

Behandlingsprogrammet ROS i Kriminalvården

Utvärdering av återfall i brott för
programdeltagare 2002-2009



BEHANDLINGSPROGRAMMET ROS I KRIMINALVÅRDEN

UTVÄRDERING AV ÅTERFALL I BROTT FÖR PROGRAMDELTAGARE
ÅREN 2002-2009

Layout: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2013
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställningsnr: 7015
ISBN: 978-91-86903-19-0

Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	1
Sammanfattning	2
Bakgrund	4
<i>Programverksamhet i Kriminalvården</i>	4
<i>Sexualbrott i Sverige</i>	5
<i>Behandlingsprogrammet ROS</i>	6
<i>Syftet med denna undersökning</i>	9
Metod	10
<i>Källor</i>	10
<i>Urval</i>	10
<i>Uppföljning och återfall</i>	11
<i>Statistiska analyser</i>	12
Resultat	14
<i>Risk för återfall i sexualbrott</i>	15
<i>Risk för återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott</i>	17
<i>Analys av reviderat ROS 2006 – 2009</i>	19
Diskussion	22
Litteraturlista	25
Bilaga 1	27
<i>Återfall i brott – analys av störfaktorer mellan behandlings- och jämförelsegrupp</i>	27
Bilaga 2	
<i>Återfall i brott – analys av störfaktorer mellan Klienter som fullföljt behandling och jämförelsegrupp</i>	29

FÖRORD

Kriminalvården har sedan början av 2000-talet satsat på utveckling och genomförande av nationella behandlingsprogram. Att utveckla, pröva och införa ny programverksamhet är ett långsiktigt och omfattande arbete. Behandlingsprogrammen ska dessutom ackrediteras, dvs. 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 används 13 ackrediterade behandlingsprogram inom Kriminalvården. Dessa har bedömts ha förutsättningar att – rätt genomförda – kunna bidra till minskning av återfall i brott eller missbruk. Ett nästa steg är att studera om behandlingsprogram verkligen ger en förväntad minskning av brottsåterfall, Kriminalvårdens allra viktigaste effektindikator. Ansvar för utvärderingarna har utvecklingsenheten vid Kriminalvårdens huvudkontor.

Denna rapport redovisar resultaten från uppföljningen av grupprogrammet ROS för sexualbrottsdömda. Rapporten har författats av Maria Danielsson, Axel Fors och Ingrid Freij och professor Niklas Långström har bidragit med vetenskaplig utformning och granskning.

Emma Ekstrand
tf, chef Utvecklingsenheten

SAMMANFATTNING

För personer som begått sexualbrott och döms till påföljd inom Kriminalvården finns idag ett brottspecifikt behandlingsprogram som avser minska risken för återfall i nya sexualbrott; ROS. Förkortningen står för "Relation och Samlevnad" och programmet ges både enskilt (ROS individuellt) och i grupp (ROS grupp). Det är den senare formen som utvärderas här. Gruppprogrammet ROS har använts framförallt på anstalt sedan 2002 och ackrediterades 2006. Programmet kommer ursprungligen från Kanada men har anpassats något efter svenska förhållanden och kompletterades i samband med att det översattes till svenska. ROS-programmet är ett kognitivt-beteendeterapeutiskt behandlingsprogram med vissa psyko-dynamiska inslag. Gruppbehandlingen pågår under 20 veckor; två programledare träffar då klienterna två gånger i veckan för sammanlagt 168 timmars behandling. Tidigare forskning med sexualbrottsdömda har tyvärr inte kunnat säkerställa om behandling, som testosterondämpande läkemedelsbehandling och kognitiv beteendeterapi, verkligen minskar återfallsrisken i nya sexualbrott. ROS har inte tidigare utvärderats och syftet var därför att undersöka om de som genomgått ROS har minskad återfallsrisk.

Samtliga klienter som påbörjade ROS åren 2002 t.o.m. 2009 och frigavs från anstalt eller påbörjade verkställighet inom frivården utgjorde behandlingsgrupp (n=484). Nittioen procent av behandlingsgruppen påbörjade programmet på anstalt och totalt 80 procent fullföljde hela programmet. Behandlade klienter jämfördes med en sexualbrottsdömd kontrollgrupp som inte genomgått ROS eller programmet Integrated domestic abuse programme, IDAP, mot återfall i partnervåld och dessutom lämnat Kriminalvården åren 2002 t.o.m. 2009 (n=1 982). Vi följde upp alla 2 466 klienter från att de lämnade Kriminalvården till återfall eller som längst t.o.m. 2009-12-31. Vi använde två olika utfallsmått; misstänkta återfall i sexualbrott och misstänkta återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott enligt BRÅs Misstankeregister.

I enlighet med tidigare forskning om sexualbrottsdömda hade både behandlings- och jämförelsegrupp relativt få misstänkta för nya sexualbrott under uppföljningsperioden (8 respektive 10 procent), men fler då icke-sexuella våldsbrott inkluderades (20 respektive 32 procent). För att bättre kunna jämföra de två gruppernas återfallsrisk använde vi analysmetoden Coxregression som statistiskt kontrollerar för olika lång uppföljningstid och störfaktorer; t.ex. antal tidigare brott, vilka kan skilja sig åt mellan grupperna redan innan behandling och påverka återfallsrisken. För återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott fanns en tendens till minskad återfallsrisk för behandlingsgruppen; klienter som påbörjat ROS hade exempelvis en statistiskt icke-säkerställd riskminskning på 10 procent jämfört med jämförelsegruppen. För återfall i sexualbrott enbart fann vi motsatt tendens; klienter som påbörjat programmet hade istället en statistiskt icke-säkerställd riskökning på 25 procent. Motsvarande siffror för dem som *fullföljde* programmen var 18 procent riskminskning för återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott respektive 17 procent riskökning för återfall i sexualbrott.

En icke-signifikant tendens till brottsreducerande effekt påvisades för dem som 2006-2009 behandlats med en något uppdaterad ROS-version kompletterad med ett individuellt förmedlat, sexualbrottspecifikt behandlingstillägg riktat mot bl.a. sexuella avvikelser. Här noterades genomgående icke-signifikanta riskminskningar för dem som påbörjat programmen, 33 procent för återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott och 51 procent för sexualbrott. På grund av det

halverade antalet studerade klienter och påtagligt kortare uppföljningstid blir dock bristande statistisk osäkerhet ett ännu större problem i denna tilläggsanalys.

Den övergripande osäkerheten i resultaten beror bl.a. på begränsade möjligheter att statistiskt säkerställa eventuella behandlingseffekter (s.k. statistisk styrka) och att det fortfarande kan finnas skillnader mellan ROS-deltagare och jämförelseklienter i riskfaktorer för brottsåterfall som vi inte kunnat mäta.

Slutligen konstaterar vi att återfall i nya sexualbrott är ovanliga i register och att det är svårt att säkerställa effekter av behandling. Fortsatta studier med fler behandlade klienter och längre uppföljningstid behövs för säkrare slutsatser.

BAKGRUND

PROGRAMVERKSAMHET I KRIMINALVÅRDEN

Kriminalvårdens främsta uppgift är att minska brottsligheten och öka tryggheten i samhället.¹ En central målsättning är att personer som döms för brott och genomför sin verkställighet i Kriminalvården efteråt ska vara bättre rustade än tidigare att klara ett liv utan kriminalitet och droger. Denna målsättning sammanfattas i mottot ”Bättre ut”.²

Ett steg mot detta mål är att enbart bedriva brotts- och missbruksrelaterade behandlingsprogram³ som är *evidensbaserade* eller som i forskning visat sig minska återfall i brott. Detta innebär att programmet har undersökts i studier med god forskningsmetodik⁴ och befunnits ha brottsreducerande effekt.

Som ett led i att kvalitetssäkra behandlingsverksamheten inom Kriminalvården granskas varje nytt behandlingsprogram av en ackrediteringspanel bestående av medlemmar från Kriminalvårdens vetenskapliga råd. För att ett program ska bli ackrediterat och därmed godkänt för användning krävs bland annat att:

- Det finns en tydlig, vetenskapligt förankrad förändringsmodell och att programmets fokus ligger på att minska dynamiska (föränderliga) riskfaktorer för brottsåterfall.
- Dokument som teori-, program-, bedömnings- och utvärderings-, genomförande- och programutbildningsmanualer har utarbetats.
- Det säkerställs att programmet genomförs på rätt sätt, för rätt klienter, av kompetent personal och att insatsen dokumenteras för att möjliggöra uppföljning och kvalitets-säkring.
- Programmet fortlöpande utvärderas genom att klienter som har gått programmet följs upp beträffande återfall i brott och jämförs med en likartad klientgrupp som inte genomgått programmet.

Inom Kriminalvården bedrivs idag ett tjugotal behandlingsprogram varav 13⁵ är ackrediterade (2013-03-01). Sedan 2002 sker på Kriminalvårdens huvudkontor nationell insamling och sammanställning av data från behandlarnas dokumentation av klienter i behandlingsprogram.

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, eller jämförbara kontrollgrupper samt hantering av skillnader som finns mellan grupperna innan behandling.

⁵ De ackrediterade behandlingsprogram som används inom svensk Kriminalvård är: Beteende-Samtal-Förändring (BSF), Brotts-Brytet (BB), Enhanced Thinking Skills (ETS), Integrated Domestic Abuse Program (IDAP), One-to-One (OTO), Prime for Life, Program for Reducing Individual Substance Misuse (PRISM), Relation och Samlevnad

Utifrån dessa data har hittills åtta program utvärderats och rapporter publicerats; missbruksprogrammen Våga Välja, Prism och Kriminalvårdens 12-stepsprogram, Kriminalvårdens ART-program som riktade sig till klienter med våldsproblematik samt programmen Brott-Brytet, One-to-One, IDAP och ETS med inriktning mot allmän kriminalitet. Klienter som fullföljt Våga Välja åren 2002-2006 visade sig ha 14 procent statistiskt säkerställd lägre risk för återfall i brott än en jämförelsegrupp, kontrollerat för möjliga störfaktorer.⁶ Motsvarande siffra för de klienter som fullföljt Kriminalvårdens 12-stepsprogram var likaså statistiskt säkerställda 17 procent.⁷ Klienter som deltagit i och fullföljt ART hade ingen påvisbar minskad risk för återfall, vare sig i något brott eller i våldsbrottslighet.⁸ För klienter som fullföljt One-to-One påvisades en statistiskt säkerställd riskminskning om 25 procent jämfört med en jämförelsegrupp.⁹ För klienter som fullföljt Prism noterades en statistiskt säkerställd riskminskning på 30 procent.¹⁰ För Brott-Brytet, ETS och IDAP visade analyserna inte på någon statistisk säkerställd skillnad i återfallsrisk mellan behandlingsgruppen och jämförelsegruppen.^{11,12,13} Målsättningen är att samtliga ackrediterade program inom Kriminalvården löpande ska utvärderas med avseende på återfall i brott.

