

Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse

En effektstudie

brå

brottsförebyggande rådet

Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse

En effektstudie

Rapport 2008:18

Brå – centrum för kunskap om brott och åtgärder mot brott

Brottsförebyggande rådet (Brå) verkar för att brottsligheten minskar och tryggheten ökar i samhället. Det gör vi genom att ta fram fakta och sprida kunskap om brottslighet, brottsförebyggande arbete och rättsväsendets reaktioner på brott.

Denna rapport kan beställas hos bokhandeln eller hos
Fritzes Kundservice, 106 47 Stockholm
Telefon 08–690 91 90, fax 08–690 91 91, e-post order.fritzes@nj.se

Produktion:
Brottsförebyggande rådet, Information och förlag,
Box 1386, 111 93 Stockholm
Telefon 08–401 87 00, fax 08–411 90 75, e-post info@bra.se
Brå på Internet www.bra.se
Författare: Jonas Öberg, Stina Holmberg
Tryck: Edita Norstedts Västerås 2008
© Brottsförebyggande rådet 2008
ISSN 1100-6676
ISBN 978-91-86027-09-4

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	6
Studien visar signifikanta skillnader i återfall	6
Brå:s bedömning	8
Inledning	10
Fortsatt satsning	10
Nytt utvärderingsuppdrag till Brå	11
Kriminalvårdens egen sammanfattning av vad som uppnåtts med narkotikasatsningen	12
Material och metod	14
Material	14
Urval	14
Återfallsmått	17
Bakgrundsinformation om de studerade grupperna	19
Behandlingsinsatserna	23
Behandlingens effekter på återfall	26
Tolkning av resultaten	36
Brå:s tidigare studie	41
Referenser	44
Bilagor	45
Bilaga 1. Tabellbilaga	45
Bilaga 2. FRAS-modellen	46
Bilaga 3. Matchningsförfarande för kontrollgrupp	48
Bilaga 4. Tabeller	50

Förord

År 2002 fick kriminalvården i uppdrag av regeringen att under tre år genomföra en särskild satsning för att bekämpa missbruket av narkotika bland intagna i anstalt. Brottsförebyggande rådet (Brå) utvärderade satsningen och lämnade en slutrapport i januari 2005.

Regeringen beslutade därefter att kriminalvårdens narkotikasatsning skulle fortsätta efter år 2005 och Brå fick ånyo i uppdrag att utvärdera arbetet. Detta är slutrapporten i det andra utvärderingsuppdraget.

Rapporten vänder sig främst till regeringen, riksdagen och kriminalvården. En förhoppning är att den kan vara till hjälp i det fortsatta arbetet med att utveckla och förbättra missbruksvården på svenska anstalter.

Rapportens författare är enhetschef Stina Holmberg och utredare Jonas Öberg vid Brå. FRAS-modellen för predicering av återfall i brott och matchningsproceduren kring skapandet av studiens kontrollgrupp har utarbetats av utredare Fredrik Marklund, Brå, och Jonas Öberg. Professor Eckart Köhlhorn har vetenskapligt granskat rapporten och kriminalvårdsdirektör Birgitta Göransson har också lämnat värdefulla synpunkter.

Stockholm i september år 2008

Jan Andersson
Generaldirektör

Stina Holmberg
Enhetschef

Sammanfattning

Sedan år 2002 genomför kriminalvården på regeringens uppdrag en särskild satsning på missbruksvård i anstalt. Brottsförebyggande rådet (Brå) utvärderade på regeringens uppdrag verksamheten under de tre första åren. Bland annat visade en studie av satsningens effekter på återfall i brott inga skillnader mellan en grupp intagna som fått behandling inom ramen för narkotikasatsningen år 2003 och en matchad kontrollgrupp som frigivits innan satsningen trädde i kraft (Brå, Rapport 2005:3). En möjlig förklaring till de uteblivna resultaten var att utvärderingen gjordes kort tid efter satsningens start och att få intagna hunnit ta del av någon behandling.

Under den tid som förflutit sedan satsningens start har kriminalvården gjort förändringar i verksamheten i syfte att förbättra den. Från och med år 2006 koncentrerades satsningen genom att sex behandlingsanstalter inrättades, där hela verksamheten inriktats på missbruksbehandling och som ska fungera enligt principen om terapeutiska samhällen.¹ Vid sidan om dessa behandlingsanstalter bedrivs även missbruksbehandling på ett antal behandlingsavdelningar på anstalter som även har normalavdelningar.

Brå fick i sitt regleringsbrev för år 2006 i uppdrag att göra en förnyad utvärdering av satsningen. Detta är den tredje och avslutande rapporten inom ramen för detta uppdrag. Rapporten fokuserar på den fortsatta satsningens effekter på missbrukarnas återfall i brott.

Studien visar signifikanta skillnader i återfall

I studien har en behandlingsgrupp skapats som består av personer som

- frigivits från anstalt mellan den 1 januari och den 31 december 2006
- varit inskrivna på en behandlingsavdelning för narkotikamissbrukare under verkställigheten
- lämnat behandlingsavdelningen efter den 1 januari 2006
- haft minst 60 dagar kvar av verkställigheten vid tiden för placeringen på behandlingsavdelningen
- ej varit dömda till utvisning efter frigivningen.

Till denna grupp omfattande 741 personer matchades sedan en kontrollgrupp bland personer som frigavs från anstalt under perioden maj 2001 till april 2002.

Med en uppföljningstid om tolv månader återfaller 50 procent av behandlingsgruppen i ny lagföring. Motsvarande andel i kontrollgruppen är 58 procent. Skillnaden på åtta procentenheter är statistiskt signi-

¹Initialt inrättades sju behandlingsanstalter. Anstalten Roxtuna stängdes senare.

fikant². Ser man till återfall i ny fängelsedom är andelen återfall i behandlingsgruppen hela elva procentenheter lägre än i kontrollgruppen. Skillnaden i återfall jämfört med kontrollgruppen var ännu något större för dem som fullföljt behandlingen (10–12 procentenheter) medan den var mindre för dem som hade avbrutit behandlingen (3–10 procentenheter).

Skillnaderna i återfall avser männen, inte kvinnorna

Skillnaderna i återfall jämfört med kontrollgruppen avser endast de manliga intagna. Studien visar däremot inga direkta skillnader i återfall mellan kvinnor i behandlingsgruppen och deras kontrollgrupp. Vad detta beror på är svårt att svara på. Ett skäl skulle kunna vara att kvinnliga intagna med missbruksproblem i större utsträckning fick vård redan före satsningen och att satsningen därmed inneburit en mindre förändring för kvinnorna. Ett annat skäl skulle kunna vara att de kvinnliga narkotikamissbrukarna har en svårare social situation totalt sett och att den behandling som ges på behandlingsavdelningar inte räcker för att påverka deras möjligheter att sluta missbruka. Det bör också erinras om att endast 86 kvinnor ingår i studien och att det inte går att dra några långtgående slutsatser utifrån en så liten grupp.

Skillnaderna avser endast dem som är minst 30 år

En indelning av materialet i tre lika stora åldersgrupper visar att skillnaden i återfall inte avser den grupp som är under 30 år utan endast dem som är äldre. En möjlig förklaring till detta är att de yngre ännu inte nått den punkt i missbrukskarriären att de är riktigt mottagliga för det vårderbjudande som behandlingsavdelningarna innebär.

Skillnaden är också störst bland dem med medelhög risk för återfall och dem med långa vistelser på behandlingsavdelningen samt dem som fått en vårdvistelse i slutet av verkställigheten.

Tolvstegsanstaltens resultat bättre

En jämförelse mellan anstalter som arbetar enligt tolvstegsmodellen och andra visar att de intagna i behandlingsgruppen som varit på behandlingsavdelning på tolvstegsanstalt har elva procentenheter lägre återfall än sin kontrollgrupp, medan intagna på behandlingsavdelning på annan anstalt endast har fem procentenheter lägre återfall än sin kontrollgrupp.

En möjlig förklaring till tolvstegsavdelningarnas bättre resultat är att tolvstegsprogrammet pågår kontinuerligt på avdelningen. Detta innebär att en intagen som anländer till behandlingsavdelningen direkt kan delta i tolvstegsprogrammet, till skillnad från behandlingsavdelningar med kognitivt orienterad programverksamhet, där en intagen måste vänta på att ett program ska starta innan han eller hon kan delta. Bland de intag-

² Chi2-test (p<0,05).

na som inte varit på tolvstegsanstalt har ungefär hälften deltagit i program. Deras återfall är nio procentenheter lägre än kontrollgruppens. Hos dem som varit på annan behandlingsavdelning än en tolvstegsavdelning och inte deltagit i något program är andelen som återfaller lika stor som hos kontrollgruppen.

Resultaten rimliga i relation till internationell forskning

I Brå:s förra återfallsstudie³ gjorde Mats Fridell och Morten Hesse en genomgång av den internationella forskningen om effekter av behandlingsinsatser för missbrukare i kriminalvård⁴. Genomgången visade att de flesta studier redovisar att behandlingsprogram för missbrukare i fängelse har effekter på återfall, men att de är ganska små.

En metaanalys genomförd inom ramen för Campbell Collaboration år 2006 visar att narkotikabehandling i fängelsemiljö som har en inriktning mot terapeutiskt samhälle eller består av grupperapi ("group counseling") har god inverkan på återfall i brott. Det genomsnittliga återfallet bland studierna i metaanalysen var nio procentenheter lägre för behandlingsgrupp än kontrollgrupp. De mest konsekvent positiva resultaten kom från de studier som undersökt terapeutiska samhällen. Dessa studier visade genomgående effekter på både återfall i narkotikamissbruk och brott.

Brå:s bedömning

Enligt Kriminalvårdens officiella statistik är över sextio procent av dem som intas i anstalt under ett år narkotikamissbrukare⁵. Deras risk att återfalla i nya brott efter frigivning är mycket stor. I den grupp av narkotikamissbrukare som ingick i Brå:s förra utvärdering av satsningen hade har drygt 85 procent återfallit i ny lagföring 48 månader från frigivningen.⁶

Med detta i åtanke är det självfallet angeläget att kriminalvården satsar på att bedriva insatser som kan hjälpa de intagna att försöka sluta missbruka.

När narkotikasatsningen startade 2002 var målet att identifiera narkotikamissbrukare som kom till kriminalvården, att utreda deras behov och motivation, och att erbjuda dem missbruksbehandling. Inom ramen för satsningen byggdes ett system upp med tre olika typer av avdelningar. På motivationsavdelningarna skulle missbrukare motiveras till att vilja delta i missbruksbehandling. På behandlingsavdelningarna skulle själva behandlingen ges i form av kognitiva påverkansprogram och på

³ Brå 2005b.

⁴ Fridell, H och Hesse, M :*Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk*, www.bra.se.

⁵ Kriminalvård och statistik 2006, tabell 4.16.

⁶ Se figur 2 sid 42.

särskilda motivationsavdelningar skulle de intagna vistas som misskötte sig och inte ville sluta missbruka. Uppsökartjänster inrättades på häkten med syfte att identifiera och motivera missbrukare redan under tiden i häkte.

Kriminalvården har realiserat de mål för satsningen som regeringen satte upp. Med ökade erfarenheter har Kriminalvården dock senare koncentrerat narkotikasatsningen genom att inrätta sex behandlingsanstalter där samtliga platser är avsedda för narkotikamissbrukare och där arbetet ska ske efter principen om terapeutiska samhällen i anstalt. I samband med detta togs också begreppet motivationsavdelning bort vid övriga anstalter och dessa avdelningar övergick till att bli normalavdelningar. Förutom de sex behandlingsanstalterna bibehölls ett antal behandlingsavdelningar på andra anstalter. Det totala antalet behandlingsplatser uppgår i dag till cirka 800.

Brå:s utvärdering visar en tydlig skillnad i återfall mellan en grupp som vistats på en behandlingsavdelning och en matchad kontrollgrupp som frigavs från anstalt innan narkotikasatsningen startade. Skillnaden är som störst när utfallsmåttet är återfall i ny fängelsestraff; behandlingsgruppens återfall i ny fängelsestraff är elva procentenheter lägre än kontrollgruppens.

I en studie som denna går det inte att ha kontroll över skillnader i motivation mellan grupperna. Det är ändå Brå:s bedömning att sådana skillnader inte helt kan förklara de skillnader i återfall som framträder.⁷

En närmare analys av studiens material visar ett särskilt gott resultat för dem som fullföljt behandlingen och inte flyttats till någon annan avdelning, som är män, är minst 30 år har varit inskrivna på behandlingsavdelningen minst 4,5 månad (inklusive vårdvinstelsen), personer som varit på tolvstegsavdelning eller som genomgått brotts- och missbruksprogram under tiden på behandlingsavdelningen och som fått en vårdvinstelse. Resultaten är intressanta och väcker ytterligare frågor kring varför effekterna är störst under dessa omständigheter. Brå:s ambition är därför att, gärna i dialog med kriminalvården, fortsätta att analysera materialet och försöka fördjupa förståelsen av resultaten.

