

# Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn

---

En systematisk litteraturöversikt

Maj 2011

*(preliminär version webbpublicerad 11-01-11)*



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering

*Swedish Council on Health Technology Assessment*

# SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder.

SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU ger ut flera rapportserier. I ”SBU Utvärderar” har SBU:s expertgrupper själva gjort den systematiska utvärderingen. Serien omfattar både etablerade metoder (gula rapporter) och nya metoder (Alert). ”SBU Kommenterar” sammanfattar och kommenterar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU svarar också på frågor direkt från beslutsfattare i vården via SBU:s Upplysningstjänst.

Välkommen att läsa mer om SBU:s rapporter och verksamhet på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

*Denna utvärdering publicerades år 2011. Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, begränsat eller motstridigt.*

## **Denna rapport (nr 207) kan beställas från:**

SBU, Box 3657, 103 59 Stockholm  
Besöksadress: Olof Palmes Gata 17  
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60  
[www.sbu.se](http://www.sbu.se) • E-post: [info@sbu.se](mailto:info@sbu.se)

Grafisk produktion av Anna Edling, SBU  
Tryckt av Elanders, 2011

Rapportnr: 207 • ISBN 978-91-85413-43-0 • ISSN 1400-1403

# Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn

---

En systematisk litteraturöversikt

## Projektgrupp

Pia Enebrink	Niklas Långström
Elisabeth Gustafsson (projektassistent)	(ordförande)
Eva-Marie Laurén	Mikael Rahmqvist
Jonas Lindblom (bitr projektledare)	Sophie Werkö (projektledare)

## Adjungerad

R Karl Hanson

## Externa granskare

Bengt-Åke Armelius	Franca Cortoni
Elizabeth Letourneau	

---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering

*Swedish Council on Health Technology Assessment*



# Innehåll

---

<b>SBU:s sammanfattning och slutsatser</b>	<b>11</b>
<b>1. Introduktion</b>	<b>35</b>
Bakgrund	35
Omfattning och konsekvenser av sexuella övergrepp mot barn	35
Vilka begår sexuella övergrepp mot barn?	36
Internationella juridiska trender beträffande sexuella övergrepp mot barn	43
Behandlingsprogram	43
Europarådets initiativ om sexuella övergrepp mot barn	45
Uppdrag	46
Frågeställningar	46
Målgrupper	46
Referenser	47
<b>2. Metodbeskrivning</b>	<b>51</b>
Fokuserade frågeställningar	51
Inklusionskriterier och avgränsningar	51
Populationer	51
Interventioner	52
Kontroll	52
Utfallsmått	53
Studiedesign och uppföljningstid	53
Språklig avgränsning	54
Litteratursökning	54
Granskning och kvalitetsbedömning av litteraturen	55
<i>Fas 1</i>	56
<i>Fas 2</i>	56
<i>Fas 3</i>	56
Bedömning av studiekvalitet	56
Bedömning av studiekvalitet hos randomiserad kontrollerad studie	57

Bedömning av studiekvalitet hos prospektiv observationsstudie	58
Bedömning av studiekvalitet hos hälsoekonomiska studier	58
Bedömning av studiekvalitet hos systematiska översikter	58
Dataextraktion	58
Evidensgradering av resultaten	59
Etiska och sociala aspekter	61
Hälsoekonomiska studier	61
Inklusionskriterier	61
Kvalitetsbedömning	62
Referenser	64

### **3. Systematisk litteraturöversikt** **65**

Slutsatser	65
Omfattningen av den systematiska översikten	66
Insatser för vuxna som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn	66
Evidensgraderade resultat	66
Bakgrund	67
Den systematiska kunskapssammanställningen	68
<i>Frågor</i>	68
<i>Resultat av litteratursökning och urval av studier</i>	68
<i>Beskrivning av studier och resultat</i>	70
Diskussion	76
Insatser för ungdomar som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn	79
Evidensgraderade resultat	79
Bakgrund	80
Den systematiska kunskapssammanställningen	81
<i>Frågor</i>	81
<i>Resultat av litteratursökning och urval av studier</i>	82
<i>Beskrivning av studier och resultat</i>	83
Diskussion	87
Insatser för barn med sexuella problembeteenden	88
Evidensgraderade resultat	88

Bakgrund	88
Den systematiska kunskapssammanställningen	89
<i>Frågor</i>	89
<i>Resultat av litteratursökning och studieurval</i>	90
<i>Beskrivning av studier och resultat</i>	91
Diskussion	94
Tabeller	96
Referenser	112
<b>4. Etiska och sociala aspekter av behandling för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn</b>	<b>117</b>
Etiska diskussioner i litteraturen	117
Om samhällets reaktioner	117
Behandlingsaspekter	118
Psykologiska metoder	118
Lika vård	120
Testosterondämpande läkemedel, så kallad kemisk kastrering	120
Unga förövare av sexualbrott mot barn	123
Barn med sexuella problembeteenden	124
Samsjuklighet	125
Metoder som inte används i Sverige	125
Annan prevention	125
Registrering av förövare	127
Kirurgisk kastrering och aversionsterapi	128
Tvångsvård och vård som krav för frigivning	128
Penispletysmografi och mänskliga rättigheter	129
Sammanfattning	129
Referenser	132
<b>5. Hälsoekonomiska aspekter</b>	<b>135</b>
Slutsatser	135
Inledning	135
Den systematiska kunskapssammanställningen	137
<i>Frågor</i>	137
<i>Resultat av litteratursökning och studieurval</i>	138
<i>Beskrivningar av studier och resultat</i>	139

Diskussion	140
Referenser	143
<b>6. Kunskapsluckor och avslutande diskussion</b>	<b>145</b>
Studier av förövare av sexualbrott mot barn	145
– antal och kvalitet	
Vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn	147
Personer med risk för att begå sexuella övergrepp mot barn	148
Unga förövare av sexuella övergrepp mot barn	149
Barn med sexuella problembeteenden	150
Förövares möjligheter att få vård	151
Allmännyttan med fungerande behandlingsprogram	152
Kunskapsluckor och framtida forskning	153
Tänkbara konsekvenser av denna rapport	155
Referenser	159
<b>7. Ordförklaringar och förkortningar</b>	<b>162</b>
<b>8. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv</b>	<b>173</b>
<b>Bilaga 1 Räkneexempel, samhällesekonomiska konsekvenser</b>	<b>175</b>
<b>Bilaga 2 Sökstrategier</b>	<b>185</b>
<b>Bilaga 3 Granskningsmallar</b>	<b>207</b>
<b>Bilaga 4 Exkluderade studier</b>	
Publicerad på <a href="http://www.sbu.se/sexuella-overgrepp-mot-barn">www.sbu.se/sexuella-overgrepp-mot-barn</a>	



# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering  
*Swedish Council on Health Technology Assessment*



# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---

Det främsta målet med att behandla personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är att förhindra att fler barn blir offer. Få brott väcker så mycket avståndstagande som sexuella övergrepp mot barn, och samhället sätter stort värde på varje brott som man lyckas förhindra. Trots detta har relativt lite intresse ägnats åt forskning som kan visa vilka medicinska och psykologiska insatser för förövare som verkligen förebygger nya övergrepp.

Uppdraget att genomföra en utvärdering av effekterna av behandlingsmetoder för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn kommer från regeringen. Samtidigt fick Socialstyrelsen ett uppdrag att genomföra en kartläggning av förekomsten av sådana behandlingsmetoder i Sverige.

Denna systematiska litteraturöversikt granskar det vetenskapliga underlaget för förebyggande medicinska och psykologiska åtgärder som inriktas på förövarna. Genomgången visar på stora brister i det vetenskapliga underlaget, bl a avseende den stora gruppen förövare: vuxna män. I avvaktan på resultat från tillförlitlig forskning kan en rimlig strategi för behandling och uppföljning vara att minska sexualbrottsdrivande faktorer, t ex sexuell upptagenhet, hos de förövare som har högst återfallsrisk.

## SBU:s slutsatser

- ❑ Det finns en stor brist på kunskap om effektiva medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för personer som begått sexuella övergrepp mot barn. Detta är allvarligt, eftersom syftet med behandlingen är att förhindra nya övergrepp. Det krävs bättre forskning – främst i form av tillräckligt stora kontrollerade studier som omfattar flera länder. Sådana insatser blir särskilt viktiga i ljuset av Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp.
- ❑ För vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn räcker inte det vetenskapliga underlaget för att bedöma vilken behandling som kan minska antalet återfall i sexualbrott. Kunskapsbristen gäller såväl nytta som risker med psykologiska behandlingsprogram och läkemedelsbehandling. Det är angeläget att göra tillräckligt stora studier av hög metodologisk kvalitet.
- ❑ För ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn finns det ett begränsat stöd för att multisystemisk terapi (MST) förebygger återfall. Det är en insats som bygger på en kombination av systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte att bedöma.
- ❑ För barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att man ska kunna dra slutsatser om effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på risken för att barnen senare ska begå sexuella övergrepp. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte heller att bedöma.
- ❑ För vuxna och ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men som har en förhöjd risk (t ex personer som attraheras sexuellt av barn) saknas forskning om förebyggande metoder. Det är därför viktigt att utveckla verksamma insatser.

## Bakgrund och syfte

År 2007 polisanmäldes 2 014 misstänkta fall av sexuellt tvång, försök till våldtäkt eller fullbordad våldtäkt mot barn under 15 år i Sverige. Ytterligare 1 530 misstänkta övergrepp rubricerades som sexuellt ofredande. Svenska kartläggningar tyder på att 7–14 procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna har tvingats till samlag före 18 års ålder. Bara drygt 10 procent av alla sexualbrott rapporteras till myndigheterna, och kanske är denna siffra ännu lägre när offren är barn.

De flesta barn som blir offer för sexuella övergrepp blir utsatta av någon i sin närhet, antingen inom familjen eller i närmiljön. Förövare av sexuella övergrepp mot barn är vanligtvis vuxna eller unga män, många har haft eller har samtidigt sexuella relationer till vuxna. Förövarnas riskfaktorprofiler, motiv och behandlingsbehov varierar. Många har haft dåliga uppväxtförhållanden och uppvisar ibland sexuellt utagerande beteenden redan i ung ålder. Merparten av förövarna är inte kända av myndigheterna, och framför allt har de inte tidigare dömts för sexualbrott. Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att utvärdera effekten av förebyggande metoder som riktar sig antingen till identifierade förövare av sexuella övergrepp mot barn eller till personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

Inom Kriminalvården erbjuds i dag manualbaserad programverksamhet för sexualbrottsförövare för att minska återfallsrisken i sexualbrottslighet. Behandlingen har KBT-principer som grund och fokuserar på problem i relationer och samlevnad. Den inriktas bl a på att minska riskfaktorer som driver sexualbrottslighet, t ex genom att förändra en ofta förvrängd syn på sexualitet samt minska sexuell upptagenhet och lättväckt aggressivitet. Behandling med testosterondämpande läkemedel används sällan i Kriminalvården, medan den är vanligare inom rättspsykiatri.

Syftet med denna rapport är att undersöka det vetenskapliga underlaget för följande frågor:

- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till barn med sexuellt problembeteende (SPB)?
- Vilka etiska och sociala aspekter är förenade med metoder avsedda att förebygga sexuella övergrepp mot barn?
- Är övergreppsförebyggande insatser kostnadseffektiva?

## Metod

Detta är en systematisk litteraturöversikt som följer SBU:s noggranna och genomarbetade metod. Vi söker i ett antal litteraturlösningsdatabaser efter publicerade studier relevanta för den aktuella frågan. Sedan gallrar projektgruppen fram de studier som ska ingå i utvärderingen, utifrån förutbestämda kvalitetskriterier. Varje studie som ligger till grund för SBU:s resultat har kvalitetsgranskats och tabellerats enligt särskilt utarbetad metodik.

Granskningen omfattar en värdering av studiernas ämnesrelevans och metodologiska kvalitet – studiedesign, intern validitet (rimligt skydd mot systematiska fel), analys av resultat, statistisk styrka och generaliserbarhet. SBU har evidensgraderat resultaten utifrån det vetenskapliga underlaget (se Faktaruta 1).

## Faktaruta 1 Studiekvalitet och evidensstyrka.

**Studiekvalitet** avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

**Evidensstyrka** är en bedömning av hur starkt det vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet mellan studier, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos-responssamband.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

**Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕).** Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○).** Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○).** Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○).** När vetenskapligt underlag saknas, när tillgängliga studier har låg kvalitet eller när studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

### **Slutsatser**

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

## Evidensgraderade resultat

### Insatser för vuxna som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi med återfallsförebyggande insatser kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om andra psykologiska behandlingsmetoder än kognitiv beteendeterapi (KBT) samt farmakologisk behandling kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (studier saknas).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om psykologisk behandling eller läkemedelsbehandling kan förhindra sexuella övergrepp mot barn bland dem som ännu inte begått ett sådant brott men riskerar att göra det (studier saknas).

### Insatser för ungdomar som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

- Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att multisystemisk terapi (MST), öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeteori och social inlärningsteori, kan vara effektivt för att förebygga återfall i sexualbrott bland ungdomar med medelhög återfallsrisk (⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på återfall i sexualbrott bland ungdomar med medelhög återfallsrisk (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på återfall i sexualbrott bland ungdomar med låg respektive hög återfallsrisk (studier saknas).



- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra metoder (psykologiska eller farmakologiska) för att förebygga återfall i sexualbrott bland unga sexualbrottsförövare (studier saknas).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av metoder som syftar till att förebygga sexualbrott hos ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men riskerar att göra det (studier saknas).

### **Insatser för barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn**

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) kombinerat med föräldrastöd är mer effektiv än sedvanlig behandling för att förebygga sexuella övergrepp bland barn med sexuella problembeteenden (SPB) (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra förebyggande insatser riktade till barn med sexuella problembeteenden (studier saknas).

### **Hälsoekonomi**

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska konsekvenser av psykologisk eller farmakologisk behandling av vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (⊕○○○).
- Underlaget är otillräckligt rörande hälsoekonomiska studier av behandling av unga sexualbrottsförövare eller barn med sexuella problembeteenden (SPB). Detsamma gäller personer som inte begått men riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn (studier saknas).

**Tabell 1** Sammanfattning av resultat för förövarinriktade behandlingsinsatser som syftar till att minska antalet sexuella övergrepp mot barn.

Effektmått	Antal personer (antal studier och studiedesign)	Effekt (95% KI)	Frekvens av utfall i kontroll- gruppen	Evidens- styrka
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn</i>				
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1 RCT)	RR 1,10 (0,78; 1,56)	20%	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3 OBS)	RR 0,23 (0,03; 2,01)	5%	⊕○○○
		RR 0,09 (0,01; 0,74)	16%	
		RR 1,03 (0,15; 6,92)	5%	
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1 OBS)	RR 0,44 (0,19; 0,98)	28%	⊕○○○
<i>Effekt av multisystemisk terapi (MST) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn</i>				
Återfall i sexualbrott (9 års uppföljning)	48 (1 RCT)	RR 0,18 (0,04; 0,73)	46%	⊕⊕○○
Återfall i sexualbrott (16 års uppföljning)	148 (1 OBS)	RR 0,41 (0,16; 1,03)	21%	⊕○○○
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn</i>				
Sexuella övergrepp (10 års uppföljning)	135 (1 RCT)	RR 0,16 (0,02; 1,25)	10%	⊕○○○

KI = konfidensintervall; RR = relativ risk; RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.



**Tabell 2** Summering av evidens för förövarinriktade behandlingsinsatser som syftar till att minska antalet sexuella övergrepp mot barn. Här specificeras underlaget för evidensgraderingen i rapporten. En nolla innebär att det inte funnits skäl att kritisera denna punkt. Ett minustecken innebär att det inte varit möjligt att bedöma denna punkt. Ett minustecken med frågetecken innebär att det finns

vissa brister, men att dessa inte bedömts ha tillräcklig betydelse för att sänka evidensstyrkan på det vetenskapliga underlaget. Minus 1 eller 2 innebär att evidensstyrkan nedgraderats pga brister. Det går inte att nå en högre sammanlagd evidensstyrka än ⊕⊕⊕⊕ (starkt vetenskapligt underlag) eller en lägre än ⊕○○○ (otillräckligt vetenskapligt underlag).

Effektmått	Antal deltagare (studier)	Studietyper	Kvalitetsbrister	Samstämmighet	Överförbarhet	Statistisk styrka	Publikationsbias	Effektstorlek	Sammanvägt vetenskapligt underlag
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn</i>									
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	–	–1	–2	0	0	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3)	OBS ⊕⊕○○	–1	0	0	–1	0	0	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1)	⊕⊕○○	–1	–	–1	–1	0	0	⊕○○○
<i>Effekt av multisystemisk terapi (MST) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn</i>									
Återfall i sexualbrott (9 års uppföljning)	48 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	–	–1	–1	–?	0	⊕⊕○○
Återfall i sexualbrott (16 års uppföljning)	148 (1)	OBS ⊕⊕○○	–1	–	–1	–1	0	0	⊕○○○
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn</i>									
Sexuella övergrepp (10 års uppföljning)	135 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	–	–1	–2	0	0	⊕○○○

RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.

## Sammanfattande diskussion

### Personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

#### Sexuella övergrepp mot barn – ett svårutforskat område

Trots de allvarliga konsekvenserna för offren och samhället, hittade vi anmärkningsvärt lite forskning av acceptabel kvalitet om metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. Det är svårt att forska på effekter av brottsförebyggande insatser. Den ideala studiedesignen är den randomiserade kontrollerade studien, där man slumpmässigt fördelar (randomiserar) förövare eller personer med förhöjd risk att bli förövare till antingen behandling (den undersökta insatsen) eller kontroll (t ex en annan behandling eller ingen behandling alls). Fördelen med denna studiedesign är att alla eventuella skillnader mellan de båda grupperna vid studiens start beror på slumpen, och om grupperna är tillräckligt stora kan de antas vara mer eller mindre identiska. Alltså kan man vara relativt säker på att en observerad skillnad i utfall mellan de båda grupperna beror på insatsen, och ingenting annat. Denna studiedesign används sällan inom brottsförebyggande forskning, framför allt av praktiska och etiska skäl. Istället görs så kallade observationsstudier. I observationsstudier fördelas förövarna eller personerna med förhöjd risk till behandlings- och kontrollgrupper på andra sätt än genom randomisering. Om fördelningen t ex baseras på deltagarnas behandlingsmotivation uppstår en obalans mellan grupperna som kan bidra till en observerad skillnad mellan gruppernas återfallsrisk. Vi kan alltså inte vara säkra på att en skillnad i brottsåterfall verkligen beror på behandlingen. Med hjälp av statistiska metoder kan man – förutsatt att det finns tillräckligt detaljerade uppgifter om förövarna som ingår i studien – korrigera effekten för eventuella skillnader mellan grupperna. Men eftersom skillnader mellan grupperna inte beror på slumpen kan man aldrig vara helt säker på att resultaten inte beror på någon oregistrerad och kanske helt okänd riskfaktor som är vanligare i någon av grupperna.

## Vuxna som begår sexuella övergrepp mot barn

Vuxna män står för över 70 procent av alla sexuella övergrepp mot barn som leder till åtal. En enda randomiserad kontrollerad studie har undersökt effekten av behandling på återfall i sexualbrott för vuxna förövare av sexualbrott mot barn. Behandlingen var psykoterapeutisk och baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT) samt återfallsförebyggande insatser (relapse prevention). Studien kunde inte säkerställa någon effekt av behandlingen. Detta resultat bör dock inte tolkas som stöd för att metoden inte är verksamt. Trots att denna studie är den i särklass största av dem som ingår i denna översikt, är den nämligen underdimensionerad för att säkert kunna besvara frågan om eventuell effekt av behandlingen. Och eftersom de förövare som ingick i studien bedömdes ha medelhög risk för återfall i nya sexualbrott kan man inte heller utesluta att metoden är verksamt för att förhindra återfall i sexualbrott för dem med högre återfallsrisk. Det är också möjligt att andra varianter av KBT än den som undersöktes i studien skulle kunna ha återfallsförebyggande effekt. Utöver den randomiserade studien ingår fyra observationsstudier i det vetenskapliga underlaget för behandling av vuxna förövare. Samtliga undersöker effekten av olika varianter av KBT. Dessa studier har dock sådana brister att det inte är möjligt att dra några säkra slutsatser om effekt av behandling. För andra psykologiska metoder och för läkemedelsbehandling saknas helt studier av tillräcklig kvalitet.

Det är relativt ovanligt att vuxna kvinnor begår sexuella övergrepp mot barn, men det förekommer. Det finns inga effektstudier av behandling för kvinnliga förövare av sexuella övergrepp mot barn.

Något som sällan uppmärksammas i detta fält är att psykologiska behandlingsmetoder, precis som läkemedel, kan ha allvarliga biverkningar. Under vissa förhållanden, för vissa personer och vid vissa behandlingsmetoder, kan de som fått behandling ha högre risk för återfall i sexualbrott än de som inte behandlats. Till exempel kan långvarig eller alltför intensiv behandling av förövare med låg återfallsrisk eller motivation, eller att föra samman dessa med förövare med hög återfallsrisk, resultera i sådana oönskade negativa behandlingseffekter.

## **Ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn**

Mellan 20 och 30 procent av alla anmälda fall av sexuella övergrepp mot barn begås av ungdomar. Unga förövare av sexualbrott har ofta andra problem, som anpassningssvårigheter i skolan, annan kriminalitet och missbruk. Även om risken är förhöjd, fortsätter sexuellt övergrepps-beteende bland ungdomar sällan i vuxen ålder. För ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn är det vetenskapliga underlaget för eventuella behandlingseffekter något bättre än för vuxna. En randomiserad kontrollerad studie och en observationsstudie med acceptabel kvalitet ingår i underlaget. Den randomiserade studien undersökte effekten av så kallad multisystemisk terapi (MST), ett öppenvårdsprogram baserat på systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori. Observationsstudien använde KBT och strukturerad familjebehandling som huvudsakliga komponenter. Observationsstudien har sådana brister att vi inte kan dra några säkra slutsatser. Den randomiserade studien är visserligen underdimensionerad, men visar med begränsat vetenskapligt stöd att MST kan användas för att minska antalet nya sexualbrott för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn. Även om det är angeläget med mer forskning för att identifiera den mest effektiva behandlingen, är det troligt att tidiga insatser för unga sexualbrottsförövare kan bidra till att minska antalet framtida offer. Det finns dock risk för biffekter även av psykologiska behandlingsmetoder, och detta är extra viktigt att väga in vid behandlingen av unga personer. Till exempel finns vissa uppgifter som tyder på att gruppbehandling, särskilt på institution, kan öka återfallsrisken för unga lagöverträdare.

## **Barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn**

Det kan ibland vara svårt att bedöma exakt var gränsen går mellan barns naturliga sexuella nyfikenhet och sexuella övergrepp. För vissa åldrar anses det ofta normalt med tillfällig, icke påträngande beröring av kroppsdelar, inklusive könsorgan och bröst, och intresse för sexualitet och sexuella lekar. Däremot ska inte sådana beteenden skada de inblandade barnen känslomässigt eller fysiskt. Barn som uppvisar ett överdrivet sexualiserat beteende mot andra kan väcka oro, särskilt när detta kombineras med aggressivt beteende. I vissa fall fortsätter dessa sexuella beteendeproblem in i tonåren och vuxen ålder, och kan då ta sig uttryck i sexuella övergrepp mot barn eller vuxna. På grund av detta och det starka avstånds-

tagandet från omgivningen som sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn medför är det angeläget att utveckla effektiva, utvecklingsanpassade behandlingar för barn med sådana beteenden. Barn som uppvisar sexuellt utagerande beteende kan själva ha varit utsatta för psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp eller leva i socialt utsatta miljöer med bristfälligt vuxenstöd. Det förekommer även att dessa barn har begåvningshandikapp eller neuropsykiatriska funktionshinder. Särskilda insatser kan då behövas för att utreda och bemöta bakomliggande problem.

Endast en randomiserad kontrollerad studie har undersökt effekten av behandling för barn med SPB. I studien randomiserades barnen till antingen kognitiv beteendeterapi eller lekterapi i grupp. Lekterapi är ett exempel på psykologisk behandling som kan erbjudas barn i Sverige. Båda behandlingarna kombinerades också med stödprogram för föräldrarna. Sedan följdes barnen upp under en tioårsperiod avseende registrerade sexuella övergrepp. Tio procent av barnen som behandlats med lekterapi begick ett sexuellt övergrepp under uppföljningstiden, men bara 2 procent av dem som behandlats med KBT. Studien är väl utförd men underdimensionerad, och resultaten är inte statistiskt säkerställda. Vår bedömning är därför att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för att avgöra om KBT är effektivt för att förhindra framtida sexuella övergrepp bland barn med SPB.

Det bör påpekas att barns sexuella beteende riskerar att misstolkas som mer hotande än det faktiskt är, och att reaktionen från omgivningen kan bli överdriven. Om barnet betraktas som en framtida sexualbrottsförövare kan det leda till omotiverad stigmatisering som kan störa barnets utveckling. Denna risk måste därför vägas mot risken att barn med SPB utövar sexuellt våld mot andra. En alltför intensiv eller felaktigt utförd behandling av barn med SPB skulle t o m kunna öka risken för framtida antisociala beteenden. Detta är viktigt att ha i åtanke, eftersom den långsiktiga risken för sexuella övergreppsbeteenden bland obehandlade barn med SPB är låg.



## Personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

I vårt uppdrag ingick också att utvärdera effekterna av metoder riktade till personer som bedöms ha förhöjd risk för att begå sexuella övergrepp mot barn, men som inte begått något övergrepp. Det finns personer med sexuellt intresse för barn som i normalfallet har tillräckligt många skyddande faktorer som förhindrar att de begår faktiska övergrepp, men som under vissa omständigheter och i perioder ändå kan riskera att gå över gränsen. Hit hör personer som har sexuella fantasier om barn eller söker sig till barnpornografi. Många lider av sin läggning och det förekommer ofta samtidig psykisk sjuklighet och förhöjd självmordsrisk. Svårigheten att söka hjälp från vård och socialtjänst är uppenbar mot bakgrund av risken för stigmatisering och utanförskap.

I bl a Storbritannien och Tyskland finns telefonlinjer dit personer i riskzon för att begå sexuella övergrepp mot barn kan ringa anonymt och få samtalsstöd samt hänvisning till lämpliga enheter för behandling. Erfarenheterna tyder på att det går att komma i kontakt med riskpersoner och motivera dem till förebyggande behandling. Anonymiteten kan vara avgörande för att våga ta en första kontakt, och enskilda personer kan behöva tid att bygga upp motivationen för att ta emot behandling. I Sverige finns för närvarande inget program som syftar till att aktivt nå ut till självidentifierade riskindivider.

Tyvärr saknas studier där effekterna av behandling utvärderats för personer som inte begått, men har förhöjd risk för att begå, sexuella övergrepp mot barn. Eftersom vi inte kan säga vilka metoder som är framgångsrika för att förebygga övergrepp mot barn uppstår frågan hur man ska hantera de personer i riskzon som faktiskt söker hjälp för detta. Mer forskning är nödvändig. Så länge det inte finns tydliga riktlinjer för behandling av riskindivider kan dock den mest etiskt försvarbara ståndpunkten vara att utreda förekomst av påverkbara riskfaktorer för sexualbrott mot barn och eventuell samtidig psykisk störning samt erbjuda individualiserad behandling.

## Behandlingsmetoder

### Psykologiska behandlingsmetoder

Multisystemisk terapi (MST), öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori, minskar risken för att unga förövare av sexuella övergrepp mot barn återfaller i sexualbrott. För vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn har vi dock inte funnit tillräckligt vetenskapligt stöd för att psykoterapeutiska metoder skulle minska återfallsrisken. Metoder som *uppfattas* som effektiva av behandlare kan inte utvärderas objektivt om inte också kontrollerade, helst randomiserade studier gjorts. En del studier tyder på att vuxna förövare som fått psykologisk behandling t o m kan ha högre återfallsfrekvens i sexualbrott än de som fått sedvanlig vård. Även om dessa uppgifter delvis härrör från studier av låg kvalitet är de oroande och bör tas på allvar. Mot denna bakgrund kan man förstås ställa frågan om behandling över huvud taget ska ges.

Forskning om sexualbrottsförövare generellt (alltså inte bara sådana som sexuellt utnyttjat barn) tyder på att behandlingsmetoder är mer framgångsrika om de följer risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RNR-principerna) för effektiv kriminalvård. I dagsläget finns ingen specifik forskning som stöder att dessa principer också gäller för förövare av sexuella övergrepp mot barn. Det kan dock, trots avsaknad av entydigt vetenskapligt stöd, uppfattas som oetiskt att inte ge behandling, vilket speglar ett grundläggande dilemma på området. Vi föreslår därför att man i väntan på bättre forskning om denna förövargrupp baserar behandling på RNR-principerna samt dokumenterar effekterna. Principerna innebär bl a att förövare med hög och medelhög risk för återfall prioriteras för behandling och erbjuds längre och mer intensiva insatser. Förövare med *låg* återfallsrisk bör få kortvariga eller mindre intensiva insatser och inte sammanföras med förövare med *högre* återfallsrisk. Därutöver ska behandlingen inriktas på sexualbrottsdrivande faktorer, följa principer för social inlärningsteori och anpassas till den enskilde individens inlärningsstil.

## Läkemedelsbehandling

Behandling med testosterondämpande läkemedel förespråkas ofta för att dämpa sexualdriften bland personer som är dömda för eller riskerar att begå sexualbrott. Sådan behandling kan ges i tablettform eller som långtidsverkande injektion, och kallas ibland kemisk kastrering. Effekten av testosterondämpande läkemedel är övergående och upphör om behandlingen avbryts, och kan också snabbt upphävas helt om manligt könshormon tillförs, t ex med dopningspreparat som anabola androgena steroider. Det finns inget vetenskapligt stöd för att testosterondämpande läkemedel skulle ha någon avgörande betydelse för att minska återfallsrisk i sexualbrott mot barn. Vi vet inte alltid vilka motiv som ligger bakom ett sexuellt övergrepps beteende mot barn. Flera olika drivkrafter kan troligen förekomma samtidigt, och om övergrepp främst sker utifrån tvångsmässighet, stark aggressivitet eller andra icke-sexuella motiv kan behandlingen vara verkningslös.

Det är en klinisk erfarenhet att många personer som fått behandling med testosterondämpande läkemedel mot en alltför påträngande sexualdrift upplevt minskad sexuell upptagenhet med större välbefinnande som följd. Läkemedelsbehandlingen kan också genom att minska hypersexualiteten eller den sexuella upptagenheten underlätta den behandlade personens medverkan i psykologisk behandling. Biverkningar av testosterondämpande behandling kan dock vara allvarliga, särskilt vid långtidsbehandling. Låga nivåer av manligt könshormon kan både ge upphov till benskörhet med risk för frakturer och ökar risken för hjärt- och kärlsjuklighet. Viktuppgång med risk för diabetes, förstoring av bröstkörtlar och leverpåverkan är andra förekommande biverkningar. Vissa personer kan drabbas av depressionssymtom. Det är viktigt att de som får testosterondämpande behandling är införstådda med vikten av noggranna kontroller för att minska risken för allvarliga biverkningar. Utifrån tänkbara risker med långtidsbehandling behöver nyttan av behandlingen vägas mot ingreppet i den behandlades integritet och risken för de medicinska komplikationer som kan uppstå.

För unga förövare och för barn med SPB är testosterondämpande behandling utesluten av medicinska och etiska skäl. Det finns heller inget stöd för att rekommendera denna behandling till kvinnor i syfte att minska antalet återfall i sexualbrott.

## **Etiska och sociala aspekter**

### **Professionalitet i vården**

Få brott väcker så mycket avsky och avståndstagande som sexualbrott mot barn. Debatten i västvärlden inriktas ofta på hur förövare ska straffas. Det primära syftet med behandling av personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är dock att förhindra att fler barn blir offer. Därför är det viktigt att samhället ägnar ökad uppmärksamhet åt ett kunskapsbaserat förebyggande av nya brott mot barn.

Konstruktiva rehabiliteringsförsök kräver ett professionellt förhållnings-sätt. Det är viktigt att öka medvetenheten i vården om attityder som kan försvåra återanpassning, och under vissa omständigheter t o m öka risken för återfall, genom att bidra till stigmatisering och isolering. För hjälp-sökande personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn kan ett initialt fördömande och oprofessionellt bemötande bidra till att de tvekar att söka hjälp från sjukvård eller socialtjänst. För att kunna nå optimal effekt av behandling krävs en behandlingsallians mellan sexual-brottsförövare och vårdgivare som bl a måste bygga på respekt för den behandlade förövarens person. Med andra ord måste en professionell vårdgivare hela tiden sträva efter att skilja på brott och person hos den hjälpsökande.

### **Lika vård**

Kriminalvården erbjuder ett specialiserat behandlingsprogram för sexualbrottsdömda. Detta baseras på strukturerat arbete enligt behandlingsmanualer och innefattar KBT, social färdighetsträning och återfallsprevention. En praktisk förutsättning för att kunna genomgå dessa program är att den dömda behärskar svenska språket (ibland engelska), har tillräcklig intellektuell eller kognitiv kapacitet och i övrigt kan antas tillgodogöra sig behandlingen. Fängelsepåföljdens längd är också av betydelse, och en person med kort påföljdstid kan bli utan behandling om den inte kan slutföras före frigivning. Detsamma kan gälla för dem som begått mindre grova sexualbrott och därför dömts till skyddstillsyn eller böter istället för fängelsepåföljd, eftersom frivården (dvs Kriminalvårdens öppenvård) över hela landet inte alltid har kompetens för behandling just av sexualbrottsförövare mot barn. Även geografiska avstånd kan lägga hinder i vägen för specialiserad behandling. Det finns alltså ett betyd-

ande antal sexualbrottsdömda personer inom Kriminalvården som av logistiska och praktiska skäl inte får behandling. En möjlig konsekvens av de skillnader som finns i möjligheten att få vård är att vissa personer med förhöjd risk att återfalla i sexualbrott inte genomgår behandling.

## **Hälsoekonomiska aspekter**

Vi fann endast tre studier om hälsoekonomiska aspekter på behandling av personer dömda för sexuella övergrepp mot barn. Dessa studier har stora brister och resultaten kan inte heller överföras till svenska förhållanden. Sammantaget finns det ingen hälsoekonomisk studie av tillräcklig kvalitet om behandling av identifierade förövare av sexualbrott mot barn eller personer i riskzon.

Andra typer av ekonomiska studier visar dock att samhället sätter stort värde på varje förhindrat sexuellt övergrepp mot barn. Givet detta, och att kostnaden för att genomföra behandlingsprogram är relativt låg, är det därför troligt att behandlingsprogram som i framtiden kan påvisa en övergreppsförebyggande effekt kommer att anses vara *kostnadseffektiva*.

## **Kunskapsluckor och behov av forskning**

Det finns ett stort behov av välgjorda studier som utvärderar den övergreppsförebyggande effekten av behandling för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. För att kunna bedöma effekten av behandling måste större, randomiserade och kontrollerade studier på flernationell nivå genomföras. Sverige bör delta, både för att bygga upp en nationell kompetens och för att kunna väga in omständigheter som är specifika för Sverige. Sverige är sannolikt för litet för att nationella behandlingsstudier med tillräcklig statistisk styrka ska kunna genomföras inom landets gränser.

Välgjorda studier som utvärderar psykologiska behandlingar för barn med SPB är nödvändiga för att förbättra det bristfälliga kunskapsunderlag som finns idag. Detsamma gäller för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn, även om kunskapsläget där är något bättre.

Nuvarande kunskapsläge om brottsförebyggande effekter av insatser för personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är otillräckligt. Effektstudier saknas helt på området. Det finns dock studier som tyder på att dessa personer kan nås för olika potentiellt verksamma insatser.

Framtida studier bör förutom brott mäta förändringar i relevanta riskfaktorer under behandlingens gång. Detta kan öka den statistiska styrkan och förkorta uppföljningstiderna. Det kan även ge information om vilka specifika mekanismer som bidrar till en observerad effekt.

Tillgången på hälsoekonomiska studier inom området är mycket begränsad. Det finns ett behov av studier av kostnader och effekter för behandling av personer som begår eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

## **Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp**

Europarådet har antagit en konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp. Sverige har undertecknat konventionen, men frågan om vi ska tillträda den är ännu under utredning. Om vi tillträder konventionen innebär detta en förpliktelse att erbjuda *effektiv* behandling till förövare av sexuella övergrepp mot barn, till personer med förhöjd risk att begå sådana samt till barn med SPB. Dessutom innebär konventionen en förpliktelse att *utvärdera effekten* av de program som införs. De länder som ansluter sig till konventionen har därmed ett gemensamt intresse av att utveckla effektiva metoder för förebyggande av sexuella övergrepp mot barn. Vi föreslår att dessa länder inleder forskningssamarbeten för att fylla de stora kunskapsluckorna på området.



# 1. Introduktion

---

## Bakgrund

### Omfattning och konsekvenser av sexuella övergrepp mot barn

Sexuellt våld mot barn oroar och upprör människor och betraktas som ett väsentligt hot mot folkhälsan. Förövare av sexuella övergrepp mot barn vållar därför stor ilska, rädsla och frustration [1,2]. För definition av sexuella övergrepp mot barn, se Faktaruta 1.1.

#### **Faktaruta 1.1** Definition av sexuella övergrepp mot barn.

Sexuella övergrepp mot barn är sexuellt motiverade eller präglade handlingar med eller utan tvång eller våld mot en underårig person, oftast under 15–18 års ålder.

I svensk lagstiftning, brottsbalken kapitel 6, definieras olika typer av sexualbrott varav flera brottsrubriceringar är specifika för sexualbrott mot barn. Dessa är våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt ofredande, köp av sexuell handling av barn, utnyttjande av barn för sexuell posering och kontakt med barn i sexuellt syfte.

Barnpornografibrott regleras i brottsbalken, kapitel 16, §10.

Inom ramen för denna systematiska litteraturöversikt har vi valt att använda termen sexuella övergrepp mot barn för samtliga sexualbrott där offret är barn, samt i förekommande fall barnpornografibrott. I litteraturgenomgången har vi dock utgått från de ingående studiernas olika definitioner av vad som utgör ett sexuellt övergrepp mot barn. Eftersom studierna är utförda vid olika tidpunkter i olika länder kan definitionerna variera mellan studierna.



År 2007 polisanmäldes 2 014 misstänkta fall av sexuellt tvång, försök till våldtäkt eller fullbordad våldtäkt mot barn under 15 år i Sverige. Ytterligare 1 530 misstänkta övergrepp rubricerades som sexuellt ofredande [3]. Vid svenska kartläggningar (från 1996–2004) uppger 7–14 procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna att de tvingats till samlag innan de fyllt 18 år [4–6]. Mörkertalet för sexualbrott generellt är mycket stort. Uppskattningsvis rapporteras endast drygt 10 procent av alla sexualbrott till myndigheterna, och det är möjligt att denna andel är ännu lägre när offren är barn [7].

Även om vi inte vet om det finns ett klart orsakssamband, så är sexuella övergrepp under barndomen förknippade med ett flertal negativa konsekvenser under tonåren och i vuxen ålder. Bland dessa kan nämnas fysisk och psykisk ohälsa, missbruk av alkohol och droger, självskadebeteende, antisocialt beteende och sexuella problem [8–10].

Det främsta målet med behandling av personer i riskzonen för att begå sexuella övergrepp mot barn är att förhindra att fler barn blir offer. Detta kan vara viktigt att betona, eftersom den offentliga debatten om sexuella övergrepp mot barn ofta präglas av ”hårdare tag”-attityder, med betoning på strängare bestraffning av förövare. Det riktas inte lika stor uppmärksamhet mot behovet av effektiva metoder för att förhindra nya brott mot barn. Denna rapport fokuserar på sådana metoder. Utgångspunkten är att syftet med behandling av personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn, för första gången eller som återfallsbrott, är att förhindra att fler barn blir offer för sexuella övergrepp.

## **Vilka begår sexuella övergrepp mot barn?**

Vi känner inte till några enskilda utmärkande drag, erfarenheter eller diagnoser som är nödvändiga eller tillräckliga för att förklara varför vissa personer vid enstaka tillfällen eller upprepade gånger begår sexuella övergrepp mot barn. Det finns dock ett flertal riskfaktorer för utveckling av och återfall i sexuellt övergrepps-beteende (se Faktaruta 1.2) [11,12]. Med andra ord är sexuella övergreppshandlingar mycket sällan ett direkt resultat av en enskild psykisk störning eller missförhållanden under uppväxten, eller ett ”symtom” på någonting annat.

De flesta av dagens forskare brukar betrakta och beskriva sexuella övergrepp som ett komplext *beteende* som orsakas av många samtidigt förekommande och interagerande risk- och skyddsfaktorer. Riskfaktorerna skiljer sig dessutom delvis mellan de personer som begår sexualbrott mot vuxna och de personer som begår sexuella övergrepp mot barn [11]. För att ytterligare komplicera saken, är det troligt att den relativa betydelsen av riskfaktorer för sexuellt våld varierar sinsemellan i olika tider och sammanhang.

**Faktaruta 1.2** Korrelat eller riskfaktorer för sexuella övergrepp mot barn (baserat på meta-analyser av Whitaker och medarbetare för vuxna [11] och Seto och medarbetare för ungdomar [10]).

Jämfört med **personer som inte begått brott** är följande faktorer vanligare hos vuxna som begår sexuella övergrepp mot barn:

- beteendeproblem, aggressivt beteende och alkohol- eller drogmissbruk
- depressiva symtom, bristande sociala färdigheter och dåligt fungerande kärleksrelationer.

Många av dessa korrelat/riskfaktorer delas även av dem som begår andra brott än sexuella och skulle kunna betraktas som allmänna riskfaktorer när det gäller brottslighet.

Jämfört med **andra brottslingar**, har vuxna och ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn oftare:

- parafilier eller avvikande sexuellt beteende, inklusive pedofili (se Faktaruta 1.3)
- attityder som stödjer att ha sex med barn (gäller endast vuxna förövare)
- hypersexualitet (ibland kallat sexmissbruk)
- själva varit offer för sexuella övergrepp under barndomen
- bristande sociala färdigheter och dysfunktionella kärleksrelationer.

