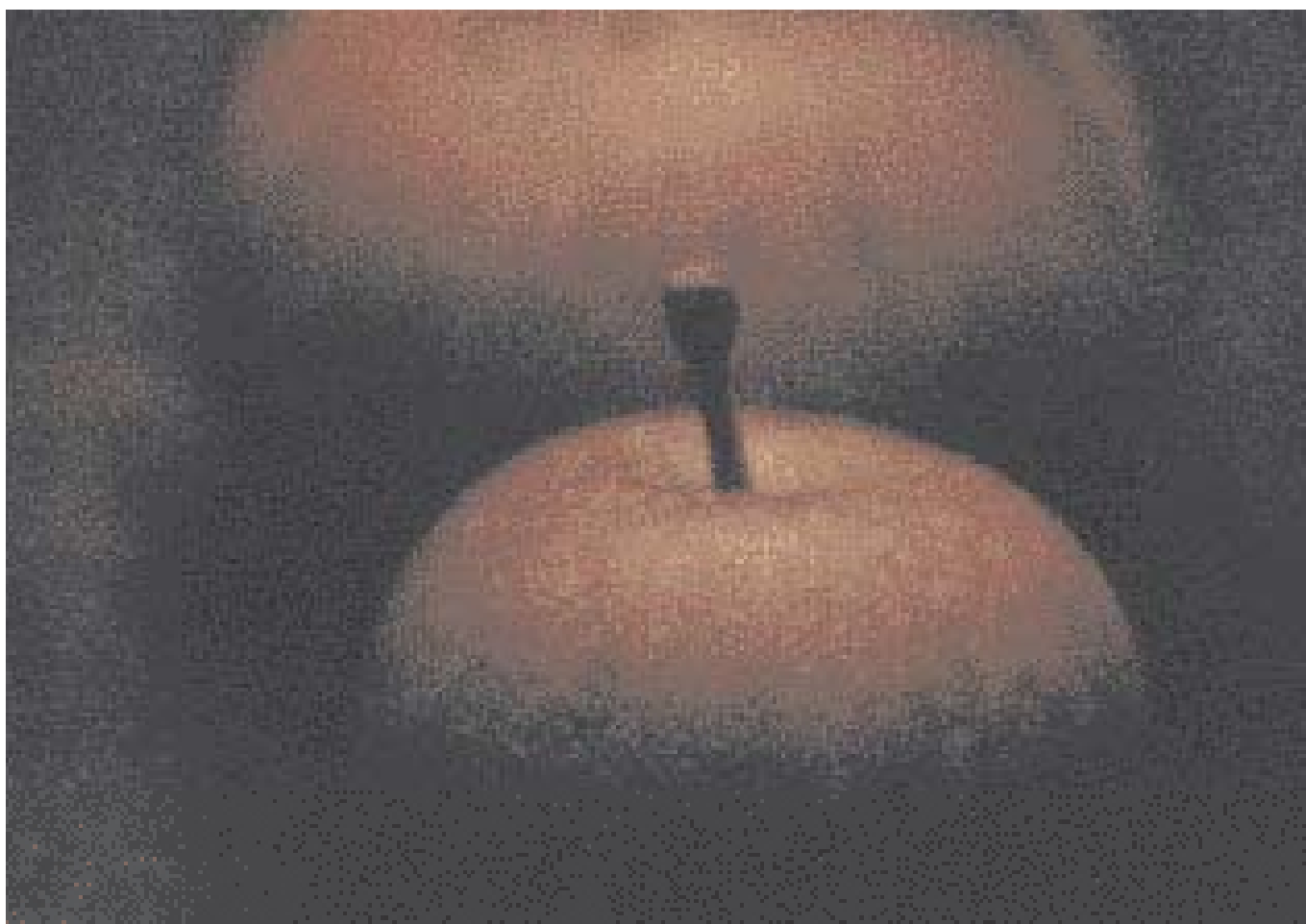


Kriminalvårdens forskningskommitté

RAPPORT 22

# SARA -riskfaktorer för partnervåld

En jämförelse mellan män i England och Sverige



RAPPORT 22

# SARA – riskfaktorer för partnervåld

EN JÄMFÖRELSE MELLAN MÄN I ENGLAND OCH SVERIGE

---

Martin Grann

Omslag: Anfang Reklambyrå AB, Norrköping

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvården, Utvecklingsenheten, 2007

Tryckning: Kriminalvården, Reprocentralen, 2007

Ytterligare exemplar kan beställas från:

Kriminalvårdens Huvudkontor, Förlaget, 601 80 Norrköping. Fax nr: 011-496 35 17

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

Beställn.nr: 4942

ISBN 91-85003-09-3

ISSN 1650-8335

---

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>FÖRORD</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>6</b>
Våld i nära relation	6
What Works!	6
IDAP-programmet	8
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
Allmänt	10
SARA	10
Utbildningar i riskbedömning inom frivården	12
Data från Storbritannien	12
Procedur	13
Prospektiv uppföljning	13
Statistik	13
Forskningsetiska överväganden	13
<b>RESULTAT</b>	<b>15</b>
Beskrivning av den svenska undersökningsgruppen	15
Risikfaktorer och riskbedömningar i den svenska gruppen	15
Jämförelser mellan den svenska och den brittiska gruppen	20
Diskriminant-analys	24

## ► INNEHÅLLSFÖRTECKNING ◀

<b>DISKUSSION</b>	<b>26</b>
Kvantitativ beskrivning och jämförelse	27
Slutsatser i punktform	29
<b>BILAGA 1. SARA – STUDIEPROTOKOLL FÖR DEN SVENSKA DELEN</b>	<b>31</b>
SARA DEMOGRAFISKA UPPGIFTER	31
<b>BILAGA 2. SARA – STUDIEPROTOKOLL FÖR DEN BRITTISKA DELEN</b>	<b>38</b>
SARA DEMOGRAPHIC INFORMATION	38
<b>BILAGA 3. BLANKETT FÖR INFORMERAT SAMTYCKE</b>	<b>45</b>
MEDGIVANDE ATT DELTA I UPPFÖLJNINGSTUDIEN	45
<b>RAPPORTFÖRTECKNING</b>	<b>46</b>

---

## FÖRORD

---

Våldet mot kvinnor i nära relationer har ökat under senare år både på grund av att anmälningsbenägenheten ökar och toleransen mot våld blir mindre men också genom en faktisk ökning enligt bedömningar från Brottsförebyggande rådet. Partnervåld, mäns våld mot kvinnor i nära relationer, är ett brott där gärningsmannen har en hög återfallsrisk. Kriminalvården arbetar med att förebygga återfall i brott genom evidensbaserade påverkansmetoder. När det gäller målgruppen män som misshandlar kvinnor i nära relationer har ett program utvecklats i samarbete med England; IDAP (Integrated Domestic Abuse Programme). För att utröna om de misshandlande männen i England och Sverige uppvisade likartade egenskaper beslöt Forskningskommittén att göra en undersökning av de båda mansgrupperna med stöd i SARA-protokoll. Det var viktigt att få en bild av gärningsmännen för programmets utveckling och samtidigt få ett underlag för framtida forskning om programmets effekter.

Rapporten publiceras i kriminalvårdens forskningskommitté serie, som nr 22. Det är dock författaren själv som står för genomförandet, innehållet i rapporten och de slutsatser som dras.

Oktober 2006



Birgitta Göransson  
Forskningskommitténs ordförande

---

## BAKGRUND

---

Våldet i samhället skördar fler offer än de flesta av våra erkända folksjukdomar. Världshälsoorganisationen WHO:s (2002) systematiska genomgång av dödsorsaker i världen visar att kriminellt våld är en betydligt vanligare dödsorsak än t.ex. HIV/AIDS och bröstcancer. Dubbelt så många dör varje år av våld än det sammantagna antalet dödsoffer som skördas i alla krig i världen. Detta är särskilt tydligt bland unga människor. Våld är t.ex. den 6:e vanligaste dödsorsaken i åldrarna 15 - 44 år.

Sverige får anses vara ett relativt fredligt land i detta avseende, med dryga hundratalet konstaterade mord och dråp årligen. Långt från allt våld är dödligt våld. Även våld som inte leder till dödsfall bär med sig stora umbäranden. Inte bara brottsoffren blir lidande; även andra berörda (t.ex. anhöriga) och gärningsmannen själv, samtidigt som även rädslan för våld i samhället i sig har kommit att bli ett problem. I Sverige anmäls varje år till polisen omkring 70 000 fall av grövre våldsbrott; mord, dråp, misshandel, rån och våldtäkt, men mörkertalet (dvs. underrapporteringen) är mycket stort, detta gäller särskilt våld i nära relation.

### VÅLD I NÄRA RELATION

Den vanligaste formen av interpersonellt våld är våld i nära relation. Om du känner en oro för att bli offer för våldsbrott, skall du bära i minnet, att om du skulle drabbas är den absolut mest sannolika gärnings-

mannen den person du sammanlever med, och den mest sannolika brottsplatsen är ditt eget hem (Tjaden & Thoennes, 1998).

Mäns våld mot kvinnor är ett omfattande samhälls- och folkhälsoproblem och en prioriterad fråga för rättsväsendet

### WHAT WORKS!

1960- och 70-talen var en period då behandlingsoptimism hade högkonjunktur i kriminalvården i hela västvärlden. Våldsbrottslingen skulle genom moderna metoder "repareras" så att han framgångsrikt kunde återföras till samhället. Kanske var dessa tongångar i vårt land extra förstärkt av arvet efter Myrdal och idéerna om den sociala ingenjörskonsten. Denna era inom kriminalvården präglades således av en stark tro på strukturella och sociala faktorer betydelse för kriminalitet. Det vetenskapliga underlaget var många gånger icke-empiriskt och inspirerat av den tidens tongivande ideologier. Inom kriminalvården skapades och leddes behandlingsprogrammen inte sällan av "eldsjälar" och engagemanget och rättvisepatoset betraktades för det mesta som instrumentella faktorer i sig.

Under 1980-talet kom så en minskad beredvillighet och en ekonomisk recession som på många håll i västvärlden ledde till en "backlash" situation. Man genomförde empiriska utvärderingar av den heterogena flora av behandlingsmodeller och guru-idéer som spirat under åren före.

Dessa pekade med en besvärande konsistens alla mot samma håll: Behandlingsmetoderna man arbetade med hade som bäst ingen effekt alls, i varje fall inte på frekvensen av återfall i brott. Många studier tydde till och med på att de terapiformer som man arbetat med (och som av professionella idag skulle betraktas som ganska experimentella), miljöterapi och grupppsykoterapiformer av olika slag, snarare hade en detrimenterande effekt på återfallsfrekvensen. Behandlingseffekterna ansågs genomgående antingen okända eller negativa. Man fann inga behandlingsprogram som kunde uppvisa positiva resultat någonsin. Ett uttryck som myntades under denna era var: *Nothing Works!*

Dessa fynd var nedslående för de verksamma inom kriminalvården, och under 1980-talet kom detta slag i slag med en förskjutning i samhällsklimatet, där en allmän opinion nu föredrog ”tuffare tag”, och en återgång mot en behandlingspessimistisk och nyklassicistisk syn på straffrätt som kom till uttryck bland annat i lagstiftningsförändringar. Samtidigt gav *Nothing Works!*-perioden utrymme för en helt ny generation av praktiker och forskare som ville angripa problemen på nya sätt.

