

## **Riskbedömningar – Möjligheter och omöjligheter**

av Martin Grann

### **1. Inledning**

Den här bilagan behandlar de forensiska riskbedömningar som utförs i samband med olika beslut om friförmåner m m inom kriminalvården och den rättspsykiatriska vården, vanligtvis av rättspsykiater, psykolog eller kriminalvårdsinspektör/frivårdsinspektör, och som avser risken att en viss individ skall begå våldshandlingar eller andra allvarliga brott i framtiden. Bilagan syftar till att kort beskriva utvecklingen på området under senare år, belysa de delvis vitt skilda perspektiv på riskbedömningar utifrån vilka debatten om dessa bedömningar förts och kommentera debatten om riskbedömningarnas vara eller icke-vara som ett selektivt inkapaciteringsinstitut bland lagöverträdare, med eller utan psykisk störning, vilka på grund av svårheten i tidigare brottslighet eller andra omständigheter anses vara farliga. Denna del syftar också till att ge en allmänt hållen bild av hur man i dagsläget bland forskare och praktiker i allmänhet anser att riskbedömningar bör genomföras.

### **2. Går det att förutse farlighet?**

Det här är en populär debattfråga som sedan åtminstone 1970-talet dykt upp med jämna mellanrum i kriminalvård och rättspsykiatri. I perioder varierar samhällsklimatet. Tidigare betonades behandlingsaspekter och solidaritetstänkande visavi de kriminella, och en enig kår av psykiater och psykologer gjorde gällande att farlighet *inte* går att förutse. Sedan 1990-talet har samhällsklimatet och den allmänna opinionen förändrats till att nu med stor kraft betona samhällsskyddsaspekter i kriminalvård och rättspsykiatri. En lika enig kår av ”experter” från psykiatri anser nu att farlighet faktiskt går att bedöma. De kollegor som stått kvar på skepticisms perrong och sett tåget gå har fått finna sig i en otacksam utanförposition. Intressant nog har både skeptiker och optimister i alla tider ansett sig ha stöd för sina respektive ståndpunkter i aktuell forskning. Dessa erfarenheter vittnar om hur komplicerat ämnet är och att mycket hänt de senaste 25 åren på området. Men utvecklingen visar också att empiriska forskningsresultat kan tolkas olika beroende på med vilken grundsyn man tillgodo-gör sig dem.

Frågan *Går det att förutse farlighet?* är i själva verket meningslös. Den för oundvikligen såväl dem som ridderligt anser sig stå ”på patienternas/klienternas sida” som dem som med stor entusiasm bevakar samhällets behov av skyddsåtgärder in i en återvändsgränd. Detta är olyckligt eftersom det kan ge såväl utomstående som till och med de inblandade själva intrycket att de flesta rättspsykiatrer, psykologer, socialarbetare o.s.v som arbetar inom området *antingen* står på patienten/klientens sida *eller* på övriga samhällets och potentiella brottsoffers sida. Detta är inte sant. Personligen kan jag inte komma på en enda person jag stött på inom kriminalvården eller rättspsykiatri som stämmer in på den beskrivningen.

Grundproblemet med sättet att fråga *Går det att förutse farlighet?* är det utgår från att behovet eller uppdraget i sammanhanget skulle vara att *predicera*, det vill säga på förhand korrekt identifiera vilken eller vilka individer som inom en given framtid kommer vara farliga och vilka som inte kommer vara det. I själva verket har detta mycket lite att göra med de riskbedömningar som professionella inom kriminalvård och rättspsykiatri är satta att göra, och inte heller finns det ett sådant uppdrag eller mandat från lagstiftarens sida. Syftet med riskbedömningsinstitutet, såsom det i gällande rätt kommer till uttryck i t.ex. Lagen om Rättspsykiatrisk Vård § 16 (utskrivning) eller i Lagen om Kriminalvård i Anstalt § 32 (permission), är att *förhindra* våldshandlingar och andra oönskade utfall, inte *predicera* dem. Detta kan tyckas som en försåtlig lek med ord, men jag skall i det följande försöka visa hur avgörande denna nyansskillnad i verkligheten faktiskt är för förståelsen för vad som är möjligt respektive vad som inte är möjligt när det gäller riskbedömningar.

### 3. Farlighetsbedömningar då och nu

Om forskningen om farlighetsbedömningar brukar sägas att den på allvar tog fart under 1970-talet i USA. Då som nu hölls på obestämd tid individer som befunnits skyldiga till allvarliga brott och som led av psykisk störning och uppfattades som farliga inspärrade på särskilda institutioner. Då som nu omprövades frihetsberövandet i domstolar eller domstolsliknande nämnder med jämna mellanrum, varvid, då som nu, det var vanligt att en sakkunnig förordnades som stöd för prövningen av farlighetsrekvisitet för fortsatt tvångsvård. Dessa sakkunniga var, då som nu, psykiatrer och psykologer som gjorde så goda och hederliga bedömningar de kunde och förmedlade sina synpunkter till domstolen eller nämnden.

Samhällskritiska vindar blåste på de amerikanska universiteten under denna tid. Man började fråga sig hur tillförlitliga dessa bedömningar egentligen var. Hur mycket godtycke fanns inte i dessa ”experter” utsagor om framtiden – utsagor vars konsekvenser ju kunde vara mycket långtgående för den enskildes vidkommande, till och med i form av livslånga frihetsberövanden? Ingen vet ju egentligen hur dessa förmenta ”experter” går till väga för att fatta sina beslut. Är inte detta en allvarlig rättssäkerhetsbrist, rentav en form av förtryck? frågade man sig.