Jämfört med **sexuella brottslingar som har vuxna som offer** (t ex våldtäktsmän), visar vuxna som förgriper sig på barn lika ofta ovanstående riskfaktorer, men lägre frekvenser av externaliserade problem (inklusive beteendeproblem, aggressivitet och missbruk).

Den sistnämnda gruppen av korrelat/riskfaktorer skulle alltså kunna betraktas som specifik för sexuella brott.

En vanlig stereotyp bild av förövaren, som ofta förekommer i skildringar i skönlitteratur eller i medier, är en ensam vuxen man som uppehåller sig i områden där barn bor, leker eller går i skolan, och inväntar rätt tillfälle för ett övergrepp. Men trots att vuxna män är överrepresenterade i offentlig brottsstatistik, tyder forskning på att förövare av sexualbrott mot barn varierar beträffande ålder, riskfaktorprofiler, motiv och behandlingsbehov. Forskningen baseras på redogörelser från offren samt på anonym självrapportering av sexuella övergrepp mot barn i ett representativt urval av den allmänna befolkningen. Förövaren är ofta en vän eller nära släkting och kan vara kvinna, ett barn i samma ålder eller en tonåring, en person med begåvningshandikapp eller för den delen en framstående akademiker. Det kan vara någon som har upplevt dåliga uppväxtförhållanden, någon som har missbruksproblematik och psykisk sjukdom eller någon som för övrigt är välanpassad och integrerad i samhället men som har pedofila sexuella fantasier och intressen (se Faktaruta 1.3). Det är viktigt att det förebyggande arbetet mot sexuella övergrepp mot barn, inklusive behandling av kända förövare, tar hänsyn till denna heterogenitet.

### Faktaruta 1.3 Pedofili.

- Pedofili och hebefili är parafilier, psykiska sjukdomar som karakteriseras av ihållande och återkommande, intensiva sexuella fantasier, begär eller beteenden som rör barn före puberteten (pedofili) eller barn som just kommit in i puberteten, vanligen 12 år eller yngre (hebefili). De mest använda diagnostiska kriterierna presenteras i den amerikanska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [13].
- Det är viktigt att poängtera att diagnosen pedofili endast ställs om personen har gett efter för sina sexuella begär (t ex har begått ett sexuellt övergrepp mot ett barn) eller om de sexuella begären eller fantasierna orsakar betydande besvär eller problem i relationer med andra personer.
- Alla som begår sexuella övergrepp mot barn uppfyller inte kriterierna för pedofili (de kan istället vara sexuellt opportunistiska).
- En stor andel av de personer med sexuell preferens för förpubertala barn kommer förmodligen inte att begå sexuella övergrepp mot barn (eftersom de har få övriga riskfaktorer och eftersom de har skyddsfaktorer, som minskar sannolikheten att de ska agera).
- Även om pedofili är en relativt stark riskfaktor för sexualbrott mot barn, är den varken nödvändig eller tillräcklig som enda riskfaktor för att någon ska begå sexuella övergrepp mot barn.
- Personer som är minst 16 år gamla, och minst 5 år äldre än den föredragna åldern, kan få diagnosen pedofili.
- Såväl män som kvinnor kan få diagnosen pedofili, men liksom vid alla studerade parafilier är män kraftigt överrepresenterade.
- Orsakerna till pedofili är inte helt klarlagda, men bland riskfaktorerna finns en genetisk sårbarhet för sexuell dragning till barn, neuropsykiatrisk problematik och egen erfarenhet av att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp under barndomen [14].

Förövare av sexuella övergrepp mot barn är oftast unga eller vuxna män. Andelen unga, under 21 års ålder, som döms för sexualbrott, inklusive sexuella övergrepp mot barn, varierar mellan 20 och 30 procent. De flesta som begår sexuella övergrepp mot barn har haft dåliga uppväxtförhållanden och uppvisar ibland ett problematiskt beteende redan under barndomsåren. Många riskfaktorer är desamma som för generell brottslighet medan andra är mer specifika för vuxna och ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn (se Faktaruta 1.2) [10,11]. Den utvecklingsrelaterade faktor som tydligast skiljer dem som begår sexuella övergrepp mot barn från andra brottslingar är att sexualförövarna i högre utsträckning själva varit offer för sexuella övergrepp som barn. Orsakssambandet är dock inte helt klarlagt. Dessutom finns sannolikt skillnader mellan vuxna och ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn, t ex grupptrycksfaktorer och sämre förståelse för acceptabelt sexuellt beteende hos ungdomar [15].

Kvinnliga förövare av sexuella övergrepp mot barn utgör mindre än 5 procent av alla misstänkta eller dömda sexualbrottsförövare. Samma låga andel återfinns i såväl offentlig brottsstatistik som studier av självrapporterad offererfarenhet [16,17]. Mörkertalet, dvs de sexualbrott som aldrig rapporteras till myndigheterna, kan dock vara väsentligt högre när det gäller kvinnliga än manliga förövare av sexuella övergrepp mot barn [18]. Framst pga den låga förekomsten av sexuella övergrepps-beteenden bland kvinnor är det svårt att samla ihop en tillräckligt stor studiepopulation vid någon enstaka klinik eller forskningsenhet, och följaktligen finns det mycket få studier som handlar om kvinnliga sexualbrottsförövare. Den forskning som finns visar att kvinnliga förövare skiljer sig från de manliga när det gäller förekomsten av psykiatriska sjukdomar och tillvägagångssätt, och de har lägre återfallstal [16,19,20]. Eftersom kunskapen om kvinnliga förövare av sexuella övergrepp mot barn är begränsad, både när det gäller riskfaktorer och behandling, är det svårt att bilda sig en uppfattning om lämpliga behandlingsformer. Det är ändå viktigt att vara medveten om att förövaren kan vara en kvinna. Det är troligt att stereotyper av den ”typiska” förövaren av sexualbrott mot barn försvårar möjligheterna att upptäcka kvinnliga förövare.

Ungefär 50 procent av alla vuxna som begår sexuella övergrepp mot barn rapporterar retrospektivt att deras avvikande sexuella intressen eller beteenden började redan under barndomen eller tonåren [21,22]. Fastän denna retrospektiva iakttagelse inte säger oss något om eventuella orsakssamband, har den lett till en ökad uppmärksamhet på problematiska sexuella beteenden under barndomen. Sexuell lek och att barn undersöker sin egen och andra barns kroppar är vanligtvis en naturlig del i barns utveckling. Detta gäller under förutsättning att det handlar om lekfulla sexuella beteenden som inträffar sporadiskt, att dessa inte leder till psykiskt eller fysiskt lidande bland andra och att barnens beteende påverkas och förändras av tillrättavisningar från föräldrar eller lärare [23,24]. Däremot kan vissa sexuella beteenden tyda på, eller i sig själva utgöra, en risk för barnets eller andra barns välbefinnande. Sådana beteenden brukar kallas för sexuella problembeteenden (SPB). Det är viktigt att poängtera att SPB inte är ett medicinskt tillstånd eller en diagnos, utan används för att beskriva barn som före tonåren uppvisar sexuella beteenden som är socialt oacceptabla. SPB är störande, ofta förekommande sexuella beteenden som är alltför avancerade för barnets utvecklingsnivå, och vanligen inte förknippade med sexuell njutning. Beteendet riktas ofta mot andra barn och barn med SPB lyder ofta inte när de blir tillrättavisade (se Faktaruta 1.4). Barn med SPB har ofta andra känslomässiga problem eller beteendestörningar, såsom impulsivitet, normbrytande beteenden och svårigheter att samspeja på ett bra sätt med jämnåriga [23,25].

Förekomsten av SPB hos barn i befolkningen är oklar. En studie om föräldrarapporterat sexuellt beteende hos ett representativt urval av svenska förskolebarn redovisade en stor variation av sexuellt beteende hos 3–6-åringar. Fyrtio procent av barnen uppvisade någon form av sexuellt beteende (t ex leka doktor eller i hemmiljö röra vid sitt eget könsorgan eller titta på när andra klär av eller på sig). Endast 3 procent av barnen uppvisade sexuella problembeteenden (sexlekar med dockor, initiering av sexlekar med andra barn eller försök att röra vuxnas könsorgan) [26]. Författarna menade att då både föräldrar och förskolelärare rapporterar ovanliga sexuella beteenden bör detta tas på allvar och utredas [24].

Några möjliga riskfaktorer för utveckling av SPB är neuropsykiatrisk störning, sexuellt eller fysiskt trauma, våld i hemmet, explicit vuxen sexuell aktivitet i hemmet och bristfällig tillsyn från föräldrarna [23]. Det finns också belägg för ärftlig sårbarhet [25].

De nationer som tillträder Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp förbinder sig också att erbjuda barn med SBP särskilt anpassade program för behandling. Därför har vi valt att också inkludera studier av insatser till barn med SPB i denna översikt.

#### **Faktaruta 1.4** Barn med sexuella problembeteenden (SPB) efter Elkovitch [23].

Barn med sexuella problembeteenden (SPB) är yngre än 13 år.

SPB är

- ett varaktigt mönster av påträngande sexuella beteenden
- oftast riktat mot andra, yngre barn
- för avancerade för barnets utvecklingsnivå och ålder
- inte socialt lämpliga eller accepterade.

SPB

- kan innebära hot eller fysiskt aggressivt beteende
- leder till att man själv eller andra lider känslomässig eller fysisk skada
- stör eller hindrar ålderstypiska intressen och aktiviteter för barnet.

Barn med SPB lyder inte direkt vid försök till tillrättavisanden.

Inom ramen för detta projekt gick vi också igenom studier av behandlingsmetoder för personer som ännu inte begått något sexuellt övergrepp mot barn, men hade förhöjd risk att göra det. Sådana riskindivider definierades som vuxna eller ungdomar som åtalats för barnpornografi-brott samt personer som sökt hjälp för pedofil eller hebefil läggning (se Faktaruta 1.3).

## **Internationella juridiska trender beträffande sexuella övergrepp mot barn**

Sexualbrott medför betydande negativa folkhälsokonsekvenser och samhällskostnader. Därför är ett evidensbaserat underlag nödvändigt för att öka sannolikheten att lagstiftning och kriminalvård blir så effektiva som möjligt med att förebygga brott. Framför allt USA, men också England, har mycket stränga och integritetskränkande uppföljningsregler för sexualbrottsförövare, även i jämförelse med förövare av våldsbrott som inte är sexualbrott [27]. Det finns t ex offentliga register på internet med namn, hemadress och bild på alla som dömts för sexualbrott. På många orter måste polisen informera boende om var sexualbrottsdömda bor, och de som frigges efter fängelsepåföljd får inte befinna sig i närheten av skolor eller andra ställen där barn vistas. Många delstater i USA har särskild "sexually violent predator"-lagstiftning (ungefär: "sexuellt våldsamt rovdjur"). Denna innebär att sexualbrottsförövare som bedöms ha hög risk för återfall av samhällsskyddsskäl kan kvarhållas i fängelse under långa perioder, t o m utan tidsbegränsning, efter det att de har avtjänat sin fängelsepåföljd. Denna förebyggande lagstiftning fokuserar på samhällets rätt att skydda sig mot eventuella framtida brott när man beslutar om att eventuellt minska på restriktioner för eller frige sexualbrottsförövare som kvarhålls eller övervakas.

Åtgärder som de ovan föreslås allt oftare även i Sverige. Syftet är förstås att försöka skydda allmänheten mot sexualbrott. Däremot förefaller det empiriska stödet för dessa av många omtyckta förslag inom kriminalpolitiken vara mycket begränsat eller tyder på inga eller t o m negativa effekter på återfallsrisk och upplevd trygghet [27–29].

### **Behandlingsprogram**

Det finns hundratals forskningsrapporter, huvudsakligen från USA, Kanada och Storbritannien, som beskriver möjliga effektiva behandlingsalternativ för att förebygga sexualbrott. En rad olika behandlingssätt har föreslagits, tillämpats och ibland utvärderats, om än sällan på ett tillfredsställande sätt. Individuell och gruppbaserad psykoanalys eller psykoanalytiskt inspirerad insiktsterapi har använts för att behandla tidiga trauman, inre konflikter eller störda objektrelationer. Enligt andra



behandlingstraditioner har beteendeterapi med elstötar och behandling med testosterondämpande läkemedel använts i syfte att dämpa alltför stark sexuell upphetsning eller upphetsning av avvikande slag. Fastän utvecklingen av behandlingar över tid inte nödvändigtvis är logisk försöker dagens behandlingar vanligen integrera lovande behandlingsinslag från olika traditioner. Till dessa hör kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallspreventivt fokus samt multisystemisk terapi (MST, används för ungdomar). Behandlingsmetoder som i dag används i Sverige redovisas i Faktaruta 1.5.

**Faktaruta 1.5** Behandlingsmetoder som idag används i Sverige i syfte att förhindra återfall bland sexualbrottsförövare mot barn.

- Oftast används behandlingar baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. Ibland inkluderas så kallade återfallsförebyggande komponenter.
- Den största vårdgivaren i Sverige är Kriminalvården som tillämpar ett nationellt behandlingsprogram som importerats från den kanadensiska Kriminalvården (Canadian Correctional Services) och anpassats till svenska förhållanden. Programmet ges huvudsakligen i grupp men kan även ges individuellt. Strukturerade behandlingsinsatser mot missbruk läggs till vid behov.
- I öppenvårdsmiljö används ofta mer varierade behandlingsinsatser. Detta kan innebära fokus på förbrytarens barndomstrauma, empati med offren eller dåligt självförtroende. Behandling av samtidiga psykiska störningar ingår ofta.
- I allmänhet används sällan farmakologisk behandling. Ett undantag utgör viss rättspsykiatrisk vård.
- För behandling av ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn är KBT mindre vanligt.

Hittills har de flesta metodutvärderingar av sexualbrottsprevention varit av låg vetenskaplig standard (se systematiska översiktsartiklar [30–36], inklusive en nyligen publicerad meta-översikt [37]). Dessutom använder de flesta behandlingsstudier blandade grupper av förövare, dvs med varierande proportioner av personer som begått våldtäkt mot vuxna, personer som begått sexuella övergrepp mot barn och tonåringar samt blottare. Eftersom olika undergrupper av sexualbrottsförövare delvis skiljer sig åt avseende riskprofiler är det sannolikt att effekten av en viss behandling kommer att variera beroende på vilken undergrupp av förövare som utgör den största andelen i en studerad population [11,12].

För att vi ska få bättre kännedom om vilka metoder som fungerar förebyggande specifikt mot sexuella övergrepp mot barn, bör den tillgängliga forskningen utvärderas systematiskt. Behandling som baseras på bättre empiriskt stöd skulle kunna leda till väsentliga humanitära och samhällsekonomiska vinster.

## **Europarådets initiativ om sexuella övergrepp mot barn**

*Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp* etablerades i oktober 2007 [38]. Under konventionen ska varje part säkerställa att personer som befarar att de kan komma att begå sexuella övergrepp mot barn får tillgång till *effektiva* (vår kursivering) program eller åtgärder som syftar till att utvärdera och förebygga riskerna för att brott begås (artikel 7). Varje part ska också säkerställa, i enlighet med nationell rätt, att personer som dömts för sexualbrott mot barn har tillgång till *effektiva* (vår kursivering) förebyggande eller behandlande program i syfte att förhindra och reducera riskerna för upprepade sexualbrott mot barn (artikel 15:1). Vidare ska varje part säkerställa att förebyggande eller behandlande program eller åtgärder utvecklas eller anpassas, så att de uppfyller utvecklingsbehoven hos barn som begår sexuella övergreppshandlingar i syfte att behandla deras sexuella beteendeproblem (artikel 16:3). Slutligen ska varje part tillhandahålla en bedömning av hur väl genomförda program och åtgärder fungerat (artikel 15:4). Om Sverige tillträder konventionen innebär detta alltså ett åtagande att erbjuda effektiva behandlingar för såväl vuxna som barn och dessutom att utvärdera effekten av dessa behandlingar.

## Uppdrag

Uppdraget att utvärdera behandlingsmetoder för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn gavs till SBU av regeringen 2010 (S2010/886/SF).

## Frågeställningar

1. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn?
2. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn?
3. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till barn med sexuella problembeteenden (SPB)?
4. Vilka etiska och sociala aspekter är förenade med metoder avsedda att förebygga sexuella övergrepp mot barn?
5. Är övergreppsförebyggande insatser kostnadseffektiva?

## Målgrupper

Rapporten är i första hand avsedd som faktaunderlag för Socialdepartementet. Den riktar sig även till administratörer och annan personal inom kriminalvård, socialtjänst, psykiatrisk vård samt intresseorganisationer. Rapporten kan också vara av värde för offer för sexuella övergrepp, deras närstående och allmänheten.

## Referenser

1. Freyd JJ, Putnam FW, Lyon TD, Becker-Blease KA, Cheit RE, Siegel NB, et al. Psychology. The science of child sexual abuse. *Science* 2005;308:501.
2. Krug E, Mercy J, Dahlberg L, Zwi A. The world report on violence and health. *J Lancet* 2002;360:1083-8.
3. BRÅ. Brottsförebyggande rådet. Statistik över anmälda brott. The Swedish National Council for Crime Prevention. (In Swedish). Available at <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>. Accessed on Nov 2010.
4. Priebe G, Svedin C. Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *J Child Sex Abus* 2009; 18:19-39.
5. Steel J, Herlitz C. The association between childhood and adolescent sexual abuse and proxies for sexual risk behavior: A random sample of the general population of Sweden. *Child Abuse Negl* 2005;29:1141-1153.
6. Edgardh K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr* 2000;89:310-319.
7. BRÅ. Rapport 2008:12. Brottsoffers benägenhet att polisanmäla brott. The Swedish National Council for Crime Prevention. ISBN. 978-91-85664-96-2.
8. Nelson E, Heath A, Madden P, Cooper M, Dinwiddie S, Bucholz K, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:139.
9. Afifi T, Enns M, Cox B, Asmundson G, Stein M, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health* 2008;98:946.
10. Seto M, Kjellgren C, Priebe G, Mossige S, Svedin C, Långström N. Sexual coercion experience and sexually coercive behavior: A population study of Swedish and Norwegian male youth. *Child Maltreat* 2010;15:219.
11. Whitaker DJ, Le B, Hanson RK, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2008;32:529-48.
12. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:1154-63.
13. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association:2000. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).
14. Seto MC. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention, American Psychological Association Washington, DC; 2007; 978-1-4338-0114-3.
15. Letourneau EJ, Miner MH. Juvenile sex offenders: A case against the legal and clinical status quo. *Sex Abuse* 2005; 17:293-312.

16. Fazel S, Sjöstedt G, Grann M, Långström N. Sexual offending in women and psychiatric disorder: a national case-control study. *Arch Sex Behav* 2010; 39:161-7.
17. Cortoni F, Hanson RK, Coache M. Les délinquantes sexuelles: Prevalence et récurrence (Female sexual offenders: Prevalence and recidivism). *Rev Int Criminol Police Tech* 2009:319-36.
18. Kjellgren C, Priebe G, Svedin CG, Mossige S, Långström N. Female youth who sexually coerce: prevalence, risk, and protective factors in two national high school surveys. In: *J Sex Med* Sept 15, 2009 ed. Blackwell Publishing Inc; 2009.
19. Cortoni F, Hanson RK, Coache MÈ. The recidivism rates of female sexual offenders are low: A meta-analysis. *Sex Abuse* 2010;22:387-401.
20. Cortoni F, Hanson RK. A review of the recidivism rates of adult female sexual offenders (Report No R-169). Ottawa: Correctional Service of Canada 2005.
21. Abel G. Evaluating and treating rapists and child molesters current status [from research into violent behavior overview and sexual assaults, 1978 - SEE NCJ-55729] Available at: <http://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=55739>.
22. Marshall WL, Barbaree HE, Eccles A. Early onset and deviant sexuality in child molesters. *J Interpers Violence* 1991; 6:323-35.
23. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework. *Clin Psychol Rev* 2009;29:586-98.
24. Larsson I, Svedin C. Teachers' and parents' reports on 3-to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child Abuse Negl* 2002;26:247-66.
25. Långström N, Grann M, Lichtenstein P. Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: a study of same-sex twins. *Arch Sex Behav* 2002;31:343-50.
26. Larsson I, Svedin CG. Sexual behaviour in Swedish preschool children, as observed by their parents. *Acta Paediatr* 2001;90:436-44.
27. Bonnar-Kidd KK. Sexual offender laws and prevention of sexual violence or recidivism. *Am J Public Health* 2010;100:412-9.
28. Letourneau E, Armstrong K. Recidivism rates for registered and nonregistered juvenile sexual offenders. *Sex Abuse* 2008;20:393.
29. Tewksbury R, Jennings W. Assessing the impact of sex offender registration and community notification on sex-offending trajectories. *Crim Justice Behav* 2010; 37:570.
30. Kilmann PR. The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *J Sex Res* 1982;18:193-252.
31. Gallagher A, Wilson DB, Hirschfield P, Coggeshall MB, MacKenzie DL. A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly* 1999;3(4):19-29.
32. Nagayama Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:802-9.

33. Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169-94.
34. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol* 2005;1:117-46.
35. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008;20:10-9.
36. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000251.
37. Corabian P, Ospina M, Harsta C. Treatment for convicted adult male sex offenders. Institute of Health Economics, Edmonton AB, Canada. ISBN 978-1-897443-74-3 (print), ISSN 978-1-897443-75-0 (online). Available at [www.ihe.ca](http://www.ihe.ca); 2010.
38. European Union Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Council of Europe. Treaty Series No. 201. 2007 [Downloaded on September 20, 2010] from <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=201&CL=ENG>.



## 2. Metodbeskrivning

---

### Fokuserade frågeställningar

Projektet har fem frågeställningar:

1. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn?
2. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn?
3. Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till barn med sexuellt problembeteende (SPB)?
4. Vilka etiska och sociala aspekter är förenade med metoder avsedda att förebygga sexuella övergrepp mot barn?
5. Är övergreppsförebyggande insatser kostnadseffektiva?

### Inklusionskriterier och avgränsningar

Följande kriterier fastställdes för urval av studier:

#### Populationer

Studier på förövare eller potentiella förövare av sexualbrott mot barn inkluderades, liksom studier på barn med sexuella problembeteenden (SPB). Dessa grupper identifierades på något av följande sätt:

- I. vuxna som har begått sexuella övergrepp mot barn
  - vuxna lagförda för sexuella övergrepp mot barn (exempelvis våldtäkt, sexuellt utnyttjande, sexuellt ofredande)
  - vuxna som själva rapporterat om sexuella övergreppshandlingar mot barn



- II. ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn eller jämnåriga
- III. vuxna och ungdomar som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn
  - personer lagförda för barnpornografibrott
  - personer som självrappporterat om pedofili eller hebefili  
upphetsningsmönster
- IV. barn med sexuella problembeteenden.

## Interventioner

Studier av behandlingar av såväl farmakologisk (t ex antiandrogener och selektiva serotoninåterupptagshämmare) som psykologisk och psykopedagogisk karaktär inkluderades. Även internationellt idag använda metoder som inte tillämpas i Sverige har ingått i underlaget. Däremot exkluderade vi historiska behandlingsmetoder som ofokuserad psykoterapi i grupp, beteendeterapi av aversionstyp och kirurgisk kastrering. Dessa behandlingsformer används sällan idag, eller är tvivelaktiga ur ett etiskt perspektiv.

## Kontroll

Studier som utvärderar effekten av interventionen ska ha en jämförelsegrupp. Denna grupp kan ha fått sedvanlig vård eller av någon anledning inte fått aktiv behandling. Endast studier med relevant jämförelsegrupp inkluderades. Skälet till att kontrollgruppen inte fick aktiv behandling var avgörande för denna bedömning. Personer som vägrar behandling eller hoppar av från behandling skiljer sig ofta avsevärt från personer som accepterar och fullföljer behandling beträffande riskfaktorer för återfall i sexualbrott. I studier där den enda jämförelsegruppen utgörs av sådana individer kan en skillnad i återfall mellan grupperna bero på dessa skillnader lika gärna som på behandlingen. Därför exkluderades sådana studier. Historiska kontroller accepterades, men för dessa ställdes ytterligare krav på jämförbarhet, främst beträffande närhet i tid, t ex omedelbart före aktuell jämförd behandlingsperiod, framför allt i form av möjliga förändringar i anmälningsbenägenhet och samhällets reaktioner på brottslighet.

## Utfallsmått

Primärt utfallsmått var sexuella övergrepp mot barn, mätt på något av följande vis:

- faktiska lagföringar för sexualbrott mot barn, inklusive barnpornografibrott
- gripanden av polis för misstänkt sexualbrott mot barn, inklusive barnpornografibrott
- brott mot eventuellt ställda villkor i sexualbrottspåföljd
- självrapporterade sexuella övergrepp mot barn, inklusive barnpornografibrott.

Som surrogatmått för sexuella övergrepp mot barn räknades självrapporterade sexuella impulser som inbegriper sexuella övergreppshandlingar mot barn, samt sexualbrott mot vuxna.

## Studiedesign och uppföljningstid

**Studiedesign:** Randomiserade kontrollerade kliniska studier (RCT), prospektiva kontrollerade observationsstudier (så kallade kohortstudier eller uppföljningsstudier) samt prospektiva fall–kontrollstudier (baserade på prospektiv datainsamling) inkluderades. I första hand avsåg vi att inkludera tidigare systematiska litteraturöversikter och metaanalyser, men det visade sig att dessa hade helt andra inklusionskriterier än de som bestämts för denna litteraturöversikt. Därför har endast enstaka studier från de tidigare systematiska litteraturöversikterna och metaanalyserna inkluderats i översikten.

**Uppföljningstid:** Trots att uppföljningstider på minst tre år är brukligt för denna typ av studier inkluderades studier med en uppföljningstid på minst ett år för både interventions- och kontrollgruppen.

## Språklig avgränsning

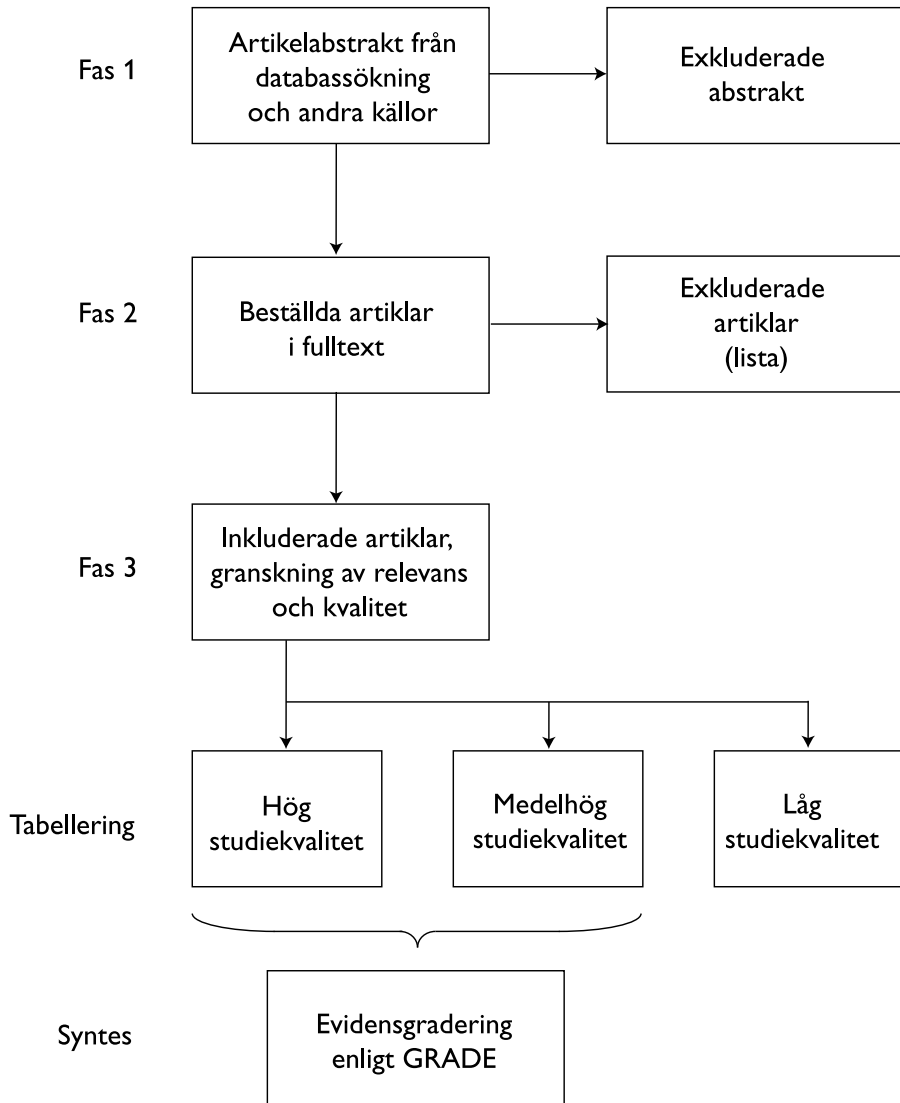
Enbart artiklar författade på engelska eller skandinaviska språk beaktades.

## Litteratursökning

Med utgångspunkt från projektets frågeställningar gjordes systematiska sökningar i bibliografiska databaser i nära samarbete mellan SBU:s informatiker och experterna i projektgruppen. Sökningarna gjordes i PubMed (NLM), PsycInfo (EBSCO), National Criminal Justice Reference Service Abstracts (EBSCO), Cochrane Library (Wiley), Campbell Library och International Bibliography of the Social Sciences (EBSCO), och resulterade i listor med sammanfattningar (abstrakt) av identifierade artiklar. Referenslistor, böcker och webbplatser användes för att identifiera ytterligare referenser. Sådana referenser användes sedan för att optimera sökstrategierna. Även så kallad grå litteratur inkluderades, alltså sådan litteratur som inte enkelt kan identifieras genom konventionella metoder. Grå litteratur identifierades bl a genom granskning av referenslistor. Samtliga sökningar utfördes mellan mars och september 2010. Sökstrategierna redovisas i detalj i Bilaga 2.

## Granskning och kvalitetsbedömning av litteraturen

Granskning och kvalitetsbedömning gjordes i tre faser enligt Figur 2.1.



**Figur 2.1** Granskningsprocessen.

## **Fas 1**

TVå sakkunniga från projektgruppen bedömde sammanfattningarna av artiklar (abstrakt) som togs fram vid databassökningen, oberoende av varandra. Artiklar som minst en av de sakkunniga bedömde kunna uppfylla de uppställda inklusionskriterierna beställdes i fulltext.

## **Fas 2**

Samma sakkunniga granskade fulltextartiklarna oberoende av varandra med avseende på inklusionskriterierna. Artiklar som ingen av granskarna bedömde vara relevanta exkluderades. Artiklar som exkluderats i denna fas redovisas i Bilaga 4.

## **Fas 3**

Artiklar som någon av de sakkunniga bedömt uppfylla inklusionskriterierna granskades noggrant av samma sakkunniga, oberoende av varandra. Denna granskning gjordes med hjälp av SBU:s granskningsmallar som anpassats till projektets förutsättningar (se Bilaga 3) för att bedöma hur väl studierna uppfyllde olika kvalitetskrav (redovisade nedan). Med ledning av detta fastställdes respektive studies kvalitet som hög, medelhög eller låg. Om granskarna var oeniga eller osäkra i bedömningen av en viss artikel togs denna upp till diskussion och bedömning i hela projektgruppen. Det var inte tillåtet att bedöma egna artiklar.

## **Bedömning av studiekvalitet**

TVå huvudtyper av studier var föremål för granskning i denna rapport: randomiserade kontrollerade studier (RCT) och prospektiva observationsstudier (kohortstudier samt fall–kontrollstudier baserade på prospektiv datainsamling). De randomiserade studiernas största förtjänst är att eventuella skillnader mellan behandlings- och kontrollgruppen vid studiens start enbart beror på slumpen. I observationsstudier på detta område har allokeringen till aktiv behandling respektive kontrollbehandling gjorts på annat sätt. Risken är därmed påtaglig för systematiska skillnader mellan grupperna, dvs för att observerade skillnader i utfall mellan grupperna helt eller delvis beror på andra saker än behandlingen. Därför måste man i observationsstudier använda statistiska modeller för att justera för kända förväxlingsfaktorer, särskilt när det finns obalanser mellan grupperna

vid studiens start. En risk med att ta med för många, eller fel, förväxlingsfaktorer i den statistiska modellen är överjustering, dvs då en verklig effekt maskeras efter justering för starkt korrelerade faktorer. De viktigaste förväxlingsfaktorerna i detta ämne är ålder, kön, tidigare sexualbrottslagföringar, tidigare icke-kontaktsexuallbrott, tidigare våld mot person, annan kriminalitet, offerrelation (känd/okänd), offrets kön, stabila vuxenrelationer samt, för historiska kontroller, tidsaspekter. Beroende på de olika studietypernas respektive förutsättningar har vi i detta projekt använt olika kriterier vid bedömningen beroende på studiens design.

Före bedömningen satte projektgruppen upp minimikrav för skattningar av hög, medelhög och låg studiekvalitet. Dessa minimikrav var vägledande vid bedömningen, men andra brister hos enskilda studier kunde också påverka det totala omdömet. Studier som skattades ha låg studiekvalitet uteslöts från evidensgraderingen.

## **Bedömning av studiekvalitet hos randomiserad kontrollerad studie**

Minimikrav för medelhög studiekvalitet hos randomiserad kontrollerad studie var

- (1) att randomisering skett på ett adekvat sätt
- (2) att det fanns minst 20 individer i varje behandlingsgrupp
- (3) att det inte fanns några skillnader mellan grupperna vid studiens start med avseende på kända förväxlingsfaktorer samt att hänsyn tagits till eventuella skillnader i analysen.

För hög studiekvalitet krävdes dessutom

- (1) att det fanns minst 50 individer i varje behandlingsgrupp
- (2) att behandlingen var kvalitetssäkrad, t ex genom att behandlingstillfällena filmats eller genom tät handledning av dem som utförde behandlingen.

## **Bedömning av studiekvalitet hos prospektiv observationsstudie**

Minimikrav för medelhög studiekvalitet hos prospektiva observationsstudier var:

- (1) att de jämförda interventionernas innehåll var tydligt definierade
- (2) att ett flertal av de kända förväxlingsfaktorerna identifierats vid studiens start samt att man justerat för eventuella skillnader i analysen
- (3) att grupperna rekryterats på ett sätt som minimerar risken för systematiska fel
- (4) att grupperna valts ut och diagnostiserats på likartat sätt.

För hög studiekvalitet krävdes dessutom

- (1) tillräcklig statistisk styrka, alltså signifikant positiva data eller poweranalys
- (2) att majoriteten av de kända förväxlingsfaktorerna identifierats vid studiens start samt att man justerat för eventuella skillnader i analysen
- (3) att behandlingen var kvalitetssäkrad.

## **Bedömning av studiekvalitet hos hälsoekonomiska studier**

Rutinerna för kvalitetsgranskning av hälsoekonomiska artiklar är beskrivna i särskilt avsnitt om hälsoekonomiska studier.

## **Bedömning av studiekvalitet hos systematiska översikter**

Vid kvalitetsbedömning av systematiska översikter användes den internationella granskningsmallen AMSTAR [1].

## **Dataextraktion**

För studier av minst medelhög kvalitet extraherades och sammanfattades viktiga data i tabeller. Följande data presenteras i tabell: författare, år för publikationen, land där studien utförts, studietyp, författarnas eventuella bindningar till den undersökta interventionen, studiedesign, den tidsperiod som studien rekryterade sina deltagare, den miljö där interven-

tionen utfördes, uppföljningstid, beskrivning av de ingående studiedeltagarna, antal ingående studiedeltagare i respektive behandlingsgrupp samt avhoppsfrekvens, baslinjedata (avser främst kända förväxlingsfaktorer, beskrivning av de jämförda interventionerna, metod för datainsamling, effekter (avser de i förväg uppställda utfallsmåtten) samt eventuella biverkningar. Därtill lades ett sammanfattande omdöme om studiens kvalitet och eventuella kommentarer. Beräkningar av relativ risk (RR) baserades på återfallsdata från respektive studie med Mantel-Haenszel metod.

## Evidensgradering av resultaten

Studier av hög eller medelhög kvalitet har ingått i underlaget för att bedöma effekter av de utvärderade interventionerna. I evidensgraderingen beaktas alltså inte studier av låg kvalitet. För varje effektmått gjordes en samlad bedömning av studiernas resultat med hjälp av det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE (se Faktaruta 2.1) [2]. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos–respons samband.

För detta projekt gjordes avdrag för bristande överförbarhet om endast en studie ingick i underlaget för ett resultat, såvida inte studien hade en multicenterdesign. Skälet till denna bedömning var att man inte kan utesluta att andra, kontextberoende faktorer bidragit till resultatet. Vidare gjordes avdrag för bristande precision om studiens populationsstorlek underskred den beräknade optimala populationsstorleken med 50 procent. Avdrag gjordes för studiekvalitet om inte minst en av de ingående studierna hade hög kvalitet. Undantag från denna regel var om enda skälet till att en studie nedgraderats från hög till medelhög kvalitet var bristande statistisk styrka. I sådana fall gjordes i stället avdrag för bristande precision.

Beräkning av statistisk styrka gjordes med hjälp av ett webbaserat kalkylprogram [3] för signifikansnivån 5 procent och en statistisk styrka på



80 procent. Ingångsparametrar var kontrollgruppens återfallsfrekvens och en relativ riskreduktion på 20 procent.

Evidensstyrkan graderades i fyra nivåer:

**Starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Måttligt starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Begränsat vetenskapligt underlag** (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

**Otillräckligt vetenskapligt underlag** (⊕○○○). När vetenskapligt underlag saknas, när tillgängliga studier har låg kvalitet eller när studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

### ***Slutsatser***

*I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.*

## Faktaruta 2.1 Kategorisering av evidensstyrka enligt GRADE.

Sänk gradering om	Höj gradering om
Brister i studiekvalitet (maximalt -2)	Stora effekter och inga sannolika förväxlingsfaktorer (maximalt +2)
Bristande överensstämmelse mellan studierna (maximalt -2)	Tydligt dos-responssamband (maximalt +1)
Brister i överförbarhet/ relevans (maximalt -2)	Förväxlingsfaktorer borde leda till bättre behandlingsresultat i kontrollgruppen (maximalt +1)
Bristande precision (maximalt -1)	
Hög sannolikhet för publikationsbias (maximalt -1)	
Evidens från randomiserade kontrollerade studier tillskrivs initialt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕), medan evidens från observationsstudier tillskrivs begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕).	

## Etiska och sociala aspekter

Kapitlet om etiska och sociala aspekter följde inte formatet för en systematisk litteraturoversikt. En genomgång av litteraturen utfördes, men de utvalda studierna kvalitetsgranskades inte.

## Hälsoekonomiska studier

### Inklusionskriterier

Studierna ska omfatta både kostnader och effekter, vara relevanta för svenska förhållanden och innehålla jämförelser med bästa alternativet för analys av kostnadseffektivitet.

## Kvalitetsbedömning

Kvalitetsbedömningen gjordes i ett första steg av ansvarig hälsoekonom som sedan i samråd med ytterligare en hälsoekonom fastställde kvalitetsnivån. Kvaliteten på de underliggande studierna diskuterades tillsammans med företrädare för granskningen av den kliniska litteraturen. Bedömningen av hälsoekonomisk relevans omfattar vilka jämförelsealternativ som använts i analysen, vilket land som data hämtats från, vilket studieperspektiv som tillämpats och vilken tidshorisont som studien haft. Den metodologiska kvaliteten för hälsoekonomiska studier har bedömts med tillämpning av en granskningsmall baserad på etablerade metoder för hälsoekonomiska utvärderingar [4]. Viktiga aspekter har varit att artikeln tydligt ska redovisa vilka uppgifter som använts, vilka antaganden som gjorts samt redovisning av statistisk osäkerhet.

De hälsoekonomiska studierna kan ges en hög, medelhög eller låg kvalitet, men en hälsoekonomisk studie som bygger på en enskild klinisk studie kan aldrig få högre kvalitetsnivå än vad bakomliggande kliniska studie bedömts till.

### Generella krav

Studien är relevant för projektets frågeställningar. För den ekonomiska bedömningen gäller att studien motsvarar krav enligt inklusionskriterierna.

### Hög kvalitet

Utöver generella krav att studien uppfyller minst 80 procent av övriga kriterier.

### Medelhög kvalitet

Utöver generella krav uppfyller studien 60–80 procent av övriga kriterier.

### Låg kvalitet

Utöver generella krav uppfyller studien 40–60 procent av övriga kriterier.

## **Otillräcklig kvalitet**

Utöver generella krav uppfyller studien mindre än 40 procent av övriga kriterier. Studien uppfyller inte generella krav oavsett hur väl den uppfyller övriga kriterier.

## Referenser

1. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
2. Guyatt G, Oxman A, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924.
3. DSS Research. Researchers toolkit. <http://www.dssresearch.com/toolkit/default.asp>.
4. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, USA; 2005.

### 3. Systematisk litteraturöversikt

---

#### Slutsatser

- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi på återfall i sexualbrott för vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn.
- ❑ Vetenskapligt underlag saknas för att bedöma effekten av andra psykologiska behandlingsmetoder samt läkemedelsbehandling på återfall i sexualbrott för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn.
- ❑ För ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn finns begränsat vetenskapligt underlag för att multisystemisk terapi kan förebygga återfall i sexualbrott. Däremot är det vetenskapliga underlaget bristfälligt eller saknas helt för att bedöma effekten av andra psykologiska metoder samt läkemedelsbehandling.
- ❑ För vuxna och ungdomar som ännu inte har begått något sexuellt övergrepp mot barn, men löper sådan risk, saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om någon behandlingsmetod (psykologisk eller med läkemedel) kan förebygga sexualbrott.
- ❑ För barn med sexuella problembeteenden (SPB) som riktas mot andra barn är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) med föräldrastöd är mer effektivt än sedvanlig behandling för att förebygga framtida sexuella övergreppshandlingar. Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra behandlingsmetoder för barn som syftar till att förebygga framtida sexualbrott.