Brå:s samlade bedömning på grundval av utvärderingen är att kriminalvården är på rätt väg när det gäller utformningen av insatser för narkotikamissbrukare i anstalt. De resultat som framkommit tyder emellertid också på att det finns potential att förbättra verksamheten ytterligare. Resultaten talar för att det skulle vara positivt om programverksamheten på en del behandlingsavdelningar kunde byggas ut så att en större andel av de intagna kunde påbörja ett program. De talar också för att en vårdvinstelse som utslussning från avdelningen ökar missbrukarens möjligheter att klara sig efter frigivningen. Det kan finnas skäl för kriminalvården att beakta detta mot bakgrund av att andelen missbrukare som fick sådan utslussning minskade år 2007.

⁷Ett närmare resonemang återfinns på s. 37.

Inledning

Sommaren 2002 inledde kriminalvården på regeringens uppdrag en satsning med syfte att dels förbättra för intagna med narkotikamissbruk, dels minska förekomsten av narkotika inne på anstalterna. Satsningen skulle bedrivas under tre år och totalt 100 miljoner kronor avsattes för de extra kostnader som satsningen innebar. Tre typer av avdelningar skapades, som var särskilt inriktade på narkotikamissbrukare: särskilda motivationsavdelningar⁸, motivationsavdelningar och behandlingsavdelningar. Avsikten var att missbrukare med olika grad av motivation skulle vara på olika avdelningar. Nya tjänster inrättades för att uppsöka missbrukare i häkte, göra fler utredningar om missbrukarnas problem och behov (ASI) och för att utöka arbetet med att motivera missbrukarna till vård samt bedriva behandlingsprogram i större omfattning än tidigare. En bred satsning på utbildning av personalen på narkotikaavdelningarna gjordes också.

Brå har på regeringens uppdrag utvärderat kriminalvårdens arbete under dessa tre år⁹. Huvudresultatet var att kriminalvården lyckats genomföra de förändringar som regeringen krävt när det gäller organisation och insatser för missbrukare, men att indelningen av narkotika-platserna i särskilda motivationsavdelningar, motivationsavdelningar och behandlingsavdelningar inte fungerat så väl. Det var främst på behandlingsavdelningarna som en mer välfungerande verksamhet utvecklats, med drag av terapeutiska samhällen. Motivationsavdelningarna fungerade däremot inte bra, enligt både personalens och de intagnas värdering. När det gäller satsningens effekter på missbrukarnas återfall i brott efter frigivningen gick det vid den tidpunkten inte att iaktta några effekter. Brå:s tolkning var att det kunde bero både på att det kan ta tid att bygga upp en fungerande behandlingsverksamhet och att antalet intagna som dittills deltagit i ett missbruksprogram var ganska litet, vilket försvårade möjligheten att identifiera effekter.

Fortsatt satsning

Regeringen beslutade att satsningen skulle fortsätta efter år 2005. Som en konsekvens av bland annat Brå:s synpunkter koncentrerade kriminalvården behandlingsinsatserna den 1 januari år 2006. Motivationsavdelningarna togs bort och ersattes med normalavdelningar och sex särskilda *behandlingsanstalter* inrättades, där hela verksamheten skulle inriktas på narkotikamissbrukare och alla avdelningar skulle arbeta utifrån principerna för terapeutiska samhällen. Det innebär att *all* personal på behandlingsanstalter, oavsett uppgift, ska arbeta utifrån det

⁸ De särskilda motivationsavdelningarna var avsedda för dem som misskötte sig alltför mycket på motivationsavdelningen.

⁹ Brå 2003, Brå 2005a och Brå 2005b.

gemensamma målet att förmå de intagna att upphöra med sitt missbruk. Även om ambitionen är att alla avdelningar på behandlingsanstalterna ska arbeta miljöterapeutiskt finns ändå på vissa håll en inre avdelningsstruktur utifrån en vårdkedja med mottagningsavdelningar, motivationsavdelningar och behandlingsavdelningar.

Därutöver bibehölls behandlingsavdelningarna på 13 andra anstalter. Platserna på behandlingsanstalterna och övriga behandlingsavdelningar uppgår sedan dess till cirka 800.

Nytt utvärderingsuppdrag till Brå

I samband med regeringens beslut att satsningen skulle fortsätta fick Brå i regleringsbrevet för år 2006 i uppdrag att göra en förnyad utvärdering. Denna skulle rapporteras i tre steg, med två delrapporter och en slutrapport den 1 augusti 2008.¹⁰ Den första delrapporten handlade om hur personalen uppfattade att arbetet utvecklats sedan Brå:s tidigare utvärdering. Den andra handlade om hur kriminalvårdens omorganisering av arbetet, genom inrättandet av särskilda behandlingsanstalter, hade fungerat. Den byggde både på intervjuer med anstaltscheferna och på enkäter till de intagna. Detta är den avslutande rapporten, som fokuserar på den fortsatta satsningens effekter på missbrukarnas återfall i brott.

Resultat från delrapporterna

Den första delrapporten visade att de förändringar som kriminalvården genomfört hade bidragit till att personalen i något större utsträckning uppfattade att de hade förutsättningar för ett bra arbete med missbrukarna. Den andra delrapporten bestod främst av en förnyad klimatstudie, där intagna på behandlingsanstalterna tillfrågades om hur de uppfattade att det fungerade på anstalten. Intervjuer gjordes också med ledningen för anstalterna om deras syn på hur verksamheten fungerade.

Resultaten från klimatstudien gav ungefär samma resultat som vid Brå:s och kriminalvårdens tidigare mätningar på dessa anstalter¹¹. Det faktum att anstalterna blivit behandlingsanstalter hade alltså inte förbättrat klimatet på dem. Flera av anstaltscheferna uppfattade också själva att det varit vissa omställningsproblem när anstalten skulle bli behandlingsanstalt. Bland annat hade de behövt arbeta fram en ny inre avdelningsstruktur, som tog hänsyn till att alla missbrukare som kom till deras anstalt inte var så motiverade att avstå från att missbruka och delta i behandling.

¹⁰ I det ursprungliga uppdraget skulle slutredovisningen göras den 1 juni 2008, men i regeringsbeslut Ju2007/9766 förlängdes tiden.

¹¹ Brå 2005a och Brå 2007:5.

Kriminalvårdens egen sammanfattning av vad som uppnått med narkotikasatsningen

Det ingår inte i Brå:s nya utvärderingsuppdrag att på nytt kartlägga själva implementeringen av narkotikasatsningen efter år 2005. En utförlig beskrivning av vad som genomförts inom ramen för satsningen gavs i Brå:s första utvärdering¹² och hur förändringen till behandlingsanstalter fungerat, redovisades i den rapport från Brå som kom hösten 2007¹³. Kriminalvården har själv sammanställt en slutredovisning av satsningen där den sammanfattande bilden ges av arbetet med narkotikasatsningen under åren 2002–2007¹⁴. Där bedöms hur de åtgärder för att förbättra vården för narkotikamissbrukare i anstalt som regeringen angav i sitt ursprungliga uppdrag till kriminalvården, har realiserats. I rapportens sammanfattning kan man bland annat läsa följande:

”Målsättningen med narkotikasatsningen, att narkotikamissbrukare som kommer i kontakt med kriminalvården skall identifieras, kartläggas och motiveras till behandling har i stort sett uppfyllts[...]. Samtliga intagna i häkte informeras vid inskrivning om möjligheten att få kontakt med uppsökare. Informationen finns på en del häkten även i alla celler eller ges via intern TV. Uppsökarna har utvecklat samverkan med sjukvården, NAV-präster och Röda Korset på häktena så narkotikamissbrukare med behandlingsbehov identifieras även därigenom. I frivården kartläggs narkotikamissbrukare i personutredningar. På alla anstalter med direktintagning bedöms den intagnes eventuella narkotikamissbruk. Mer än 17 000 häktade har fått i genomsnitt tre personliga motivationssamtal under åren 2003 till 2007.

Många narkotikamissbrukare utreds genom kartläggningsmetoden ASI, den metod som Socialstyrelsen nu rekommenderar i sina nya riktlinjer. Kriminalvården har den enskilt största databanken med ASI-kartläggningar i landet; 11 500 vid årsskiftet 2007/2008.

Enligt målsättningen skulle fler narkotikamissbrukare genomgå de missbruksrelaterade programmen. Program som internationellt visat sig ha effekt har översatts och manualbaserats. Programledare har utbildats. Programmen har prövats och bedömts av en vetenskaplig ackrediteringspanel. Därefter har de kunnat rullas ut i ordinarie verksamhet. Allt fler program har ackrediterats under tiden narkotikasatsningen pågått. Från åren 2003 till 2007 har antalet dömda som gått igenom missbruksrelaterade program ökat från cirka 900 till 4 000. På narkotikaenheter ar-

¹² Brå 2003 och Brå 2005b.

¹³ Brå 2007:25.

¹⁴ Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning 2002–2007, slutredovisning 2008-03-15.

betar man dels med program fokuserade på missbruket dels med program som förändrar beteenden som ökar benägenheten att återfalla i missbruk. Program som riktas till andra målgrupper exempelvis dömda för sexualbrott eller relationsvåld är inte inräknade[...].

Ett annat mål var att kraftigt minska införsel av narkotika på anstalter och häkten och att erbjuda en narkotikafri verkställighet. En mängd säkerhetshöjande insatser har genomförts under narkotikasatsningen både vad gäller organisation, skalskydd, visitationer, kontroll av besökare, utökning av antalet hundar m.m. Genom urinprovskontroller och beslag eller visitationer och hundsök vet vi att införseln kraftigt minskat. Trots fler narkotikamissbrukare i anstalt har andelen positiva prov sjunkit och beslag av narkotika minskat troligen på grund av ökat antal visitationer och narkotikahundar. En klar majoritet av anstalterna rapporterar att de inte har problem med narkotika.

Syftet med narkotikasatsningen var också att öka samverkan inom kriminalvården och med andra myndigheter. För varje år utvecklas allt bättre samverkan med socialtjänst, beroendevård och psykiatri[...].

En ökad kunskap hos personalen var ytterligare ett mål. Specialutbildningar har genomförts i motivationshöjande samtal för all personal som har klientrelaterat arbete. Utbildningarna är inlagda i den ordinarie personalutbildningen liksom utbildning i ASI-metodiken. Särskilda programledarutbildningar i alla olika program genomförs kontinuerligt varje år. Utbildning i hjärnans beroendemekanismer och läkemedelsassisterad behandling har genomförts under 2007 och fortsätter framgent.Handledning för all personal inom narkotikasatsningen pågår i stort sett på alla enheter. Under 2008 kommer nätverksutbildning att genomföras där personal inom narkotikasatsningen lär sig integrera samarbete med anhöriga och andra för missbrukaren viktiga personer. Kunskap om droger och drogers verkningar ingick i början av narkotikasatsningen och kommer ånyo att förstärkas från och med 2008.”

Kriminalvårdens slutredovisning finns tillgänglig i sin helhet på kriminalvårdens hemsida, <www.kriminalvarden.se>.

Material och metod

Material

Det material som studien bygger på är samtliga personer som frigavs från anstalt under två perioder, dels de som frigavs 1/1–31/12 2006 och dels de som frigavs 1/5 2001–30/4 2002. Från den första gruppen har en ”behandlingsgrupp” sorterats ut och från den andra har en kontrollgrupp till behandlingsgruppen skapats. Kontrollgruppen frigavs således innan satsningen inleddes och är matchad ur samma material som användes vid Brå:s förra utvärdering.

Det ideala hade varit om det gått att skapa en kontrollgrupp av individer som avtjänat sitt straff under en period närmare inpå behandlingsgruppens. Eftersom satsningen pågått sedan år 2002 inom hela kriminalvården är det dock inte möjligt. Vid en jämförelse av återfallen bland intagna som fått behandling med intagna som under samma period inte fått behandling, är risken stor att eventuella skillnader snarare skulle bero på att de som börjat en behandling är mer motiverade att förändra sitt liv än de som inte gjort det. Därför har det varit nödvändigt att låta kontrollgruppen bestå av personer som frigavs innan satsningen inleddes. I vilken utsträckning de individer som frigavs år 2001/2002 skiljer sig från dem som frigavs år 2006 redovisas närmare på sidan 20.

Bland individerna i materialet har personer med utvisning i domen exkluderats då deras eventuella återfallsbrottslighet utanför Sverige inte registreras i Brå:s lagföringsregister. Vidare har för personer med fler än en verkställighet under perioden, den första verkställigheten valts ut att ingå i studien.

Uppgifterna om personerna i materialet bygger på kriminalvårdens verkställighetsdata över de individer som frigivits från anstalt under studieperioden. Dessa data innehåller förutom personnummer, frigivningsdatum, uppgift om missbruk, uppgift om anstalt och avdelningstyp under verkställigheten samt uppgift om deltagande i olika brotts- och missbruksprogram. Uppgifterna från kriminalvården har sedan kompletterats med data från Brå:s lagföringsregister om lagförd brottslighet.

Urval

Behandlingsgruppen

Syftet med studien är att utvärdera om de behandlingsinsatser som missbrukare i anstalt får genom narkotikasatsningen har några effekter på återfall i brott. Från den grupp som frigavs från anstalt år 2006 har därför en ”behandlingsgrupp” sorterats ut. Detta har inte varit en helt lätt uppgift. Kriminalvårdens behandlingskoncept inom ramen för satsningen bygger inte bara eller främst på att missbrukarna ska motiveras och få möjlighet att delta i ett missbruksprogram. I modellen ingår ock-

så en avdelningsdifferentiering, med behandlingsavdelningar som de mest uttalat behandlingsinriktade. Dessa avdelningar försöker arbeta utifrån principerna för terapeutiska samhällen och ställer högre krav, men ger också oftast möjlighet till fler förmåner, än på andra avdelningar. Utifrån de erfarenheter som kriminalvården dragit under de år satsningen pågått, har man sedan år 2006 mer renodlat än tidigare koncentrerat behandlingsinsatserna till dessa avdelningar.