I två berömda rättsfall för omkring 30 år sedan, *Baxstrom-* och *Dixon-*fallen, slog de högsta rättsliga instanserna i respektive delstater fast att det faktiskt inte finns några belägg för antagandet att psykologer eller psykiatrer kan göra bedömningar om risken för framtida våldshandlingar hos en enskild individ, i varje fall inte några mer välinformerade bedömningar än de som vilken lekman som helst kan göra. Och eftersom psykologer och psykiater inte ansågs företräda större expertis än lekmän på området så var de per definition inte längre att betrakta som sakkunniga. Domarna blev prejudicerande och hundratals *Baxstrom-* och *Dixon-*patienter, som dittills tvångsvårdats därför att de av ”experterna” ansetts vara farliga, skrevs ut från rättspsykiatriska slutenvårdsinstitutioner i de bägge delstaterna.

Detta blev startskotten för en våg av politisk och vetenskaplig utveckling där man med framförallt rättssäkerheten och de intagnas bästa för ögonen kritiskt gjorde upp med vad man uppfattade vara godtycke och expertvälde. Studie efter studie kunde nu visa på undermåligheten i farlighetsbedömningarna. Uppföljningar av *Baxstrom-* och *Dixon-*patienterna visade att endast en tredjedel av dessa i själva verket återföll i våldsbrott och man drog därför slutsatsen att experterna gör ”mer fel än rätt”<sup>1</sup>. Man kan lika gärna kasta krona eller klave som att fråga

<sup>1</sup> Steadman, H. J. & Cocozza, J. J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, U.S.A.: Lexington Books.

en psykolog eller en psykiater om återfallsrisk, hette det<sup>2</sup>. Inom många jurisdiktioner drog såväl psykologer som psykiatrer tillbaka sina positioner när det gällde farlighetsbedömningar. I Amerikanska Psykologförbundets yrkesetiska riktlinjer från 1970-talet sades uttryckligen att farlighetsbedömning inte var en fråga för beteendevetenskapen och att psykologer därför bör avstå sakkunniguppdrag av det slaget.

Vissa individer i samhället, varav en del etiketterats som psykiskt avvikande och andra inte, begick emellertid alltfjämt mycket allvarliga brott mot liv och hälsa och uppfattades som farliga för andra medborgare. Detta grundproblem hade förstås inte försvunnit. Såväl den allmänna opinionen som lagstiftarna i USA och andra länder ansågs sig fortsatt vara i behov av hjälp att fatta beslut om frihetsberövande åtgärder på basis av farlighet. Man fortsatte vända sig till beteendevetare, läkare och kriminologer.

Som en reaktion på godtycket drog forskarna under 1980-talet nu istället riktlinjerna för en *andra generationens* farlighetsbedömningar<sup>3,4</sup>. Man definierade om uppdraget och fastslog att begreppet ”farlighetsbedömning” var förlegat, snarare borde det kallas ”riskbedömning” för att markera att det handlar om en uppskattning av sannolikhet längs en kontinuerlig skala som dessutom kan förändras över tid, och inte en statisk antingen/eller-egenskap hos individen. Istället för att lämna besluten i händerna på godtyckestyrdade ”experter” skulle riskbedömningarna baseras enbart på empirisk vetenskap, genom att endast faktorer som enligt publicerade forskningsresultat visat sig vara statistiskt associerade till risken för våldshandlingar skulle vägas in. ”Instrument” för att göra riskbedömningar togs fram, ett känt exempel är Violence Risk Appraisal Guide, *VRAG*. Se Figur 1.

Detta system för att sammanställa och analysera data inför ett beslutsfattande, d.v.s att följa givna regler för vilka faktorer som skall beaktas och hur, samt omsättandet av faktorer i siffror, kallas för *aktuariska* system (ibland kallade ”mekanistiska” eller ”automatiserade” modeller). Dessa kom att ställas fram som ett bättre system för riskbedömningar och kan därför betraktas som antitesen till de *ostrukturerade* (”subjektiva”, ”impressionistiska”, ”kliniska”<sup>5</sup>) metoder man rasat mot under 1970-talets kritiska analyser.

Men även denna ”andra generation” av riskbedömningar medförde problem, vilka har kommit att diskuteras kritiskt under framförallt andra hälften av 1990-talet, inte minst i Sverige. Själva den ensidiga betoningen på statistiskt framtagna sannolikheter var som framgått ursprungligen avsedd att minska utrymmet för godtycke i bedömningarna. Emellertid är våldshandlingar ett komplext socialt, psykologiskt och biologiskt fenomen. Det visade sig småningom vara lika positivistiskt som naivt att tro att ett så komplext fenomen skulle kunna beskrivas av tolv eller tjugo faktorer, för vilka man beräknat sannolikheter med en prediktionsalgoritm (troligen skulle inte ens hundratals eller tusentals faktorer heller räcka, och ”instrumentet” skulle i vilket fall som helst då inte heller vara praktiskt användbart). Detta problem har att göra med användandet av statistiska sannolikhetsdata om grupper för att dra slutsatser om enskilda individer.

---

<sup>2</sup> Ennis, B. J. & Litwack, T. R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62, 693-752.

<sup>3</sup> Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Law and Psychiatry*, 141, 10-15.