Under senare år har inom kriminalvården syns en nyorientering parallellt med en inom hälso- och sjukvården numera väletablerad rörelse, kallad ”evidensbaserad medicin”. På flera håll i världen implementerades under 1990-talet nya behandlingsprogram där uppföljningar med empiriska utvärderingar var självklara, integrerade delar. Starkast anses av många denna utveckling ha varit i Kanada.

Uttrycket *What Works!* kom till som en motreaktion men också som en beskrivande doktrin för den era vi idag befinner oss i. Programbaserade behand-

lingar måste administreras i enlighet med fastställda manualer, så att man vet vad det är de skall innehålla. Verksamheten skall dokumenteras noga, så att det går att följa upp innehållet och fastställa huruvida man faktiskt genomför behandlingen på det sätt som programmet föreskriver (integritet). All programverksamhet skall vara ackrediterad av en central ackrediteringspanel. Denna panel skall knyta den främsta möjliga vetenskapliga kompetensen till sig inom respektive område, den skall också ha mandat att vara operativt rådgivande för inrättande respektive avvecklande av programverksamheter. Enligt *What Works!* konceptet skall panelen också initiera utvärderingar av respektive programverksamhet, särskilt då uppföljningsstudier med avseende på återfallsstatistik i behandlade respektive jämförbara obehandlade grupper. Programmen måste i utvärderingarna visa sig fungera och leda till mätbara sänkningar i återfallsfrekvens bland de grupper man tar sig an för behandling; om de inte gör det skall de läggas ned.

*What Works!* -Denna andas ambitioner är starka inom svensk kriminalvård. Flera strukturerade programverksamheter som fyller allmänna kriterier för integritet och dokumentation har byggts upp under 1990-talet. Särskilt kan nämnas *Cognitive Skills*, *ART* (*Aggression Replacement Training*), program inriktade mot sexualbrottslingar (*Relation och Samlevnad, ROS*) och förövare av våld i nära relation.

För att kunna ta steget vidare mot ett fullständigt *What Works!* paradigm måste nu kriminalvården utvärdera de nya programmen. Utvärderingarna skall ske med stöd av vetenskaplig kompetens, och utvärderingarnas upplägg måste genom sin design kontrollera noggrant för relevanta confounders. Utvärderingarna bör ske i så

kallat randomized controlled trial (RCT) format.

#### **IDAP-PROGRAMMET**

Kriminalvården utvecklar evidensbaserade program för särskilda målgrupper inom ramen för Nationella Program. Grupprogrammet IDAP (Integrated Domestic Abuse Programme) är ett av dessa program vars målgrupp är män som utövat våld eller andra former av kontrollerande beteende mot kvinnor i nära relation.

Programmets grundstruktur kommer från Duluth i USA där man sedan 1980-talet arbetar utifrån en samordnad samhällsinsats med ett starkt säkerhetstänkande för kvinnor och barn. Sverige har i programutvecklingen sedan 2000 samarbetat med brittiska Home Office och de första mansgrupperna startades här under 2004. Teorigrunden är social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapeutisk metod, programmet bygger på principerna i ”What Works-konceptet” samt följer den svenska ackrediteringspanelens kriterier.

Arbetet med våld i nära relation kräver samordnade myndighetsinsatser och ett tydligt brottsofferperspektiv. IDAP-programmet omfattar både en gruppbaserad 27-sessioners terapi med gärningsmannagruppen och kontakter med målsägaren. Gruppen med männen inleds med en orienteringssession där mannen får bekanta sig med grupprogrammet som innehåller 27 sessioner uppdelat i 9 moduler med följande teman:

- Icke våld.
- Icke hotfullt beteende.
- Respekt.
- Stöd och tillit.
- Ärlighet och ansvarstagande.
- Partnerskap.
- Ansvarsfullt föräldraskap.
- Förhandling och rättvisa.
- Sexuell respekt.

Efter grupprogrammet vidtar enskilda sessioner under övervakningsåret för återfallsprevention som syftar till att förstärka det mannen lärt sig i grupp. Parallellt med mannens behandling löper en partnerkontakt med brottsoffret utifrån programmets säkerhetstänkande för kvinnor och barn.

Kontakterna med partnern och eventuella barn syftar till att:

- Kvinnans och barnens säkerhet i fokus.
- Säkerhetsplanering.
- Rådgivning gällande samhällets resurser.
- Individuell kontakt.
- Information om mansgruppen arbete enligt ovan, och vad man kan förvänta sig av det.
- Referens i bedömningen av mannens framsteg.

---

## SYFTE

---

Våld i nära relationer utgör således ett angeläget folkhälsoproblem, som kommit i åtnjutande av mycket uppmärksamhet i vårt land de senaste tio åren. Stora satsningar har gjorts inom flera rättsvårdande myndigheter för att bättre tillgodose brottsoffrens (ofta kvinnors) behov av stöd och hjälp samt rättssäkerhet, liksom bedömning och behandling av de miss-handlande gärningsmännen, liksom förbättrade rutiner för upptagande av anmälan och förhör, besöksförbud, risk- och hotbilda-bedömning samt säkerhetsåtgärder. Särskilt polisväsendet och kriminalvården har i Sverige gjort stora satsningar på området. Kriminalvården avser att inom ramen för IDAP rutinmässigt göra riskbedömningar av dessa förövare med stöd av en modell som kallas "SARA", Spousal Assault Risk Assessment guide (Kropp et al, 1993).

Det här forskningsprojektet syftar till att dels sammanställa och jämföra SARA-protokoll som insamlats inom ramen för klinisk rutin i svensk kriminalvård med en dito grupp från brittisk kriminalvård.

Dels syftar projektet också till att förbereda för en ev. pilotstudie med avsikt att utvärdera utfallet i detta sample genom att söka upp individerna för en intervju efter 2 år, 5 år och 10 år och genomföra en bedömning av levnadsförhållanden enligt en modell som heter SORM (se bilaga).

Denna rapport omfattar dock inte uppföljningsdelen, som ännu inte är påbörjad, utan enbart det förstnämnda syftet (UK – Sweden Comparative Study).

---

## METOD

---

### ALLMÄNT

Inom ramen för projektet genomfördes utbildningar i riskbedömningar med särskilt fokus på riskbedömningar av individer som dömts för partnervåld. Dessa utbildningar var uppdragsutbildningar som på beställning av Kriminalvårdsstyrelsen (KVS) levererades av Karolinska Institutet, Centrum för Våldsprevention. Totalt utbildades personal från framför allt frivården i fem omgångar med ca 15 - 25 deltagare i varje omgång. Deltagarna från de första två ”kullarna”, majoriteten alltså frivårdsinspektörer, genomförde datainsamlingen för den svenska delen av denna studie. De män som kom att inkluderas var de ärenden som frivårdsinspektörerna konsekutivt var handläggare för, i majoriteten av ärendena rörde det sig om PU (personundersökning i brottmål). I den engelska delen av studien genomfördes datainsamlingen på motsvarande sätt. De svenska och engelska projektledningarna stämde löpande av genomförandet, en större sammandragning genomfördes i London 19 - 22 februari 2002, inför inledningen av studien. Mot studiens slut hölls ett möte i Stockholm hösten 2003.

Detta är således en beskrivande och jämförande tvärsnittsstudie, där en fördjupad analys av kartläggning av riskfaktorer som genomförts i svenska frivården med stöd av SARA, och sedan jämförs med motsvarande data från brittisk kriminalvård.

### SARA

The Spousal Assault Risk Assessment Guide, SARA (Kropp et al., 1993) är en klinisk checklista över riskfaktorer för partnervåld (se bilaga 1). Checklistan består av 20 enskilda punkter (items) som innehåller riskfaktorer som identifierats genom en omfattande litteraturoversikt (Cooper, 1993) över den empiriska forskningen på området och genom litteraturoversikt av böcker och artiklar som skrivits av kliniker/praktiker med omfattande erfarenhet av riskbedömning i familjevåldsärenden.

SARA är inte ett självskattningstest, där den som skall bedömas själv skall fylla i ”svaren” på respektive item. SARA är ett expertbedömningshjälpmedel, och användaren måste ha relevant professionell bakgrund, särskild utbildning och dessutom erfarenhet från arbete med familjevåld. En intervju med partnervåldsvärkaren är nödvändig för att klarlägga vissa av de riskfaktorer som skall bedömas, men det är inte möjligt att använda SARA enbart utifrån intervjudata. SARA är ingen ”intervjuguide”. Snarare kan SARA beskrivas som ett sätt att strukturera informationsinhämtningen vid riskbedömning. Än mer viktiga för bedömningen är objektiva uppgifter om tidigare kriminalitet från brottsregisterutdrag, tidigare domar, uppgifter från förundersökningen, intervju med målsägare, rättspsykiatriska utredningar och så vidare.

SARA är inte ett psykometriskt test och egentligen inte heller en skattningsskala i den betydelsen man vanligen lägger i dessa ord (såsom t.ex. de intelligenstest (WAIS-R) eller personlighetsinventorier (t.ex. MMPI) som säljs av svenska Psykologiförlaget). Syftet är alltså inte att förse bedömaren med ett kvantitativt riskmått på vilket tröskelvärden (cut-offs) kan appliceras, eller med vilken olika normpopulationer skall jämföras. Ett psykologiskt test av det slaget skulle tveklöst kunna bli mycket användbart, men att konstruera och att pröva ut ett sådant skulle kräva enorma resurser och ta lång tid. Dessutom är rätten att använda den typen av instrument vanligen begränsad till legitimerade psykologer, och de skyddas i de flesta länder, även Sverige, av särskilda lagar. Författarna (Randall Kropp m.fl.) till SARA ville att instrumentet skulle vara ett så tillgängligt och användarvänligt instrument som möjligt, så att alla yrkesgrupper inom rättsväsende, kriminalvård, och hälso- och sjukvård som kommer i kontakt med partnervåld skulle kunna använda det. Följaktligen så utvecklades SARA för att vara ett beslutsstöd (det vill säga snarare en guide, en checklista, ”minneslista”); ett sätt för användaren att försäkra sig om att relevant och viktig information baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet tas med i riskbedömningen. Målet med SARA var att utveckla ett instrument som å ena sidan skall vara så omfattande och mångsidigt som möjligt, men utan att å andra sidan bli alltför komplext eller tidskrävande att arbeta med.