Mot denna bakgrund har Brå valt att begränsa utvärderingen till de missbrukare som varit på en behandlingsavdelning. "Behandlingsgruppen" har således skapats bland dem som frigavs under år 2006 efter att ha varit intagna på behandlingsavdelning för narkotikamissbrukare.

Narkotikasatsningen startade 2002 och arbetet har förändrats och utvecklats sedan starten. För att i så stor utsträckning som möjligt spegla effekterna av det arbete som bedrivs på behandlingsavdelningarna i dag har en ytterligare avgränsning av urvalet gjorts: Personerna i behandlingsgruppen ska ha lämnat behandlingsavdelningen, antingen genom att frigives eller att förflyttas till annan avdelning, efter den 1 januari 2006.

Inom behandlingsforskningen är två vanliga begrepp vad gäller undersökningsdesign "intention to treat" och "completed treatment". Det första begreppet används om studier där samtliga individer som påbörjat behandling ingår, det vill säga alla som initialt avsågs att ges behandling. Det andra begreppet rör studier där endast de individer som fullföljt behandling ingår.

I denna studie har en design valts där samtliga individer som påbörjat behandling, i bemärkelsen placerats på en behandlingsavdelning, ingår. Enligt Brå:s mening kan det dock diskuteras om Kriminalvården verkligen har någon egentlig behandlingsambition för de intagna som placeras på en behandlingsavdelning mycket kort tid före sin frigivning – vilket sker ibland. Mot den bakgrunden har ytterligare en avgränsning av urvalet gjorts genom att endast intagna som har minst 60 dagar kvar innan frigivning när de anländer till behandlingsavdelningen ingår i studien.

Sammanfattningsvis är studien alltså en totalundersökning där behandlingsgruppen består av samtliga personer som:

- frigivits från anstalt mellan den 1 januari och den 31 december 2006
- varit inskrivna på en behandlingsavdelning för narkotikamissbrukare under verkställigheten
- lämnat behandlingsavdelningen efter den 1 januari 2006
- haft minst 60 dagar kvar av verkställigheten vid tiden för placeringen på behandlingsavdelningen
- ej varit dömda till utvisning efter frigivningen.

Fullföljd och avbruten behandling

Personer som frigivits från behandlingsavdelning redovisas i tabellerna i rapportens tabellbilaga ha fullföljt behandling. Personer som frigivits från annan avdelning redovisas ha avbrutit behandlingen. Bland de som frigivits från annan avdelning kan det finnas personer som lämnat behandlingsavdelningen av andra skäl än misskötsamhet. I normalfallet beror dock en omplacering från en behandlingsavdelning innan verkställighetens slut på misskötsamhet.

Begränsningar i urvalet

Utgångspunkten för urvalet har varit att välja ut en grupp som på ett tydligt sätt givits möjlighet att ta del av behandling under tiden i anstalt genom att de vistats på en behandlingsavdelning med dess mer påtagliga vårdprofil än övriga avdelningar där missbrukare avtjänar sitt straff. Det visar sig dock att kriminalvårdens kodning av platsernas karaktär på behandlingsanstalterna inte helt överensstämmer med det behandlingsinnehåll som erbjuds. De individer i urvalet som varit på en behandlingsanstalt under andra halvåret 2006 har samtliga registrerats som att de varit intagna på en behandlingsavdelning. I realiteten har emellertid en del vistats på mottagningsavdelningar där man kartlagt deras problem och planerat verkställigheten. Mer omfattande program som Våga Välja drivs främst på behandlingsavdelningarna. Utifrån uppgifter från kriminalvårdens placeringsenhet och en närmare analys av Brå:s material, är Brå:s uppskattning att ungefär 10-15 procent av samtliga i behandlingsgruppen under urvalsperioden varit på en behandlingsanstalt, men inte på en behandlingsavdelning där. Det går dock inte att få fram vilka individer i materialet det rör sig om.

Från ett utvärderingsperspektiv hade det varit bättre att kriminalvården skilt mellan olika avdelningstyper, när intagna på behandlingsanstalter registreras. Om insatserna på behandlingsavdelningar har effekt på återfall riskerar inrymmandet av personer i behandlingsgruppen, som varit på en mottagningsavdelning och inte en behandlingsavdelning, att ”dölja” en del av den effekten.

Den matchade kontrollgruppen

Till behandlingsgruppen har ”tvillingar” matchats från de personer som frigavs från anstalt år 2001/2002. Matchningen har gjorts utifrån variabler som tidigare visat sig påverka återfall i brott. Varje individ i behandlingsgruppen har matchats med en individ i kontrollgruppen som utifrån nedanstående sex variabler liknar den ursprungliga individen:

- kön
- ålder
- narkotikamissbruk

- predicerad återfallsrisk¹⁵ (fortsättningsvis benämnd FRAS)
- strafftid i dom
- brottstyp i dom.

Matchningen har skett i 14 steg och redovisas närmare i bilaga 3.

Svårigheter i urvalet

En svårighet i studien är att det inte finns någon information alls om hur anstaltstiden sett ut för den matchade kontrollgruppen. Även före satsningen fanns det brotts- och missbruksrelaterade program på anstalterna liksom avdelningar som liknade behandlingsavdelningar. Information om huruvida den matchade kontrollgruppen tagit del av sådana insatser saknas dock. Detta innebär att det finns en möjlighet att även individer i kontrollgruppen tagit del av samma vårdinsatser som behandlingsgruppen. Detta skulle i sin tur kunna leda till att eventuella effekter av den vård som bedrivits på behandlingsavdelningarna underskattas i studien. Den enda möjlighet Brå haft när det gäller kontrollgruppen är att betrakta den som en grupp av registermässiga tvillingar, som fått ”*business as usual*”.

Ytterligare en svårighet i den här typen av studie är att man inte vet i vilken utsträckning motivationsgraden skiljer sig mellan de två grupperna. Det är rimligt att anta att personerna i behandlingsgruppen totalt sett varit mer motiverade att försöka sluta missbruka eftersom de ville delta i vården på behandlingsavdelningen. Denna högre grad av motivation skulle kunna innebära att de återfaller i mindre utsträckning. Det vore dock inte rimligt att diskvalificera ett sådant resultat, då ett av syftena med satsningen är att höja motivationsgraden hos de intagna. I det sammanhanget bör man också ha i åtanke att de två grupperna hade samma predicerade risk att återfalla i brott efter frigivningen. Sammantaget innebär dock osäkerheten när det gäller motivationsfaktorn att resultaten måste tolkas med försiktighet.

Återfallsmått

Huvudfrågan i denna studie är om narkotikamissbrukare som fått behandling på anstalt under år 2006 återfaller i brottslighet i mindre utsträckning än jämförbara individer i kontrollgruppen. Frågan om återfall i missbruk har tyvärr inte varit möjlig att följa upp, eftersom det saknas registerdata som belyser personers missbruk. Som mått på återfall i brott analyseras fyra stycken utfall, nämligen:

- ny lagföring
- nytt domslut

¹⁵ Hur detta värde räknats fram redovisas i bilaga 2.

- ny fängelsedom
- tid till ny lagföring.

De tre första utfallen, andel som lagförts på nytt, andelen som dömts i domstol och andelen som dömts till fängelse, syftar till att besvara frågorna om en mindre andel av behandlingsgruppen än av kontrollgruppen återfallit i brott eller om en mindre andel återfallit i allvarligare brott. Det sista utfallet, tid till ny lagföring, syftar till att besvara frågan om behandlingsgruppen klarat sig längre tid utan återfall än kontrollgruppen.

Uppföljningstiden för samtliga utfall är ett år från frigivningsdatum. I detta sammanhang bör understrykas att alla utfall är baserade på lagförda brott. Det är med andra ord återfallen i registrerad brottslighet som redovisas, inte de faktiska återfallen i brott. Vidare är tidsangivelsen tiden till lagföring och inte tiden till brottet i lagföringen. Orsaken till att lagföringsdatum valts framför brottsdatum är att lagföringsdatum är enklare att entydigt ange.

I en del fall gäller lagföringarna brott som begåtts före eller under anstaltstiden och därför i egentlig mening inte borde räknas som återfall. Analyser har dock gjorts för att kontrollera om detta påverkar resultaten i någon riktning. Dessa analyser ger vid handen att inga resultat som redovisas skulle förändras om brottsdatum tagits med i analysen.

Förändringar i rättssystemet har en viss påverkan på analysen av återfall

Även om behandlingsgruppen och kontrollgruppen är "tvillingar" utifrån de individbaserade variabler som Brå kunnat studera, kan det finnas skillnader i rättssystemets sätt att arbeta under de två uppföljningsperioderna, som inverkar när man ska jämföra återfallen i de två grupperna. De faktorer som Brå främst har i åtanke är dels om andelen av de anmälda brotten som personuppkarades under uppföljningsåret år 2006 har förändrats jämfört med uppföljningsåret 2001/02, dels om tiden från brott till lagföring har förändrats. När det gäller personuppkareringen visar Brå:s statistik att den är i stort sett densamma båda åren, både när det gäller anmälda brott totalt och de brott som är särskilt vanliga bland narkotikamissbrukare.

Däremot har tiden från brott till lagföring blivit något längre. Det har betydelse för återfallsanalysen eftersom det innebär att det fanns personer i kontrollgruppen som hann bli lagförda i slutet av sin uppföljningstid, som inte skulle ha hunnit lagföras om de ingått i behandlingsgruppen.

Tabell 1. Genomsnittligt antal dagar från brott till lagföring för olika lagföringstyper, år 2006 och 2001.

	År 2006 (n=3 887)	År 2001 (n=3 221)
Åtalsunderlåtelse	97**	90**
Strafföreläggande	60**	54**
Domslut	166**	139**
Totalt samtliga lagföringstyper	137**	115**

**Skillnaderna är statistiskt signifikanta ($p < 0,01$) (T-test).

Tabell 1 visar att den genomsnittliga tiden från brottsdatum till lagföringsdatum är 22 dagar längre år 2006 jämfört med år 2001. För att kontrollera hur detta påverkar studien har ytterligare återfallsberäkningar gjorts där 22 dagar lagts till den ursprungliga uppföljningstiden för behandlingsgruppen. Det visar sig att denna faktor påverkar andelen som återfaller i behandlingsgruppen relativt marginellt. Med en sådan förlängd uppföljningstid ökar andelen återfall i behandlingsgruppen med ungefär en procentenhet.

Signifikanstest

Om inget annat anges så har Chi-2 test använts i återfallsstudien för att säkerställa att en iakttagen skillnad är skild från slumpen. I tabeller anges signifikansvärdet $< 0,05$ med * och $< 0,01$ med **. Detta innebär vid * att sannolikheten för att en iakttagen skillnad beror på slumpen är mindre än 5 på 100 och vid ** mindre än 1 på 100.

Bakgrundsinformation om de studerade grupperna

I detta avsnitt beskrivs de olika grupper som ingår i studien. Beskrivningen utgör främst ett underlag för återfallsanalysen, men kan även vara intressant i sig.

Samtliga som frigavs från anstalt de två åren

Det Brå först analyserat är om klientsammansättningen i landets anstalter skiljer sig mellan de två åren. Den övergripande bild som framträder av tabell 2 är att de som sitter i fängelse är en tungt belastad grupp med hög risk för återfall. De som frigavs år 2006 var dock något mindre belastade än de som frigavs år 2001/2002.

Tabell 2. Bakgrundsinformation om de som frigavs under perioderna 2001/02 respektive 2006.

	År 2006	År 2001/02
Antal	8 316	6 445
Andel kvinnor	7	6
Andel registrerade narkotikamissbrukare ¹⁶	35	38
Ålder vid utskrivning	38	37
Månader strafftid i dom	9	10
Antal lagföringar senaste fem åren	5	6
Förväntat återfall (FRAS)	48	50
Observerat återfall	48	50

Missbrukare som frigavs från anstalt de två åren

Eftersom utvärderingen endast avser gruppen narkotikamissbrukare är det av större betydelse för återfallsanalysen om denna grupp skiljer sig åt de två åren. Tyvärr blir denna jämförelse något osäker, eftersom kriminalvårdens uppgifter om vilka som registrerats som narkotikamissbrukare har ett stort bortfall, som dessutom är större år 2006 än år 2001/02. Med beaktande av denna osäkerhetsfaktor framgår av tabell 2 att mönstret är detsamma som för samtliga som frigavs dessa år; de missbrukare som frigavs år 2006 är något mindre belastade än de som frigavs år 2001/02.

Tabell 3. Bakgrundsinformation om de narkotikamissbrukare som frigavs under åren 2001/02 respektive 2006.