<sup>4</sup> Menzies, R., Webster, C. D., Sepejak, D. S. (1985). The dimensions of dangerousness revisited. Evaluating the accuracy of psychometric predictions of violence among forensic patients. *Law and Human Behavior*, 9, 49-70.

<sup>5</sup> Det inom hälso- och sjukvård så vanliga uttryckssättet ”klinisk erfarenhet” har av bl.a. Grove och Meehl (1996, sid. 302) karaktäriserats som inget annat än en eufemistisk och pretentiös synonym för ”anekdotisk bevisning” (Grove, W. M. & Meehl, P. E. (1996). *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323).

**Figur 1.** Violence Risk Appraisal Guide, VRAG.

1. Psykopati enligt Psychopathy Checklist	-5 till +12	Enbart för riskbedömning. Uteslutande prediktionistisk utgångspunkt. Består av 12 stycken historiska-statiska riskfaktorer. Samtliga är individfaktorer. Var och en av de 12 punkterna bedöms enligt en manual och ges en "poäng". Poängen summeras och beroende på totalpoängen anges en sannolikhetsuppskattning för individen (t.ex. 24%).	
2. Problem i grundskolan	-1 till +5		
3. Personlighetsstörning enligt DSM-III	-2 till +3		
4. Ålder vid indexbrottet	-5 till +2		
5. Sammanbodde med båda föräldrarna till 16 års ålder	-2 till +3		
6. Fått tidigare villkorlig frigivning förklarad förverkad	0 till +3		
7. Tidigare icke-våldsbrott (CLCH)	-2 till +3		
8. Civilstatus	-2 till +1		En VRAG-bedömning görs en gång per individ och behöver inte göras om eftersom inte värdet kan ändras. Det är inte tillåtet att lägga till eller ta bort faktorer. Användaren skall endast rapportera den av instrumentet uppskattade procentuella sannolikheten för återfall, inget annat.
9. Schizofreni enligt DSM-III	-3 till +1		
10. Offerskada (indexgärning)	-2 till +2		
11. Alkoholmissbruk	-1 till +2		
12. Kvinnligt offer	-1 till +1		

Harris, G. T., Rice, M. E., & Quincey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice & Behavior*, 20, 315-335.

Självfallet finns det viktig kunskap att hämta genom tolkandet av sannolikheter. Att bortse från statistiska data om riskfaktorer eller skyddsfaktorer med hänvisning till att "man kan inte gå från grupp till individ" är huvudlöst och oprofessionellt, det strider dessutom mot yrkes-etiska riktlinjer för såväl psykologer som läkare. Det är sant att varje individ är unik och varje bedömning av individen utgör en unik situation, men att därför helt förkasta sannolikhetsbaserad kunskap skulle, med Dawes och medarbetares (1989) tillspetsade formulering, innebära att man också "... för att vara logiskt konsekvent måste hävda, att om man av någon anledning blir tvingad att spela *rysk roulette* och får välja mellan en revolver med fem kulor i trumman och en annan revolver med bara en kula i trumman, så spelar det ingen roll vilken revolver man väljer eftersom situationen är unik!"<sup>6</sup>.

Likväl är det som gäller för en grupp i allmänhet inte med nödvändighet giltigt för alla individer i gruppen. I grupper av kriminalvårdsintagna och rättspsykiatriskt vårdade kommer således alltid finnas fall där en påtaglig farlighet föreligger trots att "poängen" enligt instrumentet är låg, liksom vissa individer med mycket höga "poäng" de facto är helt ofarliga. I det enskilda fallet kan ovanliga men kritiska eller på annat sätt utslagsgivande faktorer göra att den renodlade statistiska bedömningen blir gravt missvisande<sup>7</sup>. Ett annorlunda och enklare sätt att uttrycka detta är alltså att det som gäller för lagöverträdare i genomsnitt inte nödvändigtvis gäller för varje enskild individ.

<sup>6</sup> Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). *Science*, 243, 1668-1674.

<sup>7</sup> Två tillspetsade exempel för att illustrera problemet: En individ saknar i stort sett helt de faktorer som finns uppräknade i t.ex. VRAG eller HCR-20 (Figur 1 resp. Figur 2) men lider av en svår parafili med starka tvångsmässiga inslag av sadism (dvs ett avvikande sexuellt tändningsmönster kopplat till att tillfoga andra människor skada); hög risk men låga "poäng". En annan individ uppvisar alla riskfaktorerna men har genom en trafikolycka blivit rörelsehindrad och är sedermera bunden vid rullstol för att förflytta sig; låg risk men höga "poäng".

#### 4. Definition av riskbedömning

Men det är inte på grund av detta som på många håll det ensidigt statistiska angreppssättet på riskbedömningar numera är på väg att överges (det skall inom parantes nämnas att den extrema aktuariska skolan aldrig någonsin haft något större fäste varken i Sverige eller övriga Europa, utan framförallt i USA och Kanada). Den viktigaste svagheten<sup>8</sup> i dessa den ”andra generationens” riskbedömningar var snarare hur man definierade själva uppdraget:

Riskbedömning är en uppskattning av sannolikheten att en viss individ, som på grund av tidigare allvarlig brottslighet är föremål för tvångsåtgärder från samhällets sida, på nytt skall begå allvarliga brott, antingen under verkställighet, under permission (motsvarande) eller efter frigivning/utskrivning.<sup>9</sup>