I SARA skattas varje riskfaktor med avseende på förekomst; definitivt inte (0), delvis (1), och förekommer definitivt (2). Riskfaktorerna är uppdelade på två delar. De första tio är allmänna riskfaktorer för

våldsbrott, inte bara partnervåld, t.ex. tidigare våldsbrott, missbruk av alkohol eller droger, arbetslöshet. De sista tio faktorerna är faktorer som specifikt är relaterade till risken för återfall i partnervåld. Detta gäller t.ex. sexuell svartsjuka, misogyn attityd och bagatelliserande/förnekande av tidigare partnervåld. Se vidare bilaga 1.

Varje faktor kan också bedömas som kritisk för det enskilda fallet. Detta innebär att bedömaren tar hänsyn till omständigheter som är specifika för denna individ och hans specifika situation. Bedömaren kan också lägga till faktorer som inte finns med i listan, men som bedöms vara viktiga i det enskilda fallet.

SARA bygger på idén om så kallade *strukturerade professionella bedömningar* (Hart, 1998). Det innebär att ytterst är slutsatserna av riskbedömningen en produkt av kliniskt-intuitivt beslutsfattande. Slutsatsen om risk skall i SARA anges med tregradig skala som låg, medel eller hög återfallsrisk. Tanken är emellertid att bedömaren skall inleda sin bedömning med att gå igenom förekomsten eller icke-förekomsten av riskfaktorerna i SARA och eventuella andra faktorer och bedöma om de är kritiska för återfallsrisken i det enskilda fallet. Först därefter skall en helhetsbedömning av risken formuleras. Det går att använda SARA ”aktuariskt”, det vill säga att summera alla nollor, ettor och tvåor till en ”totalpoäng” baserad på de 20 riskfaktorerna, som således kan variera mellan 0 poäng och 40 poäng. I det sammanhanget är den underliggande hypotesen att desto högre ”poäng”, desto högre risk. I forskningssammanhang är det brukligt att använda ett sådant riskindex för att kvantifiera den sammanlagda närvaron/frånvaron av riskfaktorer. I kliniskt-operativt bruk skall emellertid an-

vändaren inte bara bygga sin slutsats på totalpoäng. I det enskilda fallet kan det vara endast några få riskfaktorer som observerats (och därmed låg ”poäng”) men dessa faktorer bedöms så allvarliga och kritiska att den sammanfattande bedömningen ändå är att återfallsrisken är hög. I andra fall kan den aktuariska poängen vara hög, men den sammanfattande bedömningen ändå vara att återfallsrisken är låg.

I den här rapporten rapporteras både enskilda faktorer förekomst respektive icke-förekomst, kritiska faktorer, den aktuariska totalpoängen, samt den kliniska helhetsbedömningen. För ytterligare information om SARA hänvisas till manualen. Den svenska översättningen av Henrik Belfrage och Martin Grann kan laddas ned (.pdf) på: [www.cvp.se](http://www.cvp.se) (under Publikationer).

#### UTBILDNINGAR I RISKBEDÖMNING INOM FRIVÅRDEN

Som ett led i förevarande projekt genomfördes utbildningar i riskbedömningar med särskilt fokus på riskbedömningar av individer som dömts för partnervåld. Dessa utbildningar var uppdragsutbildningar som på beställning av KVS levererades av Karolinska Institutet, Centrum för Våldsprevention. Varje utbildningsomgång omfattande två heldagar i helgrupp (tillfälle 1 och 2), och två uppföljande halvdagar (tillfälle 3 och 4) i halvgrupp.

1. Introduktion till riskbedömningar. Konceptuella frågor och definitioner. Olika synsätt på riskbedömningar; ostrukturerade, aktuariska och ”strukturerade professionella” bedömningar. Metodproblem och statistiska överväganden. Professionsetiska

överväganden. Förhållandet mellan riskbedömning och riskhantering. Kontinuerlig uppföljning.

2. Riskbedömning med SARA. Introduktion och översikt av SARA. De 20 riskfaktorena, empiriskt och kliniskt stöd för/emot. Konceptet ”kritiska item”. Hur gör man helhetsbedömningen. Enskild praktisk övning på ett fall. Övning på att kommunicera risk.

3. Första uppföljningen (ca en månad efter tillfälle 2). Uppföljning och handledning på fall som kursdeltagarna handlagt sedan tillfälle 2. Särskilt fokus på problem och frågor utifrån SARA-manualen.

4. Andra uppföljningen (ca en månad efter tillfälle 3). Uppföljning och handledning på fall som kursdeltagarna handlagt sedan tillfälle 3. Särskilt fokus nu på hur man satt kommunicerat risk i t.ex. PU eller på annat sätt.

#### DATA FRÅN STORBRIANNIEN

Svenska kriminalvårdens samarbetspartners på Home Office i Storbritannien genomförde parallellt med Sverige en utbildnings- och datainsamlingsinsats på motsvarande sätt. En engelsk översättning av det svenska studieprotokollet gjordes (se bilaga 2). Britterna skickade sina avidentifierade data (enbart på data-medium, ej i pappersform) till svenska kriminalvården och dess akademiska samarbetspartner (Karolinska Institutet i Stockholm), där analyserna skedde. Den svenska delen av studien kom att omfatta totalt 163 individer. Den brittiska delen är pågående, i den här rapporten ingår 46 individer.

**PROCEDUR**

Under den tid som datainsamlingsfasen pågick genomförde kursdeltagarna efter genomförd utbildning enligt ovan strukturerade bedömningar av återfallsrisk med stöd av SARA-manualen. Klienterna informerades om studiens syfte och tillfrågades om deltagande. Blanketten för informerat samtycke återfinns i bilaga 4.

Ett särskilt försättsblad med vissa sociodemografiska uppgifter konstruerades för att komplettera SARA-protokollen (Se bilaga 1). Efter genomförd riskbedömning skickades materialet till kriminalvårdens forskningspartner på Karolinska Institutet i Stockholm. En kopia av varje protokoll behövs också på respektive myndighet.

**PROSPEKTIV UPPFÖLJNING**

I projektet ingår också en prospektiv uppföljning av individerna i studien upp till 10 år efter baslinjebedömningen. Denna del är inte inledd och beskrivs därför inte ytterligare i denna rapport.

**STATISTIK**

För icke-parametriska jämförelser (t.ex. av fördelning av förekomst av riskfaktorer) användes Chi-2 test. Parametriska fördelningar av t.ex. ålder eller aktuarisk totalpoäng på SARA analyserades med Student's *t*-test. För inter-item och item-to-total analyser användes produktmomentkorrelation enligt Pearson's *r*. En särskild diskriminant-analys av skillnader mellan den svenska och den brittiska studiepopulationen genomfördes, varvid modulen *Discriminant Function* enligt SPSS (version 11.0) användes.

**FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN**

De uppgifter som inhämtas av individerna är delvis privata och känsliga. Även om individerna gett informerat samtycke och lämnar ifrån sig informationen om sig själva och sitt privatliv i ett sekretessomgärdat sammanhang kan forskningsprojektet upplevas som ett integritetsintrång. Mot detta skall ställas de vinster, indirekt för den berörda personkretsen självt, som kan förväntas följa med fördjupade kunskaper om riskfaktorer för återfall i brott och andra oönskade utfall efter det att en individ fullgjort verkställighet i anstalt och frivård rehabiliterats tillbaka till samhället. Att undvika återfall i brott ligger i berörda individers eget bästa intresse, och med kunskaper om vilka som är de viktigaste riskfaktorerna kan behandlingsinsatser bättre skraddarsys och fokuseras för den enskilde. Kunskaper om riskfaktorer för återfall medför också en etisk vinst genom den betydelse för brottsoffren och allmänheten som samhällsskyddet har.

Vi har planerat också för en längre, prospektiv uppföljning av de SARA-bedömda individerna. Intervjuerna och journal- och registeruttag vid uppföljningarna innebär också de potentiellt en upplevelse av integritetsintrång. Vid varje uppföljningstillfälle tas kontakt per telefon först och individen påminns om att den har alla möjligheter att välja att avbryta sitt deltagande i studien. Om individen godkänner att intervjun genomförs bestäms en lämplig plats för intervju.

Vår sammantagna helhetsbedömning av etiska kostnader och nytta var att dessa överväganden ändå skulle göra en studie som denna etiskt försvarbar, om deltagandet från den brottsdömdes sida skedde på basis av informerat samtycke. Den skriftliga samtyckesblanketten återfinns i bilaga 4.

Forskningsprojektet underställdes prövning i forskningsetisk kommitté, som delade vår bedömning och tillstyrkte projektet (Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, Forskningsetiska Kommittén.

---

## RESULTAT

---

### BESKRIVNING AV DEN SVENSKA UNDERSÖKNINGSGRUPPEN

Den svenska gruppen kom att bestå av totalt 163 män. Dessa rekryterades från totalt 22 frivårdsenheter varvid 33 olika bedömare bidragit till datainsamlingen. Medelåldern i förövrgruppen var 39,5 år, den yngste var 23 år gammal och den äldste 65 år.

I 30 procent av fallen saknades uppgift om medborgarskap, resterande var 60 procent svenska medborgare och 10 procent utländska medborgare. Majoriteten av deltagarna kan således förmodas vara svenska, även om medborgarskap är en mycket grov proxy för etnicitet. Vad gäller högsta uppnådda utbildning hade 16 (10%) oavslutad grundskola, 55 (34%) hade avslutad grundskola som högsta uppnådda utbildningsnivå, 44 (27%) hade avslutat gymnasium och 9 (5%) hade examen från högskola/universitet. I ytterligare 24 procent av fallen saknades uppgift om utbildning.

Där det fanns uppgift om civilstånd i samband med riskbedömningarna hade 2 (2%) aldrig varit gifta eller sambo, 46 (37%) var fränskilda och 76 (61%) gifta/sambo – det saknades uppgift om civilstånd i resterande 39 fall.

När det gäller arbete angavs följande: 54 (33%) heltidssysselsatta, deltid (<30 tim/vecka) 5 (3%), tillfälligt anställd 9 (5%), arbetslös 20 (12%), utanför arbetsmarknaden genom sjukskrivning, pension

etc 26 (16%), och uppgift saknas 49 (30%).

De flesta i gruppen var dömda förut för olika brott. Vad gäller ålder för första lagföring spände den mellan 15 och upp till 64 år. Genomsnittsåldern för första lagföring var 32,4 ( $SD = 13,4$ ), för första lagföring för våldsbrott 32,6 ( $SD = 12,9$ ) och för första lagföring för partnervåld 36,0 ( $SD = 10,7$ ) år.

Antalet tidigare lagföringar var från noll (dvs. individen åtalades i samband med studiedeltagande för första gången) upp till 20 tidigare lagföringar för brott vilka som helst, med ett genomsnitt på 2,98 brott ( $SD = 4,4$ ) per person, mellan 0-12 lagföringar för våldsbrott ( $M = 1,2$ ;  $SD = 2,1$ ), samt mellan 0-5 tidigare lagföringar för partnervåld ( $M = 0,63$ ;  $SD = 1,0$ ).

