



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap
Enheten för Vårdvetenskap

Screening av riskfaktor för våldsbeteende hos patienter inom allmänpsykiatrin

Granskning av journaler med hjälp av checklistan HCR-20

Författare:
Inger Turtell

Handledare:
Martin Grann
Knut Sturidsson
Helena Lindstedt

Examinator:
Marianne Carlsson

Vårdvetenskap D 61-80 poäng
2003

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate if it is possible to identify patients with risk factors for violent behavior in general psychiatric health care by examining the patient's files. Of special interest was to investigate if there was any differences between patients who had committed a violent crime and those who had not with reference to historical and clinical factors. The study design was a retrospective, explorative, case-control study. The files were chosen according to the following criteria: Patients included were admitted to forensic psychiatric care in Dalarna, and their crime was not committed earlier than five years before the inclusion, 1997 or later, the patients had been in contact with general psychiatric health care 1 year before the occurrence of the crime and the patient had committed a crime where the victim did not belong to the family circle. The files that met those criteria were the cases (n=10). The controls (n=8) consisted of individuals matched for psychiatric clinic. Demographic data were taken from the files and examined with chosen parts of the risk assessment scheme HCR-20 (20 items covering Historical, Clinical, and Risk management factors). HCR-20 measures historical and clinical risk factors for violent behavior.

HCR-20 risk assessments proved significant differences between cases and controls for the items H1 Previous Violence, H2 Young Age at First Violent Incident and H5 Substance Use Problems. The C-items did not show any significant differences between the groups.

Keywords: Forensic, Psychiatry, Violence, Risk assessment, Risk management

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att undersöka om det är möjligt att identifiera patienter med riskfaktorer för våldsbeteende inom den allmänpsykiatriska vården genom granskning av patientens journal. Av särskilt intresse var att undersöka om det fanns skillnader mellan patienter som begått en kriminell handling och de som inte gjort detsamma med avseende på historiska och kliniska faktorer. Design för denna pilotstudie var en retrospektiv, explorativ case-control design. Journalerna valdes ut efter följande kriterier: Patienter överlämnade till vård enligt Lagen om Rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129) i Dalarnas län, brottet hade ej begåtts senare i tid än 5 år före inklusionen, 1997 eller senare, patienten hade haft kontakt med allmänpsykiatri inom 1 år före brottets inträffande och att deltagarna hade begått brott där offret ej hörde till familjekretsen. Journalerna som uppfyllde dessa kriterier kom att utgöra fallgruppen (n=10). Kontrollgruppen (n=8) utgjordes av individer som matchats för psykiatrisk klinik. Från journalerna hämtades demografiska data och granskades enligt valda delar ur bedömningsinstrumentet HCR-20. HCR-20 mäter historiska och kliniska riskfaktorer för våldsbeteenden.

HCR-20 bedömningen visade att det fanns en signifikant skillnad mellan fall- och kontrollgrupperna när det gällde faktorerna H1 Tidigare våldshandlingar, H2 Tidig debut i våldshandlingar samt H5 Alkohol- eller drogmissbruk. När det gällde C-faktorerna fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

Nyckelord: Rättspsykiatri, Psykiatri, Våld, Riskbedömning, Riskhantering

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT

SAMMANFATTNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Farlighetsbedömning	6
Riskbedömning - Riskhantering	7
Forskning	9
Syfte	12
Frågeställningar	12
 METOD	12
Design	12
Sample	12
Instrument	14
Procedur	15
Dataanalys	16
Etiska frågeställningar	16
 RESULTAT.....	16
Historiska data	16
Kliniska data	17
 DISKUSSION	18
Resultatdiskussion	18
H1. Tidigare våldshandlingar	18
H2. Tidig debut i våldshandlingar	19
H5. Alkohol- eller drogmissbruk.....	19
H9. Personlighetsstörning.....	20
Skillnader mellan fall- och kontrollgrupperna.....	20
Metoddiskussion	22
Framtidsperspektiv	24
Slutsats	25
Fortsatt forskning	25
 REFERENSER.....	26

Bilaga 1

Bilaga 2

BAKGRUND

Avvecklingen av de tidigare mentalsjukhusen har medfört att andelen psykiskt störda personer som befinner sig ute i samhället ökar. Flera internationella studier tyder på att allt fler före detta psykiatripatienter blir aktuella inom rättsväsendet på grund av kriminellt beteende med våldsinslag. (Belfrage, 1995; French, 1987; Progrebin, 1987; Teplin, 1984). Begränsad tillgång på vårdplatser medför ökade svårigheter när det gäller omhändertagande av psykiskt störda personer. Den öppna psykiatriska vården har svårt att tillhandahålla alternativa stödåtgärder åt psykiskt störda personer som tidigare vårdades på psykiatriska kliniker. Personer med ”multiproblematik” har beskrivits av flera forskare (Belfrage, 1996; Hightower, & Eaves, 1992). Detta gäller speciellt personer som lider av svåra psykotiska störningar och som uppträder utagerat och aggressivt (Kramp, & Gabrielsen, 1994). En studie av Swanson et al. (1999) visade att våldsamt beteende var problem för hälften av de patienter som skrivits ut från psykiatrisk klinik inom en 4 månaders period (Swanson et al., 1999). Bland de personlighetsstörda, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), (American Psychiatric Association, 1994), hade 40 procent kontakt med psykiatri inom en sex månaders period före det aktuella brottet. En av fem personlighetsstörda hade psykiatrisk kontakt två veckor före brottet (Holmberg, & Kristiansson, 1999).

