

Riskbedömning i kriminalvård och rättspsykiatri

Sammanfattningsrapport



Riskbedömning i kriminalvård och rättspsykiatri

Sammanfattningsrapport

Projektnummer 2013:269

Joakim Sturup, Mats Forsman, Ulrika Haggård, Daniel Karlberg, Peter Johansson

Layout: Jenny Botvidsson Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2014
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställnings nr: 7081
ISBN: 978-91-86903-49-7
Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	6
FÖRKORTNINGAR OCH FÖRKLARINGAR	7
INLEDNING	10
RISKBEDÖMNINGAR INOM RÄTTSVÄSENDET IDAG	10
RISKBEDÖMNINGARNAS HISTORIK	11
FÖRSTA GENERATIONENS RISKBEDÖMNINGAR - KLINISKT INRIKTADE BEDÖMNINGAR.....	11
ANDRA GENERATIONENS RISKBEDÖMNINGAR - AKTUARISKT INRIKTADE BEDÖMNINGAR	12
TREDJE GENERATIONENS RISKBEDÖMNINGAR - STRUKTURERADE PROFESSIONELLA BEDÖMNINGAR (SPB)	12
RISK-, BEHOV- OCH MOTTAGLIGHETSMODELLEN	14
GENOMFÖRANDE	16
DET AKTUELLA FORSKNINGSLÄGET	17
GRUPP OCH INDIVID	19
RISKBEDÖMARE	20
KLINISK KORRIGERING	21
DYNAMISKA RISKFAKTORER	21
SKYDDSAKTORER	23
STATISTISKA OCH METODOLOGISKA FRÅGESTÄLLNINGAR	24
SLUTSATSER	26
REKOMMENDATIONER FÖR FRAMTIDA FORSKNING OCH UTVECKLING	27
SKYDDSAKTORER OCH DYNAMISKA FAKTORER	27
FORSKNING GÄLLANDE DE SOM UTFÖR RISKBEDÖMNINGAR	27
METODOLOGISKA ASPEKTER.....	28
RISKHANTERING	28
REFERENSER	29

FÖRORD

Att kunna göra bedömningar av risken för fortsatt brottslighet är idag något som förväntas av rättsväsendets utredande och verkställande myndigheter. Detta är en uppgift som inte bara utförs av specialister och forskare utan även av bredare personalgrupper som poliser, klienthandläggare och frivårdsinspektörer. Det är angeläget att klargöra det vetenskapliga stödet för dessa bedömningar och göra kunskapen tillgänglig för aktiva inom fältet.

Ett stort tack till projektets vetenskapliga panel för värdefulla synpunkter under projektet: Marianne Kristiansson, professor i rättspsykiatri, Niklas Långström, professor i psykiatrisk epidemiologi och Knut Sundell, docent i psykologi.

Denna rapport är frukten av ett samarbetsprojekt mellan Kriminalvården och Rättsmedicinalverket, två myndigheter med stort intresse i frågan. Jag hoppas att denna rapport kommer vara till nytta i diskussioner om hur och av vem som riskbedömningar kan användas i praktisk verksamhet.

Norrköping den 9 september 2014

Gustav Tallving

Chef, Vetenskapliga Rådets Kansli

FÖRKORTNINGAR OCH FÖRKLARINGAR

Aktuarisk riskbedömning	En riskbedömningsmetod som helt baseras på forskningsstöd riskfaktorer som vägs samman på ett i förväg bestämt sätt. Risknivån bedöms endast utifrån modellen och kliniska bedömningar av fallspecifika faktorer skall därutöver inte förändra risken.
Area Under the Curve (AUC)	Det effektmått som en ROC-analys resulterar i och rör sig mellan 0 och 1. Ett AUC-värde på .0 antyder ett perfekt negativt samband mellan bedömningen och det faktiska utfallet, .5 antyder en slumpmässig relation och 1.0 ett perfekt positivt samband.
Inkrementell validitet	Förändring i prediktiv förmåga eller validitet när man tillför en ny risk- eller skyddsfaktor till en befintlig modell.
Intraklasskorrelationskoefficient (ICC)	Ett mått som beskriver överensstämmelsen mellan flera observatörers bedömningar.
Klinisk bedömning	En bedömning som utförs utifrån klinikers erfarenhet och kunskap. Baseras inte nödvändigtvis på förutbestämda validerade riskfaktorer.
Klinisk korrigering	Betyder att en kliniker bedömer att en individs risknivå enligt ett strukturerat instrument inte står i paritet med den faktiska risknivån och med stöd av kliniska observationer av fallspecifika faktorer justerar risknivån.
Konfidensintervall (KI)	Ett urval av individer i en undersökning är sannolikt inte en exakt återspeglning av den grupp de avser representera. KI anger ett intervall där det sanna värdet av t ex ett medelvärde finns med en viss sannolikhet, oftast 95%.
Kriminogena behov	De behovsområden som i forskning har visats vara riskfaktorer för återfall i brottslighet.
Metaöversikt	En metaöversikt sammanfattar två eller fler metaanalyser när sådana finns och är än mer övergripande i sin natur än en systematisk kunskapsöversikt.
Number needed to detain (NND)	Ett värde som uttrycker riskbedömningars träffsäkerhet och anger antalet personer som måste frihetsberövas för att förhindra ett återfall i brott. Ju lägre NND desto bättre prediktiv validitet.
Negativt prediktivt värde (NPV)	Ett mått på andelen av de som inte bedöms få utfallet enligt en bedömningsmetod som heller inte får det.

Oddsquot (OR efter engelskans odds ratio)	Ett effektmått som uttrycker sambandet mellan två variabler där utfallsvariabeln är tudelad (av typen ja/nej). OR beräknas genom oddset för utfall (t ex återfall i brott) i en grupp (t ex missbrukare) jämfört med oddset i en annan grupp (till exempel icke-missbrukare). Om $OR=1$ finns ingen skillnad i risk mellan grupperna, om $OR=2$, så har ena gruppen fördubblad risk för utfallet jämfört med den andra gruppen osv.
Positivt prediktivt värde (PPV)	Ett mått på andelen av de som bedöms få utfallet enligt en bedömningsmetod som också får det.
Prediktion	En förutsägelse av ett framtida utfall, oftast baserat på kunskap om faktorer som ökar/minskar risken för det aktuella utfallet.
Prediktiv validitet	Anger hur väl enskilda faktorer i ett instrument eller en övergripande metod eller bedömning kan predicera ett utfall.
Receiver Operating Characteristic (ROC)	Används bl a för att få fram ett numeriskt värde på en bedömningskala som bäst särskiljer den andel av individerna som är sant positiva (dvs. som har ett visst utfall) från den andel av individerna som är sant negativa (dvs. som inte har samma utfall) för ett specifikt utfall.
Reliabilitet	Anger hur samstämmigt eller precist en mät- eller bedömningsprocedur mäter det den avser mäta. Hög reliabilitet innebär högre precision; dvs. att man får liknande resultat vid upprepade mätningar av samma fenomen.
Risk	Innebär i detta sammanhang både sannolikheten för och allvarlighetsgraden i ett önskat utfall.
Sensitivitet	Sensitivitet anger en bedömningsmetods förmåga att korrekt identifiera den andel av individer som verkligen har ett visst utfall (till exempel andelen av dem som fått ett positivt provsvar som också har en viss sjukdom; s.k. sant positiva).
Specificitet	Specificitet anger en bedömningsmetods förmåga att korrekt identifiera den andel av individer som inte har ett visst utfall (till exempel andelen av dem som fått ett negativt provsvar som inte har en viss sjukdom; s.k. sant negativa).
Strukturerad professionell bedömning (SPB)	En riskbedömningsmetod som sammanväger de kliniska och aktuariska metodernas fördelar. Ansatsen innefattar att riskbedömningar skall göras av klinisk kunniga personer, men för att öka transparens och reliabilitet skall de genomföras med hjälp av förutbestämda och validerade riskfaktorer.

Systematisk kunskapsöversikt

Syftar till att göra en samlad bedömning av ett antal olika studier genom att systematiskt söka, värdera och om möjligt statistiskt väga samman resultaten (även kallad metaanalys). Där studien i förväg definierar inklusions- och exklusionskriterier.

Validitet

Uttrycker om en mätning verkligen mäter det den avser mäta (till exempel har ett måttband hög validitet för att mäta kroppslängd).

INLEDNING

Denna rapport initierades av Kriminalvården och Rättsmedicinalverket för att sammanfatta forskningsläget för våldsriskbedömningar hos personer misstänkta eller dömda för brott och identifiera eventuella kunskapsluckor på området. Rapporten syftar också till att beskriva vetenskapliga och statistiska begrepp som används inom fältet. Arbetet avser inte sammanfatta eller utvärdera enskilda riskfaktorer för våldsbeteende eller hur väl de aktuella myndigheternas operativa riskbedömningar fungerar. Inte heller avser författarna besvara frågan om riskbedömningar skall genomföras eller inte, då detta främst är en politisk och praktisk fråga. Utgångspunkten är att så länge som lagstiftning och föreskrifter ålägger myndigheter och tjänstemän att göra riskbedömningar skall dessa också genomföras enligt beprövad erfarenhet och bästa tillgängliga vetenskap. Rapporten försöker beskriva det aktuella forskningsläget och kan senare vara del i underlaget för frågan om riskbedömningar skall utföras eller inte.

Bedömningar av risk för återfall i brott har använts inom det juridiska fältet sedan slutet av 1800-talet (Monahan & Skeem, 2013) och idag finns över 120 så kallade instrument eller checklistor för att bedöma risk för återfall i vålds-, sex- eller generell brottslighet (Singh & Fazel, 2010). Vissa checklistor eller instrument är väletablerade och används praktiskt i närmare 1000 olika verksamheter (Vose et al, 2013). Användandet av riskbedömningar i Sverige är omtvistat, där vissa argumenterar för (Belfrage, 2000; Grann & Nilstun, 2000; Belfrage, 2005; Belfrage, 2007), andra emot (Forsman & Söderström, 2000; Anckarsäter, 2011; Olsson, 2013) och andra påvisar både för och nackdelar med riskbedömningar (Grann, 2002; Kristiansson, 2005; Sturup, 2013; Hellström, 2013).

Inledningsvis vill vi förtydliga skillnaden mellan det vetenskapliga fältet och det moraliskt-politiska fältet. Vetenskapen syftar till att försöka svara på vad som är *sant*. Att förkasta eller anta en hypotes (specifik aktivitet) eller att kartlägga ett forskningsläge (övergripande aktivitet) är ett vetenskapligt arbete som inte avser att svara på vad som är *rätt*. Både bland forskare och praktiker kan tre viktiga frågor gällande riskbedömningar för brott urskiljas:

- är riskbedömningar bättre än slumpen?
- är något instrument signifikant bättre än andra instrument?
- hur korrekt måste bedömningar vara för att kunna anses vara tillräckligt korrekta?