### RISKFAKTORER OCH RISK- BEDÖMNINGAR I DEN SVENSKA GRUPPEN

Fördelningen av definitiv icke-förekomst, delvis förekomst och definitiv förekomst av de 20 riskfaktorerna i SARA, samt antal uteslutna (där bedömare inte ansett sig ha tillräcklig information för att kunna bedöma förekomst) och andelen fall där respektive riskfaktor har bedömts vara kritisk för återfallsrisken återges i tabell 1.

**Tabell 1.** Fördelning av riskfaktorer bland 163 svenska män bedömda av frivården med anledning av våldsbrott riktat mot partner.

	Föreligger ej	Delvis	Föreligger	Antal uteslutna	Andel 'kritiskt item'
<b>Kriminell bakgrund</b>					
1. Tidigare våld mot familjemedlemmar	129	10	22	2	6%
2. Tidigare våld mot bekanta eller obekanta	100	17	46	0	6%
3. Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande	139	11	13	0	1%
<b>Psykosocial anpassning</b>					
4. Problem i förhållanden under senare tid	11	34	117	1	37%
5. Problem på arbetsmarknaden under senare tid	75	42	45	1	13%
6. Som ung offer för, eller vittne till, våld inom familjen	119	14	27	3	9%
7. Missbruk eller beroende av alkohol eller droger under senare tid	69	54	40	0	34%
8. Suicidalt eller homicidalt tankeinnehåll, eller avsikt, under senare tid	109	33	21	0	9%
9. Psykotiska och/eller maniska symptom under senare tid	152	7	2	1	3%
10. Personlighetsstörning karakteriserad av ilska, impulsivitet eller instabilitet	75	62	19	7	16%
<b>Tidigare partnervåld</b>					
11. Tidigare bruk av fysiskt våld	71	12	80	0	28%
12. Tidigare bruk av sexuellt betingat våld/sexuellt betingad svartsjuka	137	7	18	1	6%
13. Tidigare användning av vapen och/eller allvarliga dödshot	109	20	32	2	9%
14. Ökad frekvens, eller svårhet i, övergreppen under senare tid	89	45	29	0	13%
15. Tidigare överträdelse av besöksförbud	145	8	9	1	3%
16. Bagatellisering eller förnekande av tidigare partnervåld	51	61	51	0	23%
17. Attityder som stöder eller ursäktar partnervåld	100	50	13	0	17%

(Vänd)

Forts tabell 1

	Föreligger ej	Delvis	Föreligger	Antal uteslutna	Andel 'kritiskt item'
<b>Aktuell brottslighet</b>					
18. Allvarligt sexuellt- eller annat våld	29	93	41	0	14%
19. Användning av vapen och/eller allvarligt dödshot	70	32	61	0	19%
20. Överträdelse av besöksförbud	141	7	13	2	3%

Som framgår var de vanligast förekommande riskfaktorerna (>30%) följande:

- Problem i förhållanden under senare tid (#4).
- Tidigare bruk av fysiskt våld mot partner (#11).
- Bagatelliserande / förnekande (#16).
- Vapen / dödshot i aktuellt brott (#19).

De riskfaktorer som mest ofta bedömdes som *kritiska* (>20%) var:

- Problem i förhållanden under senare tid (#4).
- Missbruk av alkohol eller droger (#7).
- Tidigare bruk av fysiskt våld mot partner (#11).
- Bagatelliserande / förnekande (#16).

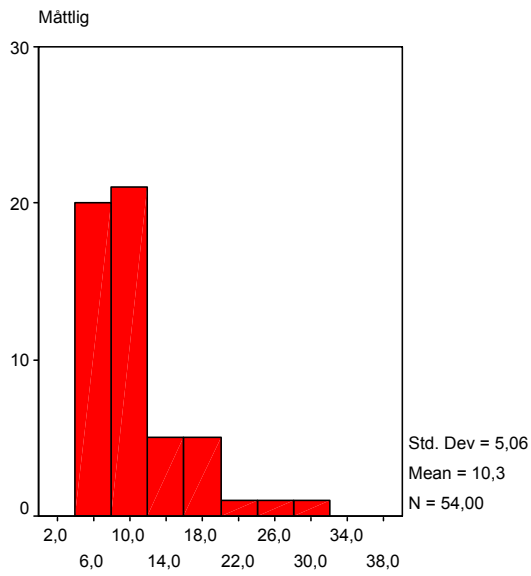
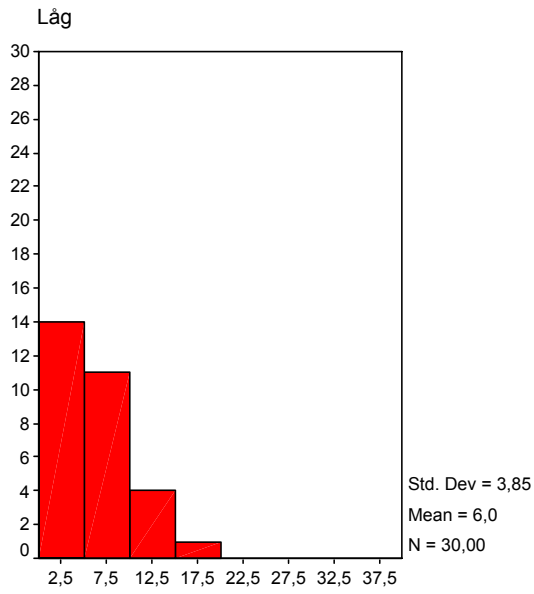
SARA-protokollen analyserades också "aktuariskt", det vill säga varje faktor räknades om 0 poäng, 1 poäng respektive 2 poäng utifrån om faktorn bedömdes icke föreligga, delvis föreligga respektive definitivt föreligga. Den aktuariska totalpoängen gick från 1 till 31 i materialet, med ett genomsnitt på 12,4 ( $SD = 6,5$ ).

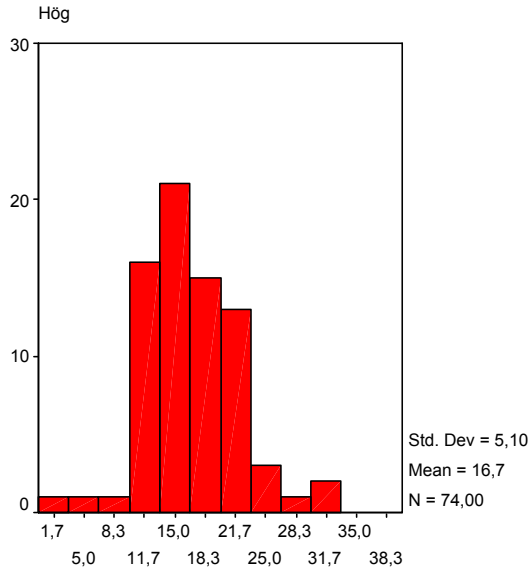
Den sammanfattande riskbedömningen "Överhängande risk *mot partner*" bedömdes i det svenska materialet vara *hög* i 74 (45%) av fallen, *måttlig* i 54 (33%), och *låg* i 30 (18%) av fallen. I 5 (3%) fall hade inte någon slutlig bedömning av risk gjorts.

Den sammanfattande riskbedömningen "Överhängande risk *mot andra*" bedömdes i det svenska materialet vara *hög* i 11 (7%) av fallen, *måttlig* i 37 (23%), och *låg* i 100 (61%) av fallen. I 15 (9%) fall hade inte någon slutlig bedömning av risk gjorts.

Det fanns en stark korrelation mellan aktuarisk totalpoäng och bedömningen av överhängande risk för partnervåld,  $r = 0,45$  ( $p < 0,01$ ), vilket också framgår av de tre histogrammen i figur 1 nedan.

**Figur 1.** Fördelning av SARA aktuarisk totalpoäng bland klienter som i den sammanfattande bedömningen bedöms som låg, måttlig respektive hög överhängande risk för partnervåld.





Korrelaten till bedömningen 'Hög Överhängande Risk' analyserades också som en item-to-total analys, det vill säga korrelationen mellan varje enskild SARA-riskfaktors förekomst eller icke-förekomst (3-gradig skala) och en bedömning 'hög risk'. Se tabell 2 nedan.

**Tabell 2.** Korrelation mellan enskilda riskfaktorer i SARA och bedömningen "Överhängande hög risk" för våld mot partner respektive mot andra. De starkaste korrelationerna har ringats in.

**Korrelat till 'Överhängande Hög Risk'**

	Överhängande risk mot partner	Överhängande risk mot andra
SARA1 Tidigare intrafamiljärt våld	0,25	0,13
SARA2 Tidigare extrafamiljärt våld	0,17	0,27
SARA3 Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande?	0,21	0,11
SARA4 Problem i förhållanden under senare tid?	0,35	0,02
SARA5 Problem på arbetsmarknaden under senare tid?	0,30	0,19
SARA6 Som ung offer för, eller vittne till, våld inom familjen?	0,15	0,00
SARA7 Missbruk eller beroenda av alkohol eller droger under längre tid?	0,31	0,23
SARA8 Suicidalt eller homicidalt tankeinnehåll, eller avsikt, under senaste tid.	0,18	0,23
SARA9 Psykotiska och/eller maniska symtom under senaste tid.	0,08	-0,06
SARA10 Personlighetsstörning karakteriserad av aggressivitet, impulsivitet eller instabilitet.	0,48	0,27
SARA11 Tidigare bruk av fysiskt våld?	0,46	0,11
SARA12 Tidigare bruk av sexuellt våld/sexuell svartsjuka?	0,27	0,07
SARA13 Tidigare användning av vapen och/eller allvariga dödshot?	0,37	0,14
SARA14 Upptrappning?	0,40	-0,04
SARA15 Tidigare överträdelse av besöksförbud	0,06	0,44
SARA16 Bagatelliserande eller förnekande av tidigare partnervåld?	0,32	0,13
SARA17 Attityd som stöder eller ursäktar partnervåld?	0,33	0,07
SARA18 Allvarligt sexuellt eller annat våld?	0,37	-0,05
SARA19 Användning av vapen och/eller allvarligt dödshot?	0,36	0,15
SARA20 Överträdelse av besöksförbud?	-0,03	0,37

**JÄMFÖRELSENER MELLAN DEN SVENSKA OCH DEN BRITTISKA GRUPPEN**

Jämfört med de 163 män som rapporterats ovan kunde i materialet från Storbritannien omfattades 46 män ett flertal övertygande och statistiskt signifikanta

skillnader observeras. Se tabell 3 nedan. Många av dessa skillnader i enskilda riskfaktorer gick som framgår i den riktningen att den brittiska gruppen framstod som mer belastad.

**Tabell 3.** Fördelning i procent av riskfaktorer bland 163 svenska (till vänster om snedstreck) och 46 brittiska (till höger om snedstreck) partnervåldsverkare bedömda med SARA. Chi-2 statistik avser skillnader mellan det svenska och det brittiska materialet (alla  $p \leq 0,10$  har rapporterats). n.s. = not significant.