De flesta brott begås av personer som inte är psykiskt sjuka likaväl som att de flesta psykiskt sjuka inte begår allvarliga brott. Samtidigt har de senaste tio årens forskning visat att personer som lider av en svår psykisk sjukdom faktiskt löper en större risk för våldskriminalitet än andra (Hodgins, 1998; Lindqvist, & Allebeck, 1990; Belfrage, 1998; Harris, Rice, & Quinsey, 1993). I en studie av Hodgins (1998) framkom att för individer med schizofreni föreligger det en ökad risk att dömas för våldsbrott. I denna studie nämns också att flera internationella epidemiologiska studier och en svensk studie visar att risken för våldsbrott är fem till sex gånger förhöjd (Hodgins, 1998). Enligt Brottsförebyggande rådets rapport (2000) har mer än hälften av de till vård dömda schizofrena haft mycket omfattande psykiatriska vårdkontakter innan det aktuella vårdtillfället enligt Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), (Socialdepartementet, SOU:1991), månaderna före det aktuella våldsbrottet som ledde till rättspsykiatrisk vård hade mer än 60 procent en psykiatrisk vårdkontakt (Brottsförebyggande rådet, 2000). Enligt Socialstyrelsen (2000) har 10 procent av patienter med schizofreni åter dömts för våldsbrott ett år efter utskrivning från LRV- vård. Fyra år efter utskrivning har den siffran stigit till 30 procent. För personlighetsstörda som dömts till vård för våldsbrott är

återfallen efter fyra år omkring 40 procent. För de personlighetsstörda som dömts till fängelse är återfallen ännu något vanligare (Socialstyrelsen, 2000).

I en studie av Holmberg och Kristiansson (1999) framkom att regeringen slagit fast övergripande kriminalpolitiska mål för att minska brottslighet och öka människors trygghet. Dit hör brottsförebyggande arbete när det gäller våldsbrottslighet. Det mest effektiva sättet enligt Holmberg och Kristiansson (1999) för att minska risken för farligt beteende hos psykiskt sjuka är inte ökad kontroll utan att förbättra vården samt att ge stöd och eftervård åt patienter inom de egna kommunerna. Högrisk- patienter bör prioriteras när det gäller uppföljning och stödbehandling. Inom den psykiatriska vården behövs en utveckling av vårdprogram för att bättre kunna ta hand om sådana patienter och framförallt för att kunna identifiera potentiella kriminella (Holmberg, & Kristiansson, 1999). Swanson et al. (1998) poängterar att bättre strategier för riskbedömning och behandlingsprogram för hur man hanterar detta i psykiatri behövs. Det är också viktigt att poängtera att våldsamt beteende ej ses som en isolerad företeelse utan bör inkluderas i ett socialt sammanhang (Swanson et al., 1998).

Farlighetsbedömning

”Farligheten ” var en hörnsten för straffrättsskolans förespråkare, som menade att det inte var brottet som var av störst intresse vid utmätningen av påföljd, utan brottslingen. En ”farlig” brottsling skulle omhändertas till dess han eller hon inte längre var att betraktas som farlig (Lidberg, 1999).

Sveriges första professor i rättspsykiatri, Olof Kinberg, definierade farlighet som ”ett potentiellt tillstånd hos en viss människa i en given miljösituation, vilket innebär särskild risk för angrepp på andra människors rättsförmåner eller på samhällsorganisationen själv” (Kinberg, 1955). Med denna definition är farlighet inte ett för alla givet kännetecken för en person. I stället krävs en speciell situation eller kanske en serie av händelser, riskfaktorer eller så kallade ”triggers” för att t e x våldsbrott eller annat allvarligt brott ska komma att begås (Holmberg, & Kullgren, 2000). Risk beror inte bara på individen själv utan det handlar också om den situation individen lever i (Eisenberg, 1999).

Forskningen om farlighetsbedömningar tog fart under 70-talet i USA. Under 1980-talet definierades uppdraget om och man fastslog att begreppet ”farlighetsbedömning” var förlegat. Det skulle i stället handla om en uppskattning av sannolikhet längs en kontinuerlig skala som dessutom skulle variera över tid och inte en statisk antingen eller egenskap hos individen (Grann, 2002). Framsteg inom riskforskningsområdet har under 1990-talet lett till att tänkandet kring farlighet förändrats. Man har alltså gått från ett dikotomt farlighetstänkande, farlig - inte farlig, till att betrakta farlighet som ett kontinuum (Holmberg & Kullgren, 2000). I stället för att lämna besluten i händerna på godtyckestyrd ”experter” skulle riskbedömningarna baseras på empirisk vetenskap, genom att endast de faktorer som enligt publicerade forskningsresultat visat sig vara statistiskt associerade till risken för våldshandlingar skulle vägas in (Grann, 2002).