I ett vidare perspektiv avser rapporten att presentera forskningsresultat som kan hjälpa läsaren att ta ställning till dessa tre frågor.

Riskbedömningar inom rättsväsendet idag

Ett flertal myndigheter inom rättsväsendet är enligt lagstiftning, förordningar och föreskrifter ålagda att utföra riskbedömningar kring enskilda brottsmisstänkta eller -dömda. Dessa är till exempel Domstolsverket, Åklagarmyndigheten och de 21 polismyndigheterna. Domstolarna gör dagligen riskbedömningar till exempel när de beslutar om recidiv- eller kollusionsfara vid häktningsförhandlingar medan åklagare främst gör riskbedömningar vid kontaktförbudsbeslut. Poliserna gör i många akuta utredningssituationer riskbedömningar för framtida våld. Detta kan exempelvis utgöras av våld i nära relation och stalkningsfall med känd eller okänd gärningsperson. Polisens arbete har vid ett flertal tillfällen utvärderats och för mer ingående läsning hänvisas till dessa rapporter (Belfrage & Strand, 2002; Belfrage & Strand, 2007; Brå, 2010; Mellgren, Svalin, Levander & Torstensson-Levander, 2012).

Även Kriminalvården och Rättsmedicinalverket är ålagda att utföra riskbedömningar. Inom Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska utredningsverksamhet sker dessa på uppdrag av domstol vid beslut om den rättspsykiatriska vården skall förenas med så kallad särskild utskrivningsprövning (SUP).

Riskbedömningar utförs också vid riskutredningar som underlag för tidsbestämning av livstidsstraff (enligt den så kallade omvandlingslagen; Lag om omvandling av fängelse på livstid, SFS 2006:45). Riskbedömningarna gällande både SUP (SOFS 1996:14) och riskutredningar (SOSF 2006:16) är styrda av föreskrifter. Eftersom personerna som utreds inom Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska verksamhet är misstänkta eller dömda för brott sker även kontinuerliga riskbedömningar i verksamheten. I Kriminalvården sker våldsriskbedömningar i flera situationer, exempelvis anstalts-placering (Kriminalvården 2012:2, sid18-20), permission och utslussning (Kriminalvården, 2012:4, sid. 29-33; Kriminalvården, 2012:7, sid 20-23) samt inom ramen för frivårdens arbete (Svensson & Persson, 2011).

Det finns olika syften med riskbedömningar beroende på sammanhanget, men det ursprungliga syftet är att bedöma en individs risk för att återfalla i brott och vid förhöjd risk genomföra insatser för att förebygga återfall. Ett annat syfte, som sällan omnämns, är riskbedömningars betydelse vid behandling. Riskbedömningar används i detta sammanhang som ett hjälpmedel till att besluta om vem som skall erhålla behandling och i så fall vilken typ av behandling enligt den så kallade Risk, Behov- och Mottaglighetsprincipen (se sida 7; Andrews, Bonta & Hoge, 1990). Riskbedömningar används också för att utvärdera effekten av genomförd behandling (Vose, Smoth & Cullen, 2013).

Riskbedömningarnas historik

I modern tid har riskbedömningar inom olika fält systematiserats och haft en framträdande position inom till exempel finansmarknad och medicin. Inom rättsväsendet har riskbedömningar en historik som gått hand i hand med utvecklingen av den moderna rättsvetenskapen. Inom den positivistiska kriminologin, grundlagd av Cesare Lombroso i slutet av 1800-talet lades tonvikten på brottslingen före brottet och fokus i utredningar låg på brottets art och grad och inte på risken för återfall (Belfrage, 1995). Den moderna utvecklingen av riskbedömningar brukar delas in i tre faser (Andershed et al, 2010; Monahan et al, 2005).

Första generationens riskbedömningar - kliniskt inriktade bedömningar

Ursprungligen genomfördes riskbedömningar oftast av en kliniskt verksam person; läkare, psykolog, socialarbetare eller liknande, och som ofta också ansvarade för den bedömdes vård. Förtroendet för bedömarens individuella kompetens var högt och bedömningarna ifrågasattes sällan. Utredningarna var i hög grad teoribaserade och eftersom de inte var formaliserade kunde de se olika ut och saknade vetenskapligt stöd (Monahan, 1981). Detta angreppssätt utgår ifrån att kliniskt verksamma personer som är vana att bedöma individer utifrån kliniska frågeställningar också kan bedöma farlighet på ett tillförlitligt sätt. Fördelar med detta angreppssätt är att det är individspecifikt och utgår från den situation där bedömningen sker. Å andra sidan torde en oerfaren praktiker i genomsnitt göra mindre precisa bedömningar, och likaså finns det problem med genomsynligheten då det oftast är oklart vilka potentiella riskfaktorer som bedömts och varför. Riskbedömningarnas precision prövades sällan eftersom det fanns en ovilja att låta individer som bedömts som farliga att lämna sjukhus och fängelser. Vissa omständigheter ledde dock till att vissa bedömningar vetenskapligt kunde testas (Belfrage, 1995).

Fallet Baxstrom i USA 1966 kom att kasta tvivel över såväl vetenskapliga som etiska aspekter med riskbedömningar. Jonnie Baxstrom var en psykiskt sjuk fängelsedömd man som bedömts som farlig och därför tvångsintogs till psykiatriskt sjukhus efter avtjänat fängelsestraff. Men USA:s Högsta domstol ansåg att tvångsintagningen stred mot USA:s konstitution om individens rätt till frihet och beordrade utskrivning till allmänpsykiatriskt sjukhus. Fallet blev prejudicerande och cirka 1000 dömda psykiskt sjuka individer som bedömts som potentiellt farliga kom att skrivas ut. Uppföljningar av deras återfall i brottslighet visade dock att endast 20% återföll, ofta i brott utan våldsinslag (Steadman & Cocozza, 1974). Resultatet gav upphov till en häftig debatt i USA där klinikers förmåga att göra korrekta bedömningar av individers risk för våld starkt ifrågasattes. Ett välkänt exempel på detta är Ennis och Litwacks rapport "Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the Courtroom" från 1974. Författarnas kritik av kliniska bedömningar kan sammanfattas med ett citat från rapportens slutsats (vår översättning):

"Mänskligt beteende är svårt att förstå och för närvarande omöjligt att förutse. Beslutet att frihetsberöva en människa är inte en psykiatrisk fråga utan en social fråga med förbehåll för konstitutionella begränsningar. Vi måste bestämma hur mycket vi värdesätter individuell frihet; hur mycket vi bryr oss om integritet och självbestämmande; hur mycket avvikande beteende som vi kan tolerera - eller utstå. Det finns inga "experter" som kan hjälpa oss med dessa beslut (1974, sid 752)."

Ytterligare forskningsstudier följde med liknande resultat (Monahan, 1981; Monahan, 1988; Menzies, 1989). Exempelvis, i en av studierna visades att kliniker endast gjorde korrekta bedömningar i en tredjedel av fallen, det vill säga att deras bedömningar var sämre än slumpen (Monahan, 1984). Med detta menas att av tio personer som bedömts som farliga och kvarhålls på sjukhus skulle endast tre återfalla i våldsbrott. Författarna kunde visa att de bästa prediktorerna för våld inte var kliniska faktorer utan vanliga sociodemografiska och kriminologiska faktorer som kön, ålder och tidigare våldsamt beteende. De svagaste prediktorerna vid farlighetsbedömningar var psykiatriska diagnoser och andra psykiatriska och psykologiska faktorer.

Andra generationens riskbedömningar - aktuariskt inriktade bedömningar

Åtskilliga forskningsstudier kom att leda fram till aktuariska instrument som utmärks av ett starkt fokus på riskfaktorer med vetenskaplig säkerställda samband med framtida våldsbrottslighet (t ex tidigare våldsbeteende, kriminell mångsidighet och ålder vid debut i våldsbeteende). Bedömningarna baseras alltså i huvudsak på historiska data om individen, dessa sammanräknas till poäng som sedan omsätts till statistiska sannolikheter för återfall. Eftersom dåtidens forskning inte kunnat funnit stöd för att psykologiska faktorer som impulsivitet och temperament hade samband med återfall i våldsbrott avfärdades dessa, med undantag för psykopati. I syfte att kunna upptäcka och diagnosticera psykopati utvecklade psykologen Robert Hare instrumentet Psychopathy Checklist (PCL-R; Hare, 1991; Hart, Cox & Hare, 1995; Hare, 2003). PCL skapades inte för att användas som riskbedömningsinstrument, men kom ändå att användas så i stor uträkning. Det visade sig nämligen att resultaten från checklistan kunde predicera återfall i våldskriminalitet med acceptabel säkerhet och, enligt Hare själv och honom närstående professionella, bättre än något annat instrument (Hart, 1998).

Två välkända exempel på andra generationens aktuariska instrument är Violence Risk Appraisal Guide (VRAG; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998) och Static-99 (Hanson & Thornton, 1999). Dessa instrument i hög grad baseras på statiska riskfaktorer (till exempel ålder och kön), medförde detta klart begränsade möjlighet för en person att förändra sin riskprofil i riskminskande riktning. Exempelvis kom de aktuariska instrumenten att tillskriva två personer liknande risk för återfall i våldsbrott om de hade samma kön, ålder och hade begått likadana brott, oavsett skillnader i personlighet, inställning och attityd till handlingarna. Samtidigt ökade efterfrågan på riskbedömningar som kunde kopplas till förebyggande åtgärder såsom behandling och utslusningsplanering. Riskbedömningen skulle kunna omformuleras till att användas också som bas i arbetet med att minska risken för våld och återfall i kriminalitet. I de strikt aktuariska instrumenten finns ingen plats för utförarens övriga bedömning. Detta illustreras genom ett citat från upphovsmännen till VRAG (vår översättning):

"Vad vi föreslår är inte ett komplement av aktuariska metoder till kliniska bedömningar utan ersättandet av kliniska bedömningar med aktuariska metoder" (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006, sid 197)

Tredje generationens riskbedömningar - strukturerade professionella bedömningar (SPB)

Den tredje generationens riskbedömningar kan sägas väga samman första och andra generationens riskbedömningar. Metoden är ett strukturerat tillvägagångssätt där riskfaktorer från den andra generationens forskning används som bas, men utföraren väger samman riskfaktorerna och fallspecifika omständigheter till en slutgiltig bedömning. Metoden kallas strukturerad professionell bedömning (SPB);

Douglas, 2009) där en viktig skillnad från andra generationens bedömningar är att riskfaktorer inte bara skattas som förekommande eller inte och summeras enligt en på förhand fastlagd modell utan även viktas i fråga om sin betydelse i det individuella fallet. Bedömaren kan också beakta ytterligare faktorer aktuella för just den bedömde personen. Dynamiska faktorer som potentiellt kan förändras över tid har fått allt större utrymme vid bedömningarna (Andershed et al, 2010).