SEXUALBROTT I SVERIGE

Sexualbrott står för en mycket liten del av de polisanmälda brotten i Sverige. Under 2007 utgjorde de endast en procent.¹⁴ Mörkertalet för sexualbrott är dock mycket stort vid jämförelse med andra brottstyper; uppskattningsvis polisanmäls bara mellan tio och tjuugo procent.¹⁵ Vissa sexualbrott anmäls i större utsträckning än andra. T.ex. anmäls grova brott i högre grad liksom fall där gärningsmannen är obekant med offret. De allra flesta personer som misstänks för sexualbrott är män och en majoritet av offren är kvinnor.

Av de nästan 17 000 sexualbrottshandlingar som polisanmäldes under 2010 kategoriserades ungefär hälften som sexuellt ofredande eller blottning och närmare fyrtio procent som våldtäkt eller försök till våldtäkt.¹⁶

Sedan 2005 har Kriminalvården årligen nyintagit 330-375 klienter med sexualbrott som huvudbrott (frivård och anstalt) årligen.¹⁷ Under samma period var 370-470 klienter med huvud-

(ROS) grupp och individuellt, VINN, Våga Välja, Våldspreventivt program (VPP), Återfallspreventionsprogrammet samt Kriminalvårdens 12-stepsprogram.

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

⁷ Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *12-stepsprogram i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

⁸ Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

⁹ Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *Behandlingsprogrammet One to One: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

¹⁰ Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2012). *Behandlingsprogrammet PRISM i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

¹¹ Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *Behandlingsprogrammet Brott-Brytet: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.

¹² Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2012). *Behandlingsprogrammet ETS i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2004-2009*. Norrköping: Kriminalvården.

¹³ Danielsson, M., Fors, A., Freij, I., & Lidman, D. (2012). *Behandlingsprogrammet IDAP i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2004-2007*. Norrköping: Kriminalvården.

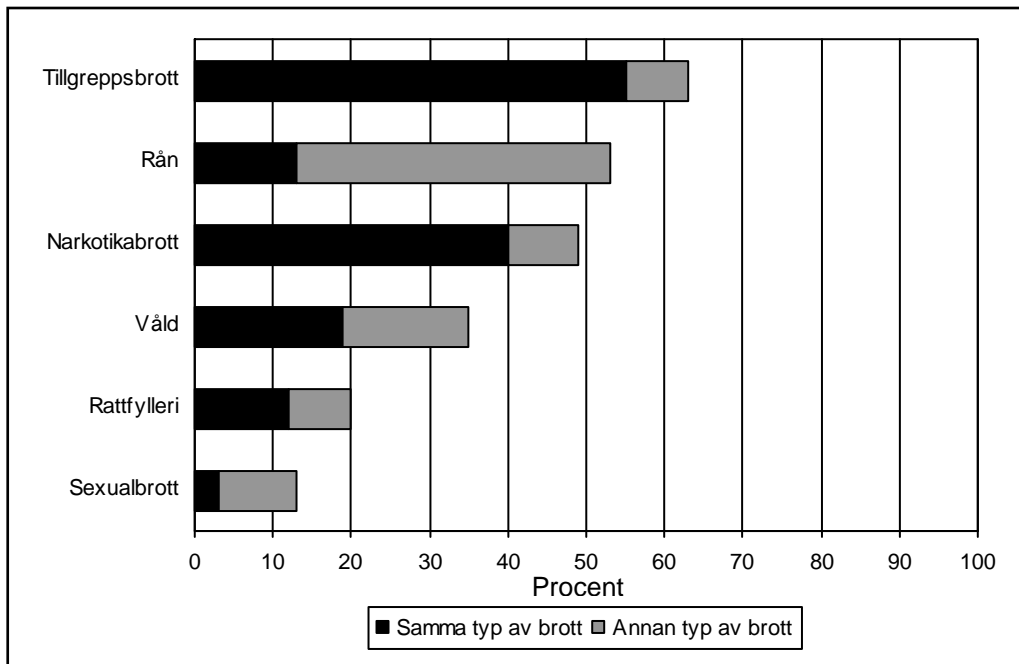
¹⁴ Brottsförebyggande rådet. (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. (Brå-rapport, 2008:23). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

¹⁵ Brottsförebyggande rådet. (2008). *Brottsoffers benägenhet att anmäla brott* (Brå-rapport, 2008:12). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

¹⁶ <http://www.bra.se/>

brottet sexualbrott inskrivna (frivård och anstalt) en enskild dag; sexualbrottsdömda utgjorde därmed 5-9 procent av samtliga inskrivna i anstalt. Av kriminalvårdsklienter som dömts för sexualbrott återfaller 13 procent i något brott (och får en ny kriminalvårdspåföljd) inom tre år efter frigivning, 3 procent återfaller i sexualbrott (se Bild 1).¹⁸

Bild 1. Andel brottsåterfall (med ny kriminalvårdspåföljd) inom tre år, i samma och annan brottstyp, uppdelad på huvudbrott i indexdom. Redovisningen avser dem som frigivits från fängelse eller påbörjat frivård och intensivövervakning åren 1998 - 2007. (Källa: Kriminalvården 2013)



BEHANDLINGSPROGRAMMET ROS

Relations- och Samlevnadsprogrammet (ROS) är ett behandlingsprogram som syftar till att minska återfallsrisken bland sexualbrottsdömda män. Det har använts inom svensk kriminalvård sedan 2002 och ackrediterades 2006. Programmet utformades i den kanadensiska kriminalvården av Pamela Yates och kollegor¹⁹ under namnet ”Sex Offender Treatment Program (moderate intensity)”, SOTP.²⁰ Inom Kriminalvården har SOTP översatts till svenska och modifierats något av psykologerna Elisabeth Kwarnmark och Bengt Hasselrot. Förlagan till ROS är kognitivt beteendeterapeutisk och huvudsakligen gäller det också ROS, men när programmet översattes kompletterades det med psykodynamiska förklaringsmodeller till sexualbrott.

ROS finns både som individual- och grupprogram där en grupp består av 6-8 personer. I den här undersökningen utvärderas grupprogrammet. Behandlingsprogrammet är från och med 2005 20 veckor långt och programledarna träffar klienterna vid 56 gruppsessioner under sammanlagt 168 timmar och därutöver 20 timmar i individualterapi. Före 2005 var programmet 18 veckor långt och bestod av 36 gruppsessioner i totalt 108 timmar. Det motsvarar något färre timmar än det

¹⁷ <http://www.kriminalvarden.se/>

¹⁸ Kriminalvården. (2013). *Kriminalvårdens redovisning om återfall: Uppföljning t.o.m. 2010*. Manuskript under bearbetning. Norrköping: Kriminalvården.

¹⁹ Allison Leier, Elisabeth Jeglic, Greg Martin och Bernard Goguen.

²⁰ Jämför med <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/cor-pro-2009-eng.shtml>

kanadensiska programmet. Det är alltid två programledare som håller i sessionerna varav minst en ska vara psykolog eller motsvarande. Båda ledarna ska ha gått en tio dagar lång utbildning i ROS. Helst skall både en man och en kvinna vara programledare.²¹

ROS är uppbyggt kring fem komponenter baserade på vad tidigare forskning visat är möjliga riskfaktorer för sexuellt våld:

1. Kognitiva förvrängningar och förändringsstrategier
2. Intimitet, relationer och social förmåga
3. Empati och medvetenhet om offret
4. Känslor och hur man hanterar dem
5. Avvikande sexuella fantasier och upphetsningsmönster

Arbetet med den sistnämnda komponenten sker i huvudsak som individuell behandling och skall utföras av legitimerad psykolog, psykoterapeut eller socionom med terapeutisk vidareutbildning under handledning av legitimerad psykoterapeut. Alla fem komponenter innehåller olika teman som man arbetar med kognitivt, psykodynamiskt och pedagogiskt. Härutöver ska den sjätte komponenten Risker, analyser och strategier (eng: self-management) användas under hela programprocessen; den är tänkt att fungera som ett sammanfogande kitt för de övriga komponenterna och innehåller delarna introduktion till behandling, självbiografi, övergreppsanalys och strategier inför framtiden.

Klienter som i flera oberoende bedömningar bedömts ha många psykopatiska personlighetsdrag bör inte delta i ROS-grupp. De ska istället erbjudas individuell ROS-behandling eftersom de ofta är högriskklienter för brottsåterfall. Klienter som uttalat förnekar sina brott bör placeras i behandlingsgrupp med särskild varsamhet. I en grupp bör det inte finnas fler än högst två kategoriskt förnekande klienter. Finns det tillräckligt många förnekande klienter kan de med avsikt placeras i en egen förnekargrupp som arbetar utifrån en modifierad version av ROS som enligt uppgift prövats med viss framgång i Kanada. Man kan också tänka sig att för dessa personer arbeta mer motiverande i så kallade förprogram där komponenterna 2 och 4 ovan ingår för att på sikt kunna motivera klienten till att genomföra hela programmet. De klienter som vare sig talar eller förstår svenska kan inte delta i gruppbehandling. Kan de däremot förstå svenska kan de delta om de kan prata engelska. I övrigt erbjuds individuell behandling men naturligtvis blir denna begränsad beroende på vilket språk klienten behärskar.²²

DOKUMENTATION

Den tid som en klient närvarar/deltar i behandling redovisas i Kriminalvårdens särskilda data-system. De individuella sessionerna ingår också men om dessa fortsätter efter gruppstillfällena får terapeuten idag själv journalföra dessa.

IMPLEMENTERING AV ROS

I ROS' teorimanual poängteras att behandlingen ska utgå från klienten. Istället för en strikt undervisningsform sker individuell inläring och förändring genom att deltagarna använder programmets nyckelbegrepp på sina egna erfarenheter, upplevelser och personliga omständigheter. Inläringen kan kräva hundratals repetitioner av nya förmågor innan dessa verkligen blir integrerade i personen. ROS-behandling är också en process med en dynamisk

²¹ Kriminalvården (2003). *Sexualbrottsdömda män i anstalt: Sexualbrottsdömda män i svensk kriminalvård: programförklaring*. Norrköping: Kriminalvården.

²² Kriminalvården (2003). *Sexualbrottsdömda män i anstalt: Sexualbrottsdömda män i svensk kriminalvård: programförklaring*. Norrköping: Kriminalvården.

relation mellan klient och terapeut; vilket anses gynna en positiv förändring i klientens tänkande, känslor och beteende.²³ ROS kräver hög kompetens hos dem som skall leda programmet, framför allt i förövarpsykologi, gruppdynamik och terapiprocess. Kvalitetssäkringen handlar också om att terapeuten ska vara flexibel gentemot teorimanualen och värna gruppdynamik och terapeutisk allians snarare än att ordagrant följa manualen. För att säkra kvaliteten bedrivs också en omfattande handledning där handledare t.ex. kan delta som observatör på plats under gruppssessionerna eller titta på inspelat videomaterial från sessioner.

