



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

**DELTAGANDE OCH ICKE-DELTAGANDE I
FÖRHÅLLANDE TILL PSYKISKT MÅENDE,
ALKOHOL- OCH DROGVANOR SAMT
PERSONLIGHET BLAND VILLKORLIGT
FRIGIVNA KLIENTER**

EN BORTFALLSANALYS OCH BESKRIVNING AV MATERIALET
I FORSKNINGSPROJEKTET *AUTOMATISERAD
TELEFONUPPFÖLJNING INOM KRIMINALVÅRDEN*

ZORAN VASILJEVIC

Examensarbete i kriminologi
91-120 hp
Mastersprogrammet i kriminologi
VT 2012

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
Institutionen för kriminologi
205 06 Malmö

DELTAGANDE OCH ICKE-DELTAGANDE I FÖRHÅLLANDE TILL PSYKISKT MÅENDE, ALKOHOL- OCH DROGVANOR SAMT PERSONLIGHET BLAND VILLKORLIGT FRIGIVNA KLIENTER

EN BORTFALLSANALYS OCH BESKRIVNING AV MATERIALET I
FORSKNINGSPROJEKTET *AUTOMATISERAD TELEFONUPPFÖLJNING INOM
KRIMINALVÅRDEN*

ZORAN VASILJEVIC

Vasiljevic, Z. Deltagande och icke-deltagande i relation till psykiskt mående, alkohol- och drogvänor samt personlighet bland villkorligt frigivna klienter. En bortfallsanalys och beskrivning av materialet i forskningsprojektet *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle. Institutionen för kriminologi, 2012

Föreliggande arbete utgör en delstudie i projektet *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården*. Projektets övergripande syfte var att undersöka tillämpbarheten av *Interactive Voice Response* (IVR) som en modern metod för utvärdering, övervakning och påverkan av intagna som blivit villkorligt frigivna från ett fängelsestraff. IVR är en metodik baserat på automatiserade telefonintervjuer som bl. a innebär att en dator har programmerats för att ringa upp, ställa frågor, registrera svar och ge feedback till klienterna. I tidigare publikation från projektet undersöktes med hjälp av automatiserade telefonuppföljningar (IVR) hur stress och mående samt användande av alkohol och droger utvecklas under de trettio första dagarna efter avslutad anstaltsvistelse (Andersson et al, 2011). Syftet med det här arbetet var att undersöka om det fanns skillnader i *psykiskt mående, alkohol- och drogvänor* samt *personlighet* mellan intagna som medverkade vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen respektive intagna som inte medverkade vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Ytterligare ett syfte med arbetet var att beskriva den totala undersökningsgruppen i projektet med avseende på psykiskt mående, alkohol- och drogvänor samt personlighet. Den enda signifikanta skillnaden mellan deltagarna och icke-deltagarna i telefonuppföljningarna återfanns för personlighetsdraget *skuld*. Individer som genomförde åtminstone en telefonuppföljning var något mer benägna att känna skuld- och skamkänslor än de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Den beskrivande analysen av den totala undersökningsgruppen i projektet fann att klienterna utgjorde en problembelastad grupp intagna med avseende på psykiskt mående, alkohol-och drogmissbruk och personlighet; en hög andel av klienterna hade en möjlig missbruksdiagnos och depressions och/eller ångestrelaterade symptom samt skattade höga värden på personlighetsdragen *socialisation, impulsivitet* och *monotoniundvikande*.

Nyckelord: Bortfall, Interactive Voice Response, interventionsstudie, kriminalvården, alkohol- och drogvänor, psykiskt mående, personlighet

PARTICIPATION AND NON-PARTICIPATION IN RELATION TO PSYCHOLOGICAL MOOD, SUBSTANCE USE AND PERSONALITY AMONG OFFENDERS ON PAROLE

A DROP-OUT ANALYSIS AND A DESCRIPTION OF THE RESEARCH DATA IN THE RESEARCH PROJECT *AUTOMATED PHONE FOLLOW-UP IN CORRECTIONAL SERVICES*

ZORAN VASILJEVIC

Vasiljevic, Z. Participation and Non-Participation in Relation to Psychological Mood, Substance Use and Personality Among Offenders on Parole. A Drop-Out Analysis and a Description of the Research Data in the Research Project *Automated Phone Follow-Up in Correctional Services*. University of Malmoe: Health and Society. Department of Criminology, 2012

This study is a part of the research project Automated Phone Follow-Up in Correctional Services. The overall aim of the research project was to investigate if Interactive Voice Response can be used as tool to investigate, monitor and influence levels of stress, depression, anxiety, and use as well as urge of alcohol and drugs among paroled offenders. IVR is a technology based on automated phone interviews, which means that a computer has been programed to call up, ask questions, record answers and provide a feedback to the paroled offenders. Previous publication from the research project explored if it is possible to use automated phone interviews (IVR) to follow-up the development of stress, psychological mood, and use of alcohol and drugs in paroled offenders during the first 30 days following probation (Andersson et al, 2011). The main aim of this study was to investigate if there were any differences in psychological mood, substance use and personality between paroled offenders that participated in at least one automated phone follow-up and paroled offenders that did not participate in any automated phone follow-up. Another aim of this study was to describe the psychological mood, substance use and personality in the total sample group of paroled offenders. The only significant difference between participants and non-participants in the phone follow-up's was found for the personality trait *guilt*. The paroled offenders that participated in the phone follow-up scored significant higher on guilt, a scale measuring feelings of guilt and shame after wrongdoing, cheating, of having bad thoughts. The results of the descriptive analysis showed high levels of substance misuse, depression and anxiety symptoms in the total sample group of paroled offenders. The paroled offenders also scored high on personality scales socialization, impulsivity and monotony avoidance compared to healthy subjects.

Key words: dropout, interactive voice response, intervention study, correctional services, alcohol and drug use, psychological mood, personality

Förord

Jag vill tacka min handledare Claes Andersson för att ha gett mig stödet, förtroendet och möjligheten att genomföra examensarbetet som en del av projektet *Automatiserad telefonuppföljning inom kriminalvården*. Jag vill även rikta ett stort tack till Robert Svensson och alla andra på institutionen för kriminologi på Malmö högskola som har hjälpt mig att genomföra det här examensarbetet.

Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Syfte	7
Frågeställningar.....	7
Tidigare forskning	7
Olika förklaringar till bortfall.....	8
Psykiskt mående.....	11
Alkohol- och drogvanor.....	12
Personlighet	13
Material och metod	15
IVR	15
Urval och svarsfrekvens i projektet	16
Mätinstrument	17
Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25)	17
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	18
The Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT).....	18
Karolinska Scale of Personality (KSP)	19
Etik	21
Statistisk bearbetning	21
Bortfall	21
Resultat	23
Deltagare	23
Intern reliabilitet	23
Fanns det skillnader i psykiskt mående mellan grupperna?	25
Fanns det skillnader i alkoholvanor mellan grupperna?	26
Fanns det skillnader i drogvanor mellan grupperna?	28
Fanns det skillnader i personlighet mellan grupperna?	29
Diskussion	33
Metoddiskussion	36
Framtida forskning	37
Litteraturförteckning	38

Bakgrund

Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården är ett forskningsprojekt med övergripande syftet att undersöka tillämpbarheten av *Interactive Voice Response* (IVR) som en modern metod för utvärdering, övervakning och påverkan av intagna som blivit villkorligt frigivna från ett fängelsestraff (Andersson et al, 2011). IVR är en metodik baserat på automatiserade telefonintervjuer som bl. a innebär att en dator har programmerats för att ringa upp, ställa frågor, registrera svar och ge feedback till klienterna.¹ Med hjälp av tekniken är det möjligt att följa ett obegränsat antal individer och studera olika individuella förlopp (a a).

I tidigare publikation från projektet undersöktes med hjälp av IVR hur stress och psykiskt mående samt användande av alkohol och droger utvecklas under de trettio första dagarna efter avslutad anstaltsvistelse (a a). Undersökning, som byggde på en randomiserad forskningsdesign, utvärderade även effekten av en enkel automatiserad rekommendation på klientens psykiska mående (a a). I undersökningen fann man bl. a att det psykiska måendet förbättrades och att drickandet minskade under vissa perioder för klienterna som erhöll rekommendationen (a a). En annan slutsats från studien var att psykiskt mående samt begär efter och bruk av alkohol och droger är faktorer som tycks påverka möjligheten att delta i telefonuppföljningarna (a a).

Föreliggande arbete utgör en delstudie i projektet och analyserar skillnaderna i psykiskt mående, alkohol- och drogvänor samt personlighet mellan de som deltog och de som inte deltog i telefonuppföljningarna efter den villkorliga frigivningen. Under olika faser av projektets gång var bortfallet relativt stort. Efter den initiala baslinjemätningen och innan den första telefonuppföljningen föll av olika anledningar nästan 50 procent av deltagarna bort från projektet (a a).

Om intagna som föll bort från projektet även hade ett sämre psykiskt mående och riskablare alkoholkonsumtion kan resultaten i tidigare genomförd interventionsstudie vara snedvridna och inte representativa för hela undersökningsgruppen. Undersökningsgruppen i *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården* utgörs av klienter som skrivits ut från anstalt med villkorlig frigivning. Det är en grupp intagna som tidigare studier bedömt ha en högre återfallsrisk (RiR 2004) och sannolikt ett sämre psykiskt mående än övriga intagna inom kriminalvården (Andersson et al 2011). De utgör också ett material som tidigare forskning funnit vara känsligt för snedvridningar (Vanable et al 2002; Cernkovich et al 1985).

För att upptäcka eventuella snedvridningar är bortfallsanalys så väl som deskriptiv analys av de deltagare som ingår i materialet viktig att genomföra (Larzelere et al 2004). Det huvudsakliga målet med bortfallsanalysen är att undersöka om den grupp som fallit bort skiljer sig i centrala avseenden från den grupp som finns kvar i materialet och huruvida denna skillnad påverkat representativiteten i undersökningsresultaten (a a). Målet med den deskriptiva analysen är att beskriva hela undersökningsgruppen och relatera den till den större population som den tillhör (a a).

¹ Närmare redogörelse av IVR-tekniken återfinns i arbetets metodavsnitt.

Syfte

Det primära syftet med det här arbetet är att analysera bortfallsgruppen respektive deltagargruppen i telefonuppföljningarna med avseende på psykiskt mående, alkohol- och drogvänor samt personlighet i projektet *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården*. Ett sekundärt syfte med det här arbetet är att beskriva det psykiska måendet, alkohol- och drogvänor samt personligheten i den totala undersökningsgruppen.

Frågeställningar

- Fanns det skillnader i *psykiskt mående, alkohol- och drogvänor* samt *personlighet* mellan intagna som medverkade vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen respektive intagna som inte medverkade vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen?
- Hur såg det psykiska måendet, alkohol- och drogvänor samt personligheten ut hos samtliga intagna som medverkade i projektet?

Tidigare forskning

Bortfall av individer som borde ingått i en undersökning men som av någon anledning inte gör det är ett vanligt problem i praktiskt taget all empirisk kriminologisk forskning (Brame & Paternoster, 2003; Brame & Piquero, 2003; Krohn & Thornberry, 1999; Cernkovich et al, 1985). I olika former av interventionsstudier är problemet ofta stort eftersom datainsamlingen kräver att man följer upp en och samma individer över tid (Larzelere et al 2004; Little, 1995). Bortfallet tenderar att öka i samband med längre uppföljningsperioder och antalet variabler som ska studeras (Kim & Curry, 1977; Laird, 1988).

Ett minskat antal deltagare kan leda till minskad statistik styrka i undersökningen (Leon et al, 2006); eventuella skillnader mellan undersökningsgrupperna blir osäkra och resultaten svårare att generalisera. Om skillnaderna mellan de som deltar och de som fallit bort dessutom är systematiska blir de statistiska parametrarna skeva och resultaten missvisande (a a).

I interventionsstudier med randomisering kan bortfall förekomma både efter och innan randomiseringen (Larzelere et al 2004; Goldkamp, 2011). Ett systematiskt bortfall efter randomiseringen kan få konsekvensen att det inte går att dra slutsatser om interventionens positiva respektive negativa effekter (Larzelere et al 2004). Ett systematiskt bortfall innan randomiseringen kan snedvrída hela undersökningsgruppen och medföra att de effekter som eventuellt uppstår av interventionen inte kan generaliseras till en större population (Goldkamp, 2011).

Material som omfattar individer med dålig psykisk hälsa och/eller omfattande kriminell belastning kan vara känsligt för snedvridningar (Vanable et al, 2002; Hough et al, 1996; Patten, 2000; Cernkovich et al, 1985; Brame & Piquero, 2003; Krohn & Thornberry, 1999). I medicinska utvärderingar är det exempelvis inte ovanligt att individer med en sämre psykisk hälsa faller bort i större utsträckning än de med en bättre (Clark et al, 1996; Eaton et al, 1992).

Kriminologiska självdeklarationsundersökningar har på motsvarande sätt haft svårt att fånga upp ”kronikerna” (Cernkovich et al, 1985). Kroniskt kriminella är en beteckning på en liten grupp förbrytare som står för en väldigt stor del av brottsligheten (Piquero et al, 2007). Kännetecknande för den här gruppen kriminella är att deras brottsfrekvens är förhållandevis hög, de är överrepresenterade bland de som begår grova brott, de uppvisar tidigt ett avvikande beteende och har en kriminell karriär som sträcker sig en bra bit in i vuxenlivet (a a). De uppvisar ofta även andra typer av problem som exempelvis alkoholmissbruk, drogmissbruk, psykisk och fysisk ohälsa (Piquero et al, 2007a). En förhållandevis stor andel intagna som sitter i fängelse kan betecknas som kroniker (Piquero et al, 2007).