Denna syn finns explicit eller implicit inbyggd i alla aktuariska riskbedömningsinstrument, liksom i all prediktionsorienterad forskning på området. Det är just själva fokuseringen på fastställande av sannolikheter som är A och O i detta paradigm. Att man i epidemiologisk forskning söker uppskatta och beskriva sannolikheter är knappast uppseendeväckande, snarare en självklarhet. Problemen och motstridigheterna uppstår när denna uppgift att bestämma sannolikheter förs över också på praktisk verksamhet och på psykologer, psykiater, jurister och andra som har att handlägga enskilda ärenden. För praktikern kan inte bedömningen, den snäva prediktionen, lösgöras från sitt sammanhang av beslut, åtgärder och behandlingsinsatser<sup>10</sup>. Ett alternativt  *tredje generationens*  synsätt och definition av riskbedömningar har därför utvecklats. En ny definition av riskbedömning har beskrivits såhär:

Risk är ett begrepp som är ofullständigt utforskat. Risk kan därför bedömas endast med mer eller mindre osäkerhet. /---/ Riskbedömningen är en process för att förstå risker, och en utvärdering som syftar till att karaktärisera och minimera farlighet.<sup>11</sup>

Skillnaderna mellan dessa två synsätt är ingen akademisk lek med ord. Den föregående definitionen är sannolikhetsorienterad, den senare är process- och preventionsorienterad. Den förra ger uttryck för en passiv prediktionsism, den senare snarare en proaktiv och förståelsesökande, kontinuerlig dialog mellan subjekt och objekt.

Med denna kritik av ”andra generationens” renodlade statistiska angreppssätt uppstod istället en syntes av de tidigare ostrukturerade kliniska bedömningarna och de aktuariska

<sup>8</sup> Åtminstone enligt denna bilagas författares åsikt.

<sup>9</sup> Detta är en formulering på svenska jag själv använt i flera år i undervisning m m, men motsvarar den sannolikhetsorienterade konceptualisering som ”andra generationens” forskare och praktiker (Monahan (1984) enl. fotnot 3; Menzies et al. (1985) enl. fotnot 4) slog an. Ett mer samtida uttryck för denna syn ges av professor Vernon Quincey och medarbetare i: Quincey, V. L., Rice, M. E., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington D.C.: American Psychological Association.

<sup>10</sup> Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision-making context. *Law and Human Behavior*, 21, 347-359.

<sup>11</sup> Hart, S. D. (2001, June). *Complexity, uncertainty, and the reconceptualization of violence risk assessment*. Keynote address to the Annual Meeting of the European Association of Psychology and Law, Lisbon, Portugal. Se också: Hart, S. D. (2000). Konceptuella och professionella frågor. i G. Holmberg & G. Kullgren (red.): *Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning. riktlinjer och reflexioner*. RMV Rapport 2000:1. Stockholm: Rättsmedicinalverket.

bedömningarna, ofta kallad *strukturerade kliniska bedömningar*. Tongivande företrädare för denna skola<sup>12</sup> är gruppen bakom *HCR-20*, som är den i Sverige mest kända modellen för riskbedömning (se Figur 2 nedan). Enligt detta synsätt skall psykologer och psykiater som fått uppdraget att bedöma återfallsrisk förvisso låta sig styras av checklistor med empiriskt välstuderade riskfaktorer, men inte med mindre än att också den egna kliniska erfarenheten och intuitionen liksom även rent sunt förnuft påkallar att vissa faktorer i enskilda fall lämnas utan större avseende medan dess andra faktorer i checklistan kan ges särskild vikt. Likaså uppmanas också den som använder *HCR-20* och liknande ”tredje generationens” modeller aktivt att lägga till faktorer som inte finns med i checklistan men ändå kan anses vara av vikt i det enskilda ärendet. Specifika risksituationer liksom de olika tidsperspektiv (t.ex. risk inom två år efter frigivning kontra under en tvåtimmars bevakad permission) som riskbedömningen avser problematiseras på ett betydligt mer ändamålsenligt sätt än med de statistiska och statistiska, aktuariska modellerna. Bedömningen av risk lösgörs i *HCR-20* inte heller från sitt sammanhang utan integreras med åtgärder för att också hantera risk, dvs säkerhetsåtgärder och olika insatser, inklusive behandling, som syftar till att minska risken för framtida våldshandlingar (se vidare 7).

**Figur 2.** *HCR-20*, en av de mest kända modellen för riskbedömning och riskhantering i Sverige just nu. Den har fått sitt namn av att den består av totalt 20 stycken ”Historical, Clinical and Risk management” riskfaktorer.