Enligt SPB-modellen bör riskbedömningar inte bara redogöra för risk för framtida våld, utan även ha en kommunikativ funktion genom att beskriva typ och omfattning av möjliga insatser för att hantera den aktuella risken (Douglas, 2009). Vetenskapligt har SPB-modellernas prediktiva validitet oftast utvärderats med en summerad totalpoäng baserat på antalet förekommande riskfaktorer, likt det aktuariska angreppssättet, eller så används den sammanvägda professionella bedömningen: låg, medel eller hög. Forskning har visat att den sammanvägda professionella bedömningen ökar den prediktiva validiteten mot att endast använda totalpoängen (Guy, 2008). Detta styrker att SPB endast bör användas med en professionell sammanfattande bedömning och inte med en ett sammanräknande av poäng, vilket de flesta manualer numera även understryker (se Douglas et al, 2013). Det mest kända exemplet på tredje generationens riskbedömningsinstrument är HCR-20 som fått sitt namn pga. att den består av 20 faktorer avseende historiska, kliniska och framtida riskfaktorer (Webster et al, 1997; Douglas et al, 2013). Andra exempel är Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp & Hart, 2000), som fokuserar på risk för partnervåld och Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997), för bedömning av risk för sexuellt våld. Det vetenskapliga läget gällande summerande riskgradering kontra totalpoäng är mer oklart på riskbedömningar för återfall i sexuellt våld. En metaöversikt visar jämförbara resultat mellan att använda sammanvägd professionell bedömning och användande av totalpoäng (Hanson & Morton-Bourgon, 2009).

Den största skillnaden mellan SPB och aktuariska riskbedömningar är att medan SPB avser mäta ett förbestämt antal validerade faktorer avser aktuariska instrument även att summera antalet närvarande riskfaktorer och låta den summerade antalet riskpoäng ligga som grund till den aktuella risknivån. De aktuariska metoderna kan delas in i två olika typer beroende på hur stor plats upphovsmakarna är beredda att låta individuella hänsynstaganden ha i riskbedömningen. De mer semi-aktuariska instrumenten medger att utföraren i ett enskilt fall justerar risknivån exempelvis beroende på en faktor som inte innefattas av modellen (även om de uppger att det endast skall ske i undantagsfall). Exempel på detta är t ex LSI-R och COVR. Vår beskrivning av de olika modellerna är förstås förenklingar som gjorts för att på ett begränsat utrymme försöka beskriva utvecklingen av riskbedömningar.

Tabell 1. Sammanfattning av praktiska skillnader mellan olika metoder vid riskbedömningar för våld mot andra

Metod	Exempel på instrument	Mäter risk och kriminogena behov	Mäter endast riskfaktorer baserade på forskning	Förutsätter att faktorer summeras till en totalpoäng	Instrumentet anger övergripande risknivå
Kliniskt	Erfarenhet	✓			
SPB	HCR-20	✓	✓		
Semi-aktuariskt	LSI-R	✓	✓	✓	
Aktuariskt	VRAG	✓	✓	✓	✓

Risk-, behov- och mottaglighetsmodellen

De flesta instrument eller metoder följer ett av angreppssätten enligt de olika generationerna av riskbedömningar, även om det finns ett visst överlapp. Risk-, behov- och mottaglighetsmodellen (RBM) är kanske det mest betydelsefulla ramverket för riskbedömning i relation till behandling av lagöverträdare (Blanchette & Brown 2006; Ward et al, 2007). Modellen utformades i början på 1990-talet (Andrews, Bonta & Hoge, 1990) och har sedan dess utvecklats och kontextualiserats inom personlighetsmässig och kognitiv social inlärningsteori avseende kriminellt beteende. Modellen baseras på tre principer:

Riskeprincipen innebär att en lagöverträdarens återfallsrisk kan reduceras om insatserna som sätts in är proportionerliga mot individens risk för återfall. Det har påpekats att det är viktigt att så korrekt som möjligt särskilja individer med låg respektive högre risk för återfall för att kunna sätta in de lämpligaste insatserna givet risknivån (Andrews & Bonta, 2007).

Behovsprincipen syftar till fokusera på individens brottsdrivande eller kriminogena behov i behandling. Dessa är främst dynamiska till sin natur och kopplade till kriminellt tänkande och handlande. De kriminogena behoven kan förändras och är till skillnad från statiska riskfaktorer åtminstone i teorin möjliga att påverka. De individer som är aktuella för insatser i kriminalvården har oftast flera olika behandlingsbehov, men det betyder inte att alla dessa behov är brottsdrivande (Andrews & Bonta, 2006; Andrews et al, 2006).

Mottaglighetsprincipen fokuserar på att maximera individens möjligheter att ta till sig behandlingen genom att matcha insatsen till individens motivation, styrkor och svagheter. Det finns två delar av mottaglighetsprincipen, en allmän och en specifik mottaglighet. Allmän mottaglighet innebär att arbeta med socialt-kognitiva inlärningsmetoder för att påverka destruktiva tanke- och beteendemönster. Dessa inlärningsmetoder har visats sig vara de mest effektiva av dem vi känner till idag oavsett typ av lagöverträdare (Dowden & Andrews, 2004). Den specifika mottagligheten innebär att man anpassar insatsernas innehåll, tempo och omfattning så att de matchar individens styrkor, personlighet och inlärningsförmåga.

Upphovsmännen till RBM-modellen menar att en viktig, ofta förbisedd poäng, är att bra riskbedömningar ska göra mer än att endast ange individens risknivå. Lagöverträdare kan, liksom alla individer, förändra sitt beteende som svar på omständigheter och omgivningens krav. Genom att använda behovs- och mottaglighetsprinciperna används det faktum att förändring är en basal och viktig förmåga hos alla individer och att beteendemässiga förändringar kan påverkas och åstadkommas via rätt anpassade åtgärder (Andrews & Bonta, 1990; Andrews & Bonta, 2007).

Tabell 2. Sammanställning av tio bedömningsinstrument avseende risk- och skyddsfaktorer för våldsbeteende som är vanliga i praktisk verksamhet

Instrument	Population	Antal riskfaktorer	Metod
Classification of Violence Risk (COVR)	Allmänpsykiatri, datoriserat instrument	106	Semi-aktuarisk
Historical-Clinical-Risk Management - 20 (HCR-20)	Rättspsykiatri och kriminalvård	20	Strukturerad professionell bedömning
Level of Service Inventory-Revised (LSI-R)	Rättspsykiatri och kriminalvård	54	Semi-aktuarisk
Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)	Kriminalvårdspopulation, skattning av psykopati	20	Aktuarisk
Structured Assessment of Violence Risk in Youths (SAVRY)	Ungdomar	24 + 6 skyddsfaktorer	Strukturerad professionell bedömning
Sexual Violence Risk – 20 (SVR-20)	Sexualbrottsdömda	20	Strukturerad professionell bedömning
Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)	Rättspsykiatrisk vård, bedömning av skyddsfaktorer	17 skyddsfaktorer	Strukturerad professionell bedömning
Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	Partnervåld	15	Strukturerad professionell bedömning
Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)	Rättspsykiatri och kriminalvård	12	Aktuarisk
Violence Risk Scale (VRS)	Kriminalvårdspopulation	26	Strukturerad professionell bedömning

GENOMFÖRANDE

Till grund för rapporten finns flera nyligen publicerade kunskapsöversikter som systematiskt sammanfattar vetenskapsläget. Som en komplettering till kunskapsöversikterna genomfördes enkla sökningar i vetenskapliga databaser. Sökningarna genomfördes inledningsvis på tre områden i databasen PsychInfo (Tabell 2) varefter relevanta artiklar inkluderades utan någon formell kvalitetsskattning av studierna.

Tabell 3. Specificering av sökningar i databasen PsychInfo

Område	Sökfras	Antal träffar
Kunskapsöversikter	risk assessment OR violent risk assessment OR violence risk assessment AND violen* AND meta*	51
Dynamiska risk- och skyddsfaktorer	dynam* OR protect* AND risk assessment* AND violen*	389
'Grupp mot individ'-problemet	precision AND violen* AND risk assessment	11

Vidare inhämtades övrig känd litteratur och riktade sökningar genomfördes i PsychInfo och Google Scholar. Intresserade läsare kan gå vidare till referenslistan där nyckelreferenserna inom området markerats med en stjärna. Det fullständiga namnet och referenserna till de olika riskbedömningsinstrumenten och checklistorna anges första gången som instrumentet nämns och sedan endast med sina förkortningar.

DET AKTUELLA FORSKNINGSLÄGET

Singh & Fazel (2010) sammanfattade forskningsläget för riskbedömningar inom det forensiska fältet i en metaöversikt bestående av 31 metaanalyser publicerade mellan 1995 och 2009. En översikt av metaanalyserna påvisade att strukturerade riskbedömningsinstrument uppvisade högre prediktiv validitet jämfört med kliniska bedömningar och att den prediktiva validiteten var jämförbar mellan aktuariska och SPB-instrument. Av de riskbedömnings-instrumenten som innefattades i studien kunde inget enskilt instrument uppvisa högre prediktiv validitet än något annat. Vidare framgick det att vissa studier rapporterade högre prediktiv validitet för män medan andra var högre för kvinnor. Liknande resultat fann man för betydelsen av etnicitet. Sammanfattningen uppvisades heller inga tydliga skillnader av prediktiv validitet mellan psykiatriska populationer (individer med huvudsakliga psykiatriska problem och som inte nödvändigtvis har begått brott) jämfört med icke-psykiatriska populationer (oftast kriminella grupper).

Följande metaanalys publicerades samma år som den ovan nämnda metaöversikten och innefattades därför inte i den. Yang, Wong och Coid (2010) jämförde den prediktiva validiteten för riskbedömningsinstrumenten Violence Risk Assessment Guide (VRAG; Quinsey, Harris, Rice & Quinsey, 1994), General Statistical Information for Recidivism (GSIR; Bonta, Harman, Hann & Cormier, 1996), Risk Matrix 2000 for Violence (RM2000V; Thornton, 2007), Offender Group Reconviction Scale (OGRS; Copas & Marshall, 1998), Level of Service Inventory-Revised (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995); Historical, Clinical, and Risk Management Violence Risk Assessment (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997), Violence Risk Scale (VRS; Wong & Gordon, 2006), PCL-R (Hare, 2003) och Psychopathy Checklist-Screening Version (PCL:SV; Hart, Cox & Hare, 1995). Studierna skulle utvärdera två eller flera instrument, använda våldsbrott som utfallsmått och ha publicerats mellan 1999 och 2008. I Tabell 4 rapporteras AUC från de nio utvärderade riskbedömningsinstrumenten och effekten var medelhög för alla instrument.