	Föreligger ej %	Delvis %	Föreligger %	$\chi^2$	$p$
<b>Kriminell bakgrund</b>					
1. Tidigare våld mot familjemedlemmar	80 / 65	6 / 6	13 / 28	5,75	0,056
2. Tidigare våld mot bekanta eller obekanta	61 / 65	10 / 4	28 / 30		n.s.
3. Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande	85 / 63	7 / 7	8 / 30	16,2	< 0,001
<b>Psykosocial anpassning</b>					
4. Problem i förhållanden under senare tid	7 / 4	21 / 15	72 / 80		n.s.
5. Problem på arbetsmarknaden under senare tid	47 / 46	26 / 13	28 / 41	4,73	0,09
6. Som ung offer för, eller vittne till, våld inom familjen	75 / 59	9 / 13	17 / 28	4,62	0,10
7. Missbruk eller beroende av alkohol eller droger under senare tid	42 / 37	33 / 30	25 / 33		n.s.
8. Suicidalt eller homicidalt tankeinnehåll, eller avsikt, under senare tid	67 / 61	20 / 15	13 / 24		n.s.
9. Psykotiska och/eller maniska symptom under senare tid	95 / 76	4 / 15	1 / 9	14,7	< 0,001
10. Personlighetsstörning karakteriserad av ilska, impulsivitet eller instabilitet	50 / 50	38 / 26	12 / 24	5,20	0,07

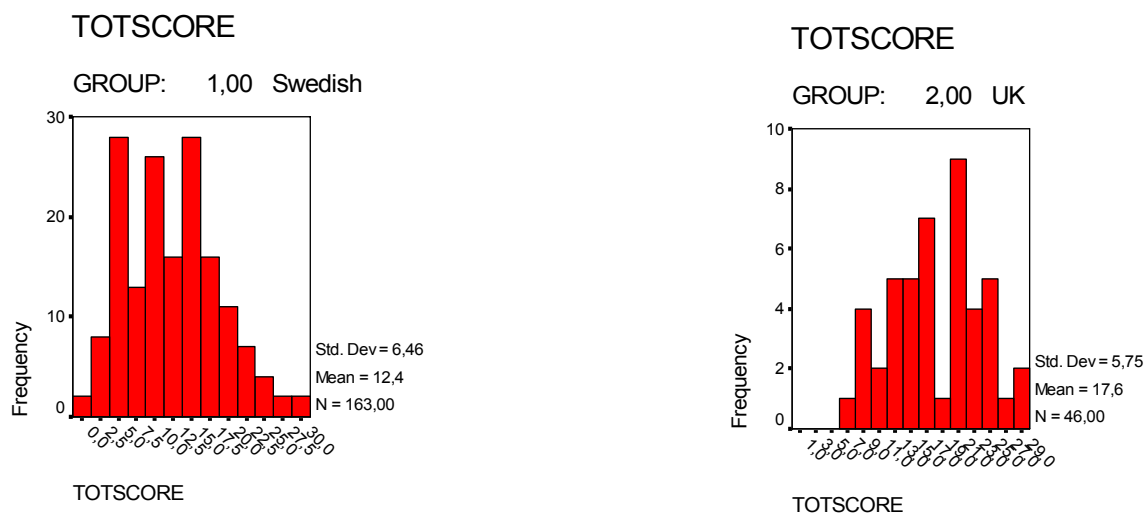
(vänd)

Forts tabell 3

	Föreligger ej %	Delvis %	Föreligger %	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Tidigare partnervåld</b>					
11. Tidigare bruk av fysiskt våld	44 / 9	7 / 4	49 / 87	21,6	< 0,001
12. Tidigare bruk av sexuellt betingat våld/sexuellt betingad svartsjuka	85 / 46	4 / 28	11 / 26	24,4	< 0,001
13. Tidigare användning av vapen och/eller allvarliga dödshot	68 / 61	12 / 6	20 / 33		n.s.
14. Ökad frekvens, eller svårhet i, övergreppen under senare tid	55 / 26	28 / 35	18 / 39	13,9	< 0,001
15. Tidigare överträdelse av besöksförbud	90 / 72	5 / 9	5 / 20	10,5	0,050
16. Bagatellisering eller förnekande av tidigare partnervåld	31 / 15	37 / 37	31 / 48	6,15	0,046
17. Attityder som stöder eller ursäktar partnervåld	61 / 26	31 / 35	8 / 39	32,0	< 0,001
<b>Aktuell brottslighet</b>					
18. Allvarligt sexuellt- eller annat våld	18 / 28	57 / 43	25 / 28		n.s.
19. Användning av vapen och/eller allvarligt dödshot	43 / 65	20 / 9	37 / 26	7,53	0,023
20. Överträdelse av besöksförbud	88 / 67	4 / 9	8 / 24	11,0	0,004

Den sammanlagda, aktuariska totalpoängen på SARA gick i samma riktning, det vill säga de brittiska klienterna hade högre sammanlagd totalpoäng, enligt figur 2.

**Figur 2.** Fördelning av SARA aktuarisk totalpoäng i den svenska respektive brittiska gruppen



Not:  $t = -4,93; p < 0,001$

Det fanns också statistiskt signifikanta skillnader i den slutgiltiga, sammanfattande bedömningen risk för partnervåld respektive risk för våld mot andra, men den gick i icke-förväntad riktning. Medan det i den brittiska gruppen observerades fler SARA-riskfaktorer och högre aktuarisk totalpoäng (enligt ovan), var det dock

i den svenska gruppen som globalbedömningen 'hög risk' oftast gjordes. Som framgår i tabell 4 var bedömningen 'hög risk för partnervåld' dubbelt så vanlig i det svenska materialet.

**Tabell 4.** Fördelningen av globalbedömningen Låg, Måttlig respektive Hög överhängande risk för partnervåld i den svenska respektive brittiska gruppen.

Crosstab						
			Låg	Måttlig	Hög	Total
GROUP	1.00 Swedish	Count	30	54	74	158
		% within GROUP	19,0%	34,2%	46,8%	100,0%
	2.00 UK	Count	15	20	10	45
		% within GROUP	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
Total		Count	45	74	84	203
		% within GROUP	22,2%	35,6%	41,4%	100,0%

Not:  $\chi^2 = 9,39$ ;  $p = 0,009$

Detsamma gällde däremot inte för överhängande risk för våld mot andra. Där var bedömningen i det svenska materialet låg i 100 (68%) av fallen, måttlig 37 (25%), och hög 11 (7%). I det brittiska materialet var motsvarande siffror 20 (44%), 17 (38%) respektive 8 (18%).  $\chi^2[2] = 8,73$ ,  $p = 0,013$ .

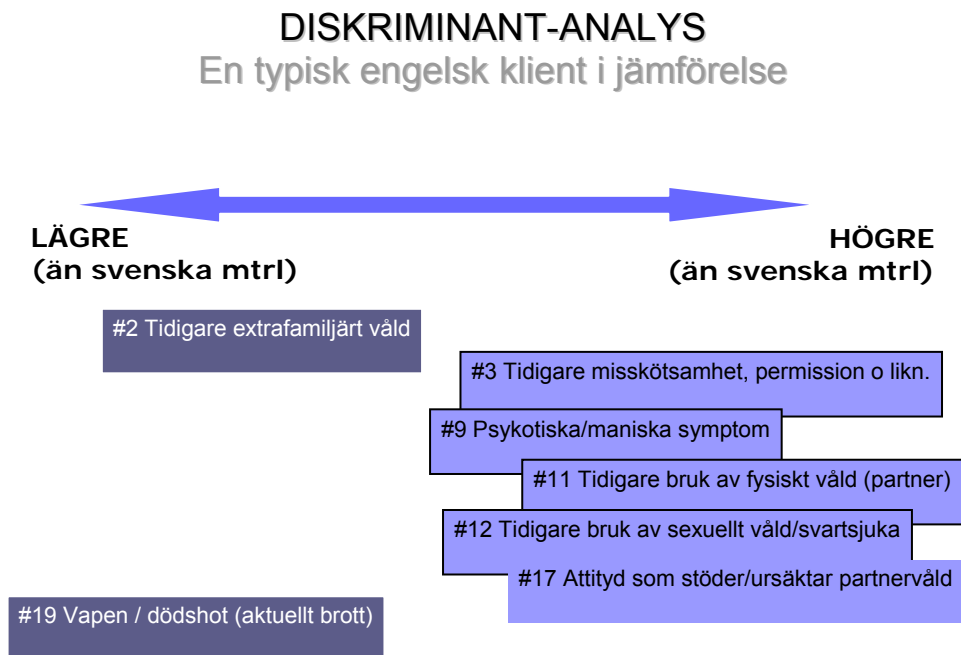
#### DISKRIMINANT-ANALYS

För att gå vidare med analysen av skillnaderna mellan det svenska och det brittiska materialet genomfördes en så kallad diskriminant-analys. Detta är en statistisk analysmetod som särskilt är framtagen för att analysera skillnader mellan grupper, och den kan med fördel användas när deskriptorerna (i det här fallet SARA-faktorer) är många och där-

för tolkningen av data är mycket komplex. Med diskriminant-analys analyseras således inte SARA-faktorer en-och-en, som i tabell 4 ovan, utan samtliga faktorer analyseras som helhet.

I den här analysen jämfördes brittiska klienter med svenska (det vill säga den svenska stod som referensgrupp). Detta gav en modell med två SARA-faktorer med negativa så kallade standardized canonical discriminant function – koefficienter: item #2 (-0,33) och item #19 (-0,50). Positiva koefficienter var: #3 (0,33), #9 (0,28), #11 (0,45), #12 (0,29), och #17 (0,49). Wilk's  $\lambda = 0,68$  ( $\chi^2 [df = 7] = 79,5$ ;  $p < 0,001$ ). Se figur 3 nedan.

Figur 3. Schematisk illustration av resultaten från diskriminant-analys.



---

## DISKUSSION

---

Detta var en studie av 163 svenska män aktualiserade inom kriminalvården (främst frivården) för våld i nära relation, och en jämförelse med 46 motsvarande män i Storbritannien. Ett syfte med studien var att kvantitativt beskriva en svensk, representativ grupp av klienter som är potentiella representativa IDAP-deltagare, samt att analysera skillnader och likheter med en jämförbar brittisk grupp. Ett ytterligare syfte, inte ytterligare penetrerat i rapporten, var att följa gruppen prospektivt med avseende på återfall i brott och andra utfallsparametrar.

Ett icke-vetenskapligt men mycket viktigt syfte med projektet var att testa och trimma rutinerna för rutinmässig riskbedömning med stöd av SARA bland frivårdsinspektörer i Sverige som jobbar med IDAP-programmet. Denna del av projektet måste betecknas som lyckad, i så motto att de som deltagit har upplevt kursen positivt, hög närvaro, man har medverkat aktivt i diskussionerna under de båda uppföljningstillfällena, och man har rapporterat att man upplever SARA-checklistan som ett stöd som gör jobbet lättare och inte något som ytterligare krånglar till eller bara medför merarbete.

