

Dödligt våld och psykisk ohälsa

Gärningspersoners tidigare
kontakter med psykiatrisk vård

Dödligt våld och psykisk ohälsa

Gärningspersoners tidigare kontakter
med psykiatrisk vård

Rapport 2020:7

Brå – kunskapscentrum för rättsväsendet

Myndigheten Brå verkar för att brottsligheten minskar och tryggheten ökar i samhället. Det gör vi genom att ta fram fakta och sprida kunskap om brottslighet, brottsbekämpning och brottsförebyggande arbete, till i första hand regeringen och myndigheter inom rättsväsendet.

Publikationen finns som pdf på www.bra.se. På begäran kan Brå ta fram ett alternativt format. Frågor om alternativa format skickas till tillgangligt@bra.se

Vid citat eller användande av tabeller, figurer och diagram ska källan Brå anges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

ISSN 1100-6676
ISBN 978-91-88599-35-3
urn:nbn:se:bra-910

© Brottsförebyggande rådet 2020
Produktion: Odelius & Co
Författare: Klara Hradilova Selin
Omslag: Odelius & Co
Tryck: E-print AB

Brottsförebyggande rådet, Box 1386, 111 93 Stockholm
Telefon 08-527 58 400, e-post info@bra.se, www.bra.se

Denna rapport kan beställas hos bokhandeln eller hos Norstedts Juridik,
106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, e-post kundservice@nj.se
www.nj.se/offentligapublikationer

Förord

Det dödliga våldets utveckling har under de senaste åren fått en stor uppmärksamhet i samhällsdebatten, i samband med att tydliga ökningar har observerats i skjutvapenrelaterade fall i kriminell miljö. I denna egeninitierade kartläggning belyser Brå det dödliga våldet ur ett annat perspektiv. Med hjälp av Brås forskningsmaterial om dödligt våld och uppgifter från patientregistret och läkemedelsregistret beskrivs och analyseras gärningspersonernas kontakter med psykiatri och deras uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa under året före brottet. Dessa uppgifter används som mått på i vilken grad gärningspersonerna vid dödligt våld haft en aktuell historia av psykisk ohälsa, vilka psykiatriska diagnoser det i så fall rör sig om och om det skett några förändringar över tid.

Rapporten har författats av Klara Hradilova Selin, utredare vid Brå. Brå vill särskilt tacka Niklas Långström, docent i barn- och ungdomspsykiatri (Karolinska institutet) och Joakim Sturup, kriminolog och med.dr (Polismyndigheten), som har läst ett utkast till rapporten och lämnat värdefulla synpunkter.

Brå vill också rikta ett varmt tack till projektets referensgrupp bestående av Peter Salmi (Socialstyrelsen), Marie Berlin (Socialstyrelsen), Hillevi Busch (Folkhälsomyndigheten) och Kyriaki Kosidou (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin). Ytterligare expertstöd har inhämtats från Hanna Edberg (Norra Stockholms Psykiatri).

Stockholm i juni 2020

Kristina Svartz
Generaldirektör

David Shannon
Enhetschef

Innehåll

Sammanfattning	7
Bakgrund och syfte	7
Fyra av tio gärningspersoner har haft kontakt med psykiatrin året före brottet	8
Det handlar främst om män	8
Beroendetillstånd och personlighetssyndrom betydligt vanligare än i befolkningen	8
Psykisk ohälsa vanligare i familjerelaterade fall.....	9
Svårt att mäta psykisk ohälsa hos unga män i kriminell miljö	9
Ingen tydlig trend över tid.....	10
De flesta med psykisk sjukdom begår inte våldsbrott	10
Inledning	12
Vad är psykisk ohälsa?	13
Syfte och frågeställningar	15
Metod och material.....	16
Aktuellt kunskapsläge	24
Psykisk ohälsa hos Sveriges befolkning	24
Forskning om psykisk ohälsa och dödligt våld	27
Gärningspersoner vid dödligt våld och deras kontakter med psykiatrisk vård	32
Förekomst av psykisk ohälsa.....	32
Förekomst av olika psykiatriska tillstånd	38
Jämförelse med befolkningen	40
Senaste kontakten med vården	42
Typ av dödligt våld och psykisk ohälsa	43
Våldsmetod och psykisk ohälsa	51
Rättens syn: allvarlig psykisk störning	52
Gärningspersonernas kontakter med psykiatrin över tid	56

Slutsatser och diskussion	61
Resultat i korthet	61
Det handlar framför allt om mäns våld	62
Fler underdiagnostiserade unga män?	63
Få med psykisk ohälsa begår dödligt våld	65
Svårast att förebygga?	68
Referenser	70
Bilageförteckning	79
Bilaga 1 – Brås material om dödligt våld och vårduppgifter	80
Bilaga 2 – Tabellbilaga	85
Bilaga 3 – Typologi vid dödligt våld	87

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Denna rapport beskriver diagnostiserad psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld som ägt rum i Sverige under perioden 2005/06–2017¹.

Brås forskningsmaterial om dödligt våld, som regelbundet samlas in från rättsväsendet, har kompletterats med uppgifter från patientregistret och läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen, gällande gärningspersonernas tidigare kontakter med psykiatrisk öppen- och slutenvård samt deras uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa. Huvudfokus har legat på vårdkontakter under de senaste tolv månaderna före brottet. Förekomsten av psykisk ohälsa, operationaliserad på detta sätt, beskrivs för samtliga gärningspersoner under den aktuella perioden, särredovisat på bland annat kön, ålder och typ av dödligt våld. En särskild analys ägnas också åt utveckling över tid. Totalt sett analyseras uppgifter om cirka 800 gärningspersoner.

Brå har tidigare genomfört en närmare analys av det dödliga våldet i den kriminella miljön (Brå 2020b). Denna rapport belyser det dödliga våldet i Sverige utifrån ytterligare ett perspektiv. Tidigare kartläggningar visar att skjutningar i kriminella miljöer, även efter en ökning de senaste åren, inte utgör en större andel av samtliga fall än exempelvis dödligt våld inom familjen. I dessa familjerelaterade händelser förekommer samtidigt, enligt den rättsliga dokumentationen, oftare indikationer på psykisk ohälsa hos gärningspersonen (Brå 2019b). Syftet med denna kartläggning har varit att med hjälp av vårduppgifter fördjupa kunskapen om psykisk ohälsa och dödligt våld.

1 Periodens start skiftar beroende på tillgänglig data.

Fyra av tio gärningspersoner har haft kontakt med psykiatrin året före brottet

Resultaten visar att fyra av tio gärningspersoner vid dödligt våld under perioden 2006–2017 hade minst en kontakt med psykiatrin – det vill säga besökte psykiatrisk öppenvård, vårdades inom psykiatrisk slutenvård och/eller hämtade ut läkemedel mot psykisk ohälsa – året före brottet. När det gäller enbart sjukhusvård, en indikator av mer allvarlig psykisk ohälsa, var detta aktuellt för var sjätte gärningsperson. Generellt är det cirka sju gånger vanligare för gärningspersonerna, både kvinnor och män, att ha haft kontakt med psykiatrin året före brottet, än vad det är under ett kalenderår i befolkningen.

Det handlar främst om män

Det dödliga våldet handlar huvudsakligen om mäns våld. Kvinnliga gärningspersoner är få under den studerade perioden (8 procent) men hos dem förekommer diagnostiserad psykisk ohälsa oftare än hos manliga förövare, enligt samtliga indikatorer i studien. Mycket tyder dock på att den redovisade skillnaden i psykisk ohälsa mellan kvinnor och män kan vara överskattad, eftersom kvinnor är mer benägna att söka och få psykiatrisk vård (CES 2017). Det går dock inte att utesluta att även den faktiska förekomsten av psykisk ohälsa kan vara större hos kvinnorna än hos männen, när det gäller just gärningspersoner vid dödligt våld. Att begå grova våldsbrott utgör ett betydligt större normbrott för en kvinna än för en man (Pettersson 2013); tröskeln är med andra ord högre och den psykiska ohälsan kan då vara en mer avgörande komponent.

I absoluta tal finns det dock bland gärningspersoner under den aktuella perioden betydligt fler män (n=293) med diagnostiserad psykisk ohälsa än kvinnor (n=32). Knappt några kvinnor hade dessutom vårdats för allvarliga psykiatriska tillstånd som psykosjukdomar eller antisocial personlighetsstörning, det vill säga diagnoser som enligt litteraturen betonas som särskilt riskhöjande i frågan om dödligt våld.

Beroendetillstånd och personlighetssyndrom betydligt vanligare än i befolkningen

När det gäller förekomsten av olika psykiatriska tillstånd hos gärningspersoner är det främst beroende, ångestsyndrom och depressioner som dominerar bilden. Denna rangordning skiljer sig inte nämnvärt från befolkningen i stort – men däremot förekommer samtliga diagnoser i högre grad hos gärningspersonerna än i befolk-

ningen. Vissa tillstånd är dock särskilt överrepresenterade; det gäller främst beroendediagnoser, i synnerhet gällande flera droger i kombination. Även personlighetssyndrom förekommer betydligt oftare hos gärningspersonerna vid dödligt våld, trots låg prevalens i jämförelse med andra psykiatriska tillstånd.

Psykiisk ohälsa vanligare i familjerelaterade fall

Att gärningspersonerna tidigare haft kontakt med psykiatri är särskilt vanligt när det dödliga våldet riktats mot någon i familjen. Totalt hade 45 procent av gärningspersonerna i dessa fall haft vårdkontakt och/eller hämtat ut läkemedel året före brottet. Hos kvinnor gäller det främst dödligt partnervåld, medan det hos män finns tydligare inslag av psykiisk ohälsa vid dödligt våld mot en annan familjemedlem. Hos dessa män förekommer även mer allvarliga psykiatriska tillstånd som psykossjukdomar i högre grad.

I 14 procent av de studerade händelserna (144 händelser) hade både gärningspersonen och offret en historia av psykiisk ohälsa året före brottet. En stor del av dessa, en dryg tredjedel, rör dödligt partnervåld. Hälften av dödligt partnervåld begånget av kvinnor föregicks samtidigt av tidigare hot eller våld från offret. Det tyder på att en del av dessa fall kan ha skett i självförsvar eller efter en period då kvinnan varit utsatt – något som det finns stöd för i andra studier (Matias m. fl. 2020, Weizmann Henelius m.fl. 2012).

Svårt att mäta psykiisk ohälsa hos unga män i kriminell miljö

Andelen gärningspersoner som året före brottet haft kontakt med psykiatri är jämförelsevis mindre bland dem som begått dödligt våld i den kriminella miljön (36 procent), men den är inte försumbar. Samtliga dessa gärningspersoner är män, och oftast handlar det om drogrelaterad problematik. Förklaringen kan återigen vara att allvarligare former av psykiisk ohälsa är mindre vanliga i denna grupp, eftersom våldet är mindre av ett normbrott, men den psykiska ohälsan kan även vara underskattad på grund av dessa mäns lägre benägenhet att vid nedsatt psykiskt välbefinnande söka och få vård (SKL 2018, Lehti 2009, Wang m.fl. 2007a). Samtidigt visar forskning på större psykiisk ohälsa hos manliga gängmedlemmar än hos andra unga män som inte använder våld (Coid m.fl. 2013). Många unga män som begår dödligt våld kan med andra ord ha problem med psykiisk ohälsa utan att den synliggörs genom vårdkontakter.

I de fall som rör kriminell miljö är det ovanligt att rättspsykiatriska undersökningar (RPU) genomförs för att ta reda på om gärnings-

personen led av allvarlig psykisk störning vid brottet. Däremot förekommer det nästan alltid vid familjerelaterade fall. Tre av tio som genomgått sådan undersökning, oavsett typ av dödligt våld, bedömdes ha haft en allvarlig psykisk störning och andelen är något större för kvinnor. Däremot hade en psykiatrisk diagnos i samband med RPU konstaterats hos fler män.

Ingen tydlig trend över tid

Under den studerade perioden kan inga tydliga trender observeras när det gäller diagnostiserad psykisk ohälsa hos gärningspersonerna året före brottet. Det varierar årligen mellan 20 och 40 gärningspersoner som året före brottet haft kontakt med psykiatrik och/eller hämtat ur läkemedel mot psykisk ohälsa. Cirka 10 om året har vårdats inom psykiatrisk slutenvård.

Under senare delen av den studerade perioden hade dock fler gärningspersoner vårdats för personlighetssyndrom, ångestsyndrom och ADHD året före brottet. Liknande ökningar förekommer även i befolkningen i övrigt (speciellt för de två sistnämnda diagnoserna).

De flesta med psykisk sjukdom begår inte våldsbrott

Även om psykiatriska tillstånd förekommer i högre grad hos gärningspersonerna vid dödligt våld än i befolkningen, är det ytterst få personer med psykisk ohälsa som begår dessa brott. De årliga 20–40 gärningspersonerna med diagnostiserad psykisk ohälsa kan jämföras med de drygt 400 000 personer som 2017 vårdades inom psykiatrisk öppen- och/eller slutenvård. Den absoluta majoriteten av psykiatripatienterna har med andra ord inte de ytterligare riskfaktorer som, utöver psykisk ohälsa, vanligtvis är nödvändiga för att begå dödligt våld. Psykisk ohälsa i sig har alltså, förutom i enstaka fall, ett lågt förklaringsvärde vid dödligt våld.

Det finns en förväntan – i synnerhet i samband med medialt uppmärksammade fall av dödligt våld där det framgått att gärningspersonen sökt vård kort före brottet – på att psykiatrik, förutom vård och behandling, även ska kunna identifiera våldsrisker. Det finns också en rad olika riskbedömningsinstrument som används i varierande grad, men givet den stora patientvolymen i kombination med få fall av dödligt våld har vården rimligtvis begränsade möjligheter att förutse när risk för sådant våld föreligger. Att förebygga psykisk ohälsa i en vidare mening kan därmed vara en rimlig strategi även i samband med våldsprevention.

När det gäller mer riktade förebyggande insatser kan det vara angeläget att öka motivationen hos unga män med psykiska problem att söka vård. Det är samma maskulinitetsnorm som ligger bakom både våldsbeteende (Pettersson 2013) och lägre benägenhet att söka vård för psykisk ohälsa (SKL 2018). Forskning visar samtidigt att psyko-farmaka i vissa fall kan ha våldsförebyggande effekt (Chang m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2014, Lichtenstein m.fl. 2012).

Orsaksförhållandena bakom dödligt våld är dock mycket komplexa och inte tydligt kartlagda (Loeber och Farrington 2011, Rueve och Welton 2008, Haggård-Grann 2005). I samband med familje-relaterade fall av dödligt våld framkommer det oftare att gärnings-personen haft kontakt med psykiatri kort före brottet, och Socialstyrelsen (2018) har visat att även många av offren haft kontakt med olika samhällsaktörer före händelsen. De förslag som lyfts riktas dock främst mot andra aktörer än vården (exempelvis socialtjänsten, polisen och Arbetsförmedlingen). Det speglar att psykisk ohälsa sällan identifieras som en avgörande faktor vid dödligt våld i familjen, och i det brottsförebyggande arbetet behöver man vara särskilt uppmärksam på när den förekommer i kombination med andra riskfaktorer (arbetslöshet, tidigare brottsbelastning, förestående separation m.m.).

Inledning

De senaste årens ökning av skjutvapenrelaterade fall av dödligt våld i den kriminella miljön har väckt oro och fått mycket uppmärksamhet i den offentliga debatten. Samtidigt visar Brås tidigare kartläggning (Brå 2019b) att majoriteten² av alla händelser av dödligt våld i Sverige är av annan karaktär; våldet tycks i dessa fall sällan vara lika instrumentellt eller överlagt som när det sker i samband med en konflikt inom den kriminella miljön. En relativt stor andel är exempelvis kopplad till marginaliserade grupper, med inslag av olika former av missbruk. Ett annat exempel är dödligt våld inom familjen. Det har visserligen minskat under en längre tid, men utgör fortfarande en lika stor kategori som dödligt våld i den kriminella miljön. I dessa familjerelaterade fall finns, enligt den rättsliga dokumentation som Brå granskat, särskilt ofta indikationer på att gärningspersonen haft problem med psykisk ohälsa (ibid.).

Forskning visar att kopplingen mellan psykisk ohälsa och risken att begå dödligt våld är starkare i länder som överlag har en låg brottsnivå (Fazel och Grann 2004, Eronen m.fl. 1996, Coid 1983). Det antyder att individuella psykologiska och psykiatriska faktorer tenderar att ha en relativt sett större betydelse för våldsutövandet i sociala miljöer där våld generellt utgör en större avvikelse. I ett globalt perspektiv är nivån av dödligt våld låg i Sverige, medan den ligger ungefär vid mitten av skalan i ett europeiskt perspektiv³. Andelen gärningspersoner med en dokumenterad historia av psykisk ohälsa tycks samtidigt vara mindre i samband med de händelser som ökat mest – de som sker i den kriminella miljön (Brå 2019b). Generellt kan det alltså antas att kopplingen mellan psykisk ohälsa och dödligt våld är starkare i Sverige än i många andra länder, men kan ha försvagats något under de senaste åren.

Bland samtliga fall av dödligt våld under 2014–2017 fanns en dokumenterad historia av psykisk ohälsa hos närmare hälften av gärningspersonerna (Brå 2019b). Det gällde i ännu högre grad de jämförelsevis få kvinnliga gärningspersonerna (cirka sex av tio).

2 Tre fjärdedelar under perioden 2014–2017.

3 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_16_10/default/bar?lang=en

Uppgifterna om psykisk ohälsa baserade sig dock enbart på vad som framkommit i samband med brottsutredningen, det vill säga vid förhör eller i samband med eventuell rättspsykiatrisk undersökning eller personutredning. Det övergripande syftet med denna studie är att närmare undersöka i vilken utsträckning gärningspersoner vid dödligt våld haft en tidigare historia av psykisk ohälsa som registrerats hos sjukvården, samt om det skett några förändringar över tid.

Vad är psykisk ohälsa?

Det skulle kunna argumenteras att den som genom ett våldsbrott berövar en annan person livet har överskridit en gräns som någon utan psykiska problem knappast kan passera. Psykisk ohälsa kan dock, utöver ett specifikt rättsligt perspektiv⁴, definieras på olika sätt och gränsen till ett kliniskt tillstånd är mer flytande än vid fysiska hälsoproblem. Kunskapsutvecklingen kring orsaksmekanismer, diagnostik och behandling, liksom skiftningar i synen på psykisk ohälsa, påverkar hur denna definieras och skattas. Det behöver beaktas vid analyser av utvecklingen över tid.

Europakommissionen⁵ använder följande breda definition av psykisk ohälsa:

”Psykisk ohälsa innefattar psykiska hälsoproblem och påfrestningar, nedsatt funktionsförmåga i samband med sorg, symptom samt diagnostiserbara psykiska sjukdomar som schizofreni och depression.”

Även WHO, som definierar den psykiska hälsan istället, utgår från en bred ansats där hänsyn tas till många olika funktioner.⁶ Med andra ord täcker begreppet allt från mindre allvarliga psykiska tillstånd såsom oro och nedstämdhet till tillstånd som motsvarar en psykiatrisk diagnos (Bremberg och Dalman 2015).

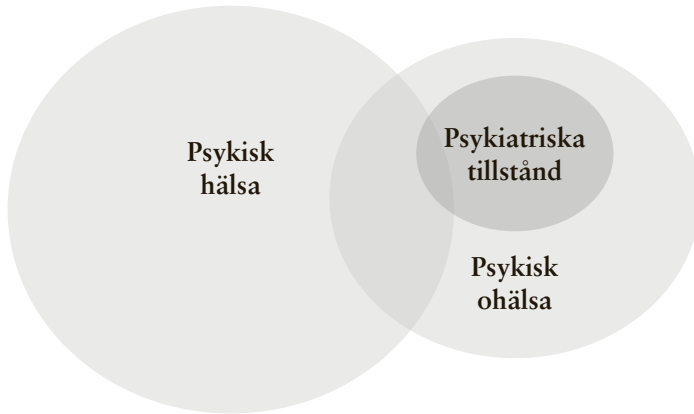
Figuren nedan illustrerar att psykisk hälsa och ohälsa överlappar varandra, genom att vissa symptom på psykisk ohälsa kan beskrivas som naturliga reaktioner på en påfrestande livssituation eller traumatiska händelser, och oftast är övergående. När symptomen på psykisk ohälsa blir fler, och upplevt lidande och funktionsnedsättning tilltar, får den psykiska ohälsan mer klinisk karaktär. Det är dessa specifika diagnostiserade psykiatriska tillstånd eller sjukdomar, i den mån de fångats upp och registrerats hos sjukvården, som lig-

4 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_16_10/default/bar?lang=en

5 https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sv.pdf

6 WHO definierar den psykiska hälsan som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och bidra till det samhälle hen lever i. Psykisk hälsa ses på så sätt som mer än enbart avsaknad av psykisk ohälsa, och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang hen lever i. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-res>)

ger till grund för analyserna i denna rapport. Även om registrerade kliniska diagnoser inte är synonyma med psykisk ohälsa, kommer dessa att användas och refereras till som en indikator på denna. För- och nackdelar med att operationalisera psykisk ohälsa på detta sätt diskuteras i nästa kapitel.



Källa: Bremberg, S. Dalman, C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: Forte 2015.

Sjukvårdens och rättsväsendets syn

Utgångspunkten här är alltså, till skillnad från en del andra studier om psykisk ohälsa och våldsbrott, inte rättsväsendets bedömning av i vilken grad den som misstänks för dödligt våld vid brottstillfället led av en så kallad *allvarlig psykisk störning* (APS) och därmed bör dömas till vård istället för fängelse.⁷ Det är rättspraxis som avgör vilka psykiatriska diagnoser som räknas som en allvarlig psykisk störning, men vanligtvis handlar det om förekomsten av psykotiska tillstånd med störd verklighetsuppfattning eller svåra tillstånd kopplade till missbruk av olika droger i kombination (Socialstyrelsen 2015). Även om det är sjukvårdens data som analyserna baseras på, kommer också förekomsten av allvarlig psykisk störning hos de studerade gärningspersonerna att redovisas, och relateras till vårduppgifterna.

Stor patientvolym men få händelser av dödligt våld

Under 2017 vårdades drygt 400 000 personer inom den psykiatriska öppen- eller slutenvården i Sverige. Det kan relateras till de cirka 100 fall av dödligt våld som årligen har skett i Sverige under de senaste åren. Även om relativa riskökningar kan ses för olika

⁷ Sverige har en lång tradition av att bemöta kriminella handlingar med möjligheter till rehabilitering inom rättspsykiatrisk vård, men 1992 har begreppet *allvarlig psykisk störning* blivit mer avgränsat, för att man i större utsträckning ska kunna döma till fängelse (Lund och Forsman, 2005).

psykiatriska tillstånd (se Aktuellt kunskapsläge) finns det med andra ord många steg mellan att lida av psykisk ohälsa och att begå dödligt våld. Dessa proportioner är viktiga att komma ihåg med tanke på det stigma som kan vara förknippat med psykisk ohälsa – något som diskuteras längre fram.

Att dödligt våld i sig är en liten brottskategori gör det dock inte mindre angeläget att studera omständigheterna kring dessa grova våldsbrott. Varje enskilt fall utgör en personlig tragedi. Händelser av dödligt våld av en psykiskt sjuk gärningsperson kan även betraktas i ett bredare perspektiv – som de mest extrema yttringarna av både psykisk ohälsa och våldsbeteende. De relativt få svenska studier som studerar just dödligt våld utifrån ett helhetsgrepp kring olika diagnoser är av äldre datum och en uppdatering kan vara önskvärd.⁸ En del gärningspersoner vid dödligt våld döms till rättspsykiatrisk vård men majoriteten får ett fängelsestraff (Brå 2019b). Även hos dessa individer kan dock olika former av psykisk ohälsa förekomma. Att få bättre kunskap om sådan ohälsa kan vara värdefullt inte minst för Kriminalvården och övriga rättsväsendet. Kartläggningen syftar dessutom till att bidra med kunskap kring dödligt våld utifrån ett perspektiv som idag sällan uppmärksammas.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna kartläggning är att fördjupa kunskapen om psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld under perioden 2005/06–2017. Studien utgår från följande frågeställningar:

1. Hur vanlig är förekomsten av tidigare psykisk ohälsa bland gärningspersoner vid dödligt våld?
2. Vilka psykiatriska tillstånd är vanligast och hur skiljer sig deras förekomst från befolkningen i stort?
3. Finns det skillnader i psykisk ohälsa hos gärningspersoner beroende på typ av dödligt våld?
4. Vad visar rättspsykiatriska undersökningar beträffande allvarlig psykisk störning vid brottet respektive psykiatriska diagnoser i övrigt hos gärningspersoner vid dödligt våld?
5. Har det skett några förändringar över tid i förekomsten och typen av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld?