1. Tidigare våldshandlingar		<p>En modell för såväl riskbedömning som riskhantering. <i>HCR-20</i> är en preventions-orienterad modell (även om faktorerna i forskningssyfte givetvis kan studeras såsom ”prediktorer”). Innefattar enbart riskfaktorer. De första tio är historiska-statistiska riskfaktorer (1-10) och följande fem dynamiska riskfaktorer som kallas ”kliniska” (11-15). Dessa femton (1-15) riskfaktorer är individfaktorer. De sista fem (16-20) är kontextuella riskfaktorer.</p> <p>Varje riskfaktor bedöms som föreligger ej, föreligger delvis eller föreligger (eller 0, 1 eller 2). Bedömaren uppmanas också aktivt väga in andra faktorer eller omständigheter som kan vara viktiga i det enskilda ärendet. Eftersom hälften av <i>HCR-20</i> består av föränderliga (dynamiska) riskfaktorer (11-20) bör bedömningen göras om med jämna mellanrum, t.ex. var sjätte månad.</p> <p>Bedömningen skall enligt denna modell inte rapportera några siffror eller ”poäng”, risken skall anges endast i relativa termer, som Låg, Måttlig eller Hög. Risken skall kommuniceras kvalitativt som en beskrivning av faktorer och tänkbara framtida risk-situationer relevanta för det enskilda ärendet.</p> <p>Innehållsmässigt kan <i>HCR-20</i> ses som en utvidgning av VRAG (och påminner om denna i de första 10 riskfaktorerna) men med tillägget av de 10 dynamiska faktorerna 11-20.</p>
2. Tidig debut i våldshandlingar		
3. Instabilitet i förhållanden		
4. Problem på arbetsmarknaden		
5. Alkohol- eller drogmisbruk		
6. Psykisk sjukdom		
7. Psykopati		
8. Tidig missanpassning		
9. Personlighetsstörning		
10. Tidigare misskötsamhet vid permission		
11. Brist på insikt		
12. Negativ attityd		
13. Psykiatriska symtom		
14. Instabilitet		
15. Dålig behandlingsbarhet		
16. Orealistisk framtidsplanering		
17. Brist på professionell tillsyn		
18. Brist på stöd och hjälp		
19. Brist på samtycke och motivation		
20. Stress		

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2*. Vancouver: Simon Fraser University. Svensk översättning: Belfrage, H. & Fransson, G. (2000). *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer*. Växjö: Psykiatriskt Regionvårdscentrum, Landstinget Kronoberg.

<sup>12</sup> Ibland kallad ”Vancouver-skolan”, syftandes på upphovsmännen bakom *HCR-20*: Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *The HCR-20. Assessing risk for violence*. Vancouver: Simon Fraser University. I Sverige företräds *HCR-20* främst av sina svenska översättare, professor Henrik Belfrage och överläkaren Göran Fransson (se vidare Figur 2).

## 5. Förenklingarna rör ihop begreppen

Låt oss så gå tillbaka till grundfrågan *Går det att förutse farlighet?* – en fråga som inbjuder till förenklingar. På detta tema har svepande formuleringar med jämna mellanrum syns i debatten om riskbedömningar i vårt land. Till exempel att ”det finns inga studier som visar att HCR-20 fungerar”, eller att nu kan man ”med ett enkelt blodprov” förutsäga farlighet. Eller att med moderna metoder ligger ”säkerheten” i de riskbedömningar vi idag kan göra ”omkring 75-80%”. Sannolikt har sagesmännen till uppgifter av det här slaget blivit offer för journalistiska eller redaktionella förenklingar, men faktum kvarstår att alla dessa påståenden är osanna och förvirrande.

Det finns ett stort antal studier av såväl VRAG som HCR-20 (Figur 1 resp. Figur 2) och andra liknande modeller som visar att de med en precision som signifikant bättre än slumpen förmår korrekt identifiera individer som återfaller i våldsbrott<sup>13</sup>. Ur ren tillförlitlighetssynpunkt skiljer sig för övrigt inte HCR-20 och VRAG nämnvärt från varandra, och resultaten är mer eller mindre identiska med tidigare studier av ett stort antal liknande modeller under 1970- och 80-talet<sup>14</sup>. Samtidigt är det riktigt att det inte finns någon enda modell som med hundra procentig precision ”predicerar” återfall. Om detta innebär att modellerna ”fungerar” eller inte är en helt och hållet subjektiv värdering. Frågan är väl snarare om den precision som redovisas uppfattas som tillräcklig för sitt ändamål. Enligt min personliga uppfattning är detta ytterst inte en fråga för oss forskare eller psykologer/psykiatrer, utan en politisk fråga.

Det finns också en hel rad faktorer som i upprepade forskningsstudier visat sig öka den statistiska risken för framtida allvarliga brott riktade mot liv och hälsa. Detta gäller såväl samhällsfaktorer som individuella psykologiska/psykosociala faktorer och biologiska faktorer, inklusive ämnen i blodet. Detta betyder emellertid inte att en endaste av dessa faktorer, eller ens alla dessa i kombination, kan ”förutse” farlighet.

Det finns ingen enskild faktor som är vare sig nödvändig eller tillräcklig för att förklara våldshandlingar. Ofta framhåller man s.k. *psykopatisk personlighetsstörning* som den enskilt viktigaste faktorn för våldshandlingar av alla hittills kända riskfaktorer<sup>15</sup>. En svensk studie visade t.ex. att utav individer med psykopatisk personlighetsstörning som frigges från kriminalvårdspåföljd begår så många som 35% inom ett år på nytt allvarliga våldsbrott (mord, dråp, rån, misshandel eller våldtäkt) för vilka de lagfördes<sup>16</sup>. Detta skall ställas i relation till

---

<sup>13</sup> För översikter, se: Dolan, M. & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177, 303-311.; eller Otto, R. K. (1992). Prediction of dangerous behavior: A review and analysis of "second-generation" research. *Forensic Reports*, 5, 103-133.; eller Quincey et al. (1998) enl. fotnot 9.