## Omfattningen av den systematiska översikten

Den systematiska översikten av behandlingsstudier med personer som begår sexuella övergrepp mot barn delades upp i tre delar: vuxna (19 år och äldre), ungdomar (12–18 år) och barn med SPB (upp till 12 år). Skälen till denna uppdelning var för det första att forskning kring behandling av vuxna förövare har pågått längre och i hög grad baseras på evidens från metoder utvecklade för behandling av kriminella som inte begått sexualbrott, t ex förövare av icke-sexuellt våld, egendomsbrott och narkotikarelaterade brott [1,2]. För det andra skiljer sig barn och ungdomar avsevärt från vuxna i fråga om kognitiv funktion, känslomässig stabilitet och social förmåga, vilket sannolikt avspeglas i olika riskfaktorprofiler och behov av skraddarsydda behandlingsmetoder.

## Insatser för vuxna som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

### Evidensgraderade resultat

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) med återfallsförebyggande insatser kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om andra psykologiska behandlingsmetoder än KBT samt farmakologisk behandling kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (studier saknas).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om psykologisk behandling eller läkemedelsbehandling kan förhindra sexuella övergrepp mot barn bland vuxna som ännu inte begått ett sådant brott men riskerar att göra det (studier saknas).

## Bakgrund

En betydande majoritet, ungefär 70–80 procent av dem som begår sexuella övergrepp mot barn, är vuxna män, dvs 19 år eller äldre [33]. Av logistiska och andra praktiska skäl har klinisk praxis och kriminalvård inriktad på att minska återfall i sexualbrott oftast arbetat med blandade grupper av sexualbrottsförövare. Därmed har också nästan alla studier av behandling för sexualbrottsförövare innehållit tre huvudgrupper av förövare: de som begått *våldtäkt* (vanligen definierad som sexuellt övergrepp mot en vuxen som innefattar våld eller hot om våld), de som utfört *sexuella övergrepp mot barn* och ibland ett mindre antal förövare som i sexuellt syfte exponerat könsorganet för okända och icke-samtyckande personer (exhibitionister, ”blottare”).

Vi inkluderade endast behandlingsstudier med vuxna sexualbrottsförövare där andelen förövare mot barn tydligt angivits för personerna i behandlings- och kontrollgrupperna. Studier där behandlingseffekterna för sexualbrottsförövare mot barn särredovisades togs med för bedömning oavsett andelen av sådana förövare i studiepopulationen. I annat fall krävde vi att den studerade gruppen bestod av minst 70 procent sexualbrottsförövare mot barn. Denna andel valde vi för att undvika att utesluta de studier som av praktiska skäl inkluderade 20–25 procent våldtäktsmän, men samtidigt kunna anta att en eventuell observerad effekt i första hand skulle gälla dem som begått sexuella övergrepp mot barn.

Forskning har visat att behandlingsmetoder för kriminella, även sexualbrottsförövare, bör följa risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (risk, needs, responsivity, RNR) för att nå optimal effekt (se Faktaruta 3.1) [2,3]. Riskprincipen understryker att återfall i brott kan förutses och att längre och mer intensiv behandling bör prioriteras till förövare med medelhög och hög återfallsrisk. Eftersom risknivån därmed skulle kunna påverka behandlingseffekten försökte vi bedöma vilken risk för återfall studiedeltagarna hade. Detta gjordes med utgångspunkt från studiernas miljö (villkorligt frigivna, behandlingshem, fängelse, sjukhus) och redovisade etablerade riskfaktorer för återfall i sexualbrott (tidigare sexualbrott och andra brott, kön, lägre ålder och typ av offer).

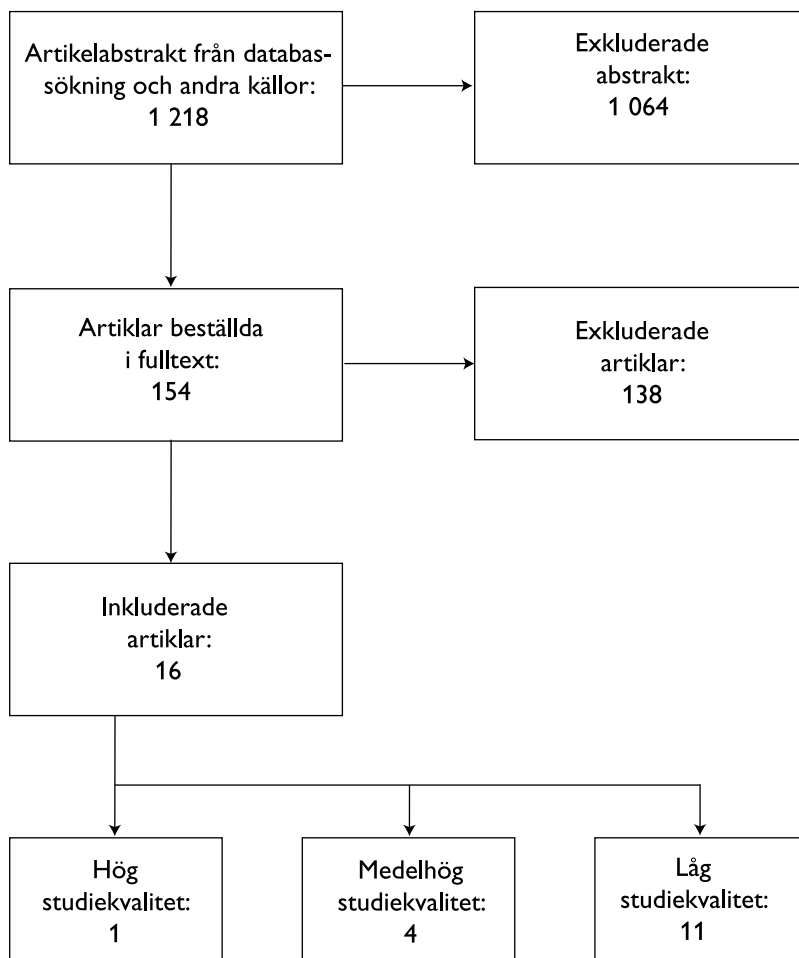


## Den systematiska kunskapsammansättningen

### Frågor

- Vilken återfallsförebyggande effekt har behandlingsmetoder som riktar sig till vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken effekt har förebyggande metoder som riktar sig till vuxna som inte begått, men riskerar att begå, sexuella övergrepp mot barn?

### Resultat av litteratursökning och urval av studier



**Figur 3.1** Urval av behandlingsstudier av vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn.

Efter genomsökning av litteraturen beställdes fulltextversioner av alla artiklar där titeln eller sammanfattningen tydde på att undersökningen gällde behandling. Vidare granskning av studierna ledde till exklusion av en hel del arbeten då de uppvisade en eller flera av följande brister:

1. Studien var inte en behandlingsstudie, utan snarare en litteraturöversikt, var beskrivande eller handlade om teori, behandlingsteknik eller organisationsfrågor.
2. Studien använde behandlingsdata, men endast för analys av riskfaktorer för avhopp från behandling eller återfall.
3. Studien använde behandlingsdata men redovisade inte data om obehandlade kontrollgrupper eller jämförelsegrupper. Detsamma gällde farmakologiska studier utan kontrollgrupp och studier med självrapportering av avvikande tankar eller riskbeteende (men inte sexuella övergrepp) som utfall.
4. Studien hade inte sexuella övergrepp som utfall.
5. Studien uppgav inte den totala andelen förövare som begått sexuella övergrepp mot barn, andelen var mindre än 70 procent eller så redovisades ingen separat analys av behandlingseffekten på dem som utfört sexuella övergrepp mot barn.
6. Studien handlade till övervägande del eller helt om omoderna behandlingsmetoder, alltså sådana som numera inte används av etiska, resursmässiga eller andra praktiska skäl, dvs kirurgisk kastrering, aversionsterapi med elstötar, onanimätnad och grupp-baserad psykoanalytiskt inspirerad insiktsterapi.

Studier med någon eller flera av dessa brister exkluderades i samtliga tre delar i denna översikt.

Sexton studier uppfyllde inklusionskriterierna: en randomiserad kontrollerad studie med hög kvalitet [4], fyra observationsstudier med medelhög kvalitet [5–8] och elva observationsstudier med låg kvalitet [9–19].

## Beskrivning av studier och resultat

**Tabell 3.1** Sammanfattning av resultat för kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn.

Effektmått	Antal personer (antal studier och studiedesign)	Effekt (95% KI)	Frekvens av utfall i kontrollgruppen	Evidensstyrka
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1 RCT <sup>1</sup> )	RR 1,10 (0,78; 1,56)	20%	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3 OBS <sup>2</sup> )	RR 0,23 (0,03; 2,01)	5%	⊕○○○
		RR 0,09 (0,01; 0,74)	16%	
		RR 1,03 (0,15; 6,92)	5%	
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1 OBS <sup>3</sup> )	RR 0,44 (0,19; 0,98)	28%	⊕○○○

KI = konfidensintervall; RR = relativ risk; RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.

<sup>1</sup> Marques och medarbetare 2005 [4].

<sup>2</sup> Procter 1996 [6], Marshall och medarbetare 2008 [7]  
McGrath och medarbetare 1998 [8].

<sup>3</sup> Davidson 1984 [5].

**Tabell 3.2** Summering av evidens för kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. Här specificeras underlaget för evidensgraderingen i rapporten. En nolla innebär att det inte funnits skäl att kritisera denna punkt. Ett minustecken innebär att det inte varit möjligt att bedöma denna punkt. Minus 1 eller 2 innebär att evidensstyrkan nedgraderats pga brister. Det går inte att nå en högre sammanlagd evidensstyrka än ⊕⊕⊕⊕ (starkt vetenskapligt underlag) eller en lägre än ⊕○○○ (otillräckligt vetenskapligt underlag).

Effektmått	Antal deltagare (studier)	Studietyp	Kvalitetsbrister	Samstämmighet	Överförbarhet	Statistisk styrka	Publikationsbias	Effektstorlek	Sammanvägt vetenskapligt underlag
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	-	-1	-2	0	0	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3)	OBS ⊕⊕○○	-1	0	0	-1	0	0	⊕○○○
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1)	OBS ⊕⊕○○	-1	-	-1	-1	0	0	⊕○○○

RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.

Den enda identifierade randomiserade kontrollerade studien av behandling för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn utfördes av Marques och medarbetare i USA [4,20]. Under åren 1985–1994 rekryterade författarna 484 dömda sexualbrottsförövare (78 procent hade begått sexuella övergrepp mot barn). Deltagarna matchades parvis beträffande ålder, kriminellt förflutet och typ av brott, och randomiserades sedan till behandling eller sedvanlig vård. Den manualiserade behandlingen baserades på kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp och innefattade responsprevention och återfallsprevention. Individuella terapisaamtal erbjöds också en gång i veckan. Studien bestod av ett intensivt tvåårigt behandlingsprogram och därefter obligatorisk eftervård under ett år. Behandlingen övervakades av forskare för att säkra behandlingsintegriteten. Efter frigivning från fängelse följdes klienterna upp och återfall i sexualbrott registrerades under minst 5 år (5–14 år). Av dem som genomgick behandling återföll 22 procent i sexualbrott (av vilka 82 procent fullföljt behandlingen), jämfört med 20 procent av personerna i kontrollgruppen. Liknande resultat gällde även för återfall i icke-sexuella våldsbrott. En viktig svaghet med studien gällde generaliserbarheten, då sexualbrottsdömda uteslöts från studien om sexualbrottet begåtts tillsammans med andra, eller rörde ett sexuellt övergrepp mot barn inom den egna familjen, dvs incest. Övriga krav var att deltagarna skulle erkänna sexualbrottet, inte ha varit dömda mer än två gånger tidigare (oavsett brott) och inte ha varit uttalat misskötsamma på anstalten. Dessa kriterier, tillsammans med den observerade återfallsfrekvensen i kontrollgruppen, tyder på att den studerade gruppen hade medelhög återfallsrisk. Studien hade begränsad statistisk styrka, men bedömdes ändå ha hög kvalitet.

I en opublicerad konferensrapport presenterade Davidson en kanadensisk studie av 57 personer, alla dömda för sexualbrott mot barn [5]. Dessa fick en behandling som omfattade beteendeterapi, social färdighetsträning samt psykoterapi i grupp och individuellt. Försökspersonerna rekryterades åren 1974–1982 och uppföljning pågick i 5 år efter frigivning. Återfallsfrekvensen jämfördes med den bland 57 obehandlade kontrollpersoner som frigivits under åren 1966–1974 och som matchats med försökspersonerna beträffande ålder, kön samt offrets ålder, kön och relation till förövaren. Av dem som genomgick behandling återföll 12 procent i sexualbrott, jämfört med 28 procent i kontrollgruppen. Visserligen visade

behandlingsgruppen betydligt lägre återfallsfrekvens i sexualbrott, men detta utfall kunde också förklaras av andra faktorer, t ex möjliga skillnader mellan grupperna som man inte registrerat vid studiens start, och ett oavsiktligt snedvidet urval av kontrollpersoner med förhöjd återfallsrisk (endast 50 procent av de historiska kontrollerna hade fullständiga journaler). Registrerade baslinjedata och den höga återfallsfrekvensen i kontrollgruppen tyder på att den studerade gruppen hade hög återfallsrisk. Studien bedömdes ha medelhög kvalitet.

Procter undersökte effekten av en kort, 10-dagars KBT-baserad behandling (sex timmar dagligen) med villkorligt frigivna sexualbrottsförövare, följt av 14 sammankomster under sex månader [6]. Studien utfördes i Storbritannien. De som fick behandling jämfördes med parvis matchade historiska kontroller som hade fått villkorliga domar under de fyra åren före behandlingen, 1989–1992. I båda grupperna var återfallsfrekvensen 5 procent. Avsaknaden av en påvisad effekt (positiv eller negativ) kan eventuellt bero på en eller flera av studiens många svagheter: behandlingen var mycket kortvarig, försöksgruppen var liten och kontrollgruppen exponerades för återfallsrisk över en längre tid (i genomsnitt 81 månader för kontrollgruppen jämfört med 66 månader för försöksgruppen). Det faktum att förövarna inte var frihetsberövade, registrerade baslinjedata och den låga återfallsfrekvensen i kontrollgruppen tyder på att den studerade gruppen hade låg återfallsrisk. Studien bedömdes ha medelhög kvalitet.

Marshall och medarbetare studerade 94 sexualbrottsdömda i ett kanadensiskt fängelse [7]. Behandlingen pågick åren 1997–2001 med en genomsnittlig uppföljningstid på tre år. I behandlingen ingick motiverande samtalsterapi och kognitiv beteendeterapi i grupp (2,5 timmar per vecka). Vid frigivning matchades försökspersonerna med 86 samtida kontrollpersoner med hänsyn tagen till ålder, brottshistoria, återfallsrisk och typ av offer. I behandlingsgruppen var återfallsfrekvensen 1 procent, jämfört med 5 procent i kontrollgruppen. Resultaten visade ingen statistiskt signifikant behandlingseffekt. Detta kan delvis bero på studiens uppläggning, med få deltagare och kort uppföljningstid. Rapporterade baslinjevariabler och den låga återfallsfrekvensen i kontrollgruppen tyder på att studiegruppen som helhet hade låg återfallsrisk. Studien bedömdes vara av medelhög kvalitet.

McGrath och medarbetare studerade 103 sexualbrottsförövare som erkänt sina brott och fått villkorlig dom (alltså inte fängslade) [8]. Studien ägde rum i Kanada. Förövarna fick genomgå en obligatorisk behandling under åren 1988–1995. Sjuttioen personer fick KBT och återfallsförebyggande insatser specialiserade för sexualbrottsförövare. Jämförelsegruppen bestod av 32 kontrollpersoner som av logistiska skäl fick icke-specialiserad behandling. I behandlingsgruppen återföll 1 procent i sexualbrott, jämfört med 15 procent i kontrollgruppen. Behandlings- och kontrollgrupperna var jämförbara avseende ålder, civilstånd, typ av sexualbrott, typ av offer och missbruk. Däremot var tidigare dom vanligare bland kontrollgruppen. Denna systematiska avvikelse kan ha bidragit till det ovanligt positiva utfall som rapporterades för den specialiserade behandlingen. Det faktum att förövarna inte var frihetsberövade och registrerade baslinjedata tyder på att den studerade gruppen hade låg återfallsrisk. Studien bedömdes ha medelhög kvalitet.

Vid evidensgraderingen för behandlingsmetoder av vuxna förövare av medelhög risk (Tabell 3.2) gjorde vi avdrag för bristande överförbarhet eftersom studien av Marques och medarbetare var begränsad till en enda anstalt. Med andra ord är det osäkert om resultaten är överförbara till andra anstalter. Den beräknade optimala studiestorleken för en studie avsedd att uppmäta en relativ riskreduktion på 20 procent med en återfallsfrekvens på 20 procent (som rapporteras i den aktuella studien) är 2 280 individer ( $\alpha=0,05$ ,  $\beta=0,20$ ) [21]. Populationen i studien av Marques ( $n=484$ ) är alltså mindre än en fjärdedel av den optimala studiestorleken. Med andra ord innebär den begränsade studiestorleken att sannolikheten att man felaktigt misslyckas med att påvisa en sann behandlingseffekt uppgår till nästan 70 procent (för ett ensidigt test). Dubbla avdrag gjordes för bristande statistisk styrka, ett för att studien var underdimensionerad, och ett för att ingen statistiskt säkerställd effekt påvisades. Sammantaget bedömdes det tillgängliga underlaget vara otillräckligt för att bedöma om KBT med återfallsförebyggande insatser kan förebygga återfall i sexualbrott hos vuxna förövare av medelhög risk för återfall.

För förövare med lägre och högre risk baserades det tillgängliga vetenskapliga underlaget på fyra observationsstudier av medelhög kvalitet. Dessa studier har metodologiska problem som gör att man inte kan utesluta systematiska skillnader mellan behandlade och kontrollgrupper (selektionsbias). Därför gjordes avdrag för studiekvalitet vid evidensgraderingen (se Tabell 3.2). Dessutom hade samtliga fyra studier låg statistisk styrka som medförde mycket osäkra effektuppskattningar. Detta motiverade avdrag för bristande precision. För förövare med hög risk för återfall härrörde underlaget från en enda, nästan 30 år gammal observationsstudie, utförd vid en enda anstalt, vilket motiverade ett avdrag också för bristande överförbarhet. Sammantaget var det tillgängliga vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om KBT med eller utan återfallsförebyggande insatser har någon effekt på återfall i sexualbrott också för förövare av låg eller hög risk för återfall.

Eftersom flertalet av de inkluderade studierna inte rapporterade åldern på offren för de sexualbrottsförövare som återföll i sexualbrott, kunde vi inte bedöma i vilken grad återfall i sexualbrott verkligen innebar nya sexuella övergrepp *mot barn*. Med andra ord kunde vi inte avgöra i vilken mån effekten av de olika behandlingarna var specifika för återfall i sexuella övergrepp mot barn.

Vi identifierade inte något underlag för att kunna bedöma effekten av andra psykologiska metoder, förmedlade individuellt eller i grupp, för vuxna förövare av sexualbrott mot barn. Detta gällde t ex psykodynamisk terapi, metoder baserade på humanistisk psykologi eller systemisk psykoterapi. Detsamma gällde läkemedelsbehandling, t ex testosteronreducerande behandling.

Vi kunde inte heller identifiera något underlag för att bedöma effekten av förebyggande metoder för vuxna som ännu inte har begått något sexuellt övergrepp mot barn, men med förhöjd risk att göra det.

Ytterligare 11 studier uppfyllde inklusionskriterierna men bedömdes samtliga ha låg kvalitet och tabellerades därför inte. Craissati och medarbetare [9] samt Ruddijs och medarbetare [10] utvärderade behandlingsprogram utanför fängelse för vuxna sexualbrottsförövare i Storbritannien



respektive Nederländerna. I Nya Zeeland studerade Bakker och medarbetare samt Nathan och medarbetare specialiserade program för vuxna dömda till fängelse för sexuella övergrepp mot barn [11,12]. Ett specifikt syfte var att ta hänsyn till maoriernas (dvs ursprungsinvånarnas) kultur. Lambie och Stewart studerade öppenvårdspatienter som begått sexuella övergrepp mot barn [13]. Zgoba och medarbetare presenterade separata utvärderingar av två grupper av vuxna sexualbrottsdömda i ett fängelse för sexualbrottsförövare i New Jersey, USA [14,15]. Scalora och Garbin studerade förövare dömda för sexualbrott mot barn i ett fängelse i USA [16]. I Kanada genomförde Fedoroff och medarbetare den enda inkluderade studien av antiandrogen behandling [17]. Denna behandling gavs som komplement till en gruppsykoterapeutisk insats. Försökspersonerna var patienter med sexuella avvikelser (parafilier) på en särskild enhet för sexuella störningar. Slutligen utvärderade Pérez [18] och Barnes [19] i var sin avhandling behandlingsprogram för sexualbrottsförövare i USA.

## Diskussion

Ett flertal systematiska översikter har utvärderat effekter av psykologiska och farmakologiska behandlingsinsatser avsedda att minska återfall i brott bland vuxna sexualbrottsförövare [22–28]. Det sammanvägda stödet har diskuterats, inte minst pga den stora variationen i effektstorlek mellan de olika systematiska översikterna (Cohens  $d$  från 0,10 till 0,43) [29–31]. Vidare har inte någon av dessa systematiska översiktsarbeten specifikt undersökt metoder avsedda för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp *mot barn*.

Däremot tyder resultaten från en nyligen publicerad systematisk litteraturöversikt att behandlingsinsatser för sexualbrottsförövare i allmänhet är mer framgångsrika om de följer risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna för effektiv kriminalvård (se Faktaruta 3.1) [3]. Enligt den första av dessa principer ska förövare med hög eller medelhög risk för återfall prioriteras och erbjudas längre eller mer intensiva insatser. För vuxna förövare av sexualbrott *mot barn* kunde vi dock inte finna något underlag för att bedöma effekten av behandlingsmetoder, oavsett om förövarna hade lägre eller högre risk för återfall.

Den enda av oss identifierade randomiserade kontrollerade studien av behandling av vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn (Marques och medarbetare [4,20]) uppvisade ingen generell behandlingseffekt. Studiens inklusionskriterier uteslöt dock incestförövare och förövare som förnekade brott. Dessutom uteslöts personer som hade mer än två tidigare domar för något brott och personer som uppvisade påtaglig misskötsamhet. Denna urvalsprocedur selekterade sannolikt fram förövare med medelhög risk för återfall, och det kan förmodas att dessa svarar sämre på behandlingen än förövare med högre risk för återfall, i enlighet med risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna [2]. Dessutom kan frånvaron av statistiskt säkerställd effekt bero på otillräcklig statistisk styrka. I en subgruppsanalys visade författarna att behandlingen var effektiv för de förövare som uppnådde behandlingsmålen. Många av dem som uppnådde målen kan dock förmodas ha haft lägre risk för återfall redan vid studiens början jämfört med de som inte nådde målen. Detta bör alltså inte uppfattas som stöd för en behandlingseffekt, utan tyder snarare på att behandlingsrespons skulle kunna användas för att uppskatta återfallsrisk hos sexualbrottsförövare.

I kriminalpolitiska förslag från politiker och opinionsbildare, både i Sverige och utomlands, förordas ofta att en absolut majoritet av, kanske t o m samtliga, sexualbrottsförövare ska ha behandling. Detta stöds emellertid inte av den systematiska översikten av Hanson och medarbetare, som i stället gör gällande att behandling av sexualbrottsförövare i normalfallet bör följa risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (se Faktaruta 3.1), [3].

**Faktaruta 3.1** Risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna för effektivt arbete med att reducera brottsåterfall bland kriminella [2].

- Risk-, behovs- och mottaglighetssmodellen (risk, needs, responsivity, RNR) beskriver tre framgångsrika principer för effektivt arbete med att minska återfall bland kriminella.
- Ju fler av dessa principer som följs desto bättre är möjligheterna till lyckad behandling.
- Modellen utvecklades ursprungligen i Kanada av Andrews och Bonta, men har senare validerats genom oberoende forskning.
- *Riskprincipen* innebär att brottsåterfall kan förutses och att mer intensiva och långvariga insatser bör prioriteras till förövare med medelhög och hög risk.
- *Behovsprincipen* pekar på betydelsen av att fokusera på verkliga orsaker till brottsligheten i genomförandet av behandling, dvs risker och behov som kan ha ett orsakssamband med utvecklingen av, och stabiliteten över tid, för brottsligt beteende.
- *Mottaglighetsprincipen (eller responsivitetsprincipen)* innebär att utformning och genomförande av behandling bör följa principerna för social inlärningsteori, t ex genom att man tillämpar kognitiv beteendeterapi (KBT), och skräddarsys till förövarens eget inlärningsmönster (t ex genom att man tar hänsyn till impulsivitet, koncentrationssvårigheter och inlärningsstörningar).

Vi vet inte skälet till att de behandlade personerna i den randomiserade studien av Marques och medarbetare hade en marginellt högre frekvens av återfall i sexualbrott jämfört med de obehandlade personerna (22 respektive 20 procent) [4,20]. Något som sällan uppmärksammas på detta fält är dock att psykoterapeutiska och andra behandlingsinsatser faktiskt kan ha iatrogena (behandlingsorsakade och negativa) effekter eller biverkningar. Med andra ord, under vissa förhållanden, för vissa individer och insatser, kan de som får behandling ha högre återfallsfrekvens än de som inte får behandling. Lång eller intensiv behandling

av förövare med låg risk och/eller motivation, och sammanförandet av lågriskförövare med medelhög- och högriskförövare kan ge sådana oväntade resultat [32].

## **Insatser för ungdomar som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn**

### **Evidensgraderade resultat**

- ❑ Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att multisystemisk terapi (MST), öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeterapi och social inlärningsteori, kan vara effektivt för att förebygga återfall i sexualbrott bland ungdomar med medelhög återfallsrisk (⊕⊕○○).
- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi på återfall i sexualbrott bland unga sexualbrottsförövare med medelhög återfallsrisk (⊕○○○).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av KBT på återfall i sexualbrott bland ungdomar med låg respektive hög återfallsrisk (studier saknas).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra metoder (psykologiska eller farmakologiska) för att förebygga återfall i sexualbrott bland unga sexualbrottsförövare (studier saknas).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av metoder som syftar till att förebygga sexualbrott bland ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men riskerar att göra det (studier saknas).

## Bakgrund

Behandling för ungdomar (13–18 år gamla) som begår sexuella övergrepp bör särskiljas från åtgärder för vuxna och yngre barn. Återfallsrisken kan skilja sig eftersom den relativa betydelsen av olika risk- och skyddsfaktorer för sexuella övergrepp varierar en del över åldersgrupper. Detta, tillsammans med utvecklingsrelaterade skillnader beträffande mottaglighet för behandling [33], gör att det är sannolikt att effektiviteten av olika behandlingsinslag (t ex rörande avvikande sexuell upphetsning, familjebaserade insatser och föräldraskapsstrategier) avviker från det som gäller för vuxna och barn. Bland personer som blir gripna eller dömda för sexualbrott utgör ungdomar 20–30 procent [34,35]. Om man ska minska sexualbrott är det alltså viktigt att identifiera också denna betydande undergrupp av sexualbrottsförövare. En systematisk översikt baserad på 22 studier med cirka 2 400 tonåriga sexualbrottsförövare och uppföljningstider mellan 0,5 och 9 år visade att återfall i sexualbrott var ovanligt, runt 14 procent, jämfört med 42–54 procent återfall i brott generellt (inklusive sexualbrott) [36].

För utvalda högriskgrupper har dock longitudinella studier visat att övergrepps beteende under tonåren ibland är förknippat med förhöjd risk för övergreppshandlingar som vuxen [37,38]. Det är därför angeläget att erbjuda vissa ungdomar som begår den här typen av brott effektiv behandling, så att risken för återfall kan minskas.

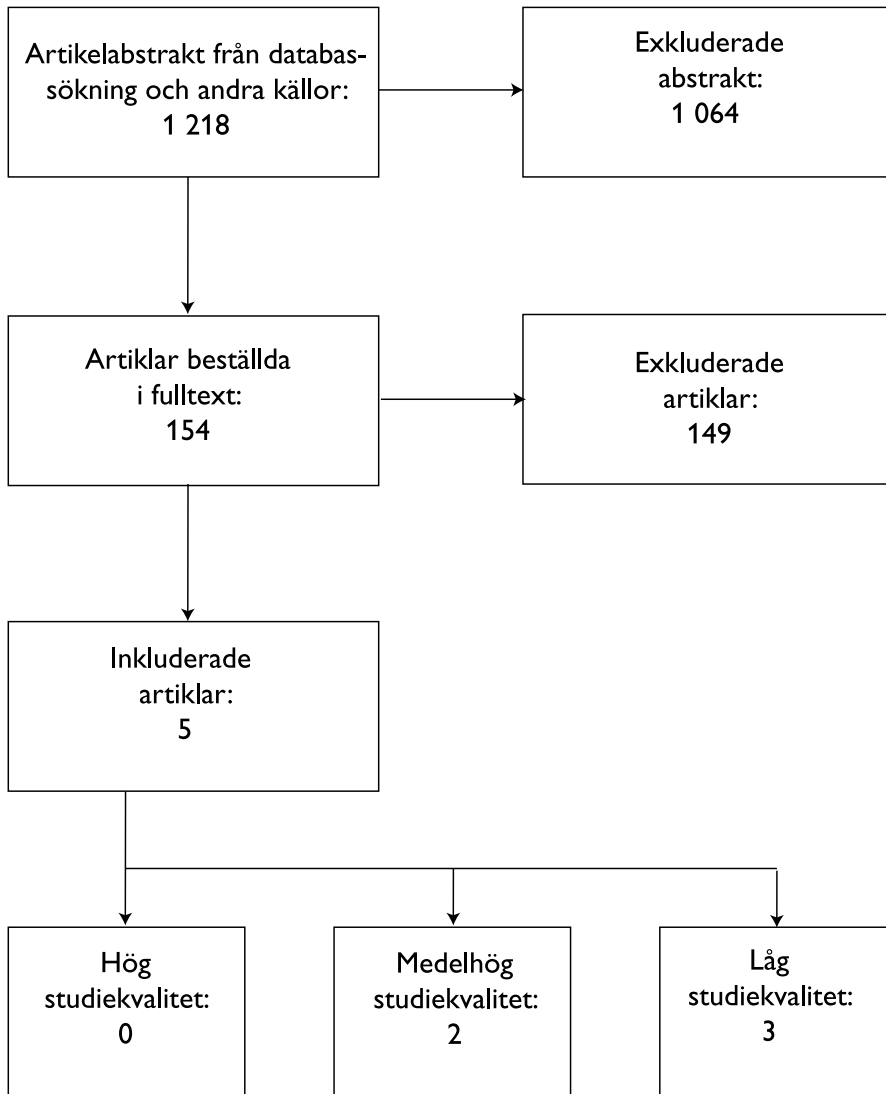
En granskning av alla remisser till socialtjänsten i Sverige under år 2000 som rörde tonåriga sexualbrottsförövare, visade att en klar majoritet av offren antingen var yngre barn eller jämnåriga [39]. Baserat på detta och andra uppgifter avstod vi från att kräva en viss andel förövare av sexualbrott mot barn i studiegruppen eller särredovisning av dem som begått sexualbrott mot barn i studier av ungdomsförövare [40]. Samtliga ungdomar som gjort sig skyldiga till sexualbrott räknades som sannolika förövare av sexuella övergrepp mot barn.

## Den systematiska kunskapssammanställningen

### Frågor

- Vilken effekt har behandlingsmetoder för att förebygga återfall i sexualbrott bland ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken effekt har insatser för att förebygga sexualbrott bland ungdomar som inte begått, men riskerar att begå, sexuella övergrepp mot barn?

## Resultat av litteratursökning och urval av studier



**Figur 3.2** Urval av behandlingsstudier av ungdomar som har begått sexualbrott.

Fem studier uppfyllde inklusionskriterierna: två av medelhög kvalitet [41,42] och tre av låg kvalitet [43–45]. De två studierna av medelhög kvalitet presenteras i Tabell 3.9 och 3.10 och används som underlag för evidensgraderingen.

## Beskrivning av studier och resultat

**Tabell 3.3** Sammanfattning av resultat för multisystemisk terapi och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn.

Effektmått	Antal personer (antal studier och studiedesign)	Effekt (95% KI)	Frekvens av utfall i kontroll- gruppen	Evidensstyrka
Återfall i sexualbrott (9 år)	48 (1 RCT <sup>1</sup> )	RR 0,18 (0,04; 0,73)	46%	⊕⊕○○
Återfall i sexualbrott (16 år)	148 (1 OBS <sup>2</sup> )	RR 0,41 (0,16; 1,03)	21%	⊕○○○

KI = konfidensintervall; RR = relativ risk; RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.

<sup>1</sup> Borduin och medarbetare 2009 [41].

<sup>2</sup> Worling och medarbetare 2010 [42].



**Tabell 3.4** Summering av evidens för multisystemisk terapi (MST) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn. Här specificeras underlaget för evidensgraderingen i rapporten. En nolla innebär att det inte funnits skäl att kritisera denna punkt. Ett minustecken innebär att det inte varit möjligt att bedöma denna punkt. Ett minustecken med frågetecken innebär att det funnits vissa brister, men att dessa inte bedömts ha tillräcklig betydelse för att sänka evidensstyrkan på det vetenskapliga underlaget. Minus 1 innebär att evidensstyrkan nedgraderats pga brister. Det går inte att nå en högre sammanlagd evidensstyrka än ⊕⊕⊕⊕ (starkt vetenskapligt underlag) eller en lägre än ⊕○○○ (otillräckligt vetenskapligt underlag).

Effektmått	Antal deltagare (studier)	Studietyp	Kvalitetsbrister	Samstämmighet	Överförbarhet	Statistisk styrka	Publicationsbias	Effektstorlek	Sammanvägt vetenskapligt underlag
Återfall i sexualbrott (9 år)	48 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	-	-1	-1	-?	0	⊕⊕○○
Återfall i sexualbrott (16 år)	148 (1)	OBS ⊕⊕○○	-1	-	-1	-1	0	0	⊕○○○

RCT = randomiserad kontrollerad studie; OBS = observationsstudie.

Som ett led i den långsiktiga utvecklingen av multisystemisk terapi (MST, se även [43,46]) genomförde Borduin och medarbetare en randomiserad kontrollerad studie med 48 tonåriga sexualbrottsförövare (genomsnittsålder 14 år) i ett blandat landsbygds- och storstadsområde i Minnesota, USA [41]. Deltagarna remitterades från ungdomsdomstol till öppenvårdsbehandling under åren 1990–1993. Uppföljningen för återfall i brott pågick i genomsnitt 8,9 år. Multisystemisk terapi är ett manualbaserat program i hemmiljö med starkt fokus på vårdnadshavarna. Det riktar sig både mot den unga och mot hans eller hennes familjs riskfaktorer för antisocialt beteende. Målsättningen är att erbjuda individualiserade insatser (genom att använda tekniker från bl a systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori) för ungdomar och deras familjer i tätt samarbete med andra personer av betydelse inom en bredare samhällelig ram. Insatserna syftar till att förbättra föräldraskapsförmågor inklusive övervakning och kontroll, närhet och kommunikation inom familjen. Vidare riktar MST in sig på skolprestationer, problemlösande färdigheter och utveckling av strategier för att förebygga återfall. Tjugofyra personer gick igenom det 30 veckor långa MST-programmet (ungefär tre timmar per vecka) medan kontrollpersonerna fick sedvanlig samhällsbehandling, inklusive ej manualbaserad KBT både i grupp (90 minuter, två gånger i veckan) och individuellt (60–90 minuter, en gång i veckan). I insatserna för kontrollgruppen ingick hantering av avvikande tankemönster, social färdighetsträning, vredeshantering och återfallsprevention. I MST-gruppen var frekvensen återfall i sexualbrott 8 procent, jämfört med 46 procent i kontrollgruppen. Trots att studien har många starka sidor, finns det risk för en intressekonflikt då Borduin och medarbetare både har utvecklat och marknadsför MST. De kan därför tänkas vara speciellt intresserade av positiva effekter för MST. Studien bedömdes ha medelhög kvalitet. Det främsta problemet var bristande statistisk styrka.

Worling och medarbetare genomförde en långtidsuppföljning (i genomsnitt 16,2 år, spridning 12–20 år) av 148 unga sexualbrottsförövare (genomsnittsålder 15,5 år) som genomgick ett kanadensiskt, samhällsbaserat behandlingsprogram åren 1987–1995 [42]. Femtioåtta ungdomar och deras familjer fick en familjeinriktad insats skraddarsydd för varje enskild persons risker och behov. Syftet med behandlingen var

att förbättra föräldraskap, relationer och kommunikation inom familjen, att uppmuntra till socialt accepterade sexuella attityder och till empati med offren samt att utveckla återfallsförebyggande insatser. Behandlingsstrategin baserades på KBT men innefattade också andra modeller. De som genomgick behandlingen jämfördes med 90 kontrollpersoner: 46 (51 procent) unga sexualbrottsförövare som fick behandling någon annanstans, 17 (19 procent) som vägrade delta i behandling och 27 (30 procent) som hoppade av behandlingen. I behandlingsgruppen återföll 9 procent i sexualbrott, jämfört med 21 procent i kontrollgruppen. Studien bedömdes vara av medelhög kvalitet.

Vid evidensgraderingen (Tabell 3.4) gjordes avdrag för bristande överförbarhet för MST, främst beroende på att studien inte upprepats i andra miljöer [41]. Generaliserbarheten för resultaten är med andra ord osäker. Avdrag gjordes också för bristande precision beroende på att studiepopulationen var tämligen liten. Inget avdrag gjordes för studiekvalitet, trots att studien inte bedömdes ha hög kvalitet. Det huvudsakliga skälet för att studien inte tillskrevs hög kvalitet var nämligen den låga statistiska styrkan, vilket redan tagits i akt i bedömningen av precision. Det fanns också viss risk för publikationsbias, alltså för att negativa studier från samma grupp inte publicerats pga intressekonflikt, men inget avdrag gjordes för detta i den totala bedömningen. Sammantaget bedömde vi att det finns begränsat stöd för att MST kan förebygga återfall i sexualbrott hos tonåriga sexualbrottsförövare, även om osäkerheten är påtaglig. En längre uppföljning av en bättre dimensionerad studie av Letourneau och medarbetare är utlovad och kan komma att bidra med ytterligare uppgifter om effekterna av MST [46].

För den KBT-behandling som studerades av Worling och medarbetare gjordes avdrag i evidensgraderingen för studiekvalitet, eftersom sammansättningen av kontrollgruppen sannolikt medförde ett systematiskt fel till fördel för den behandlade gruppen (selektionsbias) [42]. Osäkerhet om behandlingens generaliserbarhet till andra miljöer motiverade ett avdrag också för bristande överförbarhet. Slutligen gjordes ett avdrag för bristande statistisk styrka beroende på studiens begränsade storlek. Det vetenskapliga underlaget för att metoden är effektiv för att förebygga återfall i sexualbrott hos tonåriga sexualbrottsförövare bedömdes därför vara otillräckligt.

Ytterligare tre studier om unga sexualbrottsförövare uppfyllde inklusionskriterierna: en mindre randomiserad kontrollerad MST-studie [43] och två observationsstudier av olika psykologiska behandlingar [44,45]. Alla tre bedömdes emellertid vara av låg kvalitet och ingick därför inte i underlaget för evidensgraderingen.

## Diskussion

En randomiserad kontrollerad studie av Borduin och medarbetare utgjorde begränsat underlag för att multisystemisk terapi kan förebygga sexualbrottsåterfall bland tonåriga sexualbrottsförövare [41]. Multisystemisk terapi är en familjebaserad behandling inriktad på förbättrad kommunikation mellan föräldrar och ungdomar, baserad på systemisk familjeteori och social inlärningsteori i kombination med behandlingskomponenter från bl a KBT. Det vetenskapliga stödet för KBT med återfallsförebyggande insatser baserades på en observationsstudie av Worling och medarbetare, och var otillräckligt för att några slutsatser skulle kunna dras [42]. Dessa två studier bedöms ganska väl spegla vad som är möjligt att erbjuda också under rådande kliniska förhållanden i Sverige och internationellt.

Ett möjligt systematiskt fel hos Borduin och medarbetare är jävsproblem, då minst en författare har ekonomiska intressen i MST [41]. För Worling och medarbetare är det sannolikt att medräknandet i jämförelsegruppen av 30 procent (27/90) av avhopparna från behandlingsprogrammet kan ha höjt det observerade positiva behandlingsutfallet, eftersom avhoppare brukar ha ännu högre återfallsfrekvens än de som avstår från att delta i behandling [42]. Däremot kan denna systematiska avvikelse ha uppvägs av en minskning i den observerade effekten, då 67 procent av jämförelsegruppen fick olika former av behandling (okänt vilken typ) någon annanstans. I en tidigare metaanalys av Hanson och medförfattare [26] räknades data om för 2–10-årsuppföljningen av Worlings och Curwens studie [47]. När resultaten för behandlingsavhopparna överfördes till behandlingsgruppen försvann den positiva effekten. En sådan analys var dessvärre inte möjlig att genomföra för 20-årsuppföljningen som inkluderades i denna rapport, eftersom återfallsdata inte presenterades separat för kontrollgruppens undergrupper.

Liksom för vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn kan behandlingar som erbjuds till unga förövare ha biverkningar. Om än omtvistat [48], finns visst stöd för att gruppbehandling och behandling på anstalt kan öka risken för återfall hos unga förövare med låg risk vid behandlingens start [49].

## Insatser för barn med sexuella problembeteenden

### Evidensgraderade resultat

- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) kombinerat med föräldrastöd är mer effektiv än sedvanlig behandling för att förebygga sexuella övergrepp bland barn med sexuella problembeteenden (SPB) (⊕○○○).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra förebyggande insatser riktade till barn med SPB (studier saknas).