Tabell 4. Prediktiv validitet gällande våldsbrott för vanliga riskbedömningsinstrument. Efter Yang, Wong & Coid (2010).

Instrument	AUC
Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)	.68
General Statistical Information for Recidivism (GSIR)	.68
Risk Matrix 2000 for violence (RM2000V)	.70
Offender Group Reconviction Scale (OGRS)	.71
Level of Service Inventory-Revised (LSI-R)	.65
Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20)	.71
Violence Risk Scale (VRS)	.65
Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)	.65
Psychopathy Checklist-Screening Version (PCL:SV)	.68

Då forskarna inte fann någon skillnad i prediktiv validitet mellan dessa vanliga instrument drog de slutsatsen att riskbedömningsinstrument inte skall styras av vilket instrument som har högst prediktiv validitet utan av instrumentets relevans i den aktuella gruppen. Eftersom syftet med riskbedömningen också är att minska risken för framtida våld argumenterar författarna för att bedömare bör använda riskbedömningsinstrument som utvärderar dynamiska riskfaktorer.

Fazel, Singh, Doll & Grann (2012) genomförde en metaanalys där riskbedömningsinstrument delades in i tre subtyper efter vilken brottstyp de primärt konstruerats för att kunna predicera; våld, sexuellt våld och

generell brottslighet. Resultaten för de olika instrumenten anges i Tabell 5. VRAG, SAVRY (Borum, Bartel & Forth, 2003), HCR-20 och Spousal Assault Risk Assessment (SARA; Kropp & Hart, 2000) representerar alla instrument för bedömning av risk för icke-sexuella våldshandlingar. Instrumenten för bedömning av risk för återfall i sexuellt våld omfattade Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997), Sexual Offender Violence Risk Assessment Guide (SORAG; Quincy, Harris, Rice & Cormier, 2006) och Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) och instrumenten för generell, dvs inte specifikt våldsbrott av sexuell eller icke-sexuell karaktär, brottslighet innefattade LSI-R och PCL-R (samt PCL-SV). Studien visade att instrument som utvecklats för att bedöma risk för våld hade högre prediktiv validitet än instrument för sexuellt våld och generell brottslighet. För våldsbrott var det genomsnittliga positiva prediktiva värdet (PPV) 41%, medan 91% av de som bedömdes ha låg risk faktiskt inte begick våldsbrott (NPV; negativt prediktivt värde). Författarnas slutsats var att riskbedömningsinstrument effektivt kan urskilja vilka individer som inte kommer att begå våldsbrott, men att de är mer osäkra i bedömningar av vilka som kommer att begå våldsbrott. Därför menar man också att det kan anses vara korrekt att använda instrument för att underbygga beslut om insatser om vård och behandling, men att kan anses vara mer osäkert att använda instrumenten som underlag för beslut om tidsbestämning av straff eller fortsatt tvångsvård (Fazel, Singh, Doll & Grann, 2012).

Tabell 5. Medianeffektstorlek för prediktiv validitet gällande våldsbrott för vanliga förekommande riskbedömningsinstrument. Efter Fazel, Singh, Doll & Grann (2012).

Instrument	Median AUC (interkvartilintervall^a)
<i>Våldsbrott</i>	
Violence Risk Assessment Guide (VRAG)	.74 (.74-.81)
Structured Assessment of Violence Risk in Youths (SAVRY)	.71 (.69-.73)
Historical-Clinical-Risk Management - 20 (HCR-20)	.70 (.64-.76)
Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	.70 (NA) [#]
<i>Sexuellt våld</i>	
Sexual Violence Risk – 20 (SVR-20)	.78 (.71-.83)
Sexual Offender Violence Risk Assessment Guide (SORAG)	.75 (.69-.79)
Static-99 (REF)	.70 (.62-.72)
<i>Generell brottslighet</i>	
Level of Service Inventory-Revised (LSI-R)	.67 (.55-.73)
Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)	.66 (.54-.68)

^a Interkvartilintervallet beskriver de uppmätta värdenas spridning kring medianen och anger avståndet från den första till den tredje kvartilen.

[#] Gällande SARA återfanns för få studier för att kunna rapportera interkvartilintervallet.

En annan nyligen publicerad metaanalys fokuserar på möjliga forskareffekter på rapporterade resultat angående riskbedömningar (Singh, Grann & Fazel, 2013). Med forskareffekt menas att upphovspersoner eller andra forskare som står upphovsmännen nära, som exempelvis de som översatt ett instrument till ett annat språk (härefter kallade associerade forskare). Forskare med denna egenskap rapporterade i

vetenskapliga studier mer positiva fynd än forskare som var oberoende. Totalt undersökte man den prediktiva validiteten i 25 studier av associerade forskare och 58 studier av oberoende forskare. Resultaten visade att den prediktiva validiteten var i snitt dubbelt så hög i studierna av associerade forskare jämfört med studier av oberoende forskare. I diskussionen poängterades dock att orsaken till skillnaden kan vara att de associerade forskarna är mer noggranna än övriga forskare och att de möjligtvis använde instrumentet på ett mer korrekt sätt. Å andra sidan poängterades även att det finns en risk att forskareffekter kan bero på de ekonomiska och karriärmässiga fördelarna av positiva resultat. Inte i någon av de 25 inkluderade studierna hade utvecklaren eller översättaren följt god forskarsed och deklarerat sitt intresse i det utvärderade instrumentet (Singh & Fazel, 2010).

En central frågeställning i ett rättspsykiatriskt perspektiv är frågeställningen huruvida det är samma riskfaktorer som predicerar våldsbeteende bland psykiskt störda lagöverträdare som andra lagöverträdare. Bonta, Blais och Wilson (2014) fokuserar på denna frågeställning i en nyligen publicerad metaanalys. Studien visade att det inte förelåg någon skillnad i vilka riskfaktorer som predicerade återfall mellan de psykiskt störda lagöverträdare och andra lagöverträdare, varken i generell eller våldsbrottslighet. Resultaten visade att den enda kliniska riskfaktorn som predicerade återfall var psykopati/antisocial personlighetsstörning. Studien undersökte modellen med de centrala åtta riskområdena från Andrew och Bontas modell och fastslog att den fungerar för både psykiskt störda lagöverträdare, så väl som andra lagöverträdare. Dock var skillnaden att de fyra viktigaste riskområdena ("the big four"; kriminell historia, kriminella attityder, kriminellt nätverk, antisocialt beteendemönster) och de övriga fyra riskområdena från de centrala åtta ("central eight"; utbildningsnivå, familj, missbruk och fritid) inte lika uttalad i gruppen psykiskt störda lagöverträdare som bland andra lagöverträdare. Forskarna understryker dock att de kliniska faktorerna kan vara betydelsefulla i enskilda fall och att faktorerna är viktiga att behandla för att individen skall kunna tillgodogöra sig behandling på områden som är relaterade till återfall (Bonta, Blais & Wilson, 2014).

Sammanfattningsvis visar dessa metastudier att de mest använda riskbedömningsmetoderna predicerar någorlunda väl på gruppnivå, men att ingen ger markant bättre resultat än andra. Metastudierna visar att de aktuariska metoderna och SPB-metoderna i genomsnitt har högre prediktiv validitet för brottsåterfall än kliniska bedömningar som gjorts utan systematiserade beslutsstöd och att riskbedömningsmetoder utvecklade för vanliga lagöverträdare också är applicerbara på psykiskt störda lagöverträdare. Dock framkommer det viss snedvridning inom riskbedömningsfältet då forskare som är vetenskapligt och/eller ekonomiskt knutna till instrumenten av oklara skäl rapporterar betydligt högre prediktiv validitet.

Grupp och individ

Användbarheten av aktuariska riskbedömningsinstrument för att utvärdera en enskild individs risk för framtida brottslighet har förstås ifrågasatts. Vissa menar att det med dagens (aktuariska) instrument i princip är meningslöst att använda statistiska sannolikhetsdata för att dra slutsatser om enskilda individers risk för återfall (Hart, Michie, Cooke, 2007; Cooke & Michie, 2010; Hart & Cooke, 2013). Denna skepticism grundar sig på att skattningarna från instrumenten uppfattas vara alldeles för osäkra på individnivå. Detta har i studier exemplifierats genom att man försökt räkna fram konfidensintervall för de olika risknivåerna i instrumenten VRAG och Static-99. Man visade bland annat att konfidensintervallen för de nio risknivåerna i VRAG var så breda att endast tre kategorier skiljde sig åt på ett statistiskt säkerställt (signifikant) sätt. Det betyder exempelvis att en individ som skattats till risknivå 1 (lägst) hade lika hög risk för återfall som en individ med risknivå 4. För Static-99, som omfattar sex risknivåer, skiljde sig endast två nivåer åt statistiskt signifikant. Man räknade utöver detta fram konfidensintervall på individnivå, vilket resulterade i nästan helt överlappande konfidensintervall. Med detta sätt att räkna gick det alltså överhuvudtaget inte att särskilja individers beräknade risk för brottsåterfall när man använde individspecifika konfidensintervall. På grund av de osäkra bedömningarna av risk på både grupp- och

individnivå drog författarna slutsatsen att instrumenten inte kan användas för att bedöma en individs risk för återfall i brott på ett meningsfullt och säkert sätt (Hart, Michie & Cooke, 2007).

Dessa studier har dock kritiserats (se t ex Mossman & Selke, 2007 och Harris, Rice & Quinsey, 2007). Kritiken handlar huvudsakligen om sättet författarna använt sig av konfidensintervall för att ange precision i bedömningar för enskilda individer. Helt kort menar kritikerna att breda konfidensintervall och osäkrare förutsägelser är en oundviklig konsekvens av att de tillämpas på endast en individ. Det finns exempel på studier som visar att en riskfaktor måste vara extremt starkt kopplad till ett visst utfall (oddskvot>200) för att kunna uppnå en acceptabel precision på individnivå (Wald, 1999). Det är, mildt sagt, svårt att tänka sig enskilda riskfaktorer för framtida våld, eller för den delen alla andra prediktioner av komplext förorsakade, någorlunda ovanliga utfall, med den extrema kopplingen.

Dagens strukturerade riskinstrument presterar på gruppnivå i genomsnitt bättre än kliniska bedömningar utan systemiserat beslutsstöd avseende bedömningar av risk för framtida våld (Singh & Fazel, 2010), men riskinstrumenten kan säkerligen bli något mer precisa om vår kunskap om riskfaktorerorsaksmässiga inverkan på brottsåterfall förbättras. Av denna anledning är det viktigt att följa utvecklingen av forskning om kausala riskfaktorer (Lundström & Kuja-Halkola, 2014). Om riskinstrument, baserade på statistiska sannolikhetsdata, kan tillämpas på den enskilda individen är egentligen inte relevant. Generaliseringar från erfarenhetsbaserade sannolikheter till nya individuella bedömningar sker oavsett om man använder ett instrument för att göra det, eller om man använder sin kliniska erfarenhet och utbildning. Och om man hävdar att man inte kan säga något om en individs risk baserat på gruppbaserad sannolikhet, så är följande drastiska exempel lika självklart (vår översättning):

”... om man av någon anledning blir tvingad att spela rysk roulette och får välja mellan en revolver med en kula i trumman och en annan revolver med fem kulor i trumman, så spelar det ingen roll vilken revolver man väljer eftersom situationen är unik! (Daves, Faust & Meehl, 1989, sid 1672).”