Efter en sammanställning av aktuellt kunskapsläge kommer frågeställningarna att behandlas i ett resultatkapitel, varpå resultaten tolkas och diskuteras i ett vidare perspektiv.

⁸ En betydligt mer omfattande svensk forskning finns kring psykisk ohälsa och våld i bredare bemärkelse (Fazel m.fl. 2009, Fazel m.fl. 2010, Fazel m.fl. 2011, Fazel m.fl. 2015, Lundström m.fl. 2013, Sariaslan m.fl. 2020).

Metod och material

Granskning av förundersökningar och domar samt vårduppgifter

Utgångspunkten i analysen är Brås forskningsmaterial om dödligt våld som ägt rum i Sverige under 2005–2017. Det avser polis-anmälningar om fullbordade mord och dråp, barnadråp, vållande till annans död i kombination med misshandel, samt terroristbrott som omfattar något därav. Innehållet i förundersökningarna har granskats och kodats efter ett schema. Gällande uppklarade fall har istället domar begärts in tillsammans med stämningsansökningar, personutredningar från frivården, rättspsykiatriska undersökningar m.m. Som gärningsperson betraktas huvudsakligen den som har lagförts för brottet, alternativt inte kunnat genomgå en rättslig prövning då denne avlidit, inte nått straffbarhetsålder eller flytt utomlands.

För motsvarande period har Brå inför denna kartläggning begärt uppgifter från patientregistret hos Socialstyrelsen gällande besök inom psykiatrisk öppenvård och vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård (med psykiatrisk huvuddiagnos eller minst en bidiagnos), samt uppgifter från läkemedelsregistret gällande uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa. Dessa uppgifter har genom personnummer länkats till Brås ovan nämnda forskningsmaterial om dödligt våld. Slutenvårdsregistret täcker en längre tidsperiod bakåt⁹, medan öppenvårdsregistret startades först 2001. Efter en initial period med högt bortfall i öppenvårdsdata, bedömer Socialstyrelsen tidsserier från och med 2005 som tillförlitliga. Patientregistret innehåller inte uppgifter om primärvård.¹⁰

Svensk sjukvård utgår från en diagnostisk manual¹¹ framtagen av WHO, International Classification of Diseases, ICD¹² (idag i en tionde revision). Urvalsramen i denna studie är kapitel 5 i ICD-10 – *Diagnoser för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar* (F00–F99). Här ingår en rad olika psykiatriska tillstånd, inklusive beroende- och missbruksdiagnoser och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (se bilaga 1).

⁹ Sedan 1973 gällande just psykiatrisk vård.

¹⁰ Psykiatrisk öppenvård erbjuder specialiserad vård på mottagning eller i vissa fall dagvård för psykisk ohälsa, medan slutenvård innebär att man blir inskriven på sjukhus. Primärvården är vårdcentraler, husläkarmottagningar m.m. Primärvården är alltså ej specialiserad psykiatrisk vård, men samtidigt den vårdgivare som många vänder sig till i ett första steg och som står för en inte obetydlig del av medicinsk vård vid lindrigare psykisk ohälsa.

¹¹ Inom psykiatri används huvudsakligen Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, framtagen av American Psychiatric Association, som ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda patienter. Diagnoseerna länkas sedan till ICD-10-koder med hjälp av en konverteringstabell framtagen av Socialstyrelsen – se bilaga 1.

¹² <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE/>

Från läkemedelsregistret begärdes uppgifter om så kallade ATC-koder (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*) inom N-kapitlet, det vill säga läkemedel med inverkan på nervsystemet som förskrivits och expedierats (hämtats ut från apotek). Läkemedelsregistret startades i juli 2005.¹³ Att se till nivån av expedierade läkemedel kan vara ett sätt att kartlägga den psykiska ohälsan som inte synliggörs i kontakter med den specialiserade psykiatriska vården. En del relativt vanliga psykiatriska tillstånd, som depression, behandlas nämligen främst inom primärvården (Socialstyrelsen 2019, Hedenrud m.fl. 2013, Lehti 2009) där ingen registrering görs lik den inom öppen- respektive slutenvården.

Analysen avgränsas till registrerade uttag av så kallade *psykofarmaka*, det vill säga antipsykotiska, antidepressiva, ångstdämpande och lugnande medel samt medel vid ADHD.¹⁴ Även uttag av medel som används för att behandla beroendediagnoser¹⁵ redovisas. Måttet är att betrakta som en indikator på själva vårdbehovet, då det inte mäter det faktiska bruket.

En särskild analys omfattar en jämförelse med vård för psykiatriska diagnoser i befolkningen, som finns i Socialstyrelsens offentliga databas. Jämförelsen har räknats fram i så kallad *standardized morbidity ratio* (SMR)¹⁶, kontrollerat för köns- och åldersfördelningen i jämförelsepopulationen.

Fokus på året närmast brottet

För att ge en så heltäckande bild som möjligt utgör en kombination av uppgifter om kontakten med både den öppna och den slutna psykiatriska vården och om uttag av läkemedel ett slags huvudindikator på psykisk ohälsa (fetmarkerad i tabellen). Olika delmätt särredovisas i vissa fall för att belysa olika frågeställningar. Beroende på för vilka år det finns tillgängliga uppgifter från respektive register (se ovan) har den studerade perioden avseende händelser av dödligt våld anpassats något. Analysen har riktats in på den psykiska ohälsan året närmast före brottet, för att redogöra för det mer aktuella hälsotillståndet.

Eftersom uppgifter från öppenvårdsregistret bedöms hålla en god kvalitet från och med 2005 utgår de flesta analyserna från dödligt våld som begåtts 2006–2017, med beskrivning av vårdkontakter året innan. Undantaget är data från slutenvården, som finns för en längre period, varför uppgifter om inskrivningar året före brottet

13 <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/lakemedel/>

14 ATC koder: N05A, N05B, N05C, N06A och N06BA (utan N06BA07).

15 N07B.

16 https://ibis.health.state.nm.us/resource/SMR_ISR.html

kan redovisas för dödligt våld under 2005–2017. Uppgifter om läkemedelsuttag finns tillgängliga först från mitten av 2005, och när dessa särredovisas avser analysen dödligt våld 2007–2017. Antalet gärningspersoner skiftar beroende på periodens längd; en längre period omfattar fler observationer. Detta är de indikatorer som används i analysen:

	Aktuell period gällande dödligt våld	Antal gärningspersoner under aktuell period (varav kvinnor)	Används för att kartlägga
Inskrivningar för psykiatriska diagnoser i slutenvård	2005–2017	847 (67)	Allvarlig psykisk ohälsa i olika grupper och över tid
Kontakter med öppen- och/eller sluten psykiatrisk vård	2006–2017	786 (59)	Förekomsten av olika psykiatriska diagnoser
Uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa	2007–2017	727 (51)	Skattning av kontakter med primärvården samt förekomsten av olika diagnoser
Kontakter med psykiatrisk vård och/ eller uttag av läkemedel	2006–2017	786 (59)	Skattning av psykisk ohälsa i olika grupper och över tid

Cirka 800 personer studeras

Analysenheten i de presenterade resultaten är *personer* som begått dödligt våld. För ett fåtal personer (nio) finns flera brottsdatum registrerade i Brås datamaterial över dödligt våld. Det gäller när en individ registrerats som gärningsperson vid två olika tillfällen. I dessa fall omfattar analysen vårduppgifter fram till det senaste brottet. I vissa fall har flera besök hos öppenvården registrerats för samma person under samma dag, gällande minst en psykiatrisk diagnos. Dessa behandlas som ett besök med samtliga diagnoser som varit aktuella den dagen.

Färre kända gärningspersoner i slutet av perioden

När det gäller gärningspersoner kan uppgifterna självklart studeras enbart i de fall där någon kunnat knytas till brottet. Det bör då hållas i åtanke vid tolkning av trender att uppkläringen har minskat något under de senaste åren (Brå 2019b). Bland uppkärlade fall finns vidare några, totalt 21 individer, som saknar ett fullständigt personnummer. Till dessa har därmed inga vårduppgifter kunnat länkas.¹⁷ De är dock relativt jämnt fördelade över de studerade åren.

¹⁷ Det är anledningen till att antalet gärningspersoner är något lägre i denna studie än i tidigare presenterade analyser av dödligt våld (Brå 2019b).

Givet dessa avgränsningar innehåller det analyserade materialet 847 gärningspersoner vid dödligt våld som begåtts 2005–2017 (se översikten ovan). Användning av huvudmättet, som även inkluderar läkemedelsuppgifter tillgängliga för en kortare period, avgränsas dock till att studera dödligt våld 2006–2017.¹⁸ Det innebär att antalet observationer är något lägre i merparten av analysen (786 gärningspersoner).

En totalundersökning

Analysen utgår inte från ett urval ur den studerade populationen, utan omfattar samtliga gärningspersoner, i den mån det var möjligt att identifiera dem och deras personnummer. Trots det resulterar vissa särredovisningar i relativt få observationer inom en given kategori. Den statistiska styrkan sänks alltså inte av ett potentiellt urvalsfel. Däremot kan jämförelser som bygger på låga antal få ett annat utfall givet exempelvis en annan undersökningsperiod. Resultaten bör alltså enbart tolkas som en lägesbild inom en svensk kontext under den studerade perioden.

Att mäta psykisk ohälsa med hjälp av patientdata

Inte alla söker vård och/eller får en diagnos

Att använda registeruppgifter för att studera diverse samhällsfenomen har många fördelar. Data samlas in utifrån väldefinierade avgränsningar, systematiskt och transparent, och uppgifterna genomgår typiskt sett en gedigen granskning innan de görs tillgängliga för exempelvis forskning. Uppgifter från patient- och läkemedelsregistret utgör både valida och tillförlitliga mått på den psykiska ohälsa som hanterats av vården.

Nackdelen är att långt ifrån alla som är i behov av vård för psykisk ohälsa tar kontakt med psykiatri (Stein och Wasserman 2014, SKL 2018). Enligt Kosidou m.fl. (2014) är det enbart 10–15 procent av alla i åldrarna 18–64 år med självrapporterad psykisk ohälsa som söker psykiatrisk vård i Sverige. Det är även så att inte alla som söker vård och har psykiska problem får en psykiatrisk diagnos (Åsbrink m.fl. 2014), även om de kan få hjälp i form av terapi eller psykofarmaka.¹⁹ Sannolikheten att komma i kontakt med

¹⁸ Även med denna avgränsning kommer läkemedelsuppgifter saknas för periodens första halvår, eftersom läkemedelsregistret startades i juli 2005 och analysens fokuserar på tolv månader före brottet. Det utgör en metodbrist men valet av perioden för denna huvudindikator är ett resultat av en avvägning mot ett tillräckligt stort antal individer vid exempelvis könsspecifika analyser. I jämförelser mellan enstaka år är avsaknad av läkemedelsdata för hela 2005 av särskild betydelse, varför perioden avgränsas ytterligare, till dödligt våld under 2007–2017. Denna period används även när enbart läkemedelsuppgifter särredovisas.

¹⁹ Enligt studien fick var femte som besökte en vårdcentral i Stockholm hjälp med psykisk ohälsa, men bara 7 procent fick en psykiatrisk diagnos.

vården beror, enligt Bremberg och Dalman (2015), bl.a. på graden av psykisk ohälsa. Mer allvarliga tillstånd (t.ex. psykossjukdomar) leder oftare till en vårdinsats. Omkring 60 procent av personer med depression uppskattas däremot inte söka kvalificerad vård.

Benägenheten att söka vård för psykisk ohälsa är dessutom inte jämnt fördelad i befolkningen. Forskning visar exempelvis att män, mycket unga respektive mycket gamla personer, lågutbildade samt gifta inte söker vård för psykisk ohälsa i samma grad som andra (Wang m.fl. 2007a). Förutom att det riskerar att leda till felaktiga slutsatser i jämförelser mellan kvinnors och mäns psykiska ohälsa, kan det i förlängningen innebära att registrerade diagnoser särskilt underskattar den psykiska ohälsan hos gärningspersoner vid viss typ av dödligt våld – exempelvis inom den kriminella miljön, där de inblandade typiskt sett är unga män. Dessutom visar studier att det kan finnas systematiska skillnader i de tillstånd som män respektive kvinnor diagnostiseras med, vid liknande symptom. Det kan exempelvis handla om könsstereotypa bilder av hur depression manifesterar sig. Sådana stereotyper kan tänkas finnas hos både männen själva, eftersom de oftare söker vård för somatiska problem, liksom i vårdens bedömningar (SKL 2018, Lehti, 2009). Det finns forskning som stödjer att män och kvinnor kan diagnostiseras olika även vid andra psykiatriska tillstånd. Medan vården kan missa en del män med depression, kan detsamma gälla exempelvis kvinnor med ADHD (Kopp 2010, Lassinantti 2014). Psykiatriska tillstånd kan även ta sig olika uttryck hos kvinnor respektive män.

Socialt versus kliniskt perspektiv

En annan, men närliggande, reflektion handlar om psykisk ohälsa som begrepp, något som redan berörts inledningsvis. Att använda registerdata över psykiatriska diagnoser som ett mått på den faktiska psykiska ohälsan i samhället är etablerat, men har ifrågasatts. Kritiken kommer främst från samhällsdiscipliner som studerar samspelen mellan individ och samhälle i fråga om hälsa, sjukdom och vårdkonsumtion – t.ex. medicinsk antropologi eller socialepidemiologi (se t.ex. Hornborg och Merlo, 2018). Reservationer har dock uttryckts även inom klinisk forskning (t.ex. Rydell m.fl. 2018, Polyzoi m.fl. 2018, Lundström m.fl. 2015). Som ett illustrerande exempel används inte sällan ökningar av ADHD-diagnoser bland både unga och vuxna i Sverige (se Aktuellt kunskapsläge) samtidigt som förekomsten av ADHD-symptom inte ska ha ökat i befolkningen (Rydell m.fl. 2018). Representanter för det konstruktivistiska perspektivet (se även Lassinantti 2014) lyfter betydelsen av att utforska hur bland annat ekonomiska och ideologiska strömningar påverkar klinikers men även lekmäns begreppsapparat. Som faktorer kopplade till ökad diagnostisering av ADHD har nämnts exempelvis olika

patient- och intressegrupper, ökat biologiskt fokus inom psykiatrin, eller marknadsföring från läkemedelsindustrin (Conrad och Bergey 2014).

Liknande skiftningar i synsätt, tillsammans med bl.a. förändringar i vårdens resurser, påverkar rimligtvis skattningar av förekomsten av vissa psykiatriska tillstånd över tid. Socialstyrelsen gör en åtskillnad mellan psykisk ohälsa och neuropsykiatriska tillstånd (som bl.a. ADHD) och menar att den ökande trend som de bägge uppvisar kan tolkas på olika sätt: ”Medan den ökade diagnostiseringen av olika neuropsykiatriska tillstånd är en följd av ökad medvetenhet och kunskap, talar flera faktorer för att ökningen av psykisk ohälsa i form av depressioner och ångestsyndrom kan vara reell.” (Socialstyrelsen 2017, s. 10).

Psykiatriska diagnoser täcker samtidigt ett brett spektrum av tillstånd, varav en del är mer allvarliga och har en längre dokumenterad medicinsk historia. Analyser av allvarliga tillstånd, i termer av både prevalens och utveckling över tid, bör i lägre grad vara behäftade med metodologiska problem av ovan beskriven karaktär. Som redan nämnts har t.ex. Bremberg och Dalman (2015) konstaterat att uppgifterna i patientregistret är säkrast för slutsatser om förekomst av allvarliga tillstånd som i hög utsträckning behandlas av vården, såsom psykossjukdomar, medan registret inte fångar exempelvis depressioner i samma utsträckning.²⁰

Definitionen av psykisk ohälsa är med andra ord inte oberoende av sociala aspekter, utan skapas och avgränsas i en given kontext som kan skifta över tid och rum. Medan vissa varnar för en ökad medikalisering ser andra det som naturligt att väga in hur vår sociala värld förändras i hur psykisk ohälsa definieras (Sedler 2016).

Brett spann av tillstånd

Att inkludera exempelvis beroendediagnoser eller de redan nämnda neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna i definitionen av psykisk ohälsa är inte självklart. När det gäller det sistnämnda återspeglas tveksamheterna kring huruvida dessa tillstånd ska omfattas av sjukdomsbegreppet inte minst i hur benämningen har skiftat; på senare tid har man exempelvis inom vissa rörelser börjat tala om funktionsvariation²¹. Frågan om i vilken grad beroende eller skadligt bruk av olika substanser i sin tur är att betrakta som sjukdom finns det sedan länge skilda meningar kring (t.ex. Lewis 2016). Det är dock väl dokumenterat att våldsriskerna ökar i synnerhet vid samsjuklig-

20 Dels för att alla deprimerade inte söker vård, dels för att de som gör det ofta vänder sig till primärvården (t.ex. Åsbring m.fl. 2014)

21 <https://www.isof.se/sprak/nyord/nyord/aktuellt-nyord-2002-2015/2015-05-19-funkis-funktionsvariation-och-funkofobi.html>

het mellan olika psykiatriska tillstånd och beroendediagnoser (t.ex. Volavka och Swanson 2010, Fazel m.fl. 2010, Fazel m.fl. 2009).

Dessa diskurser är det lämpligt att vara medveten om, även om de i denna rapport lämnas åt sidan för att studera samtliga enligt ICD-10 diagnostiserbara, och ofta behandlingsbara, psykiatriska tillstånd. Det är dock sannolikt att om exempelvis beroendediagnoser hade exkluderats ur analysen, som i en del andra studier, skulle observerade mönster och slutsatser om psykisk ohälsa se delvis annorlunda ut.

Kausalitetsfrågan: att undvika stigma

Även om den föreliggande studien är av beskrivande karaktär kan presenterade resultat leda tankarna till orsaksförhållanden. Det faktum att en person behandlats för sina psykiska problem kan dock innebära att sjukdomstillståndet har lättat och risken för våldsamt beteende, om sådan funnits, snarare avtagit. Individer som lider av psykisk ohälsa men inte sökt vård och därmed inte kunnat behandlas bör teoretiskt utgöra den största riskgruppen. Det är även viktigt att beakta den forskning som finns om psykofarmakas våldsförebyggande effekt (Chang m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2014, Lichtenstein m.fl. 2012), när läkemedelsuttag används som en indikator på psykisk ohälsa.

Orsaksmekanismerna när det gäller våld i relation till psykisk ohälsa kan dessutom vara mycket komplexa i exempelvis nära relationer, där det kan tänkas att våldet i vissa fall bidrar till ohälsan. Forskning visar att en del av det dödliga våld som kvinnor riktat mot sin manliga partner sker i självförsvar (Weizmann-Henelius m.fl. 2012) och efter en period av utsatthet (Matias m.fl. 2020). Eventuell psykisk ohälsa hos dessa kvinnor kan alltså vara kopplad till tidigare utsatthet.

Många betonar vikten av att inte måla upp en bild av personer med psykiska problem som våldsamma och farliga (Varshney m.fl. 2015, Barron 2015, Szmukler och Holloway 2000). Även om det i forskningen kunnat konstateras förhöjda risker för våldsamt beteende vid specifika psykiatriska diagnoser, behöver det återigen understrykas att en absolut majoritet av alla psykiskt sjuka personer inte begår våldsbrott. Det är därför angeläget att inte genom en onyanserad tolkning bidra till ett stigma som redan omger psykisk ohälsa och till en mytbildning kring psykiskt sjuka personer som per definition farliga. Sådan risk kan finnas särskilt i en beskrivande studie som denna, som relaterar uppgifter om psykisk ohälsa till allvarlig brottslighet. Att konstatera statistiska överrisker och kartlägga kronologisk ordning (i detta fall diagnos före brottstillfället) räcker inte som ett underlag till slutsatser om kausala förhållanden, något som heller inte är syftet med denna kartläggning. Bakgrunden till en

persons psykiska problem är, såväl som bakgrunden till ett allvarligt våldsbrott, ofta komplex och formad av en mängd olika omständigheter (se t.ex. Loeber och Farrington 2011, Rueve och Welton 2008, Haggård-Grann 2005). Det illustreras inte minst av det faktum att kvinnors psykiska hälsa, enligt befintliga mått, beskrivs som generellt sämre samtidigt som det är män som står för merparten av våldsbrotten – något som belyses i följande avsnitt.

Aktuellt kunskapsläge

Psykisk ohälsa hos Sveriges befolkning

Kartläggningar av psykisk ohälsa baserar sig typiskt sett på patientdata eller självrapporterade uppgifter om det psykiska välbefinnandet. Båda källorna innehåller ett mörkertal som förändras över tid, i takt med skiftningar i synen på psykisk ohälsa, vårdens resurser eller andra faktorer som beskrivits i metodkapitlet. Hur det förhåller sig med trender över tid liksom nivån av den faktiska psykiska ohälsan i olika grupper råder det viss osäkerhet kring. Med de reservationerna sammanfattas nedan vad de befintliga källorna visar.

Skattad psykisk ohälsa högst bland unga kvinnor

Majoriteten av kartläggningar av psykisk ohälsa hos den svenska befolkningen fokuserar på barn och unga vuxna. I en rapport från Socialstyrelsen (2017) anges att 10 procent av unga män och 15 procent av unga kvinnor (18–24 år) vårdades för psykisk ohälsa inom sluten eller specialiserad öppenvård och/eller hade fått läkemedel förskrivna mot psykisk ohälsa inom primärvården år 2016.²² Folkmyndighetens rapport *Ojämlighet i psykisk hälsa* (2019a) visar att även vuxna kvinnor vårdas för psykisk ohälsa oftare än män, men dessa skillnader ligger på en totalt sett lägre nivå än hos unga.

Liknande mönster, med högre nivåer bland kvinnor, framkommer även enligt självrapporterade uppgifter om psykisk ohälsa. Enligt den Nationella folkhälsoenkäten²³ motsvarade andelen av befolkningen (16–84 år) som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande 17 procent 2018. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. De med högst grad av nedsatt psykiskt välbefinnande var unga kvinnor, enligt denna mätning.

22 Bland barn (i åldern 10–17 år, ej uppdelat på kön) var andelen 10 procent.

23 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

Störst ökning bland unga, främst i ADHD

Andelen personer som i den Nationella folkhälsoenkäten själva uppger nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat under det senaste decenniet i samtliga ålderskategorier, men ökningen bedöms vara större bland yngre. Enligt Folkhälsomyndigheten (2019a) har även antalet fastställda diagnoser hos flickor och pojkar (7–17 år), i både öppenvård och slutenvård, fortsatt att öka under åren 2013–2017. ADHD var under 2017 (liksom tidigare år) den i särklass vanligaste diagnosen hos pojkar. Den är mest frekvent även hos flickor, men skillnaden mot ångest, depression och autism – som också ökat i antal diagnostiserade fall – är inte lika stor som för pojkarna. Även hos unga vuxna (18–24 år) ökar ADHD-diagnoserna under denna period, och med något snabbare takt för kvinnor.²⁴ Till skillnad från flickorna diagnostiseras dock unga kvinnor ännu oftare med ångest och stress, medan ADHD fortsätter, liksom bland pojkar, att dominera även när det gäller unga män.

Ångest, depressioner och beroendediagnoser vanligast bland vuxna

När det gäller vuxenbefolkningen redovisar Folkhälsomyndigheten (2019a) att det bland kvinnor (25–64 år) skett en tydlig ökning i besök hos öppenvården för depressioner och ångestsyndrom under perioden 2006–2016. Utöver ökningen i dessa tillstånd är nivåerna under hela perioden också betydligt högre än för andra psykiatriska diagnoser. På en lägre nivå observeras dock även en tydlig ökning i ADHD. Inom den psykiatriska slutenvården skrivs vuxna kvinnor in främst för depressioner, beroendediagnoser och ångestsyndrom.