	År 2006	År 2001/02
Antal	2 921	2 414
Andel kvinnor	8	7
Ålder vid utskrivning	36	35
Månader strafftid i dom	12	9
Antal lagföringar senaste fem åren	7	8
Förväntat återfall (FRAS)	61	65
Observerat återfall	59	67

Andelen kvinnor är något större bland missbrukare som frigavs år 2006, och genomsnittsåldern är högre. Den utdömda strafftiden är också i genomsnitt nära tre månader längre bland 2006 års narkotikamissbrukare, samtidigt som andelen som återfaller i ny lagföring är avsevärt

¹⁶ Andelen narkotikamissbrukare är i verkligheten mycket större då kriminalvården inte på ett enhetligt sätt registrerar missbruk hos intagna. För de studerade perioderna 2006 och 2001/02 är uppgiften om narkotikamissbruk behäftad med ett bortfall på 41 respektive 34 procent. Andra källor gör gällande att andelen narkotikamissbrukare i anstalt i själva verket är över 60 procent.

lägre. Att den genomsnittliga strafftiden blivit längre beror delvis på att den relativt lilla andel som döms till mer än två års fängelse fördubblats.

Det förväntade återfallet är drygt fyra procentenheter lägre bland 2006 års narkotikamissbrukare, vilket hänger samman med att de är något äldre, att en mindre andel har högst ett års strafftid i domen, och att de begått något färre stöldbrott de senaste fem åren innan ingångslagföringen. Det observerade återfallet är också högre för de missbrukare som frigavs 2001/02 än de som frigavs 2006.

Behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen

Tabell 4 visar bakgrundsinformation om behandlingsgruppen och dess matchade kontrollgrupp.

Tabell 4. Bakgrundsinformation om behandlingsgruppen och kontrollgruppen.

	Behandlings- grupp	Kontroll- grupp
Antal	741	741
Andel kvinnor	15	15
Ålder vid utskrivning	36	35
Månader strafftid i dom	17	15
Antal lagföringar senaste fem åren	7	7
Förväntat återfall (FRAS)	58	58

Det enda som skiljer behandlingsgruppen från kontrollgruppen med avseende på dessa variabler är att behandlingsgruppen har något längre strafftider och i genomsnitt är ett år äldre. Den förväntade återfallsrisken enligt FRAS är dock densamma. Skillnaderna mellan de två grupperna när det gäller vilket huvudbrott de är dömda för är marginella. Det i särklass vanligaste brottet i båda grupperna är narkotikabrott, följt av tillgreppsbrott och våldsbrott. (För en fylligare beskrivning se tabell 19 i bilaga 1.)

Behandlingsgruppen jämfört med samtliga narkotikamissbrukare som frigavs år 2006

En jämförelse har också gjorts mellan behandlingsgruppen och samtliga som frigavs år 2006. Den visar att andelen kvinnor är nästan dubbelt så stor i behandlingsgruppen som bland samtliga narkotikamissbrukare. Det tyder på att en större andel av de intagna kvinnorna med missbruksproblem fått möjlighet att vara på en behandlingsavdelning före frigivningen än andelen av de manliga missbrukarna. Den slutsatsen är också rimlig med hänsyn till att 30 procent av platserna i fängelse för kvinnor är behandlingsplatser för narkotikamissbrukare jämfört med 15 procent av platserna för män.

Behandlingsgruppen har också något längre genomsnittlig strafftid än missbrukarna som helhet, vilket är naturligt eftersom det innebär att

de i större utsträckning hunnit kvalificera sig för en vistelse på en behandlingsavdelning. Däremot är skillnaden i tidigare belastning och återfallsrisk liten. Någon större selektion utifrån dessa faktorer, av vilka som får komma till en behandlingsavdelning tycks alltså inte föreligga.

Tabell 5. Bakgrundsinformation om behandlingsgruppen och samtliga narkotikamissbrukare som frigavs år 2006.

	Behandlings- grupp	Samtliga missbrukare
Antal	741	2 921
Andel kvinnor	15	8
Ålder vid utskrivning	36	36
Månader strafftid i dom	17	12
Antal lagföringar senaste fem åren	7	7
Förväntat återfall (FRAS)	58	61

Behandlingsinsatserna

Ju mer man vet om de insatser som är föremål för en utvärdering, desto större är möjligheterna att tolka och dra slutsatser av utvärderingens resultat. De uppgifter Brå kan ge om innehållet i behandlingen är dels vad som är huvuddragen i verksamheten på behandlingsavdelningarna och vad som krävs för att få komma dit, dels i vilken utsträckning personerna i behandlingsgruppen deltagit i ett brotts- och missbruksprogram. Beskrivningen av avdelningarna bygger på den bild Brå fick från personal och intagna i den tidigare utvärderingen av narkotikasatsningen¹⁷.

Behandlingsavdelningarnas allmänna karaktär

De flesta missbrukare som kommer till en behandlingsavdelning har först varit intagna på någon annan avdelning, men de kan också komma direkt från häktet. Under tiden på den andra avdelningen har de blivit bedömda som lämpliga för att tas in på en behandlingsavdelning, utifrån att de skött sig och visat sig motiverade att delta i behandling. De har oftast först blivit utredda enligt det så kallade ASI-instrumentet¹⁸, som belyser personens problem och behov. En förutsättning för att få komma till en behandlingsavdelning är vanligen att de intagna skriver på ett kontrakt där de förbinder sig att följa avdelningens regler och vara beredda att delta i programverksamheten. Om kontraktet inte följs får den intagne lämna avdelningen.

Avdelningarnas grundläggande karaktär kan kortfattat beskrivas på följande sätt:

- De är tydligt avskilda från andra avdelningar.
- De är i stort sett drogfria.
- De har täta urinprovstagningar för att upprätthålla drogfriheten.
- De har ofta självförvaltning.
- De har både korta och längre missbruksprogram.
- En del avdelningar har tolvstegsprogram.
- De intagna har möjlighet att få en vårdvistelse¹⁹ som utslussning från avdelningen.
- Vid de flesta av dem finns verksamheter som arbete, studier, föräldracirklar och konstnärlig verksamhet i större utsträckning än på andra avdelningar.

¹⁷ Brå 2005a.

¹⁸ ASI (Addiction Severity Index) är ett frågeinstrument som används för att bedöma de intagnas problem och behov inom olika livsområden.

¹⁹ Tidigare kallat §34-placering.

Den bild Brå fick när intagna på behandlingsavdelningarna tillfrågades om sin syn på avdelningarna och verksamheten där var att det var många som tyckte att avdelningen fungerade bra och gav verkställigheten ett vettigt innehåll.

”Det börjar likna kriminalvård [på behandlingsavdelningen], på andra sidan har du förvaringen.”

”Det är fortfarande ett fängelse men man kan göra någonting av sin tid.”²⁰

Flera tryckte också på att urvalet av intagna, avskildheten från andra intagna och de tydliga reglerna bidrog till att skapa en stämning där både intagna och personal drog åt samma håll. Det gav en gruppkänsla som skapade förutsättningar för gemensam positiv förstärkning.

De flesta intagna som deltog i studien tyckte att programverksamheten fungerade bra och att programmet de deltagit i varit givande. Hälften av dem som deltagit i program på avdelningen tyckte att det förändrat deras beteende.

Programutbud

På alla behandlingsavdelningar, som inte arbetar enligt tolvstegsprogrammet, ges programmet Våga Välja. Det är ett kognitivt narkotika-program som utvecklats i Kanada och som används i första hand på behandlingsavdelningar för missbruksbehandling. Programmet omfattar 26 sessioner om tre timmar, samt förträff och individuella möten. Alla avdelningar ger också andra kognitiva program som Cognitive Skills, BSF och Brottsbrytet. Cognitive Skills är ett kognitivt beteendeorienterat program som ursprungligen kommer från Kanada. Programmet omfattar 36 mötestillfällen under 12 veckor. BSF står för Beteende - Samtal - Förändring och är ett kortare program om fem samtalstillfällen, framtaget av den svenska kriminalvården. Brottsbrytet är också utvecklat av den svenska kriminalvården och omfattar 25 gruppsessioner à två timmar två till tre gånger i veckan samt minst tre enskilda möten per klient.

Behandlingsgruppens programdeltagande

Det är drygt hälften av personerna i behandlingsgruppen som varit på en tolvstegsavdelning (372 personer) medan knappt hälften varit på en avdelning som enbart arbetar med kognitiva program (369). Alla som varit på en tolvstegsavdelning kan förutsättas ha deltagit i tolvstegsprogrammet, men för dem som varit på andra behandlingsavdelningar, som enbart har kognitiva program, är det av intresse att se om de deltagit i något av dessa program.

²⁰ Intagna på behandlingsavdelningar i intervjuer med Brå. Se not 15.

Totalt har 298 personer i hela behandlingsgruppen deltagit i kognitivt brotts- eller missbruksprogram ("BoM-program") under sin verkställighet. Av dessa har en tredjedel varit på tolvstegsavdelning medan resterande två tredjedelar varit på annan behandlingsavdelning. Av de totalt 369 personer som varit på annan behandlingsavdelning än tolvsteg, har nära hälften inte påbörjat något BoM-program under verkställigheten.

Bland samtliga som gått ett BoM-program är det två program som är vanligast. Det är dels det korta programmet BSF, dels det längre missbruksprogrammet Våga Välja. Nära en tredjedel av dem som deltagit i program har deltagit i flera program, som mest fem.

Tabell 6. Det senast påbörjade BoM-programmet i behandlingsgruppen, antal och andel i procent.

	Antal	Andel i procent
Inget BoM-program	443	60
BSF	107	14
Våga Välja	102	14
Brottsbrytet	30	4
One to One	15	2
ETS	12	2
Cognitive Skills	9	1
PRISM	9	1
ART	9	1
Cognitive Skills Booster/påbyggnad	4	1
Total	741	100

Behandlingens effekter på återfall

Innan analysen av skillnaderna mellan behandlingsgruppen och dess kontrollgrupp redovisas, kan det finnas skäl att studera om det går att utläsa effekter av narkotikasatsningen när det gäller återfallen bland samtliga personer som frigavs från anstalt år 2001/2002 jämfört med år 2006. När man jämför återfallen bland samtliga som frigavs de två åren kan man inte iaktta några effekter av satsningen. Båda åren återfaller de frigivna i förväntad omfattning.²¹

Även när det gäller samtliga frigivna narkotikamissbrukare de två åren återfaller den gruppen båda åren i ungefär den omfattning som kan förväntas i förhållande till deras risk för återfall (enligt FRAS-modellen). Att det är något färre som återfaller år 2006 jämfört med år 2001 förklaras av att de som frigavs år 2006 var mindre belastade. Jämförelsen mellan de frigivna narkotikamissbrukarna de två åren kan dock påverkas av att det i stor utsträckning saknas uppgifter om i vad mån personerna i materialet är missbrukare eller inte. Bortfallet var 34 procent år 2001/2002 och 41 procent år 2006. Eftersom man inte vet om bortfallet ser likadant ut båda åren vet man heller inte hur bortfallet påverkar återfallssiffrorna.

Med denna osäkerhet i analysen av satsningens effekter på missbrukargruppen som helhet, torde jämförelsen mellan återfallen i behandlingsgruppen och dess kontrollgrupp vara det bästa tillgängliga måttet på eventuella effekter av satsningen.

Behandlingsgruppen återfaller mindre än kontrollgruppen

Oavsett vilket mått på återfall man använder är det en tydlig skillnad mellan behandlingsgruppen som helhet och kontrollgruppen. Kontrollgruppen återfaller i ny lagföring i förväntad omfattning (se tabell 7), medan behandlingsgruppen återfaller i lägre utsträckning. Skillnaden mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen är störst när det gäller återfall i ny fängelsedom. Skillnaden i återfall i ny lagföring är åtta procentenheter, medan skillnaden i återfall i ny fängelsedom är elva procentenheter.

Resultaten är ännu något bättre om man exkluderar dem som inte fullföljt behandlingen; där är skillnaden mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp elva procentenheter när det gäller ny lagföring och nytt domslut och tolv procent när det gäller ny fängelsedom.

²¹ Att gruppen som frigives år 2006 återfaller något mindre än de som frigavs år 2001/2002 beror på att de som frigavs år 2001/2002 hade en något högre belastning och därmed en något högre risk för återfall än gruppen år 2006.

Även de som inte fullföljt vistelsen på behandlingsavdelningen utan misskött sig och fått flytta över till en normalavdelning återfaller i något mindre utsträckning än sin kontrollgrupp i ny lagföring och nytt domslut. Men skillnaden är endast tre procentenheter och inte signifikant.

Tabell 7. Andel återfall i ny lagföring, nytt domslut respektive ny fängelseedom inom tolv månader från villkorlig frigivning, för de som fullföljt respektive avbrutit vistelsen på behandlingsavdelningen (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Ny lagföring inom tolv månader från VF ¹	50**	58**
Nytt domslut inom tolv månader från VF	41**	49**
Ny fängelseedom inom tolv månader från VF	27**	38**
Fullföljt behandling (n=566)		
Ny lagföring inom tolv månader från VF	49**	59**
Nytt domslut inom tolv månader från VF	39**	49**
Ny fängelseedom inom tolv månader från VF	25**	37**
Avbrutit behandling (n=175)		
Ny lagföring inom tolv månader från VF	54	57
Nytt domslut inom tolv månader från VF	47	50
Ny fängelseedom inom tolv månader från VF	31	41

¹Villkorlig frigivning.