Riskbedömare

Riskbedömningar innefattar ett antal metodologiska principer. Dessa inkluderar strävan efter att: 1) så precist som möjligt specificera den risk man skattar, 2) så klart som möjligt specificera möjliga utfall, 3) i så hög utsträckning som möjligt bedöma sannolikheten för ett oönskat utfall, och 4) så korrekt som möjligt bedöma allvarlighetsgraden av ett sådant utfall. Även vid relativa enkla riskbedömningar ingår komplexa analyser (Barnett & Breakwell, 2001) vilket kan vara en förklaring till att det kontinuerligt rapporteras att ostrukturerade bedömningar av risk ger sämre resultat än strukturerade sådana (se bl a Kleinmuntz, 1990; Kahneman, Slovic & Tversky, 1982). Det har påtalats att en del i uppdraget att genomföra riskbedömningar är att kritiskt kunna granska det vetenskapliga underlaget för att i varje enskilt fall kunna avgöra om det aktuella kunskapsläget är tillräckligt och det aktuella instrumentet kan anses vara validerat för det enskilda faktiska fallet (Douglas, 2009). En annan viktig fråga är vem eller vilka som bör genomföra riskbedömningar. Svaret på detta beror också på i vilken situation som riskbedömningen ska genomföras, vad som efterfrågas och vilka konsekvenser en sådan bedömning kan medföra. Oberoende av detta så kommer bedömningen påverkas av ett antal möjliga svårigheter, vilka redovisas.

Med några undantag är forskning om sammanhanget (kontexten) där en riskbedömning genomförs inom kriminalvård och rättspsykiatri, och bedömarens funktion, fortfarande relativt bristfällig. I en svensk studie kunde observerade skillnader i riskskattning mellan sjuksköterskor och tränade riskbedömare förklaras av hur sjuksköterskorna kände för patienten (Dernevik, Falkheim, Holmqvist & Sandell, 2001). Forskarna drog slutsatsen att inverkan av irrationella faktorer, oberoende av om riskbedömningsinstrumentet hade en aktuarisk struktur eller ej, inte går att bortse från när man genomför riskbedömningar. I studien fann man även att sjuksköterskorna generellt skattade risken högre än riskbedömningsexperterna. Det har dock inte gjorts någon uppföljning där man undersökt vilka bedömningar som uppvisade högst precision.

Tolkningen av resultaten var att möjliga skillnader i riskskattningar kan förklaras av att expertskattarna använde sig av en mer aktuarisk informationsinhämtning än sjuksköterskornas kombination och tolkning av information.

En annan svensk studie undersökte hur praktiker inom rättspsykiatri värderade potentiella riskfaktorer för våld. Resultaten visade att kliniker inom rättspsykiatri värderade kliniska riskfaktorer (psykos, insikt etc) tyngre jämfört med kontextuella riskfaktorer som klientens sociala nätverk och situation (Sturidsson et al, 2004). Med andra ord lade kliniker störst vikt vid riskfaktorer som låg inom deras ansvarsområde och expertis som de upplevde sig kunna påverka genom sitt arbete. Andra studier har funnit likvärdiga resultat (för en översikt se Elbogen, 2002). En tredje svensk studie undersökte skillnader mellan olika riskbedömare. I detta fall jämfördes vårdpersonal mot en expertgrupp i bedömningsinstrumentet HCR-20. Resultaten indikerade att de två grupperna använde sig av och tolkade information på olika sätt. Vårdpersonalen värderade den personliga kontakten högre medan expertskattarna lade större vikt på dokumentation och semi-strukturerade intervjuer (Dernevik, 2004).

Klinisk korrigerig

Klinisk korrigerig, även ibland kallat professionell korrigerig (eng: override), innebär att bedömare anser att resultatet från ett riskbedömningsinstrument inte sammanfattar den faktiska risknivån korrekt och med stöd i en eller flera, mer eller mindre tydligt definierade, faktorer korrigerar risknivån (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Korrigerigen kan både sänka och höja den ursprungliga risknivån och ett flertal riskbedömningsinstrument ger bedömare möjlighet att göra en sådan korrigerig. Det vetenskapliga underlaget för att använda klinisk korrigerig är klart begränsat; endast få studier har undersökt konsekvenser på den prediktiva validiteten.

En relativt ny studie undersökte om klinisk korrigerig påverkar den prediktiva validiteten för det aktuariska instrumentet Static-99 (Storey et al, 2012) och fann att det snarare försämrade instrumentets förmåga att predicera återfall i sexualbrott. Författarna påtalar att orsaken till detta kan vara att det i instrumentet saknas instruktioner för när och hur klinisk korrigerig ska göras, men huvudbudskapet är trots det att man ska avstå från klinisk korrigerig i dessa sammanhang (Storey et al, 2012). En annan studie undersökte den prediktiva validiteten hos Youth Level of Service-Case Management Inventory (YLS-CMI; Hoge & Andrews, 2006) för återfall bland 1138 pojkar och flickor mellan 8 och 20 år i Skottland (Vaswani & Merone, 2013). Resultaten visade att YLS-CMI signifikant predicerade återfall i generell- och allvarlig våldsbrottslighet. Dock visade även denna studie att kliniska korrigeringar försämrade den prediktiva validiteten, från AUC .68 till .54 för allvarliga våldsbrott, och AUC .72 till .61 för återfall i generell brottslighet. En meta-analys undersökte klinisk korrigerig bland sexualbrottsdömda och vad detta betydde för den prediktiva validiteten och slog fast (vår översättning):

“... till bevis (...) presenterats är den enklaste tolkningen att klinisk korrigerig endast tillför brus (Hanson & Morton-Bourgon, 2009, sid. 9).”

Dynamiska riskfaktorer

Riskfaktorer kan delas in olika typer varav den enklaste och vanligaste indelningen består i statiska respektive dynamiska riskfaktorer. De statiska faktorerna är av historisk art och är sedan tidigare väl beprövade i forskning (Bonta et al, 1998). De dynamiska riskfaktorerna har ökat i relevans sedan behandling har blivit ett allt större fokus. En central artikel om dynamiska riskfaktorer publicerades 2005 av Douglas och Skeem och har en teoretisk utgångspunkt där forskning om dynamiska riskfaktorer sammanfattas, en teoretisk referensram presenteras och framtida forskningsbehov definieras. En dynamisk riskfaktor för våld kännetecknas av att; I) den tidsmässigt föregår våldsbeteende, II) den skall kunna förändras, spontant eller genom påverkan, och III) en förändring av den dynamiska riskfaktorn skall

resultera i en förändring av sannolikheten för att individen skall begå våld (Douglas & Skeem, 2005; Monahan & Skeem, 2013).

En indelning av riskfaktorer har utarbetats av Harris och Hanson (2010) som delar in riskfaktorerna i statiska, stabila och akuta. Både stabila och akuta riskfaktorer är dynamiska i sin art men skiljer sig i arten av dynamik då de stabila är sådana faktorer som kan beskrivas som påverkbara men som inte förändras akut över timmar och dagar utan som snarare kan påverkas i det långa perspektivet med hjälp av insatser och behandling. Akuta riskfaktorer är sådana som kan förändras över timmar eller dagar och som sällan kräver någon direkt behandling utan snarare monitorering och övervakning (Harris & Hanson, 2010). Mer praktiskt översatt kan detta beskrivas så att de statiska riskfaktorerna snarare avser att beskriva *vem som skall fokuseras på* medan de stabila riskfaktorerna påvisar vad som *behandlingen skall fokusera på* och de akuta snarare styr vilka *åtgärder och vilken grad av övervakning* som skall finnas kring en individ personen återgår till samhället. Det betyder att en riskfaktor kan vara statisk, stabil och akut. Detta kan illustreras med riskfaktorn missbruk. En person med ett tidigare missbruk som begått våldsbrott under alkoholberusning har en belastande statisk riskfaktor. Om individen vidare går i behandling för att minska risken för att återfalla i missbruk behandlas en stabil riskfaktor men åtgärderna vid en frigivningssituation kommer troligtvis att innefatta en struktur för att kontrollera nykterhet som en akut riskfaktor. Resonemanget visar att den dikotoma indelningen av statiska och dynamiska delvis är missvisande och att dynamiska riskfaktorer sällan kan anses vara helt fristående från statiska riskfaktorer.

Ett exempel på ett riskbedömningsinstrument med dynamiska riskfaktorer är Violence Risk Scale (VRS). I detta instrument skattas 6 statiska riskfaktorer och 20 dynamiska riskfaktorer. De dynamiska faktorerna inkluderar bland annat kriminellt och våldsamt levnadsmönster, kriminella attityder, drogmissbruk, omgivningens stöd, och vistelse i risksituationer. De dynamiska faktorerna skattas 0-3 och det föreslås att en skattning av 2 eller 3 poäng på en enskild riskfaktor medför ett behandlingsbehov för faktorn ifråga. En poäng med VRS och liknande instrument som innefattar dynamiska faktorer är att en riskbedömning kan göras såväl innan och efter en behandlingsinsats och man kan följa om behandlingsinsatserna kan ha förändrat individens riskprofil. En viktig faktor gällande dynamiska riskfaktorer och riskbedömningar som förlitar sig på dynamiska riskfaktorer är hur ofta dessa skall genomföras för att bedömningen skall kunna vara aktuell. Generella studier av dynamiska faktorer som, i alla fall teoretiskt, anses vara relaterade till våldsbeteende tyder på att förändringar sker relativt fort (Mulvey et al, 2006). Forskningen erbjuder inga klara riktlinjer hur ofta riskbedömningar behöver uppdateras men det har föreslagits att detta skall ske åtminstone en gång om året (Vose et al, 2013). De dynamiska riskfaktorernas interbedömarreliabilitet dvs i vilken utsträckning olika bedömare av en individ kommer till samma slutsatser förefaller vara acceptabel. Viljoen et al (2012) undersökte interbedömarreliabiliteten hos riskbedömnings-instrumentet START som innefattar dynamiska risk- och skyddsfaktorer med en medel-ICC på .89 med en variation på .69-.96. Övergripande förefaller ingen studie rapportera delskale-ICC-värden under acceptabel nivå (.40) vilket tyder på att det kan anses föreligga ett vetenskapligt underlag för en intern konsistens gällande dynamiska riskfaktorer. Liknande resultat har återfunnits vid bedömning av dynamiska riskfaktorer hos sexualbrottsdömda (Harris & Hanson, 2010).