<sup>14</sup> Ibland låter det i debatten som att de modeller vi under senare år salufört inom svensk rättspsykiatri och kriminalvård skulle vara ”nya” på ett sätt som gör dem mer tillförlitliga för ”prediktioner” än vad som var fallet tidigare. Detta är inte helt sant. Det finns ett stort antal likartade modeller som alla uppvisar ungefär samma statistiska ”precision”; under 1970-talet t.ex. *Salient Factor Score* (Hoffman, P. B. & Beck, J. L. (1974). *Journal of Criminal Justice*, 2, 195-206.) eller *LSI-R* och *DBRS* under 1980-talet (Andrews, D. A. (1982). *The level of supervision inventory (LSI-R)*. Toronto, Canada: Ontario Ministry of Correctional Services. resp. Sepejak et al. (1985) enl. fotnot 4). Det mig veterligen tidigaste kända försöket att ”instrumentera” bedömningar av återfallsrisk genomfördes för övrigt redan under 1920-talet (se vidare Gottfredson, D. M. (1967). Assessment and prediction methods in crime and delinquency. *Task force report: Juvenile and youth crime*. Washington D.C. USA: Government Printing Office.).

<sup>15</sup> Denna riskfaktor ingår i såväl VRAG (Figur 1, pkt 1) som HCR-20 (Figur 2, pkt 7).

<sup>16</sup> Grann, M., Långström, N., Tengström, A., & Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior*, 23, 203 – 215.

att den genomsnittliga våldsåterfallsfrekvensen bland våldsbrottslingar ligger under 10%. Men trots att vi sålunda kan tala om en riskökning med en faktor på omkring 3,5 är det alltså ändå ingalunda på det viset att alla psykopater återfaller i våldsbrott och inte heller ingen bland icke-psykopaterna som återfaller. Det här exemplet, om än med än mer blygsamma riskökningstal, är fullt överförbart till alla hittills publicerade studier av riskfaktorer för våld; inkluderande såväl andra individfaktorer, samhällsfaktorer, avvikelser i hjärnan eller ämnen i blodet. Detta är viktigt att hålla i minnet när man i media emellanåt framhåller att ”nu har forskarna hittat orsaken till kriminalitet”.

Också olika procentangivelser av olika instruments eventuella ”precision” är problematiska. Om man anger att en viss metod, t.ex. HCR-20, gör ”rätt” i 80% av fallen inställer sig genast ett antal följdfrågor. Är det 80% av alla förutsägelser om farlighet som är korrekta, eller är det 80% av alla förutsägelser av ofarlighet? Eller är det 80% av alla förutsägelser överhuvudtaget? Ett genomgående och viktigt fynd från den ”andra generationens” forskning om aktuariska instrument var att statistiska modeller för prediktion undantaglöst ger ”bättre” resultat – i betydelsen högre precision – för prediktioner av ofarlighet (ca 90%) än prediktioner av farlighet (ca 50%). Med de rena statistiska modellerna är det med andra ord lättare att säga vem som inte kommer att återfalla än att säga vem som kommer att göra det<sup>17</sup>.

Denna fråga kompliceras ytterligare av att den beror på vilken *beslutsstrategi* som man tillämpar. I en renodlad statistisk prediktionsmodell kan man enkelt manipulera toleransen för oönskade fel, genom att justera det så kallade tröskelvärdet<sup>18</sup>. Enkelt uttryckt innebär detta att man i förväg kan bestämma sig för att vilken typ av felbedömningar som är mest oönskade och anpassa sin försiktighet därefter. Om man i en given situation är mån om att inte ”missa” en enda individ som är farlig ställer man toleransen för risk mycket lågt. Man kan då förvissa sig om att i genomsnitt inte göra felaktiga bedömningar i detta avseende i minst 90% av fallen. Problemet är bara att man kommer att ”överpredicera” farlighet och med andra ord få mycket lägre andel procent korrekta bedömningar av ofarlighet. Studier på området visar att man med denna försiktiga beslutsstrategi faktiskt kommer hamna på samma nivå som i de berömda *Baxstrom*- och *Dixon*-studierna från 1970-talet; dvs att på tre individer som klassas som farliga är det bara en som egentligen är det.

Om man däremot föredrar en beslutstrategi som är försiktig åt andra hållet kan på motsvarande sätt en justering göras så att en så liten andel individer som möjligt (t.ex. under 10%) felaktigt klassas som farliga. Emellertid kommer då istället andelen individer som felaktig bedöms vara ofarliga på motsvarande sätt att öka. Detta är egentligen bara ett annorlunda sätt att beskriva den delikata balansgång som i sammanhanget måste göras mellan å ena sidan den enskildes rättighet att inte frihetsberövas utan giltiga grunder och å andra sidan samhällsskyddsintresset. Lite mer tillspetsat kan man säga att det enda sättet att aldrig otillbörligen frihetsberöva någon som ”farlig” är att släppa ut alla, och det enda sättet att alltid undvika återfall i nya brott är att hålla alla inlåsta. Självfallet är båda dessa alternativ politiskt

---

<sup>17</sup> Ur sannolikhetssynpunkt är det alltid svårare att ”predicera” sådant som är ovanligt än sådant som är vanligt. Eftersom återfall i våldsbrott är mer ovanligt än icke-återfall kommer statistiska prediktionsmodeller i genomsnitt vara mer riktiga för icke-återfallare än för återfallare. Men låt säga att det man föresatt sig att ”förutse” (våldshandlingar) förekommer i genomsnitt i 5% av de ärenden man bedömer. Man kan då göra det enkelt för sig och predicera samtliga fall som ofarliga, och man kommer då att ha rätt i totalt 95% av alla bedömningar sammantaget. Man kommer göra rätt i hela 100% av de ofarliga fallen. Däremot kommer man göra rätt i 0% av de farliga fallen. Ett tämligen meningslöst förfarande, som dock visar hur bedrägligt uttrycket att en viss bedömare eller ett visst instrument ”gör rätt i 95% av fallen” kan vara. Samma typ av retorik är lätt att tillämpa omvänt för den som är ute efter att visa att riskbedömningar har låg validitet.