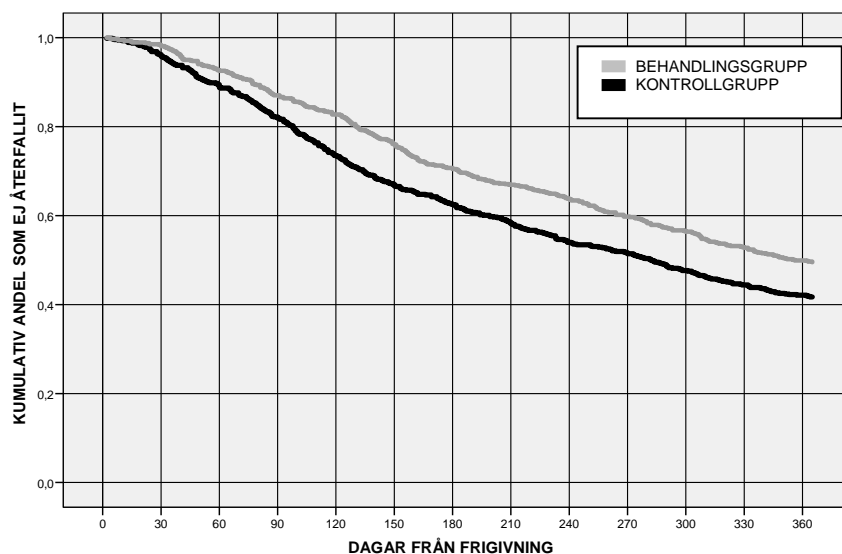
**Se s. 19.

I den fortsatta resultatredovisningen kommer inte behandlingsgruppen att delas upp i dem som fullföljt respektive avbrutit vistelsen på behandlingsavdelningen. Däremot finns alla tabeller uppdelade på detta sätt redovisade i bilaga 4. För att det ska gå lätt att jämföra tabellerna inne i rapporten med de utvidgade tabellerna i bilagan benämns tabellerna 8:1 och så vidare inne i rapporten, medan motsvarande tabell i bilagan benämns 8:2. Allmänt sett är mönstret det samma i alla de uppdelade tabellerna. Skillnaden i återfall jämfört med kontrollgruppen är generellt något större bland dem som fullföljt behandlingen än i totalgruppen, medan skillnaden i återfall mellan dem som fått avbryta behandlingen och deras kontrollgrupp är mindre och inte signifikant.

De som återfallit har oftast lagförts redan inom ett halvår i båda grupperna

En analys har också gjorts av hur lång tid det dröjer innan återfallen sker. Den visar att det för majoriteten går relativt snabbt. I figur 1 framgår att drygt hälften av dem som återfaller i behandlingsgruppen gör det inom de första 180 dagarna från den villkorliga frigivningen, medan motsvarande för kontrollgruppen är nära två tredjedelar. Om man tar i beaktande att det tar en tid från det att en person polisanmäls

för ett brott till att personen lagförs tyder det på att många av dem som återfaller gör det ganska direkt efter frigivningen.



Figur 1. Andel ur behandlings- respektive kontrollgrupp som *inte* återfallit i brott vid olika tidpunkter (dagar) från frigivning.

Brå:s tidigare återfallsstudie²² visade en skillnad i antal dagar till återfall mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp, där behandlingsgruppen i genomsnitt återföll efter 171 dagar, mot kontrollgruppens 142.

Motsvarande för denna studies behandlings- och kontrollgrupp är 170 respektive 153 dagar. Skillnaden är statistiskt signifikant²³.

Skillnaderna i återfall mellan behandlings- och kontrollgrupp gäller inte kvinnorna

Vid en indelning av materialet utifrån kön framgår att det är bara i gruppen män som det finns en skillnad i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Kvinnorna i behandlingsgruppen återfaller i lika stor utsträckning som sin kontrollgrupp. Det är svårt att ha någon bestämd uppfattning om orsaken till detta. Ett skäl skulle kunna vara att de kvinnliga narkotikamissbrukarna har en svårare social situation totalt sett²⁴ och att insatserna på behandlingsavdelningarna i större utsträckning än för männen är otillräckliga när det gäller att påverka deras möjligheter att klara sig efter frigivningen. En annan möjlig hypotes är att kvinnorna i kontrollgruppen i större utsträckning än männen i kontrollgruppen fick del av liknande insatser som personerna i behand-

²² Brå 2005b.

²³ T-test ($p < 0,05$).

²⁴ Se exempelvis Nilsson 2002.

lingsgruppen. Om den hypotesen stämmer skulle det betyda att narkotikasatsningen inneburit en större förändring för männen än för kvinnorna.

Tabell 8.1. Andel återfall för kvinnor respektive män, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Kvinnor (n=108)	47	50
Män (n=633)	51**	60**

**Se s. 19.

Skillnaden i återfall avser endast dem som är minst 30 år

Det är också intressant att studera om skillnaderna i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen varierar med avseende på ålder. Grupperna har delats i tre ungefär lika stora grupper utifrån ålder. Analysen visar att vistelsen på behandlingsavdelningens effekter på återfall endast tycks gälla dem som är lite äldre, det vill säga minst 30 år. För dem som är under 30 år skillnaden i återfall jämfört med deras kontrollgrupp marginell. För dem som är mellan 30 och 41 år skillnaden i återfall gentemot deras kontrollgrupp tio procentenheter och för dem som är äldre är skillnaden 11 procentenheter.

Tabell 9.1. Återfallen i procent i behandlings- respektive kontrollgruppen uppdelat på tre åldersgrupper.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Yngre (<=29 år) (n=252)	55	57
Medelålders (30-41 år) (n=266)	53*	63*
Äldre (>=42 år) (n=223)	43*	54*

**Se s. 19.

Effekten påverkas marginellt av den förväntade återfallsrisken

Behandlingsgruppen har även delats in i tre lika stora grupper efter deras förväntade återfallsrisk. Storleken på skillnaden mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp när det gäller återfall varierar något mellan de tre riskgrupperna, men skillnaderna är inte stora. Skillnaden mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen är störst i gruppen med medelhög risk. Där är skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen nio procentenheter. För dem med hög risk är skillnaden åtta procentenheter. För dem med låg risk är skillnaden sju procentenheter, vilket inte är en signifikant skillnad.

Tabell 10.1. Andel återfall för personer med olika återfallsrisk (FRAS), i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Lågriskgrupp (n=243)	23	30
Medelriskgrupp (n=258)	55*	64*
Högriskgrupp (n=240)	73*	81*

Vårdtidens längd tycks ha stor betydelse

Behandlingsgruppens mediantid på behandlingsavdelningen är 100 dagar. För att få en bild av om vårdtidens längd påverkar resultatet har behandlingsgruppen delats in i tre ungefär lika stora grupper utifrån hur lång tiden på behandlingsavdelningen var. Om en intagen påbörjar en vårdvistelse på behandlingshem under tiden på behandlingsavdelningen ingår även den tiden i den framräknade vistelsetiden, eftersom personen fortfarande är inskriven på behandlingsavdelningen.

Det visar sig då att skillnaden i återfall i relation till deras kontrollgrupp varierade påtagligt mellan grupperna. De största och signifikanta skillnaderna i återfall gentemot kontrollgruppen finns bland den tredjedel av behandlingsgruppen som har de längsta vistelsetiderna, det vill säga de som har varit minst fyra och en halv månad på avdelningen. Även de som varit kortare tider på behandlingsavdelningen återfaller i mindre utsträckning än sin kontrollgrupp, men där är skillnaderna mindre (fem procentenheter för dem med medellång vistelse och sju procent enheter för dem med vistelser på högst sex veckor.

Tabell 11.1. Andel återfall i behandlings- och kontrollgrupp uppdelat på vilken tid personerna i behandlingsgruppen vistats på behandlingsavdelningen (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Kort vistelse (<=75 dagar) (n=248)	57	64
Medellång vistelse (76-137 dagar) (n=246)	58	63
Lång vistelse (>=138 dagar) (n=247)	36**	48**

**Se s. 19.

Tabell 11 tyder således på att vistelser på en behandlingsavdelning som är minst fyra och en halv månad ger bättre effekter än kortare vistelser. En fråga som kan ställas är då om resultaten blir bättre ju längre vistelsen är eller om det finns någon gräns där ytterligare tid inte förbättrar effekterna. För att belysa detta har gruppen med "lång vistelse" delats in i tre delar: de som har 4,5 månader upp till ett halvårs vistelse, de som har sex till åtta månaders vistelse och de som har minst åtta månaders vistelse. Det framgår då att den optimala effekten tycks ligga på vistelser mellan sex och åtta månader. För dem med den vistelsetiden är

skillnaden i återfall jämfört med kontrollgruppen hela 18 procentenheter.

Tabell 12. Andel återfall i behandlings- och kontrollgrupp uppdelat på vilken tid personerna i behandlingsgruppen med lång vistelse vistats på behandlingsavdelningen (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=247)		
Lång vistelse, 138-179 dagar (n=106)	43	51
Lång vistelse, 180-239 dagar (n=69)	39*	57*
Lång vistelse, >=240 dagar (n=72)	22	36

**Se s. 19.

De två tabellerna tyder alltså på att det är en fördel om behandlingstiden är minst fyra månader. En stor del av missbrukarna inte har dock inte så långa strafftider att de hinner med en så lång behandlingstid och mot den bakgrunden är det skäl att uppmärksamma att även den grupp som har kortast vistelsetider (tider under två och en halv månad) återfaller i lägre utsträckning än sin kontrollgrupp, även om skillnaden inte är signifikant.

En faktor som komplicerar bilden när det gäller värdet av längre behandlingstid är att fler av dem med lång vistelse än bland dem med kortare vistelsetid har haft en vårdvistelse under denna tid. Medan nära två av tre i gruppen med lång vistelse har haft vårdvistelse är det bara knappt trettio procent av de övriga som haft det. Det ger en osäkerhet i om en eventuell behandlingseffekt främst hänför sig till att den totala behandlingstiden är längre eller om det beror på att de med längre tider fått en kombination av vistelse på behandlingsavdelning i anstalt och vistelse på behandlingshem.

Tolvstegsavdelningar har bättre resultat än övriga behandlingsavdelningar

Som redovisats tidigare²⁵ skiljer sig behandlingsavdelningarna på anstalterna åt en del när det gäller vilken behandling som ges. En del av dem arbetar enligt tolvstegsmodellen, medan programverksamheten på andra avdelningar endast avser kognitiva manualbaserade program. Generellt sett kan sägas att det finns en hel del internationella utvärderingar av kognitiva manualbaserade program för missbrukare som visar positiva resultat, medan tolvstegsprogrammet i mindre utsträckning har ett sådant vetenskapligt stöd.

Ungefär hälften av personerna i behandlingsgruppen har under urvalstiden varit på en avdelning som arbetar utifrån tolvstegsprincipen, medan hälften har varit på en avdelning som inte arbetar utifrån den principen. Brå har studerat om resultaten skiljer sig åt mellan dessa två

²⁵ Se s. 23.

grupper. Som framgår av tabell 13 är skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen avsevärt större för den del av behandlingsgruppen som varit på en tolvstegsavdelning än för dem som varit på en annan behandlingsavdelning. De som varit på en tolvstegsanstalt har en återfallsnivå som är elva procentenheter lägre än kontrollgruppen, och den skillnaden är signifikant. För dem som varit på en övrig behandlingsavdelning är skillnaden i återfall mot kontrollgruppen fem procentenheter, vilket inte är signifikant.

Tabell 13.1. Andel återfall för personer som varit respektive inte varit på tolvstegsanstalt, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsanstalt (n=372)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt (n=369)	50	55

**Se s. 19.

De på övriga behandlingsavdelningar måste ha gått ett program för att återfallen ska påverkas

Vad kan då denna skillnad i resultat mellan avdelningstyperna bero på? En möjlig förklaring skulle vara att det rör sig om någon form av selektionseffekt, så att de missbrukare som kommer till en tolvstegsavdelning skiljer sig från dem som kommer till övriga behandlingsavdelningar. Det finns dock ingenting i materialet som tyder på det. Deras förväntade risk för återfall är minst lika stor som övrigas och andelen yngre är den samma som på övriga behandlingsavdelningar. Intervjuade placerare inom Kriminalvården har inte heller kunnat komma på några systematiska skillnader mellan de två grupperna.

Det som dock tydligt skiljer gruppen som varit på en tolvstegsavdelning från den som varit på övriga avdelningar är att andelen som avbryter behandlingen är lägre, 17 procent jämfört med 31 procent på andra avdelningar. Man skulle kunna tro att detta kunde förklara att tolvstegsavdelningarna lyckas bättre, men det kan det inte. Detta eftersom det bara är på övriga behandlingsavdelningar som avbruten vistelse leder till sämre resultat. Återfallen bland dem som varit på tolvstegsavdelning är elva procentenheter lägre än i kontrollgruppen, oavsett om de fullföljt vistelsen på avdelningen eller inte. För dem som varit på en övrig behandlingsavdelning spelar dock ett avbrytande av vistelsen en stor roll. De som fått avbryta vistelsen på en sådan avdelning återfaller i något *större* utsträckning än sin kontrollgrupp.

