen¹² utvärderades 12-stegsprogrammens effektivitet. I den klassificerades 12-steg som evidensbaserad behandling som kan minska missbruk men bara för dem med missbruk av alkohol, inte narkotika. Enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), visade 12-stegsprogram¹³ på bättre resultat än s.k. standardbehandling. Då 12-stegsbehandling jämfördes med specifik behandling, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT), fann man att dessa nådde liknande resultat, dock med något högre andel helnyktra bland dem som gått 12-stegsprogram.¹⁴

⁹ Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.

¹⁰ För enkelhetens skull har vi inte gjort någon skillnad på olika typer av 12-stegsbehandling i texten. Begreppet kan även inkludera behandling enligt Alcoholics Anonymous (AA), Narcotics Anonymous (NA) eller Minnesotamodellen.

¹¹ Ferri, M. M. F., Amato, L., & Davoli, M. (2006). *Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence* [Elektronisk version]. Cochrane database of systematic reviews, 2006:3.

¹² Socialstyrelsen. (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården: *Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem* (Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg, 2007-102-2). Stockholm: Socialstyrelsen.

¹³ Enligt SBU-rapporten *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* delas psykosocial behandling för alkoholproblem in i fem metoder. Dessa är 1) Motivationsmetodik, 2) Metoder specifikt inriktade på förändringar av missbruksbeteendet, 3) metoder inriktade på bakomliggande faktorer till missbruksbeteendet, 4) Allmänt stödjande rådgivning och 5) Behandling inriktad på partner eller anhörig. 12-stegsbehandling hör till metod 2. Frågan som undersökts är om dessa behandlingar har effekt jämfört med ingen behandling alls. I studien ingår fyra AA/12-stegsstudier.

¹⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsmanställning* (SBU-rapport, 156/I). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

I delrapporten om narkotikaberoende drogs slutsatsen att omlärande behandlingar, där 12-stepsprogram ingår,¹⁵ inte hade effekt för opiat- och cannabisberoende men en svag statistiskt signifikant effekt för kokainberoende.¹⁶ I den mycket omfattande studien Projekt MATCH¹⁷ jämfördes 12-stepsbehandling med Motivation Enhancement Therapy (MET), en variant av motiverande samtal, och KBT. I vissa avseenden utföll 12-stepsbehandling bättre än övriga undersökta behandlingar för att minska alkoholmissbruk. I studien inkluderades dock inga kriminalvårdsklienter. Därför ger studien bara begränsad kunskap om effekten för missbruksreduktion för alkoholmissbrukare med våldsproblematik och de som får behandling som en del i en fängelsedom.

Mer relevant är därför den systematiska översikt av internationell forskning från 2006 där effekterna av anstaltsbaserad behandling mot missbruk av alkohol och narkotika på risken för återfall i brott och missbruk undersöktes.¹⁸ I kategorin gruppbehandling där 12-stepsprogram ingick fann man stöd för minskning i brott men inte i missbruk.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har nyligen utvärderat effekten av narkotikabehandling i anstalt inom den svenska Kriminalvården.¹⁹ Studien visade att för den som påbörjat någon missbruksbehandling inom Kriminalvården (12-stepsprogram, Våga välja, Brottsbrytet, Cognitive skills eller BSF - Beteende, samtal, förändring) var risken att återfalla åtta procentenheter lägre än om man inte gått i behandling. Den skillnaden i återfall avser männen men inte kvinnorna. Skillnaden avser också bara dem som är minst 30 år. I rapporten konstaterades också att behandlingsavdelningar som erbjöd 12-stepsbehandling föreföll särskilt effektiva. När man fokuserade enbart på dem som gått 12-stepsprogram så hade de elva procentenheter lägre återfall i brott än kontrollgruppen.

SYFTET MED UNDERSÖKNINGEN

Syftet med denna undersökning var att studera om de som genomgått 12-stepsprogram ofta lyckas undvika brottsåterfall än de som inte gjort det. Ett andra syfte är att preliminärt undersöka ekonomiska vinster av att driva 12-stepsprogram.

¹⁵ 12-stepsbehandling ingår under kategorin omlärande (reduktiva) behandlingsformer.

¹⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsammanställning* (SBU-rapport, 156/II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

¹⁷ Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

¹⁸ Mitchell, O. Wilson, D., & MacKenzie, D. (2006). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behaviour* [Elektronisk version]. Campbell systematic reviews, 2006:11.

¹⁹ Brottsförebyggande rådet. (2008). *Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse: En effektstudie* (BRÅ-rapport, 2008:18). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

METOD

KÄLLOR

Denna undersökning bygger bl.a. på registerdata, information som tidigare samlats in av olika skäl²⁰ och som i efterhand analyseras i forskningssyfte. De register som har använts är:

1. Kriminalvårdsregistret (KVR) för information om klienternas brottsprofil och påföljder.
2. Klientinformationssystemet KLAS-KVA och Kriminalvårdens ASI²¹-databas för alkohol- och narkotikaanvändning.
3. Agresso[®]-systemet för löneutbetalningar till klienter.

Till skillnad från övriga, samtliga ackrediterade, programverksamheter där programledarna särskilt dokumenterar behandlingen på individnivå fås informationen om klientens deltagande i 12-stegsbehandling från lönesystemet Agresso[®]. För varje timme som en klient deltar i behandling utgår en ersättning och antalet timmar registreras i systemet. Detta innebär att det specifika innehållet i dessa timmar kan variera över tid och mellan olika anstalter.

URVAL

För att vara aktuell för undersökningen skulle klienten ha frigivits från en anstalt inom Kriminalvården mellan 2003-01-01 och 2006-12-31. En klient som hade avtjänat en längre verkställighet på anstalt och därefter frigavs i början av 2003 ingick således i studien. Den person som påbörjat sin verkställighet inom perioden men frigavs efter 2006-12-31 ingick däremot inte i studien.