Bland vuxna män tycks det finnas en större spridning mellan psykiatriska diagnoser inom öppenvården, jämfört med kvinnorna. Den tydligaste ökningen gäller ADHD, där en flerdubbling skett, även om de vanligaste tillstånden också i slutet av perioden är beroendediagnoser, depressioner och ångestsyndrom. Också i dessa fall har en ökning skett. Inom slutenvården dominerar olika beroendediagnoser.

Svårt med säkra slutsatser om utveckling

Både patientdata och självrapporterade uppgifter visar alltså på en tydlig ökning i den mätbara psykiska ohälsan hos den svenska befolkningen, i synnerhet bland unga. Socialstyrelsen (2017) har beskrivit ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna som alarmerande. Den generella utvecklingen bedöms som oro-

²⁴ Det kan finnas viss eftersläpning i diagnosticering av kvinnor med ADHD, eftersom mycket av den tidiga forskningen fokuserat på män och symptom mönstren kan skilja sig åt mellan könen (Kopp, 2010, Lassianntti 2014).

väckande även i slutbetänkandet från den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90).

Som redan diskuterats i metodavsnittet är det dock inte enbart den faktiska ohälsan som dessa indikatorer fångar, utan även hur synen på psykisk ohälsa förändras, hur vården fungerar, med mera. Slutsatser om en faktisk ökning har också ifrågasatts. Antalet avlidna i suicid per 100 000 individer 15 år och äldre har varit i stort sett oförändrat under perioden 2006–2017 (Folkhälsomyndigheten 2019b). Denna indikator är samtidigt inte behäftad med samma grad av osäkerhet, utan kan ses som ett pålitligt mått på den allvarligaste yttringen av psykisk ohälsa. Det finns de som anser att den ökning som observeras enligt andra källor inte kan användas till några säkra slutsatser om faktisk utveckling (Potrebny 2017, Mind 2018).

Både psykisk ohälsa och våld är vanligare i lägre socioekonomiska grupper

Enligt flera kartläggningar är både psykisk ohälsa och våldsbrott ojämnt fördelade i befolkningen, med koncentration till lägre socioekonomiska skikt. Folkhälsomyndigheten (2019a) har exempelvis visat att psykiatriska diagnoser är vanligare ju lägre utbildning man har, och självrapporterat psykiskt välbefinnande är lägre bland personer med låg inkomst. I rapporten konstateras att *”psykisk ohälsa har samband med ogynnsamma livsvillkor och negativa arbetsmarknadsutfall såsom arbetslöshet eller låg inkomst samt ökad dödlighet”*.

I Nationella folkhälsoenkäten 2018²⁵ identifierades först en grupp som haft problem med att klara löpande kostnader för t.ex. mat och räkningar (14 procent). I denna grupp visade sig andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande mer än dubbelt så stor (35 procent) som för personer utan ekonomiska svårigheter. Att ha suicidtankar var också vanligare i gruppen som haft ekonomiska problem (9,7 procent) jämfört med den som inte haft det (2,3 procent). Minst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande fanns bland yrkesarbetande, medan andelen var störst bland sjukskrivna. Självordsfrekvensen är högre bland personer med endast förgymnasial (23 per 100 000) eller gymnasial utbildningsnivå (17 per 100 000) jämfört med dem med eftergymnasial utbildningsnivå (10 per 100 000), enligt Folkhälsomyndigheten (2019b).

Psykisk ohälsa tycks alltså, förutom individuella riskfaktorer, vara kopplad till sämre socioekonomiska förhållanden på ett liknande

²⁵ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>

sätt som benägenheten att begå brott (t.ex. Miller 2015). På individnivå tycks dock socioekonomiska faktorer ha ett lågt förklaringsvärde när det gäller våld (Sariaslan m.fl. 2013) respektive psykisk ohälsa (Sariaslan m. fl. 2016).

Olika könsmonster vid våld och psykisk ohälsa

Trots att både patientdata och självrapporterade uppgifter identifierar kvinnor som svårast drabbade av psykisk ohälsa, observeras under 2017 högre suicidal bland män (21 per 100 000) än bland kvinnor (8 per 100 000) (Folkhälsomyndigheten 2019b). Även antalet patienter med beroendediagnoser inom slutenvård är klart högre bland män. Det är också män som står för merparten av våldsbrottsligheten, både som utsatta och som förövare (Pettersson 2013). Som Folkhälsomyndigheten (2019b) beskriver det (s. 9) rapporterar fler män än kvinnor god allmän hälsa och färre nedsatt psykiskt välbefinnande, samtidigt som fler män vårdas för våldsrelaterade skador och dör i till exempel suicid. För att citera Coid m.fl. (2013) som studerat unga mäns våldsbeteende och psykisk ohälsa: *”impulsive violence may be directed both outward and inward”*. Män, i lägre grad än kvinnor, söker dock och får vård för psykisk ohälsa (SKL 2018, Lehti 2009, Wang m.fl. 2007a).

Sammantaget tyder mycket på att män och kvinnor kan ha väsentligt skilda förhållningssätt till sitt mående, och olika strategier för att hantera psykisk ohälsa – som inte behöver skilja sig i omfattning till den grad som tillgängliga indikatorer ger sken av.

Forskning om psykisk ohälsa och dödligt våld

Det finns ett omfattande forskningsfält om psykisk ohälsa och våldsbrott. Nedan sammanfattas främst resultat från ett antal studier som genomförts i en europeisk och nordisk kontext. Huvudfokus riktas mot dödligt våld, med några referenser till studier om våld i bredare mening.

Psykiatriska tillstånd och överrisker hos gärningspersoner

Variierande slutsatser i internationell forskning

Skattningar av förekomsten av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld, liksom överrisker vid olika tillstånd, skiljer sig mellan olika studier. Det hänger delvis samman med exempelvis olikheter i sättet att operationalisera psykisk ohälsa (rättspsykiatriska utlåtanden, patientdata m.m.), vilka specifika diagnoser studierna omfattar eller skillnader i referensperioden (livstid, ett år före brot-

tet, vid brottstillfället m.m.). Även kulturella skillnader mellan olika länder kan spela in.

Oram m.fl. (2013) har exempelvis utifrån några äldre studier från höginkomstländer (i Europa och USA) dragit slutsatsen att mellan 8 och 23 procent av gärningspersonerna vid dödligt våld hade problem med psykisk ohälsa vid tiden för brottet. För England och Wales beräknade Flynn m.fl. (2011) att det i ett livstidsperspektiv fanns en historia av psykisk ohälsa hos förövaren i närmare en tredjedel av samtliga fall av dödligt våld (1997–2004). Enligt NCISH²⁶ (2018), där man kartlagt psykisk ohälsa hos dömda för dödligt våld i Storbritannien under 2006–2016, hade 11 procent av brotten begåtts av en gärningsperson som året före brottstillfället fått vård för psykisk ohälsa. Enligt en forskningsöversikt av Richard-Devantoy m.fl. (2008) bedömdes psykisk ohälsa, med reservation för olika definitioner i olika studier, fördubbla risken för att begå dödligt våld hos män medan motsvarande risk för kvinnor uppskattades vara sex gånger högre.

Flera studier tyder på att det främst är olika former av missbruk eller beroende samt personlighetsstörningar, ofta i kombination, som ligger bakom en ökad risk för dödligt våld, men att risken även är tydligt förhöjd vid schizofreni och andra psykosjukdomar (Swinson 2013, Richard Devantoy m.fl. 2008, Large m.fl. 2009, Shaw m.fl. 2006, Eronen 1996). När det gäller ångest, depressioner och utvecklingsstörningar visar forskningen på svagare samband (Richard Devantoy m.fl. 2008).

Neuropsykiatriska diagnoser tycks inte alltid ingå i dessa analyser som tar ett helhetsgrepp kring psykisk ohälsa och dödligt våld. Däremot är exempelvis kopplingen mellan ADHD och brottslighet relativt välutforskad. Flera studier visar exempelvis på en hög förekomst av ADHD-diagnos i fängelsepopulationer (Young m.fl. 2015, Ginsberg m.fl. 2010).

Det är dock viktigt att hålla i sär vad de, ibland höga, beräknade överrisker förmedlar och det låga förklaringsvärdet som psykisk ohälsa har när det gäller dödligt våld. Vissa psykiatriska tillstånd ökar visserligen risken, men återigen: de allra flesta personer med psykisk ohälsa begår inte våldsbrott.

Svenska studier

Fazel och Grann (2004) har med hjälp av slutenvårdsdata och uppgifter från rättspsykiatriska undersökningar studerat psykisk ohälsa hos personer som under 1988–2001 dömts för dödligt våld (inklusive försök) i Sverige. De fann att över 90 procent hade en psykia-

26 National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health.

trisk diagnos. En femtedel led av psykotiska tillstånd, inklusive de 9 procent som hade en schizofrenidiagnos. Vidare hade 24 procent någon form av beroende som huvuddiagnos och 14 procent hade någon personlighetsstörning. Det rör sig om högre nivåer jämfört med de flesta andra studier, och som en delförklaring anges att uppgifter om diagnoser samlades in från flera datakällor. Enligt en annan svensk studie av samma forskare (Fazel och Grann 2006) kunde olika förklaringsvärden (så kallad 'population attributable fraction') tillskrivas allvarlig psykisk ohälsa (schizofreni och andra psykoser) vid dödligt våld (18 procent) jämfört med grov misshandel (7 procent) eller misshandel av normalgraden (3 procent)²⁷. Att psykisk ohälsa, även kontrollerat för en rad andra faktorer, var en oberoende riskfaktor vid dödligt våld påvisades även av Lysell m.fl. (2016) och Lysell m.fl. (2014).

Sturup och Lindqvist (2014) har specifikt fokuserat på psykosjukdomar hos gärningspersoner vid dödligt våld. De har kunnat visa att andelen personer med psykisk sjukdom inom schizofrenispektrat bland samtliga dömda för dödligt våld mellan 1987 och 2006 har minskat något. Dessa var också något äldre och betydligt oftare dömda för mord istället för andra rubriceringar av dödligt våld.

Vanligast vid dödligt våld inom familjen

Enligt Brås senaste kartläggning av dödligt våld (Brå 2019b) finns indikationer på psykisk ohälsa hos gärningspersonen framför allt när det gäller familjerelaterade händelser, baserat på information i utredningen av respektive fall. Under perioden 2014–2017 var andelen 51 procent vid dödligt partnervåld och 65 procent i samband med dödligt våld mot en annan familjemedlem.

Enligt den redan nämnda kartläggningen från Storbritannien (NCISH 2018), som utgått från dömda för dödligt våld under 1997–2006, var – i de fall gärningspersonen vårdats för psykisk ohälsa – de flesta av offren närstående till gärningspersonen – antingen en bekant (45 procent) eller en familjemedlem (40 procent).

Fuller Torrey m.fl. (2016) har utifrån en litteraturöversikt av studier om familjerelaterat dödligt våld kommit fram till att allvarlig psykisk ohälsa har spelat roll i 50 procent av händelserna när en förälder dödat ett barn, 67 procent när barn dödat föräldrar, 10 procent vid dödligt våld mot partner, 15 procent vid dödligt våld mellan syskon och 10 procent vid annat dödligt våld inom familjen.

²⁷ *Population attributable fraction* beräknas dock som andelen av den totala uppklarade våldsbrottslighet som kan härledas till de olika diagnosgrupperna. Uppklaringen skiljer sig dock mellan de olika brottstyperna, vilket påverkar jämförelsen.

I Sverige har Lysell m.fl. (2014), med hjälp av data från 1973–2008, visat att förövare av dödligt våld mot eget barn hade en högre sannolikhet att ha vårdats inom psykiatrisk slutenvård för allvarlig psykisk ohälsa, jämfört med förövare av annat dödligt våld. Fram till 2008 observerades samtidigt i en annan svensk studie av Sturup och Granath (2015) en minskning av dessa fall då en förälder dödats sitt barn, i synnerhet de händelser då gärningspersonen sedan tar sitt eget liv. Författarna anger ökad förskrivning av antidepressiva medel som en möjlig förklaring.

Lysell m.fl. (2016) fann att allvarlig psykisk ohälsa var en oberoende riskfaktor vid både dödligt partnervåld och annat dödligt våld begånget av män, samtidigt som förekomsten av förstärkningsyndrom hos gärningspersonen var något vanligare när offret var en partner. Analyserna bygger på ett omfattande svenskt datamaterial. Thomas m.fl. (2011) visade i en mindre amerikansk studie att manliga förövare av dödligt partnervåld oftare tycks lida av psykisk ohälsa. I Finland har man däremot kommit fram till att alla studerade psykiatriska tillstånd förekom oftare när det dödliga våldet riktats mot någon annan än ens partner; ett undantag var dock alkoholrelaterade diagnoser vid dödligt partnervåld med kvinnlig gärningsperson – aktuella i nästan sju fall av tio (Weizmann-Henelius m.fl. 2012). Caman (2017) har i sin tur konstaterat att en tredjedel av gärningspersoner någon gång har diagnostiserats med psykisk sjukdom, oavsett typ av dödligt våld. Förövare av dödligt våld mot partner hade dock oftare diagnostiserats med stressrelaterade störningar.

Baserat på svenska uppgifter om dödligt våld från 90-talet (1990–1999) har Belfrage och Rying (2004) visat att självmordsfrekvensen var klart högre bland förövare av dödligt våld i nära relationer jämfört med annat dödligt våld. Om gärningspersoner med diagnos räknades ihop med dem som begick självmord kunde man konstatera att 80 procent av alla hade problem med psykisk ohälsa. En ännu större andel, nära nio av tio gärningspersoner vid samma typ av händelser, har påvisats i en kartläggning av Brå (2007) gällande perioden 1990–2004.

Effekter av psykofarmaka på våldsbenägenhet

En rad svenska studier visar att vissa psykofarmaka kan ha en våldsförebyggande effekt. Hedlund m.fl. (2017)²⁸ fann att det hos gripna personer som begått dödligt våld var sex gånger vanligare än hos en

²⁸ Med hjälp av en forensisk-toxikologisk databas jämförde forskarna läkemedelsuttag med blodprover tagna vid gripande/obduktion för att undersöka effekten av utebliven medicinering (förskrivna och uttagna läkemedel men inte spår i blodet) på risken att begå eller bli offer för dödligt våld. Receptuttag och blodkoncentrationer av läkemedel hos förövare av (och offer för) dödligt våld jämfördes med kontrollpersoner som avlidit i trafikolyckor.

kontrollgrupp att inte ha tagit förskrivna antidepressiva medel. Oddsens för utebliven medicinering med psykotiska medel var sju gånger större. Likartade samband sågs för lugnande läkemedel av benzodiazepintyp. Det ligger i linje med den slutsats som dras av Sturup och Granath (2014) om antidepressiva läkemedels förebyggande effekt på vissa fall av dödligt våld. Fazel m.fl. (2014) kunde visa att antipsykotiska och stämningsstabiliserande läkemedel minskade risken för våldsbrott och Lichtenstein m.fl. (2012) såg minskad brottslighet hos personer med ADHD-diagnos under behandlingsperioder. Enligt en annan svensk studie minskade återfallen i våldsbrott hos dömda som släppts ur fängelse under perioder när de medicinerade med bl.a. antipsykotiska medel och medel mot beroende (Chang m.fl. 2017).

Gärningspersoner vid dödligt våld och deras kontakter med psykiatrisk vård

I detta kapitel analyseras registeruppgifter om kontakter med den psykiatriska öppen- och slutenvården samt om uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa²⁹ beträffande personer som begått dödligt våld under perioden 2005/06 till 2017³⁰. Av de gärningspersoner som var aktuella under hela perioden var 8 procent kvinnor. För att kunna redovisa möjliga skillnader mellan kvinnor och män, eller olika typer av dödligt våld, analyseras först historik av vårdkontakter och uttag av läkemedel för periodens samtliga gärningspersoner. I ett första steg beskrivs förekomsten av psykisk ohälsa generellt. Därefter redogörs för specifika psykiatriska diagnoser, tiden sedan senaste vårdkontakten och psykisk ohälsa i samband med olika typer av dödligt våld. En analys ägnas sedan åt innehållet i rättspsykiatriska undersökningar i termer av allvarlig psykisk störning vid brottet men även övrig psykisk ohälsa hos gärningspersonerna. I ett sista avsnitt presenteras, utifrån mer övergripande mått, utvecklingen över tid.

Förekomst av psykisk ohälsa

Fyra av tio har fått psykiatrisk vård eller hämtat ut läkemedel året före brottet

Som redovisas i diagram 1 hade totalt sett 41 procent av de studerade gärningspersonerna antingen besökt psykiatrisk öppenvård, varit inskrivna i psykiatrisk slutenvård eller hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa under året före brottet. Andelen är klart större bland kvinnor (54 procent) än bland män (40 procent), och köns-

29 För att beskriva läkemedel mot psykisk ohälsa används i det följande oftast 'läkemedel' eller 'läkemedelsuttag' som referens till både psykofarmaka och läkemedel mot beroende.

I några fall särredovisas psykofarmaka (se Metod för definition).

30 Startpunkten skiljer sig dock något beroende på vilken typ av registerdata som redovisas (se Metod).

skillnaden är störst gällande läkemedelsuttagen. Hur den observerade skillnaden mellan kvinnor och män kan tolkas diskuteras mer ingående i slutkapitlet.

Det finns även en tydlig skillnad beroende på gärningspersonernas ålder (diagram 2). Andelen personer som haft vårdkontakt med den psykiatriska öppen- eller slutenvården året före brottet är störst bland de i åldersgruppen 31–45 år och minst bland de yngsta, under 21 år. I den äldsta kategorin (46 eller äldre) är andelen som hämtat ut läkemedel däremot klart störst, vilket även ger utslag på det sammantagna måttet över psykisk ohälsa. Över hälften (53 procent) i denna kategori av äldre gärningspersoner har alltså varit i kontakt med den psykiatriska vården och/eller gjort läkemedelsuttag under det senaste året. Andelen minskar sedan med åldern men även bland de yngsta, upp till 20 år, är det nästan var fjärde (23 procent) som enligt någon av indikatorerna haft psykisk ohälsa under tiden nära brottet.

Färre unga än äldre med psykisk ohälsa bland gärningspersoner – tvärtom i befolkningen

Läkemedelsuttag stiger med åldern även i befolkningen i övrigt (Åsbrik m.fl. 2014). När äldre har etablerat en vårdkontakt kan behovet av pågående kontakter med specialpsykiatri minskas, samtidigt som läkemedelsbruket mot tidigare diagnostiserad ohälsa fortsätter. Att den övergripande psykiska ohälsan är relativt sett mindre vanlig hos yngre än hos äldre gärningspersoner skiljer däremot denna population från befolkningen i stort – där den tvärtom minskar med åldern. Våld överlag utgör ett större normbrott hos äldre, enligt den inom kriminologin kända *age-crime*-kurvan (t.ex. Loeber, 2012); det kan innebära att psykisk ohälsa inte är en lika viktig omständighet hos unga för att passera gränsen till att begå dödligt våld. Det kan även ta tid att både utveckla vissa sjukdomstillstånd liksom etablera kontakt med vården, i synnerhet hos unga män med viss social problematik (Wang m.fl. 2007b). Vad som dessutom behöver beaktas är att uppkläringen är mycket låg gällande händelser av dödligt våld i kriminell miljö (Brå 2019b), där unga män är överrepresenterade som gärningspersoner. Hur detta kan påverka den skattade psykiska ohälsan diskuteras längre fram.

Diagram 1. Andelen kvinnor och män som under året före brottet haft någon kontakt med den psykiatriska öppen- eller slutenvården (ÖV respektive SV) och/eller hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006/07–2017.

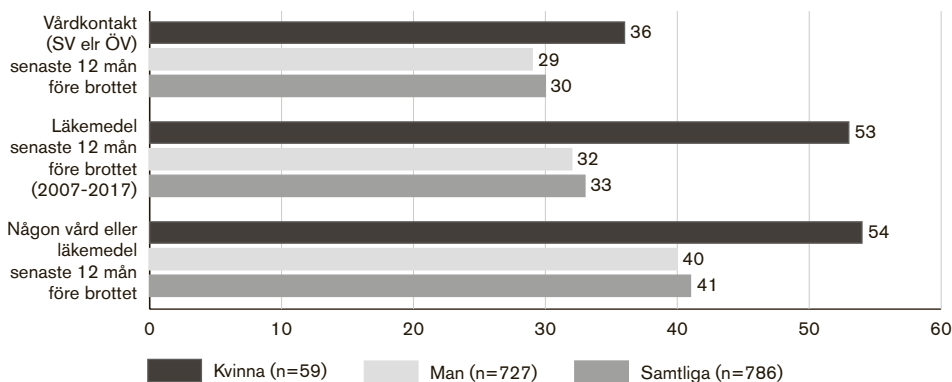
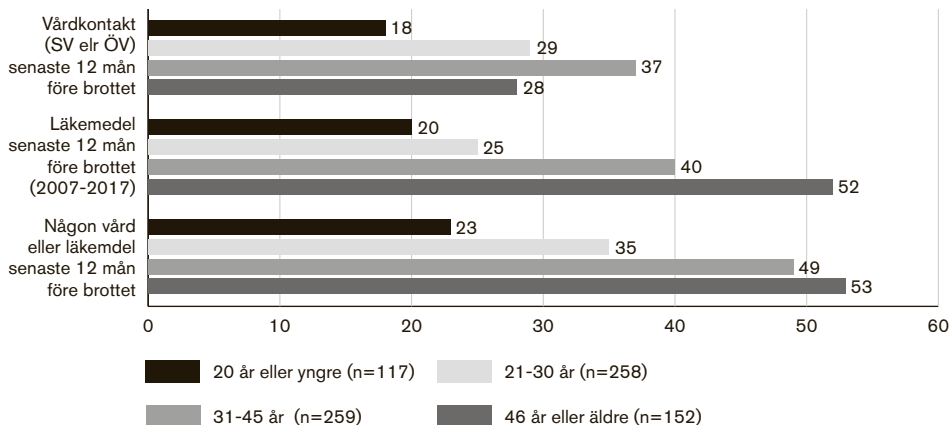


Diagram 2. Andelen personer i olika åldrar³¹ som under året före brottet haft någon kontakt med den psykiatriska öppen- eller slutenvården (ÖV respektive SV) och/eller hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006/07–2017.



Tätare vårdkontakter bland kvinnliga gärningspersoner

En annan aspekt av vårdbehovet är att mäta intensiteten genom att redovisa *antalet* vårdkontakter hos dem som hade minst en sådan. Kvinnor som har haft kontakt med vården under det senaste året före brottet har något fler registrerade vårdkontakter (median=3) än män (median=2), se tabell 1b (bilaga 2). Det är alltså inte bara relativt fler kvinnor som har haft kontakt med psykiatrin; de har dessutom gjort så med en högre frekvens än män. Detsamma gäller

³¹ Åldersindelningen har utgått från fördelningen i den studerade populationen och ambitionen att varje kategori ska omfatta ett tillräckligt stort antal observationer.

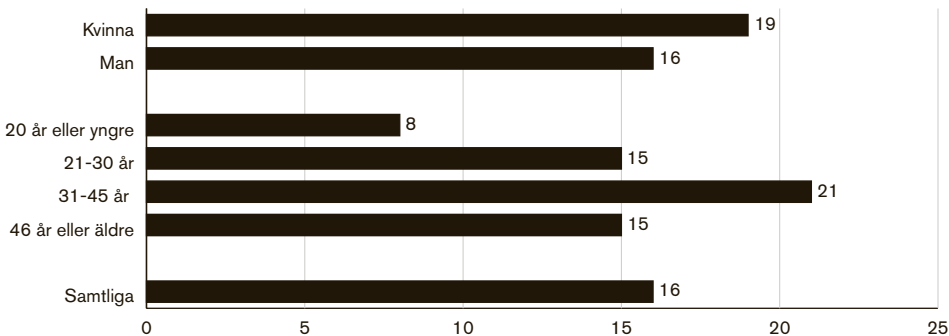
även ålderskillnader, det vill säga i de grupper som uppvisar störst andel personer med psykisk ohälsa tenderar vårdkontaktarna, bland dem som haft minst en sådan, vara mest intensiva.

Att vårdas på sjukhus

Att vara i behov av sjukhusvård för en psykiatrisk diagnos kan ses som en indikator på en mer allvarlig form av psykisk ohälsa. Uppgifter om psykiatrisk slutenvård finns tillgängliga för en längre period, vilket gör det möjligt att redovisa inskrivningar året före brottet för dödligt våld 2005–2017.