Olika förklaringar till bortfall

Det finns många olika förklaringar till varför vissa individer faller bort från en undersökning. Inom surveylitteraturen skiljer man vanligtvis mellan tre olika kategorier av bortfall: bortfall på grund av att respondenten inte är anträffbar, bortfall på grund av att respondenten vägrar att medverka och bortfall på grund av att respondenten inte kan medverka (Groves & Couper, 1998). Huruvida respondenten är anträffbar eller inte handlar om forskarens möjligheter till att lokalisera och kontakta respondenten (a a). Hinder för lokalisering kan exempelvis utgöras av att det inte går att få tag på respondentens telefon- och vistelseuppgifter (a a). Bortfall på grund av att respondenten inte kan medverka kan t.ex. bero på att respondenten insjuknat eller blivit institutionsplacerad (a a). Den teoretiska litteratur som finns kring bortfall behandlar i huvudsak bortfall som har uppstått på grund av att respondenten inte går att kontakta eller vägrar att medverka.

Kontaktbarhet. Groves & Couper (1998) identifierar tre faktorer som påverkar forskarens möjligheter att kontakta respondenten: respondentens rutinaktiviteter (när respondenten befinner sig i hushållet/är anträffbar), olika former av fysiska hinder för kontaktbarhet och forskarens/intervjuarens egna ansträngningar i försöken att kontakta respondenten (a a). De tidpunkter som individen är anträffbar påverkas exempelvis av respondentens arbets-, fritids- och hushållsrutiner (a a). Forskarens egna ansträngningar handlar om antalet försök till kontakt som forskaren måste genomföra innan den första kontakten med respondenten är etablerad (a a). Forskarens ansträngningar påverkas i sin tur av de resurser han eller hon har till sitt förfogande till att försöka skapa kontakt med respondenten (a a).

Med framväxten och spridningen av ny teknik – som exempelvis datorer, mobiltelefoner och internet – har de alternativ som står till forskarens förfogande till att lokalisera och kontakta respondenten utökats (Couper, 2005). En ökad möjlighet till att lokalisera och kontakta potentiella respondenter utanför den traditionella domänen, hushållet, har samtidigt inte medfört till att det har blivit lättare att övertala individer att medverka i en undersökning (a a). Att få en individ att acceptera en förfrågan om medverkan i en undersökning när de befinner sig utanför hushållet och/eller är upptagna med en annan arbets- eller fritidsaktivitet, har visat sig vara svårt (a a).

Vägran. Individens beslut om att medverka i en undersökning påverkas av många olika faktorer, kontextuella såväl som individuella (Groves et al, 1992). Många av dessa faktorer står utanför forskarens förmåga att påverka (a a). Faktorer som forskaren kan påverka är bl.a. undersökningsdesignen, sig själv och hur interaktionen mellan forskaren och respondenten utvecklas (a a). En stor del av de teorier som behandlar bortfall pga. vägran handlar om hur forskaren ska utforma undersökningsdesignen och agera för att ”övertala” individen att medverka efter att en kontakt har etablerats. Tre vanligt förekommande teorier är Dillmans (2000) *Tailored Design Method (TDM)*, Groves, Cialdini och Coupers (1992) socialpsykologiska principer om medverkan och Groves, Singer och Cornings (2000) *Leverage-Salience Theory (LST)*.

TDM bygger på den sociala utbytesteorin (*social exchange theory*) (Dillman, 2000). Enligt teorin föregås individens beslut om medverkan av en kostnads- och belöningskalkyl. En kostnad eller belöning behöver inte vara monetär utan kan vara symbolisk (a a). En kostnad kan exempelvis utgöras av den tid som går åt för respondenten till att fylla i enkäten. Forskarens uppgift är att minimera kostnaden, maximera belöningen och övertyga respondenten att belöningen med att medverka i undersökningen överstiger kostnaden (a a).

Groves, Cialdini och Couper (1992) fokuserade på interaktionen mellan forskaren och respondenten och definierade ett antal socialpsykologiska principer som forskaren kan använda sig av för att övertala en individ i att delta i en undersökning. Deras modell innehåller element från sociala utbytesteorin men den inkorporerar även andra socialpsykologiska faktorer som anses ha betydelse för individens beslut att medverka i en undersökning efter att han eller hon har fått en förfrågan. Principerna och dess tillämpning sammanfattas i tabell 1.

Tabell 1. Groves, Cialdini och Coupers socialpsykologiska principer om medverkan

Princip	Betydelse	Tillämpning
Ömsesidighet	Individen reagerar ofta positivt på ett positivt beteende	Undersökningar där fördelar och belöningar betonas kommer ha högre medverkan
Sympati	Individen är positivt inställt till personer som han/hon känner sympati för	Om individer känner sympati för den individ/organisation som utför undersökningen ökar medverkan
Hjälpssamhet	Människan har en social ansvarskänsla och vill hjälpa till	Undersökningar som vädjar till individers sociala ansvarskänsla ökar medverkan
Sällsynthet	Sällsynta tillfällen bedöms även vara mer värdefulla	En forskare som betonar det ”unika” i undersökningen ökar medverkan
Konsekvent beteende	De flesta människor vill vara konsekventa i sina åsikter och handlingar	Undersökningar som stämmer överens med respondentens åsikter och handlingar har högre medverkan
Social bekräftelse	Individer påverkas av referensgruppens åsikter och handlingar	Om individens referensgrupp redan medverkar ökar sannolikheten att även han/hon kommer medverka.
Auktoritet	Individer har en aktning för legitima auktoriteter	Förfrågningar som kommer från legitima auktoriteter har högre medverkan

Enligt leverage-salience teorin värderar respondenterna olika element i undersökningen på olika sätt (Groves et al, 2000). En individ med stor social ansvarskänsla kan exempelvis värdera om undersökningens resultat kommer samhället till nytta. För forskaren gäller det att lyfta fram de element i undersökningen som respondenterna värderar mest, han måste ”skraddarsy” designen för att den ska bli framgångsrik (a a). För att skraddarsy designen kan forskaren exempelvis använda sig av en lämplig kombination av Groves, Cialdini och Coupers (1992) övertalningsprinciper (tabell 1). Groves et al (1998) fann även att socialt isolerade individer oftare vägrar att medverka i olika former av undersökningar, oberoende av undersökningens design. Individer som är socialt isolerade har enligt författarna en lägre social ansvarskänsla och känner sig inte förpliktade att delta på samma sätt som individer som är socialt integrerade (a a).

Samtliga ovanbehandlade teorier har främst utvecklats och använts för att förklara bortfall p.g.a. vägran i studier med bara ett undersökningstillfälle (tvärsnittsstudier). Teorierna har dock även tillämpats på studier som kräver upprepade mätningar över tid (longitudinella studier) (Lepkowski and Couper, 2002). I longitudinella studier kan forskaren behöva lokalisera, kontakta och övertala respondenten att medverka inför varje undersökningstillfälle (Laurie et al, 1999). Även om kontakten inför det första undersökningstillfället har etablerats och respondenten accepterat medverkan kan respondenten vid tidpunkten för nästa undersökningstillfälle ha flyttat, bytt ut sina kontaktuppgifter och/eller ser inte längre något ”värde” i att medverka i undersökningen och behöver övertalas på nytt (a a).

Andra förklaringar. En annan modell specifikt utvecklad för att förstå bortfall i longitudinella studier, efter att individen medverkat vid åtminstone ett undersökningstillfälle, förslås av Lemay (2010). Lemay urskiljer fyra stycken ”bortfallsbeteende” med olika underliggande orsaker: *bristande åtagande, vana, utmattning och ”chock”* (a a).

Bristande åtagande innebär att de som deltog vid det första undersökningstillfället egentligen inte var motiverade till att medverka men övertalades till att göra det ändå (a a). Om inget nytt övertalningsförsök görs inför kommande undersökningstillfällen kommer dessa individer troligtvis att falla bort redan efter det initiala undersökningstillfället (a a).

Vana innebär att respondenterna medverkar av ren vana (a a). En vana kan etableras efter att individen medverkat vid åtminstone ett par undersökningstillfällen (a a). Ju fler undersökningstillfällen som respondenterna medverkar i desto större är chansen att han eller hon blir kvar till slutet (a a).

Belastning innebär att respondenterna, efter att ha medverkat vid en eller flera undersökningstillfällen, känner att han gjort tillräckligt och inte vill medverka mer (a a). Den upplevda belastningen av ett deltagande ökar för varje undersökningstillfälle (a a). Mekanismen förklarar varför bortfall tenderar att öka med antalet undersökningstillfällen.

”Chock” innebär att respondenterna faller bort på grund av plötsliga och omskakande livshändelser som bryter individens ”vana” att delta (sjukdom, dödsfall, institutionsvistelse, flytt etc.) (a a). En chock kan också utgöras av en negativ upplevelse förknippad med undersökningen (a a).

Lemay särskiljer inte på samma sätt som tidigare teorier mellan olika bortfallskategorier (a a). Att en individ fallit bort på grund av en chock kan både betyda att han eller hon inte längre är kontaktbar eller inte kan medverka (a a). Det kan också betyda att individen efter en negativ upplevelse vägrar ett fortsatt deltagande (a a). I verkligheten är det ofta svårt att skilja mellan dessa tre bortfallskategorier eftersom de kan vara korrelaterade med varandra; att en individ inte är anträffbar eller kan medverka kan vara en skenorsak till att han eller hon egentligen inte vill medverka (Behr, Bellgardt & Rendtel, 2005).

Förklaringen till att individer med en omfattande psykisk och/eller kriminell belastning tenderar att falla bort har varierat. Hur individens psykiska hälsa kan tänkas hänga ihop med individens benägenhet att medverka i undersökningar är överlag ett underteoretiserat område (Gouyer, 2005). Vanligt förekommande förklaringar är att denna grupp av människor ofta är svåra att lokalisera och/eller att kontakta eller inte kan medverka (Vanable, et al, 2002). Hos den här gruppen av individer finns ofta många olika problem parallellt närvarande; dåligt mående, missbruk och annan form av psykisk och fysisk ohälsa samexisterar ofta med ett liv under oordnade sociala förhållanden – som exempelvis hemlöshet, arbetslöshet och fattigdom (a a). Det psykiska måendet kan försämrats under studiens gång och omöjliggöra ett fortsatt deltagande (a a). En ständig pendelgång mellan olika institutionsvistelser är ytterligare en omständighet som gör att den här gruppen av människor ofta inte är anträffbara eller kan medverka i undersökningar (Vanable et al, 2002; Brame & Piquero, 2003).

Intagna i fängelse är en grupp människor som tidigare studier funnit vara tungt problembelastad med avseende på psykisk ohälsa (Fazel & Baillargeon, 2011). Olika aspekter på psykisk ohälsa bland intagna i fängelse behandlas i nästkommande avsnitt. I avsnitten som följer avgränsas och definieras begreppen *psykiskt mående*, *alkohol-* och *drogvanor* samt *personlighet*. Efter varje avgränsning följer en kortfattad redogörelse för en del av den tidigare forskning som behandlat psykiskt mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet bland intagna i kriminalvård.

Psykiskt mående

Psykisk ohälsa kan definieras som en subjektiv upplevelse av att inte må bra (Socialstyrelsen, 2010). Två psykologiska tillstånd som har stor betydelse för individens välmående är depression och ångest (Spielberger et al, 2004). Enligt *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, version IV (DSM-IV) beaktar depression ett tillstånd med bl. a kraftigt sänkt stämningsläge, känslor av meningslöshet och hopplöshet. Andra vanliga symptom hos deprimerade är sömnstörningar, oroskänslor och ångest (a a). Samsjukligheten mellan depression och ångest är stor (Mineka et al, 1998; Brown et al, 2001). Ångest betecknar symptom som liknar upplevelsorna av och reaktionerna på skräck och fruktan (SBU, 2004). I DSM-IV definieras ångest som olustkänslor eller somatiska spänningssymptom inför förväntad fara eller olycka. Det upplevda hotet kan vara såväl yttre som inre (a a). Till ångestområdet räknas även fobier som definieras som bestående irrationell rädsla för en särskild företeelse, aktivitet eller situation vilket resulterar i en stark önskan att undvika den fruktade företeelsen, aktiviteten eller situationen (a a).

Dåligt psykiskt mående har kopplats till en rad olika utfall bland intagna i fängelse. Intagna som mår dåligt har oftare ett alkohol- och/eller drogmissbruk och även annan form av psykisk ohälsa (Chiles et al, 1990; Swartz & Lurigio, 1999; Fazel & Danesh, 2002). Intagna som mår dåligt begår i större utsträckning självskadehandlingar (Larney et al, 2012; Fazel & Baillargeon, 2011), oroas i högre grad för sin säkerhet i fängelset (Ireland & Power, 2009), löper högre risk att utnyttjas och mobbas av andra intagna (Ireland, 2005) och har också ofta en dålig behandlingsföljsamhet i olika former av behandlingsprogram (Hiller et al, 1999). Ett dåligt mående har även kopplats till ökad risk för våld- och sexualbrott (Craig et al, 2006). För intagna som har avtjänat ett straff utgör ett dåligt mående ett hinder för återanpassningen till samhället och anses vara en stark riskfaktor för återfall i brott (Zamble & Quinsey, 1997; Shinkfield & Graffam, 2010).

Intagna i fängelse har ett betydligt sämre psykiskt mående än befolkningen i övrigt (Boothby & Durham, 1999; Ditton, 1999; Fazel & Danesh, 2002; Dudeck et al, 2011; Castellano & Soderstrom, 1997). Hur stor denna skillnad i mående faktiskt är har varierat mellan olika undersökningar, delvis på grund av att olika forskare använt olika skattningsskalor, undersökt olika subpopulationer och utfört undersökningarna vid olika tidpunkter av frihetsberövandet (Castellano & Soderstrom, 1997; Shinkfield & Graffam, 2010). Måendet för intagna försämras ofta kring tidpunkten för den villkorliga frigivningen (a a). Andra yttre påfrestningar som kan påverka måendet är långa avskildhetsplaceringar (Holmgren, Frisell, & Runeson, 2011). En forskningsgenomgång av tidigare studier av intagnas mående i olika fängelser i världen fann sammantaget att omkring 10-12 procent av fängelsepopulationen lider av allvarliga depressioner (Fazel & Baillargeon, 2011). Prevalensen av ångestrelaterade symptom bedömdes vara lägre (a a). I en svensk undersökning genomförd av Brottsförebyggande rådet uppgav en femtedel av de intagna som ingick i undersökningen att de har en dålig eller mycket dålig psykisk hälsa och att de vanligaste problemen är ångest och depression (Brå, 2000:20). Enligt kriminalvårdens egna uppgifter går en av fem intagna på antidepressiva mediciner (Statskontoret, 2003:20).