Vi hade ingen systematisk och därför användbar information om en klient hade genomgått behandlingsprogram eller annat påverkansarbete före eller efter den aktuella undersökningsperioden. Detta gällde både inom och utanför Kriminalvården.

BEHANDLINGSGRUPP

I behandlingsgruppen ingick samtliga klienter som gått 12-stegsprogram inom Kriminalvården åren 2003 till 2006, totalt 2 848 personer. Klienterna kunde under perioden ha gått andra brotts- eller missbruksprogram i Kriminalvårdens regi. Antalet dagar klienterna gått i 12-stegsprogram var i medeltal 19 heldagar.

Uppföljningstiden var i genomsnitt 549 dagar i behandlingsgruppen. Andelen män var 87 procent, medelåldern 39 år och antalet dagar de befunnit sig i anstalt under den senaste verkställigheten i genomsnitt 176 dagar²².

²⁰ För mer information om användandet av registerdata i svensk forskning se Otterblad Olausson, P., Spetz, C. L., & Rosén, M. (2004). Stor användning av registerdata i svensk forskning: En nordisk konkurrensfördel. *Norsk Epidemiologi*, 14 (1), 125-128.

²¹ ASI (Addiction Severity Index) -intervjun är ett strukturerat bedömningsinstrument med 180 stycken frågor inom sju livsområden, bl.a. alkohol och narkotika. Den utvecklades i USA av Thomas McLellan.

²² *Tid i anstalt* används genomgående i stället för utdömd strafftid eftersom detta även avspeglar om klienten har varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte har avtjänat sin dom på anstalt.

Som nämnts ovan användes information från lönesystemet Agresso® för att ta reda på antalet timmar klienten gått i behandling. Det innebär att om en klient fått ersättning för t.ex. 75 timmar i 12-stegsbehandling så antogs han/hon ha deltagit i behandling lika många timmar. I grunddata fanns inga uppgifter om en klient fullföljt eller avbrutit 12-stegsprogrammet. För att kunna jämföra dessa grupper av klienter skapades variabeln *fullföljt/avbrutit 12-stegsbehandling*.

Två kriterier ställdes upp för att säkerställa att en klient fullföljt 12-stegsbehandling: a) klienten har fått betalt för deltagande i 12-stegsprogram den sista veckan i anstalt, b) klienten har någon gång under sin verkställighet haft vistelse på t.ex. behandlingshem enligt §34 Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL). Klienter som uppfyllde minst ett av dessa två kriterier bedömdes ha fullföljt 12-stegsprogram.

KONTROLLGRUPP

Kontrollgruppen är ett selekterat urval av alla klienter som frigivits från Kriminalvården under åren 2003-2006, som dessutom registrerats som alkohol- eller drogmisbrukare och inte deltagit i något av Kriminalvårdens nationella program under perioden. Kontrollgruppen bestod av 7 962 personer. Uppföljningstiden för kontrollgruppen var i genomsnitt 515 dagar. 93 procent var män, medelåldern 36 år, och den genomsnittliga tiden i anstalt 171 dagar under senaste verkställigheten.

SKATTNING AV DROGANVÄNDNING

För att kunna hantera skillnader i missbruk mellan klienterna användes information från KLAS-KVA som upprättas för klienten vid verkställighetens början, samt information från ASI-intervjun i de fall en sådan genomförts. Vid skattning av i vilken utsträckning en klient missbrukar alkohol eller narkotika används en tvågradig (0, 1) respektive en tregradig (0, 1, 2) skattning. Skattningen 0 innebär att klienten inte har något missbruksproblem. En klients alkoholanvändning skattas 1 om han/hon använt alkohol så att fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar uppstått för personen själv eller någon i dennes omgivning under de senaste tolv månaderna i frihet. För narkotikamisbruk innebär 1 att klienten använt narkotika de senaste tolv månaderna i frihet men att detta ej bedöms som gravt missbruk medan ett gravt missbruk skattas 2. Personen ska då t.ex. ha injicerat narkotika vid minst ett tillfälle eller använt narkotika på annat sätt så gott som dagligen de senaste tolv månaderna i frihet.

Skattningen av graden av missbruk enligt ASI-intervjun kan variera mellan 0 och 9. 0-1 motsvarar bedömningen "Inget problem, behandling krävs inte". På samma sätt motsvarar 2-3 "Litet problem, behandling krävs troligen inte", 4-5 "Måttligt problem, viss behandling krävs", 6-7 "Avsevärt problem, behandling krävs" och 8-9 "Uttalat problem, behandling krävs absolut".

Generellt anpassades för denna studie ASI-intervjuns tiogradiga skala till Kriminalvårdens klassificeringssystem med två respektive tre grader. 0-1 enligt ASI-intervjun motsvarar 0 enligt Kriminalvårdens skattning avseende bruk av alkohol och narkotika. ASI-intervjuns 2-9 motsvaras av 1 i Kriminalvårdens alkoholproblemskattning. Vad gäller narkotika motsvarar 2-3 i ASI-intervjun 1 i Kriminalvården medan 4-9 motsvarar 2.

Alla klienter i behandlingsgruppen har antagits vara missbrukare av alkohol och/eller narkotika oavsett om det noterats eller inte i ursprungsdata. I behandlingsgruppen har 52 procent skattats som grava narkotikamisbrukare. Motsvarande andel i kontrollgruppen är 62 procent. Skillnaden är statistiskt säkerställd. Det går dock inte att vidare analysera datamaterialet uppdelat på drogskattning. Att jämföra brottsåterfall uppdelat på dem som missbrukar alkohol med dem som missbrukar narkotika är alltså inte möjligt på grund av brister i grunddata.