Nästan var femte kvinna (19 procent) hade året före brottstillfället vårdats inom psykiatrisk slutenvård, vilket kan jämföras med var sjätte man (16 procent), se diagram 3. Att ha vårdats i psykiatrisk slutenvård året före brottet förefaller samtidigt vara vanligast hos gärningspersoner i åldern 31–45 år, motsvarande drygt var femte. Andelen är minst bland de yngsta (8 procent). Med andra ord observeras ett liknande köns- och åldersmönster när det gäller sjukhusvård som för psykiatrikontakter överlag.

Diagram 3. Andelen personer som under året före brottet vårdats i psykiatrisk slutenvård. Gärningspersoner vid dödligt våld 2005–2017, efter kön och ålder.



På motsvarande sätt har kvinnliga gärningspersoner även vårdats på sjukhus vid fler tillfällen än männen (median=3 tillfällen jämfört med 1 tillfälle för män), se tabell 1b i bilaga 2. Dessutom har de även en längre sammanlagd vårdtid i antal dagar. Medianen för den totala vårdtiden under året före brottet är 8 dagar för kvinnor och 6 dagar för män. Det finns samtidigt en betydligt större spridning bland männen i både antal vårdtillfällen och antal vård dagar, vilket innebär att för en mindre grupp män har kontakten med psykiatrisk slutenvård varit mycket intensiv.

Läkemedelsuttag som indikation på kontakt med primärvården

I diagram 4 redovisas andelen gärningspersoner som under det senaste året före brottet hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa. Som tidigare nämnts används expedierade läkemedel här som en indikator på kontakter med primärvården, eftersom dessa inte registreras i patientregistret. Eftersom uppgifter från läkemedelsregistret finns tillgängliga först från och med mitten av 2005, rör analysen dödligt våld under perioden 2007–2017 för att enbart inkludera data som finns för ett helår före brottet.

Främst lugnande, antidepressiva och ångestdämpande

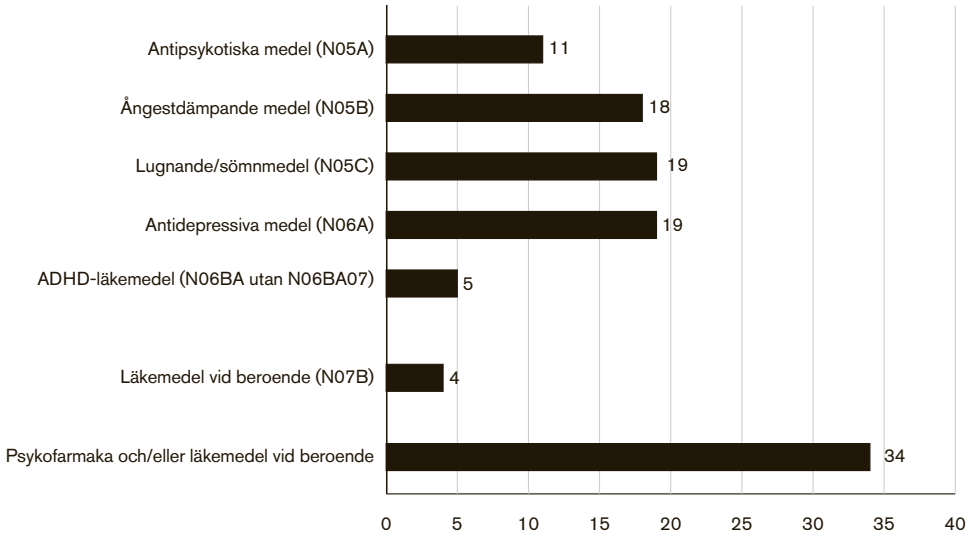
Liksom hos befolkningen i stort³², men i högre grad, är det lugnande, antidepressiva och ångestdämpande medel som dominerar; närmare en femtedel av gärningspersonerna hade hämtat ut respektive av dessa läkemedel året före brottet. Andelarna är återigen betydligt större bland kvinnor. Exempelvis var andelen kvinnor som hämtade ut antidepressiva medel cirka dubbelt så stor jämfört med andelen män (39 respektive 18 procent). Uttag av lugnande och ångestdämpande medel visar samma mönster.

En betydligt större andel kvinnor än män har även gjort uttag av läkemedel mot beroende (16 respektive 3 procent). Könsskillnaden är klart större jämfört med andelen gärningspersoner som under det senaste året haft kontakt med psykiatri med anledning av ett beroendetilstånd³³. Det indikerar att relativt fler män än kvinnor bland gärningspersoner med beroendeproblematik inte får eller hämtar ut sina läkemedel. Vidare hämtade drygt var tionde gärningsperson ut antipsykotiska läkemedel och 5 procent läkemedel mot ADHD; skillnaden mellan kvinnor och män är i dessa fall försumbar.

32 <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/lakemedel/>

33 Det är rimligt att en del beroendevård sker inom primärvården (vilket läkemedelsuttag kan vara en indikator på) snarare än den specialiserade psykiatriska vården, men detta bör inte inverka på slutsatser gällande könsskillnaden.

Diagram 4. Andelen personer som året före brottet hämtat ut psykofarmaka och läkemedel vid beroende. Gärningspersoner vid dödligt våld 2007–2017.



Det kan även nämnas att opioider (narkotikaklassade läkemedel mot smärta, N02A), som exempelvis Tramadol³⁴, i relativt stor utsträckning förekommer bland läkemedel expedierade till gärningspersoner vid dödligt våld, enligt de granskade uppgifterna (redovisas ej i tabell). Var femte kvinna och var tionde man hade under året före brottet hämtat ut sådana läkemedel. Det finns forskning som tyder på att liknande medel kan försvaga impuls kontroll och öka risken att begå dödligt våld (Tiihonen m.fl. 2015).

Det finns samtidigt ett antal svenska studier som visar att en del psykofarmaka kan ha en våldsförebyggande potential (Hedlund m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2014, Lichtenstein m.fl. 2012, Chang m.fl. 2017). Det behöver vägas in när uttag av dessa läkemedel samtidigt betraktas här som ett mått på psykisk ohälsa hos gärningspersonerna vid dödligt våld.

En dryg tiondel har tagit, eller försökt ta, sitt liv

Av samtliga gärningspersoner under den studerade perioden³⁵ fanns i polisutredningen uppgifter om att 11 procent tagit sitt liv eller gjort ett försök i samband med brottet. Det motsvarar totalt 92 personer, varav 65 fullbordade självmord. Andelen är större bland kvinnor (17 procent). Oavsett gärningspersonens kön förekommer detta i synnerhet vid händelser med barn som offer, men även vid dödligt

³⁴ Tramadol är ett morfinliknande preparat som inte sällan figurerar i dokumentationen kring personer inblandade i dödligt våld, enligt den rättsliga dokumentationen.

³⁵ 2006–2017.

våld i nära relationer (vilket i en del händelser sammanfaller). Som tidigare nämnts minskade händelser då en förälder tar livet av sitt barn och sedan avslutar sitt eget liv i Sverige, enligt data fram till 2008 (Sturup och Granath 2015). Utvecklingen tillskrivs bl.a. ökade förskrivningar av antidepressiva läkemedel.

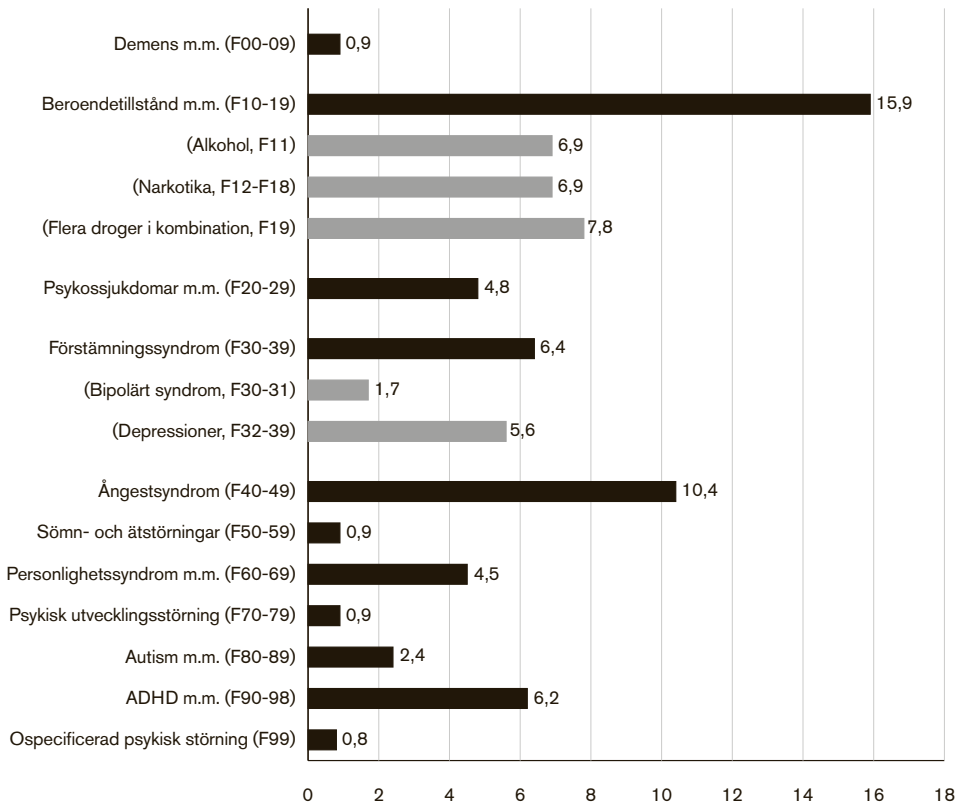
Förekomst av olika psykiatriska tillstånd

Beroendetillstånd och ångestsyndrom vanligast

Bakom den redovisade volymen och intensiteten i kontakterna med psykiatrien döljer sig en mängd olika tillstånd med varierande etiologi och allvarsgrad. I diagram 5 redovisas gärningspersonernas vårdkontakter utifrån ICD-10 diagnosgrupper (se bilaga 1), vissa med särredovisade underkategorier. Kontakterna avser både besök hos den specialiserade öppenvården och inskrivningar hos psykiatrisk slutenvård. Antalet kvinnor är lågt och resultaten särredovisas därför efter kön enbart i texten och i mindre detalj. En uppdelning i ålderskategorier är av antalskäl inte meningsfull.

Som framgår i diagrammet är det framför allt med anledning av olika beroendediagnoser (inklusive skadligt bruk av substanser m.m.) som gärningspersoner vid dödligt våld haft kontakt med psykiatrien året före brottet. Det gäller var sjätte gärningsperson och är något vanligare bland kvinnor (19 procent kvinnor jämfört med 16 procent män). Bland kvinnor är det vanligare än bland män med alkoholrelaterade diagnoser, och i ännu högre grad med narkotikarelaterade diagnoser, medan det bland männen är vanligare än bland kvinnorna att vårdas för blandmissbruk. Näst vanligast är ångestsyndrom; var tionde gärningsperson har haft vårdkontakt med anledning av denna diagnos under det senaste året, och även dessa tillstånd förekommer med större frekvens hos kvinnliga gärningspersoner (17 jämfört med 10 procent bland män). Ofta är det frågan om anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (bl.a. posttraumatiskt stressyndrom). Lika många kvinnor fick vård för depressioner, och skillnaden är i detta fall ännu större jämfört med män (17 respektive 6 procent).

Diagram 5. Andelen personer som året före brottet haft minst en vårdkontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård med anledning av olika psykiatriska tillstånd (huvud- eller bidiagnos) enligt kap 5 i ICD-10. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017.



I litteraturen om psykisk ohälsa och (dödligt) våld lyfts ofta psykosjukdomar och personlighetssyndrom som våldsriskhöjande faktorer (t.ex. Witt m fl 2013, Swinson 2013, Palmstierna 2016). I det granskade materialet hade nära 5 procent, och nästan uteslutande män, under året före brottet haft kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård med anledning av en psykosjukdom. Liknande nivåer har framkommit också i studier från andra länder (NCISH 2018, Shaw m.fl. 2006). Nästan lika många, 4,5 procent, hade fått vård för någon form av personlighets- eller beteendestörning. Ingen kvinna hade vårdats för antisocial personlighetsstörning, medan tillståndet förekommer hos nära en procent av män som begått dödligt våld.

Diagnosmönstret i enbart psykiatrisk slutenvård (diagram 1b i bilaga 2) är ungefär detsamma som vid vårdkontakter generellt (dvs. inklusive öppenvårdsbesök). Det är främst beroendetillstånd, depressioner och ångestsyndrom som gärningspersonerna vårdats på sjukhus för, året före brottet.

Jämförelse med befolkningen

Sju gånger vanligare med psykisk ohälsa bland gärningspersonerna

Det är av vikt att skilja mellan å ena sidan själva förekomsten av olika diagnoser hos gärningspersonerna och å andra sidan den så kallade relativa risken – det vill säga förekomsten i den studerade populationen *jämfört med andra*. Vissa psykiatriska tillstånd förekommer exempelvis i relativt låg grad hos gärningspersoner vid dödligt våld jämfört med andra diagnoser, men prevalensen kan ändå vara betydligt högre än i befolkningen i stort – något som kan göra tillståndet till en särskild riskfaktor. Andra tillstånd, som exempelvis beroende, ångest och depression, kan däremot visserligen ha en hög prevalens bland gärningspersoner – men så även hos allmänheten (se Aktuell kunskap). På så sätt är de inte lika starkt förknippade med risken att begå dödligt våld.

I diagram 6 redovisas så kallade SMR (Standardized Morbidity Ratio), som är en beräkning av i vilken grad respektive psykiatrisk diagnos förekommer bland gärningspersonerna jämfört med befolkningen³⁶ – kontrollerat för skillnader i köns- och åldersfördelning.³⁷ Uppgifterna är i detta fall enbart baserade på *huvuddiagnoser* i den psykiatriska öppen- och slutenvården³⁸. Vad som här beräknas är den relativa risken för att som gärningsperson vid dödligt våld ha viss typ av psykiatrisk diagnos jämfört med befolkningen; det rör sig alltså inte om risken för att begå dödligt våld utifrån en specifik diagnos.

Enligt resultaten är det drygt sju gånger vanligare för gärningspersonerna att året före brottet ha vårdats för någon psykiatrisk huvuddiagnos jämfört med vad som vore väntat utifrån nivån i befolkningen (samma kalenderår som brottet begåtts).

Beroendediagnoser och personlighetsyndrom betydligt vanligare än i befolkningen

Samtliga psykiatriska tillstånd är vanligare bland gärningspersonerna än i den allmänna befolkningen (SMR>1), men vissa är mer

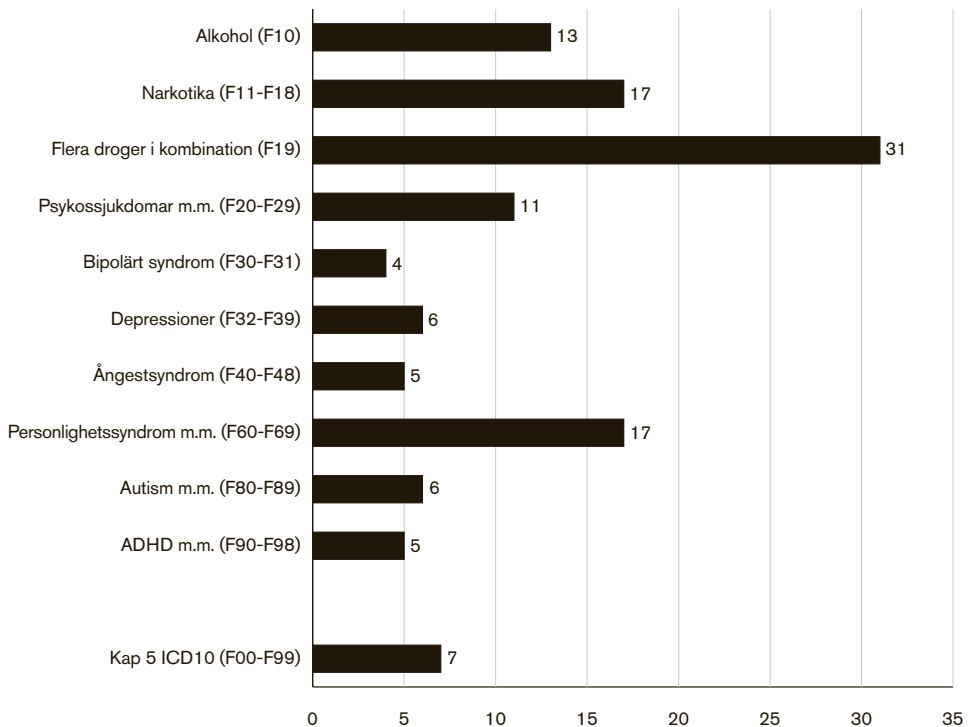
36 Antalet *observerade patienter* i förhållande till antalet *förväntade värden*, där SMR=1 innebär ingen skillnad, SMR<1 innebär en minskad risk och SMR>1 innebär en ökad risk jämfört med befolkningen. Förväntade värden bygger på prevalensen av respektive tillstånd i befolkningen. Dessa förväntade värden beräknades utifrån antalet patienter i befolkningen inom olika åldersgrupper bland kvinnor respektive män. I vissa fall är det absoluta antalet vårdade mycket lågt bland gärningspersonerna; analysens syfte är att visa ett övergripande mönster snarare än att exakt kvantifiera specifika överrisker. Det bör även beaktas att referensperioden för vård skiljer sig något åt mellan gärningspersonerna (året före brottet) och befolkningen (kalenderår).

37 https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx

38 Det är på så sätt uppgifterna redovisas för befolkningen.

påtagligt överrepresenterade än andra. Det gäller främst olika beroendediagnoser, i synnerhet blandmissbruk som är drygt trettio gånger vanligare bland gärningspersonerna (SMR=31). Den näst största relativa risken observeras för narkotikarelaterade tillstånd och personlighetssyndrom (SMR=17); i båda fall tenderar den vara större för kvinnor (redovisas ej i diagram)³⁹. Detsamma gäller även alkoholrelaterade diagnoser (SMR=13).

Diagram 6. Förekomsten av psykiatriska tillstånd (huvuddiagnoser) bland gärningspersoner vid dödligt våld 2008–2017⁴⁰ (året före brottet) jämfört med befolkningen (motsvarande kalenderår). Standardized Morbidity Ratio (SMR).



För övriga diagnoser är förekomsten 5–11 gånger högre bland personer som begått dödligt våld jämfört med befolkningen. I den övre delen av detta spann ligger psykosjukdomar. Som redan nämnts är ångest och depressioner frekvent förekommande hos både befolkningen och i ännu högre grad bland gärningspersoner, men den rela-

39 Könsskillnaden beräknades bara för diagnosgrupper där minst två kvinnliga respektive manliga gärningspersoner besökt öppenvården året före brottet. Dessa uppgifter redovisas enbart i text.

40 Denna redovisning begränsar sig till perioden 2008-2017, då kombinerade uppgifter för psykiatrisk öppen- och slutenvård på befolkningsnivå finns tillgängliga först från år 2008.

tiva risken är lägre än för andra tillstånd. Det gäller även ADHD.⁴¹ Ångestsyndrom förekommer i samma utsträckning hos kvinnliga gärningspersoner som hos kvinnor i allmänhet, medan dessa tillstånd är åtta gånger vanligare hos män som begått dödligt våld jämfört med män i stort.

Återigen behöver det påpekas att de beräknade överriskerna, som för vissa tillstånd är mycket höga, inte innebär att psykisk ohälsa är en stark prediktor av dödligt våld. Den absoluta majoriteten av personer med psykisk ohälsa begår inte våldsbrott och ännu färre begår våld med dödlig utgång. Den redovisade beskrivningen ska alltså inte tolkas i termer av orsaksförhållanden; det finns en rad faktorer som inverkar på både psykisk ohälsa och våldsamhet, något som inte kontrollerats för i denna analys.

Senaste kontakten med vården

Vanligtvis två månader före brottet

För majoriteten av de gärningspersoner som haft kontakt med psykiatrien året före brottet har denna kontakt inte skett speciellt nära brottstillfället.⁴² Mediantiden är cirka två månader före brotts-händelsen (64 dagar). En tredjedel hade haft en vårdkontakt månaden före brottet (diagram 7). Denna andel gärningspersoner med vårdkontakt kort före händelsen är något större bland kvinnor än bland män. Mediantiden är också lägre för kvinnor än för män (53 dagar jämfört med 66 dagar från senaste kontakten till brottet).

Däremot hade 21 gärningspersoner kontakt med psykiatrien enbart en vecka före brottet, och samtliga av dessa var män. Det dödliga våldet var då ofta familjerelaterat. I några få fall skedde kontakten bara dagen innan, eller även samma dag som det dödliga våldet.⁴³ Ett besök nära inpå brottet behöver dock inte nödvändigtvis tyda på någon risk för förestående våld. Det kan finnas gärningspersoner som har en mer eller mindre regelbunden kontakt med psykiatrisk vård.

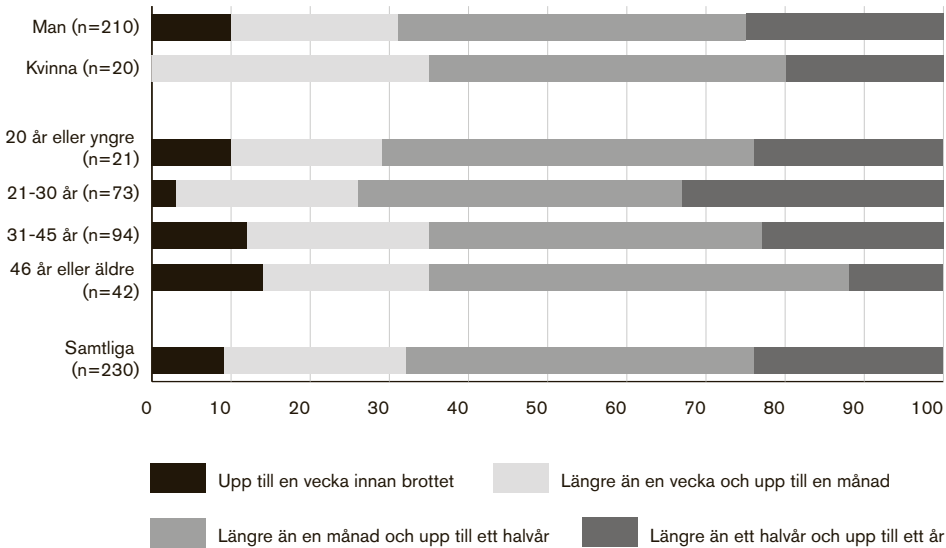
Beträffande ålder observeras inget tydligt mönster förutom att den senaste vårdkontakten gällande gärningspersoner i åldern 21–30 år.

41 Vid redovisningen av vårdkontakter för specifika diagnoser får man beakta det faktum att vissa tillstånd oftare leder till mer regelbunden specialvård, medan andra, när de väl diagnostiserats, i högre grad hanteras inom primärvården. Det påverkar självfallet både de redovisade nivåerna och beräkningen av relativa risker, i synnerhet som vårdkontakter enbart avser en ettårsperiod.

42 Det utesluter dock inte att en del av dessa gärningspersoner vid själva brottstillfället kan ha lidit av så kallad allvarlig psykisk störning – något som behandlas längre fram.

43 I dokumentationen av de fall där datumet för den senaste vårdkontakten är detsamma som brottsdatumet (11 händelser) är det inte alltid tydligt om kontakten med vården ägde rum före eller efter brottstillfället. I de flesta fall tydde mycket på att brottet ägt rum innan gärningspersonen kom i kontakt med vården, och dessa fall uteslöts därmed ur analysen.

Diagram 7. Tid mellan senaste kontakten med den psykiatriska öppen- eller slutenvården och brottstillfället. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017 som haft kontakt med vården året före brottet, efter ålder och kön. Procent.



Det finns heller inte något tydligt mönster när det gäller diagnos beroende på om vårdkontakten skedde under tiden nära brottet eller något längre tillbaka. Beroendetillstånd, i synnerhet problematiken med flera droger i kombination, och ångestsyndrom är vanligast förekommande när den senaste vårdkontakten ägt rum månaden före brottet, men skillnaden är inte stor jämfört med när kontakten skedde mer än ett halvår före brottet.