Tabell 13.2. Andel återfall för personer som varit respektive inte varit på tolvstegsanstalt, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsanstalt (n=372)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt (n=369)	50	55
Fullföljt behandling (n=566)		
Tolvstegsanstalt (n=309)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt (n=257)	47	54
Avbrutit behandling (n=175)		
Tolvstegsanstalt (n=63)	46	57
Ej tolvstegsanstalt (n=112)	59	57

**Se s. 19.

Alla som skrivs in på en tolvstegsavdelning får direkt del av programmet

En annan möjlig bidragande orsak till att tolvstegsavdelningarna lyckas bättre skulle kunna vara att alla som skrivs in på en tolvstegsavdelning direkt kan börja delta i tolvstegsprogrammet, som pågår kontinuerligt. De som däremot kommer till en övrig behandlingsavdelning måste vänta till dess att ett nytt program startar. Det innebär också att alla i behandlingsgruppen som varit på en tolvstegsavdelning under urvalstiden deltagit i detta program (tolvstegsprogrammet), vilket inte är fallet för dem som varit på en annan behandlingsavdelning. Det mer omfattande missbruksprogrammet Våga Välja tar ungefär tre månader att genomföra och ett nytt program påbörjas oftast inte mer än ett par gånger per år. Det medför en risk för att en del av de inskrivna inte hinner få del av den mer omfattande ”behandlingsdos” som ett längre kognitivt program innebär.

Ungefär hälften av dem som varit på en annan behandlingsavdelning under urvalstiden har inte påbörjat något program under vistelsen. Om programverksamheten har en betydelse för hur bra den intagne klarar sig efter frigivningen då borde de som deltagit i behandling skilja sig mer i återfall från sin kontrollgrupp än de som inte påbörjat program. För att se om skillnaden i resultat mellan avdelningarna försvinner om man endast studerar dem som genomgått ett program på de övriga behandlingsavdelningarna, har gruppen som varit på en övrig behandlingsavdelning delats i två delar, där den ena delen deltagit i program under vistelsen medan den andra inte gjort det. Resultatet framgår av tabell 14.

Tabell 14.1. Andel återfall för tre undergrupper i behandlingsgruppen: de som varit på en tolvstegsavdelning, samt de som påbörjat respektive inte påbörjat BoM-program jämfört med andelen återfall i deras kontrollgrupper.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsanstalt (n=372)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt, påbörjat BoM-program (n=199)	47	55
Ej tolvstegsanstalt, ej påbörjat BoM-program (n=170)	55	55

**Se s. 19.

Av tabellen framgår att skillnaden i återfall i relation till kontrollgruppen mellan tolvstegsavdelningar och övriga behandlingsavdelningar minskar om man enbart tar ut dem som gått minst ett program under vistelsetiden. Det är dock endast skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen på tolvstegsanstalt och dess kontrollgrupp som är statistiskt signifikant. Det hänger inte bara samman med att skillnaden i återfall är större för tolvstegsgruppen utan också på att tolvstegsgruppen är större än gruppen som påbörjat program på en annan behandlingsavdelning.

Tabellen visar emellertid också tydligt att de som varit på en övrig behandlingsavdelning utan att påbörja något program, inte återfaller i mindre utsträckning än sin kontrollgrupp. För att se vilken betydelse vistelsens längd har för sannolikheten att personen inte gått något program under vistelsen, har mediantiden för personer på övriga behandlingsavdelningar som påbörjat respektive inte påbörjat ett program jämförts. Jämförelsen visar att mediantiden är kortare för dem som inte påbörjat något program – 79 dagar jämfört med 114 dagar för dem som påbörjat ett program.

Men enbart med detta mått kan man inte svara på om deras kortare tid beror på ”otur” – att de inte ”hann” för att de skulle frigges inom allt för kort tid – , eller om det beror på att de straffade ut sig från behandlingsavdelningen. Om det faktum att de inte gått något program främst skulle bero på att de misskött sig borde detta avspeglas i att de i större utsträckning fått flytta från behandlingsavdelningen före frigivningen och alltså inte frigavs från denna. Data tyder på att det snarare främst beror på att de inte fick del av något program under vistelsetiden, eftersom två tredjedelar av dem som inte deltog i något program fullföljde sin vistelse och frigavs från avdelningen medan en tredjedel avbröt vistelsen.

Typ av anstalt påverkar inte resultatet

Som framgick i metodavsnittet är det lite osäkert om alla i behandlingsgruppen som varit på en behandlingsanstalt verkligen varit på en behandlingsavdelning på anstalten. Av bland annat det skälet kan det vara

intressant att jämföra resultatet från dessa anstalter med resultatet från övriga anstalter i materialet. Av tabell 14 framgår att skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen är lika stor oavsett om personen i behandlingsgruppen varit på en behandlingsanstalt eller en annan anstalt. Det tyder på att andelen som varit på en annan avdelning än en behandlingsavdelning på behandlingsanstalten inte är så stor att det nämnvärt påverkar resultatet.

Tabell 15.1. Andel återfall för personer som varit respektive inte varit på behandlingsanstalt, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Behandlingsanstalt (n=457)	51*	59*
Annan anstalt(n=284)	49	57

**Se s. 19.

Lägre återfall bland personer som fått vårdvistelse

En dryg tredjedel av personerna i behandlingsgruppen (38 procent) har avslutat sin verkställighet med en vårdvistelse (tidigare kallat § 34-placering). En rimlig hypotes skulle vara att den gruppen skulle ha störst skillnad i återfall jämfört med kontrollgruppen, och så är också fallet.

Tabell 16.1. Andel återfall för personer med respektive utan vårdvistelse, för behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Med vårdvistelse (n=284)	45**	57**
Utan vårdvistelse (n=457)	54	59

**Se s. 19.

Skillnaden i återfall i relation till kontrollgruppen är tolv procentenheter i den del av behandlingsgruppen som fått en vårdvistelse jämfört med fem procent bland dem som inte fått någon vårdvistelse. Det tyder på att det är värdefullt för de behandlingsmotiverade missbrukarna att få en vårdvistelse. En fråga som kan ställas är dock om det bättre resultatet för dem med vårdvistelse beror på någon form av selektion, så att det är de med bättre prognos som får en sådan vistelse. Ja, det finns en selektion i den bemärkelsen att de som fått avbryta sin vistelse på behandlingsavdelningen på grund av misskötsamhet inte avslutar tiden på avdelningen med en vårdvistelse. En annan skillnad mellan grupper i materialet när det gäller att ha fått vårdvistelse är att nästan dubbelt så många bland dem som varit på en tolvstegsavdelning fått vårdvistelse jämfört med dem som varit på en övrig behandlingsavdelning. Eftersom de som varit på tolvstegsavdelningen generellt sett har bättre resultat än dem som varit på övriga behandlingsavdelningarna är det teoretiskt

möjligt att det goda resultatet för dem som haft vårdvistelse i själva verket beror på vad som skett på tolvstegsavdelningen och inte på behandlingshemmet – eller på en kombination av vad som skett på de två ställena. Vid samtal med en representant för en tolvstegsavdelning framgår att de behandlingshem som tolvstegsavdelningarna utnyttjar också arbetar enligt tolvstegsmodellen och att ambitionen är att de intagna ska få en vårdkedja som följer en och samma arbetsmodell.

För att få en närmare bild av vilken betydelse vårdvistelsen i sig kan ha för att reducera återfallen, har de som fått respektive inte fått vårdvistelse delats in i två grupper: de som varit på en tolvstegsavdelning och de som varit på en annan avdelning. Återfallen i dessa fyra grupper jämfört med deras kontrollgrupper tyder på att oavsett om den intagne först varit på en tolvstegsavdelning eller en annan behandlingsavdelning så är resultaten bättre för dem som avslutat tiden före frigivningen med en vårdvistelse.

Tabell 17.1. Andel återfall för personer med respektive utan vårdvistelse, för behandlings- och kontrollgrupp uppdelat på personer som varit på 12-stegsavdelning respektive övrig avdelning, (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsavdelning		
Med vårdvistelse (n=182)	48**	62**
Utan vårdvistelse (n=190)	53	61
Annan behandlingsavdelning		
Med vårdvistelse (n=102)	41	49
Utan vårdvistelse (n=267)	54	57

**Se s. 19.

Varför drygt två tredjedelar av personerna i behandlingsgruppen inte fått en vårdvistelse framgår inte av materialet. För vissa kan orsaken vara att de misskött sig och fått lämna behandlingsavdelningen. Att detta är en delförklaring stöds av det faktum att 44 procent av dem i studien som frigavs från behandlingsavdelningen hade fått en vårdvistelse mot endast 20 procent av dem som misskött sig och flyttats från avdelningen. En annan orsak till att en så stor del inte fått någon vårdvistelse vara att strafftiden i vissa fall är för kort att det ska finnas tid för att planera in en vårdvistelse. För ytterligare en del kan det bero på att de hellre fullföljer verkställigheten på behandlingsavdelningen än på ett behandlingshem.

Tolkning av resultaten

Syftet med Brå:s utvärdering har varit att studera om kriminalvårdens narkotikasatsning har effekter på missbrukarnas återfall i brott. Brå:s

ambition har varit att mäta detta genom att välja ut en grupp narkotikamissbrukare där Kriminalvården på ett tydligt sätt haft ambitionen att ge den intagne en något mer omfattande behandlingsinsats under tiden i anstalt. Det naturliga valet blev då att välja ut dem som enligt Kriminalvårdens register placerats på en behandlingsavdelning minst två månader före frigivning. På dessa avdelningar finns ett koncentrat av de komponenter i verksamheten, som kriminalvården ser som centrala för satsningen: ett urval av motiverade intagna, som förbundit sig att följa avdelningens regler, ett miljöterapeutiskt arbetssätt, självförvaltning²⁶ och programverksamhet. Med detta urval kan Brå konstatera att behandlingsgruppen ett år efter frigivning återfallit i signifikant mindre utsträckning än kontrollgruppen. Skillnaden är åtta procentenheter när det gäller återfall i ny lagföring och elva procentenheter när det gäller återfall i ny fängelsedom.

Beror skillnaderna helt på vårdinsatserna?

Det är ett positivt resultat och ett tecken på att narkotikasatsningen haft effekter på återfallen i brott. Resultatet är särskilt positivt med hänsyn till att effekterna avser en reguljär verksamhet som tillämpas i större skala. De studier som visar riktigt goda resultat i metaanalyser rör ofta begränsade projekt där forskarna har haft kontroll över genomförandet.²⁷

Men en fråga som alltid måste diskuteras i en studie av detta slag är om detta är en effekt av den behandling som deltagarna fått del av eller om det kan bero på andra faktorer. Det som är mest osäkert är i vilken mån skillnaderna beror på skillnader i motivation till behandling mellan personerna i behandlingsgruppen och kontrollgruppen.

Det är odiskutabelt så att personerna i behandlingsgruppen i huvudsak består av personer som är motiverade att försöka sluta med missbruk (och brottslighet) och som bedömts kunna klara av de krav som ställs på behandlingsavdelningen. Även i kontrollgruppen kan det finnas personer som var starkt motiverade att sluta med sitt missbruk. Det är dock rimligt att anta att andelen som hade den motivationen var större i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. Det skulle tala i riktning mot att en del av skillnaden i återfall mellan grupperna beror på att det var fler i behandlingsgruppen som var motiverade att sluta missbruka att en del av dem skulle ha klarat det även om de inte varit på en behandlingsavdelning.

Här bör man dock ha i åtanke att en missbrukare som är motiverad att försöka sluta med sitt missbruk vanligen har större chanser att klara detta om han eller hon får hjälp. Motivation är ett föränderligt tillstånd som behöver stödjas kontinuerligt under en behandling. På behandlingsavdelningen får han eller hon dels hjälp att avstå från droger under

²⁶ Självförvaltning finns på en del men inte på alla behandlingsavdelningar.

²⁷ Se Lipsey, M.W. (1999).

tiden i anstalt och genom programmen verktyg att undvika återfall i missbruk och brott efter frigivningen.

Man bör heller inte glömma att även om behandlingsgruppens motivation att sluta med brott och missbruk var större, så vet vi inte om denna motivation växte fram före eller efter intagning i anstalt. Att öka de intagnas motivation att försöka sluta med sitt missbruk och delta i behandling är en uttalad del av narkotikasatsningen. Både inrättandet av uppsökare på häkten och satsningen på Motivational Interviewing (MI) på alla anstalter med missbrukare har detta syfte. Det enda vi vet är att de båda gruppernas registerbaserade risk att återfalla i brott var exakt lika stor när de togs in i anstalt.

Slutligen kan sägas att man också kan argumentera för att effekterna av behandlingsavdelningarna är *större* än de som visas här. Detta eftersom en del av personerna i kontrollgruppen faktiskt också kan varit på en behandlingsavdelning. Sådana avdelningar fanns nämligen i viss utsträckning även innan narkotikasatsningen inleddes. Det är inte otänkbart att skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen hade varit större om man hade kunnat rensa bort de personer i kontrollgruppen som varit på en behandlingsavdelning.

Resultaten inte orimliga i relation till internationell forskning

Ett sätt att diskutera resultatens rimlighet är att jämföra dem med vad som framkommit i andra utvärderingar. I Brå:s slutrapport i den förra utvärderingen²⁸ gjorde Mats Fridell och Morten Hesse en genomgång av den internationella forskningen om effekter av behandlingsinsatser för missbrukare i kriminalvård²⁹. Genomgången visade att det generellt finns ganska få studier som belyser effekter av behandlingsmetoder i fängelse. I de studier som finns saknas också ofta detaljerade beskrivningar av vad den studerade metoden är och vad som utmärker dem som deltar i behandlingen. Mest konsistenta resultat gav en kombination av behandling som inleds i fängelse med karaktär av terapeutiskt samhälle och fortsatte med behandling under längre tid efter frigivning. Den samlade bilden av genomgången är att de flesta studier visar att behandlingsprogram för missbrukare i fängelse har effekter på återfall, men att de är ganska små.