### Bakgrund

Med sexuella problembeteenden (SPB) hos barn menas ett ihållande mönster av närgångna sexuella beteendeproblem som inte är typiska för barnets utvecklingsnivå eller ålder [50]. SPB är inte en medicinsk eller psykologisk diagnos, utan beskriver beteenden som inte är socialt acceptabla och som skulle kunna skada barnet självt eller andra. Beteendet behöver inte förknippas med sexuell njutning. Barn som tillhör denna grupp är yngre än 13 år och riktar vanligen sitt beteende mot andra, ofta yngre barn. Det är viktigt att särskilja SPB från utvecklingsmässigt normalt sexuellt beteende under barndomen. För vissa åldrar anses det ofta normalt med tillfällig beröring av kroppsdelar, inklusive könsorgan och bröst, samt intresse för sexualitet och sexuella lekar [50,51]. Däremot ska inte sådana beteenden skada de inblandade barnen känslomässigt eller fysiskt. Bedömningen av om beteendet är normalt eller inte beror på barnets utvecklingsstadium, beteendets frekvens och barnets upptagenhet samt på om barnet svarar på tillrättavisanden [51].

Barn med SPB har uppmärksammats mer med åren, eftersom retrospektiva studier har funnit att upp till 50 procent av de vuxna som begår sex-

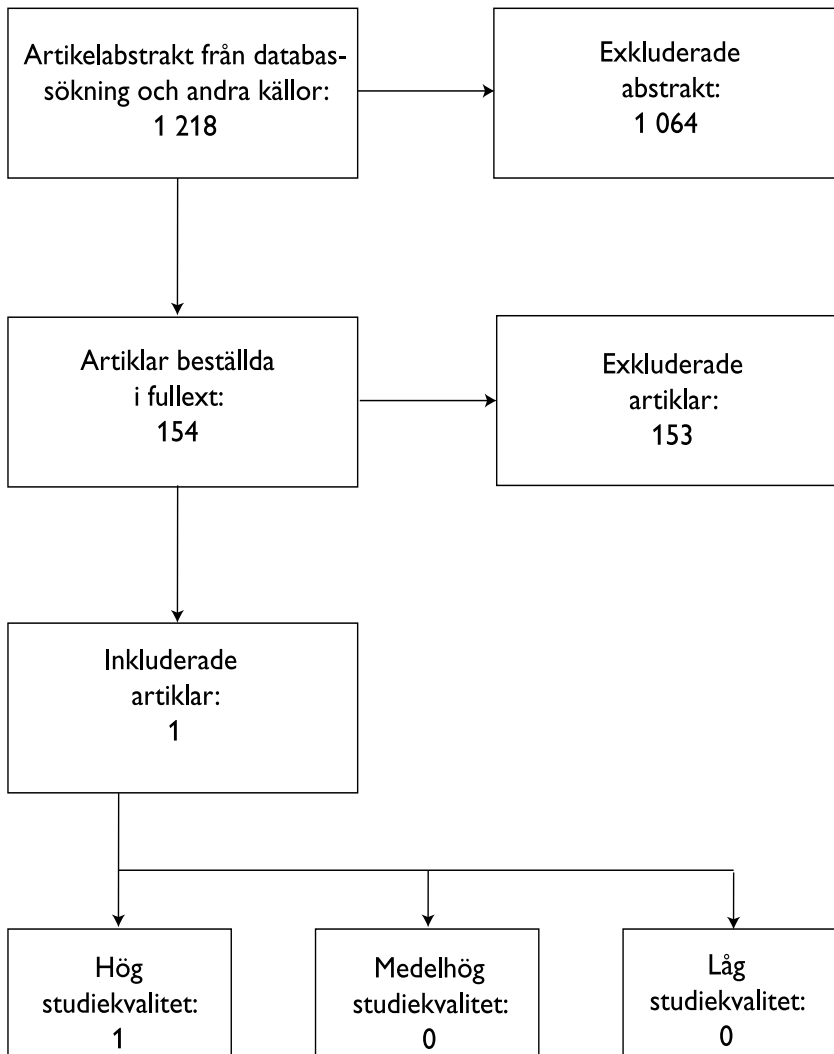
uella övergrepp mot barn uppger att deras sexuella intresse och beteende började under barndomen eller i tonåren [52,53]. Det som oroar när det gäller barn med SPB, förutom risken för avståndstagande från kamrater och vuxna, är den något förhöjda risken för framtida sexuella övergrepp mot andra barn. Parterna som tillträder Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp förbinder sig också att erbjuda barn med SPB särskilt anpassade program för behandling. Därför är det angeläget att utveckla effektiva, utvecklingsanpassade behandlingar för barn med problematiskt sexuellt beteende.

## **Den systematiska kunskapssammanställningen**

### **Frågor**

- Vilken förebyggande effekt på framtida sexuellt övergrepps-beteende har insatser för barn med sexuella problembeteenden (SPB) som riktas mot andra barn?

## Resultat av litteratursökning och studieurval



**Figur 3.3** Urval av studier om behandling av barn med sexuella problembeteenden.

Endast en studie av hög kvalitet uppfyllde inklusionskriterierna [54]. Studien presenteras i Tabell 3.11 och används som underlag för evidensgradering av resultat.

## Beskrivning av studier och resultat

**Tabell 3.5** Sammanfattning av resultat för kognitiv beteendeterapi för barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn.

Effektmått	Antal personer (antal studier och studiedesign)	Effekt (95% KI)	Frekvens av utfall i kontrollgruppen	Evidensstyrka
Sexuella övergrepp (10 år)	135 (1 RCT <sup>1</sup> )	RR 0,16 (0,02; 1,25)	10%	⊕○○○

KI = konfidensintervall; RR = relativ risk; RCT = randomiserad kontrollerad studie.

<sup>1</sup> Carpentier och medarbetare 2006 [54].



**Tabell 3.6** Summering av evidens för kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn. Här specificeras underlaget för evidensgraderingen i rapporten. En nolla innebär att det inte funnits skäl att kritisera denna punkt. Ett minustecken innebär att det inte varit möjligt att bedöma denna punkt. Minus 1 eller 2 innebär att evidensstyrkan nedgraderats pga brister. Det går inte att nå en högre sammanlagd evidensstyrka än ⊕⊕⊕⊕ (starkt vetenskapligt underlag) eller en lägre än ⊕○○○ (otillräckligt vetenskapligt underlag).

Effektåtgärd	Antal deltagare (studier)	Studietyp	Kvalitetsbrister	Samstämmighet	Överförbarhet	Statistisk styrka	Publiceringsbias	Effektstorlek	Sammanvägt vetenskapligt underlag
Sexuella övergrepp (10 år)	135 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0	-	-1	-2	0	0	⊕○○○

RCT = randomiserad kontrollerad studie.

Carpentier och medarbetare [54] utförde den enda inkluderade studien om barn med SPB, en randomiserad kontrollerad studie med 135 barn med SPB i åldern 5–12 år. Studiens kvalitet bedömdes vara hög. Barnen och deras familjer randomiserades till en KBT-behandling i grupp bestående av 12 sammankomster samt föräldrastöd eller till lekterapi i grupp med föräldrastöd. Uppföljningstiden var 10 år. Endast 2 procent av dem som fick KBT begick sexualbrott under uppföljningstiden, jämfört med 10 procent av dem som behandlades med lekterapi. Effekten var statistiskt säkerställd enligt Wald-testet, men när data analyserades med mer konventionella chi-två-metoder eller Mantel-Haenszel-metoder, nådde effekten inte 5-procentig signifikans.

Lekterapi är en ganska vanlig form av barnpsykoterapi med rötter i psykodynamisk teori. Istället för att samtala direkt med barnet om aktuella svårigheter, låter terapeuten barnet välja och leka med olika fördefinierade föremål t ex figurer och fordon i plast. Ibland är terapeuten mer vägledande och styr barnet eller gruppen mot vissa aktiviteter. Det antas att en terapeutisk effekt uppnås genom att barnet använder sig av lekmaterial för att agera ut känslor och erfarenheter direkt eller symboliskt [55]. Parallellt kan föräldrar engageras för samtal individuellt eller i gruppterapi kring barnrelaterade ämnen och föräldraskap. Lekterapi har använts för att behandla både känslomässiga problem och beteendeproblem hos barn.

Vid evidensgraderingen (se Tabell 3.6) gjordes ett avdrag för bristande överförbarhet, eftersom studien inte upprepats i annan miljö. Den beräknade optimala storleken för en studie med samma övergreppsfrekvens i kontrollgruppen som den som rapporterades av Carpentier och medarbetare var över 5 000, räknat på en riskreduktion på 20 procent [21]. Studien var alltså underdimensionerad, vilket förklarar frånvaron av statistiskt säkerställd effekt. Dubbla avdrag gjordes för bristande statistisk styrka. Sammantaget bedömde vi att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om KBT är bättre än lekterapi för att förebygga sexuella övergreppshandlingar bland barn med SPB.

## Diskussion

Även om resultaten inte var statistiskt säkerställda, tyder studien av Carpentier och medarbetare på att KBT med föräldrastöd skulle kunna minska risken för fortsatt problematiskt sexuellt beteende bland barn med SPB. Resultaten är lovande eftersom de skulle kunna betyda att det är möjligt att minska antalet framtida offer för sexuella övergrepp. Men resultaten kan också säga något om hur man kan hjälpa barn med SPB och deras familjer att undvika händelser som allvarligt skulle kunna rubba barnens psykosociala utveckling och samhällsanpassning. Fler studier är dock nödvändiga, dels för att påvisa en statistiskt säkerställd effekt av behandlingen, dels för att visa att metoden är överförbar till andra miljöer.

Andra systematiska översikter och metaanalyser [56,57] har utvärderat behandlingar för barn under 12 år som riskerar framtida antisociala beteenden och brottslighet (t ex *Parent–Child Interaction Therapy* [58] och *The Incredible Years* [59]). Dessa översikter tyder på att en del familje- och föräldrainriktade behandlingar baserade på KBT kan minska riskbeteenden bland barn med trotsigt, uppförandestört beteende, medan behandlingar för barnet självt (t ex lekterapi) är mindre effektiva. Det saknas emellertid långtidsuppföljningar. En nyligen publicerad metaanalys av behandlingar för barn med SPB av St Amand och medarbetare, visserligen baserad på andra utfallsmått än framtida sexuella övergrepp, visade att man genom att involvera föräldrar i terapin kunde uppnå bättre resultat [60].

Lekterapi, andra icke-styrda terapier och stödgrupper baserade på psykodynamisk teori är ganska vanliga inom svensk barnpsykiatrisk vård. Terapeuter som använder olika varianter av psykodynamisk lekterapi skiljer sig ofta från lekterapeuter, t ex genom att de inte använder samma lekmaterial, integrerar lek och samtal och inte tolkar barnets beteende eller ord lika systematiskt. Även om det finns stora variationer i hur lekterapi administreras skulle den kunna betraktas som ett exempel på sedvanlig vård i Sverige [61].

Liksom för vuxna och ungdomar kan alltför intensiva, felaktigt utförda eller felaktigt fokuserade behandlingar av barn med SPB i stället *öka* risken för framtida antisociala beteenden. Detta är viktigt att ha i åtanke, eftersom den långsiktiga risken för sexuella övergrepps-beteenden hos obehandlade barn med SPB är låg [54].

**Table 3.7** Randomised controlled trial of interventions aimed at reducing recidivism risk by adult male sexual offenders against children.

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Marques et al. 2005 [4]	<u>Study design</u> Stratified randomised controlled study (intention-to-treat)	<u>Population</u> Incarcerated male sexual offenders. Eligible subjects two or less convictions prior to their index offence, admitted to committing a sexual offence, had IQs above 80, and had not presented severe management problems in prison. 78% child molesters, 18.4% prior convictions of sexual crimes. 704 selected from 1 407 eligible subjects	<u>Treatment</u> SOTEP, Sex Offender Treatment and Evaluation Project. Cognitive behaviour therapy (CBT)-based response-prevention model, 90-min group sessions each week, response-prevention. Specialised groups on sex education, human sexuality, relaxation training, stress and anger management, and social skills. Class to prepare for post-release life in society	<u>Source of recidivism data</u> FBI, California Department of Justice; and Department of Corrections  <u>Sexual reoffending</u> Treatment: 57/259 Control: 45/225 RR: 1.10 (95% CI 0.78–1.56) in favour of control*	High study quality  Inclusion criteria selected medium risk sex offenders, but excluded low and high risk offenders
Marques et al. 1994 [20]	<u>Inclusion years</u> 1985–1994				
Marques et al. 1994 [62]	<u>Setting</u> Secure forensic treatment facility and prison				
USA	<u>Follow-up time</u> Until 2001, all participants at risk at least 5 years (range 5–14 years)	Offenders had medium risk for reoffending*	2-year treatment programme, 1-year aftercare programme		
<u>Affiliation to treatment programme:</u> Marques involved in setting up the treatment programme, Nelson was clinical director. Other authors were members of the evaluation team employed by the programme sponsor		<u>Allocation procedure</u> 484 volunteers matched on age, criminal history, type of offenders. Matched pairs randomised to treatment or volunteer control group  <u>Treatment group</u> n=259, 55 drop-outs before completing treatment  <u>Volunteer control group</u> n=225, no drop-outs	<u>Control</u> No treatment specified		

\* According to SBU's evaluation

**Table 3.8** Observational studies of interventions aimed at reducing recidivism risk by adult sexual offenders against children.

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Davidson 1984 [5]	<u>Study design</u> Matched cohort study	<u>Population</u> Incarcerated male sexual offenders with high risk of reoffending*	<u>Treatment</u> Behavioural intervention. Training in interpersonal behaviour, sex education, temper control, changing physiological responses to inappropriate sexual stimuli. Individual psychotherapy	<u>Source of recidivism data</u> Royal Canadian Mounted Police and National Parole Board on Reconvictions	Moderate study quality
Canada	<u>Inclusion years</u> Treatment: 1974–1982 Control: 1966–1974	<u>Treatment group</u> All men who were treated in the sex offender treatment programme at a Canadian penitentiary 1974–1982. n=101, of which 57 were paedophiles or hebephiles	<u>Length of treatment</u> 4 months in group therapy	Data presented separately for paedophiles and hebephiles	
Conference paper	<u>Setting</u> Prison	<u>Control group</u> Consecutive admissions to penitentiary 1966–1974. Samples were drawn from 1 000 files examined in 1977 of which 250 were eligible for inclusion. n=101, of which 57 were paedophiles or hebephiles	<u>Control</u> No treatment	<u>Sexual reconvictions</u> Treatment: 7/57 Control: 16/57 RR: 0.44 (95% CI 0.19–0.98) in favour of treatment.*	
<u>Affiliation to treatment programme:</u> Not reported	<u>Follow-up time</u> 5 years	<u>Control selection procedure</u> Controls were drawn through random sampling and matched on victim age, gender, relationship with offender			

The table continues on the next page

Table 3.8 continued

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Marshall et al. 2008 [7] Canada  <u>Affiliation to treatment programme</u> Authors were involved in either setting up and delivering the programme or in managing the treatment site	<u>Study design</u> Matched cohort study  <u>Inclusion years</u> 1997–2001  <u>Setting</u> Millhaven induction centre of the Correctional Service of Canada  <u>Follow-up time</u> Until 2004, mean time at-risk: 3.06 years (range 0.27–6.82 years)	<u>Population</u> Incarcerated adult male sexual offenders with relatively low risk of reoffending*  <u>Treatment group</u> Clients that had completed the Rockwood Preparatory Programme for sexual offenders. n=94, of which 73 were child molesters  <u>Control group</u> Controls were drawn from 800 contemporary sexual offenders assessed at Millhaven. n=94, of which 65 were child molesters  <u>Control selection procedure</u> Matching on offence history, age of offender and scores on a number of risk tests, including Static-99 and two features of their offences; sexual intrusiveness and victim injury	<u>Treatment</u> The Rockwood Preparatory Programme for Sexual Offenders. 6–8 weeks, two 2.5 h group sessions/week, and then a full sexual offender treatment programme. Preparatory: 2.5 h per week, cognitive behaviour therapy (CBT) and motivational interviewing (MI) approach, e.g. victim empathy exercises  <u>Control</u> No preparatory programme, but a full sexual offender treatment programme, content not specified	<u>Source of recidivism data</u> Royal Canadian Mounted Police arrest and convictions records and from the CSC Offender Management System  <u>Sexual reconvictions</u> Treatment: 1/94 Control: 4/86 RR: 0.23 (95% CI 0.03–2.01) in favour of treatment*	Moderate study quality  In the presentation of the results, eight subjects in the control group are missing

The table continues on the next page

Table 3.8 continued

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
McGrath, Hoke, Vojtisek 1998 [8] Canada Journal article <u>Affiliation to treatment programme:</u> Not reported	<u>Study design</u> Cohort study  <u>Inclusion years</u> 1984–1995  <u>Setting</u> Probation services  <u>Follow-up time</u> Mean follow-up time 62.9 months	<u>Population</u> Adult male sex offenders; 98.4% of all convicted sex offenders placed on community correctional supervision for >3 months between 1984 and 1995 in rural Vermont. n=122, of which 91 (74.6%) were child molesters. Treatment and control individuals agreed to enrol in treatment. Offenders had low risk of reoffending*  <u>Treatment group</u> n=71, 1 drop-out before 3 months, 5 additional drop- outs after 3 months  <u>Control group</u> n=32, 1 drop-out before 3 months  Larger proportion of incest offenders in treat- ment group (35%) than in control group (19%)	<u>Treatment</u> Specialised treatment: cognitive-behaviour therapy, relapse-prevention model. Included accepting respons- ibility, modifying cognitive distortions, developing victim empathy, controlling sexual arousal, improving social competence and relapse- prevention skills  Length of treatment 18–24 months  <u>Control</u> Non-specialised treatment. Diverse treatment methods. Length was a few months to more than 6 year	<u>Source of recidivism data</u> Criminal records in the state where participant had resided  <u>Sexual convictions</u> Treatment: 1/71 Control: 5/32 RR: 0.09 (95% CI 0.01–0.74) in favour of treatment*	Moderate study quality  The higher rate of incest offenders in the treatment group may have introduced bias favouring the experi- mental intervention

The table continues on the next page



Table 3.8 continued

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Procter 1996 [6]  UK  Journal Article  <u>Affiliation to treatment programme:</u> not reported	<u>Study design</u> Matched cohort study  <u>Inclusion years</u> Treatment group: 1989–1992 Control group: 1986–1989  <u>Setting</u> Probation services  <u>Follow-up time</u> Treatment: 52 months Control: 58 months	<u>Population</u> Convicted adult male sex offenders with low risk for reoffending*  <u>Treatment group</u> All sex offenders who commenced treatment with the Cherwell Group 1989 to 1992. n=54, of which 39 were child molesters. No drop-outs  Control group: sexual offenders who began supervision by the probation service between 1986 and 1989. n=54, of which 40 were child molesters. No drop-outs  <u>Control selection procedure</u> Controls were matched to treated individuals on offender age, number of previous convictions for sexual offences, type of offence, age/gender of victim, use of force, genital to genital contact and length of follow-up	<u>Treatment</u> Cognitive behaviour therapy (CBT), 10 group sessions 6 h/day over 2 weeks, and 14 supervision sessions during 6 months. Themes covered were taking responsibility, awareness of victim perspectives, challenging distorted perceptions, strategies to interrupt behaviour patterns, increase disclosure about offences, sexual behaviour, sexual fantasy  <u>Control</u> Standard probation supervision	<u>Source of recidivism data</u> Official criminal conviction data for sexual offences, Thames Valley Police  Data presented separately for child molesters  <u>Sexual convictions</u> Treatment: 2/39 Control: 2/40 RR: 1.03 (95% CI 0.15–6.92) in favour of control*	Moderate study quality

\* According to SBU's evaluation  
CSC = Correctional Service of Canada

**Table 3.9** Randomised controlled trial of multisystemic therapy aimed at reducing recidivism risk by adolescent sexual offenders against children.

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Borduin et al. 2009 [41]	<u>Study design</u> Randomised controlled trial	<u>Population</u> Included youth had been arrested for a serious sexual offence, were currently living with at least one parent figure, and showed no evidence of psychosis or serious mental retardation	<u>Treatment</u> Multisystemic therapy (MST). Community and family-based, ecological model, including treatment at home. Empowering parents and adolescents; address denial about offenses, safety planning, improving relations with prosocial peers	<u>Source of recidivism data</u> Police and court records in Missouri	Moderate study quality
Bourdin & Schaeffer 2001 [63] USA	<u>Inclusion years</u> 1990–1993  <u>Setting</u> Community-based	Of 51 eligible youths, 48 consented to participate in the study. Age 14.0 ± 1.9 years (mean ± SD). Mean number of previous sexual offences: 1.62  Participants had medium sexual recidivism risk*	<u>Length of treatment</u> 30.8 ± 12.3 weeks (mean ± SD)	<u>Sexual rearrests</u> Treatment: 2/24 Control: 11/24 RR: 0.18 (95%CI 0.04–0.73) in favour of treatment*	
Journal Article  <u>Affiliation to treatment programme</u> Borduin involved in developing the treatment programme [64]	<u>Follow-up time</u> 8.9 ± 1.02 years (mean ± SD)	<u>Allocation procedure</u> Equal numbers of families were randomised to treatment and control conditions using a random-number table  <u>Treatment group</u> n=24, no drop-outs  <u>Control group</u> n=24, 2 drop-outs before completion	<u>Control</u> Usual community services complemented with cognitive behaviour therapy (CBT) group treatment, 90 minutes twice weekly, individual treatment 60–90 minutes once a week  <u>Length of treatment</u> 30.1 ± 18.0 weeks (mean ± SD)	<u>Number of sexual reoffences (mean ± SD)</u> Treatment: 0.13 ± 0.34 Control: 0.79 ± 1.02 Mean difference: –0.66 (95% CI –1.09 to –0.23)*	

\* According to SBU's evaluation

**Table 3.10** Observational study of psychological interventions aimed at reducing recidivism risk by adolescent sexual offenders against children.

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Worling et al. 2010 [42]	<u>Study design</u> Cohort study	<u>Population</u> Adolescents convicted of or who acknowledged a sexual offence. None were below borderline intellectual functioning. Age 15.5 ± 1.5 years (mean ± SD, range 12–19 years)	<u>Treatment</u> The Sexual Abuse: Family Education and Treatment (SAFE-T) Programme. Assessment and treatment. CBT intervention with family focus. Included increasing insight, developing offence prevention plans, enhancing awareness of victim impact, and social relationships, and reducing impact of traumatic events. 71% of the treatment group participated in both group and family therapy in addition to individual therapy	<u>Source of recidivism data</u> Canadian Police Information Centre	Moderate study quality
Worling & Curwen 2000 [47]	<u>Inclusion years</u> 1987–1995			Criminal charges rather than convictions were used as measure of recidivism	The heterogeneous composition of the control group may have introduced a bias in favour of the experimental intervention
Canada Journal Article	<u>Setting</u> Community-based	Youth had medium sexual recidivism risk*		<u>Sexual recidivism charges</u> Treatment: 5/58 Control: 19/90 RR: 0.41 (95% CI 0.16–1.03) in favour of treatment*	
<u>Affiliation to treatment programme</u> not reported, although Worling is the author and possibly developer of the programme manual [65]	<u>Follow-up time</u> 16 ± 2 years (mean ± SD, range 12–20 years)	<u>Treatment group</u> Adolescents who participated in at least 10 months of specialised treatment at the SAFE-T programme. n=58 (5 females), 18 drop-outs after 12 months. Drop-outs prior to 12 months (n=27) were transferred to the control group  <u>Control group</u> n=90, 46 received a SAFE-T assessment and were transferred to treatment elsewhere. 17 were treatment refusers. 27 initially belonged to the treatment group, but dropped out before 12 months participation	<u>Length of treatment</u> 24.4 ± 10.7 months (mean ± SD)  <u>Control</u> Assessment, 67% received treatment elsewhere but the nature and duration of this treatment is unknown		

\* According to SBU's evaluation

**Table 3.11** Randomised controlled trial aimed at reducing risk for future sexual offending by children with sexual problem behaviour (SPB).

Author Year Reference Country Publication type Affiliation to treatment programme	Study design Inclusion years Setting Follow-up time	Population (N/drop-outs) Baseline data Groups	Interventions	Methods of data collection Effects/side effects	Study quality Comments
Carpentier et al. 2006 [54]  USA  Journal Article  <u>Affiliation to treatment programme</u> Not reported	<u>Study design</u> Randomised controlled trial (intention-to-treat)  <u>Inclusion years</u> 1992–1995  <u>Setting</u> Community-based  <u>Follow-up time</u> 11.5 ± 1.2 years (mean ± SD)	<u>Population</u> Children with clinically significant sexual problem behaviour, 5–12 years of age with normal intellectual ability. Children and their families recruited from child welfare, law enforcement, juvenile court, physicians, school personnel, mental health centres  <u>Allocation procedure</u> 178 children referred, intent-to-treat population: 135, allocated by randomisation  <u>Treatment group</u> n=64, age 8.8 ± 2.0 years (mean ± SD), 63% boys  <u>Control group:</u> n=71, age 8.1 ± 1.6 years (mean ± SD), 60% boys	<u>Treatment</u> Cognitive behaviour therapy (CBT). Manualised 12-session, group-based therapy. <i>Children groups:</i> Behaviour modification, psychoeducation, identifying inappropriate sexual behaviour, learning behaviour rules, self-control, sex education <i>Parent groups:</i> information on normal/atypical childhood sexual behaviour, child management skills  <u>Control</u> Client-centred and psychodynamic group play therapy. Less structured, manualised, 12 sessions. <i>Children:</i> Drawing self-outlines, play materials, minimal direction from therapists who gave reflections and interpreted patterns of play. <i>Parent groups:</i> themes similar to CBT-groups, presented in a less directive manner	<u>Source of offence data</u> Juvenile justice, adult criminal justice provided information on arrests. The child welfare database was queried for maltreatment perpetration reports  <u>Sexual offence</u> Treatment: 1/64 Control: 7/71 RR: 0.16 (95% CI 0.02–1.25) in favour of treatment*	High study quality  An additional control group consisted of 156 children with disruptive behaviour but no sexual behaviour problems was excluded from the present analysis

\* According to SBU's evaluation

## Referenser

1. Lipsey MW, Cullen FT. The effectiveness of correctional rehabilitation: a review of systematic reviews. *Annu Rev Law Soc Sci* 2007;3:297-320.
2. Andrews DA, Bonta J. *The psychology of criminal conduct*. 4th ed. Cincinnati, Anderson Publishing Company 2007; ISBN: 1593453213.
3. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Crim Justice Behav* 2009;36:865-91.
4. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79-107.
5. Davidson PR. Behavioral treatment for incarcerated sex offenders: post-release outcome. In: *A Conference on Sex Offender Assessment and Treatment*; 1984; Kingston, Ontario, Canada; 1984.
6. Procter E. A five year outcome evaluation of a community-based treatment programme for convicted sexual offenders run by the probation service. *J Sexual Aggression* 1996;2:3-16.
7. Marshall LE, Marshall WL, Fernandez YM, Malcolm PB, Moulden HM. The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: description and preliminary appraisal. *Sex Abuse* 2008;20:25-42.
8. McGrath R, Hoke S, Vojtisek J. Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Crim Justice Behav* 1998;25:203.
9. Craissati J, South R, Bierer K. Exploring the effectiveness of community sex offender treatment in relation to risk and re-offending. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009;20:769-84.
10. Ruddijs F, Timmerman H. Stichting ambulante preventie projection method: a comparative study of recidivism in first offenders in a dutch outpatient setting. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2000;44:725-39.
11. Bakker LH, S. Wales D, Riley, D. And there was light... Evaluating the Kia Marama treatment programme for New Zealand sex offenders against children. Christchurch: New Zealand Department of Corrections; 1998.
12. Nathan L, Wilson NJ, Hillman D. Te Whakakotahitanga. An evaluation of the Te Piriti special treatment programme for child sex offenders in New Zealand. Psychological Service, New Zealand Department of Corrections; 2003.
13. Lambie I, Stewart M. Community solutions for the community's problem: An outcome evaluation of three New Zealand community child sex offender treatment programmes. [Internet]. Auckland: New Zealand Department of Corrections. 2003. [cited June 2010]. Available at: [http://www.corrections.govt.nz/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/176975/sexoffender.pdf](http://www.corrections.govt.nz/__data/assets/pdf_file/0008/176975/sexoffender.pdf).
14. Zgoba KM, Sager WR, Witt PH. Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the Adult Diagnostic and

- Treatment Center: Preliminary results. *J Psychiatry Law* 2003;31:133-164.
15. Zgoba KM, Simon LMJ. Recidivism rates of sexual offenders up to 7 years later: Does treatment matter? *Criminal Justice Review* 2005;30:155-73.
16. Scalora MJ, Garbin C. Multivariate analysis of sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003; 47:309-23.
17. Fedoroff JP, Wisner-Carlson R, Berlin FS, Dean S. Medroxy-pregesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders – Rate of relapse in paraphilic men treated in long-term group psychotherapy with or without Medroxy-ogesterone acetate. *J Offender Rehabil* 1992;18:109-24.
18. Pérez DM. An outcome evaluation of the Brunswick Correctional Center Sex Offender Residential Treatment (SORT) program. [dissertation], College Park, (MD). University of Maryland; 2007.
19. Barnes J. Recidivism in sex offenders: A follow-up comparison of treated and untreated sex offenders released to the community in Kentucky [dissertation]. US: ProQuest Information & Learning; 2001. Available from: PsycINFO. 2001.
20. Marques J, Nelson C, West MA, Day DM. The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behav Res Ther* 1994;32:577-88.
21. DSS Research. [Internet] Researchers toolkit. Fort Worth, TX . Available at: <http://www.dssresearch.com/toolkit/default.asp>.
22. Kilmann PR. The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *J Sex Res* 1982;18:193-252.
23. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD000251.
24. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008;20:10-9.
25. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol* 2005;1:117-146.
26. Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169-94.
27. Nagayama Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:802-809.
28. Gallagher A, Wilson DB, Hirschfield P, Coggeshall MB, MacKenzie DL. A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly* 1999;3(4):19-29.

29. Alexander MA. Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sex Abuse* 1999; 11:101-16.
30. Craig LA, Browne KD, Stringer I. Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma Violence Abuse* 2003;4:70-89.
31. Marshall WL, McGuire J. Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47:653-63.
32. Nicholaichuk TP. Sex offender treatment priority: An illustration of the risk/need principle. *Forum on Corrections Research* 1996;8:30-2.
33. Letourneau EJ, Miner MH. Juvenile sex offenders: A case against the legal and clinical status quo. *Sex Abuse* 2005;17:293-312.
34. BRÅ. Rapport 2010:15. Table 4.3. All conviction decisions, by principal offense, total figures and percentages of women and men, young persons and number of deportees, 2009. Official statistics of Sweden. Criminal statistics. The Swedish National Council for Crime Prevention. (In Swedish, Summary in English). [www.bra.se](http://www.bra.se) [Retrieved 2010-10-11]; 2010.
35. Pastore A, Maguire K, (editors). Sourcebook of criminal justice statistics [Online] 2007. Retrieved from <http://www.albany.edu/sourcebook/>.
36. Worling JR, Långström N. Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually: correlates and assessment. In: Barbaree HE, Marshall WL, editors. *The juvenile sex offender*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005. p 219-47.
37. Långström N. Long-term follow-up of criminal recidivism in young sex offenders: Temporal patterns and risk factors. *Psychology, Crime & Law* 2002;8:41 - 58.
38. Rubinstein M, Yeager C, Goodstein C, Lewis D. Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *Am J Psychiatry* 1993;150:262-65.
39. Kjellgren C, Wassberg A, Carlberg M, Långström N, Svedin CG. Adolescent sexual offenders: a total survey of referrals to Social Services in Sweden and subgroup characteristics. *Sex Abuse* 2006;18:357-372.
40. Ryan G, Miyoshi TJ, Metzner JL, Krugman RD, Fryer GE. Trends in a national sample of sexually abusive youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:17-25.
41. Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N. A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77:26-37.
42. Worling JR, Litteljohn A, Bookalam D. 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behav Sci Law* 2010;28:46-57.
43. Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM, Stein RJ. Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1990;34:105-13.
44. Lab SP, Shields G, Schondel C. Research note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime Delinq* 1993;39:543-53.
45. Guarino-Ghezzi SK, L.M. Juvenile sex offenders in treatment. *Corrections Management Quarterly* 1998;2:45-54.

46. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2009;23:89-102.
47. Worling JR, Curwen T. Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse Negl* 2000;24:965-82.
48. Weiss B, Caron A, Ball S, Tapp J, Johnson M, Weisz JR. Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:1036-44.
49. Shapiro CJ, Smith BH, Malone PS, Collaro AL. Natural experiment in deviant peer exposure and youth recidivism. *J Clin Child Adolesc Psychol*;39:242-51.
50. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework. *Clin Psychol Rev* 2009;29:586-98.
51. Larsson I, Svedin C. Teachers' and parents' reports on 3-to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison. *Child Abuse Negl* 2002;26:247-66.
52. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rather J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpers Violence* 1987;2:3-25.
53. Marshall WL, Barbaree HE, Eccles A. Early onset and deviant sexuality in child molesters. *J Interpers Violence* 1991;6:323-35.
54. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:482-8.
55. Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:376.
56. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:215-37.
57. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006;26:86-104.
58. Hembree-Kigin TL, McNeil C. Parent-child interaction therapy. New York: Plenum; 1996.
59. Webster-Stratton C. The incredible years: Parents, teachers and children's training series. [Internet] Seattle, Washington, USA. [Cited Oct 2010]. Available from <http://www.incredibleyears.com>.
60. St. Amand A, Bard DE, Silovsky JF. Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreat* 2008;13:145-66.
61. Socialstyrelsen. Behandlingsinsatser för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Stockholm; 2011;978-91-86585-73-0.
62. Marques JK, Day DM, Nelson C, West MA. Effects of cognitive-behavioral treat-



ment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Crim Justice Behav* 1994;21:28-54.

63. Borduin CM, Schaeffer CM. Multi-systemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. *J Psychol Human Sex* 2001;13:25-42.

64. Henggeler S, Schoenwald S, Borduin C, Rowland M, Cunningham P. Multi-

systemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. *Treatment manuals for practitioners*, Guilford Press, New York; 1998.

65. Worling JR. Adolescent sexual offender treatment at the SAFE-T program. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 353–65). New York: Plenum. 1998.

## 4. Etiska och sociala aspekter av behandling för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

---

### Etiska diskussioner i litteraturen

I den vetenskapliga litteraturen avhandlas sällan etiska frågor kring behandling av förövare. Vanligare är att diskussionerna rör sig kring hur samhället i stort, rättsväsendet, myndigheter, sjukvård och skola kan beröras av och hur de agerar då sexuella övergrepp mot barn uppdragas. Då barn blir utsatta för övergrepp reagerar omgivningen ofta starkare än om en vuxen drabbats, och samhället har en särskild skyldighet att värna om och skydda barn. Detta avspeglas bl a i den anmälningsskyldighet till socialtjänsten som finns för personal verksam inom hälso- och sjukvård, skola och barnomsorg i Sverige och i många andra länder.

Det främsta målet med behandling av personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är att förhindra att fler barn drabbas. Samhället sätter stort värde på varje förhindrat brott och det debatteras ofta hur förövare ska bestraffas. Relativt lite intresse har däremot ägnats åt forskning om vilka insatser för förövare som verkligen förebygger nya övergrepp. I detta kapitel belyser vi olika etiska och sociala aspekter av åtgärder och behandling för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

### Om samhällets reaktioner

Få brott väcker så mycket avsky och avståndstagande som sexualbrott mot barn. Även bland tungt kriminellt belastade har personer som begått sexualbrott mycket låg status [1]. På anstalter i Sverige och i många andra länder är det av säkerhetsskäl svårt att blanda dem som

begått exempelvis icke-sexuella våldsbrott, som grov misshandel och väpnat rån, med sexualbrottsdömda. Det finns en betydande risk att sexualbrottsdömda blir utsatta för våld av andra intagna. Därför har Kriminalvården särskilda avdelningar för personer som begått sexualbrott. T o m inom gruppen sexualbrottsdömda finns ofta en inbördes rangordning, där den som begått övergrepp mot barn står lägre än den som begått sexuellt relaterade mord eller allvarliga sexualbrott mot vuxna [2,3]. När en sexualbrottsdömd vistas på anstalt med personer dömda för annan icke-sexuell brottslighet, ges ofta rekommendationen att inför andra intagna undanhålla vad man dömts för i syfte att undvika konflikter och våld. Efter frigivning gäller samma sak, att inte berätta, för att kunna återintegreras i samhället och skapa en plattform med arbete, rimliga levnadsvillkor inklusive boende och socialt accepterade fritidsaktiviteter i umgänge med andra.

Konstruktiva rehabiliteringsförsök kräver ett professionellt förhållningsätt till personer med destruktiv sexuell problematik. Det är viktigt att öka medvetenheten i vården om attityder som kan försvåra återanpassning, och under vissa omständigheter t o m öka risken för återfall, genom att bidra till stigmatisering och isolering. För hjälpsökande personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn kan ett initialt fördömande och oprofessionellt bemötande bidra till att de tvekar att söka hjälp från sjukvård eller socialtjänst för sexuella avvikelser, exempelvis pedofila sexuella tändningsmönster, impulser eller riskbeteenden som sammantaget kan öka risken för att begå sexuella övergrepp mot barn. För att kunna få bästa möjliga effekt av behandling krävs en behandlingsallians mellan sexualbrottsförövare och vårdgivare som bl a måste bygga på respekt för den behandlade förövaren som person. En professionell vårdgivare måste med andra ord hela tiden sträva efter att skilja på brott och person.

## **Behandlingsaspekter**

### **Psykologiska metoder**

Strukturerad psykologisk behandling eller psykoterapi, framför allt multi-systemisk terapi, kan minska risken för sexualbrottsåterfall bland ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn [2]. För vuxna förövare

av sexuella övergrepp mot barn har vi däremot inte funnit säkert vetenskapligt stöd för att psykoterapeutiska metoder minskar återfallsfrekvensen i sexualbrott. Resultaten väcker nya frågor: Bör behandlingsinsatser för barn och ungdomar få högsta prioritet? Bör tidiga förebyggande insatser ges till vuxna personer som riskerar att begå sexualbrott mot barn?

Trots det stora antal vetenskapliga studier som gjorts har anmärkningsvärt få haft relevanta kontrollgrupper. Det återstår en osäkerhet om vilka behandlingsmetoder som under en längre uppföljningstid minskar risken för återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (se Kapitel 3). Metoder som av behandlare uppfattas som effektiva kan inte utvärderas med säkerhet om inte randomiserade kontrollerade studier eller väldesignade observationsstudier gjorts. Detta är viktigt då några studier faktiskt indikerar att vuxna sexualbrottsförövare mot barn som fått psykologisk behandling i syfte att minska återfallsrisken kan ha *högre* risk för återfall i sexualbrott jämfört med dem som fick sedvanlig vård [4–6].

Mot denna bakgrund kan man fråga sig om behandling över huvudet ska ges. Samtidigt uppfattas det ofta som oetiskt att inte erbjuda behandling trots avsaknaden av entydig vetenskaplig evidens. Detta speglar ett centralt dilemma på området, nämligen hur behandling ska utformas för att ge största möjliga nytta för samhället, presumtiva offer och förövare. Från en vårdetisk ståndpunkt är det viktigt att behandlingen inte skadar, att den behandlade personen bemöts med respekt och så långt som möjligt medverkar frivilligt. Behandlarens utmaning är att icke-dömande och engagerat bemöta förövaren trots den kriminella övergreppshandling som förövaren begått. Lyckat behandlingsresultat kan bygga mycket på behandlarens förmåga att skapa en arbetsallians med den enskilda förövaren och att förhindra återfall genom att fokusera på att påverka behandlingsbara individuella riskfaktorer. Att hålla isär brott och person och försöka förstå förövarens drivkrafter, utan att för den skull acceptera övergreppshandlingarna, är nödvändigt men svårt då sexualbrott mot barn väcker så starka känslor.

## Lika vård

I Sverige erbjuder Kriminalvårdens anstalter och frivård sedan 2003 strukturerad behandling för att minska återfallsrisken hos sexualbrottsdömda. I enlighet med praxis i ett antal andra, främst anglosaxiska länder, baseras behandlingen på särskilda behandlingsmanualer. Med KBT, social färdighetsträning och återfallsprevention försöker man dämpa de återfallsdrivande riskfaktorer som den enskilda förövaren har (se Faktaruta 1.2). Behandlingen är därför inriktad på att minska brottsstödande attityder och sexuell upptagenhet, stärka förmågan att hantera känslor som vrede och impulsivitet samt vid behov motverka missbruk av alkohol eller droger.

En förutsättning för att kunna genomgå dessa program är att den dömda behärskar svenska språket (ibland engelska), har tillräcklig intellektuell kapacitet och i övrigt kan antas tillgodogöra sig behandlingen. Fängelsestraffets längd är också av betydelse, och en person med kort strafftid kan bli utan behandling om den inte kan slutföras före frigivningen. Detsamma kan gälla för dem som begått mindre grova sexualbrott och därför dömts till skyddstillsyn eller böter istället för fängelsepåföljd, eftersom frivården (dvs Kriminalvårdens öppenvård) över hela landet inte alltid har kompetens för behandling just av sexualbrottsförövare mot barn. Även geografiska avstånd kan lägga hinder i vägen för specialiserad behandling. Det finns således ett betydande antal personer inom Kriminalvården som av logistiska och praktiska skäl inte får sexualbrottspecifik återfallsförebyggande behandling. En möjlig konsekvens av de skillnader som finns i möjligheten att få vård är att vissa personer med förhöjd risk att återfalla i sexualbrott inte genomgår behandling.

## Testosterondämpande läkemedel, så kallad kemisk kastrering

Behandling med testosterondämpande läkemedel kallas ibland kemisk kastrering och minskar sexuell upptagenhet och försvårar erektion hos många män. Läkemedlet kan ges i tablettform eller som långtidsverkande injektion. Benämningen kemisk kastrering kan leda tanken till en definitiv och oåterkallelig utsläckning av sexuell förmåga, vilket inte är fallet.