Kravet på riskbedömningar har återinförts som en uppgift för rättspsykiatrien i syfte att stärka samhällsskyddet som en följd av en förändrad lagstiftning 1992. Såväl rättspsykiatrien som domstol måste nu ta ställning till om det föreligger risk för återfall i brottslighet av allvarigare slag i de fall överlämnande till rättspsykiatrisk vård aktualiseras. Inför permission och utskrivning från rättspsykiatrisk vård ankommer det på länsrätten respektive chefsöverläkaren att bedöma risken för återfall, beroende på om vården är förenad med särskild utskrivningsprövning eller inte. Dessutom undviker man att statistiskt etikettera någon som farlig till förmån för en bred bedömning som omfattar såväl historiska faktorer som individfaktorer och sociala förhållanden (Holmberg & Kullgren, 2000). Resultatet av bedömningarna bör också enligt detta tänkande uttryckas i form av sannolikhet eller en risk (Heilburn, 1998).

Syftet med riskbedömningsinstitutet, såsom det i gällande rätt kommer till uttryck i t e x Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, §16 (utskrivning) eller i Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt, §32 (permission), (Socialdepartementet, 1991:1472), är att förhindra våldshandlingar och andra oönskade utfall, inte predicera dem (Holmberg & Kullgren, 2000).

Riskbedömning - Riskhantering

Bland forskare och kliniker som inom ramen för beteendevetenskaperna har intresserat sig för olika typer av våld, har man traditionellt kunnat identifiera två olika ansatser när det gäller riskbedömningar. Den vanligaste har varit den *ostrukturerade kliniska* (eller den

professionella) typen av bedömningar. Första generationens riskbedömningar användes från slutet av 1960-talet till 1981. Dessa bedömningar karakteriseras av att det inte föreligger några exakta regler för hur riskbedömningar skall utföras, bara att de skall utföras av en viss profession. Denna ansats har genom åren utsatts för stark kritik, varav de tyngsta argumenten är att det sällan eller aldrig går att få en redogörelse för hur och varför man kommit fram till en viss slutsats (Belfrage, 2000). Det finns en hög grad av bristande överensstämmelse mellan olika bedömare och det har visat sig att man inte nått en träffsäkerhet i bedömningarna som är mycket bättre än slumpen. Den bästa precision forskningen uppvisade var att av tre personer som bedömdes vara farliga, var det egentligen bara en som var farlig. Forskare menade att psykologer hade mer fel än rätt och man talade om ”flipping coins in the courtroom” (Monahan, 1984).

Den andra ansatsen kallas den *aktuariska* riskbedömningen. Andra generationens riskbedömningar användes från 1981 till 1995. Denna ansats, som kan ses som en reaktion på den förra, karakteriseras av att riskbedömningarna görs efter strikta och väl definierade regler, utgående från vissa typer av data som i tidigare forskning har visat sig ha en prediktiv förmåga. Denna ansats har också utsatts för kritik. Den har ansetts som ”mekanisk” och enahanda. Viktiga faktorer enligt klinisk erfarenhet som berör exempelvis kliniska data och riskhantering har lämnats därhän, med motiveringen att de inte kunnat visa tillräcklig prediktiv kraft i forskningen (Belfrage, 2000). I en artikel påpekar Levander (2000) att många av de mest farliga återfalls- och seriebrottslingarna skulle dock få låga eller måttliga farlighetspoäng med nu aktuella riskbedömningsinstrument. Därför är det nödvändigt att vid riskbedömningar observera ”unika farlighetsindikationer” såsom paranoia, extrema former av empatistörning, perversioner, dissociation och psykopati (Levander, 2000).

Det moderna angreppssättet, *strukturerade professionella bedömningar*, infördes i mitten av 1990-talet och kan ses som den tredje generationens riskbedömning (Belfrage, 2000). Det finns många förespråkare för den strukturerade kliniska bedömningen. Bedömningen understöds av checklistor med risk- och skyddsfaktorer som har empiriskt stöd. Dessa bedömningar ”silas” genom ”praktikern” som med sin utbildning, sin goda kännedom om den enskilde klienten och sitt sunda förnuft gör den sammanfattande bedömningen (”clinical override”). Klinikern/praktikern uppmantras att ta hänsyn till andra individspecifika faktorer samt specifika risksituationer, behandlingsinsatser och säkerhetsåtgärder (Litwack, 2001; Litwack, 2002).