TIDIGARE UTVÄRDERING OCH FORSKNING

Behandlingsprogrammet ROS eller dess kanadensiska förebild har inte utvärderats tidigare, vare sig i Sverige eller i något annat land. Effekten av annan sexualbrottsbehandling har dock studerats. I en systematisk översikt från 2008²⁴ presenterades resultat från 69 studier om behandling (medicinsk eller psykosocial) av sexualbrottsdömda män. Författarna drog slutsatsen att behandlingsdeltagande generellt kan vara kopplat till minskade återfall i sexualbrott; effekten beskrevs som liten till måttlig (eng: moderate) och överensstämmande med utvärderingar av behandling gällande dömda för icke-sexuella brott. Effektstorlekarna skilde sig mellan olika behandlingar men de studier som undersökt antiandrogen, hormonell behandling, kognitiv beteendeterapi och klassisk beteendeterapi uppvisade statistiskt signifikanta minskningar av sexualbrottsåterfall.

I en metaanalys²⁵ från 2009 studerade Hanson och medarbetare värdet av de s.k. Risk-, Behovs-, och Mottaglighetsprinciperna vid behandling av sexualbrottsförövare. Schmucker och Lösels²⁶ positiva slutsatser ovan ställs där mot en mer pessimistisk systematisk översikt av Kenworthy med kollegor.²⁷ De senare menar t.o.m. att det är etiskt diskutabelt att erbjuda den behandling som finns tillgänglig idag. Gemensamt för dessa och andra kunskapsöversikter på området är krav på bättre designade studier för säkrare slutsatser. I Hansons och kollegor metaanalys²⁸ bedömdes 23 studier ha tillräckligt bra kvalitet för att tas med. Resultatet visade att andelen återfall i sexualbrott var lägre i gruppen som fått behandling (11%) än för jämförelsegruppen (19%). Från forskning på program för behandling av icke-sexuell kriminalitet vet vi sedan tidigare att de behandlingsprogram som har bäst möjlighet att minska återfall i brott generellt är de som engagerar medel- och högriskklinter på ett meningsfullt sätt. Hanson och medarbetare konstaterar att detsamma verkar gälla för sexualbrottsprogram.

En systematisk litteraturoversikt²⁹ från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) klargör kunskapsläget specifikt för behandling av förövare av sexuella övergrepp mot barn. Författarna konstaterar att det finns anmärkningsvärt litet behandlingsforskning av god kvalitet på området och att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att säkert bedöma om kognitiv

²³ Yates, P. (2005). *ROS Relations- och Samlevnadsprogrammet: Teorimanual* (E. Kvarnmark, & B. Hasselrot, översättning och bearbetning). Norrköping: Kriminalvården. (Originalarbetet publicerat 2000)

²⁴ Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20 (1), 10-19.

²⁵ Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity. Canada: Public Safety.

²⁶ Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20 (1), 10-19.

²⁷ Kenworthy, T., Adams, C.E., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2004). *Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending*. Cochrane database of systematic reviews, issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

²⁸ Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity. Canada: Public Safety.

²⁹ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2011). *Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn – en systematisk litteraturoversikt*. [Elektronisk version]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

beteendeterapi, andra psykologiska behandlingsmetoder eller farmakologisk behandling kan minska sexualbrottsåterfall hos vuxna män som begått sexuella övergrepp mot barn.

En annan aktuell studie³⁰ från Minnesota hade flera likheter med denna ROS-utvärdering; bl.a. användes en s.k. kvasi-experimentell design, alltså inte grupper som slumpmässigt fördelats till behandlings- eller kontrollgrupp, men väl metoder för att kontrollera olikheter dem emellan. Totalt 2 040 sexualbrottsdömda från 1990 t.o.m. 2003 ingick i urvalet, hälften hade fått behandling. Andelen som fullföljde var 70 procent och uppföljningstiden i medeltal 9 år efter frigivning från anstalt. Jämförelsepersonerna matchades fram ur en större grupp för att vara så lika som respektive behandlad person som möjligt beträffande återfallsrisk (genom sk. propensity score-matchning). Man använde Coxregressionsanalyser för att beräkna skillnader i återfallsrisk. Deltagande i behandlingsprogrammet var kopplat till en statistiskt säkerställd riskminskning om 27 procent (hazardkvot [HK]=0,73) för återfall (nya gripanden av polis på brottsmisstanke) i sexualbrott och 18 procent (HK=0,82) för återfall i våldsbrott jämfört med kontrollgruppen.

SYFTET MED DENNA UNDERSÖKNING

Vi ville pröva om de som påbörjat ROS grupprogram i Kriminalvården skiljer sig rörande återfallsrisk från en jämförelsegrupp som inte har påbörjat ROS eller IDAP. Hypotesen var att klienter som *fullföljt* programmet i lägre utsträckning återfaller i brott.

³⁰ Duwe, G., & Goldman, R.A. (2009). The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: Evidence from Minnesota. *Sex Abuse, 21* (3), 279-307.

METOD

KÄLLOR

I undersökningen används information som sammanställts i enlighet med bestämmelserna i Lag om den officiella statistiken (2001:99; 2001:100) samt Kriminalvårdens register. Dessa registerdata består av information som fortlöpande samlats in och som vi i efterhand analyserar i forskningssyfte.³¹ De register som använts är *Misstankeregistret (MR)* och *Kriminalvårdsregistret (KVR)*.

Misstankeregistret²⁹ innehåller information om personer som misstänks för brott som registrerats under åren 1995-2009³⁰. De som förekommer i statistiken över misstänkta personer har av polis, tull eller åklagare bedömts vara skäliga misstänkta för brott under ett kalenderår. Ett beslut har fattats om att inleda åtal, utfärda strafföreläggande, överlämna den misstänkta till utländsk myndighet, meddela åtalsunderlåtelse eller ge ett negativt åtalsbeslut³¹. Personerna ska vara straff-myndiga, alltså 15 år eller äldre. Syftet med statistik över misstänkta personer är att ge en grov bild av hur gruppen misstänkta lagöverträdare ser ut. För statistiken i registret ansvarar Brotts-förebyggande rådet. I denna studie används uppgifter från Misstankeregistret för information om klienters tidigare brottsbelastning och återfall i nya brott.

KVR innehåller information om klienternas brottsprofil och påföljder. I registret finns uppgifter över personer som lagförts för brott och dömts till kriminalvårdspåföljd. Dessutom använde vi de uppgifter som behandlare inom Kriminalvården sedan november 2002 fortlöpande registrerat på särskilt framtagna blanketter om varje enskild klient som påbörjat något behandlingsprogram. Dessa uppgifter har sedan registrerats i Kriminalvårdens interna databaser.

URVAL

För att vara aktuell för undersökningen skulle den sexualbrottsdömde ha frigivits från anstalt eller påbörjat en verkställighet i frivården inom Kriminalvården mellan 2002-01-01 och 2009-12-31. En klient som avtjänat en längre verkställighet på anstalt och frigivits i början av 2002 ingick således i studien. Den person som påbörjat sin verkställighet inom perioden men frigivits 2010-01-01 eller senare ingick däremot inte. Om en klient hade flera verkställigheter under perioden utgick vi från den första. Vi hade inte tillgång till information om klienten eventuellt deltagit i behandlingsprogram eller annat påverkansarbete *utanför* Kriminalvården. Information om en klient genomgått behandlingsprogram eller annat påverkansarbete inom Kriminalvården före den aktuella undersökningsperioden användes inte i våra analyser.

Uppgifter från Misstankeregistret lades till data i Kriminalvårdsregistret för totalt 2 733 sexualbrottsdömda; 514 av dessa hade påbörjat programmet och jämfördes med 2 219 sexualbrotts-

³¹ 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.

²⁹ Data från Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) 2011-01-24 efter prövning och godkännande av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2010/1609-31/5).

³⁰ Datakvaliteten är bättre efter år 1999 då ett nytt system infördes för lagring av uppgifter.

³¹ Dvs. lägga ned undersökningen men inte beroende på att den misstänkte är minderårig eller på att gärningen inte är ett brott som i statistiken över upplärade brott.

dömda som inte påbörjat ROS (eller det relaterade Integrated Domestic Abuse Programme, IDAP, mot återfall i partnervåld). Således användes 5 jämförelsepersoner som inte gått ROS eller IDAP för varje behandlad förövare för att öka kraften i de statistiska analyserna. Av dessa saknade 267 personer (30 i behandlingsgruppen och 237 i jämförelsegruppen) uppgifter om brottsbelastning i Misstankeregistret, uppgift om tid till återfall (om de återfallit), och/eller hade utvisning i dom (och därmed inte kunde följas upp). Den slutliga undersökningspopulationen bestod således av 2 466 personer, 484 som påbörjat ROS-behandling och 1 982 obehandlade jämförelsepersoner.

BEHANDLINGSGRUPP

Behandlingsgruppens 484 sexualbrottsklienter hade alltså samtliga påbörjat (fullföljt eller avbrutit) ROS inom Kriminalvården (på anstalt eller inom frivården) åren 2002 t.o.m. 2009 och uppfyllde ovanstående kriterier. Klienterna kunde under perioden ha deltagit även i andra brotts- eller missbruksprogram i Kriminalvårdens regi. Om en klient deltagit i flera programomgångar av ROS valde vi att inkludera endast den första. Av klienterna i behandlingsgruppen var 436 personer (90%) dömda till någon påföljd som inkluderade fängelse och lika många hade påbörjat ROS i anstalt.

Av dem som påbörjat ROS (hela behandlingsgruppen) fullföljde 396 personer (81%) programmet i sin helhet. Andelen klienter som fullföljde programmet skilde sig åt beroende på var man påbörjade det; 81 procent av dem som gått ROS på anstalt och 92 procent som gått programmet i frivård fullföljde detsamma. Medelåldern i hela behandlingsgruppen var 41 år (intervall: 19-77 år; standardavvikelse: 13 år).

JÄMFÖRELSEGRUPP

Jämförelsegruppen utgjordes av alla manliga klienter som frigivits från anstalt alternativt påbörjat en frivårdsverkställighet inom Kriminalvården mellan 2002-01-01 och 2009-12-31 och som:

- Dömts för sexualbrott enligt Brottsbalken 6 kapitlet och/eller barnpornografibrott enligt Brottsbalken 16 kapitlet, 10a § i dom till nuvarande verkställighet.
- Inte deltagit i behandlingsprogrammen ROS eller IDAP³² under perioden.
- När de dömts till en fängelsepåföljd under den aktuella tidsperioden vistats på Kriminalvårdsanstalt i minst 16 veckor.