UTFALLSMÅTT

Ett återfall definierades som datum för första brott under uppföljningsperioden. Brottet måste finnas i en dom som lett till kriminalvårdspåföljd som vunnit laga kraft samt registrerats i kriminalvårdsregistret (KVR) senast 2007-10-01. För en klient som t.ex. avlidit under uppföljningsperioden sträcker sig uppföljningstiden fram till dagen för dödsfallet. Detta gäller såväl behandlingsgrupp som kontrollgrupp. I den aktuella undersökningen varierar uppföljningstiden mellan 0,0²³ och 4,7 år.

STATISTISKA ANALYSER

Vi jämförde andelen återfall i behandlingsgruppen med andelen återfall i kontrollgruppen och fick fram en ojusterad uppskattning av den ökade eller minskade risken att återfalla i brott. Problemet med denna jämförelse var att den inte tar hänsyn till andra kända riskfaktorer för återfall i brott och som oftast skiljer sig mellan behandlings- och kontrollgrupp redan innan behandling.²⁴ För de statistiska analyserna i denna undersökning användes därför *Cox regression*, en multivariat analysmetod som statistiskt tar hänsyn till andra påverkansfaktorer (på engelska kallade ”confounding” faktorer eller ”confounders”). Kännetecknande för en sådan påverkansfaktor är att den samvarierar eller korrelerar (positivt eller negativt) med både den beroende variabeln (dvs. det man vill undersöka förekomst av - här återfall i brott) och den oberoende variabeln (dvs. det man vill testa effekten av - här behandling). De påverkansfaktorer som analyserades och valdes ut till dessa Cox regressioner beskrivs närmare i Bilagorna 1 och 2. Ytterligare en fördel med att använda Cox regression är att man kan ta hänsyn till tidsaspekter som olika lång uppföljningstid.

Cox regressionen ger ett kvantitativt mått på samband eller risk som kallas hazardkvot (HR; engelska Hazard Ratio). En hazardkvot på 1 innebär att de båda grupperna är lika och inte skiljer sig åt i återfallsrisk, kontrollerat för de andra faktorerna som ingår i analysen. Ett värde under 1 innebär att den behandlade gruppen har en lägre återfallsrisk än kontrollgruppen, medan en hazardkvot över 1 innebär en förhöjd återfallsrisk för den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen. För att signifikantesta hazardkvoten används ett 95-procentigt konfidensintervall (KI) där det sanna värdet med 95 procents sannolikhet ligger inom intervallet. Hazardkvoten är signifikant på 95-procentsnivån om konfidensintervallet inte innehåller värdet 1.

Analyserna har utförts i statistikprogrammet SAS[®] (Statistical Analysis System) version 9.1.

²³ 0,0 år innebär att vissa klienter återföll samma dag som behandlingen avslutades eller avbröts, respektive uppföljningstiden inleddes.

²⁴ Andrews, D. A., & Bonta, J. (4th ed.) (2006). *The psychology of criminal conduct*. Ohio: Anderson Publishing Co.

RESULTAT

RISK FÖR ÅTERFALL

Utvärderingen av 12-stepsprogrammen visade att andelen personer som återfaller i brott är lägre i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. Tabell 1 anger andelen klienter som återfaller respektive inte återfaller i behandlingsgruppen och i kontrollgruppen. Klienterna i behandlingsgruppen ligger cirka tre och en halv procentenheter lägre än kontrollgruppen i risk att återfalla i brott. Resultatet är inte statistiskt kontrollerat för andra påverkansfaktorer.

Tabell 1. Återfall i något brott bland de klienter som deltagit i 12-stepsbehandling inom Kriminalvården 2003-2006 respektive kontrollgruppen som ej gått något program under samma period.

Grupp	Återfall	Icke- återfall	Totalt	Andel återfall (%)
Behandlingsgrupp	1 304	1 544	2 848	45,8
Kontrollgrupp	3 915	4 047	7 962	49,2
Totalt	5 219	5 591	10 810	48,3

Vi undersökte samtliga påverkansfaktorer (Bilaga 1); dels var för sig i förhållande till behandlingsgrupp och kontrollgrupp, dels till återfall i brott. Vi fann ingen statistiskt säkerställd skillnad avseende påverkansfaktorerna *tid i anstalt, rån, även grovt, utvisning i dom* och *övriga för-mögenhetsbrott*. Dessa fyra påverkansfaktorer uteslöts därmed från den vidare analysen nedan.

Tabell 2. Risk för återfall i något brott för de klienter som deltagit i 12-stegsbehandling inom Kriminalvården jämfört med kontrollgruppen 2003-2006, justerad för övriga uppmätta påverkansfaktorer i en multivariat Cox regressionsmodell.

<i>Undersökt faktor</i>	<i>Justerad hazardkvot</i>	<i>95% konfidensintervall</i>
Timmar i 12-stegsbehandling per 40tim ^a vecka	0,98*	0,96-0,99

Not:

*Signifikant effektstorlek (5%-nivå)

Modellen är justerad för påverkansfaktorerna *ålder, kön, nordiskt medborgarskap, gravt narkotikamissbruk, tidigare verkställigheter samt brottsprofilerna våldsbrott, sexualbrott, tillgreppsbrott, brott mot allmänhet och stat, trafikbrott, ej rattfylleri, rattfylleri, även grovt, narkotikabrott/varusmuggling och brott mot övriga lagrum* (jfr Bilaga 1).

Faktorerna *tid i anstalt, utvisning i dom, rån, även grovt* och *övriga förmögenhetsbrott* prövades också initialt men uteläts ur analysen då de inte skilde sig åt signifikant mellan dem som fullföljt behandling och kontrollgruppen respektive mellan dem som återföll och inte, eller var för få för en meningsfull analys (jfr Bilaga 1).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid eftersom detta även avspeglar om klienten har varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte har avtjänat sin dom på anstalt.