Alkohol- och drogvänor

Alkohol- och drogmissbruk är tillsammans med depression och ångest några av de vanligaste orsakerna till psykisk ohälsa, både bland intagna i fängelse (Fazel & Danesh, 2002) och befolkningen i övrigt (Socialstyrelsen, 2010a). Missbruk och beroende utgör tillsammans med ångest och depression så kallade axel-I störningar i DSM-IV. Enligt DSM-IV innebär missbruk ett upprepat användande av droger och/eller alkohol trots återkommande negativa sociala, rättsliga eller fysiska konsekvenser. För att ett beroende ska förekomma måste enligt DSM-IV tre av följande kriterier vara uppfyllda: ökad tolerans, abstinensbesvär, längre perioder av bruk/ökad mängd, kontrollförlust, tidsomfattande alkohol/drogbruk, offerar annan aktivitet pga. användningen och/eller fortsatt användning trots upprepade fysiska och psykiska problem. För både missbruk och beroende gäller att kriterierna ska vara uppfyllda under samma tolv månadersperiod (a a).

I *International Classification of Diseases (ICD-10)* används begreppet skadligt bruk (*harmful use*). Skadligt bruk definieras som bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

Ytterligare ett begrepp i sammanhanget är *riskbruk* (Alborn et al, 2010). Riskbruk definieras som ett dryckesmönster som kan leda till hälsomässiga och sociala konsekvenser, men där konsumtionen ännu inte har orsakat några somatiska symptom (a a). Riskbruksbegreppet skall skiljas från diagnoserna alkoholberoende och alkoholmissbruk, och är inte något försök till exakt diagnostik (a a). Begreppet kan fungera som hjälpmedel till att uppmärksamma de individer som befinner sig mellan en oproblematiske och problematisk alkoholkonsumtion, men också de som redan uppfyller diagnoskriterier för missbruk eller beroende (a a).

Missbruk är nära länkat till både dåligt psykiskt mående och kriminalitet (Durbeej et al, 2010). Personer som mår psykiskt dåligt har oftare ett missbruk, och missbruket brukar i sin tur förvärra måendet ytterligare (a a). Individer med ett missbruk förekommer oftare i brottsregistret (Fridell et al, 2008) och återfaller oftare i brott efter ett avtjänat straff (Zamble & Quinsey, 1997). För individer med både ett missbruk och dåligt psykisk hälsa är situationen ofta värre; de har oftare problem med kriminalitet i allmänhet (Holcomb & Ahr, 1988; Fridell et al, 2008) och våldsbrott i synnerhet (Steadman et al, 1998). Tidig debutålder i missbruk och i kriminalitet är dessutom starka riskfaktorer för en ”kriminell karriär” (Piquero, Farrington, & Blumstein, 2007).

Andelen intagna i fängelse med ett alkohol- och/eller drogmissbruk har i internationell och svensk forskning rapporterats vara hög (Fazel, Bains, & Doll, 2006; Longato-Stadler, Knorrning, & Jamila, 2002). Prevalensen av missbrukare bland intagna runt om i västerländska fängelser har i olika studier varierat mellan 10 och 48 procent för manliga intagna och mellan 30 och 60 procent för kvinnliga intagna (Fazel, Bains, & Doll, 2006). Variationen beror även här på att man studerat olika subpopulationer och använt olika mätmetoder (a a). Enligt den svenska kriminalvårdens egen statistik har andelen narkotikamissbrukare inom kriminalvården varierat mellan 47 och 59 procent, medan andelen alkoholmissbrukare varierat mellan 9 och 16 procent de senaste tio åren (Kriminalvårdens statistik, se hemsida). Totalt uppskattar kriminalvården att uppemot 60 till 70 procent av samtliga intagna inom den svenska kriminalvården har ett alkohol- och/eller ett drogmissbruk (Kriminalvårdens statistik, se hemsida).

Personlighet

Personlighet kan definieras som de inrotade och stabila mönster av tankar, känslor och beteenden som karaktäriserar en individs unika livsstil och anpassning (WHO:s definition i Isaksson & Luciani, 2006).² Dessa mönster kan beskrivas som kombinationer av olika personlighetsdrag, t.ex. beroende, misstänksamhet och impulsivitet, som varierar mellan olika individer (a a). Forskning tyder på att de grundläggande personlighetsdragen etableras redan i en tidig ålder för att därefter förstärkas eller försvagas i takt med att individen åldras och möter olika kontexter under livets gång (Shinner & Caspi, 2003). Personligheten anses ha relativt stor betydelse för framtida utfall i livet (a a). Exempelvis kan en individ med fobiska personlighetsdrag ha en ökad risk för depressioner (Isaksson & Luciani, 2006; Shinner & Caspi, 2003)

² Ovägvis definitionen av personlighet formulerades av Världshälsoorganisationen (WHO) men återfinns i en svensk översättning i Isaksson & Luciani (2006).

Tidigare forskning har funnit att det i den kriminella populationen oftare finns extrema värden på vissa personlighetsdrag än jämfört med normalbefolkningen i övrigt. Forskning genomförd av Caspi och medarbetare (1994) fann exempelvis att män och kvinnor som begick brott var i mycket högre grad impulsiva, sensationssökande och benägna att uppleva negativa känslor som irritabilitet och ilska. Den kriminella populationen var vidare mer benägen att förkasta sociala normer och ha en fientlig inställning gentemot sin omgivning (a a). Motsvarande höga värden på personlighetsdrag har även hittats bland individer med dålig psykisk hälsa och som missbrukar alkohol och/eller droger (Wolf & Wolf, 2002). Tidigare studier har även visat att individer med ett brottsligt förflutet som hade höga poäng på psykopatchecklistan (PCL) hade även extrema värden på drag som sensationssökande, impulsivitet, monotoni-undvikande, konformitet och andra drag som ingår i personlighetsinstrumentet Karolinska Scales of Personality (KSP) (af Klintberg et al, 1992). Extrema värden på motsvarande personlighetsdrag har även hittats hos intagna med antisocial personlighetsstörning (Longato-Stadler, Knorring, & Jamila, 2002). Både psykopati och antisocial personlighetsstörning är starka riskfaktorer för kriminalitet (Hare, 1997; Skilling, Harris, Rice, & Quinsey, 2002).

En annan indikator på att en stor del av den kriminella populationen i många avseende har en ”extrem” personlighet är den stora andelen intagna med personlighetsstörningar. Psykiatrins diagnoslista, DSM-IV, beskriver en personlighetsstörning som ett individuellt tillstånd som karaktäriseras av ett stabilt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö inom minst två av följande områden: tänkande, impulskontroll, affektkontroll och socialt samspel. Mönstret är oflexibelt och leder till signifikant lidande eller försämrad funktion i sociala och yrkesmässiga sammanhang. Tidigare studier har funnit att ungefär 10 procent av den allmänna befolkningen i vuxen ålder lider av en personlighetsstörning (Isaksson & Luciani, 2006). Inom kriminalvården har 60 procent av de intagna som genomgått en rättspsykiatrisk undersökning diagnosticerats med en personlighetsstörning (Holmberg, 1994). Kriminalvården egna uppskattningar är att mellan 60 till 80 av samtliga intagna lider av en eller flera personlighetsstörningar (SOU, 2009:80). En betydande andel av intagna med en personlighetsstörning har även ett missbruk och ett/eller dåligt psykiskt mående (Longato-Stadler, Knorring, & Jamila, 2002).

Material och metod

I följande avsnitt beskrivs material och genomförande. Först följer en beskrivning av IVR-tekniken samt urval och svarsfrekvens för deltagarna i forskningsprojektet *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården*. Därefter behandlas etiken, mätinstrumenten och de statistiska metoder som har använts i undersökningen. Sist följer en redogörelse av det interna bortfallet i arbetet.

IVR

IVR är en dator med integrerad telefonväxel (Johansson, 2008). Systemet kan bl.a. administrera utvärderingsformulär och samla in och bearbeta data (a a). Respondenten lyssnar till ett förinspelat meddelande och besvarar frågor muntligen eller genom knapptryckning, vilket möjliggör såväl öppna som slutna svarsalternativ (a a). Respondenten kan antingen ringa till datorn eller bli upppringd på antingen en stationär telefon eller på en mobiltelefon (a a).

Med IVR kan forskaren följa olika individuella förlopp för i princip ett obegränsat antal individer (Andersson et al, 2011). Med hjälp av tekniken kan respondenten förbli fullständigt anonym under tiden han svarar på frågorna, vilket är särskilt fördelaktigt vid undersökningar av känsliga frågor som i traditionella undersökningar vanligtvis riskerar att underrapporteras (Tourangeau & Smith, 1996). Respondenten kan själv välja den takt som han vill besvara frågorna på och risken att svaren blir snedvridna pga. en eventuell intervju effekt finns inte (Corkey & Parkinson, 2002). Med hjälp av IVR-tekniken kan forskaren nå grupper av människor som tidigare har varit svåra att nå, som exempelvis hemlösa och missbrukare (a a). Möjligheten att standardisera frågeställningar och översätta dem till flera olika språk är ytterligare en fördel som gör att man även kan nå grupper av människor med annan etnisk bakgrund och som tidigare på grund av språksvårigheter varit förhindrade att medverka (a a).

Metoden är dessutom kostnadseffektiv och kan fånga respondenten i hans eller hennes vardag (Johansson, 2008). Den har möjlighet att ge påminnelser och kan effektivisera forskning såväl som behandling (a a). Mår patienten dåligt kan man exempelvis öka uppföljningsfrekvensen eller koppla upp patienten on-line (a a). Tidigare studier har framgångsrikt använt metoden i syfte till att följa olika individuella förlopp som exempelvis individens alkohol- drog och tobaksvanor (Piette, 2000; Toll et al, 2007). IVR har tidigare tillämpats inom flera olika områden för såväl datainsamling som behandling (Corkrey & Parkinson, 2002).

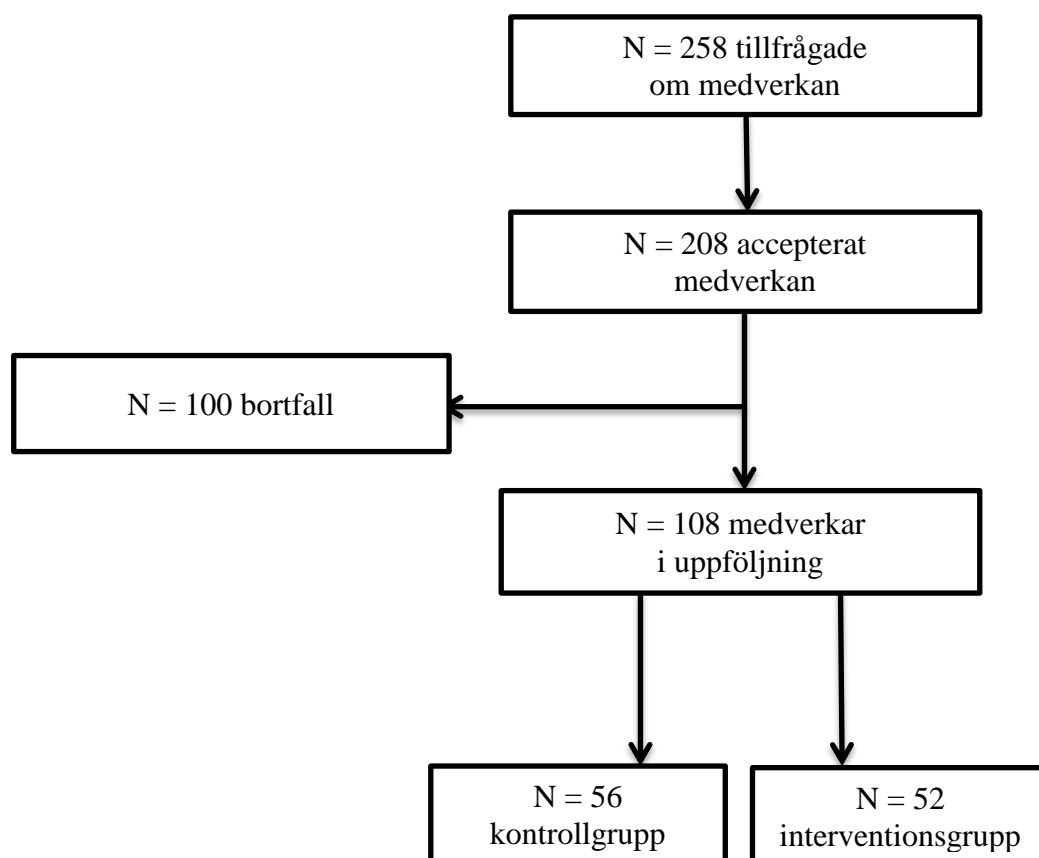
I det aktuella projektet har en centraldator programmerades för att ringa upp klienter som inkluderats i studien på deras mobiltelefon och ställa ett antal frågor om stress, mående och klientens alkohol- och droganvändande (Andersson et al, 2011). Svaren registeras därefter i centraldatorn och för en del av klienterna som inkluderats i studien var centraldatorn programmerad att omedelbart bearbeta insamlad data och lämna feedback till klienten (a a). Denna feedback beskrev om poängen av de områden som mäts ökat, minskat eller låg kvar på samma nivå som vid föregående mättillfälle (a a). Motsvarande information skickades även till klientens frivårdshandläggare (a a).