Slutligen bestod jämförelsegruppen av 1 982 personer. Medelåldern var 38 år (intervall: 15-82 år; standardavvikelse: 13 år). I jämförelsegruppen hade 1 281 personer (65%) avtjänat verkställigheten i fängelse.

UPPFÖLJNING OCH ÅTERFALL

ÅTERFALL I BROTT

För återfall i brott användes information från Misstankeregistret (MR). I de av Kriminalvården tidigare publicerade rapporterna om risk för återfall efter deltagande i andra behandlingsprogram har Kriminalvårdsregistret (KVR) varit datakällan. Huvudskälet till att i stället använda uppgifter om misstänkta för brott är att återfallsfrekvenser i sexualbrott relativt sett är så låga att det är mycket svårt att statistiskt säkerställa möjliga effekter av behandling. Ett återfall enligt Misstanke-

³² IDAP (Integrated Domestic Abuse Programme) är ett behandlingsprogram som sedan 2004 används inom svensk kriminalvård för män som utövat våld, hot om våld eller andra former av kontrollerande beteende i nära (heterosexuella) relationer.

registret definierades som datum för första misstänkta brott efter frigivning³³, alltså då en person bedömts vara skäligen misstänkt för brott under uppföljningsperioden, och som registrerats i Misstankeregistret senast 2009-12-31.

Vi redovisar i denna studie resultat för misstänkta återfall i *sexualbrott* respektive *våldsbrott inklusive sexualbrott* var för sig. Vi definierade sexualbrott som brott enligt Brottsbalken 6 kapitlet samt 16 kapitlet 10a §. Våldsbrott definierades som mord, dråp, misshandel, olaga hot, grov kvinnofridskränkning, fridskränkning, rån, mordbrand, hot mot tjänsteman, våld mot tjänsteman, människorov, olaga frihetsberövande, olaga tvång och ofredande (BrB 3:1-3, 3:5-6, 4:1-2, 4:4-5, 4:7, 4:4a, 8:5-6, 13:1-2, 17:1). Försöksbrott samt de fall då brottet har ansetts grovt inkluderades också för både sexualbrott och våldsbrott.

BEGREPPEN TID TILL ÅTERFALL OCH UPPFÖLJNINGSPERIOD

I rapporten skiljer vi på två begrepp som beskriver tiden efter frigivning. Med *uppföljningsperiod* avser vi tiden från frigivning ända till studietidens slut, 2009-12-31. Med *tid till återfall* menar vi tiden från frigivning till misstänkt återfall i nytt brott. Detta gäller såväl behandlingsgrupp som jämförelsegrupp. För dem som inte registrerats för brottsmisstanke och inte avlidit under uppföljningen kommer uppföljningsperiod och tid till återfall vara lika långa. Både uppföljningsperioden och tid till återfall är individuella och båda tidsangivelserna varierar från noll dagar till som längst ca åtta år. I de statistiska analyserna tar vi hänsyn till skillnader mellan klienter gällande tid till återfall och dess effekt på risken att återfalla i brott. Att vissa klienter kan ha en uppföljningsperiod på noll dagar beror på att inklusionsperiodens bortre datum och studietidens slut sammanfaller, alltså 31 december, 2009. Med uppföljningsperiod avses alltså den tid vi *kan* följa en klient som längst. Den genomsnittliga uppföljningsperioden var för hela gruppen 3,6 år. Den genomsnittliga tiden till misstänkt återfall i utvärderingen var 1,6 år för sexualbrott (n=246) och 1,3 år för misstänkt återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott (n=732).

För frivårdsklienter använder vi *datum när frivårdsverkställighet inleds* som start på uppföljningsperioden. För de klienter i behandlingsgruppen som avslutar sin behandling inom frivården räknar vi *datum för avslutad behandling* som start för uppföljning istället för datum när frivårdsverkställighet inleds.

STATISTISKA ANALYSER

Ett första steg i jämförande analyser av återfallsrisk mellan två grupper (behandlingsgrupp och jämförelsegrupp) är att jämföra andelen återfall i de båda grupperna. Det värde man då får är en grov ojusterad uppskattning av risken att återfalla. Problemet med denna jämförelse är att den inte tar hänsyn till andra kända riskfaktorer för återfall i brott som oftast skiljer sig mellan behandlings- och jämförelsegrupp redan innan behandlingen påbörjas.³⁴ Sådana riskfaktorer är helt nödvändiga att ta hänsyn till då faktorer som ålder, omfattning och typ av tidigare brottslighet etc. påverkar *både* viljan/möjligheten att delta i program och återfallsrisken. Man riskerar annars att tolka skillnader i återfall mellan behandlings- och jämförelsegrupp som en konsekvens av behandling, när de snarare kan bero på faktorer som fanns där redan innan behandlingen.

³³ För frivårdsklienter ersätts frigivning med påbörjad frivårdsverkställighet och för de i ROS-behandling inom frivården med datum för avslutad behandling.

³⁴ Se t.ex. Andrews, D.A., & Bonta, J. (4th ed.) (2006). *The psychology of criminal conduct*. Ohio: Anderson Publishing Co eller Hanson, R.K., & Bussière, M. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.

Det finns enligt tidigare studier^{35,36} flera faktorer som har särskild betydelse för återfall i sexualbrott och som inte har använts i tidigare utvärderingar av Kriminalvårdens behandlingsprogram. De sexualbrottsspecifika störfaktorer vi har information om och använder är: *Antal tidigare sexualbrott*, *antal tidigare våldsbrott (ej sexualbrott)*, *antal tidigare övriga brott* och *riskbrott* (ja/nej). Riskbrott skattas som närvarande om klienten uppfyller något av följande forskningsbaserade kriterier: något tidigare brottsoffer för sexualbrott under 15 år, något tidigare manligt sexualbrottsoffer, något tidigare icke-kontaktsexbrott eller något tidigare sexuellt ofredande. Riskbrottsvariabeln baserad på dessa fyra störfaktorer har vi valt att konsekvent inkludera i de statistiska analyserna.

För de statistiska analyserna i denna undersökning användes *Coxregression*, en analysmetod som statistiskt tar hänsyn till andra påverkans- eller störfaktorer (eng: "confounding factors" eller "confounders"). Kännetecknande för en sådan faktor är att den samvarierar eller korrelerar (positivt eller negativt) med både exponeringen (dvs. det man vill testa effekten av; här behandling) och utfallet (här återfall i brott). Utöver de fyra sexualbrottsspecifika störfaktorerna enligt ovan inkluderades andra störfaktorer när dessa skiljde sig signifikant åt mellan grupperna. Fördelningen över de olika grupperna beskrivs närmare i bilagorna 1 och 2. Ytterligare en fördel med att använda Coxregression är att man tar hänsyn till att klienternas varierande uppföljningsperioder och därmed möjlighet att återfalla. Coxregressionen ger ett kvantitativt mått på samband eller risk som kallas hazardkvot (HK). En hazardkvot på 1 innebär att undersökta grupper inte skiljer sig åt i återfallsrisk, kontrollerat för varierande uppföljningstid och andra uppmätta störfaktorer. Ett värde under 1 innebär att den behandlade gruppen har lägre återfallsrisk än jämförelsegruppen, medan en hazardkvot över 1 innebär förhöjd återfallsrisk. 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 5-procentsnivån om konfidensintervallet inte innehåller värdet 1. Analyserna utfördes i statistikprogrammet SAS[®] version 9.1.3.

Möjligheten att statistiskt kunna säkerställa verkliga skillnader mellan grupper kallas för en studies statistiska styrka eller "power" och anges med ett värde mellan 0 och 1 (bäst). En power på 0,80 eller högre anger god statistisk styrka. En låg power betyder att vi riskerar att inte statistiskt kunna säkerställa eventuella sanna effekter. Powerberäkningar är gjorda med programmet OpenEpi, version 2, open source calculator-PowerCohort.

³⁵ Duwe, G., & Goldman, R.A. (2009). The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: Evidence from Minnesota. *Sexual Abuse, 21* (3), 279-307.

³⁶ Sjöstedt, G., & Långström, N. (2001). Actuarial assessment of sex offender recidivism risk: A cross-validation of the RRASOR and the Static-99 in Sweden. *Law and Human Behavior, 25* (6), 629-645.

RESULTAT

De som påbörjat ROS-behandling jämfördes beträffande brottsåterfall med en grupp klienter som inte gått programmet. I Tabell 1 redovisas ojusterade andelar av klienter som återfallit i sexualbrott och våldsbrott enligt Misstankeregistret; andelen med återfall i sexualbrott och våldsbrott inklusive sexualbrott är lägst för de klienter som fullföljt ROS (7 respektive 17%) medan återfallstalen för jämförelsegruppen liknar dem för klienter som avbrutit ROS.

Tabell 1. Misstänkta återfall i sexualbrott och våldsbrott (inklusive sexualbrott) enligt Misstankeregistret bland sexualbrottsdömda som deltagit i behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården 2002-2009 respektive jämförelsegruppen som inte gått ROS eller IDAP under samma period (N=2 466).

	Återfall i sexualbrott (%)	Återfall i våldsbrott inkl. sexualbrott (%)	Totalt (n)
ROS-behandlade (alla påbörjade)	38 (8)	97 (20)	484
<i>varav fullföljda</i>	28 (7)	69 (17)	396
<i>varav avbrutna</i>	10 (11)	28 (32)	88
Jämförelse	208(10)	635 (32)	1 982
Totalt	246 (10)	732 (30)	2 466

Dessa s.k. ojusterade återfallstal ger inte en rättvisande bild av hur brottspreventivt ROS eventuellt är eftersom hänsyn inte tagits till olikheter mellan grupperna som fanns från början, redan *innan* behandlingen påbörjats. För att närmre undersöka om skillnaden i återfall är en effekt av programdeltagande, och inte av olika förekomst mellan grupperna av andra riskfaktorer för återfall i brott, undersöktes först samtliga möjliga och för oss mätbara, forskningsbaserade störfaktorer (se Bilaga 1). Störfaktorerna undersöktes dels var för sig i förhållande till behandlingsgrupp och jämförelsegrupp, dels i förhållande till återfall i brott.

RISK FÖR ÅTERFALL I SEXUALBROTT

Effektutvärderingar för sexualbrottsförövarprogram har, som alla utvärderingar, metodproblem som påverkar resultatens säkerhet. Hit hör att relativt sett få klienter som döms till frihetsberövande påföljd (fängelse) och genomgår behandling samt låga återfallstal för sexualbrottsdömda jämfört med förövare av icke-sexuella våldsbrott.

Möjligheten att statistiskt säkerställa effekter av ROS-behandling på återfall i sexualbrott, baserat på antalet behandlade individer och storleken på förväntad återfallsreducerande effekt, beräknades till 0,27 för alla som påbörjat ROS och 0,46 för de som fullföljt programmet. Detta betyder att vi riskerar att inte statistiskt kunna säkerställa eventuella sanna effekter av programmet.