Effekten är övergående men kan vidmakthållas genom upprepad läkemedelstillförel. Behandlingseffekten kan också helt upphävas om manligt könshormon tillförel, t ex genom dopning med anabola androgena steroider. Det saknas vetenskapligt underlag för att avgöra om testosterondämpande läkemedel har någon betydelse för att minska återfallsrisken i sexualbrott för dem som begått sexuella övergrepp mot barn. Ändå förespråkas i samhället just denna behandling ofta för personer som begår sexualbrott.

Vi vet sällan med säkerhet vilka riskfaktorer som ligger bakom ett sexuellt övergrepps beteende mot barn. Flera olika drivkrafter samverkar troligen i komplexa "kausala nät". Dit hör sexuella drivkrafter som sexuell avvikelse med preferens för barn, spänningssökande sexuellt beteende och sexuell upptagenhet. Men om övergrepp huvudsakligen sker utifrån tvångsmässighet, hämnd, allmänt antisociala attityder eller annat icke-sexuellt motiv skulle testosterondämpande behandling kunna vara verkninglös, och hypotetiskt även ge motsatt effekt.

Förutom att det saknas evidens för att behandling med testosterondämpande läkemedel minskar återfall i sexualbrott, kan biverkningarna och riskerna med antiandrogen behandling vara betydande, särskilt vid flerårig behandling [7,8]. Låga nivåer av manligt könshormon kan ge upphov till benskörhet med risk för frakturer. Behandlingen kan öka risken för sjukdomar i hjärta och blodkärl. Viktuppgång med risk för diabetes, förstoring av bröstkörtlar och leverpåverkan är andra oönskade bieffekter. Det finns också ökad risk för depressionssymtom som kan behöva behandlas med antidepressiva läkemedel, ofta i kombination med samtalsstöd.

Det är en klinisk observation att för personer vars sexuella beteende styrs av starka sexuella drifter och impulser, kan hormondämpande behandling minska risken för sexuellt utagerande beteende. Det är likaså en klinisk observation att många av dessa personer själva upplever ökat välbefinnande då den påträngande sexualdriften dämpas med testosterondämpande läkemedel. Genom att minska den ökade sexualdriftens störande inverkan, kan läkemedelsbehandling för dessa personer även underlätta deltagande i psykoterapi.

Det är av stor betydelse att personer som får testosterondämpande behandling är införstådda i risken för allvarliga biverkningar. Vid testosterondämpande behandling bör regelbundna hälsokontroller genomföras, bl a blodprovstagningar för bestämning av hormonnivå, saltbalans och leverfunktion. Kontroll av skelettets bentäthet bör utföras regelbundet med beredskap för åtgärder om benskörhet skulle utvecklas. Utöver att minimera risken för biverkningar och att följa hormonnivåer för att undvika onödigt höga läkemedelsdoser, kan regelbundna hälsokontroller påvisa om den behandlade tar läkemedel enligt ordination.

Utifrån riskerna med långtidsbehandling med testosterondämpande läkemedel, måste den eventuella nyttan av behandlingen vägas mot ingreppet i den behandlades integritet och mot hänsyn till de medicinska komplikationer som kan uppstå.

Vid ett gott samarbetsklimat mellan den behandlande läkaren och den behandlade kan läkemedel ges under kortare perioder då risken för sexuellt övergreppsbeteende bedöms vara förhöjd. Negativa långtidseffekter kan undvikas om behandlingen ges under kortare perioder. Följsamheten till behandlingen kan ofta förbättras om läkaren ger nödvändig information, visar engagemang och bemöter den behandlade med respekt. Erfarenheter från andra områden tyder på att upplevelse av delaktighet kan öka motivationen att fullfölja behandlingen.

För unga förövare och barn med sexuella problembeteenden (SPB) är testosterondämpande behandling utesluten av medicinska och etiska skäl. Puberteten och skelettmognaden hämmas om hormonnivåerna är alltför låga, vilket innebär att denna behandling endast kan komma i fråga för vuxna män. Testosterondämpande behandling vid förebyggande av sexualbrott är alltså indikerat endast för vuxna män, och det finns i dag inget stöd alls för att rekommendera dessa läkemedel för kvinnor eller ungdomar när syftet är att minska antalet återfall i sexualbrott.

En fråga som ibland diskuteras är om läkare av etiska skäl ska kunna avsäga sig att administrera testosterondämpande läkemedel då syftet med behandlingen är att dämpa könsdriften utan att det finns någon kropps-

lig sjukdom<sup>1</sup>. Inom sjukvården finns det sannolikt läkare som avböjer att ta emot personer med sexuella avvikelser och förövarbakgrund med hänvisning till att en sexuell avvikelse eller ett förövarbeteende inte betraktas som sjukdom. Det behövs en diskussion om vilka kategorier av specialistläkare som bör ansvara för utredning och behandling och på vems uppdrag: patientens eller samhällets representatör av Kriminalvården. Då en förövare vistas inom Kriminalvården kan läkemedelsbehandling erbjudas men är alltid frivillig.

I den etiska diskussionen kring behandling av sexualbrottsförövare finns olika synsätt på vad behandlingen representerar. Är behandlingen en del av påföljden eller straffet, eller ges den med förövarens bästa i fokus, och vems ärenden går behandlaren? Hur ska vi kunna tillgodose en förövares mänskliga rättigheter och finna en balans mellan samhällsintresse och personlig integritet? Den som behandlar sexualbrottsförövare mot barn måste ta flera hänsyn och balansera mellan den enskildas intresse och samhällets [9,10].

## **Unga förövare av sexualbrott mot barn**

Många vuxna förövare av sexualbrott mot barn beskriver att de redan i tonåren hade ett genuint sexuellt intresse för barn [11]. Detta ska inte tolkas som att sambandet är starkt mellan sexuellt utagerande beteende i ungdomen och fortsatt sexuellt övergrepps-beteende i vuxen ålder; däremot bör man redan bland barn och ungdomar med sexuellt övergrepps-beteende vara uppmärksam på tecken på utveckling av ett pedofilt sexuellt tändningsmönster. Då ungdomar uppvisar ett upprepat sexuellt övergrepps-beteende finns ofta andra samtidiga problem [12]. Det kan vara en anpassningsstörning som är märkbar i skolmiljön, hemma och på fritiden [13,14]. Antisociala drag i form av uppförandestörningar med normöverträdelser, kriminalitet och missbruk i ungdomsåren kan utvecklas till antisocial personlighetsstörning i vuxen ålder. Hos vissa ungdomar förekommer brister i den sociala miljön i kombination med

---

<sup>1</sup> Det huvudsakliga användningsområdet för testosterondämpande behandling är prostatacancer, främst hos äldre män. När behandlingen ges vid prostatacancer är den mindre kontroversiell eftersom vinsten med att hindra spridningen av cancer anses överväga att den sexuella förmågan hämmas.



emotionella störningar som social fobi och depression, samt inlärningsproblem. Kunskapsbaserade sociala stödåtgärder skulle kunna bryta en negativ utvecklingsprocess och bidra till en mer gynnsam utveckling.

## **Barn med sexuella problembeteenden**

Då barn utför sexuella övergreppshandlingar mot andra barn måste man söka brett efter möjliga orsaker till detta. Uttrycken ”förövare” och ”sexuellt övergrepp” kan ifrågasättas då yngre barn är inblandade i sexuella handlingar med andra barn. Det kan ibland vara svårt att bedöma var gränsen går mellan adekvat sexuell nyfikenhet för barnets utvecklingsnivå och ett sexuellt övergrepp. Så kallade doktorslekar då barn i samförstånd undersöker sin egen och även andra barns kroppar anses vara en naturlig del i barns psykosexuella utveckling.

Mer problematiskt är det när barn uppvisar sexuellt aggressiva beteenden som riskerar att skada andra barn. Likaväl som att omgivningen riskerar att underreagera kan det då finnas risk att man reagerar oproportionerligt starkt och därmed försämrar prognosen.

Barn som uppvisar sexuellt utagerande beteende kan själva vara eller ha varit utsatta för psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp eller leva i socialt utsatta miljöer med bristfälligt vuxenstöd. Det förekommer även att dessa barn har begåvningshandikapp, emotionella störningar, neuropsykiatriska funktionshinder samt sociala och kognitiva svårigheter [12]. Särskilda insatser behövs för att utreda och åtgärda bakomliggande problem.

Sammanfattningsvis kan barn och ungdomar som begår sexuella övergrepp ha komplexa behov som behöver tillgodoses inom ramen för insatser från socialtjänsten, barnpsykiatrin och andra berörda samhällsinstitutioner och myndigheter.

## Samsjuklighet

Det finns en betydande samsjuklighet mellan avvikande sexuellt beteende och psykiska störningar [15,16]. Hit hör hjärnskador, demenssjukdomar, begåvningshandikapp, autism och psykossjukdom [17]. Många förövare har också ångest, depression, neuropsykiatriska störningar som adhd, missbruk och social fobi. Bristande förmåga till socialt samspel med jämnåriga kan ibland bidra till att personer med psykiska funktionshinder istället söker sig till barn. I gruppboenden och på olika vårdinrättningar för funktionshindrade behövs kompetens för att bemöta sexuellt avvikande beteende, vilket idag ofta saknas. Många människor med psykiska funktionshinder har aldrig fått anpassad sexualundervisning och i vissa fall är det utöver psykopedagogiska samtal motiverat med läkemedelsbehandling för att minska risken för sexuella övergrepp mot barn. Här bör kommuner och landsting ha ett gemensamt ansvar att uppmärksamma problem, utbilda personal och utveckla lämpliga metoder.

Det är en klinisk erfarenhet att personer med depression, tvångssyndrom eller psykos ibland uttrycker sexuella tankar och fantasier kring barn eller betraktar sig som pedofiler. Dessa föreställningar kan vara övergående och försvinna då det psykiska tillståndet förbättras, varför de ibland kan ses som en följd av det psykiatriska grundtillståndet. Psykiatri och Kriminalvården har tillsammans ansvar för att upptäcka och erbjuda behandling av psykisk sjukdom hos sexualbrottsdömda personer. Obehandlad psykisk sjukdom och missbruk kan bidra till risk för återfall i sexualbrott [18].

## Metoder som inte används i Sverige

### Annan prevention

För att minska antalet sexuella övergrepp mot barn vore det önskvärt att så tidigt som möjligt identifiera personer i riskzonen för att begå sexualbrott. Det är sannolikt en betydande del av alla dem med sexuellt intresse för barn som inte agerar på detta därför att de därutöver har få riskfaktorer för att förgripa sig på barn och/eller många skyddande faktorer (se Faktaruta 1.3). Under vissa individuella och sociala omständig-

heter kan balansen mellan risk- och skyddsfaktorer förskjutas och resultera i en tillfälligt ökad risk för att begå sexuella övergrepp. Många personer som upplever att deras sexuella avvikelse är ett problem uppfyller ibland kriterierna för diagnosen pedofili (Faktaruta 1.3), kriterier för annan samtidig psykisk sjuklighet [19,20] och kan ha förhöjd självmordsrisk [21]. Svårigheten att få behandling för denna grupp är uppenbar mot bakgrund av risken för stigmatisering och det bristande kunskapsläget inom hälso- och sjukvården. I Sverige finns endast begränsade möjligheter att få hjälp vid sexuellt avvikande intressen som pedofili och sexuellt riskbeteende. Det finns specialiserade mottagningar, bl a Centrum för andrologi och sexualmedicin vid Karolinska sjukhuset i Huddinge, men resurserna har hittills varit begränsade. Idag hänvisas de personer med sexuella avvikelser som inte har en aktuell kontakt med rättsväsendet till psykiatrin. Vi kan inte med säkerhet säga vilka insatser för enskilda individer som kan förebygga sexualbrott mot barn. I väntan på tillförlitliga forskningsresultat kvarstår frågan om vilka av de tillgängliga behandlingsmöjligheterna som bör erbjudas till personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

I bl a Storbritannien och Tyskland har man inrättat telefonlinjer dit personer med sexuellt intresse för barn kan ringa anonymt och få kvalificerat samtalsstöd samt hänvisning till lämplig enhet för behandling [22–24]. Anonymiteten kan vara avgörande för att våga inleda en första kontakt och under tiden bygga upp sin motivation för att söka och acceptera professionellt stöd och behandling. Många år av praktisk erfarenhet från telefonlinjerna i Storbritannien och Tyskland antyder att tusentals, av rättsväsendet ofta okända, personer med risk för att begå sexuella övergrepp mot barn kan motiveras till att delta i behandling. Det är alltså möjligt att fånga upp riskpersoner och erbjuda dem behandling om den första kontakten får ske anonymt. Detta kan vara en vinst på lång sikt. I Sverige har vi ännu ingen hjälptelefon även om medel utlovats för att bygga ut förebyggande behandling för riskpersoner [25].

## Registrering av förövare

Ofta väcks förslag på att personer som begått sexualbrott mot barn ska registreras offentligt med namn, bild och adress. Syftet är förstås att förhindra nya sexuella övergrepp mot barn genom att avskräcka presumtiva förövare och varna barnfamiljer bosatta i den sexualbrottsdömdes bostadsområde. Men att offentliggöra vilka som dömts för sexualbrott mot barn kan istället ha betydande negativa konsekvenser. Den viktigaste är att förlust av arbete, vänner och hyreskontrakt i sin tur kan öka den sexualbrottsdömdes risk för återfall i sexualbrott. Om förövaren har egen familj, där även offer kan finnas, kan de närstående drabbas av ytterligare en påfrestning. Det finns många exempel på utfrysning med stenkastning och andra trakasserier mot redan utsatta familjers bostad som medfört att familjer tvingats byta bostadsort [26–29].

I bl a USA finns fleråriga erfarenheter av att sexualbrottsdömda i samtliga delstater är skyldiga att underkasta sig offentlig registrering [30]. Vissa personer registreras under en 10-årsperiod och andra under hela livet, beroende på brottets allvarlighetsgrad. I flera kontrollerade studier av vuxna och unga förövare har man jämfört återfallsfrekvens hos registrerade och icke-registrerade sexualbrottsdömda. Man har dock inte kunnat visa att registrering skulle ha någon brottsförebyggande effekt [31,32]. Däremot finns risk för att social isolering, skam och trauma från trakasserier och fysiska attacker från andra som kan bli följderna av att dömda förövare pekats ut, snarare kan öka risken för återfall [33]. I Sverige finns sidor på internet där personer lägger ut domar tillsammans med den dömdas namn och bostadsadress.

Slutligen kan registrering leda till en falsk trygghet hos omgivningen då fokus ligger på redan dömda individer. Mer än 90 procent av alla personer som dömdes för sexuella övergrepp mot barn i Sverige 1973–2004 hade inte tidigare dömts för sexuella övergrepp [34]. Detta beror bl a på att återfallsrisken i liknande brott hos förövare av sexuella övergrepp mot barn är låg [35,36].

## Kirurgisk kastrering och aversionsterapi

I Sverige uppfattas idag en så pass drastisk behandlingsmetod som kirurgisk kastrering av sexualbrottsdömda som djupt oetisk av de flesta människor. Europeiska kommittén för förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT) i Europarådet, har krävt ett omedelbart stopp av kirurgisk kastrering av sexualbrottslingar, då denna behandling, som tillämpas i t ex Tjeckien, är förnedrande [37]. Metoden har använts förut, främst i början av 1900-talet, men återfall i sexualbrott förekom även hos opererade personer [38]. Detsamma gäller för den typ av aversionsterapi med elstötar som tidigare förekommit i syfte att försöka avbetunga ett sexuellt intresse för barn [39]. Så sent som på 1960-talet har neurokirurgiska ingrepp utförts på personer med sexuellt högriskbeteende, något som knappast längre förespråkas [1].

Inom sjukvården förekommer det att män efterfrågar att få testiklarna bortopererade pga ett upplevt lidande av sin sexuella läggning. Då personer önskar genomgå ett sådant oåterkalleligt ingrepp bör man, tills motsatsen är bevisad, misstänka bakomliggande psykisk sjukdom. Det kan t ex röra sig om djup depression, psykossjukdom eller tillstånd med stark tvångsmässighet. Dessa personer bör genomgå utredningar där psykiatrer eller andra kvalificerade läkare bedömer den aktuella hälsan. En god etisk princip kan vara att neka en behandling som bedöms göra mer skada än nytta. En läkare kan i särskilda fall överväga att erbjuda hormondämpande behandling, framför allt om det annars bedöms finnas risk för självstypande beteende eller en förhöjd självmordsrisk.

## Tvångsvård och vård som krav för frigivning

I vissa länder finns möjligheten för en dömd person att frigges tidigare från anstalt eller rättspsykiatrisk vård om han eller hon accepterar testosterondämpande behandling [40]. I Sverige finns idag ingen juridisk möjlighet att mot en persons vilja ge testosterondämpande behandling. Att lagligt införa sanktionerade tvångsåtgärder vid vissa brottstyper (som sexuella övergrepp) men inte vid andra (som grov misshandel eller mordförsök) kan vara problematiskt då det bryter mot principen om allas lika värde inför lagen. En relaterad fråga är om samhället har rätt att beröva en person dennes sexualitet pga att personen gjort sig skyldig till ett sexu-

albrott. Detta särskilt mot bakgrund av att återfallsrisken i sexualbrott mot barn är låg jämfört med återfallsrisken i våldsbrott [41]. Det hörs sällan några röster för att införa aggressionsdämpande behandling med tvång för personer som gjort sig skyldiga till icke-sexuella våldsbrott.

I Sverige finns idag betydande kunskapsluckor avseende läkemedelsbehandling vid sexuella avvikelser. Bara ett fåtal enheter inom sjukvården har kompetens på området, och även inom psykiatri och rättspsykiatri saknas tillräcklig kunskap. Inom Kriminalvården är läkemedelsbehandling vid sexuell avvikelse ovanlig [42].

## **Penispletysmografi och mänskliga rättigheter**

I USA och flera europeiska länder används penispletysmografi på frivillig grund för att fastställa sexuell avvikelse och följa behandlingsresultat på sexualbrottsdömda. Metoden innebär att man med en särskild anordning mäter graden av erektion i penis samtidigt som den undersökta exponeras för bilder med olika typer av sexuellt innehåll. Denna metod används inte i Sverige annat än vid utredning av impotens eller sviktande erektion och har inte heller nämnvärt förespråkats som utredningsmetod för sexualbrottsdömda. Penispletysmografi anses medföra ett ingrepp i den personliga integriteten och kunna strida mot mänskliga rättigheter. Frågan har i ett enskilt fall varit föremål för prövning i Europadomstolen för mänskliga rättigheter år 1999 [43]. Domstolen fann då att metoden hade berättigande, och det finns också en uppfattning att det eventuella obehaget för den enskilda förövaren måste vägas mot samhällsnyttan.

## **Sammanfattning**

Personer med risk för att begå sexualbrott mot barn utgör en heterogen grupp. Den kända förövaren är oftast en ung eller vuxen man, eller en vuxen kvinna. En del sexualbrottsförövare har psykiska funktionshinder, och detta är en ofta bortglömd grupp med särskilda behov.

Vid behandling av förövare bör frivillighet eftersträvas. En viktig etisk princip är att behandlingen ska ges i samråd och med respekt för den

enskildes integritet. Nyttan av olika insatser bör alltid vara större än den eventuella skadan, för såväl den enskilde som samhället.

Politisk vilja, finansiella resurser och tillräckligt många och kompetenta vårdgivare behövs i det förebyggande arbetet. Riskpersoner kan och bör fångas upp och erbjudas frivillig behandling tidigt, helst redan innan övergrepp hunnit ske. Här har samhället ett ansvar för att skapa lämpliga förutsättningar, t ex genom fortbildning för professionella inom rättsväsende, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lättillgänglig hjälp för riskpersoner, i form av en särskild hjälptelefon, och inrättande av specialiserade mottagningar kan vara andra åtgärder.

Den absoluta merparten som döms för sexualbrott mot barn har inte tidigare dömts för brott, och återfallsrisken i likartad brottslighet är lägre än för dem som dömts för icke-sexuella våldsbrott [44]. Sexualbrottsdömda har låg status i samhället och det finns risk för att flera parter lider skada om dömda hängs ut offentligt, samtidigt som det inte förefaller minska återfallsrisken trots väsentliga ekonomiska kostnader och mänskligt lidande. Stigmatisering kan under ogynnsamma omständigheter möjligen bidra till ökad risk för återfall i sexualbrott [33].

Samhället i stort, inklusive tidigare och framtida offer, har rimligen rätt att ställa krav på verksam behandling av personer som har begått eller riskerar att begå sexualbrott mot barn. Det vore oetiskt att fortsätta använda behandlingsprogram utan att utvärdera dem ordentligt. Vilken typ av behandling som är effektiv kan vi emellertid ännu inte säga säkert. Men att inte behandla alls med hänvisning till att vetenskapligt underlag saknas medför också etiska problem. Europarådet har antagit en konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp. Sverige har undertecknat konventionen, men frågan om vi ska tillträda den är ännu under utredning [45]. I konventionen sägs också att personer som riskerar att begå sexualbrott mot barn ska få tillgång till effektiva behandlingsprogram och åtgärder. Detta kan med andra ord innebära en skyldighet för Sverige att erbjuda effektiv behandling och att utvärdera behandlingsinsatser. Utifrån tillgänglig forskning är det oklart vilka behandlingsinsatser som är effektiva. I väntan på tillförlitliga resultat från större och mer välgjorda studier bör vi ändå erbjuda behandling

med de mest lovande av de tillgängliga metoderna samt RNR-principerna (se Faktaruta 3.1) för att nå största möjliga nytta till minsta möjliga skada och kostnad. Behandlingseffekterna bör dokumenteras och följas upp noggrant.

Det finns flera etiska dilemman rörande behandling för personer som riskerar att begå sexualbrott mot barn. Barn har rätt att skyddas från sexuella kränkningar och övergrepp. Samhället har härutöver ett intresse av att bekämpa brottslighet medan medierna och allmänheten ofta utövar påtryckningar för att strängare straff ska utdelas till personer som förgripit sig på barn. Samtidigt ska människor ha rätt till självbestämmande, integritet och inflytande över den vård och behandling som ges. Ska undantag från denna princip göras för personer som begått sexualbrott mot barn? Kan man väga barnets rättigheter mot förövarens eller anser vi att en förövare har förverkat sin rätt till integritet? Hur blir det möjligt att förena påföljder för sexualbrott mot barn med effektiva behandlingsåtgärder som kräver samverkan med och respekt för individen? Vi bör lyfta de frågor som har betydelse för vår syn på förövaren och vilka insatser som samhället bör göra. I detta arbete är det överordnade syftet alltid att förhindra att barn blir offer för sexualbrott. Denna ambition kräver dock kontinuerlig utvärdering av vilka förebyggande insatser som är effektiva. Annars riskerar vi att flytta allt större ekonomiska resurser från vad som kan fungera till ineffektiva och rent av kontraproduktiva insatser.



## Referenser

1. Miller RD. Forced administration of sex-drive reducing medications to sex offenders: treatment or punishment? *Psychol Public Policy Law* 1998;4:175-99.
2. Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N. A randomized clinical trial of multi-systemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:26-37.
3. Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr* 2005;17:258-64.
4. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79-107.
5. Fyffe CE, Kahng S, Fittro E, Russell D. Functional analysis and treatment of inappropriate sexual behavior. *J Appl Behav Anal* 2004;37:401.
6. Nicholaichuk TP. Sex offender treatment priority: An illustration of the risk/need principle. *Forum on Corrections Research* 1996;8:30-2.
7. Richer M, Crismon ML. Pharmacotherapy of sexual offenders. *Ann Pharmacother* 1993;27:316-20.
8. Czerny JP, Briken P, Berner W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 2002;17:104-6.
9. Glaser B. Sex offender programmes: New technology coping with old ethics. *J Sexual Aggression* 2010;16:261-74.
10. Ward T. Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment. *J Sexual Aggression* 2010;16:286-95.
11. Abel GG, Rouleau J-L. The nature and extent of sexual assault In: Marshall W, Laws D, Barbaree H, editors. *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990. p 9-22.
12. Hunter JA, Jr., Lexier LJ. Ethical and legal issues in the assessment and treatment of juvenile sex offenders. *Child Maltreat* 1998;3:339-48.
13. Kjellgren C, Wassberg A, Carlberg M, Långström N, Svedin CG. Adolescent sexual offenders: a total survey of referrals to Social Services in Sweden and subgroup characteristics. *Sex Abuse* 2006;18:357-72.
14. Kjellgren C, Priebe G, Svedin CG, Mossige S, Långström N. Female youth who sexually coerce: prevalence, risk, and protective factors in two national high school surveys. *J Sex Med*, 8:no.doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01495.x
15. Fazel S, Sjöstedt G, Långström N, Grann M. Severe mental illness and risk of sexual offending in men: A case-control

- study based on Swedish national registers. *J Clin Psychiatry* 2007;68:588-96.
16. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999;156:786-8.
17. Ashman L, Duggan L. Interventions for learning disabled sex offenders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003682.
18. Långström N. Accuracy of actuarial procedures for assessment of sexual offender recidivism risk may vary across ethnicity. *Sex Abuse* 2004;16:107-20.
19. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P Jr, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999;60:414-20.
20. Kafka MP, Prentky RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatry* 1998;59:388-96.
21. Pritchard C, King E. Differential suicide rates in typologies of child sex offenders in a 6-year consecutive cohort of male suicides. *Arch Suicide Res* 2005;9:35-43.
22. Stop it now! [Internet]. <http://www.stopitnow.org/>.
23. Beier K, Ahlers C, Goecker D, Neutze J, Mundt I, Hupp E, et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forens Psychiatry Psychol* 2009;20:851-67.
24. Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl* 2009;33:545-9.
25. SVT/Rapport [Internet]. Telefonlinje ska hindra sexualbrott. Publicerad 31 augusti 2010. [https://svt.se/2.22577/1.2127413/telefonlinje\\_ska\\_hindra\\_sexualbrott\\_2010](https://svt.se/2.22577/1.2127413/telefonlinje_ska_hindra_sexualbrott_2010).
26. Robbers M. Lifers on the Outside. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2009;53:5.
27. Mercado CC, Alvarez S, Levenson J. The impact of specialized sex offender legislation on community reentry. *Sex Abuse* 2008;20:188-205.
28. Levenson JS, Cotter LP. The impact of sex offender residence restrictions: 1,000 feet from danger or one step from absurd? *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005; Apr;49:168-78.
29. Brannon Y, Levenson J, Fortney T, Baker J. Attitudes about community notification: a comparison of sexual offenders and the non-offending public. *Sex Abuse* 2007;19:369-79.
30. Scott CL, Gerbasi JB. Sex offender registration and community notification challenges: the Supreme Court continues its trend. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31:494-501.
31. Tewksbury R, Jennings W. Assessing the impact of sex offender registration and community notification on sex-offending trajectories. *Crim Justice Behav* 2010; 37:570.
32. Sandler J, Freeman N, Socia K. Does a watched pot boil? *Psychol Public Policy Law* 2008;14:284-302.

33. Bonnar-Kidd KK. Sexual offender laws and prevention of sexual violence or recidivism. *Am J Public Health* 2010;100:412-9.
34. Niklas Långström, personlig kommunikation, 25 okt 2010.
35. Fazel S, Sjostedt G, Langstrom N, Grann M. Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sex Abuse* 2006;18:159-67.
36. Harris AJR, Hanson RK. Sex offender recidivism: A simple question. Corrections Users Report No. 2004-03: Public Safety and Emergency Preparedness Canada. Ottawa, Canada. Available from: <http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/2004-03-se-off-eng.aspx> 2004.
37. Pfäfflin F. According to the evaluation of the CPT the surgical castration of sex offenders amounts to degrading treatment. *Recht Psychiatrie* 2010;28:179-82.
38. Weinberger LE, Sreenivasan S, Garrick T, Osran H. The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:16-36.
39. Hanson RK, Steffy RA, Gauthier R. Long-term recidivism of child molesters. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:646-52.
40. ABC-News, Australia. Poland approves chemical castration for paedophiles. Posted Wed Jun 9, 2010 8:31am AEST. <http://www.abc.net.au/news/stories/2010/06/09/2922199.htm> 2010.
41. Caldwell M, Dickinson C. Sex offender registration and recidivism risk in juvenile sexual offenders. *Behav Sci Law* 2009; 27:941-56.
42. Långström N, Sjostedt G. Att påverka och påverkas. Kriminalvårdens insatser för sexualbrottsdömda i anstalt. Norrköping, Kriminalvårdsstyrelsen; 2000; 91-88932-92-3.
43. Gazan F. Penile Plethysmography Before the European Court of Human Rights. *Sex Abuse* 2002;14:89-93.
44. Douard J. Loathing the sinner, medicalizing the sin: why sexually violent predator statutes are unjust. *Int J Law Psychiatry* 2007;30:36-48.
45. European Union Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Council of Europe. Treaty Series No. 201. 2007. [Cited 20 Sep 2010] <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=201&CL=ENG>.

## 5. Hälsoekonomiska aspekter

---

### Slutsatser

- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska konsekvenser av psykologisk eller farmakologisk behandling av vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn.
- ❑ Underlaget är otillräckligt rörande hälsoekonomiska studier av behandling av unga sexualbrottsförövare eller barn med sexuella problembeteenden (SPB). Detsamma gäller personer som inte begått men riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

### Inledning

När en behandling jämförs med en referensbehandling (eller sedvanlig vård) kan en kostnadseffektanalys (cost-effectiveness analysis) tillämpas. Kostnadseffektanalyser jämför kostnader och effekter av en viss behandling med de kostnader och effekter som uppstår med en annan behandling (eller ingen behandling alls). En annan sorts ekonomisk analys är kostnadsintäktsanalys (cost-benefit analysis), där effekterna av en behandling eller samhällsintervention värderas i monetära termer. De flesta ekonomiska studier inom det aktuella området, prevention av återfall i sexualbrott, är kostnadsintäktsanalyser.

Konsekvenserna av sexuella övergrepp mot barn drabbar huvudsakligen fyra intressenter: 1) offren, 2) anhöriga och närstående till både förövarna och offren, 3) förövarna samt 4) samhället, framför allt rättsväsende, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Även andra parter kan uppleva negativa effekter av sexualbrott mot barn, t ex de som bor i ett område som drabbas.

Återfall i brott innebär direkta, indirekta samt intangibla (svårsmätbara) kostnader:

- *Direkta kostnader* exempelvis kostnader för rättsväsendet att utreda och avdöma ett nytt brott, kostnader för Kriminalvården för dömda förövare och hälsovårdskostnader för offren.
- *Indirekta kostnader* är kostnader för anhöriga och närstående som drabbats, till både offren och förövaren, eller till institutioner (socialtjänst) som inte uttryckligen täcks av direkta kostnader. Produktionsförluster pga påföljden för förövaren eller skador och dödsfall för både förövaren och offret, är också typiska indirekta kostnader.
- *Intangibla kostnader* är sådana som brukar betraktas som ”svårsmätbara”. Det gäller huvudsakligen offrens smärta och lidande men även negativa reaktioner hos anhöriga och andra i offrens omedelbara omgivning. Man mäter ofta de intangibla kostnaderna i form av minskad livskvalitet, men de kan även beräknas i ekonomiska termer.

Vi identifierade endast tre studier av hälsoekonomiska aspekter på behandling av personer som begått sexuella övergrepp mot barn. En av dessa kan snarare betraktas som en kostnads-kalkyl eller kostnadsjämförelse än som en *kostnadseffektanalys* (se ovan för en förklaring) [1]. En annan studie tillämpar en känslighetsanalys för att beräkna vid vilken effektstorlek som behandlingen medför positiva samhällsekonomiska konsekvenser, men den baseras på schablonmässiga kostnader för behandlingseffekten från andra studier och presenterar inga egna data [2]. Dessa två studier innehöll inga jämförelser mellan två unika grupper, t ex behandling och icke-behandling, och inte heller några detaljer om vilka behandlingsmetoder som använts. En tredje studie, från Nya Zeeland, inkluderades i den systematiska översikten (se Kapitel 3), men kvaliteten bedömdes vara låg [3]. Rapporten innehöll visserligen en detaljerad beskrivning av programmet, deltagarna och utfallet, men de hälsoekonomiska aspekterna var ofullständigt

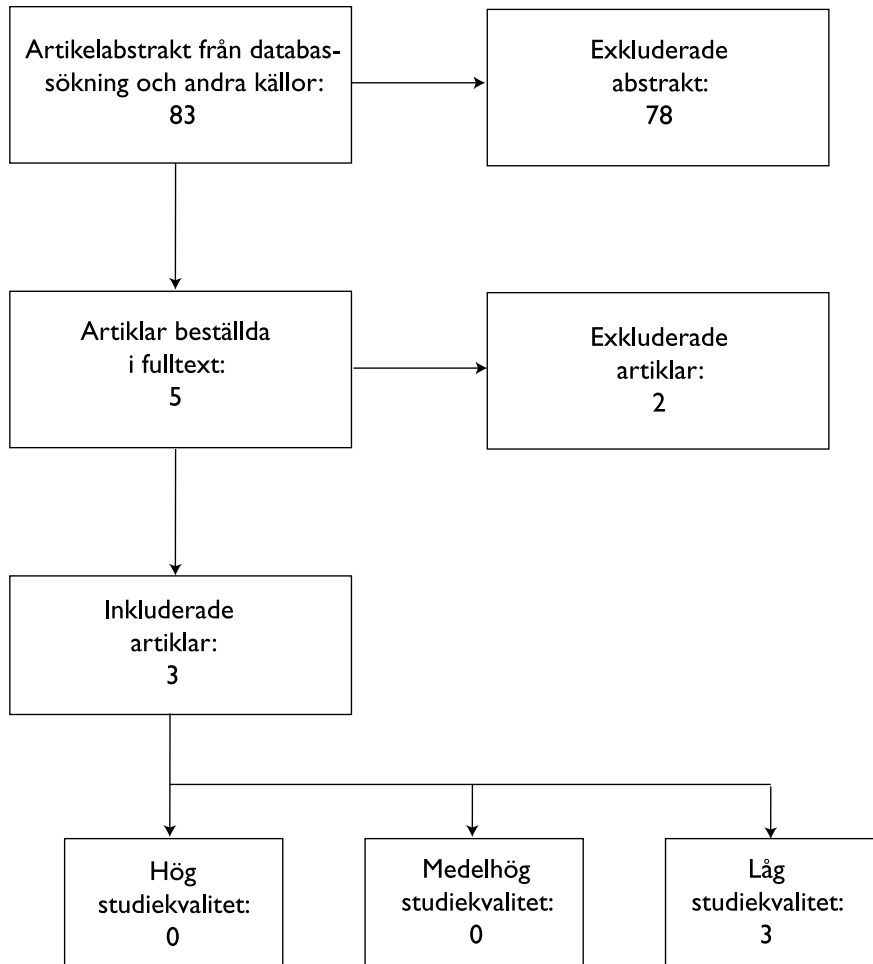
belysta och innehöll ingen specificerad kalkyl över kostnaderna. En fjärde studie inkluderas i den hälsoekonomiska översikten eftersom den behandlar samhällskostnader relaterade till sexualbrott mot barn i Kanada. Däremot berör inte denna studie behandlingsaspekter [4]. Sammantaget finns det ingen studie av acceptabel kvalitet av hälsoekonomiska aspekter på behandling av personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

## **Den systematiska kunskapssammanställningen**

### **Fråga**

- Är metoder för behandling eller prevention kostnadseffektiva?

## Resultat av litteratursökning och studieurval



**Figur 5.1** Urval av hälsoekonomiska studier av övergreppsförebyggande metoder.

Tre studier uppfyllde inklusionskriterierna [1–3].  
Samtliga bedömdes ha låg kvalitet.

## Beskrivning av studier och resultat

I en studie från 2001 beräknade Shanahan och Donato [2] möjliga utfall av kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer som dömts för sexuella övergrepp mot barn i Australien. I studien diskuteras förhållandet mellan direkta och indirekta kostnader respektive intangibla kostnader för offren. Grundantagandet i studien är att ett behandlingsprogram kan minska återfallsfrekvensen med 2–14 procent. Författarna visade att ett program skulle ha positiva samhällsekonomiska konsekvenser om det kunde sänka återfallsfrekvensen med 4–8 procent, beroende på hur konsekvenserna av ett brott värderades. Författarna poängterar att om ett återfall drabbar flera offer blir effekterna av ett förebyggande program större. De hävdar att 13–62 procent av de totala kostnaderna för ett återfall kan bero på variationer i beräkandet av intangibla kostnader. Denna studie är i första hand användbar för att identifiera olika kostnader i samband med återfall i brott.

Prentky och Burgess [1] utvärderade den återfallsminskande effekten av behandling bland förövare av sexuella övergrepp mot barn, med uppföljning mellan 1960 och 1985. Av 1 790 möjliga kandidater för behandling vid en behandlingsenhet i USA skrevs 564 in och 315 exkluderades. Till slut följdes endast 129 förövare av sexuella övergrepp mot barn upp i fråga om återfall i sexualbrott. Studien ger ingen information om behandlingstyp. Den breda tidsramen gör det osäkert om behandlingen tillämpas idag. Som återfall i sexualbrott räknades åtal för sexualbrott med fysisk kontakt. Utifrån annan forskning gjordes antagandet att 40 procent av de obehandlade förövarna hade ett sexualbrottsåterfall inom fem år. Denna andel är betydligt högre än bland de behandlade, där 25 procent återföll. I studien användes en lägre kostnad för terapigruppen än för den obehandlade gruppen, vilket byggde på en felberäkning. Shanahan och Donato [2,5] rättade emellertid till denna felberäkning år 2001, och drog då slutsatsen att en minskning i återfallsfrekvensen med 5,5 procent hos den behandlade gruppen i Prentkys och Burgess studie skulle vara tillräcklig för att på ekonomisk grund motivera behandlingsprogrammet [5]. Brist på information om den specifika behandlingen i programmet, avsaknad av kontrollgrupp och felberäkningarna gör det svårt att tolka resultaten från denna studie.



Det nyzeeländska *Kia Marama*-programmet visade en minskning i sexualbrottsåterfall med ungefär 50 procent (från 21 till 10 procent) hos behandlade jämfört med obehandlade förövare av sexualbrott mot barn [3]. Uppföljningstiderna för behandlade och obehandlade personer var dock inte jämförbara (i genomsnitt 4,2 år för försöksgruppen och 8,5 år för kontrollgruppen). Denna markanta skillnad minskar resultatets tillförlitlighet. Behandlingsprogrammet är utförligt beskrivet, men inte den ekonomiska kalkylen. Beräkningen av kostnader för återfall presenteras som en ospecificerad klumpsumma, skattad efter personlig kommunikation med en sakkunnig. *Kia Marama*-studien inkluderades i den systematiska översikten som presenteras i Kapitel 3, och studiekvaliteten bedömdes vara låg.

Hankivsky och Draker gjorde en kostnadskalkyl över samhällskostnader i samband med sexualbrott mot barn i Kanada under sent 1990-tal [4]. Kostnaderna beräknades som andel av olika budgetar, och genomsnittskostnader användes för ett antal aktuella fall. Till exempel gick totalt 4 666 fall av sexualbrott mot barn till domstol. Detta var ungefär 1 procent av alla fall som belastade den statliga budgeten. Ungefär 1 800 personer blev dömda vilket motsvarade 7 procent av alla vuxna dömda för brott. Av de totala kostnaderna var 85 procent direkta kostnader och resterande 15 procent var indirekta kostnader i samband med ohälsa och död.

## Diskussion

Svenska förutsättningar och siffror kan skilja sig en del från motsvarande i USA, Australien och Kanada. Istället för fängelse får en större andel av samtliga brottsdömda personer i Sverige än i USA frivårdspåföljder med samhällstjänst, vård eller behandling [6]. Detta gäller också för vissa mindre grova sexualbrott mot barn. Framför allt är fängelsepåföljderna påtagligt kortare i Sverige än i USA. Under år 2007 var den genomsnittliga avtjänade fängelsepåföljdstiden för våldtäkt och grov våldtäkt av ett barn 16 respektive 36 månader [7]. Därmed beräknas den genomsnittliga kostnaden för rättsväsendet bli lägre per sexualbrottsdömd i Sverige. I Sverige har också förövare av sexuella övergrepp mot barn en något lägre återfallsfrekvens i sexualbrott jämfört med i andra länder. I en uppfölj-

ning av alla förövare av sexuella övergrepp som frigavs från anstalt under år 2004 dömdes ungefär 6 procent för ett nytt sexualbrott inom tre år efter frigivningen [8]. I en studie med 9 års uppföljningstid efter frigivning från anstalt under mitten av 1990-talet hade 9 procent nya sexualbrottsdomar [9].

Att prioritera längre eller mer intensiv behandling till förövare med medelhög och hög återfallsrisk, som har betydligt högre återfallsfrekvens än förövare med låg risk, skulle förbättra ett behandlingsprogramms samhällsekonomiska konsekvenser [10]. Behandling av förövare som bedöms ha låg återfallsrisk blir troligen mindre effektiv i minskning av återfall, också relativt sett, jämfört med behandling av förövare med en mer uttalad riskprofil [11]. Man kan därför också med ekonomiska argument förorda att intensiv behandling i första hand ska erbjudas till förövare med medelhög och hög risk, i enlighet med RNR-principerna (se Faktaruta 3.1).

Vid återfall uppkommer direkta kostnader för den juridiska processen, t ex polis, åklagare, domstolsväsende och kriminalvård samt socialtjänst och hälso- och sjukvård (inklusive rättspsykiatrisk vård av förövaren i vissa fall). I internationella studier utgör fängelsekostnaderna huvuddelen av de direkta kostnaderna. De indirekta kostnaderna mäts som produktionsförlust och ohälsa.