Typ av dödligt våld och psykisk ohälsa

Brås tidigare redovisningar av dödligt våld har bl.a. utgått från en kategorisering av händelserna efter kontext och motiv. Typologin hade tagits fram inom ramen för det internationella forsknings-samarbete European Homicide Monitor (Ganpat m.fl. 2011). Dödligt våld av en psykiskt sjuk gärningsperson utgör en egen kategori i denna typologi, men eftersom det inte alltid finns bara ett tydligt motiv eller sammanhang gäller en viss hierarki vid kategoriseringen. Exempelvis står dödligt våld i nära relationer högre i hierarkin än dödligt våld av psykiskt sjuka gärningspersoner, även om båda omständigheterna kan vara aktuella vid samma händelse (se hela typologin och rangordningen i bilaga 3). Eftersom dödligt våld begånget av en psykiskt sjuk förövare ligger relativt långt ner i hierarkin, inkluderar kategorin gärningar där inga andra tydliga motiv eller sammanhang kunnat konstateras. Ofta handlar det om

till synes oförutsägbara attacker mot personer som vid tillfället råkar vara i gärningspersonens närhet. Även inom andra kategorier som vid kodningen stått över denna, exempelvis familjerelaterat dödligt våld, kan dock psykisk ohälsa förekomma.

Nedan presenteras uppgifter om psykisk ohälsa för de kategorier där ett tillräckligt stort antal gärningspersoner finns för att en jämförelse ska vara meningsfull. Det gäller dödligt våld i nära relationer (det vill säga mot en nuvarande eller tidigare partner – ibland refererat till som dödligt partnervåld), i övriga familjen, inom den kriminella miljön samt i samband med spontanbråk och dispyter.⁴⁴ Som naturligt i sammanhanget redovisas även dödligt våld begånget av psykiskt sjuk gärningsperson; för att i texten urskilja dessa från andra händelser med psykiskt sjuka gärningspersoner refereras dessa till som ”vansinnesdåd”. ”Annat” dödligt våld innehåller i sin tur ett antal mindre kategorier, såsom dödligt våld i samband med sexuellt övergrepp, dödligt våld i samband med rån eller inbrott samt dödligt våld med hatbrottsmotiv – men även händelser som inte kan placeras i någon specifik kategori.

Det bör beaktas att köns- och åldersfördelningen hos gärningspersonerna skiljer sig mellan de olika kategorierna av dödligt våld, vilket rimligtvis förklarar en del av variationen i de beskrivna nivåerna av psykisk ohälsa liksom diagnosmönster.

44 Kodningen av den aktuella typologin innebär en grad av subjektiv bedömning från kodarens sida, och gränsdragningar är lättare för vissa kategorier än för andra. En möjlig felkälla är att ett antal olika kodare under åren har varit involverade i kodningsarbetet, och trots ett fast kodschema går det inte att utesluta att det kan ha skett vissa skiftningar i bedömningarna. Just 'spontanbråk och dispyter' är en kategori där gränserna kan vara svårare att avgöra, och detta framför allt i relation till just kategorin dödligt våld i den kriminella miljön (se även Brå 2019b). En stor andel av händelserna i det förstnämnda fallet skedde inom marginaliserade och/eller missbrukarkretsar, ofta under påverkan av alkohol och/eller droger, men utan indikationer på att de inblandade skulle ha en aktiv roll i en mer omfattande illegal marknad och gängkriminalitet.

Tabell 1. Andelen personer som året före brottet haft kontakt med öppen- eller slutenvård och/eller hämtat ut läkemedel, vårdats i slutenvård, total vårdtid i slutenvård samt tid från senaste vårdtillfället. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017 (perioden gäller även slutenvård). Efter typ av dödligt våld.

Dödligt våld ...	Vårdkontakt /läkemedel de senaste 12 månaderna %	Slutenvård de senaste 12 månaderna %	Mediantid, i dagar, inom slutenvård de senaste 12 månaderna (om inskriven)	Mediantid, i dagar, från senaste vård- kontakt till brot- tet (om kontakt)
... i nära relation (n=190)	45	12	8 dagar	51 dagar
... i övriga familjen (n=118)	45	20	13 dagar	59 dagar
... i kriminell miljö (n=77)	36	12	11 dagar	160 dagar
... vid spontan- bråk och dispyter (n=254)	38	17	3 dagar	77 dagar
... av psykiskt sjuk (annat än ovan), s.k. "vansinnesdåd" (n=43)	65	42	6 dagar	74 dagar
Annat dödligt våld (n=104)	32	6	3 dagar	116 dagar
Dödligt våld totalt (n=786)	41	16	6 dagar	64 dagar

Tabell 2. Andelen personer som året före brottet haft kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård med anledning av specifika diagnoser, Gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017, efter typ av dödligt våld.

	Dödligt våld* ...				
	... i nära relationer (n=190)	... i övriga familjen (n=118)	... i kriminell miljö (n=77)	... vid sontanbråk och dispyter (n=254)	”Vansinnesdåd” (n=43)
Beroende-tillstånd	11	16	18	19	23
– alkohol	7	5	—	10	—
– narkotika	3	8	12	8	14
– olika droger i kombination	3	9	12	10	16
Psykosjukdom	4	13	0	2	23
Förstämningssyndrom	7	11	7	5	—
– bipolärt syndrom	—	3	0	2	—
– depression	6	9	7	4	—
Ångestsyndrom	11	14	8	11	16
Personlighets-syndrom m.m.	5	5	1	4	14
Autism m.m.	0	5	0	2	14
ADHD m.m.	4	7	5	6	12

* Andelarna i respektive kolumn summerar inte till 100 procent, eftersom flera diagnoser kan vara aktuella för samma person, samtidigt som vissa inte har haft kontakt med vården. Andelar motsvarande färre än 4 personer redovisas ej (markerat med streck).

Inte alltid vård vid ”vansinnesdåd”

Som tabell 1 visar förekommer psykisk ohälsa, som väntat, klart oftare hos förövare av så kallade ”vansinnesdåd” jämfört med alla andra typer av dödligt våld. Det gäller även mer allvarlig form av psykisk ohälsa som motiverat slutenvård. Det som möjligen inte är lika väntat är att en relativt stor andel av dessa gärningspersoner (35 procent, motsvarande 15 personer) *inte* tycks ha haft någon kontakt med den psykiatriska vården alls under året före brottet. Det utesluter dock inte att de i samband med händelsen kan ha varit drabbade av mer akut psykisk ohälsa.

I kategorin ”vansinnesdåd” förekommer de flesta psykiatriska tillstånd, utom alkoholdiagnoser och förstämningssyndrom, oftare än

vid något annat dödligt våld (tabell 2). Det tyder på en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet i denna grupp av gärningspersoner.

Att redovisa gruppens tidigare vårdkontakter och diagnosmönster är självklart av betydelse när psykisk ohälsa och dödligt våld studeras. Kategorin är dock inte välavgränsad, och hur sjuka dessa psykiskt sjuka är utgör dessutom något av ett cirkelresonemang.

Högre grad av psykisk ohälsa vid familjerelaterade fall

Bland andra kategorier av dödligt våld, det vill säga utöver ”vansinnesdåden”, är skillnaderna i psykisk ohälsa inte lika markanta – i varje fall inte utifrån det övergripande måttet. Liksom enligt en rad andra studier (se Aktuellt kunskapsläge) finns det dock en tendens mot mer psykisk ohälsa i familjerelaterade fall. Det var fler gärningspersoner som hade haft kontakt med psykiatrin och/eller hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa året före gärningen (45 procent) vid dödligt våld i en nära relation eller mot en annan familjemedlem, jämfört med exempelvis dödligt våld i den kriminella miljön (36 procent).

Den allvarliga psykiska ohälsan verkar vara vanligast vid dödligt våld mot en familjemedlem annan än partnern; var femte gärningsperson i denna kategori hade vårdats i psykiatrisk slutenvård året före brottet. Den totala vårdtiden är dessutom längst i denna kategori (median=13 dagar). Även tiden sedan den senaste vårdkontakten är relativt kort i dessa fall; medianvärdet är 59 dagar. Enbart vid dödligt partnervåld är den ännu kortare (51 dagar).

Det finns några likheter mellan kategorin dödligt våld mot en familjemedlem annan än partnern, och de så kallade ”vansinnesdåden”. I båda fallen observeras en större andel gärningspersoner med tidigare kontakter med psykiatrin jämfört med annat dödligt våld. Det gäller även allvarliga tillstånd som krävt sjukhusvård. Inom båda kategorierna utgör dessutom psykotiska tillstånd en vanligare diagnos under året före brottet än vid andra typer av dödligt våld, även om detta är särskilt uttalat vid ”vansinnesdåd”.

Att mäta psykisk ohälsa i den kriminella miljön

Andelen gärningspersoner som haft kontakt med den psykiatriska vården eller hämtat ut läkemedel året före brottet är mindre vid dödligt våld i den kriminella miljön (36 procent) jämfört med de flesta andra kategorier. Den är samtidigt inte försumbar. Till skillnad från andra typer av dödligt våld är det dock mindre vanligt med andra tillstånd hos gärningspersonerna än olika narkotikarelaterade diagnoser (tabell 2). Det som utmärker kategorin är också att den senaste vårdkontakten ofta ägt rum relativt lång tid före brotts-

händelsen; medianen är nästan ett halvår. När det gäller andelen som varit inskrivna i slutenvård året före brottet är denna inte mindre än bland gärningspersoner vid dödligt våld i nära relationer (12 procent), även om det avser främst missbruksvård gällande drogproblem. Om analysen avgränsas enbart till skjutvapenrelaterat dödligt våld i den kriminella miljön motsvarar andelen som haft kontakt med psykiatrin och/eller hämtat ut läkemedel 25 procent.

Det är viktigt att vara medveten om att graden av uppläring skiljer sig åt beroende på typ av dödligt våld, vilket gör att glappet mellan antalet faktiska och här beskrivna gärningspersoner är större i vissa kategorier. Dödligt våld vid konflikter i den kriminella miljön är ett sådant exempel, där uppläringen är särskilt låg (Brå 2019b) och det är oklart i vilken grad de gärningspersoner som ingår i analysen kan representera gruppen. Studier visar att unga män, som ofta figurerar som gärningspersoner vid dödligt våld i den kriminella miljön, är mindre benägna att söka hjälp vid psykisk ohälsa (SKL 2018, Lehti 2009, Wang m.fl. 2007a) samtidigt som det finns forskning som tyder på en högre grad av psykisk ohälsa hos exempelvis medlemmar av gatugång jämfört med unga män som inte brukar våld (Coid m.fl. 2013⁴⁵). Den psykiska ohälsan hos de studerade gärningspersonerna vid dödligt våld i den kriminella miljön kan med andra ord vara underskattad.

Beroendeproblematik vanligast oavsett typ av dödligt våld

Olika former av missbruk eller beroende är den vanligaste psykiatriska diagnosen oavsett typ av dödligt våld. Minst frekvent tycks beroendeproblematiken vara vid dödligt partnervåld, något man även funnit i andra studier (Lysell m.fl. 2016). Alkoholrelaterade diagnoser förekommer dock relativt ofta i denna kategori av gärningspersoner. Vårdkontakt med anledning av ångestsyndrom är, vid dödligt partnervåld, lika vanliga som beroende.

Narkotikarelaterade diagnoser och blandmissbruk är, som nämnts, mest frekventa hos gärningspersoner i den kriminella miljön. Personer som begått dödligt våld i samband med så kallade spontanbråk och dispyter tycks i sin tur oftare än andra lida av alkoholrelaterade diagnoser (var tionde) men inte heller blandmissbruk och ångestsyndrom är ovanliga. Liksom gällande gärningspersoner vid dödligt våld i kriminell miljö kan man dock anta att många i denna grupp,

45 Enligt denna studie var även kontakter med psykiatrin vanligare hos gängmedlemmarna jämfört med andra unga män, men dessa analyser bygger inte på kända gärningspersoner vid dödligt våld utan utgår från enkäter till olika urval av unga män. På så sätt kan de eventuellt ge en bild av gärningspersoner som inte kommit till rättsväsendets kännedom, även om lagförda förövare av just dödligt våld kan vara en mycket specifik population.

som inte sällan tillhör mer marginaliserade kretsar, inte söker sig till vården även om behov finns.

Olika mönster hos kvinnor och män

Jämförbart enbart vid familjerelaterat dödligt våld

När kvinnor begår dödligt våld sker en stor majoritet av händelserna inom en nära relation eller inom den övriga familjen, vanligen mot barn eller föräldrar. I Brås material var enbart en av fem händelser med kvinnliga förövare riktad mot någon utanför familjen. Även inom familjerelaterat dödligt våld dominerar visserligen manliga förövare stort, men det är den enda kategorin där andelen kvinnor är tillräckligt stor för en meningsfull könsspecifik redovisning av psykisk ohälsa. Könsfördelningen bland gärningspersoner i övrigt är mycket skev; uppgifterna som redovisats gällande dödligt våld i den kriminella miljön avser exempelvis uteslutande manliga gärningspersoner.

Tabell 3. Olika indikatorer av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid familjerelaterat dödligt våld 2006–2017 (även slutenvård) året före brottet, efter kön.

	Vårdkontakt och/eller läkemedelsuttag de senaste 12 månaderna %	Slutenvård de senaste 12 månaderna %	Mediantid i dagar sedan senaste vårdkontakt (om kontakt)	Vanligaste diagnoser de senaste 12 månaderna
Dödligt våld i nära relationer				
Kvinnor (n=28)	64	25	46 dagar	Beroende (29 %)
Män (n=162)	42	10	54 dagar	Ångestsyndrom (9 %) Beroende (8 %)
Dödligt våld i övrig familj				
Kvinnor (n=19)	37	26	60 dagar	Ej tillämpligt*
Män (n=99)	47	19	57 dagar	Beroende (17 %) Psykosjukdom (14 %) Ångestsyndrom (14 %)

*Skälet är det låga antalet kvinnor i kombination med en relativt stor spridning mellan olika diagnoser.

Lägre förekomst av allvarlig psykisk ohälsa hos män som dödat sin partner

Som tabell 3 visar hade en betydligt mindre andel av de män som begått dödligt partnervåld vårdats i psykiatrisk slutenvård året före brottet (10 procent) jämfört med motsvarande andel av kvinnorna (25 procent). Även när det gäller psykisk ohälsa i vidare mening är andelen betydligt mindre bland män än bland kvinnor. Drygt 4 av 10 män i denna kategori, jämfört med drygt 6 av 10 kvinnor, hade haft någon kontakt med psykiatrin och/eller hämtat ut läkemedel under det senaste året. Också jämfört med andra manliga förövare av dödligt våld (tabell 3 och diagram 3) är allvarlig psykisk ohälsa som krävt sjukhusvård mindre vanlig hos män som dödat sin partner, något som även visats av Lysell m.fl. (2016⁴⁶). Den större psykiska ohälsan som observeras hos kvinnor som dödat sin partner motsvaras främst av beroendediagnoser, medan män uppvisar en större spridning av olika tillstånd.

Den senaste kontakten med vården ligger särskilt nära brottstillfället när det gäller just dödligt partnervåld, och det gäller främst kvinnliga gärningspersoner (median=46 dagar). Som tidigare nämnts innehåller det studerade materialet dock 21 gärningspersoner som varit i kontakt med psykiatrin bara veckan före brottet, och samtliga dessa är män. Den vanligaste diagnosen vid denna kontakt var beroende (7 gärningspersoner) och psykossjukdomar (5 gärningspersoner)⁴⁷. I 9 fall av dessa 21 handlar det om familjerelaterade händelser, varav 4 i en nära relation och 5 mot en annan familjemedlem.

Tidigare hot och våld mot kvinnor som begått dödligt partnervåld

I drygt hälften av de fall då kvinnor dödat sin partner har det, enligt Brås forskningsmaterial,⁴⁸ tidigare förekommit hot och/eller våld riktat från offret mot gärningspersonen. I omvända fall, det vill säga när män tar livet av sin partner, framgår sådana omständigheter sällan (2 procent). Även om kvinnor som dödat sin partner uppvisar en högre nivå av psykisk ohälsa än män handlar det främst om beroende eller missbruk, i synnerhet alkoholrelaterade diagnoser – något som också framkommer i finska data (Weizmann-Henelius m.fl. 2012). Allvarliga psykiatriska tillstånd är mindre vanliga; ingen av dessa kvinnor hade exempelvis vårdats för en psykossjukdom året före brottet (jämfört med 4 procent män som dödat sin partner – visas ej i tabell). I flera fall förekommer psykisk ohälsa hos båda inblandade. En särskild analys visar att i 14 procent av de studerade

46 Detta avser forskarnas beskrivande analys av prevalens; enligt multivariata modeller är allvarlig psykisk ohälsa en stark prediktor av både dödligt partnervåld och annat dödligt våld.

47 Det bör återigen påpekas att en vårdkontakt nära in på brottet kan avspegla såväl planerade besök som akuta sådana.

48 Avser dödligt våld 2010–2017, eftersom uppgifterna under denna period håller god kvalitet.

händelserna av dödligt våld (motsvarande 144 brott) hade både offret och gärningspersonen haft kontakt med psykiatrin året före brottet; en dryg tredjedel av dessa rörde dödligt partnervåld. En del av det dödliga partnervåldet begånget av kvinnor kan alltså ha föregåtts av en längre period av utsatthet (se även Matias m fl 2020). Enligt den finska studien (Weizmann-Henelius m.fl. 2012) sker dessutom dödligt partnervåld med kvinnliga förövare inte sällan i självförsvar.

***Dödligt våld mot annan familjemedlem:
hög grad av psykisk ohälsa hos män***

När det gäller dödligt våld mot en annan familjemedlem än ens partner är det, i motsats till partnervåld, relativt fler manliga gärningspersoner som haft kontakt med psykiatrin och/eller hämtat ut läkemedel året före händelsen (47 procent, jämfört med 37 procent bland kvinnor). Var femte man (19 procent) hade vårdats på sjukhus för psykisk ohälsa. Det är visserligen en mindre andel än bland kvinnor men samtidigt dubbelt så stor som bland män som dödat sin partner. Även om beroendediagnoser är vanligast (17 procent), har dessa män nästan lika ofta vårdats för psykosjukdomar som ångest-syndrom (14 procent) året före brottet.

Sammantaget observeras psykisk ohälsa hos kvinnliga gärningspersoner oftast vid dödligt våld mot partner och det handlar i stor utsträckning om beroendeproblem, främst med alkohol. Bland manliga gärningspersoner identifieras psykisk ohälsa, inklusive sådan som krävt sjukhusvård, oftare hos dem som dödat en annan familjemedlem. I det sistnämnda fallet förekommer även mer allvarliga psykiatriska tillstånd oftare.

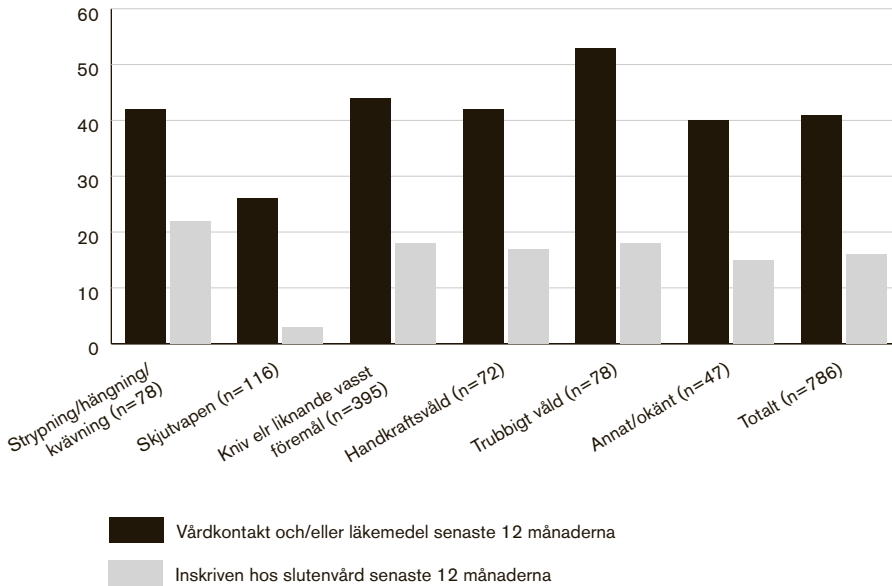
Våldsmetod och psykisk ohälsa

Mer sällan skjutvapen vid psykisk ohälsa

Inslag av psykisk ohälsa särskiljer sig något även vad gäller de våldsmetoder som gärningspersonen använder vid dödligt våld, vilket delvis har att göra med i vilken kontext som olika metoder förekommer (diagram 8). Exempelvis är det tydligt att en dokumenterad historia av psykisk ohälsa året före brottet, i synnerhet allvarlig sådan som krävt en sjukhusvistelse, förekommer mer sällan hos gärningspersoner som använt skjutvapen – ofta aktuella vid dödligt våld i den kriminella miljön. Däremot hade mer än hälften av gärningspersonerna som använt trubbigt våld (det vill säga våld med ett trubbigt föremål) varit i kontakt med vården och/eller hämtat ut läkemedel. Det är enbart vid trubbigt våld som gärningspersoner med psykisk ohälsa tycks vara tydligt överrepresenterade, sett till dödligt våld totalt. Andelen gärningspersoner med allvarlig psykisk

ohälsa som krävt sjukhusvistelse är däremot störst hos dem som använt strypning, hängning eller kvävning som våldsmetod.

Diagram 8. Andelen personer som året före brottet haft kontakt med den psykiatriska öppen- eller slutenvården och/eller gjort uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa. Gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017.



Rättens syn: allvarlig psykisk störning

Hittills har analysen utgått från patientdata, det vill säga kontakter med psykiatrin en tid före brottet. Detta avsnitt behandlar hur rätten ser på psykisk ohälsa vid brottstillfället och hur det kan relateras till tidigare vårdkontakter.

I de flesta utvecklade länder särbehandlas psykiskt sjuka gärningspersoner utifrån grundtanken om ett vårdbehov; de slipper därmed fängelsestraff. Det handlar då främst om det tillstånd som gärningspersonen befann sig i vid brottstillfället, oavsett tidigare hälsohistorik. Vanligtvis tillämpas det så kallade otillräknelighetsbegreppet, och gärningspersonen överlämnas då till vård utan att lagföras. I Sverige har man valt en annan, om än närliggande, lagteknisk lösning (Kristiansson och Andiné, 2008). Sedan 1 januari 1992 ska en gärningsperson som vid brottet bedömts lida av så kallad *allvarlig psykisk störning* (APS) dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse.

Det är inte exakt angivet vilka psykiatriska diagnoser som räknas som allvarlig psykisk störning. Det är bl.a. rättspraxis som avgör,

och tillämpningen kan förändras med tiden (Socialstyrelsen, 2008). Det är dock främst förekomsten av psykotiska tillstånd med störd verklighetsuppfattning, med symptom som vanföreställningar, hallucinationer och förvirring, som vägs in vid bedömningen (prop. 1990/91:58). Också svåra beroendetillstånd med flera olika droger, genomgripande utvecklingsstörningar eller specifika personlighetsstörningar med omfattande funktionsnedsättning är vanliga diagnoser hos dömda till rättspsykiatrisk vård (Socialstyrelsen 2015).

För att bedöma om allvarlig psykisk störning förelegat hos gärningspersonen vid brottstillfället används i Sverige två typer av rättspsykiatriska undersökningar: en mindre, så kallad §7-undersökning, som syftar till att avgöra om det finns skäl att genomföra den andra, mer omfattande rättspsykiatriska undersökningen (RPU). I samband med undersökningen kan personen diagnostiseras med olika psykiatriska tillstånd utan att nödvändigtvis bedömas ha lidit av en allvarlig psykisk störning (APS) vid brottet.

APS hos tre av tio som genomgick RPU

Om enbart kända och åtalade gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017 ingår i beräkningen (n=765, varav 57 kvinnor) har det, enligt de uppgifter som Brå samlat in, genomförts RPU för 68 procent av de kvinnliga gärningspersonerna (för ytterligare 19 procent genomfördes enbart §7-utredning) och 53 procent av männen (för ytterligare 23 procent enbart §7-utredning), se tabell 4. Totalt har RPU genomförts för 411 gärningspersoner.