Tabell 2 visar att ha påbörjat ROS-programmet gav en hazardkvot på 1,25 (95% KI: 0,86-1,81), dvs. ingen statistiskt säkerställd skillnad i sexbrottsåterfallsrisk (95% KI innefattar 1,0 vilket innebär att vi inte kan utesluta icke-effekt av ROS) mellan behandlings- och jämförelsegrupperna kontrollerat för övriga störfaktorer. Även om resultatet alltså inte är statistiskt säkerställt antyder hazardkvoten att de som gått i ROS (räknat på samtliga som påbörjat behandling) har en något förhöjd risk att återfalla i sexualbrott enligt Misstankeregistret jämfört med klienter som inte gått i ROS-behandling.

Tabell 2. Risk för återfall i sexualbrott för sexualbrottsdömda som *påbörjat* behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården jämfört med jämförelsegruppen 2002-2009, justerad för uppmätta störfaktorer i en Coxregressionsmodell (N=2 466).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Påbörjat ROS	1,25	0,86 - 1,81

Not:

Modellen är justerad för störfaktorerna *ålder, tid i anstalt, antal tidigare verkställigheter, antal tidigare brott (ej våldsbrott eller sexualbrott), antal tidigare våldsbrott, antal tidigare sexualbrott, påföljd: fängelse, narkotikabrott och riskbrott.*

Faktorerna nordiskt medborgarskap och alkoholrelaterade brott prövades också initialt men uteslöts ur analysen då de inte skilde sig åt signifikant mellan behandlings- och jämförelsegrupperna respektive mellan dem som återföll och inte (jämför Bilaga 1).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid. Detta eftersom utdömd strafftid även avspeglar om klienten varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte avtjänat sin påföljd på anstalt. Klienter som enbart verkställt påföljd inom frivården har ingen tid i anstalt, dvs. värdet 0 på denna variabel.

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

Riskbrott definieras som en eller flera av omständigheterna något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år eller något tidigare sexuellt ofredande.

I Tabell 3 visas motsvarande analys enbart för de klienter som *fullföljt* ROS och jämförelsegruppen. Inför denna analys undersöktes på nytt störfaktorer var för sig i förhållande till behandlingsgrupp och jämförelsegrupp, samt till återfall i sexualbrott. Resultatet visar på en hazardkvot på 1,17 (95% KI: 0,77-1,78) för sexualbrottsåterfall. Detta innebär på nytt ett inte statistiskt säkerställt resultat men en svag tendens till riskökning för återfall i sexualbrott för dem som fullföljt behandlingsprogrammet ROS i förhållande till jämförelsegruppen med hänsyn taget till övriga uppmätta störfaktorer.

Tabell 3. Risk för återfall i sexualbrott för de klienter som **fullföljt** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården jämfört med jämförelsegruppen 2002-2009, justerad för uppmätta störfaktorer i en Coxregressionsmodell (N=2 378).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Fullföljt ROS	1,17	0,77 - 1,78

Not:

Modellen är justerad för störfaktorerna *ålder, tid i anstalt, antal tidigare verkställigheter, antal tidigare brott (ej vålds- eller sexualbrott), antal tidigare våldsbrott, antal tidigare sexualbrott, påföljd: fängelse, narkotikabrott och riskbrott.*

Faktorerna nordiskt medborgarskap och alkoholrelaterade brott prövades också initialt men uteslöts ur analysen då de inte skilde sig åt signifikant mellan behandlings- och jämförelsegrupperna respektive mellan dem som återföll och inte (jämför Bilaga 2).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid. Detta eftersom utdömd strafftid även avspeglar om klienten varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte avtjänat sin påföljd på anstalt. Klienter som enbart verkställt påföljd inom frivården har ingen tid i anstalt, dvs. värdet 0 på denna variabel.

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

Riskbrott definieras som en eller flera av omständigheterna något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år eller något tidigare sexuellt ofredande.

RISK FÖR ÅTERFALL I VÅLDSBROTT INKLUSIVE SEXUALBROTT

Vi gjorde även ovanstående analyser med utfallsmåttet *återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott* enligt Misstankeregistret. Detta då ROS i enlighet med tidigare forskning kan förväntas ha effekt även på icke-sexuellt våld.

Tabell 4 visar en hazardkvot på 0,90 (95% KI: 0,71-1,12) att återfalla i våldsbrott inklusive sexualbrott, dvs. ingen statistiskt säkerställd skillnad i återfallsrisk kontrollerat för övriga stör faktorer kunde påvisas mellan behandlings- och jämförelsegrupp. Även om resultatet inte är statistiskt säkerställt antyder hazardkvoten att behandlingsgruppen hade en marginell riskminskning om tio procent att återfalla i våldsbrott inklusive sexualbrott. Den svaga tendensen är alltså att de som genomgått programmet (räknat på samtliga som påbörjat behandling) har en något minskad risk att återfalla i våldsbrott inklusive sexualbrott i jämförelse med klienter som inte gått i behandlingsprogrammet ROS (eller IDAP).

Tabell 4. Risk för återfall i våldsbrott (inklusive sexualbrott) för de sexualbrottsdömda som **påbörjat** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården jämfört med en jämförelsegrupp 2002-2009, justerad för uppmätta störfaktorer i en Coxregressionsmodell (N=2 466).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Påbörjat ROS	0,90	0,71 - 1,12

Not:

Modellen är justerad för störfaktorerna *ålder, tid i anstalt, antal tidigare verkställigheter, antal tidigare brott (ej vålds- eller sexualbrott), antal tidigare våldsbrott, antal tidigare sexualbrott, påföljd: fängelse, nordiskt medborgarskap, narkotikabrott och riskbrott.*

Faktorn alkoholrelaterade brott prövades också initialt men uteslöts ur analysen då den inte skilde sig åt signifikant mellan behandlings- och jämförelsegrupperna respektive mellan dem som återföll och inte (jämför Bilaga 1).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid. Detta eftersom utdömd strafftid även avspeglar om klienten varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte avtjänat sin påföljd på anstalt. Klienter som enbart verkställt påföljd inom frivården har ingen tid i anstalt, dvs. värdet 0 på denna variabel.

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

Riskbrott definieras som en eller flera av omständigheterna något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år eller något tidigare sexuellt ofredande.

I Tabell 5 visas motsvarande analys enbart för de sexualbrottsklienter som *fullföljt* ROS och jämförelsegruppen. Inför denna analys undersöktes på nytt störfaktorer var för sig i förhållande till behandlingsgrupp och jämförelsegrupp, samt till återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott (jämför Bilaga 2). Resultatet visar en hazardkvot på 0,82 (95% KI: 0,63-1,07) för återfallsrisk i våldsbrott (inklusive sexualbrott), dvs. en icke statistiskt säkerställd tendens till riskminskning för den grupp som fullföljt ROS jämfört med sexualbrottsdömda som inte genomgått programmet.

Tabell 5. Risk för återfall i våldsbrott (inklusive sexualbrott) för sexualbrottsdömda som **fullföljt** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården i förhållande till en jämförelsegrupp 2002-2009, justerad för uppmätta störfaktorer i en Coxregressionsmodell (n=2 378).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Fullföljt ROS	0,82	0,63 - 1,07

Not:

Modellen är justerad för störfaktorerna *ålder, tid i anstalt, antal tidigare verkställigheter, antal tidigare brott (ej vålds- eller sexualbrott), antal tidigare våldsbrott, antal tidigare sexualbrott, påföljd: fängelse, nordiskt medborgarskap, narkotikabrott och riskbrott.*

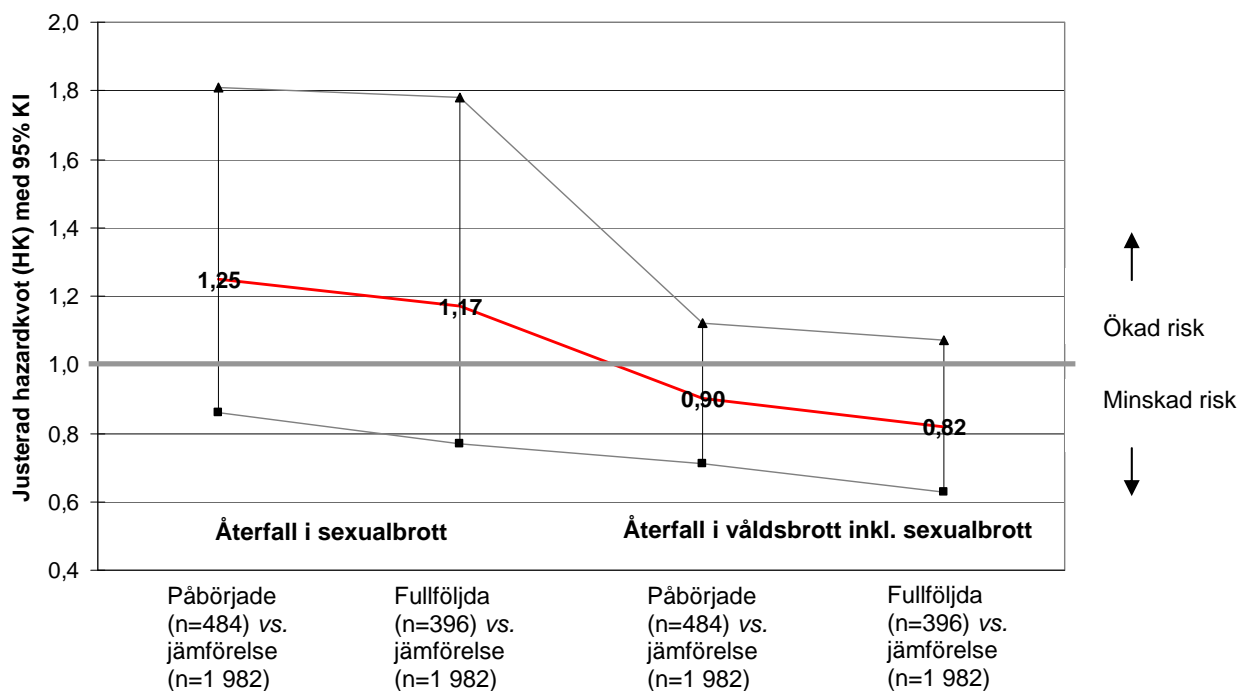
Faktorn alkoholrelaterade brott prövades också initialt men uteslöts ur analysen då den inte skilde sig åt signifikant mellan behandlings- och jämförelsegrupperna respektive mellan dem som återföll och inte (jämför Bilaga 2).