Historical- Clinical- Risk Assessment Scheme, (HCR- 20), kallas den i Sverige vanligast förekommande riskbedömningsinstrumentet och den är ett exempel på den strukturerade modellen för rättspsykiatriska riskbedömningar. HCR- 20 är anpassad för att kunna användas bland psykiskt störda lagöverträdare för att bedöma risken för framtida våldshandlingar (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997). Riskbedömningsinstrument HCR- 20 har utvecklats i Kanada och finns i en svensk version (Belfrage, & Fransson, 1997). Denna ansats har slagit väl ut i flera avseenden. Dels har den visat sig vara mycket enkel att använda av olika yrkesgrupper och lätt att förstå i klinisk praxis. Därmed har HCR- 20 nått stor spridning ute i världen, dels har den forskning som bedrivits utifrån instrumentet framkastat resultat när det gäller riskbedömning för framtida våld som forskare för 10-15 år sedan trodde var svåra eller rent av omöjliga att nå (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1995; Webster et al., 1997; Belfrage & Fransson, 1997). HCR-20 tycks i hög grad uppfylla konstruktörernas förhoppningar om att bidra till att göra tidigare ostrukturerade kliniska bedömningar mer strukturerade. Detta är ett mycket viktigt fynd, eftersom en hög interbedömarreliabilitet är ett viktigt kriterium för ett instrument. En stor del av kritiken mot risk och farlighetsbedömningar i allmänhet riktats mot den dåliga överensstämmelsen mellan olika bedömare (Belfrage, 2000). Interbedömarreliabiliteten, d v s i vilken utsträckning som olika bedömare av samma individ kommer fram till likartade bedömningar har i samtliga kända studier visat sig vara mycket god (Strand, Belfrage, Fransson, & Levander, 1999; Belfrage, Fransson, & Strand, 2000; Grann, Långström, Tengström, & Kullgren, 1999). Den prediktiva validiteten, alltså säkerheten i de riskbedömningar som gjorts utifrån HCR-20, ligger runt 75-80 %. Detta uttryckt i det mått som kommit att bli det gängse i riskbedömningsforskning, Area Under the Curve of the Receiver Operating Characteristics (AUC of ROC) (Strand et al., 1999; Belfrage et al., 2000; Grann et al., 1999).

Forskning

Stålenheim (2000) beskriver i en artikel att med nuvarande kunskap kan man inom forskningen identifiera ett stort antal biologiska riskfaktorer för asocialt beteende och våldsbenägenhet. Stålenheim (2000) påpekar dock att dessa biologiska riskfaktorer hittills endast gäller grupper av individer, inte den enskildes risk. Samma biologiska markör kan visa på ökad risk för flera olika psykopatologiska tillstånd t e x schizofreni och psykopati. En biologisk markör kan också indikera personlighetsdrag som förekommer hos de flesta

människor men som tillsammans med andra faktorer t e x missbruk innebär en ökad risk för våld och asocialt beteende (Stålenheim, 2000).

Neuropsykologiska, neurofysiologiska och neurologiska undersökningsmetoder kan också ge bidrag till underlaget för riskbedömningen (Siponamaa, Kristiansson, Jonson, Nydén, & Gillberg, 2001). Forskning pågår där man undersöker aggressivitet i normal- och psykiatriska populationer. Syftet med forskningen är att skapa ett enkelt instrument för objektiv utvärdering av aggressivitet, användbart både för forsknings- och kliniska ändamål (Prochazka & Ågren, 2001; Prochazka, Anderberg, Orelund, von Knorring, & Ågren 2002).

Inom riskforskningen har psykopati visat sig vara den starkaste enskilda prediktorn för framtida farlighet (Grann et al., 1999; Hart, Kropp, & Hare, 1988; Serin, Peters, & Barbaree, 1990; Serin & Amos, 1995; Serin, 1996; Tengström, Grann, Långström, Kullgren, & Hodgins, 2000).

HCR-20 har rönt uppmärksamhet runtom i forskarvärlden, och allt fler forskargrupper har börjat testa instrumentet på olika slags grupper inom rättspsykiatri och kriminalvård. Detta har genererat en rad studier (Douglas, 1998; Ross, Hart, & Webster, 1999; Belfrage, 1998; Douglas, & Webster, 1998; Strand, Belfrage, Fransson & Levander, 1999; Belfrage, 1998; Muller-Isberner, & Jockel, 1997; Dernevik, 1998).

Nicholls (1997) har funnit att HCR-20 också har en prediktiv förmåga avseende våld såväl inom som utom institution när det används vid riskbedömningar av kvinnor. Vid flera av landets fängelser har HCR-20 börjat att användas både som ett underlag i den praktiska verksamheten t e x vid Riksmottagningarna vid Kumla och Hinseberg och i ett flertal forskningsprojekt t e x vid Hall och Mariefred. Flera av dessa studier är stort upplagda prospektiva studier t e x det s k Kumla-projektet. Ett av de mera intressanta resultaten som framkommit från Hall-studien är att HCR-20 visade sig i en prospektiv studie ha en stark förmåga att predicera våld inom institutionen trots att hela undersökningsgruppen måste karakteriseras som en mycket homogen högriskgrupp (Belfrage et al., 2000).

Det är svårt att vid psykiatriska mottagningar bedöma om den person som söker vård är en potentiell våldsverkare. De psykiskt störda lagöverträdarna utgör en ringa del av samtliga personer som under en tidsperiod genomströmmar de öppna psykiatriska mottagningarna.

Detsamma gäller vid utskrivning från psykiatrisk vård (Belfrage, 1998). Trots detta kan ett bristande omhändertagande vid en psykiatrisk mottagning eller bristande observans i samband med utskrivning få förödande konsekvenser både för patienten och dennes omgivning (Belfrage, 1996). Det är av stor vikt att studier bedrivs för att ge ökade kunskaper om den psykiatriska vårdens kontakter med individer med benägenhet för våldsbrott och dess möjlighet att tidigt fånga upp och förebygga våld (Holmberg, & Kristiansson, 1999).