Urval och svarsfrekvens i projektet

Erbjudande om att delta i forskningsprojektet lämnades till samtliga intagna som hade tillgång till egen mobiltelefon och som under 2010 avslutat anstaltsvård i kriminalvårdens södra och östra region samt påbörjat kontakt med frivården. Klienterna rekryterades från anstalten Skänninge, Västervik, Skenäs, Kolmården, Fosie, Helsingborg, Tygelsjö, Kristianstad V, Karlskrona, Kirseberg, Ystad, Ringsjö och Kristianstad C.

Totalt tillfrågades 258 klienter om medverkan av vilka 208 accepterade och deltog vid baslinjemätningen (se figur 1). Av de 208 klienter som accepterade medverkan har senare 108 stycken svarat på minst en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Av de 108 klienterna som blev kvar i projektet randomiserades 56 (51,9%) till kontrollgruppen och 52 (48,1%) till interventionsgruppen.³ De övriga 100 klienterna har av olika anledningar fallit bort från projektet (a a).

Figur 1 Antal tillfrågade, medverkande och randomiserade klienter



³ Interventionsgruppen är den grupp deltagare i projektet som har fått en automatiserad rekommendation i samband med telefonuppföljningarna. Kontrollgruppen har inte fått någon automatiserad rekommendation och utgör jämförelsegruppen.

Av de 100 som fallit bort från projektet har 71 stycken exkluderats; 56 klienter har exkluderats för att de inte lämnat ett telefonnummer, 1 klient har exkluderats på grund av tekniska problem med den egna mobiltelefonen och 4 klienter har exkluderats på egen begäran efter att centraldatorn påbörjat uppföljningarna. De personer som har avbrutit deltagande på egen begäran har uppgett att de inte orkar med att besvara frågorna och att centraldatorn ringt för ofta om de inte svarat.

Vidare har 4 klienter exkluderats på grund av ändrad påföljd, dvs. ej längre villkorlig frigivning och 6 klienter har exkluderats på grund av att uppgift om ansvarig handläggare på frivården inte har kunnat erhållas.

De övriga 29 av de 100 som fallit bort har inte svarat på någon av de försök till telefonuppföljningar som genomförts under sammanlagt 30 dagar efter villkorlig frigivning. Dessa klienter antas inte ha lämnat ett fungerande telefonnummer i samband med rekrytering på anstalten.

Mätinstrument

Vid baslinjemätningen användes följande mätinstrument: För att mäta alkoholbruk har *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) använts. För att mäta drogbruk har *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) använts. För att mäta psykiskt mående har *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25) använts och för att mäta personlighet har *Karolinska Scales of Personality* (KPS) använts. Nedan följer en grundligare beskrivning av de mätinstrumenten som har ingått i undersökningen.

Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25)

HSCL-25 är en förkortad version av självskattningsinstrument HSCL som utvecklats i syfte till att identifiera individer med psykiatriska symptom (ångest och depression) (Nettelbladt et al 1993). Instrumentet är väl beprövat inom en rad olika kontexter och har en god intern reliabilitet ($\alpha \geq 0,80$). (Nettelbladt et al 1993; Hesbacher et al 1980; Winkour et al 1984; Mollica et al 1987; Bakken et al 2007)

HSCL-25 består av totalt 25 frågor; 15 frågor mäter symptom associerade med ångest och 10 frågor mäter symptom associerade med depression. Samtliga frågor avser förekomsten av symptom under den senaste veckan. Frågorna mäts från 0 till 4, där 0 indikerar att man inte känner något besvär alls och 4 indikerar att man känner av besväret mycket.

Vanligt använd och rekommenderad brytpunkt går vid 1,75 (Nettelbladt et al., 1993; Mollica et al 1987; Sandanger et al 1998; Hollander et al 2007). Brytpunkten beräknats som medelvärdet på totalpoängen. Brytpunkten har validerats i förhållande till olika diagnostiska psykiatriska intervjuer och bedömts vara ett relativt precist värde (a a). Ett värde på $\geq 1,75$ indikerar att det förekommer en ångest och/eller depressionsrelaterad psykiatrisk diagnos (a a).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett självrapporteringsinstrument utvecklat av en forskargrupp med anknytning till WHO (Wennberg, Källmén, Hermansson, & Bergman, 2006). Instrumentet är i första hand utvecklat i syfte till att tidigt identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor men kan också användas till att identifiera ”alkoholism” med hög precision (a a). Instrumentet är väl beprövat inom en rad olika kontexter och har en god internt reliabilitet (test-retest 0,93–0,98) (Bergman & Källmén, 2002; Durbeej et al 2010).

Instrumentet består av tio frågor som behandlar tre olika områden; tre frågor behandlar om mängd och frekvens drickande (fråga 1-3), tre frågor handlar om alkoholberoende (fråga 4-6) och fyra frågor behandlar skador orsakade av alkoholen, inklusive negativa psykologiska reaktioner (fråga 7-10) (Wennberg, Källmén, Hermansson, & Bergman, 2006). Tidigare studier av faktorstrukturen i AUDIT har funnit stöd för att testet hos måttlighetskonsumenter i huvudsak beskriver två faktorer: riskabel konsumtion (fråga 1-3) och alkoholberoende (fråga 4-10) (a a). I kliniska material med hög förekomst av alkoholberoende korrelerar frågorna från de tre områden så högt att faktoranalysen resulterar i en enda faktor (a a).

Frågorna avser de senaste tolv månaderna och poängsätts från 0-4. Det maximala antalet poäng är 40 (a a). Brytpunkten för vad som ska anses vara riskabla och problematiska alkoholvanor kan variera mellan olika populationer (Durbeej et al 2010). Generella rekommendationer från WHO är att brytpunkten för *riskabla* alkoholvanor sätts vid ≥ 8 poäng för män och vid ≥ 6 poäng för kvinnor (a a). Rekommendationen för brytpunkten för *problematiska* alkoholvanor är ≥ 16 för män och ≥ 14 för kvinnor (a a). Vid en totalpoäng på 20 poäng eller mer för män och 18 poäng eller mer för kvinnor föreligger ofta ett uttalat alkoholproblem där personen troligen utvecklat ett fysiskt beroende av alkohol (a a).

I den här uppsatsen följs WHO:s rekommendationer om brytpunkter; en poängsumma som hamnar i intervallet 0-7 indikerar att individen inte har några riskabla alkoholvanor (0-6 för kvinnor). Poängsumma 8-15 indikerar riskabla alkoholvanor (7-13 för kvinnor). Poängsumma 16-19 (15-18 för kvinnor) indikerar problematiska alkoholvanor medan poängsumma mellan 20 och över indikerar mycket problematiska alkoholvanor (18+ för kvinnor).

The Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

DUDIT har på motsvarande sätt utvecklats till att identifiera riskfylld och skadlig droganvändning (Berman, Bergman, & Schlyter, 2007). Instrumentet består av 11 frågor och ger maximalt 44 poäng (a a). Instrumentet är inte lika beprövat som AUDIT men har i de kontexter det använts haft en hög intern reliabilitet (Cronbach´s alpha över 0,70) (Berman H. A., Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2005).

Testet avser illegal narkotika men också användandet av vissa lugnande och smärtstillande läkemedel (Berman, Bergman, & Schlyter, 2007). På baksidan av formuläret kan man hitta en lista över vanligt förekommande olagliga och lagliga droger samt en definition för när ett läkemedel kan klassificeras som en drog.

DUDIT riktar sig i första hand till ”normala” populationer där droganvändningen inte är allt för utbredd (Berman, Bergman, & Schlyter, 2007). Preliminära rekommendationer är att drogrelaterade problem i normala populationer anses förekomma vid brytpunkten ≥ 6 för män och ≥ 2 för kvinnor (a a). Andra föreslagna brytpunkter är ≥ 3 (män) och ≥ 1 (kvinnor) (Nesvåg, Lange, Faerden, Barret, Emilsson, & Ringen, 2010). I Sverige där drogbruk är förbjudet i lag rekommenderar socialstyrelsen att även ≥ 1 poäng på DUDIT ska räknas som ett problematiskt drogbruk, för män såväl som kvinnor, och uppmana till preventiva insatser (Socialstyrelsen, 2007).

Inga specifika brytpunkter för missbruk har hittats. För mycket problematiska drogvanor där det troligtvis förekommer ett beroende har en brytpunkt på ≥ 25 (män och kvinnor) föreslagits, både för normala populationer och bland grupper där droganvändning är vanligt förekommande, som exempelvis bland klienter i kriminalvården och beroendevården (Berman, Bergman, & Schlyter, 2007)

De föreslagna brytpunkterna bygger på s.k. T-scorevärden, dvs. antalet standardavvikelser från medelvärdet i en ”normal” population (a a). Gränserna har fastställts vid två standardavvikelser från medelvärdet på DUDIT, det vill säga vid ett T-värde av 70 poäng där 50 är medelvärdet och varje standardavvikelse är lika med 10 poäng (a a).

I den här uppsatsen används de ovan angivna preliminära rekommendationerna för brytpunkter.

Karolinska Scale of Personality (KSP)

KSP utvecklades under 1960- och 1970- talet av psykologiprofessorn Daisy Schalling och medarbetare vid Karolinska Institutet (Schalling, 1978). KSP är ett självskattningsinstrument som bygger på psykobiologiska teorier om personlighet och är utvecklat i syfte till att identifiera stabila personlighetsdrag av betydelse för psykisk sårbarhet; snarare än att täcka ”hela personligheten” syftar instrumentet till att fånga upp personlighetsegenskaper som kan kopplas till olika former av psykopatologi, som exempelvis personlighet-, ångest- och beroendestörningar (Dåderman & Kristiansson, 2004).

KSP konstruerades ursprungligen utifrån rationella-teoretiska överväganden snarare än empiriska tester (Gustavsson, 1997). Instrumentet har senare blivit föremål för omfattande psykometriska utvärderingar och demonstrerat hög reliabilitet såväl som validitet för de flesta skalor som ingår i formuläret (a a).

Instrumentet består av 135 påstående med fyra svarsalternativ till varje påstående, som går från 0, *stämmer inte alls*, till 4, *stämmer precis*. Poängen på de olika påstående adderas ihop till 15 olika delskalor (se tabell 1). Höga poäng indikerar psykopatologi på samtliga skalor förutom på socialisationsskalan (se tabell 2). För närmare beskrivning av de olika skalorna som ingår i instrumentet se tabell 2.

Delskalornas ”råpoäng” kan omvandlas till standardiserade T-poäng⁴. Jämförelsegruppen är då 200 manliga individer tagna från den svenska normalpopulationen (Gustavsson, 1997).

Tabell 2 Beskrivning av höga skattningar på delskalor som ingår i KSP.

KSP skalor	Beskrivning av höga skattningar
Somatisk ångest	Somatiska besvär (svettningar mm)
Psykisk ångest	Orolig, bristande självförtroende, känslig
Psykasteni	Lätt utmattad, illa till mods vid press
Aggressionshämning	Svårt att saga ifrån, ledsen i stället för arg
Impulsivitet	Handlar efter stundens ingivelse
Monotoniundvikande	Behov av omväxling, spänningssökande
Avståndstagande	Tillbakadragen och distansierad
Social önskvärdhet	Anpassar sig till sociala normer, hjälpsam
Socialisation	Bra anpassning i skolan och i hemmet
Irritabilitet	Lätt irriterad, saknar tålamod
Misstänksamhet	Misstänksam, misstror andra
Verbal aggressivitet	Ofta i gräl, säger elaka saker när arg
Muskelspänning	Spänd, svårt att slappna av
Skuld	Ångerfull, skäms för dåliga tankar
Indirekt aggression	Tjurig, slår i dörrar när arg

⁴ Transformationen till T-poäng bygger på en jämförelsegrupp tagen från normalpopulationen. Normalpopulationens medelvärde och standardavvikelse transformerade till T-poäng är 50 respektive 10. Avvikelser i de intagnas medelvärde från medelvärdet 50 indikerar i hur stor utsträckning personlighetsdrag hos intagna som ingår i undersökningen avviker från normalbefolkningens personlighetsdrag.

Etik

Projektet har blivit godkänt av Etikprövningsnämnden i Lund. Det eventuella integritetsintrång som medverkan i projektet kan medföra har minimerats genom att försökspersonerna noggrant informerats om studien och att deltagande är fullt frivilligt. Forskningspersonerna har fått muntlig och skriftlig information om projektet samt fått möjlighet att ställa kompletterande frågor innan de tog ställning till deltagandet. Deltagarna har även informerats om att de kan avbryta sin medverkan när som helst under projektets gång.

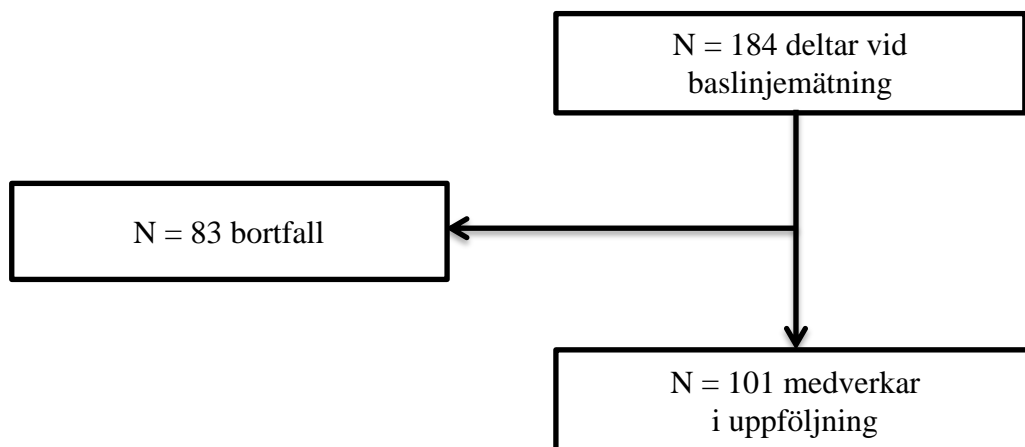
Statistisk bearbetning

PASW 18 har använts för de statistiska analyserna. Cronbach's alpha⁵ har använts för analysera skalornas och delskalornas interna reliabilitet. Chi-2 test har använts för analysera skillnader i proportioner. Student's t-test har använts för att analysera skillnader i medelvärden. KSP-skalornas råpoäng har omvandlats till standardiserade T-poäng. Traditionell nivå för signifikans har använts i samtliga analyser (0,05).