Behandling som riktats mot dynamiska, brottsdrivande faktorer som exempelvis antisociala attityder, substansmissbruk och svårigheter i relationer har visat sig ha återfallsförebyggande effekt (Andrews & Bonta, 2010; Howells et al, 2005; Pearson & Lipton, 1999). Vose och kollegor (2013) har kritiserat riskbedömningsforskningen för att vara statisk då en överväldigande majoritet av befintliga studier endast har två mätillfällen: baseline och uppföljning. Författarna argumenterar för att den nya generationens riskbedömnings-instrument, såsom t ex LSI-R, innefattar dynamiska faktorer och dessa kan förändras över tid vilket endast undersökts i begränsad omfattning. Vose och kollegor genomförde en naturalistisk studie av förändring, de studerade således inte vad som påverkat förändringen i risk hos individerna som studerades. Studien hade tre mätillfällen och visade att LSI-bedömningar vid första mätningen (T1), såväl

som vid andra mätningen (T2), var signifikant relaterat till återfall vid T3. Vidare framkom att de som hade ökat sin risk från T1 till T2 var mest benägna att återfalla under vidare uppföljning. Författarnas slutsats är att riskbedömningar skall ha ett longitudinellt perspektiv där individens förändring över tid bör studeras för en så korrekt bedömning som möjligt (Vose et al, 2013).

Skyddsfaktorer

Många forskare anser att forskningen fokuserat för mycket på riskfaktorer vilket resulterar i att man missar viktig information om möjliga riskreducerande effekter av skyddsfaktorer och att skyddsfaktorer är viktiga för en korrekt bedömning att risken för återfall i brott (se bland annat DeMatteo, Heilbrun & Marczyk, 2005; Haggård-Grann, 2007; Salekin & Lochman, 2008). Detta kan illustreras av att författarna till denna rapport endast identifierat fyra riskbedömningsinstrument där skyddande faktorer ingår (SAPROF, START, IORNS & SAVRY). Det är dock viktigt att påpeka att skyddsfaktorer inte är något nytt fenomen utan säkerligen ingår i kliniska riskbedömningar, och till viss del i SPB-bedömningar, men forskningsmässigt har väldigt litet gjorts i ämnet (de Vries Robbé & de Vogel, 2009). Därför saknas ännu konsensus om definitionen av en skyddsfaktor. Vissa betraktar en skyddsfaktor som frånvaron av en riskfaktor (Costa, Jessor & Turbin, 1999) medan vissa som motsatsen till en riskfaktor (Webster et al, 2004). För det mesta betraktas skyddsfaktorer som faktorer som genom att fungera som ett slags "buffert" modererar riskökande faktorerens effekt på ett oönskat utfall (Rutter, 2003). Det empiriska underlaget för skyddsfaktorer är dock alltjämt begränsat inom området antisocialitet (se bl a de Ruiter & Nicholls, 2011 och Abidin et al, 2013). Preventionsforskningen om barn- och ungdomars utveckling av antisocialt beteende är betydligt mer välutvecklad (se bl a Blum & Ireland, 2004). Identifikation och användning av skyddsfaktorer i riskbedömningsinstrument utvecklades även först inom barn- och ungdomsområdet genom SAVRY (Borum, Bartel & Forth, 2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster et al, 2004) är ett riskbedömningsinstrument för att värdera återfallsrisk inom den närmaste framtiden som består av 20 dynamiska faktorer. Inventory of Offender Risk, Needs and Strengths (IORNS; Miller, 2006) är ett självskattningsinstrument som avser att identifiera risk, behov och styrkor hos kriminella vilket även det innefattar skyddsfaktorer. Det senast utvecklade instrumentet är Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF; de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé, 2007), vilken enbart beaktar skyddsfaktorer för våld. I den senaste versionen av SAPROF (de Vogel, de Ruiter, Bourman & de Vries Robbé, 2012) ingår 17 variabler, varav två räknas som statiska (intelligens och trygg anknytning i barndom) och de resterande som dynamiska (bl a interpersonella faktorer såsom "coping", självkontroll, behandlingsmotivation och kontextuella faktorer såsom socialt nätverk, arbete och meningsfull fritid samt professionellt stöd). De variabler som innefattas av instrumentet baseras på forskningslitteratur samt klinikers erfarenheter. I likhet med andra riskbedömningsinstrument såsom HCR-20 kodas variablerna på en tregradig skala (närvarande, delvis närvarande eller frånvarande). Checklistan har översatts till 10 olika språk, däribland svenska (de Vries Robbé, de Vogel, & Douglas, 2013; Wallinius, Jersak & Anderberg, 2011).

Valideringen av den prediktiva validiteten hos ovanstående instrument är ännu i sin linda; även om existerande studier till viss del stödjer att skyddsfaktorer kan förbättra densamma utöver statiska riskfaktorer (Miller, 2006; Abidin, et al, 2013; Yoon, Spehr & Brinken, 2011; de Vries Robbé, de Vogel & de Spa, 2011; de Vries Robbé, de Vogel & Douglas, 2013). En retrospektiv studie gällande återfall i våldsbrott har visat att det finns ett marginellt inkrementellt prediktionsvärde i skyddsfaktorer (de Vries Robbé, de Vogel & de Spa, 2011). Studien utvärderade återfall i våldsbrott bland 126 lagöverträdare som skrivits ut från den rättspsykiatriska vården i Holland. Vid bedömningar med riskfaktorer som enda underlag (total HCR-20-poäng) rapporterades AUC vara .81 och när skyddsfaktorer (SAPROF) innefattades i analysen (total HCR-poäng minus total SAPROF-poäng) ökade det prediktiva värdet till .85. Liknande resultat har rapporterats av samma forskargrupp gällande skyddsfaktorer för intrainstitutionellt våld (de Vries Robbé, 2014). Studien rapporterade våldsincidenter bland 399 individer inom

rättspsykiatrisk vård. Den prediktiva validiteten för HCR-20 var .73 och SAPROF .72. Resultatet av den sammanlagda risken (mätt med HCR) minus de sammanlagda skyddsfaktorerna (mätt med SAPROF) resulterade i en AUC på .76. Liknande resultat har rapporterats från en engelsk studie genomförd i en kriminalvårdspopulation (Ullrich & Coid, 2011). Studien rapporterade att av 15 möjliga skyddsfaktorer för återfall i våldsbrottslighet var fem relaterade till minskad återfallsfrekvens, de flesta var relaterade till socialt nätverk, och var relaterade till minskad återfallsrisk i låg, medelhög och hög risk.

Statistiska och metodologiska frågeställningar

Gällande riskbedömningar finns det flertal viktiga statistiska utfallsmått och resonemang som är viktiga. Gällande olika mått på prediktiv validitet finns för- och nackdelar med de flesta metoderna. Under de senaste åren har praktisk och teoretisk forskningslitteratur ifrågasatt ROC-analyser som "state-of-the-art", i alla fall exklusivt användande av detsamma (Fazel et al, 2012; Singh & Pettilä, 2013). Även om man försökt ersätta ROC med till exempel Diagnostic Odds Ratio (DOR; Fazel et al, 2012) är den nuvarande samlade bedömningen att ROC-metoden fortfarande har minst nackdelar, men bör kompletteras med andra metoder då ROC inte är tillräckligt bra eller heltäckande för att ensamt användas som underlag för kliniska beslut (Mossman, 2013; RAGEE, 2013). Ett annat problem med nuvarande prediktiva modeller är att de huvudsakligen fokuserar på att skilja ut våldsamma från icke-våldsamma individer och inte jämföra hur väl utfallet matchar den bedömda risken (Singh, 2013). Vidare har flera studier påvisat att riskbedömningsinstrumentens prediktiva validitet i en stor utsträckning drivs av enskilda delfaktorer (Coid et al, 2011; Johansson, Dernevik & Johansson 2013; Mills, Kroner & Hemnati, 2007). Coid och medarbetare undersökte den prediktiva validiteten hos HCR-20, PCL-R och VRAG bland 1353 manliga fångar i England. Utfallsmåttet var återfall i våldsbrott enligt ett polisregister. Alla icke signifikanta items exkluderades från analyserna. Resultaten gällande PCL-R påvisade en ökning i prediktiv styrka (AUC .63 för fulla skalan och .68 för delskalan; 17 exkluderade items). Detsamma gällde HCR-20 (AUC .67 till .69; 12 exkluderade items) och VRAG (AUC .70 till .71; 7 exkluderade items). Författarna argumenterade för att en glastaks-effekt med riskbedömningar är nådd och att det är svårt att nå högre prediktiv validitet än .75 vilket verkar vara det högsta medianvärdet som ett instrument kan uppvisa (jämför även med resonemanget av Fazel, Singh, Doll & Grann, 2013).

Problemet med låga bastal har behandlats av Rogers (2000) och ett flertal andra forskare (Large & Nielssen, 2011; Nielssen, 2013; Szmukler & Rose, 2013). Bastalproblematiken kan sammanfattas med svårigheterna att förutsäga ovanliga händelser och utgår från det positiva prediktiva värdet (PPV), det vill säga andelen av de individer som bedöms ha ett framtida utfall som faktiskt senare får det. Även i grupper med ett relativt högt bastal i situationer där riskbedömningar används (>30% återfall) är det med nuvarande instruments sensitivitet och specificitet svårt att uppnå ett högt PPV. Såsom flera artiklar har visat så kommer PPV även under goda förhållanden sällan att överstiga 50% (Large & Nielssen, 2011; Szmukler & Rose, 2013). För att undvika en våldshandling kommer myndigheter under gynnsamma förhållanden uppnå ett NND värde på 2. Man behöver alltså inkapacitera 2 individer för förhindra 1 återfall och man kan inte i förväg veta vem som är återfallare av dessa två. Under ogynnsamma förhållanden är denna siffra betydligt högre. Ett sätt att undvika låga bastal är att använda mera extensiva utfallsmått, det vill säga att utvärdera mer förekommande men mindre allvarliga utfall. Detta har även resulterat i vidare kritik då att forskningen i tillräckligt stor utsträckning inte differentierat allvarligheten i utfallsmåttet, dvs att särskilja t ex ringa misshandel från mord (Large & Nielsen, 2011).

Nilsson et al (2009) redogör för praktiska problem med riskbedömningar och riskbedömningsforskning. Den första invändningen är att riskbedömningsforskningen anses förlita sig för mycket på ROC-analyser. Författarna påminner om att ROC-analys är en metod att transformera kontinuerlig data till kategorisk data. Genom att använda ROC-analyser kan forskare undvika att behöva sätta ett tröskelvärde på de kontinuerliga bedömningarna som sker på gruppnivå, sannolikheten för ett utfall i olika grupper, men att i det enskilda fallet måste ett tröskelvärde sättas och i vissa situationer innefattar detta till exempel att

kvarstanna i fängelse eller på rättspsykiatrisk vård. Det vill säga att riskbedömningar i de flesta fall utvärderas med metoder som är anpassade på gruppnivå men sällan är anpassade efter den praktiska verksamheten med de dikotoma utfallsmått som ofta måste användas t ex om en individ skall kvarstanna på institution eller inte.