Inom ramen för Campbell Collaboration³⁰ publicerades år 2006 en metaanalys av undersökningar där narkotikabehandling i fängelsemiljöer hade studerats³¹. Den övergripande slutsatsen av metaanalysen är densamma som i Fridells och Hesses genomgång. Genomgången visar

²⁸ Brå 2005b.

²⁹ Fridell, H. och Hesse, M.: *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk*, www.bra.se.

³⁰ Campbell Collaboration är en organisation med syfte att genomföra metaanalyser om effekter av insatser inom kriminalpolitik, utbildning och social välfärd (se www.campbellcollaboration.org)

³¹ Mitchell, O., Wilson, D., Mackenzie, D.: *The Effectiveness of Incarceration Based Drug Treatment on Criminal Behavior*, net publication www.nc2.net

således att narkotikabehandling i fängelse som har en inriktning mot terapeutiskt samhälle har en inverkan på återfall i brott och detsamma gäller för gruppterapi ("group counseling"). Andelen som återföll bland dem som fått behandling i form av terapeutiskt samhälle eller gruppterapi var i genomsnitt nio procentenheter lägre än i kontrollgruppen. De mest konsekventa positiva resultaten kom från studier som undersökt terapeutiska samhällen. Dessa studier visade genomgående positiva effekter på både återfall i narkotikamissbruk och brott.

Mot bakgrund av både Campbell-rapporten och övriga internationella genomgångar³² framstår resultatet från föreliggande studie rimligt.

Tidigare svenska studier

Det finns inga andra utvärderingar av den svenska narkotikasatsningen än Brå:s tidigare studie från satsningens inledning³³. Den utvärderingen gjordes så kort tid efter starten att det var svårt att bilda en behandlingsgrupp som verkligen fått del av en påtaglig "behandlingsdos" och inga resultat kunde heller iakttas.

Däremot har Brå utvärderat det brottspreventiva programmet Cognitive Skills i anstalt³⁴ och kriminalvården har utvärderat *Våga välja*.

I Brå:s utvärdering av Cognitive Skills jämfördes återfall i ny kriminalvårdspåföljd för 339 manliga programdeltagare med en matchad kontrollgrupp. Andelen programdeltagare som återföll var något mindre än hos kontrollgruppen, men skillnaden var inte statistiskt signifikant. Två grupper av programdeltagare hade dock en signifikant mindre andel återfall; personer med 9 till 20 tidigare lagföringar och de som lagförts för våldsbrott.

Kriminalvårdens utvärdering avsåg perioden 2002 till 2006. I studien jämfördes 660 personer, som fullföljt *Våga välja*, med en kontrollgrupp om knappt 5 000 personer som inte gått det programmet. Resultatet blev att de som genomgått *Våga Välja* hade en 14 procent mindre risk att återfalla än de som inte gått något program. Med samma sätt att presentera resultat som i Brå:s studie innebär det att skillnaden i återfall mellan dem som genomgått *Våga välja* och kontrollgruppen var sju procentenheter. Kriminalvårdens design skiljer sig dock från designen i utvärderingen av Cognitive Skills, eftersom kriminalvården endast inrymmer personer som *fullföljt* programmet *Våga Välja*, medan utvärderingen av Cognitive Skills bygger på det mer vanligt förekommande måttet *påbörjat* program ("intention to treat"), och alltså även inrymmer dem som hoppar av behandlingen. Eftersom resultaten brukar vara högre för dem som fullföljer än för dem som hoppar av bör man ha denna skillnad i design i åtanke när resultaten från kriminalvårdens utvärdering jämförs med andra utvärderingar.

³² Holloway, K., Bennett, T., Farrington, D. 2008.

³³ Se föregående not.

³⁴ Brå-rapport 2002:11.

Även om utvärderingen av Våga Välja inte är direkt jämförbar med Brå:s föreliggande utvärdering, tyder ändå resultaten på att effekterna blir större om de intagna missbrukarna inte bara går ett kognitivt program utan även får del av den totala behandlingsmiljö som finns på behandlingsavdelningarna (och då kanske särskilt på tolvstegsavdelningarna).

Hur ska skillnaderna i resultat mellan olika undergrupper förstås?

Bortsett från denna studies huvudresultat att behandlingsgruppen återfaller i brott i mindre utsträckning än sin kontrollgrupp, kan man också se undergrupper där skillnaden i återfall mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen är större. Störst är skillnaden för följande undergrupper:

- Personer som fullföljer vistelsen på behandlingsavdelningen
- Män
- Personer som är minst 30 år
- Personer som har en medelhög risk att återfalla
- Personer som har varit minst 4,5 månader på behandlingshemsavdelningen
- Personer som har varit på tolvstegsavdelning eller genomgått program under vistelsen på en övrig behandlingsavdelning
- Personer som har slussats ut till ett behandlingshem genom en vårdvistelse.

Brå har inte haft möjlighet – delvis på grund av tidsbrist, delvis på grund av brist på information – att göra mer omfattande analyser av varför resultatet är särskilt bra för dessa grupper och i vilken utsträckning grupperna överlappar varandra. Enligt Brå:s mening finns anledning att i dialog med kriminalvården fortsätta att analysera materialet och se om det går att fördjupa förståelsen av resultaten.

Brå:s tidigare studie

Som redan nämnts har Brå tidigare studerat återfallet bland personer som genomgått behandling inom ramen för kriminalvårdens narkotikasatsning.

I den studien bestod behandlingsgruppen av personer som avslutat fängelsestraff under perioden 1 januari–31 augusti 2003 och varit inskriven på en motivations- eller behandlingsavdelning i minst 30 dagar efter den 1 januari 2003, samt påbörjat ett brotts- eller missbruksprogram. Kontrollgruppen bestod av en matchad grupp som avslutat fängelsestraff under perioden 1 maj 2001–30 april 2002. Matchningen gjordes utifrån samma bakgrundsvariabler som den senare studien. Studiens uppföljningstid omfattade tolv månader och fem olika utfallsmått användes:

- ny lagföring
- ny fängelsedom
- antal nya lagföringar
- antal brott i nya lagföringar
- tid till ny lagföring.

Det enda utfallsmått som gav en signifikant skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp var tiden till ny lagföring. Den genomsnittliga tiden till ny lagföring var 171 dagar för den grupp som genomgått behandling och 142 dagar för kontrollgruppen.

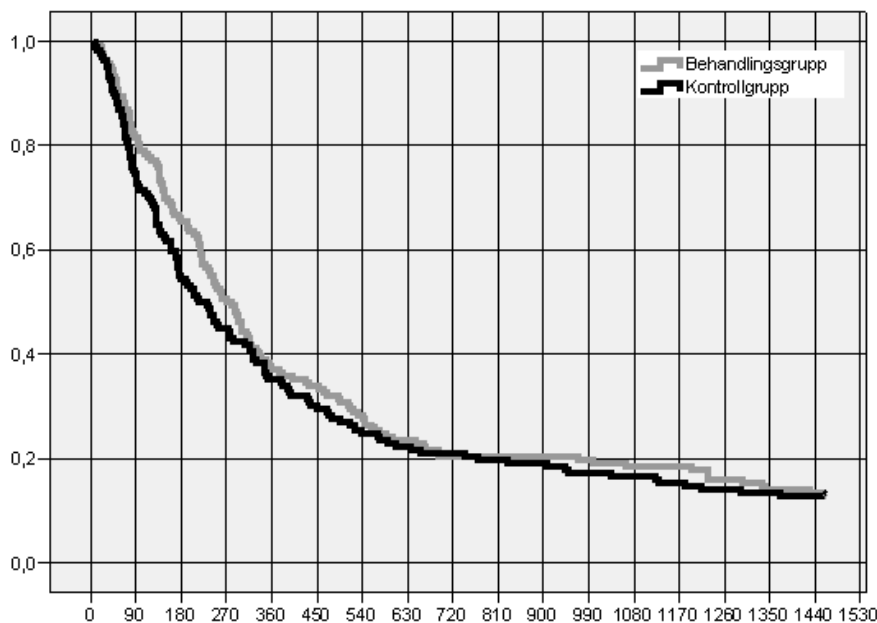
Inom ramen för den nya undersökningen har även en analys med 48 månaders uppföljningstid gjorts av behandlingsgruppen och kontrollgruppen från den tidigare återfallsstudien. Den uppföljningstid om tolv månader som använts i såväl den tidigare undersökningen som denna, har inte bestämts av att det är en optimal tidsperiod ur ett utvärderingsperspektiv, utan mer utifrån att det är en möjlig tidsperiod utifrån en undersöknings tidsramar. Det är inte heller omöjligt att ett annat resultat skulle gå att urskilja med en längre uppföljningstid.

Tabell 18. Andel återfall (procent) och genomsnittligt antal dagar till ny lagföring, för behandlings- respektive kontrollgrupp i den gamla studien.

	Behandlingsgrupp (n162)	Kontrollgrupp (n162)
Ny lagföring inom 12 månader från villkorlig frigivning	64	65
Ny fängelsedom inom 12 månader från villkorlig frigivning	38	44
Dagar till ny lagföring för dem som återfallit inom 12 månader	171*	142*
Ny lagföring inom 48 månader från villkorlig frigivning	86	87
Ny fängelsedom inom 48 månader från villkorlig frigivning	65	68
Dagar till ny lagföring för dem som återfallit inom 48 månader	322	284

**Se s. 19.

Med en uppföljningstid om 48 månader förändras dock inte bilden vad gäller skillnader i återfall mellan den gamla behandlings- och kontrollgruppen. Skillnaderna mellan grupperna vad gäller såväl ny lagföring som ny fängelsedom är i stort sett obefintliga. Behandlingsgruppens genomsnittliga tid till återfall är 38 dagar längre än kontrollgruppens. Denna skillnad är dock inte längre statistiskt signifikant (T-test).



Figur 2. Andel ur gamla studiens behandlings- respektive kontrollgrupp som *inte* återfallit i brott vid olika tidpunkter (dagar) från frigivning.

I figur 2 visas andelen i de båda grupperna som inte återfallit dag för dag under uppföljningstiden. Kurvan sluttar brant nedåt för att efter ungefär 18 månader (540 dagar) plana ut mot en flackare sluttning. Under de första 18 månaderna återfaller i genomsnitt en person varannan dag. Under följande 18 månader återfaller i genomsnitt en person var 20:e dag.

Frånsett några perioder då behandlingsgruppen ligger något efter kontrollgruppen i hur många som återfallit löper de två kurvorna jämsides och i slutet av uppföljningstiden är andelen som inte återfallit 14 respektive 13 procent för grupperna.

Referenser

- Brottsförebyggande rådet, Brå (2003). *Vård av missbrukare i anstalt. En utvärdering av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2005a). *Intagna om missbruksvården i anstalt. Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning sett från klienternas perspektiv*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2005b). *Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004. Rapport 2005:3*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2007). *Den fortsatta narkotikasatsningen i kriminalvården. Anstaltschefernas bild och de intagnas upplevelser*. Rapport 2007:25. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2008). *Effectiveness of Treatment in Reducing Drug-Related Crime*. Författare: Holloway, K., Bennett T., Farrington, D., 2008. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Fridell, H och Hesse, M (2005). *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk*, www.bra.se
- Lipsey, M.W. (1999). Can rehabilitative programs reduce the recidivism of juvenile offenders? An inquiry into the effectiveness of practical programs. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*, 1999, 6(3), 611–641.
- Mitchell, O., Wilson, D., Mackenzie, D.: *The Effectiveness of Incarceration Based Drug Treatment on Criminal Behavior*, net publication www.nc2.net
- Nilsson, A. (2002). *Fånge i marginalen: uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Stockholm: Stockholms universitet.

Bilagor

Bilaga 1. Tabellbilaga

Tabell 19. Brottstyp i ingångslagförings huvudbrott för behandlings- respektive kontrollgrupp.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Narkotikabrott	37	34
Tillgreppsbrott	18	20
Våldsbrott	15	17
Trafikbrott	5	5
Bedrägeri	6	6
Brott mot allm/stat	5	5
Rattfylleri	1	1
Rån	9	9
Övrigt	2	2
Summa	100	100

Bilaga 2. FRAS-modellen

Modellen som tagits fram för att bestämma en förväntad återfallsrisk för varje individ har specificerats genom en logistisk regressionsanalys. Metoden är lämplig att använda när man har en beroende variabel som endast kan anta två värden, i detta fall återfall i brott/ej återfall i brott. Genom den logistiska regressionsanalysen skattas den inverkan som en uppsättning oberoende variabler har på den beroende variabeln. De oberoende variabler som ingår har dels valts utifrån vad som visat sig påverka återfall i tidigare studier och dels genom manuella tester. Modellen har specificerats på ett registermaterial omfattande samtliga som frigavs från anstalt 1 maj 2001 till 30 april 2002. Vid framtagandet av modellen har halva registermaterialet (n=3 180) använts. Sedan har modellen validerats på den andra halvan (n=3 265). Den slutliga modellen som använts i rapporten är baserad på de nio variablerna i tabell 20.

Tabell 20. Variabler i FRAS-modellen.