Tid i anstalt används genomgående i stället för utdömd strafftid. Detta eftersom utdömd strafftid även avspeglar om klienten varit häktad under en lång tidsperiod eller av någon anledning inte avtjänat sin påföljd på anstalt. Klienter som enbart verkställt påföljd inom frivården har ingen tid i anstalt, dvs. värdet 0 på denna variabel.

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

Riskbrott definieras som en eller flera av omständigheterna något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år, eller något tidigare sexuellt ofredande.

I Figur 1 sammanfattas studiens huvudresultat grafiskt.



Figur 1. Risk för brottsåterfall enligt Misstankeregistret för sexualbrottsdömda som påbörjat (n=484) respektive fullföljt ROS-behandling (n=396) jämfört med en jämförelsegrupp (n=1 982) i Kriminalvården 2002-2009, justerad för uppmätta störfaktorer i Coxregressionsmodeller.

ANALYS AV REVIDERAT ROS 2006 – 2009

ROS-programmet har under perioden 2002-2009 delvis förändrats för att bättre kunna bemöta klientgruppens riskprofil. Efter de inledande åren 2002-2005 utökades ROS till att utöver behandling mot generell kriminalitet och relationsproblematik omfatta fler sexualbrottspecifika inslag i form av individuellt arbete med bl.a. sexuella avvikelser och hypersexualitet.

Vi har därför utöver huvudanalyserna separat studerat återfall i sexualbrott och våldsbrott (inklusive sexualbrott) för dem som avslutade ROS-programmet 1 juli 2006 t.o.m. 31 december 2009 och som frigavs från anstalt alternativt hade en verkställighet inom frivården under perioden (n=239). Behandlingsgruppen jämfördes med en kontrollgrupp med klienter som också dömts för sexualbrott men inte påbörjat ROS (eller IDAP) åren 2002-2009 och dessutom frigavs från anstalt alternativt påbörjade verkställighet inom frivården 1 juli 2006 t.o.m. 31 december 2009 (n=943).

Vi följde upp klienterna från att de lämnade Kriminalvården till eventuellt återfall eller som längst t.o.m. 2009-12-31. Vi använde som i huvudanalyserna två olika utfallsmått; misstänkta återfall i sexualbrott och återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott enligt Misstankeregistret.

Tabell 6. Misstänkta återfall i sexualbrott och våldsbrott (inklusive sexualbrott) enligt Misstankeregistret bland sexualbrottsdömda som deltagit i ROS inom Kriminalvården 1 juli 2006-2009 respektive jämförelsegruppen som inte gått ROS eller IDAP under samma period (N=1 182).

	Återfall i sexualbrott (%)	Återfall i våldsbrott inkl. sexualbrott (%)	Totalt (n)
ROS-behandlade (alla påbörjade)	3 (1)	22 (9)	239
varav fullföljda	2 (1)	17 (8)	205
varav avbrutna	1 (3)	5 (15)	34
Jämförelse	45 (5)	191 (20)	943
Totalt	48 (4)	213 (18)	1182

Ojusterade återfallstal ger inte en rättvisande bild av hur brottspreventivt ROS eventuellt är om man inte korregerar för störfaktorer (se sid. 13). Störfaktorerna undersöktes dels var för sig i förhållande till behandlingsgrupp och jämförelsegrupp, dels i förhållande till återfall i brott. Analysen redovisas i följande tabeller respektive figur.

RISK FÖR ÅTERFALL I SEXUALBROTT

I Tabell 7 och 8 visas analys av risk för återfall i sexualbrott för klienter som påbörjat respektive fullföljt ROS i jämförelse med jämförelsegruppen. Resultatet visar en hazardkvot på 0,49 (95% KI: 0,15-1,62) för återfallrisk i sexualbrott, dvs. en icke statistiskt säkerställd tendens till riskminskning för den grupp som påbörjat ROS jämfört med sexualbrottsdömda som inte genomgått programmet. För dem som fullföljt ROS blev resultatet en hazardkvot på 0,39 (95% KI: 0,09-1,64), dvs. en icke statistiskt säkerställd tendens till riskminskning efter ROS. Konfidensintervallen är breda, vilket delvis beror på att endast ett fåtal ROS-deltagare har återfallit (tre respektive två) enligt Misstankeregistret.

Tabell 7. Risk för återfall i sexualbrott för sexualbrottsdömda som **påbörjat** ROS inom Kriminalvården jämfört med jämförelsegruppen **1 juli 2006-2009**, beräknat i en Coxregressionsmodell justerad för samma uppmätta störfaktorer som i Tabell 2 ovan (N=1 182).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Påbörjat ROS	0,49	0,15 - 1,62

Not: Endast tre ROS-deltagare förekom i Misstankeregistret och bidrar med information för återfall i sexualbrott.

Tabell 8. Risk för återfall i sexualbrott för de klienter som **fullföljt** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården jämfört med jämförelsegrupp **1 juli 2006-2009**, beräknat i en Coxregressionsmodell justerad för samma uppmätta störfaktorer som i Tabell 3 ovan. (N=1 148).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Fullföljt ROS	0,39	0,09 - 1,64

Not: Endast två ROS-deltagare förekom i Misstankeregistret och bidrar med information om återfall i sexualbrott.

RISK FÖR ÅTERFALL I VÅLDSBROTT INKLUSIVE SEXUALBROTT

I Tabell 9 och 10 visas analys av risk för återfall i våldsbrott (inklusive sexualbrott) för klienter som påbörjat respektive fullföljt ROS i jämförelse med jämförelsegruppen. Resultatet visar en hazardkvot på 0,67 (95% KI: 0,42-1,06) för återfallrisk i våldsbrott (inklusive sexualbrott), dvs. en icke statistiskt säkerställd tendens till riskminskning för den grupp som påbörjat ROS jämfört med sexualbrottsdömda som inte genomgått programmet. För dem som fullföljt ROS blev resultatet en hazardkvot på 0,63 (95% KI: 0,38-1,05), dvs. en icke statistiskt säkerställd tendens till riskminskning efter ROS.

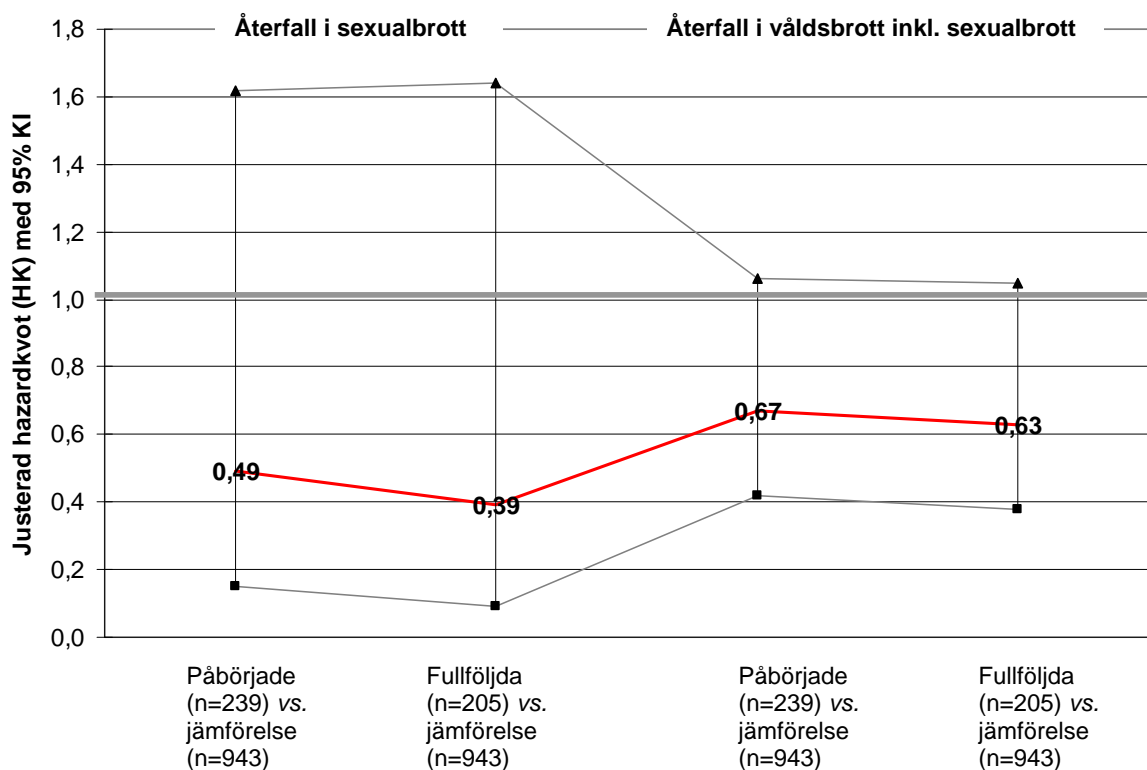
Tabell 9. Risk för återfall i våldsbrott (inklusive sexualbrott) för klienter som **påbörjat** ROS inom Kriminalvården jämfört med jämförelsegrupp **1 juli 2006-2009**, beräknat i en Coxregressionsmodell justerad för samma uppmätta störfaktorer som i Tabell 4 ovan. (N=1 182).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% konfidensintervall
Påbörjat ROS	0,67	0,42 - 1,06

Tabell 10. Risk för återfall i våldsbrott (inklusive sexualbrott) för sexualbrottsdömda som **fullföljt** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården i förhållande till en jämförelsegrupp **1 juli 2006-2009**, beräknat i en Coxregressionsmodell för samma uppmätta störfaktorer som i Tabell 5 ovan (n=148).

Undersökt faktor	Justerad hazardkvot	95% Konfidensintervall
Fullföljt ROS	0,63	0,38 - 1,05

I figur 2 sammanfattas resultatet för dem som genomgick ROS under den senare tidsperioden, dvs. mellan *1 juli 2006 och 31 december 2009*.



Figur 2. Risk för brottsåterfall enligt Misstankeregistret för sexualbrottsdömda som påbörjat respektive fullföljt ROS-behandling (n=239) jämfört med en jämförelsegrupp (n=943) i Kriminalvården **1 juli 2006-2009**, beräknat i en Coxregressionsmodell justerad för samma uppmätta störfaktorer som i figur 1 ovan. Endast tre respektive två ROS-deltagare misstänktes ha återfallit i sexualbrott under uppföljningstiden.

DISKUSSION

I polisens anmälningsstatistik utgör sexualbrott en relativt liten andel av alla brott som begås i Sverige. Mörkertalet för sexualbrott är dock mycket stort och de sexualbrott som oftare än andra kommer till polisens kännedom är av grövre slag eller riktar sig mot ett obekant offer. Mellan fem och nio procent av alla kriminalvårdsklienter har lagförts just för sexualbrott.