Bortfall

I materialet inför det här arbetet fanns data tillgänglig för 184 av de ursprungligen 208 klienterna som deltog vid baslinjemätningen. Av de 184 klienterna som deltog vid baslinjemätningen hade 101 svarat på åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och övriga 83 klienter av olika anledningar fallit bort från projektet (se figur 2).

Figur 2 Antal medverkande klienter.



⁵ Cronbach's Alpha är ett mått på skalans interna konsistens, d v s ett mått som beskriver hur väl de olika frågorna i skalan hänger ihop. Måttet går mellan 0 och 1. Ett värde på 1 indikerar att frågorna mäter samma sak, medan ett värde på 0 indikerar att frågorna mäter olika saker. (Djurfeldt & Barmark, 2009)

All data som finns om klienternas könsfördelning har inte ingått i materialet inför den här studien. Av de 184 klienter som deltog vid baslinjemätningen fanns information om könstillhörighet enbart för 140 individer, varav 135 var män och 5 var kvinnor. I gruppen som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen var fördelningen 76 män respektive 2 kvinnor. Könsfördelningen bland klienterna som inte deltog vid någon uppföljning var 59 män och 3 kvinnor.

Trots att det i det här arbetet saknas exakt information om könsfördelning i materialet har tidigare publicerad studie på motsvarande material uppgett att antalet deltagande kvinnor i projektet är litet (Andersson, et al. 2011). Eventuella könsskillnader kommer inte att behandlas i resultatredovisningen.

Det interna bortfallet såg olika ut för olika instrument, men var generellt sätt litet och slumpmässigt fördelat.

I HSCL-25 ströks två individer på grund av att de hade ett internt bortfallet på mer än 5 frågor, vilket är i linje med de generella riktlinjerna (Nettelbladt et al, 1993). För de individer som hade ett internt bortfall på mindre än 5 frågor beäknades brytpunkten som medelvärde för de items som hade ett värde.

I AUDIT och DUDIT ströks samtliga individer som inte hade svarat på mer än 10 procent av frågorna. För de individer som hade svarat på 90 procent eller mer av frågorna ersattes det saknade värdet med individens medelvärde på de frågor som som det fanns svar på i skalan. Saknade värden ersattes för 10 individer och lika många ströks från materialet.

Även i KPS ströks de individer som hade svarat på mindre än 90 procent av frågorna som ingår i någon delskala i instrumentet. De individer som saknade ett värde på 10 procent eller mindre av frågorna ersattes med individens medelvärde på de övriga frågorna som ingår i skalan.

Resultat

Resultatet analyseras i flera steg. Först följer en presentation av deltagarnas köns- och åldersfördelning. Därefter redovisas den interna reliabilitet för de olika skalor som ingår i undersökningen. Sist följer en jämförelse och beskrivning av klienternas mående, alkoholvanor och drogvanor samt personlighet.

Deltagare

Av samtliga klienter som medverkade vid baslinjemätningen fanns åldersuppgifter för 143 individer. Medelåldern för de 143 intagna som deltog vid baslinjemätningen var 34,86 år (SD 11,13). Medelåldern för intagna som medverkade vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen skiljde sig inte signifikant från medelåldern för de klienterna som inte medverkade vid någon uppföljning ($t = 1,632$; $p = 0,105$).

Intern reliabilitet

Den interna reliabiliteten för HSCL-25, AUDIT, DUDIT och KSP för hela undersökningspopulationen som ingår i det här arbetet redovisas i tabell 3. Samtliga Cronbach's alpha-värden för HSCL-25 ligger på en acceptabel nivå (över 0,8). För totalskalan uppgick Cronbach's alfa-värdet till 0,926. För delskalorna ångest och depression uppgick Cronbach's alfa-värdet till 0,825 respektive 0,895.

Den interna konsistensen för totalskalorna AUDIT och DUDIT var också god, med ett alpha-värde på 0,933 respektive 0,96. För delskalorna alkoholkonsumtion, alkoholberoende och alkoholskador i AUDIT låg alfa-värdena på 0,865, 0,873 och 0,840.

Den interna konsistensen för KSP-skalorna var varierad. Högst Cronbach's alfa-värde återfanns för delskalan *socialisation* (0,892), följt av *somatisk ångest* (0,879), *muskelspänning* (0,873) och *psykisk ångest* (0,866). För delskalorna *psykasteni*, *aggressionshämning*, *impulsivitet* och *monotoniundvikande* var den interna reliabiliteten tillräcklig (över 0,7).

De övriga skalorna i KSP hade ett alfa-värde på under 0,7. Den lägsta Cronbach's alpha-värde återfanns för delskalan *skuld* (0,372), följt av delskalorna *misstänksamhet* (0,462), *irritabilitet* (0,506), *avståndstagande* (0,554) och *social önskvärdhet* (0,617).

Tabell 3 Intern reliabilitet för skalor som ingår i HSCL, AUDIT, DUDIT och KPS

	n	Antal items	α
HSCL-25	168	25	,926
HSCL-ångest	175	15	,825
HSCL-depression	173	10	,890
AUDIT	163	10	,933
AUDIT-konsumtion	167	3	,865
AUDIT-beroende	174	3	,873
AUDIT-skador	173	4	,840
DUDIT	175	11	,961
KSP – skalor	n	Antal items	α
Somatisk ångest	165	10	,879
Psykisk ångest	161	10	,866
Psykasteni	167	10	,731
Aggressionshämning	169	10	,739
Impulsivitet	166	10	,709
Monotoniundvikande	166	10	,712
Avståndstagande	166	10	,554
Social önskvärdhet	169	10	,617
Socialisation	151	20	,892
Irritabilitet	170	5	,506
Misstänksamhet	167	5	,462
Verbal aggression	175	5	,642
Muskelspänning	168	10	,873
Skuld	167	5	,372
Indirekt aggression	173	5	,628

n = antal individer; α = Cronbach´s alpha

Fanns det skillnader i psykiskt mående mellan grupperna?

I tabell 4 redovisas skillnader i medelvärden mellan intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och intagna som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. I båda grupperna ligger samtliga medelvärden på en nivå över brytpunkten för en psykiatrisk diagnos ($\geq 1,75$). I tabellen i kan man också utläsa att skillnaderna i medelvärden och standardavvikelse mellan de som deltar och de som inte deltar i uppföljningarna är små. Medelvärdet för måendet i gruppen som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning uppgick till 1,91 (SD 0,549). Medelvärdet för måendet för de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen uppgick till 1,89 (SD 0,504).

Tabell 4 Medelvärden och standardavvikelse för de intagnas psykiska mående

	Totalt M (s) (n)	Deltar M (s) (n)	Deltar inte M (s) (n)
HSCL-25	1,90 (,528) (182)	1,91 (,549) (101)	1,89 (,504) (81)
HSCL-ångest	1,94 (,512) (182)	1,94 (,543) (101)	1,94 (,489) (81)
HSCL-depression	1,86 (,584) (182)	1,88 (,590) (101)	1,85 (,578) (81)

M = medelvärde; s = standardavvikelse; n = antal

I tabell 5 redovisas skillnader i proportioner mellan intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och intagna som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Andelen intagna med en möjlig psykiatrisk diagnos bland deltagarna vid telefonuppföljningarna var 54,5 procent medan motsvarande andel bland de som inte deltog var 45,5 procent.

Tabell 5 Andel intagna med en psykiatrisk diagnos

Brytpunkt	Totalt	Deltar	Deltar inte	
HSCL-25				
< 1,75	42,9	45,5 (58,2)	39,8 (41,8)	(100 %)
$\geq 1,75$	57,1	54,5 (52,4)	45,5 (47,6)	(100 %)
	100 %	100 %	100 %	
HSCL-ångest				
< 1,75	41,3	45,5 (60,5)	36,1 (39,5)	(100 %)
$\geq 1,75$	58,7	54,5 (50,9)	63,9 (49,1)	(100 %)
	100 %	100 %	100 %	
HSCL-depression				
< 1,75	47,3	49,5 (57,5)	44,6 (42,5)	(100 %)
$\geq 1,75$	52,7	50,5 (47,6)	55,4 (52,6)	(100 %)
	100 %	100 %	100 %	

N = 182

Statistiskt test av både skillnader i medelvärden (t-test) och proportioner genomfördes (Chi-2) och inga signifikanta skillnader i mående mellan grupperna kunde hittas (se tabell 6); intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen hade i genomsnitt samma mående som intagna som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen.⁶ Analogt var fördelningen av andelen individer med en möjlig psykiatrisk diagnos med avseende på ångest och/eller depression lika stor i båda grupperna.

Tabell 6 Statistisk test av skillnader i medelvärden (Student's t-test) och proportioner (Chi-2 test).

Variabel	t	p-värde	Chi-2	df	p-värde
HSCL-25	0,258	0,797	0,622	1	0,430
HSCL-ångest	0,034	0,973	1,660	1	0,198
HSCL-depression	0,340	0,735	0,444	1	0,505

I tabell 4 och 5 redovisas också medelvärden, standardavvikelse och proportioner för samtliga av de 182 intagna som deltog i baslinjemätningen. Samtliga medelvärden som finns redovisade i tabell 3 befinner sig över brytpunkten för en psykiatrisk diagnos, som definierats som större eller lika med 1,75. Likartat, visar tabell 5 att en stor andel av alla intagna som deltog vid baslinjemätningen uppfyllde vid tidpunkten sannolikt också kriteriet för en psykiatrisk diagnos relaterad till ångest och/eller depression.

Ur tabell 4 kan man utläsa att medelvärdet för symptom associerade till mående för samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen uppgick till 1,90 (SD 0,582). Medelvärdet för symptom enbart associerade till ångest var 1,94 (SD 0,512), medan medelvärdet för symptom enbart associerade till depression var 1,86 (SD 0,584) för samtliga deltagare i baslinjemätningen.

Av samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen skattade mer än varannan intagen (57,1 %) sitt mående så dåligt att en ångest och/eller en depressionsrelaterad psykiatrisk diagnos kan ha förelegat (se tabell 5). Medan ett självskattat ångeststillstånd förelåg hos 58,7 procent av de intagna som deltog, förelåg ett självskattat depressionstillstånd hos 52,2 procent av deltagarna.

Fanns det skillnader i alkoholvanor mellan grupperna?

I tabell 7 redovisas skillnader i medelvärden mellan de intagna som genomförde åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och de som inte genomförde någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Ur tabellerna kan man utläsa att de redovisade skillnaderna i medelvärden mellan de som deltog och de som inte deltog är små.

⁶ Variabeln är normalfördelad vilket innebär att medelvärdet ger en mer precis spegling av måendet bland de intagna.

Tabell 7. Medelvärden och standardavvikelse för de intagnas alkoholvanor

	Totalt M (s) (n)	Deltar M (s) (n)	Deltar inte M (s) (n)
AUDIT	12,21 (10,567) (174)	11,83 (10,423) (97)	12,76 (10,793) (77)
AUDIT- konsumtion	5,38 (3,558) (167)	5,19 (3,44) (94)	5,62 (3,714) (73)
AUDIT- beroende	2,22 (3,247) (174)	2,16 (3,165) (97)	2,30 (3,368) (77)
AUDIT-skador	4,62 (4,733) (173)	4,48 (4,731) (96)	4,79 (4,761) (77)

M = medelvärde; s = standardavvikelse; n = antal

I tabell 8 nedan redovisas skillnader i proportioner mellan intagna som genomförde åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och de som inte genomförde någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Ur tabellen kan man bl. a. utläsa att i gruppen som inte deltog är andelen med en möjlig alkoholrelaterad beroendediagnos något högre än i gruppen som deltog (31,3 respektive 25,7 procent).

Tabell 8 Jämförelse av proportioner. Riskabla och problematiska alkoholvanor

Brytpunkt	Totalt	Deltar	Deltar inte	
0-7	42,9	45,5 (58,2)	39,8 (41,8)	(100 %)
8-15	19,6	19,8 (55,6)	19,3 (44,4)	(100 %)
16-19	9,2	8,9 (52,9)	9,6 (47,1)	(100 %)
20+	28,3	25,7 (50,0)	31,3 (50,0)	(100 %)
	100 %	100 %	100 %	

N = 184

Statistiskt test av skillnader i medelvärden och proportioner hittade inga signifikanta skillnader mellan de som deltog och de som inte deltog vid telefonuppföljningarna (se tabell 9); medelvärdet och fördelningen av intagna med riskabla och problematiska alkoholvanor var lika stor i båda grupperna.

Tabell 9 Statistisk test av skillnader i medelvärden och proportioner mellan deltagare och icke-deltagare i telefonuppföljningarna.

Variabel	t	p-värde	Chi-2	df	p-värde
AUDIT	-0,577	0,566	0,890	3	0,828

Medelvärden och proportioner för hela undersökningsgruppens alkoholvanor redovisas också i tabell 7 och 8. Bland samtliga intagna som ingick i undersökningsgruppen var den genomsnittliga AUDIT-poängen 12,21 (SD 10,567), vilket är över brytpunkten för riskabla alkoholvanor (8 poäng eller mer). Medelvärdena för de tre olika delskalorna som ingår i AUDIT – alkoholkonsumtion, beroendesymptom och skadlig konsumtion – uppgick till 5,38 (SD 3,558), 2,22 (SD 3,247) och 4,62 (SD 4,733) i motsvarande ordning.

Av samtliga deltagare vid baslinjemätningen hade mer än varannan (57,1 %) en AUDIT-poäng på 8 poäng eller mer, vilket är gränsen för riskabla alkoholvanor. Medan nästan var femte intagen (19,6 %) hamnade över gränsen för riskabla alkoholvanor men under gränsen för missbruk/beroende (8-15 poäng), hade mer än var tredje intagen (37,5 %) så problematiska alkoholvanor att det sannolikt förekom en alkoholrelaterad diagnos (16 poäng och över).