HCR-20 bör ses som ett brett screeningsinstrument för våld. De huvudsakliga avgörandena som skall göras vid arbete utifrån HCR-20 är riskinventering, riskbedömning samt riskhantering. I tidsmässigt avseende handlar det alltså om historik, det aktuella samt personens framtid. Informationskällan för detta är journaler när det gäller historik, när det gäller det aktuella är det individen själv och när det gäller framtiden är det omgivningen som är källan (Webster et al., 1997). Utifrån aktuell forskning menar konstruktörerna av HCR-20 att de tre olika avgöranden som finns inte kan tillmätas lika stor betydelse vid riskbedömningar. Det har visat sig att det säkraste sättet att förutspå hur en individ skall bete sig i framtiden, är att ta reda på hur personen uppträtt tidigare (Belfrage, & Fransson, 1997). Historiska fakta om en individ bör alltså väga tyngre än andra fakta. Instrumentet är därför utformat så att de historiska riskfaktorerna är fler än de övriga (Webster et al., 1997). Att enbart använda journalgranskning som metod har prövats i flera vetenskapliga studier och visat god reliabilitet (Grann et al., 1998; Grann, Långström, Tengström, & Stålenheim, 1998; Långström et al., 1999).

En hypotes bland kliniskt verksam personal inom den rättspsykiatriska vården är att ”nästan alla LRV-patienter har sökt hjälp inom allmänpsykiatri innan de begår de (vålds)brott de sedan döms för”. Bedömningar av risk för våld görs regelbundet inom rättspsykiatri. Syftet med riskbedömningen är att förebygga brott samt att kostnadseffektivisera påföljdssystemet. Frågan i dag är om det finns skäl att göra riskbedömningar även i sammanhang där man träffar patienter som inte är föremål för rättsliga åtgärder.

En övergripande fråga i förevarande arbete var om det var möjlig använda HCR-20 för att identifiera patienter inom allmänpsykiatriska vården som befinner sig ”i riskzonen” för kriminalisering genom våldsbeteende genom att använda patientens journal som informationskälla.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om det är möjligt med den information som finns i journalerna att med riskbedömningsinstrumentet HCR-20 identifiera patienter med riskfaktorer för våldsbeteende inom allmänpsykiatriska vården. Detta görs genom att jämföra en fallgrupp mot en kontrollgrupp.

Frågeställningar

- Skiljer sig fall- och kontrollgrupperna åt när det gäller historiska data enligt riskbedömningsinstrument HCR-20.
- Skiljer sig fall- och kontrollgrupperna åt när det gäller kliniska data enligt riskbedömningsinstrument HCR-20.

METOD

Design

En retrospektiv, explorativ, case-control design användes för att besvara frågeställningarna (Polit, & Hungler, 1999).

Sample

Detta är en pilotstudie som begränsades till Dalarnas län. De patienter som ingick i studien har vårdats i Dalarnas län. I fallgruppen (n=10) (cases) ingick journalerna för de patienter som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård enligt LRV i Dalarnas län.

Kriterier för att inkluderas i undersökningen var att brottet ej hade begåtts tidigare än 5 år före denna studie, d v s år 1997 eller senare. Patienten skulle ha haft kontakt med allmänpsykiatri senast inom 1 år före brottets inträffande. Med kontakt menas både inskrivning vid allmänpsykiatrisk avdelning och dokumenterad kontakt med psykiatrisk öppenvårdsmottagning. De brott som personerna i fallgruppen begått var mord/dråp, misshandel och mordbrand, där offret inte hörde till familjekretsen.

Skälet till att inte inkludera sexualbrott samt intrafamiljärt våld i denna studie var att i dessa förövargrupper finns specifika riskfaktorer för våld som sannolikt skiljer sig från de extrafamiljära ”rena” våldsbrottslingarna.

Kontrollgruppen (n=8) (controls) utgjordes av journalerna till de individer som matchats för psykiatrisk klinik, dvs för varje LRV-fallpatient identifierades en individ som haft motsvarande kontakt med samma psykiatriska klinik vid samma tidpunkt men som inte begått brott. Matchning gjordes enbart för psykiatrisk klinik. Anledningen till detta var att det var okänt vilka eventuella riskfaktorer för brottslighet som fanns i kontrollgruppen.

Tabell 1. Demografiska data för fallgrupp (n=10) och kontrollgrupp (n=8). Totalt n=18
Ålder = medelvärde (range). Skolår = medelvärde (range).