Tidigare verkställigheter definieras som antal tidigare kriminalvårdsverkställigheter under de senaste fem åren före aktuell verkställighet.

Gravt narkotikamissbruk definieras här som att 1) personen 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 och/eller 2) skattningen 4-9 av graden av missbruk i en ASI-intervju.

Brottsprofil definieras som förekomst av en viss typ av brott som ligger till grund för aktuell verkställighet samt under de senaste fem åren före aktuell verkställighet. En person kan ha lagförts för brott i mer än en brottskategori.

a) *Timmar i 12-stegsbehandling* definieras som antal timmar klienten har fått betalt för deltagande i 12-stegsprogram.

Resultatet av Cox regressionen i tabell 2 visar att de klienter som har gått 12-stegsprogram uppvisar 2,5 procent lägre risk att återfalla i brott jämfört med kontrollgruppen, *kontrollerat för övriga påverkansfaktorer*. Resultatet avser riskreduktion per vecka. Klienter som har gått sju veckor i behandling i genomsnitt skulle enligt våra beräkningar ha cirka 16 procent (HR=0,84)²⁵ lägre risk för återfall i brott jämfört med kontrollgruppen. Sju veckor motsvarar ungefär 12-stegsprogrammens introduktion och grundbehandling på 70+200 timmar. Behandlingsgruppen har i medeltal gått cirka 4 veckor i 12-stegsbehandling och återfallsrisken i den gruppen skulle enligt våra beräkningar vara cirka 10 procent (HR=0,90)²⁶ lägre än i kontrollgruppen.

²⁵ 0,975 upphöjt i sju ger hazardkvoten 0,837.

²⁶ 0,975 upphöjt i fyra ger hazardkvoten 0,904.

FULLFÖLJD ELLER AVBRUTEN BEHANDLING.

I detta avsnitt presenteras resultatet av undersökningen utifrån att en klient fullföljt eller avbrutit 12-stegsbehandlingen. De som fullföljt behandlingen har i genomsnitt gått 157 timmar och de som avbrutit har gått 105 timmar i behandling.

Tabell 3. Återfall i något brott bland de klienter som fullföljt eller avbrutit 12-stegsbehandling inom Kriminalvården 2003-2006 respektive kontrollpersoner som ej gått något program under samma period.

Grupp	Återfall	Icke- återfall	Totalt	Andel återfall (%)
Fullföljt behandling	597	814	1 411	42,3
Avbrutit behandling	707	730	1 437	49,2
Kontrollgrupp	3 915	4 047	7 962	49,2
Totalt	5 219	5 591	10 810	48,3

Tabell 3 visar andelen klienter som återfaller till ny verkställighet i var och en av de tre grupperna; fullföljt behandling, avbrutit behandling och kontrollgrupp. Skillnaden i återfallsrisk är sju procentenheter mellan de klienter som fullföljt behandlingen och klienterna i kontrollgruppen. Den som avbryter sin 12-stegsbehandling har samma återfallsrisk som klienterna i kontrollgruppen. Dessa resultat är inte kontrollerade för andra påverkansfaktorer.

I stället för att använda variabeln *timmar i 12-stegsbehandling* i Cox regressionen utgick vi ifrån den variabel vi skapade för att avgöra om en klient fullföljt eller avbrutit sin behandling.

Vi undersökte samtliga påverkansfaktorer (Bilaga 2); dels var för sig i förhållande till gruppen som fullföljt behandling och kontrollgruppen, dels till återfall i brott. Vi fann ingen statistiskt säkerställd skillnad avseende påverkansfaktorerna *tidigare verkställigheter*, *tid i anstalt*, *utvisning i dom* och *kön*. Dessa fyra variabler uteslöts därmed från den vidare analysen nedan.

Cox regressionen ger en hazardkvot på 0,83 (95% KI: 0,76-0,91) och resultatet är statistiskt säkerställt. Resultatet av Cox regressionen, som kan utläsas i tabell 4, visar att de klienter som har fullföljt 12-stegsbehandlingen uppvisar 17 procent lägre risk att återfalla i brott jämfört med kontrollgruppen. Även gruppen klienter som avbrutit sin behandling jämfördes med kontrollgruppen. Mellan dessa grupper fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad.²⁷

²⁷ Hazardkvoten är 1,05 (95% KI: 0,97-1,14).

Tabell 4. Risk för återfall i något brott för de klienter som fullföljt 12-stegsbehandling inom Kriminalvården jämfört med kontrollgruppen 2003-2006, justerad för övriga uppmätta påverkansfaktorer i en multivariat Cox regressionsmodell.

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Fullföljt ^a /avbrutit 12-stegsbehandling	0,83*	0,76-0,90

Not:

*Signifikant effektstorlek (5%-nivå)

Modellen är justerad för påverkansfaktorerna *ålder, nordiskt medborgarskap, gravt narkotikamissbruk* samt brottsprofilerna *våldsbrott, sexualbrott, tillgreppsbrott, rån, även grovt, övriga förmögenhetsbrott, brott mot allmänhet och stat, trafikbrott, ej rattfylleri, rattfylleri, även grovt, narkotikabrott/varusmuggling och brott mot övriga lagrum* (jfr Bilaga 2).

Faktorerna *tidigare verkställigheter, tid i anstalt, utvisning i dom och kön* prövades också initialt men uteslöts ur analysen då de inte skilde sig åt signifikant mellan dem som fullföljt behandling och kontrollgruppen respektive mellan dem som återföll och inte (jfr Bilaga 2).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid eftersom detta även avspeglar om klienten har varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte har avtjänat sin dom på anstalt.