Huvuddelen av de intangibla kostnaderna utgörs av försämrad livskvalitet som kan drabba offren, deras anhöriga samt andra i den närmaste omgivningen. Vissa offer kan under lång tid lida av traumarelaterad ohälsa, och kan drabbas av psykisk ohälsa senare i livet, t ex ångest, depression och självmordsförsök [12–14]. En annan del av de intangibla kostnaderna finns på samhällsnivå när brottet påverkar en tredje part, t ex den rädsla och oro som invånarna i ett område kan uppleva när barn blivit utsatta för sexuella övergrepp [15,16]. Det är svårt att beräkna dessa intangibla kostnader, men vissa försök har gjorts inom närliggande forskningsområden [17]. Rädslan för brott i befolkningen är geografiskt och socioekonomiskt relaterad, även om orsakssambandet inte är säkerställt. Bland boende i områden där arbetslöshet och brottslighet är högre än

genomsnittet finns det större rädsla än bland dem som bor inom områden med lägre risk för brottslighet [18].

En metod att sätta ett värde på de intangibla kostnaderna är att skatta samhällets betalningsvilja (willingness to pay, WTP). Den metoden användes för program med anknytning till brott mot barn i en befolkningsundersökning i delstaten Alabama i USA [19]. I allmänhet verkar det som att betalningsviljan bland befolkningen är jämförelsevis hög när det gäller att förhindra sexualbrott [20]. USA:s justitiedepartement bedömer att näst efter mord är sexuella övergrepp mot barn det brott som kostar samhället mest, följt av våldtäkt, fysisk misshandel av barn och mordbrand [16]. Även om studier avseende betalningsviljan i USA inte direkt går att applicera på svenska förhållanden finns det inget som tyder på att betalningsviljan skulle vara mycket lägre i Sverige. Detta betyder att även behandlingsprogram som har en blygsam effekt antagligen skulle anses kostnadseffektiva, eftersom kostnaden för programmen inte är extremt hög medan varje förhindrat fall värderas mycket högt av samhället.

Prioritering mellan behandlingsinsatser är nödvändiga som en följd av begränsade resurser. Dessa resurser kan vara pengar, behandlande personal eller andra komponenter som är nödvändiga för att genomföra interventionen. För att kunna fatta välgrundade beslut på framtida satsningar är det viktigt att det finns så bra information som möjligt om olika behandlingars effekter och kostnadseffektivitet.

## Referenser

1. Prentky R, Burgess AW. Rehabilitation of child molesters: a cost-benefit analysis. *Am J Orthopsychiatry* 1990;60:108-17.
2. Shanahan M, Donato R. Counting the cost: estimating the economic benefit of pedophile treatment programs. *Child Abuse Negl* 2001;25:541-55.
3. Bakker LH, S. Wales D, Riley, D. And there was light... Evaluating the Kia Marama treatment programme for New Zealand sex offenders against children. Christchurch: New Zealand Department of Corrections; 1998.
4. Hankivsky O, Draker DA. The economic costs of child sexual abuse in Canada: a preliminary analysis. *J Health Soc Policy* 2003;17:1-33.
5. Donato R, Shanahan M. The economics of child sex-offender rehabilitation programs: beyond Prentky & Burgess. *American journal of orthopsychiatry* 2001;71:131-41.
6. Harrendorf S, Heiskanen M, Malby S. European Institute for Crime Prevention and Control Affiliated with the United Nations. *International statistics on crime and justice*. Helsinki. 2010. HEUNI Publication Series No.64. ISBN 978-952-5333-78-7.
7. BRÅ. Rapport 2008:23. *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. The Swedish National Council for Crime Prevention. ISBN 978-91-86027-15-5. 2008.
8. BRÅ. Rapport 2010:15. Chapter: *Recidivism Final Statistics for 2004* (pp. 272-73). The Swedish National Council for Crime Prevention. 2010.
9. Fazel S, Sjostedt G, Langstrom N, Grann M. Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sex Abuse* 2006;18:159-67.
10. Andrews DA, Bonta J. *The psychology of criminal conduct*. 4th ed. Cincinnati, Anderson Publishing Company 2007; 1593453213.
11. Andrews DA, Dowden C. *Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2006;50:88-100.
12. Afifi T, Enns M, Cox B, Asmundson G, Stein M, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health* 2008;98:946.
13. van Egmond M, Garnefski N, Jonker D, Kerkhof A. The relationship between sexual abuse and female suicidal behavior. *Crisis* 1993;14:129-39.
14. Nelson E, Heath A, Madden P, Cooper M, Dinwiddie S, Bucholz K, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial out-comes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:139.
15. Dolan P, Peasgood T. Estimating the Economic and Social Costs of the Fear of Crime. *British journal of criminology* 2007;47:121-32.

16. Miller T, Cohen M, Wiersema B. Victim costs and consequences: A new look. Washington, DC National Institute of Justice, US Department of Justice 1996.
17. Dolan P, Loomes G, Peasgood T, Tsuchiya A. Estimating the intangible victim costs of violent crime. *British journal of criminology* 2005;45:958.
18. BRÅ. Rapport 2008:16. Otrygghet och segregation. Bostadsområdets betydelse för allmänhetens otrygghet och oro för brott – Brottsförebyggande rådet. The Swedish National Council for Crime Prevention. ISBN 978-91-86027-01-8 2008.
19. Shao L. Economic evaluation of the children's advocacy center program and sex offender registration laws. US: Thesis ProQuest Information & Learning; 2008.
20. Cohen MA, Rust RT, Steen S, Tidd ST. Willingness-to-pay for Crime Control Programs. *Criminology* 2004; 42:89-110.

## 6. Kunskapsluckor och avslutande diskussion

---

### Studier av förövare av sexualbrott mot barn – antal och kvalitet

Vid den systematiska genomgången identifierades 22 studier av metoder som syftar till att minska återfall bland förövare av sexualbrott mot barn. Av dessa bedömdes endast åtta ha medelhög eller hög kvalitet. Att så få studier av tillräckligt hög kvalitet blev kvar beror huvudsakligen på de strikta inklusionskriterierna (se Kapitel 2). Vi inkluderade studier om förövare av sexualbrott mot barn eller personer som riskerar att begå sexualbrott mot barn. De sistnämnda definierades som personer dömda för barnpornografibrott eller personer som själva rapporterat pedofila eller hebefila sexuella intressen. Dessutom inkluderade vi studier om barn med sexuella problembeteenden (SPB).

Många studier är baserade på blandade grupper av sexualbrottsförövare, som förutom förövare av sexualbrott mot barn inkluderar varierande andelar av våldtäktsmän (med vuxna som offer) och blottare. Beroende på skillnader i riskfaktorprofiler (se Faktaruta 1.2) är det sannolikt att behandlingsinsatser som är effektiva för våldtäktsmän inte är lika effektiva för dem som har begått sexuella övergrepp mot barn, och tvärtom. För studier med blandade grupper av sexualbrottsförövare krävde vi av denna anledning att minst 70 procent av förövarna skulle vara personer som begått sexuella övergrepp mot barn. Alternativt skulle utfallet för förövare av sexuella övergrepp mot barn redovisas separat. Endast studier av nutida och trovärdiga behandlingsinsatser beaktades. Kognitiv beteendeterapi (KBT), återfallsförebyggande insatser och, för tonåringar, strukturerat förändringsarbete med familjemedlemmarna (t ex multisystemisk terapi, MST) inkluderades, samt farmakologiska behandlingsinsatser som testosterondämpande behandling.

Väsentligen historiska behandlingsinsatser uteslöts helt, inklusive psykoanalytisk terapi i grupp utan specifikt fokus, aversionsterapi och kirurgisk kastrering. För att inkluderas måste studierna dessutom rapportera utfallsmått som direkt avspeglade nya sexuella övergrepp mot barn: gripanden av polis, åtal, dom, brott mot ställda villkor för skyddstillsyn i sexualbrottspåföljd eller självrapporterade sexuella övergrepp mot barn. Barnpornografibrott inkluderades också. Som sekundära utfall accepterades sexualbrott mot vuxna och självrapporterade sexuella impulser som inbegriper sexuella övergrepp mot barn.

I de studier som till sist inkluderades var det absolut vanligaste presenterade utfallet ”något sexualbrott” (alltså inte specifikt riktat mot barn), sannolikt beroende på den allmänt låga återfallsfrekvensen i sexualbrott. Endast prospektiva studier inkluderades. Detta innefattade även välgjorda registerstudier, förutsatt att registren som användes baserades på prospektiv insamling av data. Alla studier skulle ha en relevant kontroll- eller jämförelsegrupp. Kontrollgruppen skulle få konventionell behandling (”sedvanlig behandling”, ”behandling som vanligt”) eller ingen behandling. Avgörande för bedömningen av relevans var skälet till att jämförelsegruppen inte fick aktiv behandling. Personer som avstår behandling eller hoppar av påbörjad behandling har ofta redan fler riskfaktorer för återfall än dem som accepterar och fullföljer behandling [1]. Därför exkluderades studier där jämförelsegruppen endast innehöll avhoppare eller de som vägrat behandling. Slutligen krävdes att inkluderade studier hade en uppföljningstid på minst ett år.

Studier som uppfyllde dessa kriterier bedömdes som relevanta för den systematiska översikten och bedömdes avseende studiekvalitet. Till hjälp använde vi granskningsmallar baserade på generiska SBU-mallar för randomiserade kontrollerade studier och observationsstudier, men modifierade för att passa utvärdering av behandlingsinsatser inom kriminalvård, efter granskning av CODC-riktlinjerna [2].

Studiernas kvalitet graderades som hög, medelhög eller låg, baserat på en lista över minimikrav (se Kapitel 2). För medelhög kvalitet krävdes t ex att det inte fanns några väsentliga skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupperna avseende riskfaktorer för återfall vid studiens start.

För hög kvalitet krävdes härutöver viss studiestorlek, med tillräcklig statistisk styrka för att man skulle kunna upptäcka möjliga skillnader mellan grupperna, samt att behandlingen var kvalitetssäkrad. För randomiserade kontrollerade studier krävdes en adekvat randomiseringsprocess. För observationsstudier krävdes vidare att flertalet av de kända förväxlingsfaktorerna hade registrerats vid studiens början och att den statistiska analysen tagit hänsyn till eventuella skillnader mellan grupperna. Studier som uppfyllde inklusionskriterierna men inte minimikraven för minst medelhög kvalitet bedömdes ha låg kvalitet och uteslöts från sammanvägningen av resultat.

## **Vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn**

Trots de allvarliga följderna för offren, hittade vi anmärkningsvärt lite forskning av tillräcklig kvalitet som behandlat förebyggande av vuxnas sexuella övergrepp mot barn. Den enda identifierade randomiserade kontrollerade studien med vuxna förövare kunde inte ge stöd åt att KBT som inkluderar återfallsförebyggande insatser minskar antalet återfall i sexualbrott [3]. Trots att denna studie dessutom var den största som inkluderades i vår översikt, saknade den tillräcklig statistisk styrka för att man optimalt skulle kunna säkerställa en skillnad mellan den behandlade och den obehandlade gruppen. Eftersom de förövare som ingick i denna studie bedömdes ha medelhög risk för återfall kan man inte utsluta att KBT kan vara verksamt för att förhindra återfall i sexualbrott för förövare med högre eller lägre återfallsrisk. Det är också möjligt att andra varianter av KBT än den som tillämpades i studien har effekt. Framtida studier av hög kvalitet kommer förhoppningsvis att kunna ge svar på dessa frågor. I väntan på bättre forskningsunderlag kan man anta att behandlingsprogram som riktar sig till förövare med medelhög eller hög risk för återfall är mer effektiva [4,5]. Även ur ett hälsoekonomiskt perspektiv är det rationellt att prioritera behandling till individer med hög risk. Mot detta kan det invändas att det inte är förenligt med principen för lika vård att neka individer med låg återfallsrisk behandling. Å andra sidan har det t o m föreslagits att behandling kan öka risken för återfall i sexualbrott bland förövare med låg återfallsrisk (se t ex [5]). Oavsett detta har vi inte funnit något stöd för att någon av de behandlingsmetoder som används idag är effektiva för vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn.



Ibland föreslås behandling med testosterondämpande läkemedel för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. Det saknas dock vetenskapligt underlag som stödjer denna behandlingsform. Medicinering med testosterondämpande läkemedel är förknippat med risk för allvarliga bieffekter. Det behövs därför studier som noggrant utvärderar säkerhetsfrågor i förhållande till effekten av läkemedelsbehandling i syfte att minska risken för återfall i sexualbrott.

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra om psykologisk behandling för vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn kan förebygga återfall i sexualbrott. Vetenskapligt underlag saknas för att bedöma effekten av läkemedelsbehandling, inklusive testosterondämpande behandling. Framtida studier bör undersöka effekterna av såväl psykologiska som farmakologiska behandlingsmetoder.

## **Personer med risk för att begå sexuella övergrepp mot barn**

Det ingick i våra direktiv att förutom behandlingsinsatser riktade till förövare av sexuella övergrepp mot barn utvärdera metoder riktade till personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn, men som ännu inte gjort det. Vid avgränsningen av projektet definierade vi vuxna riskindivider som personer som själva rapporterat om pedofila eller hebefila sexuella intressen (se Faktaruta 1.3) samt personer som dömts för barnpornografibrott. Vi kunde dock inte identifiera någon studie som med relevanta utfallsmått utvärderade metoder för att förebygga att dessa individer begår sexualbrott mot barn. Detta var inte oväntat, eftersom det är svårt att identifiera och rekrytera sådana individer till en studie. Emellertid förtjänar projekten *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) och *Stop it now!* att nämnas i detta sammanhang. PPD är ett tyskt projekt som påbörjades år 2004 med syfte att genom en mediekampanj nå personer med självidentifierad pedofil eller hebefil läggning i samhället och erbjuda dessa riskindivider förebyggande behandling [6]. Den ursprungliga planen för PPD var att genomföra en randomiserad studie för att utvärdera behandlingseffekten, men detta kunde inte genomföras eftersom inte tillräckligt många personer kunde rekryteras från respektive geografisk region [7]. *Stop it now!* är ett liknande förebyggande program

som funnits längre i ett antal engelsktalande länder [8]. Båda projekten har varit framgångsrika med att nå ut till många självidentifierade riskindivider som inte varit kända av rättsväsendet. Det återstår dock att visa om de behandlingar som erbjuds är effektiva när det gäller att förhindra sexuella övergrepp mot barn [9]. Om en sådan kampanj lanseras i Sverige kan man sannolikt nå många riskindivider, som sedan kan erbjudas förebyggande behandling. Det är dock okänt hur effektiv en sådan insats skulle vara.

- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av förebyggande metoder som riktar sig till personer med risk för att begå sexuella övergrepp mot barn men som ännu inte begått något övergrepp. Mer forskning behövs. Program för att rekrytera personer med självidentifierad pedofil eller hebefil läggning är en förutsättning för att man ska kunna utvärdera effekten av förebyggande behandling.

## Unga förövare av sexuella övergrepp mot barn

Mellan 20 och 30 procent av dem som utför sexuella övergrepp mot barn är yngre än 21 år. Även om sexuellt övergrepps beteende hos ungdomar sällan fortsätter i vuxen ålder, uppger ungefär hälften av alla vuxna förövare av sexualbrott mot barn att de redan före 18 års ålder känt en sexuell dragning till barn [10,11]. Ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn har ofta andra samtida problem, t ex social anpassningsstörning [12]. Antisociala drag med normöverträdelser, kriminalitet och missbruk under ungdomsåren förekommer och kan utvecklas till antisocial personlighetsstörning i vuxen ålder. Hos andra ungdomar finns känslomässiga eller neuropsykiatriska störningar, inlärningstörningar och brister i den sociala miljön. Ungdomar som begår sexuella övergrepp kan därför ha komplexa behov som kräver insatser från socialtjänst, barnpsykiatri och andra berörda myndigheter.

Vi identifierade två effektstudier av behandlingsmetoder för unga sexualbrottsförövare, en randomiserad kontrollerad studie och en observationsstudie. Den förstnämnda undersökte effekten av *multisystemisk terapi* (MST) på en mindre grupp tonåriga förövare av sexuella övergrepp [13]. I observationsstudien prövades programmet *Sexual Abuse: Family Edu-*

*cation and Treatment program* (SAFE-T) [14]. Det angavs inte uttryckligen i dessa studier att offren var barn, men andra studier har visat att unga förövare oftast väljer jämnåriga eller yngre offer [15,16]. Både MST och SAFE-T innehåller behandlingskomponenter från strukturerad familjeterapi och KBT. Resultaten av båda studierna tyder på att behandlingen förebygger återfall i sexualbrott. På grund av begränsningar i studiedesign och låg statistisk styrka bedömdes dock det vetenskapliga underlaget vara begränsat för MST och otillräckligt för SAFE-T. Bättre forskning behövs som belyser vilka specifika behandlingsmetoder som är mest effektiva för ungdomar som har begått sexuella övergrepp. Tidiga åtgärder baserade på systemisk familjeteori och social inlärningsteori skulle kunna initiera en mer positiv utveckling. Trots bristen på empiriska studier av kostnadseffektiviteten av tidiga behandlingsinsatser skulle dessa program kunna vara kostnadseffektiva.

- Det vetenskapliga underlaget är begränsat för att multisystemisk terapi (MST), en psykologisk behandling baserad på systemisk familjeteori och social inlärningsteori, kan förhindra sexualbrottsåterfall bland ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn. Även om mer forskning behövs för att identifiera den mest effektiva behandlingen, är det troligt att tidiga insatser kan vara verksamma för unga sexualbrottsförövare och vara kostnadseffektiva.

## **Barn med sexuella problembeteenden**

Det kan vara svårt att bedöma var gränsen går mellan vanlig sexuell nyfikenhet hos barn och ett sexuellt övergrepp. Att ett barn aktivt deltar i lekar av sexuell natur behöver inte betyda att det är fråga om övergrepp. Mer tydligt problematiskt är det om barn uppvisar påtagligt sexualiserade beteenden, framför allt i kombination med aggressivitet, som riskerar att skada andra.

Barn med sexuella problembeteenden (SPB) har uppmärksammats mer med åren, pga den potentiella risken att problembeteendet fortsätter när de blir tonåringar och vuxna [10,11]. Mest oroande är risken att barn med SPB begår sexuella övergrepp mot andra barn. Med hänsyn till följderna för tänkbara framtida offer och deras familjer, förövaren och samhället,

är det viktigt att identifiera denna grupp. Därför behövs effektiva, utvecklingsanpassade förebyggande behandlingsmetoder som riktas till barn med SPB. Samtidigt finns risk att barnets beteende tolkas som mer hotfullt än det faktiskt är. En överdriven reaktion där barnet behandlas som en blivande förövare av sexuella övergrepp kan leda till onödigt stigmatisering och störa barnets normala utveckling. Denna möjliga risk måste förstås vägas mot den motsatta, att barn med SPB utövar sexuellt våld mot andra barn.

I Sverige finns det några få specialenheter som arbetar med barn med SPB (t ex de barn- och ungdomspsykiatriska enheterna BUP Grinden i Stockholm och BUP Elefanten i Linköping). De behandlingsmetoder som används där är i viss mån jämförbara med den KBT och det föräldrastöd som beskrivs i den inkluderade studien av Carpentier och medarbetare [17]. Det nuvarande läget i Sverige beträffande bemötandet av barn med SPB redovisas i en separat rapport från Socialstyrelsen [18].

Vi fann en randomiserad kontrollerad studie av hög kvalitet som utvärderade effekten av KBT i grupp och föräldrastöd för barn med SPB [17]. Jämfört med lekterapi i grupp med föräldrastöd minskade behandlingsinsatsen andelen som begick sexuella övergrepp under tio års uppföljning. Effekten var stor, men pga det begränsade antalet utfall inte statistiskt säkerställd. Det vetenskapliga stödet bedömdes därför vara otillräckligt för att bedöma om KBT i grupp samt föräldrastöd jämfört med lekterapi i grupp minskar risken för framtida sexuella övergrepp begångna av barn med SPB.

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp med föräldrastöd har bättre effekt än lekterapi i grupp avseende risken att barn med sexuella problem-beteenden (SPB) begår sexuella övergrepp i framtiden.

## **Förövares möjligheter att få vård**

De vanligaste orsakerna till att fängelsedömda sexualbrottsförövare inte får behandling är språksvårigheter, korta påföljdstider och att de avböjer deltagande. Men inte heller alla förövare som behärskar svenska eller

engelska och har tillräckligt långa påföljdstider erbjuds behandling. Till exempel nämns ofta begränsad intellektuell kapacitet och psykopatiska personlighetsdrag som skäl för att neka behandling i studier som utvärderar effekten av behandlingsprogram. Men om behandlingen anpassades enligt responsivitetsprincipen skulle det sannolikt vara möjligt att behandla också dessa personer. Det saknas stöd för att förövare med låg återfallsrisk drar nytta av behandlingen. Vissa studier antyder t o m att behandlingen ökar återfallsrisken för denna typ av förövare [4,19]. Detta kan betyda att behandling av förövare med låg återfallsrisk bör utgå från RNR-principerna: erbjud kortvarig eller lågintensiv behandling till dessa förövare, och blanda dem inte med förövare med högre återfallsrisk. Alla behandlingsinsatser bör dokumenteras och följas upp noggrant, t ex inom ramen för en kontrollerad observationsstudie.

## **Allmännyttan med fungerande behandlingsprogram**

Förebyggande av sexuella övergrepp mot barn har ett mycket stort samhällsvärde, i första hand genom minskning av humanitärt lidande för offer och deras anhöriga. Det kan även ge allmänheten, särskilt föräldrar, ökad trygghet. Även små minskningar i övergreppsförekomst skulle kunna betraktas som betydande fördelar. Endast en liten andel, runt 10 procent, av alla sexuella övergrepp anmäls och ännu färre leder till åtal och fällande dom [20]. Om anmälningsbenägenheten är konstant bör metoder som minskar antalet anmälda sexuella övergrepp även minska antalet oanmälda fall, vilket därmed bidrar till ett positivt behandlingsresultat. Att påvisa ett eventuellt orsakssamband mellan förebyggande insatser och en minskad förekomst av oanmälda sexuella övergrepp, är en framtida utmaning för forskare på detta område.

- De höga humanitära kostnader som är förenade med sexuella övergrepp mot barn är ett mycket tungt vägande argument för bättre förebyggande insatser, baserade på forskning av hög kvalitet.

## Kunskapsluckor och framtida forskning

Litteraturgenomgången visade på ett flertal kunskapsluckor om metoder som syftar till att förebygga sexuella övergrepp mot barn. Ett område som ännu är helt outforskat är effekter av förebyggande insatser för individer i riskzon för att begå sexuella övergrepp mot barn, men som ännu inte gjort det. Det finns stora samhällsvinster att göra om metoderna för identifiering och behandling av personer i riskzon för sexuella övergreppshandlingar mot barn förbättras [9,21].

Vi fann otillräckligt vetenskapligt underlag för att psykologisk behandling minskar återfall i sexualbrott för vuxna förövare av sexualbrott mot barn. Däremot har en nyligen publicerad metaanalys av rehabilitering av förövare av sexuella övergrepp generellt (där offren inte bara varit barn) visat att metoder som utgår från RNR-principen (se Faktaruta 3.1) har större möjligheter till framgång [4]. Bland annat innebär dessa principer att förövare med högre återfallsrisk ska erbjudas längre och mer intensiv behandling. Behandling som utgår från RNR-principerna skulle även kunna gälla de förövare som begår sexuella övergrepp mot barn. Det saknas dock stöd för att bedöma effekten av behandling av sexualbrottsförövare mot barn med medelhög till hög återfallsrisk, t ex de som begått sexuella övergrepp mot ett flertal obekanta barn. Även om förövare av sexuella övergrepp mot barn oftast utgör en betydande andel av vuxna sexualbrottsförövare i behandlingsstudier, saknas med andra ord *direkt* vetenskapligt stöd för att RNR-modellen gäller även för behandling för förövare av sexuella övergrepp mot barn. Detta är en kunskapslucka som bör åtgärdas med ny och bättre forskning.

Till viktiga undergrupper av förövare av sexuella övergrepp mot barn med obefintligt stöd för återfallsförebyggande behandlingsinsatser, räknas individer med psykiska funktionshinder (t ex inlärningsstörning eller begåvningshandikapp) och av individer med psykopatisk personlighetsstörning. RNR-modellens mottaglighetsprincip (dock med reservation enligt ovan) innebär att behandling anpassad till individens inlärningssätt borde kunna erbjudas även för personer med dessa diagnoser. För individer med allvarigare former av dessa störningar kan specifika behandlingsmoduler eller utveckling av helt nya program vara motiverade.

Målsättningen att erbjuda behandling för de flesta eller alla behöriga individer är ett problem vid design av studier som utvärderar effekten av behandlingsmetoder. Den i särklass bästa utvärderingsmetoden är den randomiserade kontrollerade studien, där individer slumpas (randomiseras) antingen till behandling eller till kontrollförhållanden, t ex sedvanlig vård. Om det finns två tillgängliga behandlingar kan individerna randomiseras till en av dessa. Om principen är att alla ska erbjudas behandling blir utrymmet för obehandlade kontrollgrupper begränsat. Det finns dock en möjlighet att undkomma detta problem, eftersom nya behandlingsprogram införs gradvis, beroende på tillgång och efterfrågan. Under införandestadiet kan inte alla förövare få behandling. Alltså är det möjligt, förutsatt att infrastrukturen och den politiska viljan finns, att randomisera förövare till behandling respektive sedvanlig vård. Individer som inte är lämpliga för behandling (pga ovilja att genomgå behandling, för kort påföljd eller språksvårigheter) och avhoppare från behandling är inte lämpliga som kontroller. Om randomiserade kontrollerade studier inte kan genomföras är den bästa metoden observationsstudier med historiska kontroller och god kontroll på förväxlingsfaktorer.

Stora studiegrupper behövs för att man ska uppnå tillräcklig statistisk styrka, särskilt för viktiga undergrupper av förövare. Det gäller för jämförelser mellan incestförövare och förövare som väljer okända offer, och förövare med eller utan inlärningsstörningar. I genomsnitt är återfallsfrekvensen för förövare av sexuella övergrepp mot barn låg, och detta måste kompenseras genom långa uppföljningstider (minst 3–5 år), även om detta samtidigt ökar risken för att individer inte kan följas upp (t ex pga flytt). Under antagandet att återfallsfrekvensen är 5, 10 och 20 procent för förövare med låg, medelhög och hög risk för återfall, behövs studiepopulationer på minst 10 600, 5 000 och 2 300 individer (behandling och kontroll) för att man ska kunna påvisa en riskminskning på 20 procent (se Figur 6.1). Så stora populationer är mycket svåra att rekrytera i små länder som Sverige. Framtida randomiserade studier av återfallsförebyggande program måste därför vara internationella, storskaliga multicenterstudier. Länder som tillträder Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp blir ålagda att presentera strategier för utvärdering av behandlingsprogram för förövare av sexuella övergrepp mot barn [22]. För att kunna

leva upp till detta åtagande bör Sverige inleda ett forskningssamarbete med andra länder kring en eller flera multicenterstudier.

Ett annat möjligt sätt att höja den statistiska styrkan är att registrera förändringar i dynamiska riskfaktorer under behandlingen. Till sådana riskfaktorer hör attityder som stödjer sex med barn, sexualisering av tankar och känslor, hypersexualitet eller sexuell upptagenhet, pedofili samt missbruk. Genom att analysera sådana förändringar vid utvärderingen av en insats kan man också få information om vilka specifika mekanismer som bidrar till en observerad effekt. Andra känsliga utfallsmått, t ex misstanke om brott, kan också bidra till ökad statistisk styrka.

Forskning om effekter av insatser för sexualbrottsförövare mot barn saknas troligen av flera skäl. Bland annat måste forskningen hantera rättssystemets styrning av påföljden hos enskilda sexualbrottsdömda. Hänsyn till placering, säkerhetsaspekter och restriktioner försvårar utvärdering. Rättssystemet inklusive Kriminalvården är inte heller lika vana att utvärdera sina insatser som hälso- och sjukvården i allmänhet. Dessutom är klientgruppen ofta svårmotiverad till behandling. Klienterna har inte sökt behandling själva utan erbjuds återfallsförebyggande behandling pga lagbrott. Förnekande och bagatellisering av brottens allvarlighetsgrad är vanligt. Och inte minst kan konsekvenserna av återfall bland dem som *inte* fått det som uppfattats som bästa möjliga (dvs aktiv) behandling vara allvarliga. Massivt medieintresse, stämningar och krav på nedläggning av program har förekommit, bl a i USA.

## **Tänkbara konsekvenser av denna rapport**

I Europa pågår för närvarande initiativ som syftar till att bekämpa sexuella övergrepp mot barn och barnpornografi, som t ex har resulterat i Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp [22]. Om Sverige tillträder konventionen åtar vi oss att erbjuda effektiva behandlingsprogram för att förhindra och förebygga sexuella övergrepp mot barn och att utvärdera de program vi erbjuder. På grund av den låga förekomsten av förövare och den låga återfallsfrekvensen, behövs det internationella samarbeten för att utveckla och utvärdera insatserna.



Behandlingsstudier behövs både för identifierade förövare och individer som inte tidigare begått men som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn (så kallad sekundär eller indikerad prevention). Att identifiera individer med förhöjd risk att begå sexuella övergrepp mot barn är en förutsättning för utvärdering av sekundärpreventiva program. I Sverige finns det för närvarande inte något program för identifiering av personer. Erfarenheter från Tyskland (*Preventions Project Dunkelfeld*) och flera engelsktalande länder (*Stop it Now!*) pekar på att nationella telefon- och internetbaserade hjälplinjer kan vara effektiva för att på frivillig väg nå och rekrytera personer med pedofilt eller hebefilt sexuellt tändningsmönster. Även om det fortfarande är oklart om förebyggande program riktade till dessa riskindivider minskar risken för sexuella övergrepp mot barn, kan etablering av en nationell telefonhjälpelinje vara ett nödvändigt första steg mot utveckling av effektiva behandlingsinsatser. Att skapa tillräcklig medvetenhet om en sådan tjänst hos allmänheten och professionella blir sannolikt avgörande för framgång.

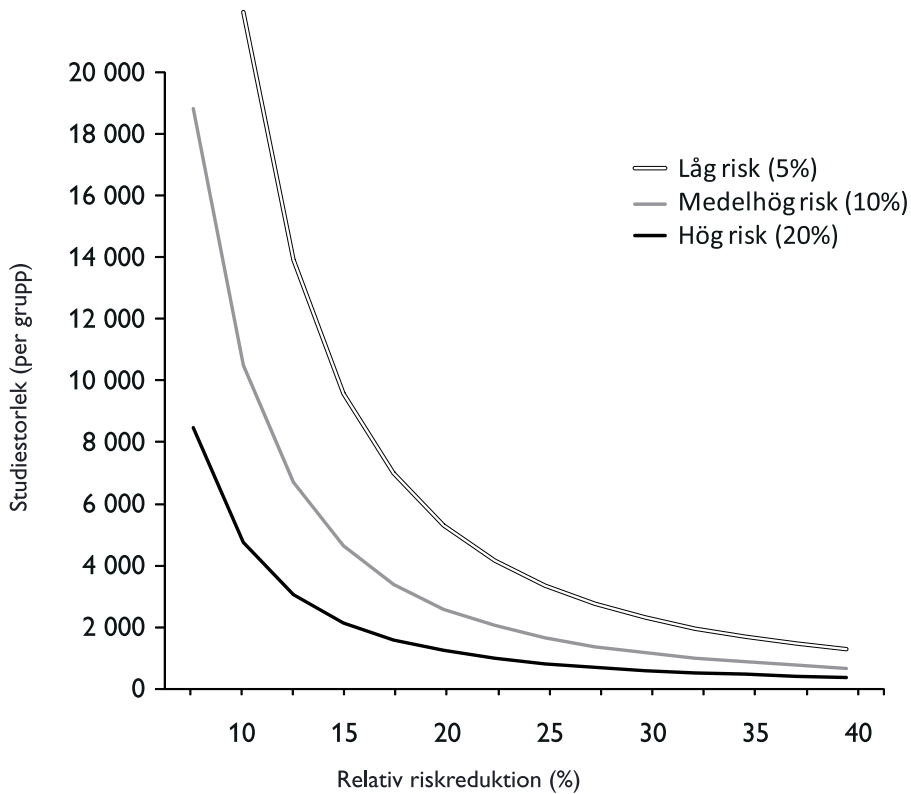
Än så länge saknas tydliga riktlinjer för behandling av personer som själva eller av andra bedöms vara i riskzon att begå sexuella övergrepp mot barn. I avvaktan på specifika forskningsresultat förefaller det motiverat att erbjuda hjälpsökande riskindivider utredning beträffande dynamiska riskfaktorer för sexualbrott mot barn (se Faktaruta 1.2), utredning av eventuell psykisk störning och individualiserad behandling baserad på RNR-principerna.

Det saknas vetenskapligt stöd för att psykologisk behandling för vuxna förövare av sexualbrott mot barn kan minska sexualbrottsåterfall. Enstaka studier tyder på att psykologisk behandling t o m kan öka återfallsrisken bland förövare med låg risk. Således finns det indirekt stöd för att prioritera individer med hög eller medelhög återfallsrisk för behandling i enlighet med RNR-principerna. Behandling bör dokumenteras och följas upp noggrant för att underlätta för framtida observationsstudier.

För ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn finns begränsat vetenskapligt stöd för att multisystemisk terapi (MST), ett öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeteori och social inlärningsteori, kan minska återfallsrisken. Det finns därför anledning att prioritera sådana program för unga sexualbrottsförövare.

För barn med problematiskt sexuellt beteende är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma om KBT med föräldrastöd har en förebyggande effekt på framtida sexualbrott. Metoden förefaller lovande, men mer forskning behövs för att säkerställa effekten.

Idag är tillgången på behandling för förövare av sexuella övergrepp mot barn ojämnt fördelad över landet. För att leva upp till principen i hälso- och sjukvårdslagen om vård på lika villkor bör man överväga etablering av några specialiserade enheter med expertis och lämplig geografisk fördelning över landet. Sådana enheter skulle även kunna fungera som regionala centrum för utbildning och kunskapsutveckling. Yrkesutövare inom rättsväsende, hälsovård och socialtjänst bör utbildas om bästa möjliga metoder för att identifiera, bedöma, bemöta och behandla riskindivider och personer som begått sexuella övergrepp mot barn, samt när och hur man kan och ska remittera vidare till specialenheter.



**Figur 6.1** Beräknad studiestorlek per grupp (behandling respektive kontroll) för olika förväntade riskreduktioner, under antagande att återfallsrisken är 5, 10 respektive 20 procent för förövare med låg, medelhög och hög risk. Siffrorna är beräknade för en signifikansnivå på 5 procent ( $\alpha=0,05$ ), en statistisk styrka på 80 procent ( $\beta=0,20$ ) och ett ensidigt signifikanstest.

## Referenser

1. Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169-94.
2. Beech A, Bourgon G, Hanson RK, Harris AJR. Sexual Offender Treatment Outcome Research: CODC Guidelines for Evaluation. Part 1: Introduction and Overview. [Cited October 2010]. Available at [http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/\\_fl/CODC\\_07\\_e.pdf](http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/CODC_07_e.pdf). 2007.
3. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17:79-107.
4. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Crim Justice Behav* 2009;36:865-91.
5. Andrews DA, Bonta J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychol Public Policy Law* 2010;16:39-55.
6. Beier K, Ahlers C, Goecker D, Neutze J, Mundt I, Hupp E, et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forens Psychiatry Psychol* 2009;20:851-867.
7. Hanson RK. Personlig kommunikation, November 2010.
8. Stop it now! [Internet]. <http://www.stopitnow.org/>.
9. Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S, Hupp E, Neutze J, Ahlers CJ, et al. Potential and Dunkelfeld offenders: two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:154-63.
10. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rather J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpers Violence* 1987;2:3-25.
11. Marshall WL, Barbaree HE, Eccles A. Early onset and deviant sexuality in child molesters. *J Interpers Violence* 1991; 6:323-35.
12. Långström N. Young Sex Offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism. Stockholm: Thesis Karolinska Institutet; 1999.
13. Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N. A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:26-37.
14. Worling JR, Litteljohn A, Bookalam D. 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents

- who offended sexually. *Behav Sci Law* 2010;28:46-57.
15. Kjellgren C, Wassberg A, Carlberg M, Långström N, Svedin CG. Adolescent sexual offenders: a total survey of referrals to Social Services in Sweden and subgroup characteristics. *Sex Abuse* 2006;18:357-72.
16. Ryan G, Miyoshi TJ, Metzner JL, Krugman RD, Fryer GE. Trends in a national sample of sexually abusive youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:17-25.
17. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:482-8.
18. Socialstyrelsen. *Behandlingsinsatser för personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn*. Stockholm; 2011. ISBN 978-91-86585-73-0.
19. Nicholaichuk TP. Sex offender treatment priority: An illustration of the risk/need principle. *Forum on Corrections Research* 1996;8:30-2.
20. BRÅ. Rapport 2008:12. *Brottsoffers benägenhet att polisanmäla brott*. The Swedish National Council for Crime Prevention. ISBN. 978-91-85664-96-2.
21. Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl* 2009;33:545-9.
22. European Union Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Council of Europe. Treaty Series No. 201. 2007 [Cited on September 20, 2010]. Available at <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=201&CL=ENG>.