Kriminalvården skall använda brottspreventiva metoder för att minska klienternas återfallsrisk och därmed öka samhällsskyddet. För sexualbrottsdömda är återfallstalen generellt sett låga i jämförelse med andra klientgrupper. Ungefär fem procent av sexualbrottsdömda personer återfaller i nya sexualbrott (ny verkställighet i Kriminalvården) inom tre år. Detta kan t.ex. jämföras med att fyrtio procent av dem som dömts för narkotikabrott inom tre år återfallit i nya narkotikabrott.³⁷ Även internationellt är återfallstalen för sexualbrottsdömda personer relativt låga, speciellt i nya sexualbrott.³⁸ Men pga. brottens allvar är förstås varje förhindrat återfall i brott, och därmed reducerat lidande för brottsoffer och samhällskostnader, viktigt. För att kunna arbeta preventivt så att återfallsrisken minskar ytterligare krävs bland annat beprövade behandlingsmetoder och särskilt utbildad personal.

Kriminalvårdens behandlingsprogram för sexualbrottsdömda, Relation och samlevnad (ROS), har funnits i Sverige sedan 2002 och utvärderas nu för första gången. Att återfallstalen är relativt låga och antalet klienter som döms för sexualbrott och genomgår ROS få innebär särskilda metodproblem vid utvärdering. Framför allt gäller påtagligt försämrade förutsättningar (låg statistisk styrka eller ”power”) att statistiskt kunna säkerställa eventuellt positiva effekter av behandlingen. I utvärderingar av andra behandlingsprogram har vi tidigare använt återfallsdata från Kriminalvården. Detta innebär att enbart brott som lett till ny verkställighet inom Kriminalvården, och t.ex. inte brott som leder till böter, registrerats som återfall. Ett sätt att öka den statistiska styrkan i utvärderingen är att använda andra register med information om brott. I utvärderingen av ROS har vi därför använt information från Misstankeregistret (handhas av Brottsförebyggande rådet). De återfallstal som redovisas gäller alltså personer som varit skäligen misstänkta för brott, inte faktiska domar. En annan fördel med detta är att sexualbrott och andra brott i nära relation ofta är svåra att styrka i domstol varför skälig misstanke om brott är en rimlig approximation av återfall i forskningssyfte. Det innebär dock *inte* att vi forskare själva ”dömer” dem som inte blivit lagförda, bara att vi velat öka studiens känslighet.

Återfallstalen påverkas naturligtvis också av uppföljningsperiodens längd. Det ligger i sexualbrottens natur att de mer sällan anmäls än de flesta andra brottstyper. En längre uppföljningsperiod medför därför högre återfallstal och bättre statistisk power. I denna utvärdering hade klienterna olika lång uppföljningsperiod beroende på när de lämnade Kriminalvården, i genomsnitt 3,6 år. Som längst följdes de i åtta år.

Vilka slutsatser kan man då dra; fungerar programmet? Vi har utvärderat om klienter som genomgått ROS återfaller i nya brott i lägre utsträckning än klienter som inte gått i något specifikt sexualbrottsprogram (eller i IDAP, som fokuserar på våld i nära relation, ibland med sexuella undertoner). Resultaten visar på relativt små skillnader mellan behandlings- och

³⁷ Kriminalvården. (2008). *Kriminalvårdens redovisning om återfall: Uppföljning t.o.m. 2006*. Norrköping: Kriminalvården.

³⁸ Se t.ex. Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009 eller Schmucker & Lösel, 2008.

jämförelsegrupp avseende återfall i sexualbrott. Åtta procent av personerna i behandlingsgruppen återföll i nya (misstänkta) sexualbrott jämfört med tio procent av dem som inte påbörjat ROS. Återfallstalen liknar dem för behandlade grupper i tidigare internationella studier³⁹ men är som förväntat högre än de som tidigare redovisats i Sverige där man enbart tittat på lagförda återfall⁴⁰. Skillnaderna i återfallstal ökade för återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott där 20 procent i behandlingsgruppen återföll mot 32 procent i jämförelsegruppen. Dessa återfallstal beskriver dock inte på ett rättvisande sätt hur bra (eller dåligt) behandlingsprogrammet ROS fungerar. Eftersom återfallstalen är ojusterade och alltså inte tar hänsyn till faktorer som vi från tidigare forskning vet har betydelse för återfallsrisken i sexualbrott, krävs ytterligare analyser. Genom Coxregression kan vi väga in sådan information om klienterna för att så långt som möjligt justera resultaten för de olikheter som finns mellan de som påbörjar ROS och jämförelsepersoner redan innan behandling. Sannolikt finns det dock ytterligare skillnader som kan påverka återfallsrisken utöver de faktorer som vi i denna utvärdering haft möjlighet att kontrollera för.

Trots våra försök att öka studiens power genom att följa alla sexualbrottsdömda (behandlade och kontroller) under åren 2002-2009 i Misstankeregistret gick resultaten inte att säkerställa statistiskt (se Figur 1 för en grafisk presentation). Detta motiverar försiktighet med alltför långtgående slutsatser. För återfall i våldsbrott inklusive sexualbrott fanns en tendens till minskad återfallsrisk för behandlingsgruppen; klienter som fullföljde ROS hade exempelvis en statistiskt icke-säkerställd riskminskning på 18 procent jämfört med jämförelsegruppen. Rörande återfall enbart i sexualbrott sågs motsatt tendens; klienter som fullföljt programmet uppvisade istället en statistiskt icke-säkerställd riskökning. Vi gjorde även en underanalys för perioden 1 juli 2006 t.o.m. 2009 av den utökade form av ROS med förstärkt sexualbrottspecifikt arbete (bl.a. angående sexuella avvikelser och hypersexualitet) som introducerades 2006. Denna analys innefattade förstas färre ROS-behandlade klienter och hade kortare uppföljningstid men visade intressant nog ändå på en icke-signifikant tendens (bara 3 ROS-behandlade återföll i misstänkta sexualbrott under den korta uppföljningstiden) till klar reduktion också av återfallsrisk i sexualbrott.

Framtida studier med fler behandlade klienter och längre uppföljningstid kan förhoppningsvis förbättra möjligheten till säkrare slutsatser pga. fler registrerade återfall.

En möjlig förklaring till återfallsriskens olika riktning beroende på utfallsmåttet kan vara klientgruppernas tidigare brottsbelastning. Klienterna i jämförelsegruppen skilde sig från dem i behandlingsgruppen genom att tidigare ha varit misstänkta för såväl fler våldsbrott som fler andra brott (exklusive vålds- eller sexualbrott). Även om vi övergripande kontrollerade för detta i Coxregressionerna kan det ändå reflektera en bredare riskfaktor-/brottsprofil hos klienterna i jämförelsegruppen; här återspeglad i deras relativt sett ökade återfallsrisk i våldsbrott inklusive sexualbrott än specifikt för återfall i sexualbrott jämfört med den behandlade gruppen. Detta skulle kunna tyda på att ROS, åtminstone innan 2006 när man kompletterade programmet med fler sexualbrottspecifika insatser, hade en bättre effekt på riskfaktorer för icke-sexuellt våld eller på att klienter med generellt högre återfallsrisk återfaller i icke-sexuella våldsbrott snarare än i sexualbrott. På grund av en redan från början låg statistisk power och begränsad information om individuella faktorer som motivation, personlighet och återfallsrisk hos klienterna kunde vi inte pröva om behandlingen haft en annan effekt på återfallsrisken hos klienter med från början högre risk för återfall. Resultaten från en annan aktuell studie⁴¹ tyder också på att många lågrisksklienter genomgår ROS.

³⁹ Se t.ex. Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009 eller Schmucker & Lösel, 2008.

⁴⁰ Långström, N., & Sjöstedt, G. (2000). *Att påverka och påverkas: Kriminalvårdens insatser för sexualbrottsdömda i anstalt* (Kriminalvårdens forskningskommitté rapport 1). Norrköping: Kriminalvården.

⁴¹ Hellberg, C., & Lidman, D. (2011). Matchning av klienter till ROS. Norrköping: Kriminalvården.

I denna utvärdering var vissa sexualbrottspecifika riskfaktorer: att ha haft ett manligt sexualbrottsoffer, ett sexualbrottsoffer under 15 år eller att ha begått ett icke-kontaktsexualbrott inte signifikant åtskilda mellan de som återfallit respektive inte återfallit i sexualbrott, men väl vanligare i behandlings- än i jämförelsegruppen. Eventuellt kan dessa karakteristika, åtminstone underårigt offer, ha påverkat klienter och behandlare till att prioritera dessa klienter för ROS-behandling. Detta måste bli föremål för framtida fördjupande studier med rikligare information om störfaktorer, fler behandlade klienter och längre uppföljningstid.

Studien saknar direkt information om klienternas missbruk. Istället har vi använt information från Misstankeregistret om tidigare narkotikabrott och alkoholrelaterade brott som t.ex. rattfylleri. Tanken är att dessa brott skulle vara specifika, om än okända indikatorer, för klienternas missbruk. Hur väl detta verkligen ger en bild av riskfaktorn missbruk, och inte andra faktorer som styr lagföringsrisk för dessa brott, kan naturligtvis diskuteras. Som nämnts ovan har vi också haft begränsad information om individuella faktorer såsom motivation och risknivå som kan påverka om en klient går in i och slutför behandling samt återfallsrisk.

I denna utvärdering har vi av olika skäl inte haft möjligt att randomisera, dvs. slumpmässigt fördela klienter till behandlings- och jämförelsegrupp. Detta skulle kunnat ge säkrare underlag för slutsatser om behandlingens samband med återfallsrisk. Tendensen från tidigare forskning på området^{42,43} är att ju bättre studiedesign, desto svårare är det att hitta verkliga effekter av genomgången behandling, förmodligen därför att man då med slumpens hjälp till grupperna ”fördelat ut” de faktorer som påverkar återfallsrisken utöver en eventuell behandlingseffekt.

Sammanfattningsvis kan sägas att utvärderingen stött på liknande problem som i tidigare studier av återfallsförebyggande behandling för sexualbrottsdömda; främst att hitta en statistiskt säkerställd skillnad i återfallsrisk mellan behandlings- och jämförelsegrupp. Man kan därför inte säkert dra slutsatsen att programmet fungerat men inte heller att det *inte fungerat*. Dock kan det vara motiverat att göra en grundlig genomgång av ROS-programmets innehåll och tillämpning, inte minst att relativt många deltagare är lågriskklinter beträffande återfallsrisk. Att riktningen för återfallsrisken ser olika ut beroende på utfallsmått (enbart sexualbrott eller våldsbrott inklusive sexualbrott) var något oväntat och skulle kunna bero på skillnader i gruppernas riskfaktorprofiler eller att ROS-behandlingen har varierande effekt på dessa riskfaktorer. Framtida fördjupande studier kräver rikligare information om störfaktorer, fler behandlade klienter och längre uppföljningstid. Kanske bör man för att nå detta söka samarbete med andra nordiska eller europeiska länder med liknande program för sexualbrottsdömda och kriminalvårdsorganisation.