Variabel	fallgruppen	kontrollgruppen
Kvinna	1	0
Man	9	8
Ålder	39 (21-57)	43 (29-64)
Skolår	8,6 (6-12)	9,25 (7-12)
Lever i parrelation	0	2
Änka/änkling	0	1
Ensamstående	10	5
Yrkesrelaterad inkomst	0	1
Arbetsträning (50%) + sjukpenning (50%)	0	1
Yrkesrelaterad inkomst (50%) + sjukpenning (50%)	0	1
Sjukpenning	8	1
Sjukbidrag	2	0
Sjukpension	0	3
Sjukpension (75%) + a-kassa (25%)	0	1

Via register (Psykbaser) identifierades 28 personer som överlämnats till rättspsykiatrisk vård i Dalarna under en 5 års-period (1997-2002). Vid genomgång av dessa 28 journaler visade det sig att 12 av dessa personer hade begått brott där offret tillhörde familjekretsen. Vid journalgranskning av de återstående 16 journalerna var det 6 personer som inte uppfyllde övriga inklusionskriterier. I fallgruppen blev det ett bortfall på 6 journaler. De hade ej haft någon dokumenterad allmänpsykiatrisk kontakt ett år eller senare före indexbrottet. När matchningen skulle göras för allmänpsykiatrisk klinik bortföll 2 journaler för

kontrollindividerna p g a sekretess vid annan klinik. En översikt av demografiska data för fall- och kontrollgrupp presenteras i tabell 1.

Instrument

Historical- Clinical- Risk Assessment Scheme (HCR-20) är en förkortning där H står för historiska variabler (10 st), C för kliniska variabler (5 st) och R för riskvariabler (5 st).

Instrumentet innehåller 20 variabler (Webster et al., 1997) (bilaga1).

Vid användandet av HCR-20 fastställs närvaro eller frånvaro av samtliga 20 riskfaktorer. Detta görs på en tregradig skala ja/delvis/nej (eller 2/1/0). Ett nej (eller 0) innebär att tillgänglig information inte pekar på förekomsten av en ett visst symtom, tillstånd eller problem. När en faktor kodas med delvis (eller 1) innebär det att tillgänglig information antyder att det aktuella tillståndet eller problemet föreligger. När en faktor kodas som ja (eller 2) innebär detta att tillgänglig information visar klart att detta tillstånd eller problem föreligger. Antalet förekommande riskfaktorer summeras (genom att summera 0: or, 1:or och 2:or) erhålls en totalpoäng som återspeglar risken för framtida våld. Ju högre poäng desto högre risk, och ju lägre poäng desto lägre risk. Bedömningen av faktorerna görs av ett team. En psykiater tar alltid formellt ansvar för bedömningen (Webster et al., 1997).

HCR-20 har prövats i vetenskapliga studier i Kanada (Douglas & Webster, 1998) och Sverige (Strand, & Belfrage, 2001). Riskfaktorerna har visats ha hög validitet för prediktion av framtida våldshandlingar bland rättspsykiatriska patienter och kriminalvårdsdömda. Detta betyder något förenklat att säkerheten i de riskbedömningar som gjorts utifrån HCR-20 i dessa studier ligger runt 75-80 % (Forsman, & Söderström, 2000).

Instrumentet skiljer mellan statistiska eller demografiska variabler och kliniska variabler. De förra är relativt stabila, medan de senare i högsta grad är föränderliga och baserade på olika slags bedömningar. Till detta kommer faktorer som tar hänsyn till framtida riskhantering både ute i samhället och inne på institution. Det handlar om tre slags avgöranden utgående från olika källor. Dessa avgöranden är riskinventering, riskbedömning och riskhantering. I tidsmässigt avseende handlar det om historik, aktuella händelser och framtid. Riskinventering hämtas ur journaler. (Webster et al., 1997).

I denna undersökning användes 14 av HCR-20 variablerna. Det går alltså att säga att man i denna studie använder HC-14. Punkt H 7 Psykopati samt R 1 Orealistisk framtidsplanering, R2 Tillgänglighet och brist på tillsyn, R3 Brist på stöd och hjälp, R4 Brist på samtycke och motivation samt R5 Stress ingick ej i denna studie då dessa bedömningar är svåra att göra på journalmaterial. Punkt H7 Psykopati, kräver dessutom utbildning i att använda psykopatiskattningsskalan PCL:SV alternativt PCL-R (Hart, Cox & Hare, 1995; Grann, Långström, Tengström, & Kullgren, 1999).

Procedur

Verksamhetschefen vid Skönviks Psykiatriska Klinik informerades om att studien kunde genomföras som ett kvalitetsarbete internt för myndigheten och att arbetet skulle påbörjas under hösten 2001. Genom registerbaserad data identifierades 28 personer som överlämnats till rättspsykiatrisk vård i Dalarna från 1997 och 5 år framåt. Fallgruppen identifierades (n=10) enligt inklusionskriterierna.

De 14 riskfaktorer som ingick i studien identifierades ur journalerna enligt HCR-20 manualen (bilaga 1). Denna manual med instruktioner och kommentarer är en svensk version av den kanadensiska originalversionen (Webster et al., 1997). Demografiska data registrerades enligt protokoll (bilaga 2). I nästa steg identifierades den klinik som respektive fallindivid hade haft kontakt med enligt punkt 2 i inklusionskriterierna. Journalerna från de patienter som inkluderades i kontrollgruppen valdes från samma klinik och baspsykiatriska mottagningar som patienterna i fallgruppen haft kontakt med. Patienter som hade kontakt samtidigt eller i nära anslutning till den tidpunkt då respektive fallindivid hade sin vårdkontakt efterfrågades genom kontakt med respektive klinik per brev och telefon. I brevet informerades om studiens syfte och tillstånd ansöktes om att få granska journalerna på kontrollindividerna. Ansökan gjordes hos de verksamhetsansvariga vid de allmänpsykiatriska avdelningarna och mottagningarna. Ansökan om tillstånd gällde tio journaler. Två av dessa journaler kunde ej lämnas ut p g a sekretess då dessa journaler fanns vid en allmänpsykiatrisk klinik utanför Dalarnas län. Journalhandlingar för kontrollindividerna (n=8) rekvirerades från respektive klinik. Dessa journaler har tagits fram ur arkiv av sekreterare vid de olika allmänpsykiatriska avdelningarna och mottagningarna. Riskfaktorer (14 st) enligt HCR- 20 manualen identifierades ur journalerna. Demografiska data registrerades enligt protokoll.