Av samtliga som genomgått RPU bedömdes 30 procent (122 personer) ha lidit av en allvarlig psykisk störning vid brottstillfället, relativt sett fler kvinnor än män (38 jämfört med 29 procent). Resultaten ligger i linje med en studie från England och Wales (Flynn m.fl. 2011) där man utifrån samtliga fall av dödligt våld 1997–2004 kommit fram till att kvinnliga gärningspersoner, förutom att de oftare hade en dokumenterad historia av psykisk ohälsa, oftare bedömdes som psykiskt sjuka vid brottstillfället. Att kvinnor, oavsett brottstyp, oftare bedöms lida av allvarlig psykisk störning har även framkommit i tidigare svenska kartläggningar (Sturup och Kristiansson, 2007).

Tabell 4. Genomförda RPU och konstaterat allvarlig psykisk störning (APS) eller psykiatrisk diagnos bland samtliga kända och åtalade gärningspersoner vid dödligt våld 2006–2017.

	Kvinnor		Män		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Antal kända och åtalade GP	57		708		765	
Av kända åtalade GP – antal RPU (endast §7)	39 (11)	68 (19)	372 (160)	53 (23)	411 (171)	54 (22)
Av genomförda RPU – antal GP med APS	15	38	107	29	122	30

Sällan RPU vid dödligt våld i kriminell miljö

Vid händelser av dödligt våld av psykiskt sjuk gärningsperson, de så kallade ”vansinnesdåden”, genomförs RPU i princip alltid. I övrigt är det främst vid familjerelaterade fall som RPU brukar vara aktuell. När det gäller dödligt partnervåld genomfördes sådan undersökning vid närmare sju fall av tio. Ännu vanligare, motsvarande nio fall av tio, är det i samband med dödligt våld mot en annan familjemedlem. Däremot hade enbart 20 procent (14 personer) av de relativt få kända gärningspersonerna vid dödligt våld i den kriminella miljön under 2006–2017 genomgått RPU. Enbart en hade, enligt Brås material, genomgått undersökningen under de senaste åren (2014–2017), det vill säga en period då just denna typ av dödligt våld ökat kraftigt.

Diagnoser i RPU

Närmare hälften diagnostiserade i RPU och/eller enligt patientdata

En intressant fråga är hur stor andel av gärningspersonerna som uppfyllde kriterierna för en psykiatrisk diagnos vid RPU och hur det relaterar till uppgifter om kontakter med psykiatrin året före brottet. I den senaste uppdateringen (dödligt våld 2014–2017) har Brå registrerat vilka diagnoser som varit aktuella för de gärningspersoner som genomgått RPU. Drygt nio av tio bland dessa hade i samband med undersökningen konstaterats uppfylla kriterier för något psykiatriskt tillstånd, se tabell 5. Den vanligaste diagnosen var då något personlighetsyndrom (28 procent) men även beroendetillstånd och psykossjukdomar förekom relativt ofta, hos drygt var femte gärningsperson. Depressioner och autism var mindre vanliga enligt RPU.

Om man beräknar hur många gärningspersoner som fått en diagnos registrerad vid RPU och/eller haft vårdkontakter året före brottet, kan man konstatera att närmare hälften, 47 procent, hade uppfyllt

kriterier för psykisk ohälsa. Skattningen stiger alltså med ytterligare sex procentenheter om även uppgifterna i RPU vägs in (jfr diagram 1).

Tabell 5. Diagnoser hos gärningspersoner vid dödligt våld 2014–2017 registrerade i RPU och därav andelen vårdade för respektive diagnos året före brottet (inklusive uttag av läkemedel relevanta för specifika tillstånd).⁴⁹

	Diagnostiserats i RPU (n=131 ⁵⁰) %	Därav haft vårdkontakt/hämtat ut läkemedel med anledning av diagnosen, de senaste 12 månaderna %
Beroende	23	30
Psykosjukdom	21	36
Depression	5	29
Ångestsyndrom	15	30
Personlighetssyndrom	28	8*
Autism	7	33*
ADHD m.m.	14	61
Någon psykiatrisk diagnos	92 ⁵¹	63

* Exklusive läkemedel.

Fyra av tio diagnostiserade i RPU har inte haft kontakt med vården

Som framgår i tabellen har drygt sex av tio (63 procent) bland gärningspersoner som bedömdes ha någon psykiatrisk diagnos i samband med RPU också haft kontakt med psykiatrien året före brottet. Det innebär att nästan fyra av tio *inte* har haft en vårdkontakt, trots en diagnos enligt RPU. Att en psykiatrisk diagnos finns registrerad i RPU men inga vårdkontakter föreligger året före brottet kan innebära att personen diagnostiserats med tillståndet först i samband med att denne blivit misstänkt, trots tidigare vårdbehov. Det kan dock även vara så att personen har fått samma diagnos tidigare, det

49 Beroende: F10–19/N07B, psykosjukdom: F20–29/N05A, depression: F32–39/N06A, ångestsyndrom F40–48/N05B, personlighetssyndrom: F60–69, autism: F80–89, ADHD m.m. F90–98/ N06BA utan N06BA07, någon psykiatrisk diagnos: F00–99/samtliga ATC-koder ovan. Andelen gällande personlighetssyndrom och autism inkluderar enbart vårdkontakter, eftersom ingen läkemedelsgrupp kan kopplas till dessa diagnosgrupper. Även för övriga tillstånd är samslagningen av vårdkontakter och läkemedel att betrakta som ett grovt mått, eftersom vissa läkemedel kan användas för olika tillstånd.

50 Antalet genomförda RPU 2014–2017. Fler diagnoser kan ha registrerats per person, vilket gör att summan överstiger 100 procent.

51 Här ingår även diagnoser som förekom mer sällan och inte särredovisas, som utvecklingsstörning m.m.

vill säga längre bak i tiden än det senaste året (med eventuell vårdinsats). Ytterligare en möjlighet är att den psykiska ohälsan aktualiserades först i samband med – eller kort innan – brottet. Jämförelsen används här enbart som en indikation på hur många gärningspersoner som eventuellt haft ett vårdbehov men ingen vårdkontakt året före brottet.

Sällan vård vid personlighetssyndrom

När det gäller specifika tillstånd har svensk forskning från 00-talet exempelvis visat att många fängelsedömda har ADHD, och att få har diagnostiserats i barndomen, trots tydliga besvär (Ginsberg 2010). Resultaten i tabell 5 visar dock att överlappningen mellan ADHD konstaterat i RPU respektive registrerat i patientregistret är störst för just ADHD m.m. Sex av tio som hade ADHD enligt RPU hade även året före brottet varit i kontakt med vården eller hämtat ut läkemedel med anledning av denna diagnos. Det tyder på att vården idag i högre grad än tidigare fångar upp personer med ADHD-symptom. Vidare har 36 procent av alla med en diagnostiserad psykossjukdom enligt RPU haft kontakt med psykiatri och/eller hämtat ut antipsykotiska läkemedel året före brottet. För övriga tillstånd ligger motsvarande överlappning på en något lägre nivå – kring 30 procent.

Ett undantag är de gärningspersoner som enligt RPU bedömdes lida av ett personlighetssyndrom – vilket samtidigt är den vanligaste diagnosen ställd i dessa undersökningar. Enbart 8 procent av de diagnostiserade i RPU hade haft kontakt med vården med anledning av tillståndet, i varje fall under det senaste året. Enligt resultaten ovan är diagnosen särskilt överrepresenterad hos gärningspersoner vid dödligt våld. Samtidigt tyder jämförelsen med RPU på att kontakter med psykiatri kan vara ett bristfälligt mått på den faktiska förekomsten av just dessa tillstånd. Personlighetssyndrom kan vara både svårupptäckta och svårbehandlade (Swinson 2013, Palmstierna 2016).

Gärningspersonernas kontakter med psykiatri över tid

Avslutningsvis analyseras hur inslag av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld kan ha förändrats över tid. I diagram 9 redovisas det totala årliga antalet konstaterade fall av dödligt våld, antalet kända gärningspersoner⁵² samt antalet personer som hade haft kontakt med den psykiatriska vården och/eller hämtat ut läkemedel respektive vårdats inom slutenvård året före brottet.

⁵² Dvs. lagförda, men även gärningspersoner som avlidit, som inte uppnått straffansvarsalder eller som flytt utomlands.

För att jämförelsen mellan åren inte ska påverkas av det faktum att det saknas läkemedelsuppgifter för ett halvår i början av perioden, redovisas serien från och med år 2007. (Det bör påpekas att det 2007 skedde ovanligt många fall av dödligt våld; 2006 uppvisar ungefär samma nivå av dödligt våld som 2008.)

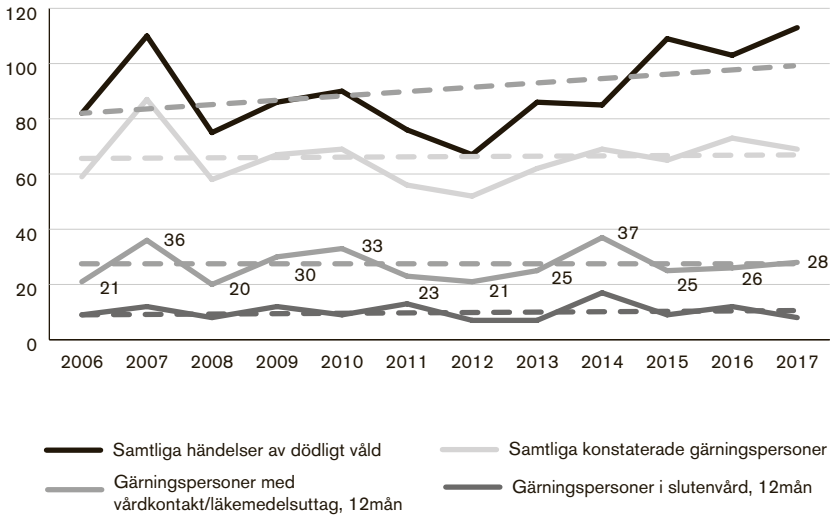
Ingen tydlig trend i psykisk ohälsa generellt

Samtliga linjer följer varandra relativt väl fram till 2012, varefter det dödliga våldet ökar tydligt. Antalet personer som kunnat kopplas till brottet ökar också, men inte i samma grad (dvs. uppkläringen minskar) och antalet personer som enligt det använda huvudmåt- tet lidit av psykisk ohälsa ligger tämligen konstant. Utan en tydlig trend finns det mellan 20 och 40 gärningspersoner årligen som varit i kontakt med psykiatrin året före brottet. Antalet gärningspersoner vårdade på sjukhus varierar kring cirka 10 om året och inte heller för denna indikator av en mer allvarlig psykisk ohälsa märks någon ökning eller minskning.

Att antalet psykiskt sjuka gärningspersoner under större delen av perioden följer utvecklingen av det dödliga våldet generellt skulle kunna tolkas som att psykisk ohälsa bidrar till denna utveckling. Den har åtminstone, i varje fall de första åren av den studerade perioden, inte varit ett fenomen helt fristående från händelser av dödligt våld där förövaren kan – utifrån de befintliga måtten – antas vara psykiskt frisk. Efter 2012, när det dödliga våldet börjat öka, minskar dock sambandet. Det är konstaterat att det är skjutningar i kriminell miljö som står bakom den övervägande delen av ökningen, det vill säga händelser som är svårutredda och där många gärnings- personer undgår lagföring (Brå 2019b). De som ändå lagförts tycks samtidigt, som redovisats i tabell 1, inte ha indikationer på psykisk ohälsa i samma utsträckning som gärningspersoner vid andra typer av dödligt våld.

Händelser av dödligt partnervåld, där den observerade psykiska ohälsan hos gärningspersonerna är särskilt vanlig, minskade i antal under samma period (ibid.). Att det inte återspeglar sig i den totala trenden i antalet psykiskt sjuka gärningspersoner har att göra med att fall dödligt våld totalt sett har ökat.

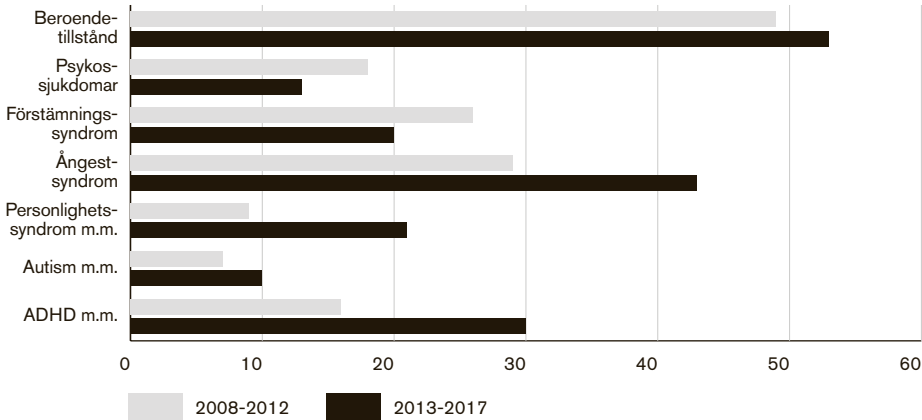
Diagram 9. Dödligt våld under 2007–2017: samtliga händelser, totalantal gärningspersoner samt antal gärningspersoner som varit i kontakt med psykiatri och/eller hämtat ut läkemedel respektive vårdats inom psykiatrisk slutenvård året före brottet.



Fler med personlighetssyndrom, ångestsyndrom eller ADHD under senare tid

För att över tid jämföra antalet gärningspersoner som varit i kontakt med vården med anledning av olika psykiatriska diagnoser har analysen avgränsats till två jämnstora perioder med brytpunkt då det dödliga våldet börjat öka i Sverige. På så sätt jämförs gärningspersoner vid dödligt våld som begåtts under 2008–2012 med motsvarande för 2013–2017.

Diagram 10. Antal personer som året före brottet varit i kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård med anledning av specifika psykiatriska tillstånd. Gärningspersoner vid dödligt våld 2008–2012 respektive 2013–2017.



I diagram 10⁵³ observeras en tydlig ökning av antalet gärningspersoner som året före brottet varit i kontakt med psykiatrin för ångestsyndrom, personlighetsyndrom,⁵⁴ ADHD m.m. och i viss grad även autism m.m.

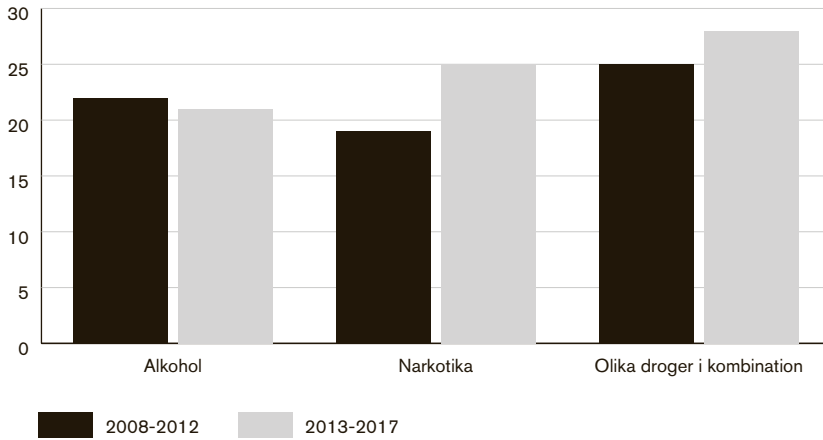
Antalet gärningspersoner som haft vårdkontakt med anledning av psykossjukdomar uppvisar däremot en nedgång efter 2012. Det tyder på att den minskande trenden som beskrivits av Sturup och Lindqvist (2014) gällande personer med en diagnos inom schizofrenispektrat bland dömda för dödligt våld 1987–2006 kan ha fortsatt⁵⁵. Även förstämningssyndrom, främst depressioner, förekommer i lägre utsträckning under den andra perioden, trots tydliga öknings i befolkningen.

53 Redovisningen följer kategorierna i ICD-10-manualens femte kapitel, dock utan mindre vanliga typer av psykisk ohälsa där antalen är för låga.

54 Främst ospecificerad personlighetsstörning (F609)

55 Studien bygger dock på rättspsykiatriska utredningar, och slutsatsen gäller *andelen* gärningspersoner med aktuell diagnos. Med tanke på att händelser av dödligt våld totalt har ökat under de senaste åren, kan dessa gärningspersoners andel ha minskat i ännu högre grad än de här redovisade antalen.

Diagram 11. Antal personer som året före brottet varit i kontakt med psykiatrisk öppen- eller slutenvård med anledning av olika typer av beroendetillstånd. Gärningspersoner vid dödligt våld 2008–2012 respektive 2013–2017.



När det gäller den vanligaste diagnosen, olika beroendetillstånd eller missbruk, observeras totalt sett en viss ökning, och som diagram 11 visar speglar den främst en uppgång i narkotikarelaterade diagnoser. När det gäller alkoholrelaterade sjukdomar har det i princip inte skett någon förändring under den studerade perioden.

Slutsatser och diskussion

Resultat i korthet

Studiens syfte har varit att beskriva förekomsten av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld utifrån händelser som ägt rum i Sverige under 2005/06–2017. Analyserna har utgått från Brås forskningsmaterial om dödligt våld, kompletterat med uppgifter från Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister.

Enligt resultaten har fyra av tio gärningspersoner en historia av psykisk ohälsa året före brottet, i termer av kontakter med psykiatrik och/eller uttag av läkemedel mot psykisk ohälsa. Andelen är större bland kvinnor, även om de är relativt få till antal i den studerade populationen. Beroendediagnoser och ångestsyndrom är vanligast förekommande hos gärningspersoner, följt av depressioner – ett mönster som liknar befolkningen, i synnerhet den manliga delen. Samtliga psykiatriska tillstånd är överrepresenterade hos gärningspersonerna jämfört med befolkningen i stort men det gäller i synnerhet beroendediagnoser (främst olika droger i kombination) och personlighetsyndrom. Att ha varit i kontakt med psykiatrik året före brottet är drygt sju gånger vanligare än vad som gäller befolkningen under ett kalenderår.

Den skattade psykiska ohälsan tycks vara särskilt frekvent när det gäller familjerelaterat dödligt våld (45 procent). I dessa fall är även tiden från den senaste kontakten med vården fram till brottstillfället kortast. När det gäller den andra stora kategorin av dödligt våld, den som sker i kriminell miljö, är psykisk ohälsa svårare att mäta, eftersom betydligt färre gärningspersoner har kunnat knytas till brottet. Bland dem som ändå ingick i Brås material förekom psykisk ohälsa i en något lägre utsträckning jämfört med annat dödligt våld (36 procent). Tre av tio gärningspersoner som genomgick en rättspsykiatrisk undersökning bedömdes ha lidit av en allvarlig psykisk störning vid brottet och nio av tio uppfyllde kriterier för en psykiatrisk diagnos. Om dessa uppgifter läggs ihop med patientdata kan närmare hälften av gärningspersonerna anses vara diagnostiserade för psykisk ohälsa. Cirka 20–40 gärningspersoner om året har, enligt

resultaten, haft en historia av psykisk ohälsa året före brottet – utan en tydlig trend under den studerade perioden.

Det handlar framför allt om mäns våld

Den absoluta majoriteten gärningspersoner som kan knytas till dödligt våld är män. Under den studerade perioden motsvarade andelen kvinnor 8 procent. När den psykiska ohälsan beskrivs för denna population är det därför viktigt att ha med sig att det huvudsakligen handlar om män.

Psykisk ohälsa hos kvinnliga gärningspersoner – vanligare eller lättare att kartlägga?

Enligt samtliga indikatorer tycks diagnostiserad psykisk ohälsa vara vanligare bland kvinnor som begår dödligt våld än bland män. Att kvinnliga förövare av våldsbrott uppvisar omfattande psykisk ohälsa har funnits även i andra studier (Trägårdh 2019, Caman m.fl. 2017, Flynn m.fl. 2011, Eronen 1995). Relativt sett fler kvinnliga gärningspersoner hade, enligt Brås resultat, haft kontakt med psykiatrien året före brottet, fler hade vårdats på sjukhus, fler hade hämtat ut läkemedel mot psykisk ohälsa och fler hade, i anslutning till brottet, försökt ta sitt liv. Kvinnliga gärningspersoner genomgår oftare en rättspsykiatrisk undersökning och bland dem är det sedan fler än bland män som bedöms ha uppfyllt kriterier för en allvarlig psykisk störning vid brottet (se även Sturup och Kristiansson 2007).

Även på befolkningsnivå visar både självrapporterade uppgifter och patientdata att den skattade psykiska ohälsan är vanligare hos kvinnor, men det finns skäl att anta att det inte nödvändigtvis speglar faktiska hälsoförhållanden. Kvinnor beskrivs som mer benägna att identifiera eventuella försämringar i sitt psykiska mående och söka hjälp (CES 2017). Det går samtidigt inte att utesluta att den psykiska ohälsan kan vara sämre hos kvinnliga gärningspersoner. Dödligt våld begånget av kvinnor är inte en del av ett våldsbeteende som traditionellt oftare förekommer hos män och delvis tillskrivs rådande maskulinitetsnormer (Pettersson 2013). Det sker i princip aldrig på gatan, i samband med nöjeslivet eller relaterat till annan brottslighet – händelser som utgör en stor del av det dödliga våldet som begås av män. För kvinnor rör det sig med andra ord om ett större normbrott. På så sätt kan psykisk ohälsa ha ett större förklaringsvärde än när män dödar. Resultaten tyder samtidigt på att en vanlig bakgrund till dödligt partnervåld som begås av kvinnor, motsvarande hälften av samtliga fall, är en destruktiv relation med hot och våld mot henne. Hennes psykiska ohälsa före brottet kan åtminstone till en del ha varit relaterad till denna utsatthet. Forskning visar även att dödligt

partnervåld med kvinnliga förövare ofta sker i självförsvar (Weizmann Henelius m.fl. 2012).

Det är även viktigt att betona att det i absoluta tal finns betydligt fler manliga än kvinnliga gärningspersoner med psykisk ohälsa. Under den studerade perioden rör det sig om 293 män och 32 kvinnor som året före brottet haft kontakt med psykiatri. I stort sett inga kvinnor hade vårdats för allvarliga tillstånd som i litteraturen förknippas med ökad risk för våldsbeteende, som psykossjukdomar eller anti-social personlighetsstörning.⁵⁶

Fler underdiagnostiserade unga män?

Det är i en familjekontext med närstående offer som psykisk ohälsa hos gärningspersonerna förekommer i större utsträckning oavsett kön. Samtidigt är det just i familjerelaterade fall som den psykiska ohälsan hos män är lättare att kartlägga, eftersom dessa fall oftast klaras upp. När det exempelvis gäller dödligt våld i kriminell miljö, som enbart handlar om män, är uppkläringen betydligt lägre och många gärningspersoner förblir okända.

Resultaten visar att kontakter med psykiatri är jämförelsevis mindre vanliga hos unga manliga förövare av dödligt våld i kriminell miljö, och när de väl sker rör de oftast någon drogrelaterad diagnos. Andra former av psykisk ohälsa finns det inte lika tydliga indikationer på i denna grupp. Som redan nämnts är våld mindre av ett normbrott för män, i synnerhet unga, vilket kan innebära att psykisk ohälsa faktiskt inte är lika vanlig hos dessa gärningspersoner. Men liksom själva våldet är det i linje med traditionellt maskulina normer att ha svårigheter med att medge och att söka hjälp för psykiska problem (SKL 2018, Lehti 2009, Wang m.fl. 2007a).

I en studie från England (Coid m.fl. 2013) jämfördes psykisk ohälsa i tre grupper av unga män i åldern 18–34 år: icke-våldsamma, våldsamma men utan gängtillhörighet respektive våldsamma medlemmar i ett gäng. Självifyllda enkäter, som innehöll bl.a. olika kliniska tester, visade att samtliga studerade tillstånd, utom depression, var signifikant vanligare hos gängmedlemmar än hos unga män som inte använde våld. Skillnaden var störst för antisocial personlighetsstörning, men var betydande även gällande drogberoende och självmordsförsök samt förhöjd för psykossjukdomar, ångestsyndrom och alkoholberoende. Högre nivåer av ångestsyndrom (inte minst posttraumatiskt stressyndrom) och psykossjukdomar hos gängmedlemmarna kunde förklaras av en kombination av våldstankar,

⁵⁶ Gällande det sistnämnda finns det sannolikt en generell underskattning i patientdata, eftersom dessa tillstånd är både svåra att upptäcka och behandla. Samtliga med denna diagnos i Brås material var dock män.

tidigare utsatthet för våld och oro för att utsättas igen. Dessa tillstånd bedömdes även ligga bakom en högre frekvens av kontakter med psykiatrin, inklusive slutenvård, jämfört med de övriga grupperna.