Tidigare verkställigheter definieras som antal tidigare kriminalvårdsverkställigheter under de senaste fem åren före aktuell verkställighet.

Gravt narkotikamissbruk definieras här som att 1) personen 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 och/eller 2) skattningen 4-9 av graden av missbruk i en ASI-intervju.

Brottsprofil definieras som förekomst av en viss typ av brott som ligger till grund för aktuell verkställighet samt under de senaste fem åren före aktuell verkställighet. En person kan ha lagförts för brott i mer än en brottskategori.

a) *Fullföljande av 12-stegsbehandling* definieras som 1) klienten har fått betalt för deltagande i 12-stegsprogram den sista veckan i anstalt och/eller 2) klienten har någon gång under sin verkställighet varit på vistelse på t.ex. behandlingshem enligt §34 Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt (Kval).

EKONOMISKA BERÄKNINGAR

Vi undersökte vilka eventuella ekonomiska besparingar som kunde göras av att driva 12-stepsprogram inom Kriminalvården. Där utgick vi från de behandlingsresultat som presenterats i denna rapport samt uppgifter som behövdes för att beräkna kostnader av olika slag, t.ex. hur mycket Kriminalvården betalar under ett år för att bedriva 12-stepsbehandling. Det var svårt att göra exakta ekonomiska beräkningar på en komplex verksamhet vars huvuduppgift inte är att vara vinstdrivande, vilket medförde ett antal svåra antaganden och uppskattningar. Därför bör man vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser utifrån analysens resultat.

I beräkningarna innefattades kostnader för att driva program samt ”intäkter”. Med ”intäkter” avses besparingar för den brottslighet som undviks till följd av minskade återfall i brott. Att minska återfall i brott innebär förstås också ett minskat lidande för dem som annars skulle ha utsatts, direkt eller indirekt. Den typen av humanitära vinster med behandlingsprogram är dock inte medräknade.

Investeringskostnader för att utveckla och införa program var särskilt svårbedömda för 12-stepsprogrammen då de vuxit fram under lång tid, till stor del utanför Kriminalvården. Detta innebär att myndighetens egna kostnader har varit begränsade och uteslöts därför ur beräkningarna.

ANTAGANDEN

I beräkningarna användes två år som den tid under vilken en deltagare i 12-stepsprogram avhållit sig från att begå nya brott som en följd av deltagande i programmet. Någorlunda säkra antagande bedömdes möjliga att göra med ett tvåårsperspektiv varför vi använde två år som beräkningsgrund för den ekonomiska effekten.

I beräkningen utgick vi från den genomsnittliga kostnaden för en missbrukare som är direkt kopplad till brottslighet. Dessutom åsamkar missbrukaren samhället kostnader som inte är direkt kopplade till brottslighet. Dessa kan teoretiskt sett uppstå även om missbrukaren upphört med sin brottslighet, och inkluderades därför inte i beräkningarna. Inkluderade är alltså kostnader för rättsväsendet, försäkringsbolag och brottsoffer.²⁸ Bland de kostnader som inte inkluderades fanns t.ex. skattebortfall, socialbidrag, sjukvårdskostnader m.m. En majoritet av klienterna som fullföljt 12-stepsbehandling har en missbruksproblematik avseende narkotika.²⁹ Utifrån resonemanget ovan bedömdes den genomsnittliga klienten genom sin kriminalitet orsaka statskassan kostnader på 759 000 kronor³⁰ årligen.

²⁸ Kostnader som drabbar andra än statskassan, t.ex. försäkringsbolag och brottsoffer, har värderats till 28% som är aktuell bolagsskatt. Om försäkringsbolagen gör besparingar i minskade skadegleringar är antagandet att de betalar 28% av besparingen i bolagsskatt.

²⁹ Av dem som fullföljt 12-stepsprogram saknade 367 personer (26%) skattning på narkotikavariabeln. Bland de 1 044 klienterna i gruppen med skattning hade 74 % registrerats för narkotikaproblem. I kontrollgruppen hade alla skattning på narkotikavariabeln och 93% hade registrerats för narkotikaproblem.

³⁰ Beloppet är framräknat utifrån de grunddata som presenteras i: Nilsson, I., & Wadeskog, A., (2006). *Ur samhällets perspektiv: En introduktion till socioekonomiska bokslut*. Stockholm: NUTEK.

När vi beräknade driftskostnader utgick vi från hela behandlingsgruppen (n=2 848) och vid beräkningar av intäkter utgick vi från de i behandlingsgruppen som fullföljt 12-stegsbehandling (n=1 411).

EKONOMISK BERÄKNING

INTÄKTER

För att göra ekonomiska beräkningar på intäkter behövde vi räkna ut antalet klienter som antas ha undvikit återfall i brottslighet.

Antal återfall i behandlingsgruppen är känt (n=597). För att fastställa hur många av deltagarna i behandlingsgruppen som fullföljt 12-stegsprogram som skulle ha återfallit, om de inte deltagit i programmet, har vi räknat på följande sätt:

- Antal återfall i behandlingsgrupp (n=597) dividerat med
- Hazardkvoten mellan de som fullföljt 12-stegsbehandling vs. kontrollgrupp (HR=0,83)

Detta ger 719 klienter ($597 / 0,83$). Antal klienter som undvikit återfall i brott på grund av att de fullföljt 12-stegsbehandling blir då $719 - 597 = 122$ klienter.