När det gäller HCR-20 skattningen i fallgruppen gjordes en skattning av psykolog, tre skattningar av psykiater och sex skattningar av författaren. När det gäller kontrollgruppen gjordes samtliga skattningar av författaren.

Dataanalys

Data analyserades med chi-tvåtest (χ^2) för att se om någon signifikant skillnad fanns mellan fall- och kontrollgrupperna med avseende på historiska och kliniska data (Polit, & Hungler, 1999). Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) användes för dataanalyserna.

Etiska frågeställningar

De personer som identifierades till kontrollgruppen i denna studie är en känslig grupp. Minnen från vårdtiden inom psykiatri kan väckas till liv och kan i vissa fall vara obehagliga. Det kan vara kränkande att informera personer om att deras journal skall jämföras med journaler där personerna är dömda för grova brott. Därför gjordes ett etiskt övervägande att ej informera kontrollgruppen. Ingen identifiering av dessa personer kommer att ske. Studien kan ge ökade kunskaper som kan användas för fortsatt arbete angående riskbedömning. Klinikchefen har gett sitt godkännande till att denna studie bedrivs inom Dalarnas Län. Då studien begränsades till Dalarnas Län och författaren till studien är anställd inom Landstinget Dalarna hade författaren tillgång till journalerna inom ramen för sitt kliniska uppdrag. Studien bedrevs som ett kvalitetsarbete internt för myndigheten. Något etiskt tillstånd söktes ej.

RESULTAT

Historiska data

Jämförelsen mellan fall- och kontroll grupp med riskbedömningsinstrumentet HCR-20 visade en signifikant skillnad för variablerna H1 Tidigare våldshandlingar, H2 Tidig debut i våldshandlingar samt H5 Alkohol- eller drogmissbruk. Den mest signifikanta skillnaden mellan fall- och kontrollgrupperna fanns när det gäller H1. Deltagarna i fallgruppen bedömdes samtliga ha begått våldshandlingar tidigare i livet medan däremot endast en deltagare i kontrollgruppen bedömdes som våldsam tidigare i livet. I fallgruppen bedömdes 8 deltagare ha tidig debut i våldshandlingar medan en person i kontrollgruppen bedömdes ha tidig debut i

våldshandlingar. När det gäller alkohol eller drogmissbruk bedömdes 7 deltagare i fallgruppen ha alkohol- eller drogproblem. En deltagare i kontrollgruppen bedömdes ha alkohol- och drogproblem. När det gäller övriga H faktorer som ingick i studien fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna (tabell 2).

Tabell 2. Presentation av data analyser med χ^2 för (H) historiska variabler för fall (n=10) och kontrollgrupperna (n=8).

Variabel	delvis/ja <i>fall</i> (n=10)	delvis/ja <i>kontroller</i> (n=8)	χ^2	df	p
H1 Tidigare våldshandlingar	10 (100%)	1 (13%)	14,760	2	,001
H2 Tidig debut i våldshandlingar	8 (80%)	1 (13%)	8,663	2	,013
H3 Instabilitet i förhållanden	9 (90%)	5 (63%)	2,234	2	<i>ns</i>
H4 Problem på arbetsmarknaden	9 (90%)	7 (88%)	3,889	2	<i>ns</i>
H5 Alkohol- eller drogmissbruk	7 (70%)	1 (13%)	7,470	2	,024
H6 Psykisk sjukdom	9 (90%)	8 (100%)	,847	1	<i>ns</i>
H8 Tidig missanpassning	6 (60%)	3 (38%)	1,710	2	<i>ns</i>
H9 Personlighetsstörning	8 (80%)	2 (25%)	5,754	2	<i>ns</i>
H10 Tidigare misskötsamheter vid permission	4 (40%)	1 (13%)	2,215	2	<i>ns</i>

$p < 0,05$; *ns* = not significant

Kliniska data

Vid beräkning av kliniska faktorer framkom ingen signifikant skillnad mellan fall- och kontrollgrupperna (tabell 3).

Tabell 3. Presentation av dataanalyserna med χ^2 för kliniska (C) variabler för fall (n=10) och kontrollgrupperna (n=8).