# 7. Ordförklaringar och förkortningar

---

## **Anabola androgena steroider**

Syntetiska testosteronliknande preparat med både vävnadsuppbyggande (anabola) och förmanligande (androgena) effekter. Preparaten används som läkemedel vid behandling av långvariga vävnadsnedbrytande sjukdomar, men också illegalt i dopningssyfte

## **Antiandrogen behandling**

Behandling med läkemedel som minskar effekten av det manliga könshormonet testosteron

## **Aversionsterapi**

Beteendeterapeutisk behandling där motvilja eller avsmak framkallas i samband med ett etablerat, icke-önskvärt beteende. Syftet är att minska eller förhindra det oönskade beteendet. Man kan t ex ge ett kräkemedel vid intag av alkohol vid alkoholmissbruk

## **Baslinjedata**

Egenskaper hos deltagare i vetenskaplig undersökning, fastställda vid undersökningens början. Exempel: ålder, kön, kroppsvikt, blodtryck, aktuella sjukdomar och självskattad psykisk hälsa

## **Bias**

Systematiskt fel eller skevhet som kan uppstå vid en undersökning eller vid beräkning av resultat. Publikationsbias uppstår när studier som visar effekt av en behandling i högre utsträckning publiceras än studier som inte visar effekt. Behandlingen kan då framstå som mer effektiv än den i verkligheten är. Selektionsbias orsakas av att icke tillåtna urval gjorts då deltagare fördelats mellan grupperna

<b>Blindning</b>	Maskering, åtgärder för att hemlighålla centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska analyseras. I en blindad behandlingsutvärdering är det exempelvis okänt vilka deltagare som får den ena eller den andra av de prövade behandlingsformerna. En viktig upplysning är vilka av parterna som uppgifterna har hållits hemliga för – deltagare, försöksledare, prövningspersonal och/eller statistiker
<b>Bortfall</b>	Personer som bjudits in till eller deltagit i en undersökning men som av olika skäl inte fullföljt studien
<b>Chi-två (Chi-square)</b>	Statistiskt test som prövar eventuella skillnader i förekomst av en viss variabel mellan olika grupper. Kvot mellan observerad och förväntad frekvens på ett utfall för (minst) två grupper
<b>Cohen's d</b>	Mått på effektstorlek, baserat på den standardiserade skillnaden i utfall mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp
<b>DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</b>	Internationellt välansvänt psykiatriskt diagnosystem framtaget av American Psychiatric Association (APA) med stor spridning också i Sverige. Systemet är kriteriebaserat och syftar bl a till att öka samstämmighet och precision vid diagnos av psykiska tillstånd

<b>Evidens</b>	Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller. I termen evidensbaserad sjukvård betyder evidens systematisk observation som uppfyller vetenskapligt tillförlitliga kriterier på ett sådant sätt att de anses utgöra ”bästa tillgängliga bevis”. Evidens finns ofta allmänt tillgängligt som publicerade forskningsresultat, eventuellt också i texter (systematiska översikter, metaanalyser) som enligt vetenskapliga regler sammanfattar och kommenterar alla tillgängliga publikationer med sådana resultat
<b>Evidensstyrka</b>	Styrkan i en slutsats. En bedömning av hur starkt det vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt
<b>Exklusion</b>	Omständigheter som förhindrar att en person föreslås delta i en undersökning. Kriterier ska vara angivna i undersökningens protokoll. Exempel: Personen har, förutom den sjukdom som ska studeras, också en annan sjukdom som kan väntas störa bedömningen. Termen används även i systematiska översikter och avser då omständigheter som gör att resultaten från en viss studie inte kan tas med i sammanställningen
<b>Grå litteratur</b>	Dokument som inte har publicerats i etablerade vetenskapliga medier. Innefattar exempelvis myndighetsrapporter, vissa avhandlingar och examensarbeten
<b>Hebefili</b>	Parafili eller sexuell avvikelse som innebär sexuellt intresse för barn under tidig pubertetsutveckling
<b>Heterogenitet</b>	Graden av olikhet inom en grupp



<b>Hypersexualitet</b>	Överdrivet stark sexualdrift eller sexuell upptagenhet
<b>Inklusionskriterier</b>	Betingelser som ska föreligga för att en person ska kunna föreslås delta i en undersökning, eller för att en studie ska kunna ingå i en systematisk litteraturöversikt
<b>Intangibla kostnader</b>	Svårsmätbara kostnader, t ex patientens lidande och oro
<b>Intervention</b>	Åtgärd eller insats som prövas, ofta sjukdomsbehandling (läkemedel, operation m m), psykologisk behandling eller sjukdomsförebyggande åtgärd
<b>Kastrering</b>	Kirurgiskt avlägsnande av testiklarna i syfte att upphäva produktionen av manligt könshormon
<b>Kemisk kastrering</b>	Behandling med läkemedel i syfte att upphäva produktion eller effekt av manligt könshormon
<b>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</b>	Psykoterapeutisk behandling som innefattar kognitiva (tankemässiga) och beteendeoriktade metoder. I KBT fokuseras samspelet mellan individ och omgivning här och nu. Man tar hänsyn till individens uppfattningar om händelser, kroppsliga reaktioner, känslor och specifika handlingar som påverkar individen själv och dennes omgivning. Arbetet inriktas bl a på att utforska vilka strategier och antaganden som ligger till grund för ett oönskat eller fungerande beteende

<b>Kohortstudie</b>	Studie av en grupp personer som utgör en kohort, dvs har vissa definierade egenskaper gemensamt, exempelvis alla personer som under en viss tidsperiod dömts för sexualbrott. Vanligen gäller undersökningen två eller flera undergrupper i kohorten som jämförs på lång sikt, t ex avseende återfall i sexualbrott. Förfarandet har nackdelen att grupperna inte tillkommit genom randomisering, vilket bl a kan medföra att de inte är fullt jämförbara
<b>Konfidensintervall</b>	Talintervall som med en viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet för t ex ett medeltal eller relativ risk. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas utifrån föreliggande data. Vanligen anges ett konfidensintervall där det sanna värdet ingår med 95 procents sannolikhet
<b>Kontrollgrupp</b>	Den deltagargrupp i en behandlingsstudie som får överksam behandling, så kallad placebo, eller sedvanlig behandling. Resultaten jämförs med dem för en grupp som får en annan behandling, t ex ett nytt läkemedel
<b>Kostnadseffektanalys (cost-effectiveness analysis)</b>	Metod som innebär att kostnaderna för en behandling kvantifieras och ställs mot de kvantifierade hälsovinster
<b>Lekterapi</b>	Psykoterapeutisk metod för barn där terapeuten utgår från ett barns lek, barnets fantasier om leken och lekens symboliska betydelse för att förstå och kommunicera med barnet

<b>Livskvalitet</b>	En persons syn på sitt livsvärde, enligt systematiska intervjuer med något av flera etablerade instrument. Skattning av livskvalitet är ett effektmått i många behandlingsstudier
<b>Mantel-Haenszels metod</b>	Statistisk metod som ofta används i metaanalyser. Metoden är särskilt lämplig när utfallen är sällsynta
<b>Metaanalys</b>	Metod för att göra en samlad bedömning av ett antal undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Genom en statistisk sammanslagning av samtliga resultatmått redovisar metaanalysen ett sammanvägt resultat med angivelse av statistisk osäkerhet. Proceduren ger en överblick över tillgängliga resultat och deras samstämmighet
<b>Multisystemisk terapi (MST)</b>	En intensiv familje- och närmiljöbaserad öppenvårdsinsats för familjer med ungdomar som har beteendeproblem. MST grundar sig på social-ekologisk teori och systemisk familjeteori och har utvecklats från forskning som visar att allvarliga beteendeproblem hos unga människor påverkas av faktorer i alla de sociala miljöer där de befinner sig
<b>Neuropsykiatri</b>	Den del av psykiatrin som betonar sambandet mellan hjärnans biologiska funktioner och psykiska störningar eller funktionshinder

<b>Objektrelationer</b>	Kraftfulla mallar för hur människor ser på sig själva och andra och anses uppstå i tidigt samspel med viktiga vårdnadshavare. Inom objektrelationsteorin fokuserar man på hur tidiga erfarenheter med vårdnadshavare påverkar en persons tankar om och syn på sig själv och andra. Dessa sätt att se på sig själv anses omedvetet påverka personens relationer med andra. Störda objektrelationer är när man som barn även införlivar dåliga relationer som blir till så kallade destruktiva inre strukturer. De anses dock kunna ändras med erfarenhet eller psykologisk behandling
<b>Observationsstudie</b>	Studie där ingen aktiv åtgärd vidtas av forskaren. Exempel: tvärsnittundersökning, kohortundersökning och fall-kontrollundersökning
<b>Parafili</b>	Sexuell avvikelse, diagnostiseras ofta med DSM-IV
<b>Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)</b>	Behandlingsmetod baserad på anknytningsteori och social inlärningsteori för familjer med barn (2–7 år) där barnen uppvisar beteendeproblem. Metoden betonar betydelsen av att förbättra kvaliteten i relationen mellan förälder och barn och av att ge föräldern färdigheter för att förändra relationen

<b>Pedofili</b>	Parafili som innebär ett varaktigt mönster av sexuellt intresse för barn som ännu inte kommit in i puberteten, i form av fantasier eller verkliga handlingar. Mönstret ska medföra eget lidande eller funktionsnedsättning, eller att man faktiskt agerar på sin pedofili. Diagnostiseras ofta med DSM-IV. Inte detsamma som sexuellt övergrepps beteende mot barn (se Faktaruta 1.3)
<b>Penispletysmografi</b>	Mätmetod för grad av erektion i penis. Kan användas för att kartlägga sexuellt tändningsmönster genom samtidig exponering för olika potentiellt sexuellt stimulerande bilder
<b>Population</b>	Grupp av personer som har något gemensamt, t ex förövare av sexualbrott mot barn. En behandlingsstudie utförs i regel på ett urval av en population. En sådan urvalsgrupp kan också kallas en (studie-)population
<b>Prospektiv datainsamling</b>	Datainsamling som går framåt i tiden, dvs man börjar samla in data om varje deltagare vid den tidpunkt personen tas in i undersökningen
<b>Randomiserad kontrollstudie (RCT)</b>	Studie som jämför två eller flera behandlingsalternativ och som tillämpar slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna
<b>Randomisering</b>	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomiseringens syfte är att eliminera inflytandet av störfaktorer vid bedömning av om funna samband verkligen är orsaks-samband

<b>Risk- behovs- och mottaglighetsprinciperna (RNR)</b>	Kanadensisk modell baserad på forskning om framgångsrik återfallsförebyggande behandling av kriminella. Anger hur hänsyn till varje individs risknivå, behov och inlärningsstil kan förbättra behandlingsresultat (se Faktaruta 3.1)
<b>Riskfaktor</b>	En egenskap eller ett förhållande som indikerar ökad risk för att en person ska uppvisa ett oönskat utfall, t ex återfall i brott
<b>Sexually violent predator</b>	Benämning inom den amerikanska lagstiftningen som innebär att vissa sexualbrottsförövare, som bedöms ha högre risk, kan frihetsberövas under långa perioder, även efter avtjänat fängelsestraff
<b>Sexuella problem-beteenden (SPB)</b>	I denna rapport, sexuella övergreppshandlingar som utförs av barn under 13 års ålder mot andra barn (se Faktaruta 1.4)
<b>Sexuella övergrepp mot barn</b>	Sexuellt motiverade eller präglade handlingar med eller utan tvång eller våld mot en underårig person, oftast yngre än 15–18 år (se Faktaruta 1.1)
<b>Social inläringsteori</b>	Teori som betonar betydelsen av samspelet mellan individ och omgivning för hur nya beteenden lärs in. Exempelvis lär man sig genom observation och imitation av andra, och genom att de egna beteendena förstärks eller bestraffas. Social inläringsteori och kognitiv teoribildning ligger till grund för de strategier och förhållningssätt som används inom kognitiv beteendeterapi (KBT)

<b>Socialekologisk teori</b>	Teori som beskriver hur människor påverkas av och ständigt samspelar med den miljö de befinner sig i, som familj, organisation, samhälle och kultur
<b>Socioekonomisk grupp</b>	Individer som p g a vissa sociala och ekonomiska förhållanden (t ex yrke, utbildning eller inkomst) sammanförs i en kategori
<b>Statistisk styrka (power)</b>	Sannolikheten för att en undersökning med viss statistisk säkerhet ska kunna påvisa en skillnad mellan två eller flera grupper, när en sådan skillnad verkligen existerar
<b>Studie</b>	Allmän benämning på vetenskaplig undersökning. Termerna studie och undersökning används oftast synonymt. Olika typer av studier eller undersökningar har dessutom speciella benämningar
<b>Studiekvalitet</b>	Den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie. Uttrycker trovärdighet eller studiens förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt
<b>Systemisk familjeteori</b>	Form av psykoterapi där man ser på familjen som ett ”system” där alla delar är ömsesidigt beroende av varandra. Man arbetar med hela familjen eller delar av familjen för att bättre kunna lösa problem och hantera svåra situationer
<b>Testosteron</b>	Det viktigaste manliga könshormonet

<b>The Incredible Years</b>	”De otroliga åren”. KBT-baserat program för familjer med barn i åldrarna 2–8 år som syftar till att minska barnens aggressivitet och beteendeproblem
<b>Utfallsmått</b>	Resultat som mäts inom ramen för en klinisk behandlingsstudie. Man kan t ex mäta antalet studiedeltagare som återfaller i brott
<b>Validitet</b>	Tillförlitligheten hos en metod, t ex en diagnostisk procedur. I vidare mening: hur väl en studie mäter det man vill mäta. Intern validitet avser tillförlitligheten eller hur väl undersökningen överensstämmer med verkligheten, medan extern validitet gäller i vilken grad undersökningens resultat har bredare giltighet, t ex kan förmodas gälla alla personer med en viss sjukdom eller ett visst problem
<b>Wald-test</b>	Statistiskt test baserat på chi-två-distributionen





## 8. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv

---

### Projektgrupp

*Pia Enebrink*

Medicine doktor, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, Sektionen för psykologi, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

*Elisabeth Gustafsson (projektassistent)*

SBU, Stockholm

*Eva-Marie Laurén*

Överläkare, specialist i psykiatri och rättspsykiatri, Rättspsykiatri vård Stockholm, Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby

*Jonas Lindblom (biträdande projektledare)*

Farmacie doktor, SBU, Stockholm

*Niklas Långström (ordförande)*

Professor, Centrum för våldsprevention, Karolinska Institutet samt Kriminalvårdens FoU: Stockholmsgruppen, Stockholm

*Mikael Rahmqvist*

Filosofie doktor, hälsoekonom, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, Linköping

*Sophie Werkö (projektledare)*

Ekonomie doktor, SBU, Stockholm

## Adjungerad

*R Karl Hanson*

Filosofie doktor, psykolog, Corrections Research, Public Safety, Kanada

## Externa granskare

*Bengt-Åke Armelius*

Professor emeritus, Institutionen för psykologi, Umeå universitet

*Elizabeth Letourneau*

Filosofie doktor, docent, Family Services Research Center,  
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University  
of South Carolina, USA

*Franca Cortoni*

Professor, legitimerad psykolog, École de criminologie,  
Université de Montréal, Kanada

## Bindningar och jäv

SBU kräver att alla som deltar i projektgrupper lämnar skriftliga deklara-  
tioner avseende potentiella bindningar eller jäv. Sådana intressekonflikter  
kan föreligga om en medlem i gruppen får ekonomisk ersättning från  
en part med intressen i vad gruppen kommit fram till. Gruppens ord-  
förande och SBU tar därefter ställning till om det finns några omständig-  
heter som skulle försvåra en objektiv värdering av kunskapsunderlaget  
och ger vid behov förslag till åtgärder.

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat in  
deklaration om bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga  
på SBU:s kansli. SBU har bedömt att jäv inte föreligger.

# Bilaga 1. Räkneexempel, samhällsekonomiska konsekvenser

---

## Exempel på beräkning av samhällsekonomiska konsekvenser till följd av rehabiliteringsprogram för förövare av sexualbrott mot barn

### Inledning

I Kapitel 5 konstaterade vi att det inte finns någon evidens för kostnadseffektiviteten av rehabiliteringsprogram för förövare av sexuella övergrepp mot barn. Det är dock möjligt att identifiera flera av de olika kostnaderna i samband med återfall i brott och att göra beräkningar av ett rehabiliteringsprogram i en svensk kontext. En kostnadsintäktanalys (cost-benefit analysis) beräknar både kostnaden för programmet och dess effekter i form av minskat antal återfall. Både kostnader och effekter värderas i monetära enheter i en sådan analys. Så länge värdet av effekterna (intäkterna) överstiger kostnaderna för programmet uppnås positiva samhällsekonomiska konsekvenser och programmet är till nytta för samhället.

I detta appendix beräknar vi först kostnaden för rehabiliteringsprogrammet och därefter kostnaden för återfall i brott. Vi skattar också den förväntade minskningen av återfall till följd av ett rehabiliteringsprogram och multiplicerar detta med kostnaden för återfall för att skatta de samhällsekonomiska konsekvenserna. Ett exempel från Donato och medarbetare utgör modell för denna beräkning [1].

## Kostnaden för ett rehabiliteringsprogram

Ett pågående svenskt nationellt program för personer dömda för sexualbrott, *Relation och Samlevnad* (ROS), bygger på det kanadensiska *Sex Offender Treatment Programme* (SOTP). Programmet består av två gruppmöten under en period på 18–28 veckor, oftast kompletterat med en privat session per deltagare i veckan. Programmet omfattar 153–168 timmar för 6–8 deltagare, men fler privata sessioner kan behövas [2]. Givet att varje deltagare behöver 2 timmars privat session i veckan, behöver en terapeut använda 360 timmar per grupp. Om vi antar att ungefär 10 procent ytterligare tid behövs för förberedelse och dokumentation leder det till en total användning av cirka 400 timmar per terapeut. Det finns två terapeuter per grupp och det krävs hög kompetens för att leda programmet. En av terapeuterna bör vara antingen psykolog/psykoterapeut eller socionom med ytterligare utbildning i psykoterapi.

I ett tidigare program för personer med missbruksproblem var kostnaden för att leda programmet satt till 460 kronor per timme för terapeuten och 270 kronor för en assistent [2]. Således skulle 800 kronor vara en rimlig kostnad per timme för att leda ROS-programmet med två terapeuter. Med den antagna tiden på 400 timmar skulle därför ett program kosta 320 000 kronor. Om varje program inkluderar sex deltagare blir kostnaden per deltagare drygt 53 000 kronor.

## Kostnader för förövare av sexualbrott mot barn

För att man ska kunna skatta de potentiella besparingarna genom att förhindra återfall i brott behöver kostnaderna för förövare av sexualbrott mot barn vara kända. Denna kostnad inkluderar fängelse, produktionsbortfall samt förlust av livskvalitet.

Den genomsnittliga direkta kostnaden för ett års fängelsevistelse är 500 000 kronor [3]. Denna siffra kan vara högre eller lägre beroende på typ av fängelse och variera från 350 000 till 700 000 kronor per år. Ytterligare 100 000 kronor tillkommer för varje fall som belastar rättsväsendet med undersökningar, förhör, advokater och rättegångar. Detta innebär att fall som resulterar i ett års fängelse har direkta kostnader motsvarande 600 000 kronor. Den normala fängelse tiden för våldsbrott

inklusive sexualbrott är mellan 24 och 55 månader, och den förväntade tiden är två tredjedelar av denna tid. Kostnaderna för tre alternativa scenarier presenteras i Tabell 1.

Nästan alla män som döms för sexualbrott mot barn i Sverige är i arbetsför ålder, vilket innebär att en produktionsförlust uppstår till följd av att de inte kan arbeta (indirekt kostnad). En skattning av de genomsnittliga kostnaderna för förlusten av produktion för en svensk man är 400 000 kronor per år [4].

**Tabell 1** Skattad kostnad för dömda för våldsbrott inklusive sexualbrott för tre scenarier med olika fängelsestider. Värden i tusentals kronor.

Scenario	A	B	C
Antal månader	16	24	36
Direkta kostnader	770	1 100	1 600
Indirekta kostnader	530	800	1 200
Totala kostnader	1 300	1 900	2 800

En annan typ av kostnad för förövare av sexualbrott mot barn är förlust av livskvalitet. Förövare av sexualbrott mot barn hade i en uppföljningsstudie under 6 år från södra England en självmordsrisk som var 183 gånger högre än genomsnittet i samhället [5]. Hos multikriminella, som även begått sexualbrott mot barn, var motsvarande självmordsfrekvens dock inte statistiskt signifikant högre än hos genomsnittet i samhället [5]. Det finns uppenbarligen intangibla (omätbara) förluster bland förbrytarna, men vi har ingen skattning om deras storlek. Intangibla kostnader har därför inte tagits med i beräkningarna.

## Kostnader för offret

Kostnaderna för offret består av behandling (direkta kostnader), minskad produktivitet (indirekta kostnader) och förlust av livskvalitet (intangibla kostnader). År 1993 beräknades de totala direkta och indirekta kostnaderna för barnmisshandel (inklusive sexuella övergrepp) till 9 500 amerikanska dollar (USD) per offer [6]. Omvandlat till 2010 års svenska värden motsvarar detta cirka 95 000 kronor. I denna beräkning är de direkta och indirekta kostnaderna för offret skattade till 100 000 kronor. De intangibla kostnaderna (förlust av livskvalitet) är svåra att värdera, men deras storlek är troligen större än offrets övriga kostnader. I beräkningarna i det här exemplet används tre alternativa skattningar: 100 000, 500 000 och 1 000 000 kronor. De intangibla kostnaderna för offret kan vara upp till 10 gånger större än de övriga kostnaderna. National Institute of Justice i USA har skattat kostnaderna för offren vid sexuella övergrepp mot barn, inklusive våldtäkt, till 99 000 amerikanska dollar (USD), varav 90 000 dollar var intangibla kostnader och resten var direkta kostnader [6]. De intangibla kostnaderna för våldtäkt och sexuella övergrepp mot kvinnor i åldern 18–69 år i USA var 16 gånger större än de direkta kostnaderna [7]. I tabell 2 visas beräkningar för ett eller två offer.

**Tabell 2** Skattade kostnader för offer för sexuella övergrepp.  
Värden i tusentals kronor.

	Andel intangibla kostnader		
	1/1	5/1	10/1
<b>Ett offer</b>			
Scenario	<i>i</i>	<i>ii</i>	<i>iii</i>
Direkta och indirekta kostnader	100	100	100
Intangibla kostnader (livskvalitet)	100	500	1 000
<b>Totala kostnader</b>	<b>200</b>	<b>600</b>	<b>1 100</b>
<b>Två offer</b>			
Scenario	<i>iv</i>	<i>v</i>	<i>vi</i>
Direkta och indirekta kostnader	200	200	200
Intangibla kostnader (livskvalitet)	200	1 000	2 000
<b>Totala kostnader</b>	<b>400</b>	<b>1 200</b>	<b>2 200</b>

## Total kostnad för återfall i brott

De totala kostnaderna för ett återfall i brott hamnar med dessa skattningar i intervallet 1,5–5 miljoner kronor (se Tabell 1 och 2), beroende på hur långt fängelsestraffet blir, hur många offer som påverkas samt hur de intangibla kostnaderna värderas.

Ett återfall i sexualbrott kan ibland beröra fler än två offer. År 1984 fanns det i genomsnitt 1,3 offer registrerade per polisrapporterat sexualbrott mot barn, och 1,5 offer i de fall som ledde till lagföring i Sverige [8]. Det händer också att återfallsförbrytare döms till psykiatrisk vård, vilket ofta leder till längre frihetsberövad tid, och i sådana fall överstiger kostnaderna det längsta, och mest kostsamma, scenariot, i Tabell 1.



## Skattning av effekterna av rehabiliteringsprogrammet

För att skatta de minskade kostnader som ett rehabiliteringsprogram kan förväntas ge upphov till behöver man veta effekten av programmet. Detta saknas det evidens för, men viss data kan ändå beaktas. Data i vårt exempel kommer från en nio års uppföljningsstudie av en svensk kohortstudie (n=1 303), bestående av främst förövare av sexualbrott mot barn (46 procent) och personer dömda för våldtäkt eller sexuellt tvång (42 procent) [9]. Personerna frigavs från fängelset mellan åren 1993–1997. Omkring 50 procent av personerna bedömdes tillhöra en medelriskgrupp och 10 procent bedömdes tillhöra en högriskgrupp.

Givet proportionerna från den svenska studien ovan skulle rehabiliteringsprogrammet bestå av 140 deltagare per år (1 303 personer x 90 procent sexualbrottsdömda x 60 procent med medelhög eller hög risk / 5 år). Om bara förövare av sexualbrott mot barn ingick i programmet skulle detta bestå av 72 deltagare årligen (1 303 personer x 46 procent förövare av sexuellt brott mot barn x 60 procent med medelhög eller hög risk / 5 år).

I samma svenska studie dömdes cirka 7 procent av alla dömda för sexualbrott under uppföljningsperioden, och ytterligare 14 procent dömdes för våldsbrott utan sexuell karaktär. Totalt dömdes 21 procent av dem för återfall. Bland de personer som dömdes för återfall i sexualbrott dömdes även en tredjedel för ett icke-sexuellt våldsbrott. Om rehabiliteringsprogrammet kan sänka risken för återfall även för andra våldsbrott i samma grad som det minskar återfallsrisken för sexualbrott, så finns det en multipel effekt av programmet.

I exemplet beräknas kostnaderna för 140 deltagare. Om inget rehabiliteringsprogram ges antar vi att risken för återfall i brott är 12 procent. Förutsatt att rehabiliteringsprogrammet minskar återfallsrisken med 20 procent, skulle detta innebära att tre återfall förhindras. Av dessa tre fall kan ungefär hälften (1,5) vara återfall av sexualbrott mot barn. De positiva samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förhindrade fall kan beräknas med hjälp av scenarierna i Tabell 1 och 2. En mix av scenarierna i tabellerna kan göras, från *Ai* till *Cvi*, vilket ger 18 möjliga

utfall för varje förhindrat återfall. Till exempel kan den skattade kostnaden för förövaren vara som i scenario A (1,3 miljoner kronor) och kostnaden för offret vara som i scenario *v* (1,2 miljoner kronor), vilket ger en total kostnad på 2,5 miljoner kronor.

## Resultat av exemplet

I vårt exempel fanns det 140 behandlade förövare, varav cirka hälften hade dömts för våldtäkt mot barn. Rehabiliteringsprogrammet för hela gruppen skulle kosta 6,9 miljoner kronor, och ungefär hälften om endast förövare av sexualbrott mot barn behandlades. Vi antog att programmet skulle leda till tre förhindrade återfall. Om alla tre fall klassificeras som scenario *A<sub>i</sub>* i Tabell 1 och 2 skulle det generera kostnadsbesparingar lika med 4,5 miljoner kronor. I detta scenario är kostnaden för programmet högre än de besparingar som uppstår, och programmet ger därför inte positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Det är dock inte troligt att alla förhindrade fall skulle vara som i scenario *A<sub>i</sub>*. Om ett av fallen är som i scenario *C<sub>vi</sub>* (5 miljoner kronor) och övriga två som i scenario *A<sub>i</sub>* skulle det innebära en total kostnadsbesparing på 8 miljoner kronor. I denna situation ger programmet positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

I exemplet har vi antagit att ett rehabiliteringsprogram minskar frekvensen av återfall med 20 procent, vilket kan vara ett alltför optimistiskt antagande. Å andra sidan kan återfallen i brott vara högre än de 12 procent som använts i beräkningen. Genom att använda en återfallsfrekvens på 15 procent och ett antagande om att ett program sänker denna risk med 10 procent testas ett alternativt scenario. Detta scenario leder till att två återfall förhindras genom ett behandlingsprogram. Eftersom kostnaden för programmet antas vara 6,9 miljoner kronor innebär detta att varje förhindrat fall måste värderas till minst 3,5 miljoner kronor för att positiva samhällsekonomiska konsekvenser ska uppstå vid användning av rehabiliteringsprogrammet.

## Diskussion

Vårt exempel har visat att det finns en möjlighet att rehabiliteringsprogram kan anses fördelaktiga för samhället, men detta förstås endast om programmen leder till minskad återfallsfrekvens och som vi har sett i Kapitel 3 finns det ingen evidens för att dessa program är effektiva. Resultaten beror också på hur fördelarna med programmet värderas och hur många offer som är inblandade.

En alternativ metod för att skatta värdet av ett program är att studera allmänhetens betalningsvilja ("willingness to pay", WTP). Om den aggregerade betalningsviljan är högre än de totala kostnaderna betyder det att programmet är samhällsekonomiskt värdefullt. En skattad hypotetisk betalningsvilja leder dock ofta till systematiska fel i förhållande till en verklig situation, vilket gör denna metod svårare att använda. Befolkningens betalningsvilja för program som berör brott mot barn har analyserats i en befolkningsundersökning i Alabama, USA [10]. I allmänhet gäller att betalningsvilja bland medborgarna förefaller vara relativt hög för att förhindra sexualbrott [11]. Sexuella övergrepp mot barn anses vara det mest kostsamma brottet bortsett från mord enligt US Department of Justice (Förenade staternas justitiedepartement), följt av våldtäkt, barnmisshandel och mordbrand [6].

Kostnader som uppstår i framtiden bör diskonteras till sina nuvärden. Även effekter diskonteras vanligen, även om det finns olika uppfattningar om hur detta ska göras. En diskonteringsränta på 3 procent per år används ofta i Sverige. I vårt exempel har vi varken diskonterat kostnader eller effekter, eftersom exemplet var hypotetiskt och med en ospecificerad tidshorisont. Det bör dock nämnas att diskontering kan ha ett visst inflytande på prioriteringar mellan insatser.

Prioriteringar mellan interventioner är nödvändiga eftersom allmänna resurser är begränsade. För att göra välgrundade beslut är det viktigt att det finns så bra information som möjligt om olika behandlingars effekter och kostnadseffektivitet. Ett exempel på kostnadsintäktsanalyser av alternativa insatser som kan minska den allmänna brottsligheten har presenterats av forskare vid Washington State Institute for Public Policy (WSIPP) [12]. Av 14 program för vuxna förövare hade alla utom ett pro-

gram övervägande positiva samhällsekonomiska konsekvenser, och av 19 program riktade till ungdomsbrottslingar hade 14 övervägande positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Forskargruppen på WSIPP har gjort ett omfattande arbete genom att analysera 545 utvärderingar inom olika områden och samla in specifika uppgifter om återfall i brott under en period av 13 år.

Slutligen är det värt att återigen nämna att vårt exempel ovan är hypotetiskt. Även om vi har försökt att använda så relevanta kostnader och effektdata som möjligt gör vi inte anspråk på att analysen beskriver den faktiska situationen i Sverige, eftersom det finns mycket osäkerhet i uppgifterna. Däremot kan exemplet vara till nytta genom att påvisa viktiga aspekter som ska beaktas när rehabiliteringsprogram ska bedömas. Vi kan också konstatera att om programmet är effektivt och sänker risken för återfall så finns det en stor chans att programmet kommer att anses vara kostnadseffektivt för samhället.

## Referenser

1. Donato R, Shanahan, M., Higgins, R. A cost-benefit analysis of child offender treatment programs for male offenders in correctional services. The Child protection Research group. University of South Australia. 1999.
2. Kriminalvården. The National prisons and probation administration. PM: ROS, relationship and living together. [Internet] [<http://www.kriminalvarden.se>]
3. BRÅ, Andersson T, Palm J. Rapport 1999:4. Intensivövervakning med elektronisk kontroll. Utvärdering av 1997 och 1998 års riksomfattande försöksverksamhet. ISSN 1100-6676, ISBN 91-38-31398-7. 1999.
4. Bernfort L. Hälsoekonomiska utvärderingar : Vad menas och hur gör man? Linköping University Electronic Press. CMT Rapport, 2009:2; 2009.
5. Pritchard C, King E. Differential suicide rates in typologies of child sex offenders in a 6-year consecutive cohort of male suicides. Arch Suicide Res 2005;9:35-43.
6. Miller T, Cohen M, Wiersema B. Victim costs and consequences: A new look. Washington, DC, National Institute of Justice, US Department of Justice 1996.
7. Post LA, Mezey NJ, Maxwell C, Wibert WN. The Rape Tax – Tangible and intangible costs of sexual violence. Journal of Interpersonal Violence 2002;17:773-82.
8. BRÅ. Rapport 1991:6. Child sexual offense. The suspected offenders. (In Swedish, abstract in English). Sexualbrott mot barn. De misstänkta förövarna. The Swedish National Council for Crime Prevention (Marten P L). 1991.
9. Fazel S, Sjöstedt G, Långström N, Grann M. Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. Sex Abuse 2006; 18:159-67.
10. Shao L. Economic evaluation of the children's advocacy center program and sex offender registration laws. US: Thesis ProQuest Information & Learning; 2008.
11. Cohen MA, Rust RT, Steen S, Tidd ST. Willingness-to-pay for Crime Control Programs. Criminology 2004;42:89-110.
12. Drake EK, Aos S, Miller MG. Evidence-based public policy options to reduce crime and criminal justice costs: Implications in Washington State. Victims & Offenders 2009;4:170-96.
13. Bakker LH, S. Wales D, Riley, D. And there was light... Evaluating the Kia Marama treatment programme for New Zealand sex offenders against children. Christchurch: New Zealand Department of Corrections; 1998.
14. Hankivsky O, Draker DA. The economic costs of child sexual abuse in Canada: a preliminary analysis. J Health Soc Policy 2003;17:1-33.

## **Bilaga 2. Sökstrategier**

---

## **Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn.**

---

### **PubMed (National Library of Medicine), Maj 2010**

---

Pedophilia (Me)	AND	Androgen antagonists (Me)
Child abuse, sexual (Me)		Gonadotropin-releasing hormone /AG (Me)
Incest (Me)		Pedophilia/DT (Me)
Pedophil* (TiAb)		Pedophilia/TH (Me)
Paedophil* (TiAb)		Pedophilia/PX (Me)
Child sexual abuse (TiAb)		Serotonin uptake inhibitors/TU (Me)
Child sex abuse (TiAb)		Sexual behavior/DE (Me)
Incest* (TiAb)		Sexual behavior/TH (Me)
Pederast* (TiAb)		Sexual behavior/PX (Me)
		Sexual dysfunctions, psychological/DT (Me)
Sex offenses (Me)		Sexual dysfunctions psychological /PX (Me)
AND Child* (TiAb)		Sexual dysfunctions, psychological/TH (Me)
OR Adolesc* (TiAb)		Sex offenses/PC (Me)
		Child abuse, sexual/PC (Me)
		Behavior therapy (Me)
		Socioenvironmental therapy (Me)
		Psychotherapy (NoExp)
		Antiandrogen* (TiAb)
		LHRH agonist* (TiAb)
		Serotonin uptake inhibitor* (TiAb)
		Pharmacological treatment (TiAb)
		Psychotherap* (TiAb)
		Psychol* (TiAb)
		Cognitive (TiAb)
		Behavior* (TiAb)

*Tabellen fortsätter på nästa sida*

## **Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

---

### **PubMed (National Library of Medicine), Maj 2010**

---

Behaviour\* (TiAb)

CBT (TiAb)

Systemic (TiAb)

Multisystemic (TiAb)

---

Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish

---

("Pedophilia"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR ("Sex Offenses"[Mesh] AND (child\*[tiab] OR adolesc\*[tiab])) OR "Incest"[Mesh] OR pedophil\*[tiab] OR paedophil\*[tiab] OR "child sexual abuse"[tiab] OR "child sex abuse"[tiab] OR incest\*[tiab] OR pederast\*[tiab]) AND ("Androgen Antagonists"[Mesh] OR "Gonadotropin-Releasing Hormone/agonists"[Mesh] OR "Pedophilia/drug therapy"[Mesh] OR "Pedophilia/therapy"[Mesh] OR "Serotonin Uptake Inhibitors/therapeutic use"[Mesh] OR "Sexual Behavior/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Behavior/therapy"[Mesh] OR "Sexual Behavior/psychology"[Mesh] OR "Pedophilia/psychology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug therapy"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/psychology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/therapy"[Mesh] OR "Sex Offenses/prevention and control"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/prevention and control"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Socioenvironmental Therapy"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh:NoExp] OR antiandrogen\*[tiab] OR LHRH agonist\*[tiab] OR serotonin uptake inhibitor\*[tiab] OR "pharmacological treatment"[tiab] OR psychotherap\*[tiab] OR psychol\*[tiab] OR cognitive[tiab] OR behavior\*[tiab] OR behaviour\*[tiab] OR CBT[tiab] OR systemic[tiab] OR multisystemic[tiab]) AND ("treatment outcome"[mesh] OR "Recurrence"[Mesh] OR "Crime/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Crime/prevention and control"[Mesh] OR recurrence[tiab] OR conviction[tiab] OR recidivism[tiab] OR relapse[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR "Child Abuse, Sexual/prevention and control"[Mesh] OR "Treatment failure"[Mesh]) AND ("clinical trial"[Publication Type] OR "comparative study"[Publication Type] OR "meta analysis"[Publication Type] OR "multicenter study"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "cohort studies"[mesh] OR "cohort"[title] OR "observational"[ti] OR "random"[ti] OR "randomized"[ti] OR "randomly"[tiab] OR "review"[pt] OR prevent\*[ti] OR "Case-Control Studies"[mesh] OR Systematic[sb])



**Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

---

**PsycInfo (EBSCO), Maj 2010**

---

Pedophilia (De)	AND	Antiandrogens (De)
Sexual abuse (De)		Adolescent psychotherapy (De)
Child molest* (TW)		Analytical psychoterapy (De)
Incest (De)		Behavior therapy (De)
Pedophil* (TW)		Aversion therapy (De)
Paedophil* (TW)		Dialectical behavior therapy (De)
Child sexual abuse* (TW)		Cognitive behavior therapy (De)
Child sex abuse* (TW)		Group psychotherapy (De)
Incest* (TW)		Therapeutic community (De)
Pederast* (TW)		Individual psychotherapy (De)
		Insight therapy (De)
Rape (De)		Integrative psychotherapy (De)
AND Child* (TW)		Interpersonal psychoterapy (De)
OR Adolesc* (TW)		Psychoanalysis (De)
		Psychodynamic psychotherapy (De)
		Cognitive therapy (De)
		Male castration (De)
		Antiandrogen* (TW)
		LHRH agonist* (TW)
		Serotonin uptake inhibitor* (TW)
		Pharmacological treatment (TW)
		Psychotherap* (TW)
		Psychol* (TW)
		Cognitive (TW)
		Behavior* (TW)
		Behaviour* (TW)

---

*Tabellen fortsätter på nästa sida*

## **Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

**PsycInfo (EBSCO), Maj 2010**

CBT (TW)  
Systemic (TW)  
Multisystemic (TW)  
Rehab\* (TW)  
Criminal rehabilitation (De)

Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish

((DE "Pedophilia") or (DE "Sexual Abuse") or ((DE "Rape") AND ((TX child\*) or (TX adolesc\*))) or (TX child molest\*) or (DE "Incest") or (TX pedophil\*) or (TX paedophil\*) or (TX child sexual abuse\*) or (TX child sex abuse\*) or (TX incest\*) or (TX pederast\*)) AND ((DE "Antiandrogens") or (DE "Adolescent Psychotherapy") or (DE "Analytical Psychotherapy") or (DE "Behavior Therapy") or (DE "Aversion Therapy") or (DE "Dialectical Behavior Therapy") or (DE "Cognitive Behavior Therapy") or (DE "Group Psychotherapy") or (DE "Therapeutic Community") or (DE "Individual Psychotherapy") or (DE "Insight Therapy") or (DE "Integrative Psychotherapy") or (DE "Interpersonal Psychotherapy") or (DE "Psychoanalysis") or (DE "Psychodynamic Psychotherapy") or (DE "Cognitive Therapy") or (DE "Male Castration") or (TX antiandrogen\*) or (TX LHRH agonist\*) or (TX serotonin uptake inhibitor\*) or (TX pharmacological treatment) or (TX psychotherap\*) or (TX psychol\*) or (TX cognitive) or (TX behavior\*) or (TX behaviour\*) or (TX CBT) or (TX systemic) or (TX multisystemic) or (TX rehab\*) or (DE "criminal rehabilitation")) AND ((DE "Treatment Outcomes") or (DE "Psychotherapeutic Outcomes") or (DE "Relapse Disorders") or (DE "Relapse Prevention") or (DE "Treatment Effectiveness Evaluation") or (DE "Criminal Conviction") or (DE "Criminal Behavior") or (TX relapse) or (TX rehabilitation) or (TX recurrence) or (TX conviction) or (TX recidivism) OR (DE "Rehabilitation") or (DE "Criminal Rehabilitation") or (DE "Relapse Prevention")) AND ((TX cohort) or (TX observational) or (TX random) or (TX randomized) or (TX randomised) or (TX randomly) or (TI prevent\*) or (DE treatment effectiveness evaluation) OR (DE Program Evaluation) OR (DE relapse prevention) OR (MR longitudinal study) OR (MR followup study) OR (KW systematic review) OR (TX systematic review))

**Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

**National Criminal Justice Reference Service Abstracts (EBSCO), April 2010**

Child sexual abuse (SU)	AND	Sex offender treatment (SU)	AND	Recidivism (SU)	AND	Cohort* (TW)
Incest (SU)		Cognitive therapy (SU)		Inmate health (SU)		Observation* (TW)
Child molesters (SU)		Psychotherapy (SU)		Convictions (SU)		Random (TW)
Statutory rape (SU)		Program* (TW)		Arrest and apprehension (SU)		Randomized (TW)
Child molest* (TW)		Prevent* (TW)		Relapse* (TW)		Randomised (TW)
Incest (De)		Controlled drugs (SU)		Rehabilit* (TW)		Randomly (TW)
Pedophil* (TW)		Prescription drugs (SU)		Recurren* (TW)		Prevent* (Ti)
Paedophil* (TW)		Castration of rapists (SU)		Convict* (TW)		Longitudinal (TW)
Child sexual abuse* (TW)		Rehabilitation (SU)		Recidiv* (TW)		Program evaluation (SU)
Child sex abuse* (TW)		Rape prevention programs (SU)				Program design (SU)
Incest* (TW)		Inmate programs (SU)				Corrections effectiveness (SU)
Pederast* (TW)		Antiandrogen* (TW)				Juvenile corrections effectiveness (SU)
		LHRH agonist* (TW)				Treatment effectiveness (SU)
Rape (SU)		Serotonin uptake inhibitor* (TW)				Evaluation (SU)
AND Child* (TW)		Pharmacological treatment (TW)				
OR Adolesc* (TW)		Psychotherap* (TW)				
		Psychol* (TW)				
		Cognitive (TW)				
		Behavior* (TW)				
		Behaviour* (TW)				
		CBT (TW)				
		Systemic (TW)				
		Multisystemic (TW)				
		Rehab* (TW)				

Tabellen fortsätter på nästa sida

((SU "Child sexual abuse") or (SU "Incest") or (SU "Child molesters") or (SU "statutory rape") or ((SU "Rape") AND ((TX child\*) or (TX adolesc\*))) or (TX child molest\*) or (DE "Incest") or (TX pedophil\*) or (TX paedophil\*) or (TX child sexual abuse\*) or (TX child sex abuse\*) or (TX incest\*) or (TX pederast\*)) AND ((SU "sex offender treatment") OR (SU "cognitive therapy") OR (SU "psychotherapy") OR (TX program\*) OR (TX prevent\*) OR (SU "controlled drugs") OR (SU "prescription drugs") OR (SU "castration of rapists") OR (SU "rehabilitation") OR (SU "rape prevention programs") OR (SU "inmate programs") OR (TX antiandrogen\*) or (TX LHRH agonist\*) or (TX serotonin uptake inhibitor\*) or (TX pharmacological treatment) or (TX psychotherap\*) or (TX psychol\*) or (TX cognitive) or (TX behavior\*) or (TX behaviour\*) or (TX CBT) or (TX systemic) or (TX multisystemic) or (TX rehab\*)) AND ((SU "recidivism") OR (SU "inmate health") OR (SU "convictions") OR (SU "arrest and apprehension") OR (TX relapse\*) or (TX rehabilit\*) or (TX recurren\*) or (TX convict\*) or (TX recidiv\*)) AND ((TX cohort\*) or (TX observation\*) or (TX random) or (TX randomized) or (TX randomised) or (TX randomly) or (TI prevent\*) OR (TX longitudinal) OR (SU "program evaluation") OR (SU "program design") OR (SU "Corrections effectiveness") OR (SU "Juvenile corrections effectiveness") OR (SU "treatment effectiveness") OR (SU "evaluation"))



**Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

**International Bibliography och the Social Sciences (EBSCO), Maj 2010**

Incest (De)	AND	Psychotherapy (De)	AND	Recidivism (De)
Paedophilia (De)		Group psychotherapy (De)		Criminality (De)
Child molest* (TW)		Prevention (De)		Relapse (TW)
Pedophil* (TW)		Program* (TW)		Rehabilit* (TW)
Paedophil* (TW)		Prevent* (TW)		Recurren* (TW)
Child sexual abuse* (TW)		Antiandrogen* (TW)		Convict* (TW)
Child sex abuse* (TW)		LHRH agonist* (TW)		Recidiv* (TW)
Incest* (TW)		Serotonin uptake inhbiitor* (TW)		Evaluation (De)
Pederast* (TW)		Pharmacological treatment (TW)		Cohort* (TW)
		Psychotherap* (TW)		Observation* (TW)
Sexual abuse (De)		Psychol* (TW)		Random (TW)
OR Rape (De)		Cognitive (TW)		Randomized (TW)
AND Children (De)		Behavior* (TW)		Randomised (TW)
OR Child* (TW)		Behaviour* (TW)		Randomly (TW)
OR Adolesc* (TW)		CBT (TW)		Longitudinal (TW)
OR Child abuse (De)		Systemic (TW)		Programme evaluation (De)
		Multisystemic (TW)		Systematic review (TW)
		Rehab* (TW)		

((DE "Incest") OR (DE "paedophilia") OR (TX child molest\*) OR (TX pedophil\*) OR (TX paedophil\*) OR (TX child sexual abuse\*) OR (TX child sex abuse\*) OR (TX incest\*) OR (TX pederast\*) OR ((DE "Sexual abuse") OR (DE "Rape")) AND ((DE "Children") OR (TX child\*) OR (TX adolesc\*) OR (DE "child abuse")))) AND ((DE "psychotherapy") OR (DE "group psychotherapy") OR (DE "prevention") OR (TX program\*) OR (TX prevent\*) OR (TX antiandrogen\*) OR (TX LHRH agonist\*) OR (TX serotonin uptake inhibitor\*) OR (TX pharmacological treatment) OR (TX psychotherap\*) OR (TX psychol\*) OR (TX cognitive) OR (TX behavior\*) OR (TX behaviour\*) OR (TX CBT) OR (TX systemic) OR (TX multisystemic) OR (TX rehab\*)) AND ((DE "recidivism") OR (DE "criminality") OR (TX relapse\*) OR (TX rehabilit\*) OR (TX recurren\*) OR (TX convict\*) OR (TX recidiv\*) OR (DE "evaluation") OR (TX cohort\*) OR (TX observation\*) OR (TX random) OR (TX randomized) OR (TX randomised) OR (TX randomly) OR (TX longitudinal) OR (DE "programme evaluation") OR (TX systematic review))

**Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

**Cochrane Library (Wiley), Maj 2010 PubMed  
(National Library of Medicine), Maj 2010**

Pedophilia (Me)	AND	Androgen antagonists (Me)
Child abuse, sexual (Me)		Gonadotropin-releasing hormone /AG (Me)
Incest (Me)		Pedophilia/DT (Me)
Pedophil* (TiAb)		Pedophilia/TH (Me)
Child sexual abuse (TiAb)		Pedophilia/PX (Me)
Child sex abuse (TiAb)		Serotonin uptake inhibitors/TU (Me)
Incest* (TiAb)		Sexual behavior/DE (Me)
Pederast* (TiAb)		Sexual behavior/TH (Me)
		Sexual behavior/PX (Me)
Sex offenses (Me)		Sexual dysfunctions, psychological/DT (Me)
AND Child* (TiAb)		Sexual dysfunctions psychological /PX (Me)
OR Adolesc* (TiAb)		Sexual dysfunctions, psychological/TH (Me)
		Sex offenses/PC (Me)
		Child abuse, sexual/PC (Me)
		Behavior therapy (Me)
		Socioenvironmental therapy (Me)
		Psychotherapy (NoExp)
		Antiandrogen* (TiAb)
		LHRH agonist* (TiAb)
		Serotonin uptake inhibitor* (TiAb)
		Pharmacological treatment (TiAb)
		Psychotherap* (TiAb)
		Psychol* (TiAb)
		Cognitive (TiAb)

*Tabellen fortsätter på nästa sida*

Behavior\* (TiAb)

Behaviour\* (TiAb)

CBT (TiAb)

Systemic (TiAb)

Multisystemic (TiAb)

---

- #1 MeSH descriptor Pedophilia explode all trees
- #2 MeSH descriptor Child Abuse, Sexual explode all trees
- #3 MeSH descriptor Sex Offenses explode all trees
- #4 MeSH descriptor Incest explode all trees
- #5 (child\*):ti,ab OR (adolesc\*):ti,ab
- #6 (pedophil\*):ti,ab OR (child sexual abuse):ti,ab OR (child sex abuse):  
ti,ab OR (incest\*):ti,ab OR (pederast\*):ti,ab
- #7 (#1 OR #2 OR ( #3 AND #5 ) OR #4 OR #6)
- #8 MeSH descriptor Androgen Antagonists explode all trees
- #9 MeSH descriptor Gonadotropin-Releasing Hormone explode all trees  
with qualifier: AG
- #10 MeSH descriptor Pedophilia explode all trees with qualifiers: DT,TH,PX
- #11 MeSH descriptor Serotonin Uptake Inhibitors explode all trees with qualifier: TU
- #12 MeSH descriptor Sexual Behavior explode all trees with qualifiers: DE,TH,PX
- #13 MeSH descriptor Sexual Dysfunctions, Psychological explode all trees with  
qualifiers: DT,TH,PX
- #14 MeSH descriptor Sex Offenses explode all trees with qualifier: PC
- #15 MeSH descriptor Child Abuse, Sexual explode all trees with qualifier: PC
- #16 MeSH descriptor Behavior Therapy explode all trees
- #17 MeSH descriptor Socioenvironmental Therapy explode all trees
- #18 MeSH descriptor Psychotherapy, this term only
- #19 (antiandrogen\*):ti,ab OR (LHRH agonist\*):ti,ab OR (serotonin uptake  
inhibitor\*):ti,ab OR (pharmacological treatment):ti,ab OR (psychotherap\*):ti,ab  
OR (psychol\*):ti,ab OR (cognitive):ti,ab OR (behavior\*):ti,ab OR (behaviour\*):  
ti,ab OR (CBT):ti,ab OR (systemic):ti,ab OR (multisystemic):ti,ab
- #20 (#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR  
#17 OR #18 OR #19)
- #21 (#7 AND #20)



**Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn, fortsättning**

**Campbell Library, Maj 2010**

Pedophil\* (AF)

Paedophil\* (AF)

Child sexual abuse (AF)

Child sex abuse (AF)

Incest\* (AF)

pedophil\* in All text or paedophil\* in All text or child sexual abuse in All text or child sex abuse in All text or incest\* in All text

**Hälsoekonomi**

**PubMed (National Library of Medicine), Maj 2010**

Pedophilia (Me)	AND	Androgen antagonists (Me)	AND	Costs (TiAb)
Child abuse, sexual (Me)		Gonadotropin-releasing hormone /AG (Me)		Cost effective (TiAb)
Incest (Me)		Pedophilia/DT (Me)		Economic (TiAb)
Pedophil* (TiAb)		Pedophilia/TH (Me)		Costs and cost analysis (Me)
Paedophil* (TiAb)		Pedophilia/PX (Me)		/EC
Child sexual abuse (TiAb)		Serotonin uptake inhibitors/TU (Me)		
Child sex abuse (TiAb)		Sexual behavior/DE (Me)		
Incest* (TiAb)		Sexual behavior/TH (Me)		
Pederast* (TiAb)		Sexual behavior/PX (Me)		
		Sexual dysfunctions, psychological/DT (Me)		
Sex offenses (Me)		Sexual dysfunctions psychological /PX (Me)		
AND Child* (TiAb)		Sexual dysfunctions, psychological/TH (Me)		
OR Adolesc* (TiAb)		Sex offenses/PC (Me)		
		Child abuse, sexual/PC (Me)		
		Behavior therapy (Me)		

Tabellen fortsätter på nästa sida

---

PubMed (National Library of Medicine), Maj 2010

---

Socioenvironmental therapy (Me)  
Psychotherapy (NoExp)  
Antiandrogen\* (TiAb)  
LHRH agonist\* (TiAb)  
Serotonin uptake inhibitor\* (TiAb)  
Pharmacological treatment (TiAb)  
Psychotherap\* (TiAb)  
Psychol\* (TiAb)  
Cognitive (TiAb)  
Behavior\* (TiAb)  
Behaviour\* (TiAb)  
CBT (TiAb)  
Systemic (TiAb)  
Multisystemic (TiAb)

---

Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish

---

("Pedophilia"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh] OR ("Sex Offenses"[Mesh] AND (child\*[tiab] OR adolesc\*[tiab])) OR "Incest"[Mesh] OR pedophil\*[tiab] OR paedophil\*[tiab] OR "child sexual abuse"[tiab] OR "child sex abuse"[tiab] OR incest\*[tiab] OR pederast\*[tiab]) AND ("Androgen Antagonists"[Mesh] OR "Gonadotropin-Releasing Hormone/agonists"[Mesh] OR "Pedophilia/drug therapy"[Mesh] OR "Pedophilia/therapy"[Mesh] OR "Serotonin Uptake Inhibitors/therapeutic use"[Mesh] OR "Sexual Behavior/drug effects"[Mesh] OR "Sexual Behavior/therapy"[Mesh] OR "Sexual Behavior/psychology"[Mesh] OR "Pedophilia/psychology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/drug therapy"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/psychology"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological/therapy"[Mesh] OR "Sex Offenses/prevention and control"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/prevention and control"[Mesh] OR "Behavior Therapy"[Mesh] OR "Socioenvironmental Therapy"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh:NoExp] OR antiandrogen\*[tiab] OR LHRH agonist\*[tiab] OR serotonin uptake inhibitor\*[tiab] OR "pharmacological treatment"[tiab] OR psychotherap\*[tiab] OR psychol\*[tiab] OR cognitive[tiab] OR behavior\*[tiab] OR behaviour\*[tiab] OR CBT[tiab] OR systemic[tiab] OR multisystemic[tiab]) AND (costs[Title/Abstract] OR cost effective[Title/Abstract] OR economic[Title/Abstract] OR "costs and cost analysis"[MeSH Terms] OR "economics"[MeSH Subheading])

## Hälsoekonomi fortsättning

---

### Health Economic Evaluations Database (Wiley), Maj 2010

---

Pedophil\* (AF)

Paedophil\* (AF)

Child sexual abuse (AF)

Child sex abuse (AF)

Incest\* (AF)

---

pedophil\* OR paedophil\* OR "child sexual abuse" OR "child sex abuse" OR incest\*  
[All data]

---

### PsycInfo (EBSCO), Maj 2010

---

Pedophilia (De)	AND	Antiandrogens (De)	AND	Treatment outcomes (De)	AND	Costs and cost analysis (De)
Sexual abuse (De)		Adolescent psychotherapy (De)		Psychotherapeutic outcomes (De)		Health care costs (De)
Child molest* (TW)		Analytical psychoterapy (De)		Relapse disorders (De)		Health care economics (De)
Incest (De)		Behavior therapy (De)		Relapse prevention (De)		Economics (De)
Pedophil* (TW)		Aversion therapy (De)		Treatment effectiveness		Costs (TW)
Paedophil* (TW)		Dialectical behavior therapy (De)		evaluation (De)		Cost (TW)
Child sexual abuse* (TW)		Cognitive behavior therapy (De)		Criminal conviction (De)		Cost effective (TW)
Child sex abuse* (TW)		Group psychotherapy (De)		Criminal behavior (De)		Economic (TW)
Incest* (TW)		Therapeutic community (De)		Relapse (TW)		Cost/benefit analysis (KW)
Pederast* (TW)		Individual psychotherapy (De)		Rehabilitation (TW)		Economic evaluation (KW)
		Insight therapy (De)		Recurrence (TW)		Economic evaluation (TW)
Rape (De)		Integrative psychotherapy (De)		Conviction (TW)		
AND Child* (TW)		Interpersonal psychoterapy (De)		Recidivism (TW)		
OR Adolesc* (TW)		Psychoanalysis (De)		Rehabilitation (De)		
		Psychodynamic psychotherapy (De)		Criminal rehabilitation (De)		
		Cognitive therapy (De)		Relapse prevention (De)		

Tabellen fortsätter på nästa sida

Male castration (De)  
Antiandrogen\* (TW)  
LHRH agonist\* (TW)  
Serotonin uptake inhibitor\* (TW)  
Pharmacological treatment (TW)  
Psychotherap\* (TW)  
Psychol\* (TW)  
Cognitive (TW)  
Behavior\* (TW)  
Behaviour\* (TW)  
CBT (TW)  
Systemic (TW)  
Multisystemic (TW)  
Rehab\* (TW)  
Criminal rehabilitation (De)

Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish

((DE "Pedophilia") or (DE "Sexual Abuse") or ((DE "Rape") AND ((TX child\*) or (TX adolesc\*))) or (TX child molest\*) or (DE "Incest") or (TX pedophil\*) or (TX paedophil\*) or (TX child sexual abuse\*) or (TX child sex abuse\*) or (TX incest\*) or (TX pederast\*)) AND ((DE "Antiandrogens") or (DE "Adolescent Psychotherapy") or (DE "Analytical Psychotherapy") or (DE "Behavior Therapy") or (DE "Aversion Therapy") or (DE "Dialectical Behavior Therapy") or (DE "Cognitive Behavior Therapy") or (DE "Group Psychotherapy") or (DE "Therapeutic Community") or (DE "Individual Psychotherapy") or (DE "Insight Therapy") or (DE "Integrative Psychotherapy") or (DE "Interpersonal Psychotherapy") or (DE "Psychoanalysis") or (DE "Psychodynamic Psychotherapy") or (DE "Cognitive Therapy") or (DE "Male Castration") or (TX antiandrogen\*) or (TX LHRH agonist\*) or (TX serotonin uptake inhibitor\*) or (TX pharmacological treatment) or (TX psychotherap\*) or (TX psychol\*) or (TX cognitive) or (TX behavior\*) or (TX

behaviour\*) or (TX CBT) or (TX systemic) or (TX multisystemic) or (TX rehab\*) or (DE "criminal rehabilitation")) AND ((DE "Treatment Outcomes") or (DE "Psychotherapeutic Outcomes") or (DE "Relapse Disorders") or (DE "Relapse Prevention") or (DE "Treatment Effectiveness Evaluation") or (DE "Criminal Conviction") or (DE "Criminal Behavior") or (TX relapse) or (TX rehabilitation) or (TX recurrence) or (TX conviction) or (TX recidivism) OR (DE "Rehabilitation") or (DE "Criminal Rehabilitation") or (DE "Relapse Prevention")) AND ((DE "Costs and Cost Analysis") or (DE "Health Care Costs") or (DE "Health Care Economics") or (DE "Economics") or (TX "costs") OR (TX "cost") OR (TX "cost effective") OR (TX "economic") OR (KW "cost/benefit analysis") OR (KW "economic evaluation") OR (TX "economic evaluation"))

## **Förkortningar**

*	Wildcard indicating a variable number of characters (including none)
/AG	agonists (MeSH Subheading)
/DE	drug effects (MeSH Subheading)
/EC	economics (MeSH Subheading)
/LJ	legislation and jurisprudence (MeSH Subheading)
/PC	prevention and control (MeSH Subheading) or prevention (EMTREE disease subheading)
/PX	psychology (MeSH Subheading)
/TH	therapy (MeSH Subheading or Emtree disease subheading)
/TU	therapeutic use (MeSH Subheading)
AF	All fields
De	Descriptor (EMBASE), Subject (PsycInfo)
KW	Keyword (Cochrane Library)
Me	Medical Subject Headings (MeSH, PubMed)
NoExp	MeSH No Explode (PubMed)
PT	Publication type
SB	Subset
Ti	Title
TiAb	Title/Abstract
TW	Text word
SU	Subject

## Bilaga 3. Granskningsmallar

---

### Checklista för bedömning av relevans (sexuella övergrepp mot barn)

---

Författare, år, artikelnummer

---

Relevans	Ja	Nej	Kan inte svara	Ej tillämpligt
<b>1. Studiepopulation</b>				
a. Är den population som deltagarna togs från tydligt beskriven och relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Är sättet att rekrytera deltagare acceptabelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Är inklusionskriterierna adekvata? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Är exklusionskriterierna adekvata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summering 1 a) – 1 d): Är studiepopulationen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Undersökt intervention</b>				
a. Är den undersökta interventionen någon av de i förhand specificerade? <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Är den undersökta interventionen administrerad/utförd på ett korrekt och reproducerbart sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summering 2 a) – 2 b): Är interventionen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabellen fortsätter på nästa sida

---

#### <sup>1</sup> Population:

- \* lagförda för sexuella övergrepp mot barn
- \* självrapporterade pedofiler/hebefiler
- \* lagförda för barnpornografibrott
- \* lagförda för sexualbrott mot vuxna

---

#### <sup>2</sup> Intervention:

- \* farmakologisk
- \* psykologisk/psykoterapeutisk
- \* kombinationer

#### <sup>3</sup> Jämförelseintervention

- \* Sedvanlig vård
- \* Ej aktiv behandling

Tabell fortsättning

	Ja	Nej	Kan inte svara	Ej tillämpligt
<b>3. Jämförelseintervention</b>				
a. Är jämförelseinterventionen någon av de i förhand specificerade? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kan man utesluta att val av jämförelseintervention, dos eller utförande medfört ett systematiskt fel till förmån för endera interventionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summering 3 a) – 3 b): Är jämförelseinterventionen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Effektmått</b>				
Är de undersökta effektmåtten relevanta? <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Studielängd</b>				
Är studiens uppföljningstid tillräcklig? <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<sup>4</sup> <b>Effektmått:</b> * domar för sexualbrott mot barn * gripande av polis för misstänkt sexualbrott mot barn * brott mot eventuellt ställda villkor i sexualbrottspåföljd * Självrapporterade sexualbrott mot barn (till sexualbrott mot barn räknas också barnpornografi)	* Självrapporterade sexuella impulser som inbegriper övergreppshandlingar mot barn * Sexualbrott mot vuxna (gäller den population som tidigare begått övergrepp mot barn)			
<sup>5</sup> <b>Studielängd</b> * Minst ett års uppföljning efter att insatsen har avslutats				

# Granskningsmall för randomiserad kontrollerad prövning

## Sammanfattning av granskningen

---

Författare:

År alternativt SBU:s identifikationsnummer:

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög                       Medelhög                       Låg

---

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.
- Det finns förtydligande kommentarer till vissa delfrågor. Dessa anges med en fotnot.

---

Studiekvalitet	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>1. Studiepopulation</b>				
a) Framgår det hur många personer som exkluderades före randomiseringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är redovisningen av personer som inte randomiserades, trots att de var valbara, adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Tilldelning av åtgärd/intervention/behandling</b>				
a) Användes en randomiseringsmetod som på ett acceptabelt sätt minimerar risken för manipulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utfördes randomiseringen så att fördelningen blev oförutsägbar och slumpmässig? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Påbörjade samtliga deltagare, som randomiserades, behandlingen? <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



Studiekvalitet	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>3. Gruppernas jämförbarhet</b>				
a) Var grupperna vid baseline rimligt lika avseende egenskaper som kan påverka resultatet (t ex ålder, kön, sjukdoms svårighetsgrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Blindning (maskering)<sup>3</sup></b>				
Blindades följande på tillfredsställande sätt:				
a) Patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Prövare/behandlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Utvärderare av resultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Bortfall (antalet randomiserade deltagare som inte har följts upp enligt studieprotokollet)<sup>4</sup></b>				
a) Går det att följa deltagarnas väg genom studien t ex i ett flödesschema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är storleken på bortfallet efter randomisering acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är orsakerna till bortfallet acceptabla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Följsamhet (compliance, adherence, concordance)<sup>5</sup></b>				
a) Framgår det i vilken utsträckning deltagarna fullföljde behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var andelen som fullföljde behandlingen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Rapportering av effektmått och biverkningar</b>				
a) Var det primära effektmåttet definierat i förväg <u>och</u> adekvat rapporterat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var de sekundära effektmåtten definierade i förväg <u>och</u> adekvat rapporterade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Baserades slutsatserna på enbart i förväg definierade effektmått och subgruppsanalyser? <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har utfallen av samtliga viktiga effektmått redovisats på ett adekvat sätt? <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rapporterades biverkningar/komplikationer på ett tillfredsställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Studiekvalitet	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>8. Resultat och precision</b>				
a) Redovisas resultaten på ett adekvat sätt? <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har resultaten beräknats med lämplig analysmetod? <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var den minsta kliniskt relevanta effekten definierad på förhand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är den valda minsta kliniskt relevanta effekten av rimlig storlek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Har man använt acceptabla metoder för att mäta effekterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mättes observatörsöverensstämmelsen på ett acceptabelt sätt? <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är de överväganden och beräkningar som ligger till grund för antal deltagare acceptabla (poweranalys)? <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9 Bindningar och jäv</b>				
a) Anges eventuella bindningar och jäv (conflict of interest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bedömer du att studiens resultat inte påverkats av intressekonflikter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total bedömning av studiekvalitet:</b>				
<input type="checkbox"/> Hög	<input type="checkbox"/> Medelhög	<input type="checkbox"/> Låg		

## Kommentarer till granskningsmallen för RCT

1. Risk för att randomiseringen blir förutsägbar för provvare eller deltagare kan t ex finnas vid blockrandomisering. Blockrandomisering används bl a i multicenterstudier för att motverka slumpmässiga snedfördelningar mellan olika centra eller länder.
2. Här bedöms risken för att resultaten har påverkats av att deltagare selektivt exkluderats från studien efter randomiseringen, men innan behandlingen har påbörjats. Antalet deltagare som har lämnat studien bör sättas i relation till studiens storlek. Om antalet är jämnt fördelat mellan grupperna och skälen är angivna och godtagbara, så bedöms risken att resultaten kan ha påverkats som liten. Om mer än 5 procent av de randomiserade patienterna fallit bort eller om orsakerna inte är angivna eller godtagbara så bedöms risken som stor.
3. Det är önskvärt att både patienter och provvare är blindade i en studie. Ibland kan det av praktiska skäl vara svårt eller omöjligt att dölja för provvare och/eller patient vilken behandling som ges. Däremot är det oftast möjligt att den som utvärderar effekten är blindad.

De alternativ som finns är följande:

- Öppen prövning: ingen är blindad
- Enkelblind: a) deltagarna är blindade; b) provvare och/eller resultatutvärderare är blindade
- Dubbelblind: a) deltagarna och provvare och/eller resultatutvärderare är blindade; b) deltagarna och provvare och/eller resultatutvärderare är blindade samt det framgår av beskrivningen att all resultatbearbetning utfördes innan prövningskoden bröts.

Det finns flera exempel på studier där blindningen inte har lyckats pga karakteristiska effekter eller biverkningar av aktiv behandling, exempelvis muntorrhet vid behandling med neuroleptika och underlivsblödningar vid behandling med östrogen. I vissa fall är det möjligt att ge biverkningsmotverkande medel som tillägg till aktiv behandling för att

minska risken för att blindningen äventyras. Andra faktorer som kan försvåra blindningen är bristande likhet mellan tabletter, inhalationspreparat etc avseende utseende eller smak. En stor ”placeboeffekt” i kontrollgruppen kan tala för en lyckad blindning. I vissa studier låter man studiedeltagarna gissa om de fått aktiv behandling eller kontroll.

4. Det bortfall som bedöms här avser bortfall efter randomisering. Det kan dock finnas tillfällen då även ett större bortfall sannolikt är slumpmässigt. Nedanstående exempel bör därför ses som riktvärden.

- Litet (<10%)
- Måttligt (10–19%)
- Stort (20–29%)
- Mycket stort ( $\geq 30\%$ ). Undersökningen bedöms ofta sakna informationsvärde vilket kan innebära att studien bör exkluderas.

Bortfallet varierar mellan olika tidpunkter i en studie och kan variera mellan olika effektmått. Bortfallet är ofta större ju längre tid som har gått. Därmed kan behandlingsresultaten från de sista besöken vara av tveksam validitet, medan resultaten från de första besöken kan vara giltiga.

5. Kontroll av följsamheten är särskilt viktig då man inte ser en signifikant effektskillnad mellan grupperna. En bristande följsamhet kan minska såväl interventionens effekter som bieffekter. Om interventionen har en signifikant effekt är kontroll av följsamheten ofta av mindre betydelse.

Undantag är om det var sämre följsamhet i gruppen som fick referensbehandling. Det senare är tänkbart i en placebokontrollerad studie om blindningen varit otillräcklig, alternativt om en referensbehandling har mycket högre frekvens av biverkningar.

Ett riktmärke för vad som anses vara acceptabel följsamhet är att mer än 80 procent av deltagarna ska ha mottagit mer än 80 procent av behandlingen.

6. Det är inte ovanligt att studier med negativa resultat inkluderar förklarande efteranalyser (explanatory- eller post hoc-analyser) för att t ex finna vissa subgrupper inom den studerade patientgruppen som kan ha nytta av behandlingen. Dessa analyser kan fylla en viktig hypotesgenererande funktion, men är naturligtvis behäftade med stor osäkerhet. Slutsatserna i en studie får därför aldrig baseras på sådana analyser.
7. Även om redovisade effektmått är rimliga, definierade i förväg och adekvat rapporterade kan det finnas andra viktiga effektmått som utelämnats. Oftast gäller det effektmått för att bedöma risker som också bedöms under fotnot 8.
8. De vanligaste mått som används för dikotoma variabler är riskkvot (risk ratio, RR), oddskvot (odds ratio, OR), absolut riskreduktion/ riskskillnad (risk difference) och number needed to treat (NNT). För kontinuerliga variabler används vanligen absolut skillnad i medelvärde (difference in means, mean difference). Alla måtten ska redovisas med lämpligt spridningsmått, företrädesvis 95 procents konfidensintervall.
9. Resultaten kan analyseras enligt intention to treat (ITT) och/eller per protokoll (PP). En ITT-analys innebär att alla personer som randomiserats följs upp inom sin behandlingsarm oavsett om de fått tilldelad behandling eller inte och är oftast den metod som bör användas. Om resultaten är beräknade på annat sätt än med ITT finns det risk för att behandlingseffekten blir överskattad. ITT-analysen kan kompletteras med en känslighetsanalys enligt "worst case scenario" där sämsta tänkbara utfall tillskrivs saknade patienter i den grupp som uppvisar bäst effekt och bästa tänkbara utfall tillskrivs saknade patienter i den grupp som uppvisar sämst effekt. Ibland är det önskvärt att även en PP-analys redovisas, vilket innebär att bara de som följt hela studieprotokollet ingår i analysen. Vid bortfall i studier där man använder kontinuerliga variabler eller skalor använder man ibland en beräkningsmetod där det senast uppmätta resultatet antas gälla även för senare tidpunkter då data saknas (last observation carried forward, LOCF).

10. Vid utfallsregistrering i en behandlingsstudie kan observatörsvariationen vara en svaghet. Ett exempel är om flera observatörer ska utvärdera röntgenbilder eller cytologiska prov. Då ska observatörsöverensstämmelse mellan alla, eller ett större antal av observatörerna, vara rapporterat. Detta kan ske i form av Kappa-överensstämmelse eller "Intra-class correlation coefficient" (ICC), beroende på vilken skala som använts.
  
11. Powerberäkningar används för att beräkna studiers statistiska styrka, dvs för att räkna ut hur stor en studie bör vara för att med rimlig sannolikhet kunna påvisa en behandlingseffekt. Det är viktigt att författarna redovisar hur de kommit fram till vald studiestorlek och att beräkningen skett före studiestart. Annars kan det inte uteslutas att författarna successivt adderat deltagare till studien tills statistisk signifikans har uppnåtts.



# Granskningsmall för kohortstudier med kontrollgrupper

## Sammanfattning av granskningen

Författare:

År alternativt SBU:s identifikationsnummer:

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög                       Medelhög                       Låg

<b>1. Jämförbarhet</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpligt</b>
<b>1.1 De jämförda grupperna</b>				
a) Är de jämförda grupperna adekvat valda? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är kontrollgruppen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är det sannolikt att interventions- och kontrollgruppen valdes ut och diagnostiserades på ett likartat sätt? <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2 Jämförbarhet och förväxlingsfaktorer (confounders)</b>				
a) Har författarna identifierat alla viktiga förväxlingsfaktorer (se nedan)? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Har författarna tagit hänsyn till dem i analyserna? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var skillnaderna mellan grupperna i baslinje-data små (se förväxlingsfaktorer nedan)? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är risken för selektions- eller indikationsbias liten? <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3 Interventionen</b>				
a) Är interventionen tydligt definierad avseende innehåll och kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är jämförelseinterventionen tydligt definierad avseende innehåll och kvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>2. Följsamhet, bortfall</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpligt</b>
<b>2.1 Följsamhet (compliance, adherence)</b>				
a) Framgår det i vilken utsträckning deltagarna fullföljde behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var andelen som fullföljde behandlingen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2 Bortfall (antalet deltagare som inte har följts upp enligt studieprotokollet)</b>				
a) Redovisas hur stort bortfallet är? <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Anges orsakerna till bortfallet? <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är bortfallet acceptabelt? <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Förväxlingsfaktorer</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ålder</li> <li>• tidigare sexuella lagbrottsföringar</li> <li>• icke-kontakt sexualbrott</li> <li>• tidigare våld mot person</li> <li>• annan kriminalitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• offerrelation (känd/okänd)</li> <li>• offrets kön</li> <li>• stabila vuxenrelationer</li> <li>• för historiska kontroller – tidsaspekter</li> </ul>			
<b>3. Blindning</b>				
Var de som bedömde utfallen omedvetna om de undersökta tillhörde interventions- eller kontrollgruppen? <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Statistisk styrka</b>				
a) Är de överväganden och beräkningar som ligger till grund för urvalsstorleken (sample size) tydligt beskrivna? <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är den statistiska styrkan (power) tillfredsställande hög? <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Effektmått och statistisk analys</b>				
a) Är personer med primärt effektmått adekvat identifierade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är risken för registrerings- eller mätningbias låg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har den statistiska analysen av osäkerhet hanterats på ett adekvat sätt? <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Har författarna på ett adekvat sätt korrigerat för obalanser mellan grupperna med avseende på förväxlingsfaktorer/confounders? <sup>9</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Har hänsyn tagits till avhoppare från behandlingen (treatment drop-outs)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

### 6. Biverkningar

---

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mättes biverkningar/komplikationer på ett tillfredsställande sätt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

---

### 7. Bindningar och jäv

---

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Finns en förteckning över eventuella bindningar och jäv (conflict of interests)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Bedömer du att studiens resultat inte påverkats av intressekonflikter?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

Total bedömning av studiekvalitet:

- Hög                       Medelhög                       Låg
-

## Kommentarer till granskningsmallen för kohortstudier med kontrollgrupper

Kohortstudier med kontrollgrupp innebär att man följer minst två grupper longitudinellt, dvs framåt i tiden för att studera hur det går för dem. Det kan gälla såväl icke-randomiserade kontrollerade studier som andra observationsstudier där man antingen studerar behandlingsinsatser eller riskfaktorer.

Synonyma begrepp är:

Interventionsgrupp = exponerad grupp = riskfaktor = fall

Kontrollgrupp = oexponerad grupp = jämförelsegrupp = referensgrupp

1. Finns det en klar definition av jämförelsegruppen? Jämförs interventionen mot en annan intervention eller mot ingen intervention alls? Har jämförelsegruppen hämtats från den allmänna befolkningen eller från ett begränsat urval? Om jämförelsegruppen är historisk kontroll finns det anledning att vara särskilt försiktig vid värderingen.
2. En viktig fråga är om samma metodik användes för att gruppera till interventions- respektive kontrollgrupp?
3. Confounders är bakgrundsvariabler som påverkar utfallet. De kan vara ojämnt fördelade mellan grupperna och stör då det ”sanna” resultatet. Några viktiga confounders är ålder, kön, bakomliggande sjukdomshistoria, samsjuklighet, riskfaktorer och inte minst socioekonomisk status. Socioekonomi är sannolikt den starkaste riskfaktorn till sjuklighet och för tidig död.

Uppgifter som kan visa väsentliga skillnader mellan grupperna finns ofta i en inledande tabell eller under bakgrundsdata (baseline characteristics).

4. Selektionsbias uppkommer när det finns en eller flera inbyggda skillnader mellan grupperna som i sig kan förklara resultaten. Risken är särskilt stor när det gäller preventiva eller symtomlindrande åtgärder som välinformerade patientgrupper kan efterfråga. Risken för selek-

tionsbias är också hög om åtgärden är särskilt lämplig att sätta in på högrisk- eller lågriskpatienter.

5. Stora bortfall ökar generellt sett risken för att resultaten kan vara påverkade av systematiska fel. Det kan dock finnas tillfällen då även ett större bortfall sannolikt är slumpmässigt. Som ett riktvärde för läkemedelsstudier är risken liten om bortfallet är mindre än 10 procent, medelstor om bortfallet ligger mellan 10 och 19 procent och stor om bortfallet är mellan 20 och 29 procent. Om bortfallet i läkemedelsstudier är 30 procent eller mer är informationsvärdet tveksamt och studien kan eventuellt sorteras bort. Bortfallet kan variera mellan olika tidpunkter och olika effektmått. Vid långtidsuppföljning kan man få acceptera något högre bortfall.
6. Om de som registrerar utfallen känner till vilka som fått en viss behandling kan det öka risken för en systematisk felregistrering.
7. Små studier där prövarna inte har beräknat hur många deltagare som krävs för att få ett statistiskt signifikant resultat på det primära effektmåttet har ofta stora kvalitetsbrister. Det är viktigt att bedöma studiens statistiska styrka (power) för varje separat utfallsmått. Ett exempel är biverkningsrapportering. Studierna är oftast planerade för att belysa de positiva effekterna och har kanske inte tagit hänsyn till hur många deltagare som behövs för att få statistiskt säkerställda negativa effekter.
8. Bedöm om konfidensintervall eller andra relevanta mått redovisas på ett adekvat sätt eller om det finns en motivering för att sådana uppgifter saknas. Det kan t ex gälla vid totalundersökningar av stora datamaterial.
9. Metoder som kan användas i detta sammanhang är matchning/restriktion, stratifierad analys, multivariat modellanalys (t ex regressionsanalys) eller propensity scoremetodik.



# Granskningsmall för hälsoekonomiska studier

## Sammanfattning av granskningen

Författare:

År alternativt SBU:s identifikationsnummer:

Bedömning av studiens kvalitet vad gäller *ekonomiska aspekter*:

Hög                       Medelhög                       Låg                       Otillräcklig

Bedömning av studiens kvalitet vad gäller *medicinska data*:  
(projektets medicinska experter avgör)

Hög                       Medelhög                       Låg                       Otillräcklig

*Nedanstående frågor besvaras av projektets ekonomiska experter.  
Avsnitt 3 avser bedömningen av studiens kvalitet.*

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>1. Frågor om studiens relevans ("PICO") för projektets frågeställningar krav på Ja-svar för inklusion</b>				
a) Är studerad patientpopulation relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är interventionen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är jämförelseinterventionen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är utfallsmåttet relevant (t ex QALY, LYS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Frågor om ekonomi krav på Ja-svar för inklusion</b>				
a) Anges studiens perspektiv eller framgår detta indirekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Studeras både kostnader och effekter (eller anges lika effekt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är effekterna värderade på rätt (adekvat) sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är sjukvårdsorganisationen relevant för svenska förhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
e) Är relativpriserna relevanta för svensk sjukvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är jävsförhållandena utan problem för studien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Frågor för bedömning av studiens kvalitet vad avser den ekonomiska analysen</b>				
<b>3.1 Presentation av studiens resultat</b>				
a) Är frågeställningarnas ekonomiska betydelse redovisad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är vald form av ekonomisk analys motiverad med avseende på frågeställningarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anges sättet för datainsamling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Är slutsatserna välgrundade och tydligt uttryckta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bestämdes om skattningar från subgruppsanalys vid studiestart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Har jämförelser gjorts med andra studier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Visas generaliserbarhet? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Diskuteras fördelningsfrågor? <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Visas negativa resultatutfall? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Finns adekvat konsekvensanalys? <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Förs resonemang om alternativkostnader? <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2 Känslighetsanalys</b>				
a) Har lämpliga statistiska metoder använts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är spridningen på utfallsmått acceptabel? <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är utfallet robust för undersökta variabelvärden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ingår patientföljsamhet i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3 Inkrementell analys</b>				
Har inkrementell analys gjorts av både kostnader och effekter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>3.4 Diskontering (vid studier längre än 1 år)</b>				
a) Diskontering av kostnader?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diskontering av effekter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.5 Modellstudie

a) Är modellen relevant för aktuell frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är modellen transparent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är vald tidshorisont rimlig jämfört med empiriska data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Markov: Är tidscyklerna tydligt beskrivna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Markov: Är tidscyklerna motiverade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Summera svaren för relevanta frågor under Avsnitt 3

#### Vägledning för bedömning av studiens kvalitet

Förutsättning: Ja-svar på frågorna i avsnitt 1–2, samt andelen Ja-svar på de relevanta frågorna i avsnitt 3:

<input type="checkbox"/> över 80% Ja-svar hög kvalitet	<input type="checkbox"/> 60–80% Ja-svar medelhög kvalitet	<input type="checkbox"/> 40–59% Ja-svar låg kvalitet	<input type="checkbox"/> under 40% Ja-svar otillräcklig kvalitet
---	--	---	---

Eventuella kommentarer till studien:



## Kriterier, förtydliganden av några punkter under Avsnitt 3:

1. Visas generaliserbarhet?  
Ja = Resultaten är rimligt överförbara med avseende på ”setting”, dvs den miljö där studien genomförts (jämför generaliserbarhet för en studie utförd vid universitetskliniken och studiens generaliserbarhet för patienter i primärvården).
2. Diskuteras fördelningsfrågor?  
Ja = Diskussion med avseende på nationella prioriteringar; diskussion med avseende på ålder, kön, geografisk hemvist, socioekonomiska aspekter osv.
3. Visas negativa resultatutfall?  
Ja = Negativa resultatutfall återfinns i text eller i figur, eller anges att negativa resultat ej förekommer (t ex inga biverkningar av läkemedel).
4. Finns adekvat konsekvensanalys?  
Ja = Konsekvensanalys av studiens resultat helst från samhällsperspektiv, men åtminstone från sjukvårdsperspektiv.
5. Förs resonemang om alternativkostnader?  
Ja = Förekommer åtminstone i diskussionsavsnittet.
6. Är spridningen på utfallsmått acceptabel?  
Ja = Smala konfidensintervall; låg variationskoefficient (standardavvikelse jämfört med medelvärde).

# Rapporter publicerade av SBU

## Gula rapporter (2004–2011)

---

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn (2011), nr 207
Blödande magsår (2011), nr 206
Tandförluster (2010), nr 204
Rotfyllning (2010), nr 203
Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (2010), nr 202
Mat vid diabetes (2010), nr 201
Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp (2010), nr 200
Behandling av sömnbesvär hos vuxna (2010), nr 199
Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 198
Triage och flödesprocesser på akutmottagningen (2010), nr 197
Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196
Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 195
Egna mätningar av blodglukos vid diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 194
Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? (2009), nr 193
Transkraniell magnetstimulering (Uppdatering av Kapitel 8 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 192. <i>Publiceras endast i elektronisk version på <a href="http://www.sbu.se">www.sbu.se</a></i>
Vacciner till barn – skyddseffekt och biverkningar (2009), nr 191
Öppenvinkelglaukom (grön starr) – diagnostik, uppföljning och behandling (2008), nr 190
Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 189
Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188
Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187
Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (Uppdatering av Kapitel 9 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 186. <i>Publiceras endast i elektronisk version på <a href="http://www.sbu.se">www.sbu.se</a></i>
Dyspepsi och reflux (2007), nr 185
Nyttan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 183
Metoder för att främja fysisk aktivitet (2006), nr 181
Måttligt förhöjt blodtryck (Uppdatering av SBU-rapport 170/1 från 2004) (2007), nr 170/1U
Metoder för tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182
Hjärnskakning – övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? (Uppdatering av rapport från 2000) (2006), nr 180

---

---

Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2

---

Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175

---

Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv (2005), nr 176

---

Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2

---

Förebyggande åtgärder mot fetma (2004), nr 173

---

Måttligt förhöjt blodtryck (2004), två volymer, nr 170/1+2

---

Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling (2004), nr 169

---

Behandling av depressionssjukdomar (2004), tre volymer, nr 166/1+2+3

---

### **Vita rapporter (1999–2011)**

---

Volym och resultat (2011), nr 205

---

Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178

---

Volym och kvalitet (2005), nr 179

---

ADHD hos flickor (2005), nr 174

---

Evidensbaserad äldrevård (2003), nr 163

---

Rökning och ohälsa i munnen (2002), nr 157

---

Placebo (2000), Ges ut av Liber, nr 154

---

Behov av utvärdering i tandvården (2000), nr 152

---

Sveriges ekonomi och sjukvårdens III, Konferensrapport (2000), nr 149

---

Alert – Nya medicinska metoder (2000), nr 148

---

Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF) (2000), nr 147

---

Patient–läkarrelationen (1999), Ges ut av Natur och Kultur, nr 144

---

Evidensbaserad omvårdnad: Behandling av patienter med schizofreni (1999), nr 4

---

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med depressionssjukdomar (1999), nr 3

---

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med måttligt förhöjt blodtryck (1998), nr 2

---

Evidensbaserad omvårdnad: Strålbehandling av patienter med cancer (1998), nr 1

---

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med ländryggsbesvär (1999), nr 102

---

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med nackbesvär (1999), nr 101

---

### **SBU Alert-rapporter (2006–2010)**

---

Tidig och riktad ultraljudsundersökning efter fysiskt trauma, nr 2010-03

---

Silverförband vid behandling av kroniska sår, nr 2010-02

---

Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens), nr 2010-01

---

Datorstödd träning för barn med ADHD, nr 2009-05

---

Dopaminerga medel vid restless legs syndrome, nr 2009-04

---

Laser vid avlägsnande av karies, nr 2009-03

---

Leukocytaferes vid inflammatorisk tarmsjukdom, främst ulcerös kolit, nr 2009-02

---

Kylbehandling av nyfödda barn som drabbats av allvarlig syrebrist under förlossningen, nr 2009-01

---

Mätning av kväveoxid i utandningsluft vid astma, nr 2008-05

---

---

Screening för bukaortaanerysm, nr 2008-04

---

Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck, nr 2008-03

---

EEG-baserad anestesiidjupsmonitorering, nr 2008-02

---

Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer, nr 2008-01

---

Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel, nr 2007-05

---

Operation vid brytningsfel i ögat, nr 2007-04

---

Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression, nr 2007-03

---

Perkutan vertebroplastik vid svår ryggsmärta pga kotkompression, nr 2007-02

---

Pacemaker för synkronisering av hjärtkamrarnas rytm (CRT) vid kronisk hjärtsvikt, nr 2007-01

---

Nya immunmodulerande läkemedel vid måttlig till svår psoriasis, nr 2006-07

---

Implanterbar defibrillator, nr 2006-06

---

Natriuretiska peptider som hjälp vid diagnostik av hjärtsvikt, nr 2006-05

---

ST-analys i kombination med CTG (STAN) för fosterövervakning under förlossning, nr 2006-04

---

Individanpassad vård av underburna barn – NIDCAP, nr 2006-03

---

Sänkning av kroppstemperaturen efter hävt hjärtstopp, nr 2006-02

---

Bilaterala cochleaimplantat (CI) hos barn, nr 2006-01

---

### **Rapporter på engelska (2001–2010)**

---

Dementia (2008), three volumes, no 172E

---

Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (2007), no 184E

---

Interventions to Prevent Obesity (2005), no 173E

---

Moderately Elevated Blood Pressure (2004), Volume 2, no 170/2

---

Sickness Absence – Causes, Consequences, and Physicians' Sickness Certification Practice, Scandinavian Journal of Public Health, Suppl 63 (2004), no 167/suppl

---

Radiotherapy for Cancer (2003), Volume 2, no 162/2

---

Treating and Preventing Obesity (2003), no 160E

---

Treating Alcohol and Drug Abuse (2003), no 156E

---

Evidence Based Nursing: Caring for Persons with Schizophrenia (1999/2001), no 4E

---

Chemotherapy for Cancer (2001), Volume 2, no 155/2

---