Programmets ”intäkter” för åren 2003 till 2006 blir då: $759\ 000$ (kostnad per klient och år) \times 122 (antal som undvikit återfall) \times 2 (år) = 186 MSEK³¹

DRIFTSKOSTNADER

Driftskostnaderna har genererats då behandling genomförts för 2 848 deltagare och avser kostnader för terapeuten och en medarbetare ur avdelningspersonalen. I genomsnitt har klienterna deltagit 131 timmar i 12-stegsbehandling. Antalet individer som deltar i varje grupsittning var i medeltal cirka 10 personer³². Vi har multiplicerat antal timmar i medeltal med antalet klienter och dividerat med medelantalet klienter i varje grupp. Detta ger $131 \times 2\ 848 / 10 = 37\ 300$, vilket betyder att det uppskattningsvis bedrivits 37 300 timmar 12-stegsbehandling under åren 2003 till 2006.

Vi använde medelvärdet för terapeutarvode från 2004 (463 kr/timme³³) i beräkningen. Detta är ett generellt medelvärde avseende både extern personal och Kriminalvårdens anställda personal³⁴. En medarbetare ur avdelningspersonalen antogs delta parallellt med terapeuten och vi räknade med en ersättning om 270 kr/timme³⁵. Den kostnaden reducerades med hälften till 135 kr på grund av avdrag för alternativkostnader som skulle ha uppstått även om inte särskilt program bedrivits. Totalkostnad per timme, inklusive förarbete etc., var således 598 kr (463 + 135).

Programmets driftskostnader för åren 2003 till 2006 blir då: $37\ 300$ (producerade timmar) \times 598 (personalkostnad per timme) = 22 MSEK.

³¹ MSEK = miljoner kronor

³² Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.

³³ Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.

³⁴ Kriminalvårdens anställda personal beräknas kosta 270 kr per timme. En heltidsanställd 12-stegsterapeut beräknas arbeta 25 timmar per vecka i programverksamhet, vilket ger en kostnad på 432 kr per internt producerad programtimme.

³⁵ Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.

BESPARING

Programmets ”intäkter” för åren 2003 till 2006 är 186 MSEK. Den totala driftskostnaden för 12-stepsprogram åren 2003 till 2006 uppgår till 22 MSEK. Sett ur statskassans perspektiv har en besparing i skattemedel härmed gjorts om totalt 164 MSEK (186 MSEK - 22 MSEK) tack vare avbruten kriminalitet under två år för 122 personer.³⁶

Ovanstående beräkningar grundar sig på den undersökta gruppen vars deltagande i 12-steps-behandling sträcker sig över fyra år. För att konkretisera de ekonomiska effekterna på lokal verksamhetsnivå kan följande grova räkneexempel användas:

- Tio personer börjar 12-stepsbehandling. Dessa kan tillsammans förväntas kosta $598 \text{ kr} \times 131 \text{ h} = 78\,000 \text{ kr}$.
- Fem av dessa kan förväntas fullfölja behandlingen (se tabell 3). En av dessa kan förväntas att inte återfalla i brott på grund av deltagande i 12-stepsprogrammet (riskminskningen är knappt 20 procent), vilket ger en statsfinansiell besparing på drygt 1,5 MSEK under två år utan återfall.
- Att genomföra en 12-stepsbehandling för en grupp om tio personer på en anstalt kan alltså beräknas kosta cirka 78 000 kr och ge statsfinansiella besparingar på cirka 1,5 MSEK.

³⁶ Siffrorna avser inte diskonterade värden. Om värdena nuvärdesberäknas sjunker vinsten. Svårigheten att välja avkastningskrav gör dock att vi avstått från diskontering.

DISKUSSION

Den i samhället väletablerade 12-stegsbehandlingen syftar till nykterhet och drogfrihet, något som har betydelse för att motverka återfall i brott. Denna undersökning är gjord på registerdata från perioden 2003 till 2006 i en retrospektiv jämförande s.k. kvasiexperimentell studie.

Resultaten visar på minskad återfallsrisk för klienter som genomgått 12-stegsprogrammen. De som fullföljt programmet har 17 procent lägre risk jämfört med kontrollgruppen och resultatet är statistiskt säkerställt. Ett viktigt resultat är att de klienter som väljer att avbryta sin 12-stegsbehandling inte återfaller i större utsträckning än kontrollgruppen. Det innebär alltså att för den undersökta gruppen finns det inte någon förhöjd risk att påbörja och sedan avbryta en behandling.

12-stegsprogrammen vänder sig till klienter med missbruks- och beroendeproblem. För de individer som lider av alkoholberoende och drogmissbruk får missbruket ofta genomgripande ekonomiska och sociala konsekvenser. Våld och annan kriminalitet, rattfylleri, och annan självdestruktivitet är ofta kopplade till missbruk. Om personer som gått 12-stegsbehandling återfaller i brott i mindre utsträckning innebär det troligen också att de själva kommer att leva ett mindre riskabelt liv, samt att andra människor drabbas av mindre lidande direkt och indirekt i form av våld och andra typer av brott.

Förutom de personliga vinster det innebär för klienter som undviker återfall i nya brott och de presumtiva offer för brottslighet som undgår att drabbas finns även samhällsekonomiska vinster. En majoritet av klienterna i studien var narkotikamissbrukare. Många brott som narkotikamissbrukare begår finansierar ett aktivt narkotikamissbruk och det orsakar samhället stor ekonomisk skada. Av klienterna i undersökningen har 30-40 procent under de senaste fem åren dömts för tillgreppsbrott. I vår ekonomiska kalkyl beräknas statskassan minska sina utgifter med cirka 164 miljoner kronor på två år på grund av reducerade återfall i brott.