Även om andra redan nämnda studier tyder på en lägre benägenhet hos unga män att söka psykiatrisk vård, inom denna grupp av unga män kan det alltså vara just de från kriminella miljöer som oftare kommer (eller hamnar) i kontakt med vården. Även enligt Brås resultat hade så många som 36 procent av gärningspersoner vid dödligt våld i kriminell miljö en kontakt med psykiatrin året före brottet. Det är visserligen en mindre andel än vid annat dödligt våld, men sannolikt högre än hos andra unga män – trots att den troligen är underskattad.

Att motverka könsstereotyper

Det är utifrån redovisade resonemang angeläget att arbeta mot könsstereotyper för att öka mäns villighet att ta emot, men också att få, psykiatrisk vård. Forskning tyder på att lika svårt som det kan vara för män att – i ett första steg – identifiera sina problem som tecken på psykisk ohälsa, kan det i ett andra steg vara svårt att söka sig till vården, och i ett tredje steg att faktiskt få en psykiatrisk diagnos (SKL, 2018, Lehti 2009, Wang m.fl. 2007a). Av dem som väl diagnostiserats med psykisk ohälsa och förskrivits läkemedel, är det dessutom inte alla som av olika skäl kan eller vill medicinera (Hedlund m.fl. 2017, Sundbom 2017); utebliven medicinering har samtidigt i flera studier beskrivits som en riskfaktor bakom våld (Chang m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2014, Lichtenstein m.fl. 2012). Dessa förhållanden är viktiga att ha i åtanke vid kartläggning av psykisk ohälsa hos män som begått dödligt våld, där läkemedelsuttag används som indikator på psykisk ohälsa. Framför allt behöver det dock beaktas i ett brottsförebyggande perspektiv.

Få rättspsykiatriska undersökningar vid dödligt våld i kriminell miljö

Relativt färre manliga än kvinnliga gärningspersoner genomgår, enligt bl.a. Brås resultat, en rättspsykiatrisk undersökning (RPU) och bland dem som ändå gör det bedöms färre män ha lidit av en allvarlig psykisk störning vid brottet (se även Flynn m.fl. 2011, Sturup och Kristiansson 2007). Samtidigt är det en större andel män än kvinnor som i samband med undersökningen konstateras uppfylla kriterier för en psykiatrisk diagnos.

Det gäller dock främst andra män än de som begått dödligt våld i den kriminella miljön. Medan RPU genomförs i majoriteten av de

familjerelaterade fallen (cirka 8 av 10) är den aktuella enbart för var femte gärningsperson vid dödligt våld i den kriminella miljön – där samtliga är män. Under de senaste åren av den studerade perioden, 2014–2017, genomfördes knappt någon sådan undersökning samtidigt som just denna typ av dödligt våld ökat kraftigt. Mot bakgrund av den kunskap som finns och tyder på att det sannolikt finns ett stort mörkertal när det gäller psykisk ohälsa hos unga män kan detta vara värt att uppmärksamma.

Som nämnts inledningsvis tenderar visserligen det dödliga våldet i kriminell miljö att oftare vara instrumentellt och planerat, vilket inte indikerar svårare psykisk ohälsa i samma grad som när offret exempelvis är en närstående. Studier visar dock att det skett en karaktärsförändring i kriminella gängkulturer mot en lägre grad av hierarkisk struktur och styrning (Brå 2019a). Det handlar idag i större utsträckning om individuella konflikter, sannolikt inte alltid fria från impulser i en given situation. Den psykiska ohälsan, exempelvis i termer av missbruk eller personlighetssyndrom, skulle kunna ha ett visst förklaringsvärde i dessa fall (Coid m.fl., Kriminalvården 2013, Palmstierna 2016). Det kan vara så att de diagnoser som förekommer hos dessa unga män mer sällan uppfyller kriterier för en allvarlig psykisk störning, men en kartläggning av gruppens psykiska ohälsa kan vara viktig inte minst för att Kriminalvården ska kunna skapa förutsättningar för stöd.

Få med psykisk ohälsa begår dödligt våld

Även om samtliga psykiatriska tillstånd förekommer i högre grad hos gärningspersonerna vid dödligt våld, och vissa diagnoser är tydligt överrepresenterade jämfört med befolkningen generellt, begår de flesta personer med psykisk ohälsa inte grova våldsbrott. Utifrån resultaten var det årligen cirka 20–40 personer med tidigare kontakter med psykiatri som under den studerade perioden begått dödligt våld. Det kan ställas mot att under 2017 vårdades drygt 400 000 personer inom den psykiatriska öppen- eller slutenvården. Den absoluta majoriteten av personer som vårdats inom psykiatri har med andra ord inte ytterligare riskfaktorer som, utöver psykisk ohälsa, ökar sannolikheten för att utöva våld (Loeber och Farrington 2011, Rueve och Welton 2008, Haggård-Grann 2005), i synnerhet de få fall med dödlig utgång.

Förväntningar på psykiatri utifrån uppmärksammade fall

Trots de ovan beskrivna proportionerna har enstaka fall av dödligt våld som begåtts av en allvarligt psykiskt sjuk person tidigare

utlöst intensiv debatt och aktualiserat frågan om en översyn av den psykiatriska vården. Samma år som mordet på Anna Lindh ägde rum skedde flera uppmärksammade fall av dödligt våld där gärningspersonens psykiska ohälsa var en stark del av motivbilden. Regeringen tillkallade under hösten 2003 en nationell psykiatrisamordnare och under dennes ledning skulle en statlig utredning utifrån en mycket bred ansats se över bl.a. samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). I slutbetänkandet (SOU 2006:100) nämns i marginalen att utredningen tillsattes efter en period av flera allvarliga våldshändelser med psykiskt sjuka gärningspersoner, men det betonas att sambandet mellan grova våldsbrott och psykisk ohälsa är mycket svagt (s. 21). Ett av många förslag är visserligen en nollvision (s. 198) beträffande händelser då människor skadar sig själva eller andra på grund av psykisk ohälsa. De flesta förslagen är dock inriktade på en förbättrad livskvalitet hos personer med psykisk ohälsa generellt – i termer av fungerande psykiatrisk vård, men även rätt till bostad, meningsfull sysselsättning och delaktighet. I slutbetänkandet understryks även vikten av att minska stigmatisering kring psykisk ohälsa. Nationella psykiatrisamordningens förslag utgjorde sedan underlag för Statens psykiatrisatsning som pågick 2007–2011.⁵⁷

Hälsa eller säkerhet?

Även om breda satsningar, likt Nationella psykiatrisamordningens förslag, inte i första hand sker för att förbättra våldsprevention bör de rimligtvis, i den mån de blir framgångsrika, kunna ha en våldsförebyggande bieffekt. Vissa experter betonar dock att psykiatris primära roll är att behandla ohälsa, inte att förebygga brott (Szmukler och Holloway, 2000). När det gäller den psykiatriska vården är det alltså förstäeligt att den drivs av andra huvudmotiv än att förebygga de mest extrema och ovanliga yttringarna av psykisk ohälsa – det vill säga våldsbeteende, och i synnerhet de få fallen av dödligt våld. Enligt den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90) är det konstaterat att psykisk ohälsa innebär stora förluster för både samhället och individer. Det är sådana förluster, exempelvis i form av ökade sjukskrivningar för depressioner och ångestsyndrom samt försämrad livskvalitet hos det stora antal människor som lider av dessa tillstånd, som står i fokus för generella satsningar inom psykiatrin (ibid.).

⁵⁷ Satsningen på 3,6 miljarder utvärderades av Statskontoret som kom med relativt omfattande kritik (Statskontoret 2012). En ny statlig utredning tillsattes 2015 med uppdrag att se över möjliga åtgärder mot den ökande psykiska ohälsan (SOU 2018:90).

Riskbedömningar: svårt med positiv prediktion

Även om det inte är psykiatrins primära roll att förebygga våld är det en rimlig tanke att vården skulle kunna bidra genom vissa riktade strategier (Rueve och Welton 2008). Mot samma bakgrund som gällande den ovannämnda psykiatrisamordningen (SOU 2006:100), det vill säga flera uppmärksammade fall av dödligt våld under 2003, gav regeringen ett uppdrag åt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) att ta fram ett kunskapsunderlag om riskbedömningar inom den psykiatriska verksamheten. Utifrån denna litteraturoversikt (SBU 2005) drogs slutsatser att riskbedömningar inom psykiatri visserligen ger en bättre prediktion än slumpen, men felbedömning sker i 25–30 procent av fallen. Studier som testat olika instrument visar, inte oväntat, att det är lättare att korrekt predicera vem av psykiatripatienter som senare *inte* kommer att begå våld än vem som kommer att göra det (Wolf m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2017, Fazel m.fl. 2012). Sturup m.fl. (2011) intervjuade över 300 patienter vid utskrivning från två psykiatriska kliniker i Stockholm och följde sedan upp dessa för att kartlägga våldsamt beteende. Totalt 5,7 procent av patienterna (19 personer) begick en våldsam handling under en 20 veckors uppföljningsperiod, vilket är lägre än i flera andra jämförbara europeiska studier. Fyra av dessa bedömdes initialt tillhöra en högriskgrupp.⁵⁸ En viktig slutsats i sammanhanget var att bastalen är så låga när det gäller våld i Sverige att det försvårar positiv prediktion.

Det finns alltså en rad riskbedömningsinstrument⁵⁹ men deras träffsäkerhet är inte alltid tillfredsställande. Enligt Socialstyrelsen och de experter Brå varit i kontakt med finns det heller inga nationella riktlinjer för riskhantering inom allmänpsykiatri. Däremot kan det finnas regionala sådana. Region Stockholm har exempelvis utarbetat en del rutiner och riktlinjer för våldsriskbedömningar, men enligt Brås kontakt med regionen används dessa inte på något systematiskt eller strukturerat sätt utan främst när det föreligger ett konkret behov – oftast inom rättspsykiatri och beroendevård.⁶⁰

58 I studien testades validiteten av COVR instrument (Validation of Classification of Violence Risk)

59 Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Historical Clinical and Risk Management (HCR-20), Short Term Assessment of Risk and Treatability (START), Level of Service Inventory-Revised (LSI-R), V-RISK-10, Classification of Violence Risk (COVR) etc.) Dessa kan användas i varierande utsträckning

60 Enligt ett särskilt statistikuttag från Region Stockholm som Brå har fått ta del av finns det en journalanteckning där våldsriskbedömning omnämns för var fjärde patient inom psykiatrisk öppenvård under de senaste 12 månaderna. Det behöver inte nödvändigtvis innebära att en våldsriskbedömning har genomförts, men den har i varje fall övervägts (och 'ej våldsriskbedömning' kan i vissa fall ha antecknats). Om hela journaler bakåt i tiden granskas förekom uppgifter om att våldsriskbedömning övervägts för nästan hälften av patienterna. Uppgifterna är dock inte kvalitetsgranskade och avser enbart den offentliga vården; privat vård utgör samtidigt en stor andel av all psykiatrisk vård i Stockholm.

Instrumentens bristande sensitivitet tillsammans med den stora patientvolymen och psykiatrins primärt vårdande uppdrag gör det dock orimligt att förvänta sig en bred ansats för att identifiera våldsrisker, i synnerhet för de få fallen av dödligt våld. Det är typiskt sett lättare att i backspeglarna, efter att dödsfallet ägt rum, se över vilka åtgärder som eventuellt hade kunnat vidtas för att förhindra utfallet. Sådant arbete pågår också exempelvis genom redan nämnda dödsfallsutredningar (Socialstyrelsen 2018).

Svårast att förebygga?

Det ligger i fenomenets natur att dödligt våld av en psykiskt sjuk person, i varje fall de händelser där sjukdomen eller det akuta tillståndet varit en avgörande del av motivbilden, kan tillhöra de svåraste att förutse och förebygga. Förutom att det, utöver psykisk ohälsa, kan finnas andra individuella sårbarheter hos gärningspersoner, sker våldet ofta i en social kontext med ytterligare riskfaktorer. Känslomässiga påfrestningar i samband med en separation, som inte sällan är en del av motivet bakom dödligt våld i nära relationer, kan exempelvis vara svårare att hantera för vissa personer med psykisk ohälsa. I familjerelaterade fall kan det samtidigt finnas en relativt större teoretisk möjlighet att fånga upp riskerna jämfört med andra typer av dödligt våld. Sådant våld har, enligt resultaten, oftare föregåtts av att gärningspersonen haft kontakt med psykiatrik relativt nära brottet. Socialstyrelsen (2018) har i sina dödsfallsutredningar, som fokuserar på dödligt partnervåld och dödligt våld mot barn, visat att även offret vanligtvis varit i kontakt med vården eller en annan samhällsaktör före brottet, liksom att många gärningspersoner haft psykiska problem. Förbättrande förslag riktar Socialstyrelsen främst till andra aktörer än vården (socialtjänsten, polisen, Arbetsförmedlingen m.fl.), eftersom riskfaktorer såsom gärningspersonens arbetslöshet, tidigare belastning gällande våldsbrott eller pågående separation förekom i stor utsträckning i de granskade fallen. I det förebyggande arbetet behöver man med andra ord vara särskilt uppmärksam på psykisk ohälsa när även andra riskfaktorer föreligger.

Unga män med missbruk eller beroende och tidigare lagföringar för våldsbrott är en annan grupp där det kan vara rimligt att uppmärksamma eventuell underliggande psykisk ohälsa. Mörkertalet är sannolikt relativt stort i dessa fall. Enligt forskare som Brå har haft kontakt med i samband med projektarbetet återstår det dock att utreda formerna för hur psykisk ohälsa i denna grupp ska kartläggas och hur resultaten ska hanteras hos ibland motvilliga eller ambivalenta unga män.

Sammantaget kan den mest gångbara strategin för att förebygga dödligt våld av en psykiskt sjuk person vara att förebygga psykisk ohälsa i stort. Orsaksförhållanden gällande risk- och skyddsfaktorer bakom våld är komplexa och svåra att slå fast (Loeber och Farrington 2011, Rueve och Welton 2008, Haggård-Grann 2005). Det gäller i synnerhet de få fall av våld med dödlig utgång, där varje enskild händelse är på många sätt unik och antalsmässigt ett undantag. Att kunna förklara varför de ändå sker, eller hur stark förklaringsfaktor psykisk ohälsa utgör jämfört med andra faktorer, har heller inte varit syftet med den föreliggande studien. Även om resultaten diskuteras i ett vidare och inte minst brottsförebyggande perspektiv, ger rapporten främst en beskrivning av hur ofta det finns inslag av psykisk ohälsa hos gärningspersoner vid dödligt våld, vilka diagnoser det rör sig om och om det skett någon förändring under de senaste åren.

Referenser

- Barron, C. (2015). Mental illness does not equal to dangerous, mostly. Understanding the mix of features that can lead to crime. *Psychology Today*. September 2015.
- Belfrage, H. och Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2004(14):121–133.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2007). *Utveckling av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Rapport 2007:6. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2017). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2015*. Rapport 2017:5. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2019a). *Skjutningar i kriminella miljöer. En intervjustudie*. Rapport 2019:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2019b). *Dödligt våld i Sverige 1990–2017. Omfattning, utveckling och karaktär*. Rapport 2019:6. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2020a). *Konstaterade fall av dödligt våld. En granskning av anmäلت dödligt våld 2019*. Kriminalstatistik. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet, Brå (2020b). *Dödligt våld i den kriminella miljön, 2005–2017*. Rapport 2020:4. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Bremberg, S. och Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Forte.
- Caman, S., Kristiansson, M., Sturup, J. och Howner, K. (2017). Psychiatric characteristics and intimate partner homicide: Mental illness and mental disorders in perpetrators and victims. I Caman, S. (2017): *Intimate Partner Homicide Rates and Characteristics*. Avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.

CES (2017). *Väsentligt fler kvinnor än män vårdas för psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting*. Faktablad 2017:2. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

Chang, Z., Lichtenstein P., Långström, N., Larsson, H. och Fazel, S. (2017). Association Between Prescription of Major Psychotropic Medications and Violent Reoffending After Prison Release. *JAMA*. 2016;316(17):1798–1807.

Coid, J. W. (1983). The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychological medicine*, 13(4), 855–860.

Coid J. W., Ullrich S., Keers R., Bebbington P. m. fl. (2013). Gang membership, violence, and psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*. 2013 Sep;170(9):985-93

Conrad, P. och Bergey, M.R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Soc Sci Med*. 2014;122:31–43.

Eronen, M. (1995). Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *American Journal of Psychiatry*. Volume 152, issue 8, p. 1216–1218.

Eronen, M., Hakola, P. and Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 1996 Jun;53(6):497–501.

Fazel, S. och Grann, M. (2004). Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 161, issue 11, p. 2129–2131.

Fazel, S. och Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *The American Journal of Psychiatry* 2006. Vol. 163, p. 1397–1403.

Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009;301(19):2016-2023.

Fazel, S., Grann, M., Goodwin, G., Lichtenstein, P. och Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67, 931–938.

Fazel S., Lichtenstein P., Frisell T., Grann M., Goodwin G. och Långström N. (2011). Bipolar disorder and violent crime: time at risk reanalysis. *Archives of General Psychiatry*, 2011, 68, 123.

- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H. och Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2012; 345:e4692.
- Fazel, S., Zetterqvist J., Larsson, H., Långström N. och Lichtenstein P. (2014). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet*, 2014, 384, 1206–1214.
- Fazel, S., Wolf, A., Chang, Z. och Larsson, H. m.fl. (2015). Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015 Mar; 2(3):224–32.
- Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H. och Lichtenstein, P. m.fl. (2017). Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): a derivation and validation study. *Lancet Psychiatry*. 2017 Jun;4(6):461–468.
- Flynn, S., Abel, K.M., While, D. och Metha, H. m.fl. (2011). Mental illness, gender and homicide: A population-based descriptive study. *Psychiatry Research* 185 (2011) 368–375.
- Folkhälsomyndigheten (2019a). *Ojämlighet i psykisk ohälsa. Kunskapssammanställning*. Artikelnummer 18122. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2019b). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019*. Artikelnummer 18130. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Fuller Torrey, E. (2016). *Raisin Cain: The Role of Serious Mental Illness in Family Homicides*. Treatment Advocacy Center. Office of Research and Public Affairs. USA.
- Ganpat, S., Granath, S. och Kiviuori, J. m.fl. (2011). *Homicide in Finland, the Netherlands and Sweden. First study on the European Homicide Monitoring Data*. Rapport 2011:15. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T. och Lindfors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 2010, 10:112.
- Haggård-Grann U (2005): *Violence among mentally disordered offenders. Risk and protective factors*. Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience. Centre for Violence Prevention. Stockholm.

- Hedenrud, T.M., Svensson, S.A. och Wallerstedt, S.M. (2013). "Psychiatry is not a science like others" – a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Family Practice*, 2013 14:115.
- Hedlund, J., Forsman, J., Sturup, J. och Masterman, T. (2017). Psychotropic medications in Swedish homicide victims and offenders: A Forensic-Toxicological Case-Control Study of Adherence and Recreational Use. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jul;78(7):797–802.
- Hornborg, C. och Merlo, J. (2018). Finns det en ADHD-epidemi i Sverige? *Läkartidningen* 44–45/2018.
- Kopp, S. (2010). *Girls with social and/or attention impairments*. Doktorsavhandling. Institution för neurovetenskap och fysiologi. Sahlgrenska Akademin. Göteborgs universitet.
- Kosidou, K., Airaksinen, E., Dal, H., Åsbring, N. och Dalman, C. (2014). *Unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa. Var söker de hjälp inom landstingsvården? Söker de i högre utsträckning än andra? En jämförelse med andra åldersgrupper*. Rapport 2014:2. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Kriminalvården (2013). *ADHD i Kriminalvården. Sammanfattningsrapport*. Projektnummer 2013:266. Kriminalvården, Utvecklingsenheten.
- Kristiansson, M. och Andiné, P. (2008). *Sjuk eller frisk i rättspsykiatrisk mening. Vad säger lagen?* *Läkartidningen* nr 15/2008.
- Large, M., Smith, G. och Nielssen, O. (2019). The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009 Jul;112(1–3):123-9.
- Lassinantti, K. (2014). *Diagnosens dilemma. Identitet, anpassning och motstånd hos kvinnor med ADHD*. Avhandling. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.
- Lehti, A. (2009). *Struggling for clarity: cultural context, gender and a concept of depression in general practice*. Doktorsavhandling i folkhälsa och klinisk medicin, allmänmedicin. Medicinska fakulteten, Umeå universitet.
- Lewis, M. (2016). *The Biology of Desire: Why Addiction is not a Disease*. Scribe Publications.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J. och Sjölander, A. m.fl. (2012). Medication for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and criminality. *New England Journal of Medicine (NEJM)*, 2012, 367, 2006–2014.

- Loeber R och Farrington D P (2011): *Young Homicide Offenders and Victims. Risk Factors, Prediction, and Prevention from Childhood*. Springer-Verlag New York Inc.
- Loeber, R. (2012). Does the Study of the Age-Crime Curve have a Future? I Loeber, R. och Welsh, B.C. (2012): *The Future of Criminology*. Oxford University Press.
- Lund, C. och Forsman, A. (2005). Intended effects and actual outcome of the Forensic Mental Care Act of 1992.
- Lundström, S., Forsman, M., Serlachius, E. och Larsson, H. (2013). Childhood neurodevelopmental disorders and adult violent criminality. Prospective sibling control study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013 Jun 27.
- Lundström, S., Reichenber, A., Anckarsäter, H. m.fl. (2015). Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ* 2015; 350.
- Lysell, H., Runeson, B., Lichtenstein, P. och Långström, N. (2014). Risk Factors for Filicide and Homicide: 36 Year National Matched Cohort Study. *J Clin Psychiatry* 75:2, February 2014.
- Lysell, H., Dahlin, M., Långström, N., Lichtenstein, P. och Runeson, B (2016). Killing the Mother of One's Child: Psychiatric Risk Factors Among Male Perpetrators and Offspring Health Consequences. *J Clin Psychiatry*. Vol. 77. No 3, pp 342–347.
- Matias, A., Gonçalves, M., Soeiro, C. och Matos, M. (2020). Intimate partner homicide: A meta-analysis of risk factors. *Aggression and Violent Behavior* 50 (2020) 101358.
- Miller, B.L. (2015). Social Class and Crime. I *The Encyclopedia of Crime and Punishment*. Wiley Online Library.
- Mind (2018): *Unga mår allt sämre – eller? Kunskapsöversikt om ungas psykiska hälsa i Sverige 2018*. Mind i samarbete med Högskolan i Gävle och Länsförsäkringar.
- NCISH (2018). *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales*. October 2018. University of Manchester.
- Oram, S., Flynn, S., Shaw, J., Appleby, L. och Howard, L. (2013). Mental Illness and Domestic Homicide: A Population-Based Descriptive Study. *Psychiatric services* (Washington, D.C.). 64. 10.1176/appi.ps.201200484.
- Palmstierna, T. (2016). Risk för våld och kriminalitet vid personlighetssyndrom. *Läkartidningen*. 2016;113:DY6R.

Pettersson, T. (2013). *Grupper, maskuliniteter och våld*. Ingår i Fokus 13: unga och jämställdhet / [ed] 2013, s. 214–229. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Polyzoi, M., Ahnemark, E. och Medin, E. m.fl. (2018). Estimated prevalence and incidence of diagnosed ADHD and health care utilization in adults in Sweden – a longitudinal population-based register study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:1149-61.

Potrebny, T., Wiium, N. och Lundegård, M. M.-I. (2017). Temporal trends in adolescents' selfreported psychosomatic health complaints from 1980–2016: A systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE* 12(11).

Richard-Devantoy S., Olié, J.P. och Gourevitch, R. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *L Encéphale* 35(6):521–530, December 2009.

Rueve, M.E. och Welton, R.S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry*, 5(5), 34–46.

Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P. och Larsson, H. (2018). Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018 Aug;59(8):863–871.