Fanns det skillnader i drogvanor mellan grupperna?

I tabell 10 redovisas skillnader i medelvärden och proportioner mellan de intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Medelvärdet för de som deltog var 17,34 (SD 15,301) medan medelvärdet för de som inte deltog var 21,09 (SD 15,497).

Tabell 10 Medelvärde och standardavvikelse för de intagnas drogvanor

	Totalt M (s) (n)	Deltar M (s) (n)	Deltar inte M (s) (n)
DUDIT	19,00 (15,458) (176)	17,34 (15,301) (98)	21,09 (15,497) (78)

M = medelvärde; s = standardavvikelse; n = antal

I tabell 11 nedan redovisas skillnader i proportioner mellan de intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Ur tabellen kan man bl. a. utläsa att andelen intagna med problematiska drogvanor med ett sannolikt beroende är något högre bland de som deltog (48,2 %) än bland de som inte deltog (38,6 %).

Tabell 11 Jämförelse av proportioner. Intagna med problematiska drogvanor

Brytpunkt	Totalt	Deltar	Deltar inte	
0-5	31,5	27,7 (39,7)	34,7 (60,3)	(100 %)
6-25	25,5	24,1 (42,6)	26,7 (57,4)	(100 %)
+25	42,9	48,2 (50,6)	38,6 (49,4)	(100 %)
	100 %	100 %	100 %	

N = 184

Statistiskt test av skillnader i medelvärden och proportioner hittade inga signifikanta skillnader mellan grupperna; medelvärden och fördelningen av intagna med problematiska drogvanor var lika stor i båda gruppera.

Tabell 12 Statistisk test av skillnader i medelvärden och proportioner mellan deltagare och icke-deltagare i telefonuppföljningarna

Variabel	t	p-värde	Chi-2	df	p-värde
DUDIT	-1,604	0,111	1,794	2	0,408

I tabell 10 redovisas även medelvärde och standardavvikelse för samtliga intagnas drogvanor. Medelvärdet på DUDIT för samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen uppgick till 19,00 (SD 15,458), vilket är över brytpunkten för problematiska drogvanor (6 poäng eller mer) men under gränsen för drogberoende (25 poäng eller mer).

I tabell 11 redovisas den totala andelen intagna med problematiska drogvanor. Ur tabellen kan man utläsa att fler än 2 av 3 (67,5 %) av samtliga intagna som deltog i undersökningen vid baslinjen fick ett poängvärde på DUDIT som gick över gränsen för problematiska drogvanor (6 poäng eller mer). Medan 25,5 procent hade problematiska drogvanor (6-25 poäng), hade 42,9 procent mycket problematiska drogvanor med ett sannolikt beroende (25 poäng och över).

Fanns det skillnader i personlighet mellan grupperna?

I tabell 13 och figur 3 redovisas medelvärdeskillnaderna i personlighetsdrag mellan de som medverkade vid åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och de som inte medverkade vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Medelvärdena finns redovisade både i ”råpoäng” och i normaliserade T-poäng. De redovisade skillnaderna i medelvärden mellan grupperna är små. I figur 1 har medelvärdena för de olika undersökningsgrupperna illustrerats med hjälp av grafer; deltagarnas och icke-deltagarnas graf sammanfaller i princip med varandra och med den totala undersökningsgruppens graf.

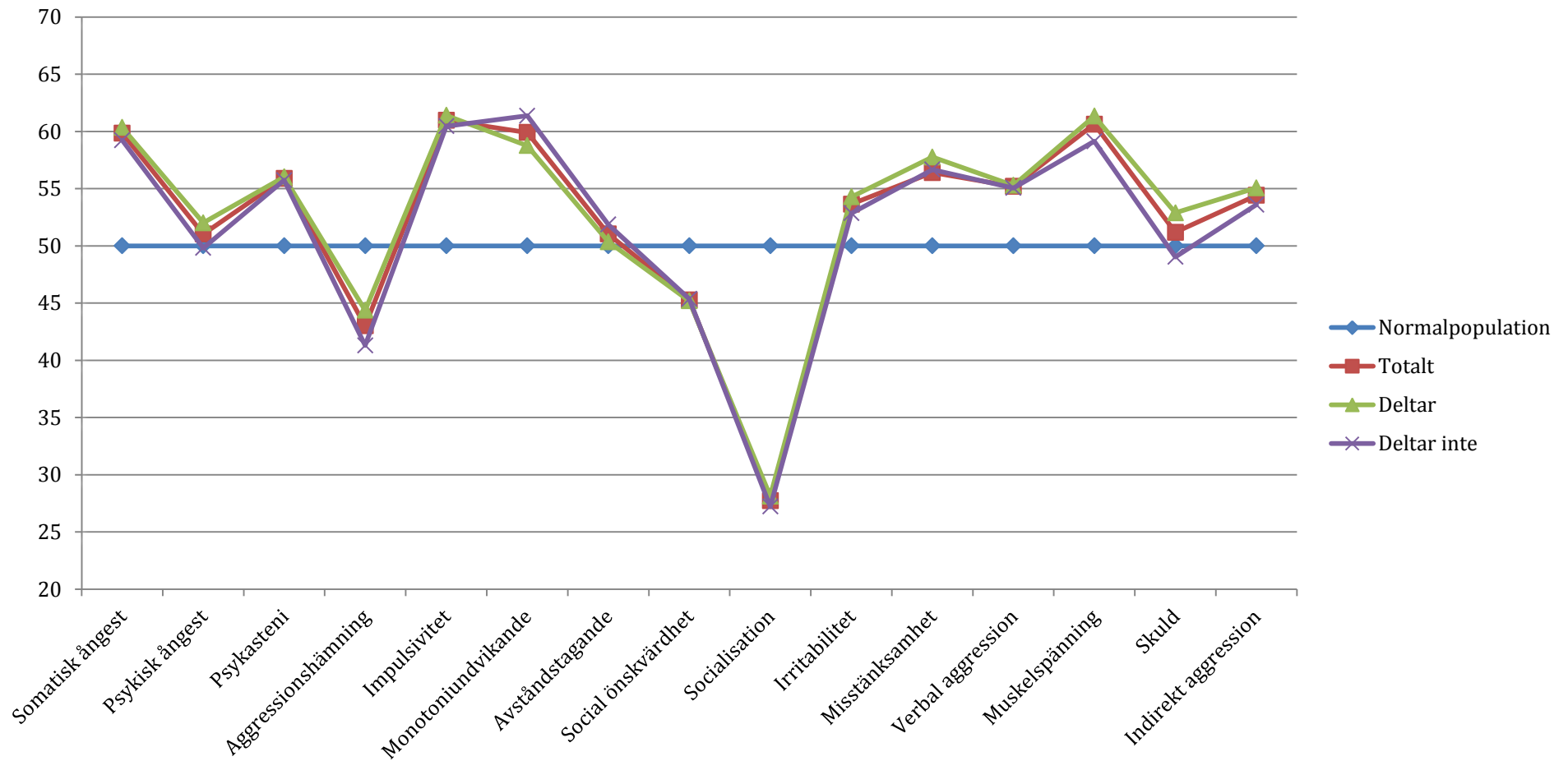
Statistisk test av skillnader i medelvärde (t-test) mellan de som deltog vid telefonuppföljningar efter den villkorliga frigivningen och de som inte deltog visar att samtliga skillnader i medelvärden förutom för personlighetsdraget *skuld* är insignifikanta. För personlighetsdraget *skuld* återfanns en liten men signifikant skillnad mellan grupperna ($t = 2,466$; $p = 0,015$); de som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning var i något större utsträckning benägna att känna skuld- och skamkänslor än de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen. Personlighetsdragen *aggressionshämning* och *misstänksamhet* hamnade strax över gränsen för signifikans (0,073 respektive 0,062).

Tabell 13 Medelvärden och standardavvikelser för personlighetsdrag enligt KSP för samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen.

KSP - skalor	Totalt			Deltar			Deltar inte			t-värde	ρ
	Råpoäng (s)	T-poäng (s)	(n)	Råpoäng (s)	T-poäng (s)	(n)	Råpoäng (s)	T-poäng (s)	(n)		
Somatisk ångest	20,03 (6,488)	59,85 (13,805)	(179)	20,26 (6,349)	60,34 (13,509)	(100)	19,74 (6,689)	59,23 (14,233)	(79)	0,527	0,599
Psykisk ångest	20,31 (5,991)	51,03 (12,226)	(175)	20,79 (5,98)	52,01 (12,201)	(97)	19,71 (5,991)	49,81 (12,223)	(78)	1,184	0,238
Psykasteni	22,86 (4,804)	55,89 (12,010)	(178)	22,91 (4,61)	56,02 (11,521)	(99)	22,79 (5,067)	55,73 (12,668)	(79)	0,155	0,877
Aggressionshämning	12,38 (3,008)	43,01 (11,44)	(174)	21,01 (5,423)	44,37 (12,186)	(97)	19,65 (4,556)	41,30 (10,238)	(77)	1,805	0,073
Impulsivitet	26,67 (4,519)	60,98 (11,892)	(174)	26,83 (4,258)	61,40 (11,207)	(96)	26,48 (4,841)	60,46 (12,739)	(78)	0,509	0,611
Monotoniundvikande	26,99 (4,626)	59,91 (10,936)	(173)	26,51 (4,52)	58,76 (10,685)	(97)	27,61 (4,715)	61,37 (11,146)	(76)	-1,556	0,122
Avståndstagande	23,38 (4,223)	51,03 (11,412)	(174)	23,13 (4,19)	50,36 (11,323)	(96)	23,69 (4,270)	51,86 (11,541)	(78)	-0,860	0,391
Social önskvärdhet	26,45 (4,096)	45,27 (10,866)	(177)	26,42 (3,755)	45,20 (9,961)	(98)	26,48 (4,508)	45,365 (11,958)	(79)	-0,101	0,919
Socialisation	51,07 (11,215)	27,73 (14,757)	(172)	51,38 (10,84)	28,13 (14,262)	(96)	50,69 (11,734)	27,22 (15,440)	(76)	0,397	0,692
Irritabilitet	12,01 (2,569)	53,64 (10,979)	(176)	12,16 (2,57)	54,27 (10,963)	(98)	11,83 (2,578)	52,85 (11,019)	(78)	0,849	0,397
Misstänksamhet	11,283 (2,513)	56,40 (11,069)	(177)	11,59 (2,62)	57,76 (11,539)	(99)	10,89 (2,328)	56,67 (10,256)	(78)	1,879	0,062
Verbal aggression	13,93 (2,872)	55,19 (10,076)	(179)	13,96 (2,934)	55,29 (10,296)	(100)	13,89 (2,809)	55,06 (9,855)	(79)	0,151	0,880
Muskelspänning	19,26 (6,578)	60,63 (14,951)	(178)	19,69 (6,679)	61,33 (15,180)	(99)	18,72 (6,453)	59,14 (14,665)	(79)	0,975	0,331
Skuld	11,66 (2,438)	51,18 (10,507)	(179)	12,06 (2,37)	52,89 (10,210)	(100)	11,16 (2,447)	49,03 (10,545)	(79)	2,466	0,015*
Indirekt aggression	20,41 (5,089)	54,41 (9,704)	(178)	12,58 (2,95)	55,07 (9,527)	(99)	12,12 (3,076)	53,60 (9,922)	(79)	1,003	0,317

* ρ < 0,05; s= standardavvikelse; n = antal

Figur 3 Jämförelse av medelvärden omräknat i T-poäng mellan intagna som deltog vid baslinjemätningen och en normalpopulation.



I tabell 13 redovisas även medelvärden och standardavvikelse för personlighetsfaktorer enligt KPS för samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen. Medelvärdena och standardavvikelsen för hela undersökningsgruppen redovisas även här i både råpoäng och normaliserade T-poäng. Transformationen till T-poäng bygger på en jämförelsegrupp bestående av 200 manliga individer tagna från en svensk normalpopulation (Gustavsson, 1997). Normalpopulationens medelvärde och standardavvikelse transformerade till T-poäng är 50 respektive 10. Avvikelser i de intagnas medelvärde från medelvärdet 50 indikerar i hur stor utsträckning personlighetsdrag hos intagna som ingår i undersökningen avviker från normalbefolkningens personlighetsdrag.

Ur både figur 3 och tabell 13 kan man utläsa att den största avvikelser från normalvärdena i den här fångelsepopulationen återfanns för personlighetsdraget *socialisation*. I fallande ordning är skillnaderna därefter störst för personlighetsdragen *impulsivitet*, *muskelspänning*, *monotoniundvikande* och *somatisk ångest*.

Diskussion

Det primära syftet med det här arbetet var att analysera skillnader i psykiskt mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet mellan bortfallsgrupp respektive den grupp som kvarstannade i projektet automatiserad telefonuppföljning inom kriminalvården. Ytterligare ett syfte med arbetet var att beskriva mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet hos samtliga deltagare som medverkade i projektet.

Bortfallet i projektet *Automatiserad telefonuppföljning inom kriminalvården* var relativt stort. Nästan 50 procent av deltagarna föll bort och genomförde inte någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen, trots att de initialt accepterat att medverka och deltog vid den initiala baslinjemätningen. Orsakerna till bortfallet har i det här arbetet inte utretts men kan diskuteras. Av de 100 klienterna som föll bort från projektet exkluderad 10 stycken för att de inte uppfyllde de grundläggande kriterierna för deltagande (6 pga. att ansvarig frivårdshandläggare inte kunde erhållas och 4 pga. att påföljden blivit ändrad). För de övriga 90 deltagarna går orsakerna till bortfallet inte att fastställa. Huruvida de fallit bort på grund av att de vägrar, inte är anträffbara eller inte kan medverka går inte att fastställa. En hypotetisk förklaring till bortfallet kan vara att många av de som deltog vid baslinjemätningen hade ett bristande åtagande och egentligen inte var motiverade till att medverka men övertalades till att göra det ändå. Bristande åtagande kan bl.a. påverkas av faktorer i undersökningsdesignen (exempelvis belöningar och kostnader förknippade med undersökningen). Inga nya övertalningsförsök gjordes inför de kommande telefonuppföljningarna. Förekomsten av omskakande livshändelser, förutom själva frigivningen, är ytterligare en omständighet som kan ha påverkat bortfallet. Som tidigare beskrivit i det här arbetet är intagna i fängelse en socialt, psykiskt och fysiskt problembelastad grupp människor. Oavsett orsakerna bakom bortfallet verkar de inte i någon större utsträckning vara kopplade till den här studiens utfallsvariabler.