Ett positivt resultat likt det som 12-stegsprogrammen uppvisar i den här studien bör dock tolkas med försiktighet. Det kan inte uteslutas att det finnas andra förklaringar till det positiva resultatet förutom 12-stegsprogrammen i sig. Ett problem är att vi inte riktigt säkert vet vad det är för innehåll i de behandlingar som utvärderats. En annan möjlig förklaring kan vara att 12-stegsbehandlingen inom Kriminalvården ges på behandlingsavdelningar som till viss del liknar terapeutiska samhällen. Det finns forskning som ger stöd åt att terapeutiska samhällen i sig ger effekt på återfallsrisken.³⁷ Författarna betonar dock att man varken ska underskatta eller överskatta den metod eller det program som används inom det terapeutiska samhället. Behandlingsavdelningen är skild från andra s.k. normalavdelningar och alla intagna som vistas där har skrivit kontrakt på att delta i behandling under sin verkställighet. Det torde vara en fördel för klienterna och behandlingsresultatet att eventuell negativ påverkan från andra klienter är mindre på behandlingsavdelningarna.

En annan möjlig delförklaring till resultatet kan vara att de som gått 12-stegsbehandling utgör ett särskilt urval av dem som dömts till anstaltspåföljd. Vi vet att behandlingsgruppen skiljer sig från kontrollgruppen på många variabler, och även om vi kontrollerat för skillnader i de mest centrala riskfaktorerna för brottsåterfall så kan vi inte utesluta andra skillnader mellan grupperna. Det är t.ex. rimligt att anta att de som väljer att gå i behandling på särskilda avdelningar, och dessutom skriva kontrakt, inte är representativa för samtliga klienter.

³⁷ McGuire, J. (2002). *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: John Wiley & sons Ltd.

De har förmodligen högre motivation att förändra sitt beteende. Ytterligare en förklaring kan vara att många av de klienter som gått 12-stepsprogram på anstalt slussas ut till behandlingshem med 12-stepsprogram utanför Kriminalvårdens regi. Klienten fortsätter alltså att gå i behandling även efter avtjänat straff vilket borde minska riskerna för återfall i brott. Den specifika frågan om vad som är verksamt behöver utredas med utvidgade analyser.

12-stepsprogram är i dag en etablerad behandlingsmetod för missbruk. Kompetens utanför anstaltsmiljön kan hämtas in och det finns förhoppningsvis därmed erforderlig behandlar-kompetens på många olika platser i landet. Att behandlingen är etablerad i samhället kan underlätta för klienter att både påbörja och fortsätta med en behandling efter att anstaltsvis-telsen avslutats.

LITTERATURLISTA

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (4th ed.) (2006). *The psychology of criminal conduct*. Ohio: Anderson Publishing Co.
- Brottsförebyggande rådet. (2008). *Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse: En effektstudie* (BRÅ-rapport, 2008:18). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Danielsson, M., Dahlin, F., & Grann, M. (2008). *Våga Välja: Utvärdering av återfall för åren 2002-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Ferri, M. M. F., Amato, L., & Davoli, M. (2006). *Alcoholics anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence* [Elektronisk version]. Cochrane database of systematic reviews, 2006:3.
- Gorski, T. (1996). *Att förstå de tolv stegen*. Stockholm/Stehag: Symposion.
- Kriminalvården. (2006). *Kriminalvård i Sverige*. Norrköping: Kriminalvården.
- Kriminalvården. (2007). *Bättre ut*. Norrköping: Kriminalvården.
- McGuire, J. (2002). *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: John Wiley & sons Ltd.
- Mitchell, O. Wilson, D., & MacKenzie, D. (2006). *The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behaviour* [Elektronisk version]. Campbell systematic reviews, 2006:11.
- Nilsson, I., & Wadeskog, A. (2006). *Ur samhällets perspektiv: En introduktion till socioekonomiska bokslut*. Stockholm: NUTEK.
- Norberg, I. (2005). *Tolvstegsprogram i kriminalvården: Kartläggning och inventering våren 2005*. Norrköping: Kriminalvården.
- Otterblad Olausson, P., Spetz, C. L., & Rosén, M. (2004). Stor användning av registerdata i svensk forskning: En nordisk konkurrensfördel. *Norsk Epidemiologi*, 14 (1), 125-128.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem* (Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg, 2007-102-2). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsmanställning* (SBU-rapport, 156/I). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsmanställning* (SBU-rapport, 156/II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

BILAGA 1

ANALYS AV PÅVERKANSFAKTORER MELLAN BEHANDLINGS- OCH KONTROLLGRUPP.

Tabell 1:1a. Kontinuerliga påverkansfaktorer bland de klienter som deltagit i 12-stegsbehandling inom Kriminalvården och kontrollgruppen 2003-2006, samt bland de som återfallit och inte återfallit.

Undersökt faktor	Behandlings- vs. Kontrollgrupp		Återfall i något brott	
	Behandling (n=2 848) Medelvärde	Kontroll (n=7 962) Medelvärde	Ja (n=5 219) Medelvärde	Nej (n=5 591) Medelvärde
Ålder (år)	39,3	35,9 **	35,8	37,8 **
Tid i anstalt (dagar) ^a	175,5	171,5	152,1	191,7 **
Tidigare verkställigheter (antal) ^b	1,6	1,5 *	2,1	0,9 *

Not:

Jämförelserna är gjorda för varje undersökt faktor inom "Behandlings- vs. kontrollgrupp" samt "Återfall i något brott". *Statistiskt signifikant skillnad med t-test på *5%-nivå **1%-nivå.

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid eftersom detta även avspeglar om klienten har varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte har avtjänat sin dom på anstalt.

Tidigare verkställigheter definieras som antal tidigare kriminalvårdsverkställigheter under de senaste fem åren före aktuell verkställighet.

Tabell 1:1b. Diskreta påverkansfaktorer bland de klienter som deltagit i 12-stepsbehandling inom Kriminalvården och kontrollgruppen 2003-2006, samt bland de som återfallit och inte återfallit.