Variabel (X)	Regressionskoefficient (β)	Signifikans
Ålder vid frigivning	-0.012	0,000
Högst än ett års strafftid i aktuell lagföring (ja/nej)	0.796	0,000
Antal brott i aktuell lagföring	0.064	0,000
Antal brott de senaste fem åren innan dom	0.032	0,000
Antal brott mot trafikbrottslagen de senaste fem åren (fyra klasser: 0, 1-3, 4-7, ≥ 8)	0.358	0,000
Antal stöldbrott de senaste fem åren (fyra klasser: 0, 1-3, 4-7, ≥ 8)	0.469	0,000
Lagförd för brott mot narkotikastrafflagen under de senaste fem åren (ja/nej)	0.335	0,000
Rattfylleri som huvudbrott i aktuell lagföring och högst 3 tidigare lagföringar de senaste fem åren innan aktuell lagföring (ja/nej)	-0.226	0,002
Sexualbrott som huvudbrott i aktuell lagföring (ja/nej)	-0.794	0,000
Konstant(α)	-1.703	0,000

De koefficienter som redovisas ovan är de som erhållits när modellen baserats på hela kontrollgruppen (n=6 445). Utifrån dessa koefficienter beräknas sannolikheten för att en individ ska återfalla enligt nedanstående formel.

$$\text{sannolikhet} = 1 / 1 + e^{-(\alpha + X1*\beta1 + X2*\beta2 + \dots + Xk*\betak)}$$

Den sannolikhet som fås genom formeln är i intervallet 0-1, vilket innebär att den kan tolkas som procentuell risk. Om en individ utifrån beräkningen av ovanstående variabler erhåller värdet 0,5 betyder det alltså att risken att den individen ska återfalla är 50 procent. I tabell 19 redovisas hur väl modellen kategoriserade individerna i materialet i förhållande till det verkliga utfallet. I exemplet har individer med återfallsrisk upp till 50 procent predicerats att inte återfalla och individer med återfallsrisk överstigande 50 procent att återfalla.

Tabell 21. Predicerat och observerat återfall för FRAS-modellen.

Återfall		Predicerat återfall inom tolv månader		Procent korrekt
		Nej	Ja	
Återfall inom 12 månader	Nej	2 538	716	78,0
	Ja	937	2 254	70,6
Procent korrekt		73,0	75,9	74,4

Bilaga 3. Matchningsförfarande för kontrollgrupp

Matchningen av tvillingar till kontrollgruppen har gjorts utifrån variablerna kön, ålder, narkotikamissbruk (enligt kriminalvårdens klassificering), återfallsrisk (FRAS), strafftid i dom, och brottstyp. Har flera individer ur filen med kontrollindivider hittats som motsvarar en individ i behandlingsgruppen har ett lottningsförfarande avgjort vem som slutligen matchats mot individen i behandlingsgruppen. I det första matchningssteget hittades 294 tvillingar. I följande steg användes matchningsvariabler med vidare klassindelning i olika kombinationer till steg 14 då de sista 16 individerna manuellt matchades med hjälp av filterfunktionen i programmet Excel för att finna tvillingar som bäst överensstämde med sina tvillingar i behandlingsgruppen.

Tabell 22. Matchningssteg för matchning av kontrollgrupp.

	Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5	Steg 6	Steg 7
Kön	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna
	Man	Man	Man	Man	Man	Man	Man
Ålder	15-17	15-20	15-17	15-20	15-17	15-20	15-20
	18-20	21-29	18-20	21-29	18-20	21-29	21-29
	21-24	30-44	21-24	30-44	21-24	30-44	30-44
	25-29	45->	25-29	45->	25-29	45->	45->
	30-34		30-34		30-34		
	35-44		35-44		35-44		
	45-54		45-54		45-54		
	55->		55->		55->		
Narkotikamissbruk	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet
Återfallsrisk (FRAS)	Klasser om 5%	Klasser om 5%	Klasser om 5%	Klasser om 5%	Klasser om 10%	Klasser om 10%	Klasser om 10%
Månader strafftid i dom	T<=2	T<=2	T<=12	T<=12	T<=2	T<=2	T<=12
	2<T<=6	2<T<=6	12<T<48	12<T<48	2<T<=6	2<T<=6	12<T<48
	6<T<=12	6<T<=12	48<T	48<T	6<T<=12	6<T<=12	48<T
	12<T<24	12<T<24			12<T<24	12<T<24	
	24<=T<48	24<=T<48			24<=T<48	24<=T<48	
	48<=T<120	48<=T<120			48<=T<120	48<=T<120	
T>120	T>120			T>120	T>120		
Brottstyp	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott
	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr
	Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott
	Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott
	Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat
	Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri
	Rån	Rån	Rån	Rån	Rån	Rån	Rån
	Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri
	Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott
	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt
	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt	Övrigt
Antal träffar	294	70	38	19	15	4	17

	Steg 8	Steg 9	Steg 10	Steg 11	Steg 12	Steg 13	Steg 14
Kön	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna
	Man	Man	Man	Man	Man	Man	Man
Ålder	15-17	15-17	15-20	15-20	15-20	15-20	Manuell matchning efter bästa överensstämmelse
	18-20	18-20	21-29	21-29	21-29	21-29	
	21-24	21-24	30-44	30-44	30-44	30-44	
	25-29	25-29	45->	45->	45->	45->	
	30-34	30-34					
	35-44	35-44					
	45-54	45-54					
55->	55->						
Narkotikamissbruk	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet	Ej angivet
Återfallsrisk (FRAS)	Klasser om 5%	Klasser om 5%	Klasser om 5%	Klasser om 10%	Klasser om 10%	Klasser om 20%	Manuell matchning efter bästa överensstämmelse
Månader strafftid i dom	T<=2	T<24	T<24	T<24	T<24	T<24	
	2<T<=6	24<=T	24<=T	24<=T	24<=T	24<=T	
	6<T<=12						
	12<T<24						
	24<=T<48						
	48<=T<120						
T>120							
Brottstyp	Nej	Våldsbrott	Våldsbrott	Våldsbrott	Nej	Nej	
		Tillgreppsbr	Tillgreppsbr	Tillgreppsbr			
		Narkbrott	Narkbrott	Narkbrott			
		Trafikbrott	Trafikbrott	Trafikbrott			
		Br Allm/stat	Br Allm/stat	Br Allm/stat			
		Bedrägeri	Bedrägeri	Bedrägeri			
		Rån	Rån	Rån			
		Rattfylleri	Rattfylleri	Rattfylleri			
		Sexbrott	Sexbrott	Sexbrott			
		Övrigt	Övrigt	Övrigt			
Antal träffar	40	12	7	4	33	14	16

Bilaga 4. Tabeller

Tabell 4.2. Bakgrundsinformation om behandlingsgruppen och kontrollgruppen.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Andel kvinnor	15	15
Ålder vid frigivning	36	35
Månader strafftid i dom	17	15
Antal lagföringar senaste fem åren	7	7
Förväntat återfall (FRAS)	58	58
Fullföljt behandling (n=566)		
Andel kvinnor	12	12
Ålder vid utskrivning	36	36
Månader strafftid i dom	17	15
Antal lagföringar senaste fem åren	7	7
Förväntat återfall (FRAS)	59	59
Avbrutit behandling (n=175)		
Andel kvinnor	5	5
Ålder vid utskrivning	34	34
Månader strafftid i dom	18	15
Antal lagföringar senaste fem åren	7	6
Förväntat återfall (FRAS)	56	56

Tabell 8.2. Andel återfall för kvinnor respektive män, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Kvinnor (n=108)	47	50
Män (n=633)	51**	60**
Fullföljt behandling (n=566)		
Kvinnor (n=100)	47	52
Män (n=466)	50**	60**
Avbrutit behandling (n=175)		
Kvinnor (n=8)	50	25
Män (n=167)	54	59

**Se s. 19.

Tabell 9.2. Återfallen i procent i behandlings- respektive kontrollgruppen uppdelat på tre åldersgrupper.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Yngre (<=29 år) (n=252)	55	57
Medelålders (30-41 år) (n=266)	53*	63*
Äldre (>=42 år) (n=223)	43*	54*
Fullföljt behandling (n=566)		
Yngre (<=29 år) (n=176)	53	54
Medelålders (30-41 år) (n=181)	52**	66**
Äldre (>=42 år) (n=161)	43*	55*
Avbrutit behandling (n=175)		
Yngre (<=29 år) (n=76)	59	63
Medelålders (30-41 år) (n=59)	54	53
Äldre (>=42 år) (n=40)	40	40

Tabell 10.2. Andel återfall för personer med olika återfallsrisk (FRAS), i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Lågriskgrupp (n=243)	23	30
Medelriskgrupp (n=258)	55*	64*
Högriskgrupp (n=240)	73*	81*
Fullföljt behandling (n=566)		
Lågriskgrupp (n=183)	19*	28*
Medelriskgrupp (n=193)	54*	64*
Högriskgrupp (n=190)	73*	83*
Avbrutit behandling (n=175)		
Lågriskgrupp (n=60)	33	35
Medelriskgrupp (n=58)	58	63
Högriskgrupp (n=74)	74	76

Tabell 11.2. Andel återfall i behandlings- och kontrollgrupp uppdelat på vilken tid personerna i behandlingsgruppen vistats på behandlingsavdelningen (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Kort vistelse (<=75 dagar) (n=248)	57	64
Medellång vistelse (76-137 dagar) (n=246)	58	63
Lång vistelse (>=138 dagar) (n=247)	36**	48**
Fullföljt behandling (n=566)		
Kort vistelse (<=75 dagar) (n=146)	58	64
Medellång vistelse (76-137 dagar) (n=207)	59	65
Lång vistelse (>=138 dagar) (n=213)	34**	48**
Avbrutit behandling (n=175)		
Kort vistelse (<=75 dagar) (n=102)	57	63
Medellång vistelse (76-137 dagar) (n=39)	51	51
Lång vistelse (>=138 dagar) (n=34)	50	47

**Se s. 19.

Tabell 12.2. Andel återfall för personer som varit respektive inte varit på tolvstegsanstalt, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsanstalt (n=372)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt (n=369)	50	55
Fullföljt behandling (n=566)		
Tolvstegsanstalt (n=309)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt (n=257)	47	54
Avbrutit behandling (n=175)		
Tolvstegsanstalt (n=63)	46	57
Ej tolvstegsanstalt (n=112)	59	57

**Se s. 19.

Tabell 13.2. Andel återfall för tre undergrupper i behandlingsgruppen: de som varit på en tolvstegsavdelning, samt de som påbörjat respektive inte påbörjat BoM-program jämfört med andelen återfall i deras kontrollgrupper.

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsanstalt (n=372)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt, påbörjat BoM-program (n=199)	47	55
Ej tolvstegsanstalt, ej påbörjat BoM-program (n=170)	55	55
Fullföljt behandling (n=566)		
Tolvstegsanstalt (n=309)	51**	62**
Ej tolvstegsanstalt, påbörjat BoM-program (n=147)	41*	54*
Ej tolvstegsanstalt, ej påbörjat BoM-program (n=110)	55	55
Avbrutit behandling (n=175)		
Tolvstegsanstalt (n=63)	46	57
Ej tolvstegsanstalt, påbörjat BoM-program (n=52)	63	58
Ej tolvstegsanstalt, ej påbörjat BoM-program (n=60)	55	57

**Se s. 19.

Tabell 14.2. Andel återfall för personer som varit respektive inte varit på behandlingsanstalt, i behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Behandlingsanstalt (n=457)	51*	59*
Annan anstalt(n=284)	49	57
Fullföljt behandling (n=566)		
Behandlingsanstalt (n=391)	50*	59*
Annan anstalt(n=175)	47*	58*
Avbrutit behandling (n=175)		
Behandlingsanstalt (n=66)	56	61
Annan anstalt(n=109)	53	55

**Se s. 19.

Tabell 15.2. Andel återfall för personer med respektive utan vårdvistelse, för behandlings- och kontrollgrupp (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Med vårdvistelse (n=284)	45**	57**
Utan vårdvistelse (n=457)	54	59
Fullföljt behandling (n=566)		
Med vårdvistelse (n=248)	44**	57**
Utan vårdvistelse (n=318)	54	60
Avbrutit behandling (n=175)		
Med vårdvistelse (n=36)	58	61
Utan vårdvistelse (n=139)	53	56

**Se s. 19.

Tabell 17.2. Andel återfall för personer med respektive utan vårdvistelse, för behandlings- och kontrollgrupp uppdelat på personer som varit på 12-stegs-avdelning respektive övrig avdelning, (procent).

	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp
Samtliga i behandling (n=741)		
Tolvstegsavdelning		
Med vårdvistelse (n=182)	48**	62**
Utan vårdvistelse (n=190)	53	61
Annan behandlingsavdelning		
Med vårdvistelse (n=102)	41	49
Utan vårdvistelse (n=267)	54	57
Fullföljt behandling (n=566)		
Tolvstegsavdelning		
Med vårdvistelse (n=165)	47**	62**
Utan vårdvistelse (n=144)	57	63
Annan behandlingsavdelning		
Med vårdvistelse (n=83)	37	47
Utan vårdvistelse (n=139)	53	56
Avbrutit behandling (n=175)		
Tolvstegsavdelning		
Med vårdvistelse (n=17)	59	65
Utan vårdvistelse (n=46)	41	54
Annan behandlingsavdelning		
Med vårdvistelse (n=19)	58	58
Utan vårdvistelse (n=93)	59	57

**Se s. 19.