Det problem som diskuterats har istället i mycket stor utsträckning handlat om yrkesrolls- och yrkesetikfrågor, samt juridisk formalia och policy vid t.ex. lokala kriminalvårdmyndigheters tolkning av sekretesslagstiftningen. Ett tema har varit: Vilken roll har jag i förhållande till klient-

en? Och vilken roll måste jag inta i förhållande till klienten om jag skall jobba med riskbedömningar? – I många fall har man av tradition arbetat utifrån utgångspunkten att man som frivårdsinspektör bör stå på klientens sida, och ha en omhändertagande och terapeutisk relation till denne. Vid personundersökning och liknande situationer där domstolen (eller någon annan extern aktör) begär yttrande om risk för våld kan en rollkonflikt då uppstå, eftersom en korrekt genomförd riskbedömning förutsätter att man objektivt representerar samhällsskyddsintresset och sätter detta intresse före klientens.

Mer konkret kan detta innebära att man måste förhålla sig kritisk till sanninghalten i det som klienten uppger, vilket av vissa upplevts som ovant. Det kan t.ex. röra vad gärningsmannen säger om aktuell och tidigare brottslighet, missbruk och så vidare; ett mistroende förhållningssätt där allt som klienten uppger måste kontrolleras med objektiv information i registerutdrag, kollateral information från andra källor och även kontakter med referenter samt med målsägare.

Just kontakter med målsägare var ett anknutet tema i diskussionerna. Flera deltagare menade bestämt att det av olika skäl inte var korrekt att ha kontakter med den misshandlade kvinnan. Detta reddes så småningom ut genom att programansvarig samverkade med jurister på KVS om saken och klargjorde att även om det i Sverige funnits en mycket svag tradition

av att höra målsägare i samband med personundersökning så föreligger inga formella hinder för det. Vid just riskbedömningar i familjevåldsärenden är de samlade erfarenheterna internationellt att uppgifter från den misshandlade kvinnan är mycket viktiga. En undergrupp av gärningsmännen är skickliga på att skönmåla och manipulera omgivningen, och en riskbedömning som bygger enbart på deras uppgifter och det intryck dessa klienter kan ge i intervjusituationen kan bli grovt missvisande. Till yttermera visso måste förstås även målsägarens uppgifter beaktas kritiskt, särskilt i inflammerade ärenden med vårdnadstvister och ömsesidiga smutskastningskampanjer.

Uppgifter om aktuellt åtal kan också med fördel fås genom förundersökningsmaterialet. Även här varierade praxis på de myndigheter som hade deltagare med på kurserna. En del inhämtade rutinmässigt förundersökningen från rätten (eller den skickades med automatik över till berörd myndigheter), andra hade för sig att man inte fick läsa i denna av sekretesskäl.

På motsvarande sätt diskuterades in extenso huruvida personundersökaren fick / inte fick / borde ta del av innehållet i eventuella §7-utredningar, rättspsykiatriska undersökningar samt det så kallade läkarkuvertet.

För att sammanfatta slutsatserna från denna del, föreföll det som att de personer som deltagit i SARA-kurserna (varav majoriteten som tidigare nämnts är frivårdsinspektörer) varit positiva till kursen och till idén att göra riskbedömningar av de klienter som aktualiseras på grund av våld i nära relation; de har tillgodogjort sig kursinnehållet; och de har framgångsrikt implementerat modellen i sitt vardagsarbete. Emellertid behöver Kriminalvårds-

verkets ledning i vissa frågor bistå med klargöranden som är övergripande samtliga lokala kriminalvårdsmyndigheter. Detta gäller särskilt huruvida riskbedömningar skall göras i den aktuella personkretsen; av vem och hur? – särskilt då med förtydliganden av hur verket gemensamt skall tolka nu gällande sekretesslagstiftning.

#### **KVANTITATIV BESKRIVNING OCH JÄMFÖRELSE**

Ur ren statistisk power-synpunkt är 163 fall (den svenska gruppen) tillräckligt för de deskriptiva analyser som det här projektet syftade till. Den enda SARA-faktor som i det svenska materialet var så ovanlig att den är vanskelig att studera var #9 'Psykotiska/maniska symtom'. Det brittiska materialet var olyckligtvis mer begränsat ( $n = 46$ ) men inte värre än att försiktiga jämförelser kan göras mellan grupperna.

Vi noterade att den brittiska gruppen var mer belastad än den svenska, vilket inte var oväntat. Däremot observerade vi med förvåning att den brittiska gruppen mer ofta bedömdes låg eller måttlig risk i de sammanfattande bedömningarna av risk för partnervåld, medan den svenska gruppen mer ofta bedömdes som hög risk. Olika tolkningar av detta kan diskuteras. Ligger skillnaderna i faktiska skillnader eller i bedömningar? – Mycket talar för att det finns faktiska skillnader i termer av förekomst eller icke-förekomst av SARA-faktorer, men däremot att det när det gäller de sammanfattande riskbedömningarna (som är mer känsliga för subjektivitet, intuitiva ställningstaganden, men också olika system och olika kulturer, inklusive olika lagstiftningar och olika sätt att praktiskt hantera den här typen av

ärenden) kan det mycket väl vara fråga om skillnader i sätt att bedöma.

Studien öppnar för flera möjliga fortsättningsstudier (förutom den eventuella prospektiva uppföljningen). När det gäller skillnaderna mellan den svenska och den brittiska gruppen vore det intressant och värdefullt att genomföra en interbedömarreliabilitetsstudie i egentlig mening. Detta kunde ske genom att frivårdsinspektörer från Sverige respektive Storbritannien med SARA-utbildning sammanstrålade runt ett antal väldefinierade fall, kanske fall som dokumenterats i vinjettförm och bandats på video eller liknande. Bedömningar med stöd av SARA-modellen kunde göras blint och oberoende av varandra på en serie fall, som man sedan i efterhand analyserar för att klargöra interbedömarreliabilitet och olika praxis i tolkningar av riskfaktorer med mera.

En annan mycket intressant vinkel att gå vidare med vore en kvalitativ studie av de oväntade fallen utifrån förhållandet mellan SARA aktuarisk totalpoäng (det sammanlagda antalet riskfaktorer kvantifierat) och den slutgiltiga, globala bedömningen av risk – se figur 1. (fördelning av SARA aktuarisk totalpoäng bland klienter som i den sammanfattande bedömningen bedöms som låg, måttlig respektive hög överhängande risk för partnervåld). Det vill säga, att gå tillbaka till de fall där ”poängen” är relativt hög men ändå bedömaren klassificerat individen som låg risk, respektive de fall där poängen är mycket låg men ändå riskbedömningen är att individen löper hög risk. Detta att studera ”unusual and extreme cases” (Miles & Huberman, 1989) kan ge nya kunskaper om risk- och skyddsfaktorer som inte finns med i SARA men som bedömarna tagit i beaktande i sina bedömningar, och ge nya insikter om förhåll-

andet mellan kvantitativt skattade risk-index och klinisk beslutsfattande.

Det kan förefalla kontra-intuitivt att bland de enskilda korrelaten av riskfaktorer i SARA som var starkast associerade till hög överhängande risk mot andra var överträdelser av besöksförbud. Besöksförbuden gäller ju partnern eller ex-partnern vilket inkluderas i riskbedömningen för överhängande risk mot partner, inte mot andra. Det visar sig dock vid en närmare kontroll att de ”andra” offer som oftast avsetts har varit barn med vilka partnern sammanlevt.

Bland svagheter i studien märks att studiepopulationen är starkt selekterad (convenience sample) och att den statistiska powern är begränsad när det gäller jämförelsen med den brittiska gruppen, som trots allt var begränsad ( $n = 46$ ). Detta var en pilotstudie vars yttersta syfte för kriminalvården var att trimma rutinerna för att i framtiden rutinemässigt genomföra den typ av uppföljningar som beskrivs som en obligatorisk del för alla klienter som blir föremål för programverksamhet enligt IDAP på grund av partnervåld. Därför har ett bekvämlighets-sample valts utan större hänsyn specifikt till selektionsbias och överväganden om statistisk power. För att projektera för en epidemiologiskt korrekt studie med fullgod power även för ovanligare riskfaktorer och ovanliga utfall, och utan den sannolikt påtagliga selektionsbias som en design som denna medför, krävs ett annorlunda upplägg och ett betydligt större sample.

En annan svaghet är att vi haft dålig kontroll på systematiska skillnader avseende svensk och brittisk frivård, liksom skillnader i praxis. Detta gör det väldigt vanskligt att föra för långt i tolkningarna av skillnader mellan den svenska och den

brittiska gruppen. Utifrån analyserna av SARA-faktorerna förefaller det onekligen som att den brittiska gruppen är en betydligt mer belastad grupp, med fler individer med psykiatrisk morbiditet, tidigare partnervåld, och allvarligare våld. Utan en direkt interbedömarreliabilitetsstudie med både svenska och brittiska deltagare är det emellertid möjligt att säga om detta är en faktisk skillnad eller bara speglar olika sätt att tolka item-beskrivningarna i SARA.

En särskilt intressant observation i sammanhanget var alltså att de brittiska professionella bland sina klienter, trots en högre prevalens av SARA-riskfaktorer, överlag lade sina globala bedömningar av återfallsrisk på en lägre nivå än de svenska kollegorna. Globalbedömningar av risk som kommuniceras relativt (i motsats till så kallad absolut riskkommunikation) i enlighet med SARA och övriga 'Vancouver-skolan' kommer alltid vara känsliga för vilka övriga klientgrupper som den professionelle arbetar med. Sammanfattande bedömningar kommer oundvikligen ställas i relation till dessa andra klienter. För en frivårdsinspektör som enbart arbetar med, låt säga, förstagångsdomda partnervåldsverkare kommer en bedömning av en enskild individ som 'hög överhängande återfallsrisk' vara något helt annat än för en annan frivårdsinspektör, som arbetar med t.ex. kroniskt antisociala, vanligtvis drogmissbrukande klienter med så kallad psykopatisk personlighetsstörning. Relativ riskkommunikation leder oundvikligen till ett *differences-in-scale* problem. En försiktig och hypotetisk tolkning av de resultat som presenterats i denna rapport är att de svenska riskbedömningarna är i enheten centimeter och de brittiska i decimeter. Den brittiska gruppen av klienter är mer belastad än den svenska, men bedöms ändå i större

utsträckning som låg/måttlig i risktermer, därför att den jämförs med en än mer belastad population, relativt till det svenska materialet.

Framtida jämförande studier kan klarlägga denna fråga, som också kommer vara viktig att väga in i de framtida utvärderingarna av IDAP i Storbritannien och i Sverige.