Jämförelsen av intagna som genomförde åtminstone en telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen och intagna som inte genomförde någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen med avseende mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet tyder på att grupperna är väldigt lika varandra; klienterna som inte deltog vid uppföljningarna hade inte en sämre psykisk hälsa vid baslinjemätningen än de som deltog vid uppföljningarna.

Den enda signifikanta skillnaden mellan deltagarna och icke-deltagarna i telefonuppföljningarna återfanns för personlighetsdraget *skuld*. Individer som genomförde åtminstone en telefonuppföljning var något mer benägna att känna skuld- och skamkänslor än de som inte deltog vid någon telefonuppföljning efter den villkorliga frigivningen.

Skuld återspeglar individens benägenhet att känna skuld- och skamkänslor efter att individen gjort något fel (Gustavsson, 1997). Inom kriminologisk teoribildning har begreppen skuld och skam en central betydelse (Wikström, 2010). Att känna skuld och/eller skam när man gjort något fel är ett tecken på en stark moral (a a). Individer med svag moral har inom kriminologisk forskning angetts vara mer brottsbenägna (a a). Tidigare studier har exempelvis funnit att lägre skamtröskel är förknippad med högre kriminalitet (Svensson, 2004).

I den här studien hittades inget som tyder på att intagna som medverkade i projektet skulle vara mindre benägna att känna skuld-känslor än normalbefolkningen i övrigt (se figur 3). Viktigt att lyfta fram är att inom kriminologisk teoribildning, som exempelvis den situationella handlingsteorin (SAT)⁷, definieras och operationaliseras begreppen skuld och skam på ett något annorlunda sätt än i KSP. Inom SAT betecknar skuld och skam två olika saker; skuld beskriver individens benägenhet att må dåligt (skuld-känslor) till följd av en handling som han eller hon genomfört (Wikström, 2010). Skam å andra sidan beskriver individens benägenhet att må dåligt (skam-känslor), till följd av en viss handling, inför andra människor (a a). I KSP görs ingen sådan åtskillnad mellan begreppen.

En nästan signifikant skillnad mellan grupperna erhöles för personlighetsdragen *aggressionshämning* och *misstänksamhet*. Aggressionshämning mäter graden av social ångest och betecknar individens benägenhet att säga ifrån i olika situationer samt individens tendens att bli ledsen i stället för arg (Gustavsson, 1997). Misstänksamhet betecknar individens benägenhet att tolka sin omgivning som hotfull och fientlig. Misstänksamhet utgör tillsammans med skuld personlighetsdrag som beskriver hur individen hanterar aggressiva impulser (a a). Intagna som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning var något mer aggressionshämmande och mer benägna att tolka sin omgivning som hotfull och fientlig än de som deltog vid åtminstone en telefonuppföljning. Skillnaderna var dock väldigt små och hamnade strax över gränsen för signifikans.

Den beskrivande analysen i det här arbetet visade i linje med tidigare forskning att intagna även i det här materialet var en problembelastad grupp vad gäller förekomsten av depression, ångestsyndrom, missbruk och destruktiva personlighetsdrag.

Betydande högre nivåer av depression och ångest återfanns bland intagna i den här undersökningen än vad många andra studier funnit. Av samtliga intagna som deltog vid baslinjemätningen skattade nästan 60 procent sitt mående så dåligt att en ångest och/eller en depressionsrelaterad psykiatrisk diagnos kan ha förelegat. Tidigare studier har bedömt prevalensen av depressionsstörningar bland intagna ligga mellan 10-20 procent, medan prevalensen för ångeststörningar bedömts ligga på betydligt lägre nivåer, och till med under nivåer i normalbefolkningen.

Några faktorer som kan ha påverkat måendet är bl. a om klienten nyligen suttit avskildhetsplacerad (Holmgren et al., 2007) och själva tidpunkten för när mätningen genomfördes (Castellano et al, 1997; Shinkfield & Graffam, 2010). Tidigare kriminologisk forskning har kopplat intagnas mående både till faktorer som existerade hos individen innan fängelsevistelsen (importationsmodellen) och till faktorer som hör till själva fängelsevistelsen, som exempelvis isolering och deprivationen av andra friheter (deprivationsmodellen) (Castellano & Soderstrom, 1997). Intagnas mående tenderar också att försämrats kring tidpunkten för den villkorliga frigivningen. Det är en period då många intagna upplever sig vara ”muckarsjuka” (*gate fever*), ett tillstånd som bl. a kännetecknas av känslor av oro, nedstämdhet och irritation (a a).

⁷ Den situationella handlingsteori är en kriminologisk teori utvecklad av Per-Olof Wikström (2010). I teorin har moral en central betydelse för individens benägenhet att begå brott. Styrkan i individens moraliska känslor definieras som benägenheten att känna skuld- och/eller skam till följd av en omoralisk handling (a a).

Även intagnas alkoholvanor låg på höga nivåer i den här undersökningen. Nästan 40 procent av deltagarna skattade så pass höga poäng på AUDIT att en alkoholrelaterad diagnos kan ha förelegat. Kriminalvårdens egna skattningar av den totala andelen alkoholmissbrukare har legat mellan 9 och 16 procent de senaste tio åren.

Andelen intagna med drogrelaterad diagnos var däremot något lägre än kriminalvårdens egna skattningar av den totala andelen drogmissbrukare i fängelse, som legat mellan 47 och 59 procent de senaste 10 åren.

Extrema värden återfanns för de flesta personlighetsdragen som ingick i personlighetsinstrumentet KSP. Det mest extrema värdet återfanns för draget *socialisation*. Socialisationsskalan speglar instabilitet i mänskliga relationer, svåra uppväxtförhållanden, dålig skol- och familjeanpassning samt svagt intresse för gällande normer (Gustavsson, 1997). Socialisationsskalan i KSP bygger på en skala ursprungligen konstruerad av Gough (1960). Socialisationsbegreppet har givits en psykologisk innebörd som utgår från George Herbert Meads⁸ teori (1976) om *jagets* utveckling. En framgångsrik socialisation förutsätter att individens förmåga till rollövertagande – förmågan att se sig själv ur andras perspektiv – är välutvecklad (a a). Intagna i fängelse och individer med antisociala och psykopatiska drag anges vara mindre socialiserade och har därmed en sämre utvecklad förmåga att granska sig själva ur någon annans perspektiv (Gustavsson, 1997).

I fallande ordning var därefter skillnaderna från normalbefolkningen störst för personlighetsdragen *impulsivitet*, *muskelspänning*, *monotoniundvikande* och *somatisk ångest*. *Impulsivitet* och *monotoniundvikande* återspeglar individens tendens till agerande på ögonblickets ingivelse, bristande planering, benägenhet för snabba beslut, tendens att vara bekymmersfri och vara sensationssökande (a a).

Höga värden bland intagna på *socialisation*, *impulsivitet* och *monotoniundvikande* är väl förenligt med tidigare forskning och indikerar att det även i den här undersökningsgruppen fanns en stor andel klienter med antisocial personlighetsstörning och/eller psykopatiska personlighetsdrag. Extrema värden på *muskelspänning* och *somatisk ångest* indikerar att det i undersökningsgruppen återfanns även många ångestbenägna klienter.

Många av de extrema personlighetsdrag som återfunnits bland intagna i undersökningsgruppen är även drag som ingår i det som i kriminologisk teoribildning kallas för *låg självkontroll*. Enligt självkontrollteorin är den huvudsakliga orsaken till att individer begår brott deras bristande förmåga till självkontroll, i vilken bl. a ingår att man är impulsiv, kortsiktig och sensationssökande (Gottfredson & Hirschi, 1990).

⁸ George Herbert Mead (1863-1931) var en socialpsykolog som utvecklade en teori om hur medvetande och jaget uppstår och utvecklas i samspel med det omgivande samhället (1976).

Metoddiskussion

Samtliga instrument som har använts i det här arbetet är väl beprövade inom en rad olika kontexter och har i tidigare undersökningar visat sig ha hög validitet såväl som reliabilitet, både bland grupper med normal såväl som hög problembelastning vad gäller psykiskt mående, missbruk och personlighet.

Ett förhållandevis litet internt bortfall har också bidragit till öka tillförlitligheten i studien. Som högst ströks ett 10-tal individer för att de hade svarat på mindre än 90 procent av frågorna i någon skala som ingår i undersökningen.

Den här studien hade också flera begränsningar. En sådan var att cirka ett 20-tal individer som medverkade i projektet inte fanns med i materialet inför det här arbetet. De individerna som saknades utgjorde ungefär 10 procent av det totala materialet och det går inte att utesluta att deras närvaro hade kunnat påverka resultaten i en annan riktning.

I materialet inför den här studien saknades det fullständig information om undersökningspopulationens köns- och åldersfördelning. De brytpunkter som har använts för AUDIT och DUDIT i den här studien är i första hand riktats till att studera riskbruk och skadlig bruk i en vuxen och manlig normalpopulation. Andra brytpunkter har föreslagits för exempelvis kvinnor, ungdomar och i olika typer av ”problempopulationer”. Ungdomar, kvinnor och individer som lider av vissa typer av psykosjukdomar har i tidigare studier visat sig ha en högre känslighet för alkohol (Nesvåg et al, 2010). Även bland populationer där alkohol- och drogkonsumtionen är stor, som exempelvis bland fängelseinterner, har andra brytpunkter föreslagits (a a). Både sensitiviteten och specificiteten kan ha påverkats av de brytpunkter som har använts i det här arbetet. Vid ett för högt gränsvärde finns en risk för att personer med en riskfylld alkoholkonsumtion inte identifieras. Vid ett för lågt gränsvärde finns risken att individer identifieras som riskabla alkoholkonsumenter trots att de inte är det. I den här studien har inte hänsyn tagits till ålders- och könsskillnader. Både andelen kvinnor och ungdomar bedömdes dock vara extremt litet i materialet.

Även andra gränsvärden för en ångest- och eller depressionsrelaterad diagnos enligt HSCL-25 skalan har föreslagits. Gränsvärdet 1,55 har i en del tidigare studier visat sig ha en högre sensitivitet (bättre på att identifiera individer med en faktisk diagnos) men lägre specificitet (identifierar samtidigt många falska positiva) än gränsvärdet 1,75 när det gäller att identifiera individer med en psykiatrisk diagnos i vissa populationer (Nettelbladt et al, 1993).

En del av skalorna i personlighetsinstrumentet KPS hade en låg intern reliabilitet, mät med Cronbach’s alpha. Det lägsta värdet återfanns för delskalan *skuld*, följt av delskalan *misstänksamhet*. Både skuld och misstänksamhet har i flera tidigare studier visat sig ha en låg intern reliabilitet (Gustavsson, 1997). Huvudanledningen till att en del skalor har låg intern reliabilitet är att instrumentet har utvecklats utifrån teoretiska och rationella överväganden i stället för empiriska tester där man försöker få med flera olika aspekter på personligheten (a a).

I den här studien användes självrapporterade data för samtliga utfallsmått och det kan diskuteras hur väl de fångar olika former av psykiatriska diagnoser. Självrapporterade data är vanligtvis behäftade med en rad felkällor och utgör enbart ett komplement till andra metoder i diagnostiseringsprocessen, som exempelvis medicinska undersökningar, observationer och djupintervjuer (Isaksson, 2006). Självrapportering av mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet är subjektivt värderad och kan ha genom under- eller överrapportering påverkat den här studiens validitet negativt (a a). Tidigare studier av individers alkohol- och drogvanor har förknippats med underrapportering (Caetano, 2001).

Jämförelse mellan resultaten i det här arbetet och tidigare forskning bör göras med stor försiktighet då de skiljer sig i flera avseenden. En grundläggande skillnad är att olika undersökningar använder olika instrument för att mäta liknande variabler. En annan skillnad är att olika studier undersöker olika subpopulationer. Inom kriminalvårdspopulation kan det finnas stora variationer vad gäller mående, missbruk och personlighet. I den här undersökningen ingick klienter som har skrivits ut från anstalt med villkorlig frigivning.

Framtida forskning

Den här studien har visat att de klienter som inte medverkade vid telefonuppföljningarna efter den villkorliga frigivningen sannolikt inte hade en sämre psykisk hälsa än de som var kvar i projektet. Den har också visat att den totala undersökningsgruppen i projektet utgörs av en problembelastad grupp intagna med avseende på mående, alkohol- och drogvanor samt personlighet.

Många av de egenskaper som var kännetecknande för undersökningsgruppen som ingick i projektet är även kännetecknande för den grupp högaktiva kriminella som kallas för kroniker, eller livsstilskriminella; egenskaper som exempelvis dålig psykisk hälsa, missbruk och impulsiva personlighetsdrag (Piquero et al, 2007a). Kronikerna är en särskilt svår grupp från brottspreventiv synpunkt och kännetecknas just av att de uppvisar många olika problem – psykiska, fysiska och sociala – samtidigt (Wikström & Torstensson, 1997).

I det här arbetet har tidigare kriminell belastning, återfall i brott och graden av samsjuklighet mellan olika psykiatriska diagnoser inte undersökts. Hur projektföljsamheten varierar mellan grupper av intagna med olika brottsbelastning och en multipel problembild återstår att se.