⁴² Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009.

⁴³ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2011). *Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn – en systematisk litteraturoversikt*. [Elektronisk version]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

LITTERATURLISTA

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (4th ed.) (2006). *The psychology of criminal conduct*. Ohio: Anderson Publishing Co.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk – 20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: The British Columbia Institute Against Family Violence. Svensk översättning: Belfrage, H., Jarl, B., & Långström, N. (1999). *SVR-20: Riktlinjer för bedömning av risk för sexuellt våld*. Växjö: Landstinget Kronoberg, FoU-enheten.
- Brottsförebyggande rådet. (2008a). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007* (BRÅ rapport 2008:23). Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.
- Brottsförebyggande rådet. (2008b). *Brottsoffers benägenhet att anmäla brott* (Brå-rapport, 2008:12). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Danielsson, M., Dahlin, F., & Grann, M. (2008). *Våga Välja: Utvärdering av återfall för åren 2002-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *12-stegsprogram i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *Behandlingsprogrammet Brott-Brytet: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2009). *Behandlingsprogrammet One-to-One: Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2012). *Behandlingsprogrammet ETS i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2004-2009*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., Freij, I., & Lidman, D. (2012). *Behandlingsprogrammet IDAP i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2004-2007*. Norrköping: Kriminalvården.
- Danielsson, M., Fors, A., & Freij, I. (2012). *Behandlingsprogrammet PRISM i Kriminalvården: Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003-2006*. Norrköping: Kriminalvården.
- Duwe, G., & Goldman, R.A. (2009). The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: Evidence from Minnesota. *Sexual Abuse, 21* (3), 279-307.
- Hanson, R.K., & Bussière, M. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 348-362.

Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*. Canada: Public Safety Canada.

Hellberg, C., & Lidman, D. Matchning av klienter till ROS. Norrköping: Kriminalvården.

Kenworthy, T., Adams, C.E., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2004). *Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending*. Cochrane database of systematic reviews, issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Kriminalvården (2003). *Sexualbrottsdömda män i anstalt: Sexualbrottsdömda män i svensk kriminalvård: programförklaring*. Norrköping: Kriminalvården.

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

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

Kriminalvården. (2013). *Kriminalvårdens redovisning om återfall: Uppföljning t.o.m. 2010*. Manuskript under bearbetning. Norrköping: Kriminalvården.

Långström, N., & Sjöstedt, G. (2000). *Att påverka och påverkas: Kriminalvårdens insatser för sexualbrottsdömda i anstalt* (Kriminalvårdens forskningskommitté rapport 1). 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.

Redondo, S., & Garrido, V. (2008). Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema*, 20 (1), 4-9.

Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20 (1), 10-19.

Sjöstedt, G., & Långström, N. (2001). Actuarial Assessment of Sex Offender Recidivism Risk: A Cross-Validation of the RRASOR and the Static-99 in Sweden. *Law and Human Behavior*, 25 (6), 629-645.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2011). *Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn – en systematisk litteraturöversikt*. [Elektronisk version]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Yates, P. (2005). *ROS Relations- och Samlevnadsprogrammet: Teorimanual* (E. Kwarnmark, & B. Hasselrot, översättning och bearbetning). Norrköping: Kriminalvården. (Originalarbetet publicerat 2000).

<http://www.bra.se/>

<http://www.csc-scc.gc.ca/>

<http://www.kriminalvarden.se/>

BILAGA 1

ÅTERFALL I BROTT – ANALYS AV STÖRFAKTORER MELLAN BEHANDLINGS- OCH JÄMFÖRELSEGRUPP

Bilaga Tabell 1a. Kontinuerliga störfaktorer bland sexualbrottsdömda som deltagit i behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården och jämförelsegruppen 2002-2009, samt bland dem som återfallit och inte återfallit i våldsbrott (inklusive sexualbrott) respektive sexualbrott enligt Misstankeregistret (N=2 466).

Undersökt faktor	Undersökningsgrupp		Återfall i våldsbrott (inkl. sexualbrott)		Återfall i sexualbrott	
	ROS-behandling (n=484)	Jämförelse (n=1 982)	Ja (n=732)	Nej (n=1 734)	Ja (n=246)	Nej (n=2 220)
	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde
Ålder ^	40,8	38,4 **	35,4	40,3 **	37,3	39,0
Tid i anstalt (år) ^	1,5	0,7 **	0,8	0,9 **	0,7	0,9 **
Antal tidigare verkställigheter ^	0,2	0,4 *	0,6	0,2 **	0,5	0,3 **
Antal tidigare brott (ej vålds- eller sexualbrott)	6,6	11,9 **	20,3	6,9 **	16,7	10,2 **
Antal tidigare våldsbrott (ej sexualbrott)	3,1	4,2 **	7,4	2,6 **	5,9	3,8 **
Antal tidigare sexualbrott	3,2	2,7	3,1	2,7	5,2	2,6 **

Not: Statistiskt signifikant skillnad med t-test på *5%-nivå samt **1%-nivå.
 ^ Information från KVR. Övrig information kommer från Misstankeregistret.

Bilaga Tabell 1b. Diskreta störfaktorer bland sexualbrottsdömda som deltagit i behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården och jämförelsegruppen 2002-2009, samt bland dem som återfallit och inte återfallit i våldsbrott (inklusive sexualbrott) och i sexualbrott enligt Misstankeregistret (N=2 466).

Undersökt faktor	Undersökningsgrupp		Återfall i våldsbrott (inkl. sexualbrott)		Återfall i sexualbrott	
	ROS-behandling (n=484)	Jämförelse (n=1 982)	Ja (n=732)	Nej (n=1 734)	Ja (n=246)	Nej (n=2 220)
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent
Aktuell påföljd: Fängelse ^	90,1	64,6 **	64,8	71,7 **	56,9	71,0 **
Nordiskt medborgarskap ^	89,1	85,4 *	82,9	87,4 **	85,4	86,2
Något narkotikabrott	13,6	21,6 **	33,3	14,4 **	27,2	19,2 **
Något alkoholrelaterat brott	14,7	16,8	24,5	13,0 **	16,7	16,4
Något riskbrott ^^	61,0	67,8 **	63,5	67,7 *	76,4	65,3
Manligt offer	9,5	4,5 **	4,0	6,2 *	7,7	5,3
Något icke-kontaktsexualbrott	13,6	8,1 **	5,1	10,9 **	6,9	9,4
Något sexualbrottsoffer under 15 år	53,3	47,9 *	40,0	52,8 **	49,6	48,9
Något sexuellt ofredande	23,1	36,7 **	40,7	31,2 **	52,0	32,0 **

Not: Statistiskt signifikant skillnad med chi2-test på *5%-nivå samt **1%-nivå.

^ Information från KVR. Övrig information kommer från Misstankeregistret.

^^ Riskbrott skattas som närvarande om klienten uppfyller något av följande kriterier: något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år, eller något tidigare sexuellt ofredande.

BILAGA 2

ÅTERFALL I BROTT – ANALYS AV STÖRFAKTORER MELLAN KLIENTER SOM FULLFÖLJT BEHANDLING OCH JÄMFÖRELSEGRUPP

Bilaga Tabell 2a. Kontinuerliga störfaktorer bland de sexualbrottsdömda klienter som *fullföljt* behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården och jämförelsegruppen 2002-2009, samt bland dem som återfallit och inte återfallit i våldsbrott (inklusive sexualbrott) och i sexualbrott enligt Misstankeregistret (n=2 378).

Undersökt faktor	Undersökningsgrupp		Återfall i våldsbrott (inkl. sexualbrott)		Återfall i sexualbrott	
	Fullföljt ROS	Jämförelse	Ja	Nej	Ja	Nej
	(n=396)	(n=1 982)	(n=704)	(n=1 674)	(n=236)	(n=2 142)
	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde	Medelvärde
Ålder ^	41,3	38,4 **	35,3	40,4 **	37,1	39,1 *
Tid i anstalt (år) ^	1,4	0,7 **	0,7	0,9 **	0,6	0,9 **
Antal tidigare verkställigheter ^	0,2	0,4 **	0,6	0,2 **	0,5	0,3 **
Antal tidigare brott (ej vålds- eller sexualbrott)	4,2	11,9 **	20,2	6,6 **	17,0	9,9 **
Antal tidigare våldsbrott (ej sexualbrott)	2,6	4,2 **	7,4	2,5 **	5,9	3,7 **
Antal tidigare sexualbrott	3,5	2,7 *	3,2	2,7	5,3	2,6 **

Not: Statistiskt signifikant skillnad med t-test på *5%-nivå samt **1%-nivå.

^ Information från KVR. Övrig information kommer från Misstankeregistret.

Bilaga Tabell 2b. Diskreta störfaktorer bland sexualbrottsdömda som **fullföljt** behandlingsprogrammet ROS inom Kriminalvården och jämförelsegruppen 2002-2009, samt bland dem som återfallit och inte återfallit i våldsbrott (inklusive sexualbrott) och i sexualbrott enligt Misstankeregistret (n=2 378).

Undersökt faktor	Undersökningsgrupp		Återfall i våldsbrott (inkl. sexualbrott)		Återfall i sexualbrott	
	Fullföljt ROS (n=396) Procent	Jämförelse (n=1 982) Procent	Ja (n=704) Procent	Nej (n=1 674) Procent	Ja (n=236) Procent	Nej (n=2 142) Procent
Påföljd: Fängelse ^	88,9	64,6 **	63,5	70,9 **	55,1	70,2 **
Nordiskt medborgarskap ^	89,7	85,4 *	82,8	87,5 **	85,2	86,2
Något narkotikabrott	10,6	21,6 **	33,1	14,2 **	27,5	18,9 **
Något alkoholrelaterat brott	14,7	16,8	24,3	13,1 **	16,5	16,4
Riskbrott ^^	65,2	67,8	64,8	68,4	77,5	66,2 **
Något manligt sexualbrottsoffer	10,6	4,5 **	4,1	6,2 *	8,1	5,3
Något icke-kontaktsexualbrott	15,2	8,1 **	5,0	11,1 **	6,8	9,5
Något sexualbrottsoffer under 15 år	57,6	47,9 **	40,6	53,3 **	50,4	49,4
Något sexuellt ofredande	25,3	36,7 **	41,8	31,8 **	53,0	32,8 **

Not: Statistiskt signifikant skillnad med chi2-test på *5%-nivå samt **1%-nivå.

^ Information från KVR. Övrig information kommer från Misstankeregistret.

^^ Riskbrott skattas som närvarande om klienten uppfyller något av följande kriterier: något manligt brottsoffer för sexualbrott, något tidigare icke-kontaktsexualbrott, något brottsoffer för sexualbrott under 15 år, eller något tidigare sexuellt ofredande.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 36 40