Sariaslan, A., Långström, N., D'Onofrio, B. och Hallqvist, J. m.fl. (2013). The impact of neighbourhood deprivation on adolescent violent criminality and substance misuse: A longitudinal, quasi-experimental study of the total Swedish population. *International Journal of Epidemiology* 2013;42:1057–1066.

Sariaslan A, Fazel S, D'Onofrio BM, et al. (2016). Schizophrenia and subsequent neighborhood deprivation: revisiting the social drift hypothesis using population, twin and molecular genetic data. *Transl Psychiatry.* 2016;6(5):e796.

Sariaslan, A., Arseneault, L., Larsson, H., Lichtenstein, P. och Fazel, S. (2020). Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons with Psychiatric Disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(4): 359–367.

Sedler, M.J. (2016). Medicalization in psychiatry: the medical model, descriptive diagnosis, and lost knowledge. *Med Health Care Philos.* 2016 Jun;19(2):247–252.

Shaw, J., Hunt, I.M., Flynn, S. och Meehan, J. m.fl. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry.* 2006 Feb;188:143–147.

- SKL (2018). *Maskulinitet och psykisk hälsa. Strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (2008). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, handbok*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). *Statistik om patienter inom rättspsykiatrin 2014*. Art.nr: 2015-12-19. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Dödsfallsutredningar 2016–2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Underlagsrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt*. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2005). *Riskbedömningar inom psykiatrin. Kan våld i samhället förebyggas? En systematisk litteraturöversikt*. Rapport 175. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statskontoret (2012). *Statens psykiatrisatsning 2007–2011. Slutrapport*. Rapport 2012:24. Stockholm: Statskontoret.
- Stein, R. och Wassermann, D. (2014). *Fördomar om psykisk sjukdom hindrar många att söka hjälp*. Läkartidningen. 2014;111:CY3W
- Sturup, J. och Kristiansson, M. (2007). *Allvarlig psykisk störning – en svår rättspsykiatrisk bedömning. Skillnader mellan svenskar och invandrare och mellan kvinnor och män analyserade*. Läkartidningen nr 22/2007.
- Sturup, J., Kristiansson M. och Lindqvist P. (2011). Violent behaviour by general psychiatric patients in Sweden – validation of Classification of Violence Risk (COVR) software. *Psychiatry Research*. Volume 188, Issue 1, 30 June 2011, Pages 161–165.
- Sturup, J och Lindqvist, P (2014). Psychosis and Homicide in Sweden – A Time Trend Analysis 1987 – 2006. *International Journal of Forensic Mental Health*. 13. 1-7. Sturup, J. och Granath, S.

- (2015). Child Homicides in Sweden: A Descriptive Study Comparing the 1990s and the 2000s. *Homicide Studies*. Vol. 19(2) 175–187.
- Sundbom, L. T. (2017). *The influence of gender and depression on drug utilization: Pharmacoepidemiological research in Sweden*. Doktorsavhandling. Farmaceutiska fakulteten, Institutionen för farmaci. Uppsala universitet.
- Swinson, N. (2013). *Personality disorder in perpetrators of homicide*. Doctoral Thesis. University of Manchester, Faculty of Medical and Human Sciences.
- Szmukler, G. och Holloway, F. (2000). Reform of the Mental Health Act: Health or safety? *British Journal of Psychiatry* (2000) 177, 196–200.
- Thomas, K. A., Dichter, M. E. och Matejkowski, J. (2011). Intimate versus nonintimate partner murder: A comparison of offender and situational characteristics. *Homicide Studies*, 15(3), 291–311.
- Tiihonen, J., Lehti, M., Aaltonen, M. och Kivivuori, J. m.fl. (2015). Psychotropic drugs and homicide: a prospective cohort study from Finland. *World Psychiatry*.
- Trägårdh, K. (2019). *Risk Profiles of Female Perpetrators of Severe Violence*. Poster presentation. 13th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry, Göteborg, 20–22 augusti 2019.
- Varshney, M., Mahapatra, A. och Krishnan, V. m.fl. (2015). Violence and mental illness: what is the true story? *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 70, Issue 3.
- Volavka J och Swanson J (2010). Violent Behavior in Mental Illness: The Role of Substance Abuse. *Journal of the American Medical Association* (Aug. 4, 2010): Vol. 304, No. 5, pp. 563–64.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J. m.fl. (2007a). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
- Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G. m.fl.(2007b). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):177–185.
- Weizmann-Henelius, G., Grönroos, M., Putkonen, H. och Eronen, M. m.fl. (2012). Gender-Specific Risk Factors for Intimate Partner Homicide: A Nationwide Register-Based Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(8), 1519–1539.

Witt K, van Dorn R, Fazel S (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE* 8(2):e55942.

Wolf, A., Fanshawe, T.R., Sariaslan, A. och Cornish, R. m.fl. (2017). Prediction of violent crime on discharge from secure psychiatric hospitals: A clinical prediction rule (FoVOx). *European Psychiatry*. 47. 10.1016/j.eurpsy.2017.07.011

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M. och Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine* (2015), 45, 247–258.

Åsbrink, N., Dal, H., Ohrling, M. och Dalman, C. (2014). Var femte som besökte vårdcentralen fick hjälp mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. 2014;111:CZCP.

Bilageförteckning

Bilaga 1 – Brås material om dödligt våld och vårduppgifter	80
Bilaga 2 – Tabellbilaga	85
Bilaga 3 – Typologi vid dödligt våld	87

Bilaga 1

Brås material om dödligt våld och vårduppgifter

Granskning av förundersökningar och domar

Materialet som denna rapport i huvudsak baseras på är uppgifter om dödligt våld från perioden 2005–2017 som Brå har sammanställt.⁶¹ Utgångspunkten har varit polisanmälningar om fullbordade mord och dråp, barnadrap, vållande till annans död i kombination med misshandel, samt terroristbrott som omfattar något därav.

Materialet är avgränsat till händelser som ägt rum i Sverige. Samtliga anmälningar med brottskoder för dödligt våld⁶² har begärts in från Polismyndigheten. Majoriteten av dessa anmälningar visar sig i regel omfatta andra händelser än dödligt våld, det vill säga olyckor, självmord eller naturlig död (se Brå 2020a). Under de senaste åren har andelen sådana händelser bland samtliga anmälningar om dödligt våld motsvarat ungefär tre fjärdedelar. I ärenden som enligt anmälan omfattar dödligt våld har förundersökningsmaterialet begärts in från Polismyndigheten. I uppklarade fall var det istället domen som utgjorde granskningsunderlaget. Dessa hade begärts från tingsrätten, inklusive annan dokumentation såsom stämningsansökningar, personutredningar från frivården, så kallade §7-undersökningar⁶³ och rättspsykiatriska undersökningar (RPU). I överklagade fall har även domar från överrätter begärts in eller sökts upp i en databas (www.jpinfo.net.se). Genom att granska dessa uppgifter har diverse omständigheter registrerats enligt ett kodschema, med fokus på bl.a. de inblandades kön och ålder, våldsmetod, motiv, kontext med mera. Som gärningsperson betraktas huvudsakligen den som har lagförts för brottet, alternativt inte kunnat genomgå en rättslig prövning då denne avlidit, inte nått straffbarhetsålder eller flytt utomlands.⁶⁴

61 Datainsamlingen omfattar perioden 1990–2017, men i den föreliggande studien används enbart data från 2005–2017, av skäl som anges nedan.

62 Brottskoderna 0309–0313, 0392 och 7002.

63 Se avsnittet om allvarlig psykisk störning.

64 För mer detaljer kring datainsamlingen, se rapporten Dödligt våld i Sverige 1990–2017 (Brå 2019).

Uppgifter från patient- och läkemedelsregistren

Inför den föreliggande kartläggningen hade de berördas personnummer inhämtats från Brås misstankedatabas. Insamlingen har avgränsats till ärenden från och med 2005. Skälet var, förutom att själva ”påidentifieringen” varit tämligen resurskrävande, att vissa registeruppgifter (se nedan) inte finns tillgängliga för en längre föregående period.

För perioden 2005 till 2017 har Brå begärt uppgifter från patientregistret hos Socialstyrelsen gällande vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård och besök inom psykiatrisk öppenvård, samt uppgifter från läkemedelsregistret gällande uttag av läkemedel vid psykisk ohälsa. Genom personnummer har dessa uppgifter länkats till Brås ovan nämnda forskningsmaterial om dödligt våld. Patientregistret innehåller uppgifter om vårdtillfällen och besök som varje landsting rapporterar till Socialstyrelsen en gång per år⁶⁵. Registret innehåller uppgifter från både specialiserad öppenvård och slutenvård.

Internationellt används främst två olika diagnostiska system: International Classification of Diseases (ICD), framtagen av WHO, och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), framtagen av American Psychiatric Association. Det är ICD (idag i en tionde revision^{66, 67}) som den svenska sjukvården utgår ifrån för att ställa diagnoser. Urvalsramen i denna studie är kapitel 5 i ICD-10 – *Diagnoser för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar* (F00–F99),⁶⁸ Kapitlet täcker en mängd psykiatriska tillstånd, inklusive beroende- och missbruksdiagnoser och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (arbetsnamnen, dvs. benämningar som används i huvudtexten, är markerade i fetstil):

65 Patientregistret innehåller även uppgifter om patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV, men dessa finns tillgängliga endast sedan 2009 och omfattas inte av Brås uttag.

66 Den 18 juni 2018 lanserade WHO ICD-11 i form av ett digitalt klassifikationssystem. Socialstyrelsen har påbörjat en utredning om svenskt införande av ICD-11. (<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/gemensam-informationsstruktur/klassificering-och-koder/icd-10/>)

67 För klinisk diagnostik inom psykiatri används huvudsakligen DSM, som i många fall ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda patienter. Socialstyrelsen har utvecklat ett system för länkning mellan DSM-IV-TR och dåvarande Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), det vill säga svenska ICD-10-koder (<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/gemensam-informationsstruktur/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>). Det finns en konverteringstabell som de psykiatriska verksamheterna ska använda vid inrapportering till Patientregistret. Den internationella klassifikationen ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, har funnits i cirka hundra år. Sedan 1948 ansvarar Världshälsoorganisationen (WHO) för underhållet av ICD. Den 18 juni 2018 lanserade WHO, som tidigare nämnts, ICD-11 i form av ett digitalt klassifikationssystem. Socialstyrelsen har påbörjat en utredning om svenskt införande av ICD-11. (<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/gemensam-informationsstruktur/klassificering-och-koder/icd-10/>)

68 <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE/>

<p>(F00–F09) Organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar</p> <p>Demens och andra organiska psykiska störningar ("demens m.m.").</p>
<p>(F10–F19) Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser</p> <p>Psykiska störningar om kan hänföras till skadligt bruk av en eller flera psykoaktiva substanser, förskrivna av läkare eller ej – det vill säga alkohol, narkotika, tobak och läkemedel ("beroendetilstånd m.m."⁶⁹).</p>
<p>(F20–F29) Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom</p> <p>Schizofreni, med schizotyp störning, bestående vanföreställningssyndrom och en större grupp av akuta och övergående psykotiska tillstånd ("psykossjukdomar").</p>
<p>(F30–F39) Förstämningssyndrom</p> <p>Tillstånd där den grundläggande störningen är en förändring i stämningläget i riktning mot depression (med eller utan åtföljande ångest) eller mot förhöjd grundstämning. Kapitlet kan med fördel delas upp i bipolärt syndrom (F30–F31) respektive depressioner (F32–F39).</p>
<p>(F40–F48) Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom</p> <p>Olika fobiska och andra ångestsyndrom, tvångssyndrom, reaktioner på svår stress, andra neurotiska syndrom med mera ("ångestsyndrom m.m.").</p>
<p>(F50–F59) Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer</p> <p>Exempel på dessa är ätstörningar, sömnstörningar, sexuell dysfunktion (ej organisk) eller missbruk av ej beroendeframkallande substanser ("sömn- och ätstörningar").</p>
<p>(F60–F69) Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna</p> <p>Störningar och beteendemönster som framstår som ett uttryck för patientens karaktäristiska livsstil och hållning till sig själv och andra. Det rör sig om oflexibla tanke- och beteendemodeller som ofta, men inte alltid, är förenade med olika grader av subjektivt lidande och nedsatt social funktionsförmåga ("personlighetssyndrom").</p>
<p>(F70–F79) Psykisk utvecklingsstörning</p> <p>Ett tillstånd med fördröjd eller inkomplett utveckling av förståndet som främst karakteriseras av en nedsättning av de färdigheter som mognar under utvecklingstiden och som bidrar till den generella intelligensnivån, såsom kognition, språk, motorik och sociala färdigheter.</p>
<p>(F80–F89) Störningar i psykisk utveckling</p> <p>Tidiga tal- och språkstörningar ofta följda av andra störningar såsom inlärnings- svårigheter, kontaktsvårigheter, känslomässiga svårigheter och beteendestörningar. Bl.a. autism, Aspergers syndrom, m.m. ("autism m.m.").</p>
<p>(F90–F98) Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid</p> <p>Olika former av hyperaktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (ADHD, ADD m.m.), tics, beteendestörningar av utagerande slag (bl.a. trotssyndrom) med mera ("ADHD m.m.").</p>
<p>(F99) Ospecificerad psykisk störning</p> <p>Psykisk störning, ej specificerad på annat sätt.</p>

69 "Beroendetilstånd m.m." ska i denna rapport sammanfatta innehållet i diagnosgruppen F10–F19, där inte enbart beroendediagnoser, utan även exempelvis skadligt bruk av olika substanser eller abstinensproblem, ingår under egna koder.

Slutenvårdsregistret

Registret innehåller information om avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1964, men är rikstäckande från 1987. För den psykiatriska vården är registret heltäckande från 1973 med undantag av enstaka år för några landsting.

Slutenvårdsuppgifter har, enligt uppgifter från Socialstyrelsen, ett bortfall på cirka en procent för de mest frekvent använda variablerna.⁷⁰ Bortfall förekommer även i form av privata vårdgivare som inte rapporterat in data eller som inte rapporterat in varje månad. Beträffande den studerade populationen bedöms dessa brister utgöra en marginell felkälla. Förutom personnummer innehåller uttaget bland annat in- och utskrivningsdatum, aktuell huvuddiagnos och samtliga bidiagnoser vid varje inskrivning (varav minst en psykiatrisk sådan), vårdtid i antal dagar samt MVO-koder (typ av sjukhus/klinik).

Öppenvårdsregistret

Den specialiserade öppenvården blev en del av patientregistret först år 2001. När det gäller huvuddiagnos har bortfallet minskat från en mycket hög nivå, 25–30 procent de första åren, till drygt 4 procent de senaste åren. Socialstyrelsen bedömer att tidsserier från 2005 och framåt inte i någon högre grad bör vara påverkade av denna bortfallsminskning.⁷¹ Öppenvårdsregister innehåller vissa brister, eftersom de besök som rapporteras dit endast är besök hos läkare, och inte besök hos till exempel sköterskor, psykologer eller kuratorer.⁷² Brås uttag omfattar personnummer, inskrivningsdatum, huvuddiagnoser, samtliga bidiagnoser (varav minst en psykiatrisk sådan) samt MVO-koder.

Läkemedelsregistret

Uppgifter som begärts ut från läkemedelsregistret gäller så kallade ATC-koder (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*) inom N-kapitlet, det vill säga förskrivna och expedierade läkemedel med inverkan på nervsystemet. Läkemedelsregistret startades i juli 2005 och innehåller alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek.⁷³ Det finns läkemedel som kan användas vid flera

70 Huvuddiagnos saknas för cirka en procent av alla vårdtillfällen 1988–2016. Personnumret saknas eller är felaktigt på 1,6 procent av alla vårdtillfällen (ofta barn eller personer bosatta utomlands). Variablerna som avser sjukhus/klinik (MVO-koder) samt in- och utskrivningsdatum har bortfall i försumbar storlek. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/bortfall-och-kvalitet/>

71 Personlig avstämning, 2019-10-13.

72 Dessa brister medför att den psykiatriska vården inte på ett tillfredsställande vis kan beskrivas i sin helhet på nationell nivå, enligt Socialstyrelsen. Ambitionen är dock att vidga uppgiftsskyldigheten till även andra yrkesgrupper än läkare inom öppenvården. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/utvidgad-uppgiftsskyldighet-for-psykiatrisk-varld/>

73 <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/lakemedel/>

olika tillstånd.⁷⁴ Till exempel kan antiepileptiska läkemedel även användas vid bipolär sjukdom. I läkemedelsregistret saknas information om varför ett visst läkemedel har förskrivits.⁷⁵ På det hela taget bedöms de inhämtade uppgifterna dock ge en god bild av uttagen av läkemedel som är aktuella vid psykisk ohälsa, även om de inte mäter själva bruket.

74 <https://sdb.socialstyrelsen.se/pages/listinfo.aspx?amne=lak&id=TOLKA>

75 Det finns även några preparat utanför N-kapitlet som används främst för att behandla vissa psykiatriska tillstånd hos barn (R-kapitlet), men eftersom studien främst fokuserar på vuxna och deras psykiska ohälsa året före brottet, utgör avsaknad av denna information ett mindre problem.

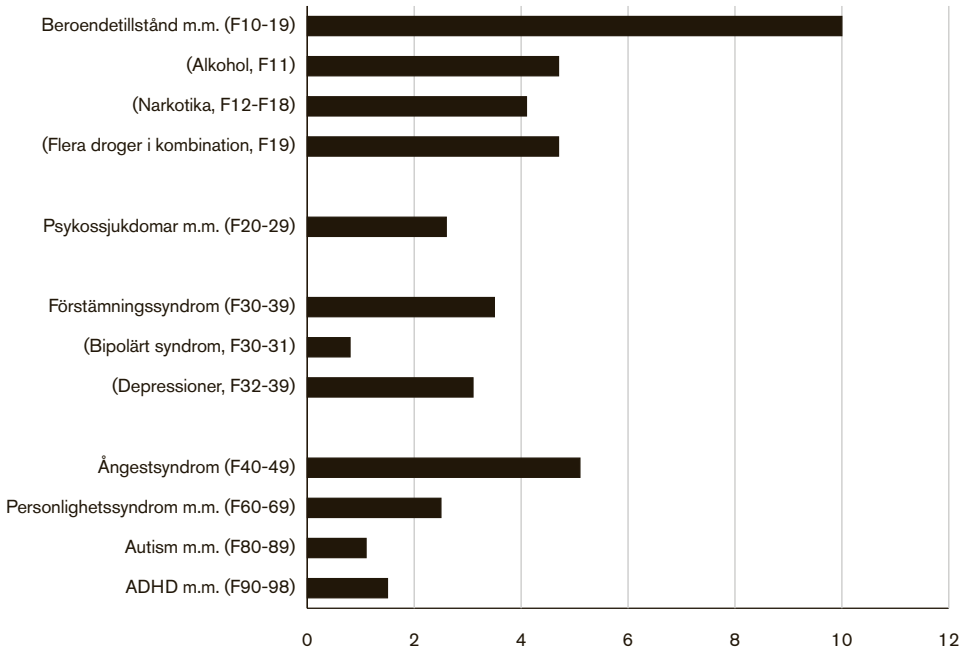
Bilaga 2

Tabellbilaga

Tabell 1b. Antal kontakter med den psykiatriska öppen- och/eller slutenvården, samt inskrivningar hos slutenvården. Gärningspersoner vid dödligt våld 2005/2006–2017, efter kön och ålder. Enbart personer som haft vårdkontakt/varit inskrivna under året före brottet.

	Vårdkontakter 12 månader före brottet (brott 2006–2017)			Enbart inskrivningar hos psykiatrisk slutenvård 12 månader före brottet (brott 2005–2017)				
	Vårdtillfällen			Vårdtillfällen			Sammanlagd vårdtid (antal dagar)	
	N	Md	Min–Max	N	Md	Min–Max	Md	Min–Max
Kvinnor	21	3	1–11	13	1	1–6	8	0–40
Män	212	2	1–20	121	3	1–10	6	5–222
20 år eller yngre	21	2	1–9	11	1	1–2	5	0–39
21–30 år	74	2	1–20	41	2	1–8	5	0–224
31–45 år	95	3	1–18	57	2	1–10	7	0–135
46 år eller äldre	43	2	1–12	25	1	1–6	9	0–137
Samtliga	233	2	1–20	134	2	1–10	6	0–224

Diagram 1b. Andelen inskrivna hos slutenvård för respektive diagnos (huvud- eller bidiagnos) under de senaste 12 månaderna före brottet. Gärningspersoner vid dödligt våld 2005–2017. N=847.



Bilaga 3

Typologi vid dödligt våld

Typologins olika kategorier bygger på en blandning av relationen mellan gärningsperson och brottsoffer, gärningspersonens motiv och andra redan redovisade omständigheter vid brottet. Enligt den kan händelser av dödligt våld delas in i följande:

- *Dödligt våld i nära relationer*: Dödligt våld där brottsoffer och gärningsperson har eller har haft en partnerrelation. Det finns inget krav på att de bor eller har bott tillsammans. Kategorin är överordnad efterföljande kategorier. Det innebär att om en gärningsperson dödar sin partner och efter utredning befinns lida av en allvarlig psykisk störning, kodas fallet som dödligt våld i nära relationer, och inte som dödligt våld begånget av en psykiskt sjuk person.
- *Övrigt dödligt våld i familjen*: Begreppet *familj* används i en extensiv mening, och omfattar även dödligt våld mot exempelvis far-/morföräldrar, barnbarn eller kusiner. Även denna kategori är överordnad efterföljande kategorier.
- *Konflikter i den kriminella miljön*: Med den kriminella miljön menas den vinningsdrivna miljö där personer enskilt eller tillsammans begår brott för att tjäna pengar. Det kan handla om brott med kopplingar till narkotikahandel eller organiserad brottslighet. Det behöver inte röra sig om medlemmar i kriminella nätverk, men de inblandade ska i någon mån vara etablerade i den kriminella miljön. Dödligt våld mellan personer med endast narkotikamissbruk som brottslighet ingår inte i kategorin. Kategorin skiljer sig också från motiv- och orsakstemat för den kriminella miljön som beskrevs i föregående avsnitt, i den meningen att såväl brottsoffer som gärningsperson ska vara del av den kriminella miljön.
- *Dödligt våld vid rån eller inbrott*: Kategorin omfattar såväl rån och inbrott i privata hem som butiksrån och personrån utomhus.

- *Dispyter i marginaliserade/missbrukarkretsar*⁷⁶: Dödligt våld där dispyter urartat och de inblandade tillhör missbrukarkretsar eller kretsar av på annat sätt marginaliserade personer.
- *Dödligt våld vid sexuella övergrepp*: Dödligt våld som är ett led i eller en direkt effekt av ett sexuellt övergrepp på offret.
- *Dödligt våld begånget av psykiskt sjuk*: Dödligt våld där det framgår av ärendet att gärningspersonens psykiska ohälsa orsakat det dödliga våldet.
- *Dödligt våld vid hatbrott*: Dödligt våld där det framgår av ärendet att det finns ett uttalat hatbrottsmotiv till våldet.
- *Övriga dispyter*: Dödligt våld i andra sammanhang där dispyter urartat. Det kan röra sig om ungdomar eller äldre som dödat varandra av till synes ganska triviala skäl.
- *Annat eller okänt*: Dödligt våld som inte passar in i någon av de övriga kategorierna, eller där uppgifterna i fallet är så knapphändiga att det inte går att kategorisera.

⁷⁶ Kategorin ingår inte i den ursprungliga typologin, utan har lagts till i Brås revidering.

Det dödliga våldets utveckling, med ökning av skjutvapenrelaterade fall i kriminell miljö, väcker oro och har även belysts i ett flertal rapporter från Brå.

I denna kartläggning beskrivs det dödliga våldet ur ett annat perspektiv, med fokus på gärningspersoners psykiska ohälsa och dess omfattning, karaktär och utveckling över tid. Analysen utgår från Brås forskningsmaterial om dödligt våld, som har kompletterats med uppgifter från patientregistret och läkemedelsregistret.

Rapporten vänder sig till rättsväsendet, myndigheter inom vård- och omsorgssektorn och en intresserad allmänhet.



Brottsförebyggande rådet/National Council for Crime Prevention

BOX 1386/TEGNÉRGATAN 23, SE-111 93 STOCKHOLM, SWEDEN

TELEFON +46 (0)8 527 58 400 ■ E-POST info@bra.se ■ www.bra.se