<sup>18</sup> Grann, M. & Nilstun, T. (2000). Rättspsykiatriska riskbedömningar är etiskt försvarbara. *Läkartidningen*, 97, 581-583.

kontroversiella. Om man inte angett hur man vägt dessa emot varandra blir procentangivelser av olika riskbedömningsinstruments statistiska precision meningslösa.

## 6. Prediktion kontra prevention

Som framhållits upprepade gånger syftar alltså riskbedömningen i realiteten inte till att predicera ("företsäga") oönskade utfall, utan till att förhindra dem. Jag har ovan försökt illustrera hur alla resonemang om "prediktioner" i själva verket leder in i återvändsgränder. Att detta problem måste tas på allvar eftersom det får högst påtagliga, negativa konsekvenser för dem som blir bedömda såväl som för kriminalvården, rättspsykiatrin och samhället i stort har tidigare framhållits upprepade gånger<sup>19, 20, 21</sup>. Man kan förstås rent hypotetiskt försöka föreställa sig en person eller en institution som på något märkligt sätt utrustats med den gudomliga förmågan att i förväg veta vilka individer som det under den villkorliga frigivningen från anstalten eller under permissionen från den rättspsykiatriska vården kommer gå illa för. –Skulle det då ändå vara möjligt för den expert som genomfört prediktionen att enbart rapportera sina fynd till den rättsliga instans som sedan har att fatta beslutet?

Svaret är att även om det skulle vara teoretiskt möjligt skulle det ändå vara otänkbart. För en praktiskt verksam expert som i det enskilda fallet upptäcker en högrisksituation vore det formellt inkorrekt och etiskt oförsvarbart att inte också agera för att förhindra det negativa utfallet. Man kan alltså inte "företse" farlighet. Man kan göra bedömningar av risker men kommer rimligen göra allt som står i ens makt för att bevisa sig själv fel genom att förhindra den farlighet som det var meningen att man skulle företse. Av dessa skäl menar vi idag att det är omöjligt att i praktiken åtskilja bedömningen av risk (den snäva "prediktionen") från hanteringen av risk (prevention).

Förhållandet mellan dessa två paradigmer illustreras schematiskt i Figur 3. I det historiska sammanhanget företrädde den "andra generationens" forskning och utveckling prediktionsparadigmet, medan det moderna, "tredje generationens" forskning och utveckling omfattas av preventionsparadigmet.

---

<sup>19</sup> Gunn, J. (1996). Let's get serious about dangerousness. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 51-64.

<sup>20</sup> Price, R. (1997). On the risks of risk prediction. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 1-4.

<sup>21</sup> Söderström, H. & Forsman, A. (2000). Etik och metodproblem vid rättspsykiatriska riskbedömningar. I: G. Holmberg & G. Kullgren (red.) (2000). *Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning. Riktlinjer och reflexioner*. Stockholm: Rättsmedicinalverket.

**Figur 3.** Prediktion och prevention.

Prediktion	Prevention
<ul style="list-style-type: none"><li>• Riskbedömningen syftar till att fastställa sannolikheten för oönskade utfall</li><li>• Passiv</li><li>• Statisk, riskbedömning behöver bara göras en gång</li><li>• Betonar historiska och statiska risk- och skyddsfaktorer</li><li>• Förkärlek för faktorer som är lätta att mäta, dvs hög reliabilitet</li><li>• I huvudsak individfaktorer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Riskbedömningen syftar till att karaktärisera och minimera risker</li><li>• Proaktiv, kopplad till åtgärder</li><li>• Process-orienterad, kontinuerliga omprövningar</li><li>• Betonar påverkbara ("behandlingsbara"), dynamiska faktorer liksom faktorer av utlösande karaktär ("triggers")</li><li>• Betonar validitet snarare än reliabilitet</li><li>• Individfaktorer såväl som omständigheter i omgivningen (kontextuella faktorer)</li></ul>

## 7. Risktillsyn - riskhantering

Vi kan således inte bryta loss det vi kallar riskbedömning från det som på svenska kommit att kallas allmänt för "riskhantering" (*risk management*). Riskhantering sker inom kriminalvårdens och rättspsykiatriens institutioner, och avser då att minimera risker för bl.a. våldshandlingar riktade mot vårdpersonal eller medintagna/medpatienter, eller risken för avvikningar. I det här sammanhanget kommer dock diskussionen inriktas på riskhanteringen utanför institutionen; under den villkorliga frigivningen, permissionen eller motsvarande; dvs en situation då klienten eller patienten fortfarande fullgör påföljd men ändå vistas ute i samhället. För individer som vistats länge på institution är det en nödvändighet för en lyckad och säker återanpassning till samhället att denna period, då individen inte är frihetsberövad i betydelsen inlåst men ändå inte fri, blir ganska lång.

Konceptuellt kan begreppet riskhantering brytas ned i två komponenter: Risktillsyn (monitorering) och intervention (åtgärder)<sup>22</sup>. Med risktillsyn eller monitorering avses den process med vilken den handläggande myndigheten kontinuerligt håller den risk en enskild utgör under uppsikt. Risktillsynen är en process som ständigt fortgår så länge individen står

<sup>22</sup> Grann, M., Haggård, U., Hiscoke U. L., Sturidsson, K., Alm, P-O., Dernevik, M., Gumpert, C., Hallqvist, J., Hallquist, T., Kullgren, G., Långström, N., Lotterberg, M., Nordström, K., Pallvik, A., Ståhle, B., & Woodhouse, A. (2002). *Methodological development: Structured outcome assessment and community risk monitoring (SORM)*. Stockholm: Karolinska Institutet.

under frivårdens tillsyn eller är på permission från den rättspsykiatriska vården. Interventioner, däremot, aktualiseras enbart då det med utgångspunkt i risktillsynen anses påkallat.