#### SLUTSATSER I PUNKTFORM

- Utbildningsformen har varit positiv och deltagarna, varav majoriteten var frivårdsinspektörer, har tillgodogjort sig kursinnehållet och framgångsrikt implementerat riskbedömningar i sin rutin.
- Policy i relevanta delar varierar betydligt mellan olika KVC. Vissa klargöranden och förtydliganden med avseende på yrkesroller och tolkningen av gällande sekretesslagstiftning skulle behöva göras.
- Det i projektet insamlade materialet bestod av 163 fall; fullgott för de preliminära och beskrivande statistiska analyser som var aktuella för det här projektet.
- Den brittiska populationen föreföll mera belastad än den svenska i termer av riskfaktorer enligt SARA.
- Individerna i den brittiska gruppen bedöms också oftare utgöra en hög risk för andra (förutom partner).
- Individerna i den svenska gruppen bedömdes dock i större utsträckning som högrisk-individer för återfall i partnervåld.
- Vid en framtida jämförelse av effekter av programbaserad behandling bör

## ► DISKUSSION ◄

vid utvärderingen tas i beaktande att den brittiska gruppen kan vara 'svårare'. Ett relativt sett sämre resultat kan därför vara att vänta i den

engelska gruppen, om man inte kontrollerar för bakomliggande riskfaktorer

---

## BILAGA 1. SARA – STUDIEPROTOKOLL FÖR DEN SVENSKA DELEN

---

### SARA DEMOGRAFISKA UPPGIFTER

Klientens namn		Bedömare
Klientens adress		Myndighet
Personnr (10 siffror)	Ålder (år)	
Medborgarskap	Etnicitet (moderns hemland)	
Utbildning (ange högsta) <input type="radio"/> Ej avslutat grundskola <input type="radio"/> Grundskola <input type="radio"/> Gymnasium <input type="radio"/> Universitet/högskola		
Civilstånd <input type="radio"/> Aldrig varit gift sammanboende <input type="radio"/> Frånskild <input type="radio"/> Gift/sambo		
Anpassning till arbetsmarknaden <input type="radio"/> A. Heltidssysselsatt ( $\geq 30$ tim/v) <input type="radio"/> B. Deltid ( $< 30$ tim/v) <input type="radio"/> C. Tillfälligt anställd <input type="radio"/> D. Heltidsstudier ( $\geq 30$ tim/v) <input type="radio"/> E. Deltidsstudier ( $< 30$ tim/v) <input type="radio"/> F. Arbetslös <input type="radio"/> G. Står utanför arbetsmarknaden gm sjukskrivning, pension el likn.		
Ålder vid första lagföring (år)		
Ålder vid första lagföring för våldsbrott (år)		
Ålder vid första lagföring för partnervåld (år)		
Antal tidigare lagföringar (st)		
Antal tidigare lagföringar för våldsbrott (st)		
Antal tidigare lagföringar för partnervåld (st)		
Är klienten föremål för åtgärder inom ramen för programverksamheten Våld i Nära Relationer? (om ja, beskriv)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

Har klienten tidigare genomgått behandling för partnervåld <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Vet ej (om ”ja” eller ”vet ej”, beskriv)
SARA genomförd <input type="radio"/> Under förundersökning/åtal/rättegång <input type="radio"/> Efter dom

UPPFÖLJNING			
<b>1 år efter baseline</b>	<input type="radio"/> Belastningsregisterutdrag	<input type="radio"/> Intervju	<input type="radio"/> SORM
<b>2 år efter baseline</b>	<input type="radio"/> Belastningsregisterutdrag	<input type="radio"/> Intervju	<input type="radio"/> SORM
<b>5 år efter baseline</b>	<input type="radio"/> Belastningsregisterutdrag	<input type="radio"/> Intervju	<input type="radio"/> SORM
<b>10 år efter baseline</b>	<input type="radio"/> Belastningsregisterutdrag	<input type="radio"/> Intervju	<input type="radio"/> SORM



British  
Columbia  
Institute  
on  
Family  
Violence

## Bedömning av risk för framtida partnervåld SARA

	Poäng (0-1-2)	Kritiska item (Kryssa)
<b>Kriminell bakgrund</b>		
19. Tidigare våld mot familjemedlemmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tidigare våld mot bekanta eller obekanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psykosocial anpassning</b>		
22. Problem i förhållanden under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Problem på arbetsmarknaden under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Som ung offer för, eller vittne till, våld inom familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Missbruk eller beroende av alkohol eller droger under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Suicidalt eller homicidalt tankeinnehåll, eller avsikt, under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Psykotiska och/eller maniska symptom under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Personlighetsstörning karakteriserad av ilska, impulsivitet eller instabilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(vänd!)

Tidigare partnervåld	Poäng (0-1-2)	Kritiska item (Kryssa)
29. Tidigare bruk av fysiskt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tidigare bruk av sexuellt betingat våld/sexuellt betingad svartsjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tidigare användning av vapen och/eller allvarliga dödshot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ökad frekvens, eller svårhet i, övergreppen under senare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tidigare överträdelse av besöksförbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Bagatellisering eller förnekande av tidigare partnervåld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Attityder som stöder eller ursäktar partnervåld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktuell brottslighet</b>		
36. Allvarligt sexuellt- eller annat våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Användning av vapen och/eller allvarligt dödshot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Överträdelse av besöksförbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andra överväganden</b>		
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Vänd)

Summering av riskbedömningen			
	Låg	Medel	Hög
1. Överhängande risk för partnervåld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Överhängande risk för våld riktat mot andra Specificera: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Checklista för informationskällor

Intervjuer	Genomförd?
Intervju med klienten	J N N/A
Intervju med offer	J N N/A
Intervju med andra (specificera): _____ _____ _____	J N N/A
Kollateral information	Beaktad?
Polisutredning:	
(a) Index gärning	J N N/A
(b) Tidigare brott	J N N/A
Domar	J N N/A
(a) Index gärning	J N N/A
(b) Tidigare domar	J N N/A
Vittnesmål – målsäganden	J N N/A
Vittnesmål – andra	J N N/A
Belastningsregisterutdrag	J N N/A
Övrigt (specificera): _____ _____	J N N/A

J = JA    N = NEJ/ICKE TILLGÄNGLIG    N/A = INTE TILLÄMPLIGT

Frågeformulär och psykologtester	Administrerat?
Klienten:	
(a) Egen fysisk övergreppserfarenhet	J N N/A
(b) Egen psykisk övergreppserfarenhet	J N N/A
(c) Missbruk	J N N/A
(d) Andra självskattningsformulär eller tester (specificiera):	J N N/A
_____	
_____	
_____	
Offfer:	
(a) Egen fysisk övergreppserfarenhet	J N N/A
(b) Egen psykisk övergreppserfarenhet	J N N/A
(c) Missbruk	J N N/A
(d) Andra självskattningsformulär eller tester (specificiera):	J N N/A
_____	
_____	
_____	

J = Ja      N = Nej/Icke tillgänglig      N/A = Inte tillämpligt

---

**BILAGA 2. SARA – STUDIEPROTOKOLL FÖR DEN BRITTISKA DELEN**

---

**SARA DEMOGRAPHIC INFORMATION**

Name			
PNC Identifier		Age (in years)	
Race Circle as appropriate	Black /White/ Other	Ethnicity Circle as appropriate	British/Swedish <b>Other, specify</b>
Age left further education (in years)			
Marital Status Circle as appropriate	<input type="radio"/> Never married <input type="radio"/> Divorced <input type="radio"/> Married / C-L		
Employment status Circle as appropriate	<input type="radio"/> A. Full time employment ( $\geq 30$ h/w) <input type="radio"/> B. Parttime (<30 h/w) <input type="radio"/> C. Temporarily hired <input type="radio"/> D. Student full time ( $\geq 30$ h/w) <input type="radio"/> E. Student parttime (<30 h/w) <input type="radio"/> F. Unemployed <input type="radio"/> G. Retired, on long-term sick-leave, or equivalent		
No of previous convictions (actual no)			
No of previous violent convictions (actual no)			
No of domestic violence convictions (If other non convicted incidents are known please indicate number in brackets; if the incidents are alleged, suffix with A)			
Treatment history (Tick all that apply) (Use space below for any optional additional information you want to collect)		Offender referred to group	
		Offender enrolled on group	
		Offender commenced on group	
		Other (specify)	
Any past treatment history (Specify)			

SARA completed (Circle as appropriate)	Pre court/post court

FOLLOW-UP			
1 year after baseline	<input type="radio"/> Crime register excerpts obtained	<input type="radio"/> Interview	<input type="radio"/> SORM
2 years after baseline	<input type="radio"/> Crime register excerpts obtained	<input type="radio"/> Interview	<input type="radio"/> SORM
5 years after baseline	<input type="radio"/> Crime register excerpts obtained	<input type="radio"/> Interview	<input type="radio"/> SORM
10 years after baseline	<input type="radio"/> Crime register excerpts obtained	<input type="radio"/> Interview	<input type="radio"/> SORM



# Spousal Assault Risk Assessment Guide

Name of Accused: _____	DoB: _____
_____	
Name of Assessor: _____	Title: _____
_____	
Signature: _____	Date: _____
_____	

<b>Criminal History</b>	Rating (0-1-2)	Critical Item (Check box)
1. Past assault of family members	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Past assault of strangers or acquaintances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Past violation of conditional release or community supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psychosocial Adjustment</b>		
4. Recent relationship problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recent employment problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Victim of and/or witness to family violence as a child or adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Recent substance abuse/dependence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recent suicidal or homicidal ideation/intent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Recent psychotic and/or manic symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Personality disorder with anger, impulsivity, or behavioral instability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(continued on next page)*

<b>Spousal Assault History</b>	<b>Rating (0-1-2)</b>	<b>Critical Item (Check box)</b>	
39. Past physical assault	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. Past sexual assault/sexual jealousy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41. Past use of weapons and/or credible threats of death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42. Recent escalation in frequency or severity of assault	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. Past violation of “no contact” orders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. Extreme minimization or denial of spousal assault history	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. Attitudes that support or condone spousal assault	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Alleged (Current) Offence</b>			
18. Severe and/or sexual assault	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Use of weapons and/or credible threats of death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Violation of “no contact” order	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Other Considerations</b>			
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Summary Risk Ratings</b>			
	Low	Moderate	High
1. Imminent risk of violence towards partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Imminent risk of violence towards others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specify: _____			
_____			

## Checklist of Information Sources

Interviews	Reviewed?
Interview with offender	Y N N/A
Interview with victim(s)	Y N N/A
Interview with others (specify): _____ _____	Y N N/A
Collateral Information	Reviewed?
Police reports:	
(a) Index offence	Y N N/A
(b) Past offences	Y N N/A
Victim statements	Y N N/A
Witness statements	Y N N/A
Criminal record	Y N N/A
Other (specify): _____ _____	Y N N/A

Y = Yes    N = No/Not Available    N/A = No/Not Applicable

Questionnaires and Psychological Tests	Reviewed?
With offender:	
(a) Physical abuse	Y N N/A
(b) Psychological abuse	Y N N/A
(c) Substance use	Y N N/A
(d) Other questionnaires or tests (specify): _____ _____	Y N N/A
With victim:	
(a) Physical abuse	Y N N/A
(b) Psychological abuse	Y N N/A
(c) Substance use	Y N N/A
(d) Other questionnaires or tests (specify): _____ _____	Y N N/A