IVR-metodens brister och styrkor som ett instrument för utredning, övervakning och påverkan bör fortsätta att utredas. Orsakerna bakom bortfall i interventionsstudier som riktar sig mot svåråtkomliga och problembelastade grupper som kroniskt kriminella utgör är ytterligare ett viktigt framtida forskningsområde. Det är möjligt att de bakomliggande orsakerna till bortfall varierar mellan olika grupper av deltagare och mellan olika tidpunkter i en och samma undersökning. Genom att identifiera bortfallsorsakerna kan allt för stora bortfall förhoppningsvis förebyggas och risken för systematiska fel minimeras.

Litteraturförteckning

- af Klinteberg, B., Humble, K., & Schalling, D. (October 1992). Personality and psychopathy of males with a history of early criminal behaviour. *European Journal of Personality*, ss. 6 (4), 245-266.
- Alborn, S.-E., Augustsson, B., Beijer, E., Fahlke, C., Leissner, T., Spak, F., o.a. (2010). *Riskbruk-Missbruk-Beroende. Insatser, forskning och utbildning i Västra Götaland, 2010*. Västra Götaland: Forskningsrådet för missbruks och beroendefrågor (FMB).
- Andersson, C., Öjehagen, A., & Berglund, C. (2011). *Automatiserad telefonuppföljning inom kriminalvården*. Norrköping: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*, 7(29), 2-12.
- Behr, A., Bellgardt, E., & Rendtel, U. (2005). Extent and determinants of panel attrition in the European Community Household Panel. *European Sociological Review*, 21(5), 489-512.
- Bergman, H., & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 245-251.
- Berman, A. H., Bergman, H., & Schlyter, F. (2007). *DUDIT. The Drug Use Disorder Identification Test*. Manual.
- Berman, H. A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorder Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.
- Boothby, J. L., & Durham, T. W. (199). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26(1), 107-124.
- Brame, R., & Paternoster, R. (March 2003). Missing data problems in criminological research: two case studies. *Journal of Quantitative Criminology*, 19(1), 55-78.
- Brame, R., & Piquero, A. R. (June 2003). Selective attrition and the age-crime relationship. *Journal of Quantitative Criminology*, 19(2), 107-127.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., & Lehman, C. L. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Brå. (2000:20). *Från anstalt till livet i frihet. Delrapport 1 - inför muck*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Caetano, R. (2001). Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction*, 96(11), 1541-1545.
- Caspi, A., Moffit, T. E., Silva, P. A., Stouthamer-Loeber, M., Krueger, R. F., & Schmutte, P. S. (May 1994). Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, ss. 32 (2), 136-196.
- Castellano, T. C., & Soderstrom, I. R. (September 1997). Self-esteem, depression, and anxiety evidenced by a prison inmate sample: Interrelationships and consequences for prison programming. *The Prison Journal*, 77(3), 259-280.

- Cernkovich, S. A., Giordano, P. C., & Pugh, M. D. (1985). Chronic offenders: The missing cases in self-report delinquency research. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 76(3), 705-732.
- Chiles, J. A., von Cleve, E., Jemelka, R. P., & Trupin, E. W. (1990). Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(10), 1132-1134.
- Clark, M. M., Niaura, R., King, T. K., & Pera, V. (1996). Depression, smoking, activity level, and health status: Pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addictive Behaviours*, 21(4), 509-513.
- Corkey, R., & Parkinson, L. (2002). Interactive voice response: review of studies 1989-2000. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 34(3), 342-353.
- Couper, M. P. (2005). Technology trends in survey data collection. *Social Science Computer Review*, 23(4), 486-501.
- Craig, L. A., Browne, C. A., Beech, A., & Stringer, I. (September 2006). Differences in personality and risk characteristics in sex, violent and general offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*, 16(3), 183-194.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons.
- Ditton, P. M. (1999). *Mental health and treatment of prisoners and probationers*. Bureau of Justice Statistics. Special Report. Washington: United States Department of Justice.
- Djurfeldt, G., & Barmark, M. (2009). *Statistisk verktygslåda 2: multivariat analys*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, K., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., o.a. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europa. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423.
- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., & Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems: Results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 364-377.
- Dåderman, M. A., & Kristiansson, M. (2004). Psychopathy-related personality traits in male juvenile delinquents: An application of a person-oriented approach. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 45-64.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Tepper, S., & Dryman, A. (1992). Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 1051-1059.
- Farrington, D., & West, D. J. (1993). Criminal, penal and life histories of chronic offenders: Risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3(4), 492-523.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377, 956-965.
- Fazel, S., & Danesh, J. (February 2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (February 2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.
- Fridell, M., Hesse, M., Jaeger, M. M., & Kulhorn, E. (June 2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviours*, 33(6), 799-811.

- Goldkamp, J. S. (2011). Missing the target and missing the point: 'successful' random assignment but misleading results. *Journal of Experimental Criminology*, 4(2), 83-115.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Gough, H. G. (1960). Theory and measurement of socialization. *Journal of Consulting Psychology*, 24(1), 23-30.
- Goyder, J., Boyer, L., & Martinelli, G. (2006). Integrating exchange and heuristic theories of survey nonresponse. *Bulletin de Methodologie Sociologique*, 92, 28-44.
- Groves, R. M., Cialdini, R. B., & Couper, M. P. (1992). Understanding the decision to participate in a survey. *Public Opinion Quarterly*, 56, 475-495.
- Groves, R. M., Singer, E., & Corning, A. (2000). Leverage-salience theory of survey participation: description and an illustration. *The Public Opinion Quarterly*, 64(3), 299-308.
- Groves, R., & Couper, M. (1998). *Nonresponse in Household Interview surveys*. New York: John Wiley and Sons.
- Gustavsson, P. J. (1997). *Stability and validity of self-reported personality traits. Contributions to the evaluation of the Karolinska Scales of Personality. Phd Thesis*. Stockholm: Department of clinical neuroscience, Karolinska Institutet.
- Hare, R. D. (1997). *Psykopatens värld*. Lund: Studentlitteratur.
- Hesbacher, P. T., Rickels, K., Morris, J. R., Newman, H., & Rosenfeldt, H. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41(1), 6-10.
- Hiller, M. L., Knight, K., & Simpson, D. D. (December 1999). Risk factors that predict drop-out from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 411-430.
- Holcomb, W. R., & Ahr, P. R. (January 1988). Arrest rates among young adult psychiatric patients treated in inpatient and outpatient settings. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(1), 52-57.
- Hollander, A. C., Ekblad, S., Mukhamadiev, D., & Muminova, R. (2007). The validity of screening instruments for posttraumatic stress disorder, depression, and other anxiety symptoms in Tajikistan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 955-958.
- Holmberg, G. (1994). *Forensic psychiatric evaluation in Sweden 1991-1993*. RMV rapport. Stockholm: The National Board of Forensic Medicine.
- Holmgren, B., Frisell, T., & Runeson, B. (2011). *Psykisk hälsa hos häktade med restriktioner*. Norrköping: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
- Hough, R. L., Tarke, H., Virginia, R., Shields, P., & Glatstein, J. (1996). Recruitment and retention of homeless mentally ill participants in research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 881-891.
- Ireland, J. L. (2005). Psychological health and bullying behavior among adolescent prisoners: A study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescent Health*, 36, 236-243.
- Ireland, J. L., & Power, C. L. (October 2009). Fear of bullying among prisoners: association with experience, psychological distress and respondent sex. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 1(3), 22-36.
- Isaksson, K., & Luciani, L. (2006). *Personlighetsstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (Vol. 1). Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Förlagshuset Gohia AB.

- Johansson, B. A. (2008). *Forskningsprogram. Uppföljning av akut barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård med Interactive Voice Response (IVR). En randomiserad kontrollerad studie.*
- Kim, J.-O., & Curry, J. (1977). The treatment of missing data in multivariate analysis. *Sociological Methods and Research*, 6(2), 215-240.
- Krohn, M. D., & Thornberry, T. P. (1999). Retention of minority populations in panel studies of drug use. *Drugs and Society*, 14(1-2), 185-207.
- Laird, N. M. (1988). Missing data in longitudinal studies. *Statistics in Medicine*, 7(1-2), 305-315.
- Larney, S., Libey, T., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12(14), 1-7.
- Larzelere, R. E., Kuhn, B. E., & Johnson, B. (2004). The interventions selection bias: An underrecognized confound in intervention research. *Psychological Bulletin*, 130(2), 289-303.
- Laurie, H., Smith, R., & Scott, L. (1999). Strategies for reducing nonresponse in a longitudinal panel survey. *Journal of Official Statistics*, 15(2), 269-282.
- Lemay, M. (2009). *Understanding the Mechanism of Panel Attrition*. Doctoral thesis: University of Maryland.
- Leon, A. C., Mallinckrodt, C. C.-S., Archibald, D. G., Archer, G. E., & Kevin, C. (2006). Attrition in randomized controlled clinical trials: Methodological issues in Psychopharmacology. *Biological Psychiatry*, 59(11), 101-105.
- Lepkowski, J. M., & Couper, M. P. (2002). Nonresponse in the Second Wave of Longitudinal Household Surveys. i R. M. Groves, *Survey Nonresponse*. New York: John Wiley & Sons.
- Little, R. J. (September 1995). Modeling the drop-out mechanism in repeated-measures studies. *Journal of the American Statistical Association*, 90(431), 1112-1121.
- Longato-Stadler, E., Knorrning, L. v., & Jamila, H. (2002). Mental and personality disorders as well as personality traits in a Swedish male criminal population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2), 137-144.
- Mead, G. H. (1976). *Medvetandet, jaget och samhället*. Uppsala : Argos.
- Mead, G. H. (1976). *Medvetet, jaget och samhället*. Uppsala : Argos.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, A. L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Mollica, F. R., Wyshak, G., Marneffe, D., Khuon, F., & J, L. (1987). Indochinese version of the Hopkins Symptom Check-List-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Nesvåg, R., Lange, H. E., Faerden, A., Barret, A. E., Emilsson, B., & Ringen, A. P. (2010). The use of screening instrument for detecting alcohol and other drug use disorder in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 177, 228-234.
- Nettelblatt, P., Hansson, L., Stefansson, C.-G., Borquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 130-133.
- Patten, S. B. (2000). Selection bias in studies of major depression using clinical subjects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(4), 351-357.

- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A.-M., o.a. (2010). *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En kunskapsöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Hälsoutskottet, Kungliga Vetenskapsakademien.
- Piette, J. D. (2000). Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *The American Journal of Managed Care*, 6(7), 817-827.
- Piquero, A. R., Daigle, L. E., Gibson, C., Piquero, N. L., & Tibbets, S. G. (May 2007a). Research note. Are life-course-persistent offenders at risk for adverse health outcomes? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 44(2), 185-207.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., & Blumstein, A. (2007). *Key Issues in Criminal Career Research: New Analysis of the Cambridge Study in Delinquent Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- RiR. (2004:5). *Återfall i brott eller anpassning i samhället - uppföljning av kriminalvårdens klienter*. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, S. O., Sorenson, T., & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: The Hopkins Symptom Checklist-25 and the composite international diagnostic interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(7), 345-354.
- SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk översikt. Volym 1*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schalling, D. (1978). Psychopathy-related personality variables and the psychophysiology of socialisation. i H. D. R., & D. Schalling, *Psychopathic Behaviour: Approaches to Research*. New York: Wiley.
- Shinkfield, A. J., & Graffam, J. (2010). The relationship between emotional state and success in community reintegration for ex-prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(3), 346-360.
- Shinner, R., & Caspi, A. (January 2003). Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 2-32.
- Skilling, T. A., Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (2002). Identifying persistently antisocial offenders using the Hare Psychopathy Checklist and DSM Antisocial Personality Disorder criteria. *Psychological Assessment*, 14(1), 27-38.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Ledsna barn*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- SOU. (2009:80). *Kriminalvården - ledning och styrning*.
- Spielberger, D. C., Reheiser, C. E., Owen, E. A., & Sydeman, J. S. (2004). Measuring the psychological vital signs of anxiety, anger, depression, and curiosity in treatment planning and outcome assessment. i E. M. Maruish, *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3rd Edition uppl., ss. 421-448). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Statskontoret. (2003:20). *Effektivitetsgranskning av kriminalvården*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., C, R. P., Appelbaum, P. S., Grisso, T., o.a. (May 1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Swartz, J. A., & Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and Cormorbidity among adult mail jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50(12), 1628-1630.
- Svensson, R. (2004). Shame as a consequence of the parent-child relationship: a study of gender differences in juvenile delinquency. *European Journal of Criminology*, 1(4), 477-504.
- Toll, B. A., Cooney, J. L., McKee, S. A., & O'Malley, S. S. (2008). Correspondence of interactive voicer response (IVR) reports of nicotine withdrawal, craving, and negative mood with questionnaire ratings . *Nicotine & Tobacco Research*, 10(6), 1957-1064.
- Tourangeau, R., & Smith, T. W. (1996). Asking sensitive questions. The impact of data collection mode, question format, and question context. *Public Opinion Quarterly*, 60, 275-304.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maesto, S. A. (2002). Predictors of participation and attrition in a health promotion study involving psychiatric outpatients. *Journal of Consulting an Clinical Psychologi*, 70(2), 362-368.
- Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). *The Alcohol Use Disorders Test, AUDIT. MANUAL*.
- Wikström, P.-O. H. (2010). Explaing Crime as Moral Action. i S. Hitlin, & S. Vaisey, *Handbook of The Sociology of Morality* (ss. 211-239). New York: Springer.
- Wikström, P.-O., & Torstensson, M. (1997). *Lokalt förebyggande arbete. Organisation och inriktning*. Rapport från problemgruppen 1997:2. Solna: Polishögskolan.
- Winkour, A., Winkour, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotinal distress in a family planning service: Stability over a four-week period. *The Brittish Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.
- Wolff, M. W., & Wolff, K. A. (2002). Personality Characteristics as a Function of Frequency and Type of Substance Use. *Adolescence*, ss. 37 (148), 705-716.
- Zamble, E., & Quinsey, V. L. (1997). *The Criminal Recidivism Process*. Cambridge: Cambridge University Press.