Ett konkret sätt att monitorera risk är att göra periodiska omprövningar med hjälp av HCR-20 (Figur 2). Detta sker genom att förnyade bedömningar görs av de dynamiska individuella och kontextuella riskfaktorerna i C- respektive R-modulerna (punkt 11-20 i Figur 2). En annan modell, som särskilt utarbetats för riskhantering, är SORM (Figur 4). Oavsett vilken modell man arbetar efter är principen densamma; att regelbundet och med intervall som anpassats för det enskilda ärendet utöva en risktillsyn som syftar till att ge signaler om att åtgärder är påkallade för att undvika återfall i brott.

**Figur 4.** SORM (Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring). En modell inte för riskbedömning utan för risktillsyn och riskhantering.

	Förekomst Nej/A/B/C	Riskeffekt -/0/+	
1. Kriminalvård (frihetsberövanden)			En modell för risktillsyn och riskhantering. Består av enbart föränderliga (dynamiska) faktorer. Hälften (1-14) är dynamiska kontextuella faktorer och andra hälften (15-27) är dynamiska individfaktorer. Under de tre sista punkterna i SORM (28-30) kartläggs förekomsten av incidenter.
2. Psykiatrisk avdelningsvård			
3. Stödkontakter			
4. Somatisk vård			
5. Arbetsfrämjande insatser			
6. Bostad			
7. Ekonomi			
8. Arbete			
9. Fritid			
10. Funktionsnivå			
11. Familj			
12. Partner			
13. Barn			
14. Vänner och bekanta			
15. Sjukdomsinsikt			Förekomsten av faktorer och omständigheter bedöms enligt ett system som antingen "Nej" eller "A", "B" eller "C", där "Nej" betyder att faktorn eller omständigheten inte föreligger och A/B/C speglar olika grader och typer av förekomst.
16. Stämningssläge			I SORM bedöms förekomsten av en viss faktor eller omständighet separat från risk-effekten i det enskilda fallet. Därför kan varje faktor eller omständighet bedömas som antingen riskfaktor (+) eller skyddsfaktor (-) eller som en faktor utan avgörande betydelse (0) för risken i det enskilda fallet.
17. Ängestsymtom			Innehållsmässigt kan SORM ses som en expansion av de 10 C- och R-faktorerna i HCR-20. Vissa faktorer är identiska (t.ex. SORM15 och C11 eller SORM19 och C14) medan i andra fall har C- och R-faktorer "slagits isär" till flera faktorer för att skapa bättre upplösning.
18. Psykossymtom			SORM är avsett att användas som ett instrument för risktillsyn i frivård och öppenvård. Bedömningen görs kontinuerligt i samband med hembesök eller återbesök på mottagning. Frekvensen för SORM-bedömningarna avgörs från fall till fall, men kan variera från tät (en gång/vecka) till sporadisk (en gång varannan månad).
19. Instabilitet			
20. Suicidalitet			
21. Homicidalitet			
22. Bristande behandlingsmotivation			
23. Medicinering			
24. Missbruk			
25. Egen upplevelse av hälsa			
26. Egen upplevelse av livskvalitet			
27. Egen riskskattning			
28. Våldshandlingar			
29. Andra kriminella handlingar			
30. Risksituationer			

Situationer där risktillsynen kan påkalla intervention är till exempel att individen återfaller i missbruk, att akuta sociala problem tillstöter eller att en patient i den rättspsykiatriska vården slutar att ta föreskriven medicin. De åtgärder som kan vara aktuella beror på omständigheterna i det enskilda fallet och de möjligheter att intervensera som står till buds varierar också beroende på vilken lagstiftning som är tillämplig. Interventionerna varierar längs en glidande skala från ökade stödinsatser till – i extremfallet – beslut om återkallande av permission och återintagning på institution.

## 8. Sammanfattning

Den här bilagan har kortfattat försökt beskriva utvecklingen i termer av vetenskaplig forskning och policy på området forensiska riskbedömningar sedan 1970-talet och framåt. Denna utveckling företer en utveckling som kan beskrivas som tre ”generationer” av forskning och utveckling. Debatten om riskbedömningarna har många gånger förts in i ofruktsamma återvändsgränder genom att frågan överförenklats. Särskilt gäller detta i förlängningarna av den i sammanhanget irrelevanta frågan *Går det att föutse farlighet?*

I praktiken handlar riskbedömningar inte om att förutsäga farlighet, utan att förhindra farlighet. Prevention bör alltså stå i fokus. Forensiska bedömningar av risk kan i praktiken inte frikopplas från åtgärder och modeller för att följa upp och åtgärda risk, i syfte att minimera densamma.

Docent Martin Grann, leg psykolog  
Centrum för Våldsprevention  
Inst. för Klinisk Neurovetenskap  
Karolinska Institutet  
Box 23000, 104 35 Stockholm

Tel: 08-5177 05 60 (vx)  
Epost: [info@cvp.se](mailto:info@cvp.se)  
[www.cvp.se](http://www.cvp.se)