En ytterligare faktor som kan anses vara problematisk är reliabilitet över tid i grupper av icke-samtränade kliniker (Nilsson et al, 2009; Sturup et al, in press). Majoriteten av studier gällande reliabilitet inom riskbedömningar utförs på forskare som för en specifik studie använder ett eller flera instrument och har möjlighet att arbeta ihop sig. De gör många skattningar på kort tid med goda resurser och gott om tid. Detta är inte situationen i klinisk verksamhet då resurserna är små och tiden är kort.

SLUTSATSER

Riskbedömningar utgör nu operativt arbete enligt lagar och föreskrifter inom Kriminalvården och Rättsmedicinalverket och det är av vikt att riskbedömningar sker enligt det aktuella kunskapsläget. Detta betyder inte att de skall ske på exakt samma sätt inom de två myndigheterna då utformningen bör anpassas efter syfte och kontext. Vi har försökt beskriva forskning som talar för såväl som emot riskbedömningar. Resultaten från rapporten antyder att riskbedömningar bör innefatta dynamiska faktorer, oavsett om dessa definieras som risk- eller skyddsfaktorer. Forskningen på detta fält är dock fortfarande i en tidig fas och det är av vikt att inte bortse från den information som statistiska riskfaktorer faktiskt tillför.

De största utmaningarna för riskbedömningsforskningen torde vara att öka precisionen av enskilda bedömningar, utprova metoder för att testa detta samt att göra riskbedömningar mer individspecifika. Vi är av uppfattningen att arbetet gällande just dynamiska faktorer och skyddsfaktorer är viktiga i detta arbete. Därtill ligger det en framtida utmaning i att utarbeta forskning kring kausala riskfaktorer och dess betydelse för återfall. Gällande de tre frågorna som inledde denna rapport har det visat sig att *riskbedömningar är bättre än slumpen, men inget instrument är signifikant bättre än andra*. Den tredje frågan; *hur precisa bedömningar som krävs för att de ska kunna anses vara tillräckligt korrekta* är obesvarad och den torde inte heller bäst kunna besvaras med forskning. Det är allmänheten och våra politiska företrädare som måste värdera detta utifrån de underlag som forskare kan tillhandahålla.

REKOMMENDATIONER FÖR FRAMTIDA FORSKNING OCH UTVECKLING

Skyddsfaktorer och dynamiska faktorer

När forskningen kring skyddsfaktorer och dynamiska riskfaktorer granskas är det slående att den står i sin linda. Sett ur klient- och behandlingsperspektiv torde dynamiska faktorer vara ett viktigt område för Kriminalvården och Rättsmedicinalverket. En springande punkt är att fokusera på kausala riskfaktorer och mekanismer. Relevansen av dynamiska riskfaktorer är dessutom låg om de inte också kopplas till behandlingsinsatser enligt RBM-principerna. Behandlingsforskningen inom kriminalvårdsfältet är under utveckling och visar på begränsat lovande resultat. Svensk forskning tyder på att framför allt de klienter som fullföljer vissa behandlingsprogram har lägre återfallsrisk än jämförbara grupper som inte genomgått behandling. Resultaten för andra program förefaller mer oklara medan enstaka program uppvisat negativa resultat. Denna typ av forskning, vilken bygger på jämförelser av grupper, är förstås viktig men ur ett riskbedömningsperspektiv lämnar den bedömaren ambivalent. Således kan det anges att ett område av vikt för riskbedömningar är relationen mellan intraindividuell förändring och återfall. Få program har utvärderats genom att mäta hur riskförändring som en konsekvens av behandlingen är relaterad till återfall i brott. Att inkludera information om behandling i riskbedömningar kräver att riskbedömaren har tillgång till information om risken för återfall i brott innan, såväl som efter, en intervention och att dessa uppgifter finns åtkomligt vid tiden för riskbedömningen. Typiskt sett lutar sig de flesta riskbedömningsinstrument till en stor del mot statiska faktorer men dessa är dock omöjliga att båda förändra och behandla. Dynamiska riskfaktorer har därför en särställning när det gäller kombinationen av riskbedömning och efterföljande behandling för att reducera höga risknivåer. I svensk kontext finns det endast mindre forskning på både vilka faktorer som kan anses dynamiska och vilken betydelse de har för risknivån. Dock är det svårt att undersöka denna fråga. Många intagna går mer än ett program vilket gör det svårt att avgöra vilket program som har orsakat en förändring. De dynamiska faktorerna förändras över tid vilket också påverkar möjligheterna att genom forskning studera kausalitet i de här processerna.

Forskning gällande de som utför riskbedömningar

Få studier har undersökt de som bedömer andra, det vill säga själva riskbedömarna, och detta är således ett eftersatt område. Möjligen kan det vara så att riskbedömningar slår i det som har kallats ett prediktivt glastak beroende på att forskningen i huvudsak har fokuserat på de som riskbedöms och i lägre utsträckning fokuserat på de som riskbedömer. Ett område som torde vara av stor vikt för både Kriminalvården och Rättsmedicinalverket är forskning om riskbedömningar skall göras av generalister eller specialister. Det finns inget vetenskapligt underlag som pekar på om alla linjeanställda, till exempel inom frivården, skall göra riskbedömningar eller om detta arbete borde koncentreras till vissa specialiserade personer. Sådan forskning torde också kunna drivas som samarbetsprojekt mellan myndigheterna.

Enligt vad som framkommer i Monahan och Skeem (2013) och Brehmer (1980) är det av vikt att arbetet med riskbedömningar kvalitetssäkras och att bedömarna får återkoppling. Detta skulle kunna utformas på flera olika sätt. En möjlig återkoppling skulle vara att några gånger om året genomföra en mellankollegial analys där egna nyligen utförda riskbedömningar avidentifieras och skickas till andra för bedömning och tvärtom. När nu Kriminalvården i verkställighetsplaneringen (VSP) inför ett nytt riskbedömningsinstrument bör resurser inom FoU-området avsättas särskilt avseende kvalitetssäkring och uppföljning av det nya instrumentet, de klienter som riskbedöms och de personer som riskbedömer. Riskbedömningen utgår från RBM-modellen och har ett tydligt behandlings- och riskhanteringsfokus. Då Kriminalvården kunde ha infört en redan validerad metod är initiativet med ett nytt icke-validerat instrument inte oproblemiskt. Men med möjligheterna att skräddarsy utformandet efter Kriminalvårdens behov, och med resurser för att utvärdera och förbättra metoden i praktisk verksamhet, torde detta kunna bli den bästa lösningen för Kriminalvården i det långa loppet. Det finns stora vinster med att redan från

början systematiskt samla in data för att underlätta för att forskare ska kunna utvärdera bedömningar och de personer som gör bedömningarna. Genom att följa klienters bedömningar över tid torde man kunna öka kunskapen om de dynamiska faktorerna och se hur detta relaterar till återfall. Då klienter på grund av administrativa åtgärder byter handläggare kommer klienter få olika riskbedömare. Genom att specialstudera dessa fall torde man kunna undersöka enskilda riskbedömares tendens att bedöma individer som att vara i t ex låg eller hög risk. Genom sådan typ av forskning och med efterföljande intervention genom utbildning och praktisk återkoppling torde en hög samstämmighet kunna uppnås. Både återkopplingsformat och utbildning skulle kunna tas fram i samarbete mellan Kriminalvården och RMV.

Metodologiska aspekter

En viktig aspekt av myndighetsutövning likt den som Kriminalvården och Rättsmedicinalverket utför är att redogöra för vilken osäkerhet som finns i de bedömningar som görs. För att kunna göra detta krävs en insyn i det aktuella forskningsfältet vilket kan tillgodoses genom adekvata utbildningsåtgärder för de anställda som kommer att få i uppdrag att genomföra riskbedömningar. För att öka transparensen bör framtida studier som finansieras av Kriminalvården och Rättsmedicinalverket ha ett krav, eller i alla fall en stark propå, att analyser med hjälp av ROC skall kompletteras med andra statistiska analysmetoder för att utvärdera relationen mellan riskskattning och utfallsvariabel. Ett flertal empiriska studier och teoretiska artiklar påvisar att den nuvarande riskbedömningsforskningen med ett fåtal undantag har misslyckats med att grunda riskbedömningar i bakomliggande teorier. Detta kan ses som synnerligen belastande för forskningen och framtida forskningsinsatser torde fokusera på teoribaserade studier. Detta gäller synnerligen för området dynamiska risk- och skyddsfaktorer och ett speciellt fokus bör ligga på kausala faktorer.

Riskhantering

Forskningen på området som är av störst vikt i praktisk prevention, riskhantering, innefattas inte i denna rapport men det kan anges att få studier fokuserar på frågeställningar relaterat till detta. En riskbedömning kan vara hur korrekt som helst men om det saknas strategier för att hjälpa den bedömda individen hantera sin risk faller riskbedömningen platt. Det behöver knappast understrykas att även riskhanteringsarbetet bör vila på en vetenskap och evidensbaserad grund varefter det torde ligga i Kriminalvården och Rättsmedicinalverkets intressen av att initiera studier på riskhanteringsområdet.

REFERENSER

- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., & Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgment instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, *13*, 197.
- Anckarsäter, H. (2011). Läkare ska inte spekulera. SVD-brännpunkt 2011-08-05. *Svenska dagbladet*.
- Andershed, H., Wirius, A., Sturup, J., Lindqvist, P., & Kristiansson, M. (2010). Riskbedömning – Aktuella principer, praktik och en blick framåt. I A. H. Berman, & C. A. Farbring (Eds.), *Kriminalvård i praktiken: Strategier för att minska risken för återfall i brott och missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). LSI-R: The level of service inventory-revised user's manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, *17*, 19-52.
- Barnett, J. & Breakwell, G. M. (2001). Risk perception and experiences: Hazard personality profiles and individual differences. *Risk Analysis*, *21*, 171-177.
- Belfrage, H. (1995). *Brottsligheten, psykiatrin och samhället. Introduktion till den medicinska kriminologin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Belfrage, H. (2000). *HCR-20 – Senare års forskning och utveckling i Sverige. Riskbedömning vid rättspsykiatrisk utredning*. RMV-rapport 2000:1, Rättsmedicinalverket.
- Belfrage, H. (2005). Få vårdenheter uppfyller kraven på riskbedömningar inom psykiatrin. Sundsvallsmodellen ett sätt att möta Socialstyrelsens krav efter Arvikafallet. *Läkartidningen*, *102*, 134-137.
- Belfrage, H. (2007). Modern riskbedömning skall skydda offer. *Tidskriften Brottsoffer* 2: 17.
- Belfrage, H., & Strand, S. (2002). *Polisiär bedömning för risk av risk för upprepat partnervåld (SARA:PV). Slutrapport från ett utvecklingsprojekt i Kalmar, Kronoberg och Blekinge län*. Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.
- Belfrage, H., & Strand, S., (2007). *Polisiära bedömningar och åtgärder vid stalkning. Ett utvecklingsprojekt vid Södertörn och Kalmar län*. Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.
- Brå (2010). *Strukturerad riskanalys vid våld mot närstående*. Brå-rapport 2010:20. Brottsförebyggande rådet.
- Blanchette, K., & Brown, S. L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Blum, R. W. & Ireland, M. (2004). Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of adolescent health*, *35*, 493-500.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk -20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: British Columbia Institute on Family Violence and Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H.A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior* *19*:278-287.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The Prediction of Criminal and Violent Recidivism among mentally disordered offenders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *123*, 123-142.*
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Farrington, D., Rogers, R. (2011). Most items in structured risk assessment instrument do not predict violence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *22*, 3-21.
- Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychological risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 480-490.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science* *243*:4899:1668-1674.
- DeMatteo, D., Heilbrun, K., & Marczyk, G. (2005). Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *International Journal of Forensic Mental Health*, *4*, 147-157.