Y = Yes    N = No/Not Available    N/A = No/Not Applicable

Pat.nr # \_\_\_\_\_

Datum för skattning: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Skattarens namn: \_\_\_\_\_

## SORM

*Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring*

KODSCHEMA	FÖREKOMST	RISKEFFEKT
	A / B / C	- / 0 / +
<b>PÅGÅENDE INSATSER</b>		
1) Kriminalvård (frihetsberövanden)		
2) Psykiatrisk avdelningsvård		
3) Stödkontakter		
4) Somatisk vård		
5) Arbetsfrämjande insatser		
<b>SOCIAL SITUATION</b>		
6) Bostad		
7) Ekonomi		
8) Arbete		
9) Fritid		
10) Funktionsnivå		
<b>NÄTVERK</b>		
11) Famili		
12) Partner		
13) Barn		
14) Vänner och bekanta		

(vänd)

	<i>FÖREKOMST</i>	<i>RISKEFFEKT</i>
	<i>A / B / C</i>	<i>- / 0 / +</i>
<b><i>KLINISKA FAKTORER</i></b>		
15) Siukdomsinsikt		
16) Stämningsläge		
17) Ängestsymtom		
18) Psykossymtom		
19) Instabilitet		
20) Suicidalitet		
21) Homicidalitet		
22) Bristande behandlingsmotivation		
23) Medicinering		
24) Missbruk		
<b><i>SUBJEKTIVT</i></b>		
25) Egen upplevelse av hälsa		
26) Egen upplevelse av livskvalitet		
27) Egen riskskattning		
<b><i>KRITERIEVARIABLER</i></b>		
28) Våldshandlingar		
29) Andra kriminella handlingar		
30) Risksituationer		

---

## BILAGA 3. BLANKETT FÖR INFORMERAT SAMTYCKE

---

### MEDGIVANDE ATT DELTA I UPPFÖLJNINGSTUDIE

*UK – Sweden Comparative Study on Spousal Assault* är en uppföljningsstudie som syftar till att jämföra och kartlägga faktorer som är av betydelse för återfall i våldsbrott riktade mot partners. Studien riktar sig till personer som dömts för partnervåld i Sverige och Storbritanien. Vetenskapligt ansvarig för studien är docenten Martin Grann, Sektionen för Rättspsykiatri, Karolinska Institutet, Stockholm.

Oavsett om Du väljer att ställa upp i detta forskningsprojekt eller inte kommer inte detta beslut att påverka Ditt omhändertagande eller din nuvarande eller framtida kontakter med Kriminalvården eller andra myndigheter.

Om Du ställer upp och deltagar innebär det att en forskningsassistent, eller en annan till projektet knuten person, kommer kontakta Dig om ett år från idag, om två år, om fem år samt om tio år från idag. Han eller hon kommer vilja träffa Dig för ett samtal om hur Du har det och vad som hänt i Ditt liv den senaste månaden. Alla personer som arbetar i projektet är antingen sjuksköterskor, läkare, psykologer eller socionomer, och har tystnadsplikt. Allt Du berättar hanteras med sekretess.

Forskningsassistenten kommer av Dig vilja ha information om aktuella insatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst och kriminalvård, om Din sociala situation, om hur Du mår psykiskt och hur Du själv ser på Din aktuella situation. Intervjun beräknas ta mellan 1 till 2 timmar. Den person som intervjuar Dig kommer följa en mall för intervju som kallas *SORM*. För att kunna göra en så säker bedömning som möjligt kommer forskningsassistenten också behöva ta del av kriminalvårdsakten, eventuella journalanteckningar från sjukvården, handlingar från socialtjänsten samt utdrag ur polisens misstanke- respektive belastningsregister.

Även om Du idag väljer att delta i studien har Du under hela tiden studien pågår möjlighet att ångra Dig och avbryta Ditt deltagande. Du behöver inte ange något skäl för att avbryta, och Du kan avbryta Ditt deltagande helt utan att det påverkar De kontakter Du i övrigt har med kriminalvården.

Härmed ger jag, \_\_\_\_\_(namn) person nummer: \_\_\_\_\_ mitt skriftliga medgivande till att delta i ovanstående projekt.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

---

## RAPPORTFÖRTECKNING

---

Forskningskommitténs rapporter och faktablad med angivet rapportnummer finns att hämta i pdf-format på kriminalvårdens KrimNet samt [www.kvv.se](http://www.kvv.se). Samtliga rapporter går även att beställa från

Kriminalvården  
Förlaget  
601 80 Norrköping  
Fax nr 011-496 35 17

---

### **FÅNGARNAS LEVNADSNIVÅ**

Henrik Tham, Anders Nilsson  
Stockholms universitet, 1999  
Beställningsnr: 4656

### **RAPPORT 1: ATT PÅVERKA OCH PÅVERKAS - Kriminalvårdens insatser för sexualbrottsdömda i anstalt**

Niklas Långström, Gabrielle Sjöstedt  
Sektionen för Rättspsykiatri, Karolinska Institutet, 2000  
Beställningsnr: 4707

### **RAPPORT 2: KRIMINALVÅRDENS STÖDAVDELNINGSVVERKSAMHET**

Docent Martin Grann, doktorand Knut Sturidsson, Sektionen för Rättspsykiatri, Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Arbetsterapi och Äldrevårdsforskning (NEUROTEC) vid Karolinska Institutet i Stockholm, 2000  
Beställningsnr: 4708

### **RAPPORT 3: FÅNGARNAS**

**FÖRÄLDRASKAP** - En utvärdering av föräldrautbildningar inom kriminalvården  
Ulla-Carin Hedin, Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, 2000  
Beställningsnr: 4722

### **RAPPORT 4: PROJEKT SOKRAMI OCH PROJEKT MORGAN** - En utvärdering av två lokala samverkansprojekt

Margareta Bure, Institutionen för Tematisk Utbildning och Forskning, Campus Norrköping, Linköpings universitet, 2000  
Beställningsnr: 4726

### **RAPPORT 5: ÖVERLEVAD OCH FÖRÄNDRING** - Vardagsliv och behandling av sexualbrottsdömda på Skogomeanstalten

Sven-Axel Månsson, Ulla-Carin Hedin, Jari Kuosmanen, Ann Lindholm, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2000  
Beställningsnr: 4724

### **RAPPORT 6: ATT STUDERA I**

**FÄNGELSE** - Utvärdering av klientutbildning inom kriminalvården  
Silwa Claesson, Hans Dahlgren, Institutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgs universitet, 2000  
Beställningsnr: 4730

**RAPPORT 7: MOTIVATIONS- OCH PÅVERKANSARBETE INOM FRIVÅRDEN**

Ingela Thylefors, Olle Persson,  
Psykologiska institutionen, Göteborgs  
universitet, 2002  
Beställningsnr: 4740

**RAPPORT 8: PROGRAMVERKSAMHET FÖR INTENSIV-ÖVERVAKNING -**

Nuläge och förslag till förändring  
Dan Magnusson, Internationella  
Handelshögskolan, Jönköping, 2002  
Beställningsnr: 4742

**RAPPORT 9: NÄTVERKSANALYS AV FÄNGELSEGÅNG - pilotstudie**

Lena Roxell, Kriminologiska  
Institutionen, Stockholms Universitet,  
2002  
Beställningsnr: 4743

**RAPPORT 10: FÄNGELSET OCH DEN LIBERALA FANTASIN –**

En studie om  
rekonstruktionen av det moraliska  
subjektet inom svensk kriminalvård.  
Kenneth Pettersson, Institutionen för  
Tematisk Utbildning och Forskning  
(ITUF), Campus Norrköping, Linköpings  
universitet, 2003  
Beställningsnr: 4761

**RAPPORT 11: KRIMINALVÅRD OCH ETNICITET.** Etnisk mångfald och  
personalrekrytering, Etnisk tillhörighet  
och permissioner.

Erik Olsson m.fl, Campus Norrköping,  
Linköpings universitet, 2003  
Beställningsnr: 4762

**RAPPORT 12: ANSTALT OCH EMPOWERMENT.** Tre försök till bättre  
frigivning.

Cecilia Heule, Lunds universitet, 2005  
Beställningsnr: 4810

**RAPPORT 13: BÄRSÄRKARNA.** En  
kvalitativ beskrivning och analys av  
upplevelser från intagna och personal vid  
incidenter av upploppskaraktär under  
2004.

Charlotta Olsson, Kriminalvårdens  
regionkansli Göteborg, 2005  
Beställningsnr: 4823

**RAPPORT 14: KVINNORNA PÅ HINSEBERG.** En studie av kvinnors  
villkor i fängelse.

Odd Lindberg, Örebro universitet,  
Institutionen för samhällsvetenskap, 2005  
Beställningsnr: 4821

**RAPPORT 15: UTBILDNING INOM KRIMINALVÅRDEN.** Effekter på de  
intagnas läs- och skrivfärdigheter.

Birgitta Herkner, Komvux Nyköping,  
Stefan Samuelsson, Linköpings  
universitet, 2005  
Beställningsnr: 4822

**RAPPORT 16: ÅTERFALLSFÖRBRYTARE – VILKA VAR DE?**

Några bakgrundsfaktorer  
inverkan på återfall i brott.  
Birgitta Rydén-Lodi, Stockholms  
universitet, Håkan Stattin, Örebro  
universitet, Britt af Klinteberg, Karolinska  
institutet, Stockholms universitet, 2005  
Beställningsnr: 4819

**RAPPORT 17: INFÖR FRIGIVNINGEN.**

Livssituationen inför frigivningen och  
egenbedömning av framtida återfall.  
Birgitta Rydén-Lodi, Stockholms  
universitet, 2005  
Beställningsnr: 4820

**RAPPORT 18: PSYKOSOCIALA  
INTERVENTIONSMETIDER VID  
KRIMINALITET OCH**

**DROGMISBRUK.** Metaanalyser och  
randomiserade kontrollerade studier  
Mats Fridell, Morten Hesse, Psykologiska  
Institutionen, Lunds universitet, 2006  
Beställningsnr: 4831

**RAPPORT 19: EXITPROCESSER OCH  
EMPOWERMENT.** En studie av sociala

arbetskooperativ i vägen ut projektet  
Ulla-Carin Hedín, Urban Herlitz, Jari  
Kuosmanen, Göteborgs universitet, 2006  
Beställningsnr: 4834

**RAPPORT 20: IMPLEMENTERING AV  
NYA BEHANDLINGSPROGRAM I  
KRIMINALVÅRDEN.**

Robert Holmberg, Mats Fridell, Lunds  
universitet, 2006  
Beställningsnr: 4845

**RAPPORT 21: KRIMINALVÅRDARES  
VARDAGSARBETE.** Handlingar,

emotioner och föreställningar.  
Per-Åke Nylander, Örebro universitet,  
2006  
Beställningsnr: 4846



**Kriminalvården**

---

[www.kriminalvarden.se](http://www.kriminalvarden.se)

SE-601 80 Norrköping

Tel: +46 (0)77-22 80 800

Fax: +46 (0)11 496 35 17