Undersökt faktor	Behandlings- vs. Kontrollgrupp		Återfall i något brott	
	Behandling (n=2 848) Procent	Kontroll (n=7 962) Procent	Ja (n=5 219) Procent	Nej (n=5 591) Procent
Kön (man)	86,7	92,6 **	91,7	90,4 *
Nordisk medborgarskap	93,4	85,7 **	89,8	85,8 **
Utvisning i dom	0,2	2,8 **	0,7	3,4 **
Gravt narkotikamissbruk ^a	52,0	62,4 **	70,3	49,7 **
Brottsprofil ^b				
Våldsbrott	31,2	34,5 *	35,7	31,6 **
Sexualbrott	0,7	2,2 **	1,4	2,2 *
Tillgreppsbrott	49,6	56,3 **	72,2	38,1 **
Rån, även grovt	8,7	9,2	10,0	8,2 *
Övriga förmögenhetsbrott	45,4	46,5	59,8	33,6 **
Brott mot allmänhet och stat	26,3	30,8 **	36,9	22,8 **
Trafikbrott, ej rattfylleri	55,6	50,5 **	67,3	37,4 **
Rattfylleri, även grovt	58,4	41,0 **	52,8	38,8 **
Narkotikabrott/varusmuggling	55,9	67,8 **	75,9	54,2 **
Brott mot övriga lagrum	56,5	62,1 **	70,8	51,1 **

Not:

Jämförelserna är gjorda för varje undersökt faktor inom "behandlings- vs. kontrollgrupp" samt "Återfall i något brott". * Statistiskt signifikant skillnad med chitvåtest på * 5%-nivå, **1%-nivå

a) *Gravt narkotikamissbruk* definieras här som att 1) personen 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 och/eller 2) skattningen 4-9 av graden av missbruk i en ASI-intervju.

b) *Brottsprofil* definieras som förekomst av en viss typ av brott som ligger till grund för aktuell verkställighet samt under de senaste fem åren före aktuell verkställighet. En person kan ha lagförts för brott i mer än en brottskategori.

BILAGA 2

ANALYS AV PÅVERKANSFAKTORER MELLAN DEM SOM FULLFÖLJT OCH KONTROLLGRUPP

Tabell 2:1a. Kontinuerliga påverkansfaktorer bland de klienter som fullföljt 12-stegsbehandling inom Kriminalvården och kontrollgruppen 2003-2006, samt bland de som återfallit och inte återfallit.

Undersökt faktor	<i>Fullföljda program vs Kontrollgrupp</i>		<i>Återfall i något brott</i>	
	Fullföljda (n=1 411) Medelvärde	Kontroll (n=7 962) Medelvärde	Ja (n=4 512) Medelvärde	Nej (n=4 861) Medelvärde
Ålder (år)	40,7 **	35,9	35,8 **	37,5
Tid i anstalt (dagar) ^a	158,7	171,5	147,9 **	189,7
Tidigare verkställigheter (antal) ^b	1,5	1,5	2,1 **	0,9

Not:

Jämförelserna är gjorda för varje undersökt faktor inom "Fullföljt behandling vs. kontrollgrupp" samt "Återfall i något brott". *Statistiskt signifikant skillnad med t-test på *5%-nivå **1%-nivå.

a) *Tid i anstalt* används genomgående i stället för utdömd strafftid eftersom detta även avspeglar om klienten har varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte har avtjänat sin dom på anstalt.

b) *Tidigare verkställigheter* definieras som antal tidigare kriminalvårdsverkställigheter under de senaste fem åren före aktuell verkställighet.

Tabell 2:1b. Diskreta påverkansfaktorer bland de klienter som fullföljt 12-stegsbehandling inom Kriminalvården och kontrollgruppen 2003-2006, samt bland de som återfallit och inte återfallit.

Undersökt faktor	Fullföljda program vs Kontrollgrupp		Återfall i något brott	
	Fullföljda (n=1 411) Procent	Kontroll (n=7 962) Procent	Ja (n=4 512) Procent	Nej (n=4 861) Procent
Kön (man)	91,3	92,6	91,7	90,4 *
Nordisk medborgarskap (ja vs nej)	95,0 **	85,7	89,8	85,8 **
Utvisning i dom	0,1	2,8	0,7	3,4 **
Gravt narkotikamissbruk ^a	48,1 **	62,4	70,3	49,7 **
Brottsprofil ^b				
Våldsbrott	29,4 *	34,5	35,7	31,6 **
Sexualbrott	1,1 *	2,2	1,4	2,2 *
Tillgreppsbrott	48,2 **	56,3	72,2	38,1 **
Rån, även grovt	7,4 *	9,2	10,0	8,2 *
Övriga förmögenhetsbrott	42,6 *	46,5	59,8	33,6 **
Brott mot allmänhet och stat	23,5 **	30,8	36,9	22,8 **
Trafikbrott, ej rattfylleri	56,2 **	50,5	67,3	37,4 **
Rattfylleri, även grovt	63,6 **	41,0	52,8	38,8 **
Narkotikabrott/varusmuggling	51,9 **	67,8	75,9	54,2 **
Brott mot övriga lagrum	53,5 **	62,1	70,8	51,1 **

Not:

Jämförelserna är gjorda för varje undersökt faktor inom "Fullföljt behandling vs. kontrollgrupp" samt "Återfall i något brott". * Statistiskt signifikant skillnad med chitvåtest på * 5%-nivå, **1%-nivå

a) *Gravt narkotikamissbruk* definieras här som att 1) personen 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 och/eller 2) skattningen 4-9 av graden av missbruk i en ASI-intervju.

b) *Brottsprofil* definieras som förekomst av en viss typ av brott som ligger till grund för aktuell verkställighet samt under de senaste fem åren före aktuell verkställighet. En person kan ha lagförts för brott i mer än en brottskategori.



Kriminalvården

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