- de Ruiter, C., & Nicholls, T. L. (2011). Protective factors in forensic mental health: A new frontier. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 160-170.
- de Vogel, V, de Ruiter, C, Bourman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V, de Ruiter, C, Bourman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English Version*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V, de Ruiter, C, Bourman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk (2nd ed.)*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 178-186.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (submitted for publication). Assessing protective factors for sexually violent offending: The value of the SAPROF.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Douglas, K. S. (2013). Risk factors and protective factors: a two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry, 24*, 440-457.*
- de Vries Robbé, M., Mann, R. E., Maruna, S., & Thornton, D. (2013). Protective factors supporting desistance from sexual offending. (submitted for publication).
- Dernevik, M. (2004). Professional risk assessment in clinical practice: The role of relevant clinical data gathering and context for the accuracy of structured professional risk assessment. In: *Structured clinical assessment and management of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders*. PhD thesis at Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Dernevik, M., Falkheim, M., Holmqvist, R., & Sandell, R. (2001). Implementing risk assessment procedures in a forensic psychiatric setting: Clinical judgement revisited. In D. Farrington, C. Hollin, & M. McMurrin (Eds.), *Sex and Violence: The psychology of crime and risk assessment* (pp. 83-101). London, Routledge.
- Douglas, K. S. (2009). Assessing risk for violence using structured professional judgment. *AP-LS News*, winter 2009, American Psychology-Law Division.*
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{V3}: Assessing risk for violence – Users guide*. Burnaby, Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.*
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (2004). The importance of staff practices in delivering effective correctional treatment: A meta-analysis of core correctional practices. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 48*, 203-214.
- Elbogen, E. B. (2002). The process of violence risk assessment: A review of descriptive research. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 591-604.
- Ennis B. J., & Litwack, T. R. (1989) Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the Courtroom. *California Law Review* 62;3:693-752.
- Fazel, S., Singh, P., Doll, H., & 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. *British Medical Journal, 345*: e4692.*
- Forsman, A., & Söderström, H. (2000). *Etik och metodproblem vid rättspsykiatriska riskbedömningar*. RMV-rapport 2000:1, Rättsmedicinalverket.
- Grann, M. & Nilstun, T. (2000). Rättspsykiatriska riskbedömningar är etiskt försvarbara. *Läkartidningen* 97, 581-583.
- Grann, M., Sturidsson, K., Haggård-Grann, U. et al., (2000). Methodological development: Structured assessment and community monitoring (SORM). *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 442-456.
- Guy, L. (2008). *Performance indicators of the structured professional judgement approach for assessing risk for violence to others: a meta-analytic survey*. Thesis, Simon Fraser University.
- Haggård-Grann, U. (2007). Assessing violence risk: A review and clinical recommendations. *Journal of Counseling and Development, 85*, 294-301.*
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment, 21*, 1-21.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving Actuarial Risk Assessment for Sex Offenders*. Ministry of the Solicitor General of Canada.

- Harris, A. J. R. & Hanson, R. K. (2010) Clinical, actuarial and dynamic risk assessment of sexual offenders: Why do things keep changing? *Journal of Sexual Aggression* 16;3:296-310.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). Manual for the psychopathy checklist: Screening version (PCL-SV). Toronto, Multi-Health System.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments – Evaluating the ‘margins of error’ of group versus individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry*, 190, 60-65.
- Hellström, C. (2013). Farlighetsbedömningar är möjliga men kräver intresse och kunskap. Debattartikel på Läkartidningens hemsida. <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=19373>.
- Johansson, D., Dernevik, M., & Johansson, P. (2013). *Risikobedömningar inför fängelsepåföljd*. Kriminalvårdens reprocentral, Kriminalvården.*
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Eds.). (1982). *Judgments under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107, 296-310.
- Kriminalvården (2012:2) *Handbok om särskilda villkor för långtidsdömda och placering i riksmottagning*. Kriminalvårdens reprocentral, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2012:4). *Handbok om permission och annan tillfällig vistelse utanför anstalt*. Kriminalvårdens reprocentral, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2012:7). *Handbok om särskilda utslutningsåtgärder*. Kriminalvårdens reprocentral, Kriminalvården.
- Kristiansson, M. (2005). Risk- och behovsanalys – från riskbedömning till riskprevention. I: SOU 2005:54 *Framtidens kriminalvård. Del 2*. Norstedts Juridik.*
- Kropp, R., & Hart, S. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Probability and loss: two sides of the risk assessment coin. *The Psychiatrist*, 35, 413-418.
- Lundström, S., & Kuja-Halkola, R. (2014). *Orsaker till kriminalitet-sammanfattningsrapport*. Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
- Menzies, R. (1989). *Survival of the sanest. Orders and disorder in a pre-trial clinic*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mellgren, C., Svalin, K., Levander, S., & Torstensson-Levander, M. (2012). *Risikanalytisk i polisverksamhet*. FoU-rapport 2012:2, Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Miller, H. A. (2006). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strengths in a sample of pre-released general offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 767-782.
- Mills, J. F., Kroner, D. G., & Hemnati T. (2007). The validity of violence risk estimates: an issue of item performance. *Psychological Services*, 4, 1-12.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behaviour: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 249-257.*
- Monahan, J., & Skeem, J. (2013). Risk redux: the resurgence of risk assessment in criminal sanctioning. *Federal Sentencing Reporter*.*
- Mulvey, E. P., Odgers, C., Skeem, J., Gardner, W., Schubert, C & Lidz, C. (2006). Substance use and community violence: A test of the relation on a daily level. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 74;4:743-754.
- Nielssen, O. (2013). Scientific and ethical problems with risk assessment in clinical practice. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 1198-1199.
- Nilsson, T., Munthe, C., Gustavson, C., Forsman, A., & Anckarsäter, H. (2009). The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 400-407.
- Olsson, H. (2013). Den psykiatriska risikobedömningen: En i stort sätt omöjlig uppgift som (i Frankrike) kan leda till åtal och straff. *Läkartidningen* 110, 290.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. American Psychological Association.
- RAGEE (2013) Risk Assessment Guidelines for the Evaluation of Efficacy. Elaboration Document with Item Exemplars. www.forensicriskassessment.com/web/wp-content/uploads/2013/06/Elaboration-Dokument.pdf.

- Rice, M., & Harris G. (2005). Comparing effect sizes in Follow-Up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29, 615-620.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behaviour*, 24, 595-605.*
- Rutter, M. (2003). Commentary: Causal processes leading to antisocial behavior. *Developmental Psychology*, 39, 372-378.
- Salekin, R. T., & Lochman, J. E. (2008). Child and adolescent psychopathy: The search for protective factors. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 159-172.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31, 499-513.*
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2013). Authorship bias in violence risk assessment? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 8, e72484.*
- Sjöstedt, G., & Grann, M. (2002). Risk assessment: what is being predicted by actuarial prediction instruments? *International Journal of Forensic Mental Health* 1, 179-183.
- SOSF (1996:14). Rättsmedicinalverkets föreskrifter och allmänna råd om rättspsykiatriska undersökning. Socialstyrelsen.
- SOSF (2006:16) Riskutredning inför prövning av omvandling av fängelse på livstid. Socialstyrelsen.
- Steadman, H., & Cocozza, J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, MA, USA: Lexington Books.
- Storey J. E., Watts, K. A., Jackson, K. J., & Hart, S. (2012). Utilization and implications of the Static-99 in practice. *Sexual Abuse*, 24, 289-302.
- Sturidsson, K., Haggård-Grann, U., Lotterberg, M., Dernevik, M., & Grann, M. (2004). Clinicians' perceptions of which factors increase or decrease the risk of violence among forensic out-patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 23-36.
- Sturup, J. (2013). Riskbedömningar för våld mot andra: Teoretiska och praktiska aspekter. *Psykisk Hälsa* 1:15-23.*
- Sturup, J., Edens, J. F., Sorman, K., Karlberg, D., Fredriksson B., & Kristiansson, M. (in press). Field reliability of the psychopathy Checklist-Revised among life sentenced prisoners in Sweden. *Law and Human Behavior*.
- Svensson, K., & Persson, A. (2011). *Personutredningar. Organisation, profession och (risk)bedömningar*. Kriminalvårdens reprocentral, Kriminalvården.
- Szmukler, G. & Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: Values and costs. *Behavioural Sciences & the Law* 31;1:125-140.
- Ullrich, S., & Coid, J. (2011). Protective factors for violence among released prisoners – effects over time and interactions with static risk. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 79;3:381-390.
- Vaswani, N., & Merone, L. (2013). Are there risks with risk assessments? A study of predictive accuracy of the Youth Level of Service-Case Management Inventory with young offenders in Scotland. *British Journal of Social Work*, 1-19.
- Vose, B., Smith, P., & Cullen, F. T. (2013). Predictive validity and the impact of change in total LSI-R score on recidivism. *Criminal Justice & Behavior*, 40, 1383-1396.
- Wallinius, M., Jersak, H., & Anderberg, S. (2011). SAPROF: Riktlinjer för bedömning av skyddsfaktorer mot våldsrisk. Psykiatri Skåne, Verksamhetsområde Rättspsykiatri, Sege Park, 205 05, Malmö.
- Ward, T., Mesler, J., & Yates, P. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20*. Mental Health Law and Policy Center, Simon Fraser University, Burnaby, CA.
- Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2004). *Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Clinical guide for evaluation risk and recovery. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Yoon, D., Spehr, A., & Briken, P. (2011). Structured assessment of protective factors: a German pilot study in sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 834-844.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 36 40