Variabel	delvis/ja <i>fall</i> (n=10)	delvis/ja <i>kontroller</i> (n=8)	χ^2	df	p
C1 Brist på insikt	7 (70%)	6 (75%)	2,306	2	<i>ns</i>
C2 Negativ attityd	8 (80%)	5 (63%)	,806	2	<i>ns</i>
C3 Psykiatriska symptom	8 (80%)	8 (100%)	2,057	2	<i>ns</i>
C4 Instabilitet	7 (70%)	4 (50%)	4,114	2	<i>ns</i>
C5 Dålig behandlingsbarhet	7 (70%)	7 (88%)	3,150	2	<i>ns</i>

$p < 0,05$; *ns* = not significant

DISKUSSION

En signifikant skillnad mellan fall- och kontrollgrupperna fanns när det gällde förekomst av tidigare våldshandlingar, tidig debut i våldshandlingar samt alkohol- och drogmisbruk. Övriga historiska faktorer i studien samt kliniska faktorer visade ingen signifikant skillnad mellan fall och kontrollgrupperna. De historiska riskfaktorerna är av stor vikt vid riskbedömningar av flera skäl. Dels har de en dokumenterad god förmåga att predicera framtida våld, dels är de nödvändiga för att kunna göra en noggrann bedömning av både klinisk status och lämplig framtida riskhantering (Harris et al., 1993). Senare års forskning har visat att också kliniska riskfaktorer och riskhanteringen har mycket stor betydelse vid riskbedömningar och detta särskilt i homogena högriskgrupper där historiska riskfaktorer är frekvent förekommande (Strand et al., 1999; Belfrage et al., 2000).

Resultatdiskussion

H1. Tidigare våldshandlingar

När det gäller faktor H1, Tidigare våldshandlingar, så är det en av de starkaste prediktorerna för framtida våldshandlingar och det är ett observandum om den som blir föremål för bedömningen tidigare gjort sig skyldig till sådana handlingar. Om inga, eller minimala, tidigare våldshandlingar har förekommit kodas personen 0. När personen kodas 1 har tidigare inslag av våld och/eller hot av relativt allvarligt slag förekommit. Med hot och /eller våld av relativt allvarligt slag avses örfilar, knuffar och liknande riktat mot döda ting. Dit räknas te x sparkar och slag mot väggar eller dylikt. Till denna grupp räknas också rån och alla former av hot om våld. Får en person 2 vid kodning av faktor H1 innebär det att tidigare våld av allvarligt slag förekommit med uppenbart syfte att skada. Till allvarligt våld räknas, förutom svåra våldsbrott som mord och dråp, även mordbränder, sexuella övergrepp som innefattar våld och allvarlig misshandel. Om en person har gjort sig skyldig till 3 våldshandlingar eller fler av relativt allvarligt slag skall personen erhålla siffran 2. När en bedömning görs skall även kända handlingar som personen eventuellt inte blivit dömd för räknas dit. I denna undersökning har kontrollpersonerna ej blivit lagförda. De har alltså ej blivit dömda för brott. Det är av stor vikt att en utförlig anamnes görs och att uppgifter hämtas hos anhöriga och andra närstående om det finns möjlighet till detta.

H2. Tidig debut i våldshandlingar

När det gäller faktor H2, tidig debut i våldshandlingar, så talar vetenskapliga data för att ju yngre man är när man debuterar i våldshandlingar, desto större är risken att sådana handlingar upprepas. Vid kodningen avses den ålder då den tidigast kända våldshandlingen inträffat enligt H1. När det inte finns någon känd våldshandling skall faktor H2 kodas 0. Har debuten i våldshandlingar skett när personen var över 40 år skall den också kodas 0. Har debuten skett mellan 20 och 40 år kodas 1. Under 20 år kodas 2.

De flesta elever går i dag nio år i den obligatoriska skolan och 3 år i gymnasieskolan. När en person har gått 12 år i skolan behöver detta inte betyda att skoltiden varit utan problem. Trots att en elev har godkänt avgångsbetyg kan eleven ha varit ”stökig” och ”bråkig” under hela sin skoltid. Flera våldsincidenter kan också ha inträffat under skoltiden. Händelserna kan ha varit dokumenterade i skolhälsovårdsjournalen men arkiveras inte och är därför inte tillgängliga för sjukvårdsanamnesen. Den informationen skulle vara värdefull vid diagnostisering av psykiatriska sjukdomar men även vid insättandet av stödåtgärder inom den allmänpsykiatriska öppenvården. Information om en persons sätt att reagera i olika situationer under uppväxten är viktig information för att ”rätt” stödåtgärd sätts in i förebyggande.

H5. Alkohol- eller drogmissbruk.

Faktor H5 beskriver personens alkohol- eller drogmissbruk. Alkohol och drogmissbruk utgör utan tvekan en av våra mest brottiniterande faktorer. När personen inte visar tecken på frekvent eller vanemässigt missbruk kodas 0. När personen har ett frekvent missbruk kodas 1. Med ”frekvent” missbruk menas när personen på grund av bruk av alkohol och/eller droger inte fungerar på normal nivå. Det kan vara att komma för sent till sitt arbete, ha ”baksmälla” eller uppvisa koncentrationssvårigheter eller irritabilitet. Om personen har ett omfattande och vanemässigt missbruk kodas 2. Det är här viktigt att känna till att bedömare är intresserad både av missbruk som förekommit tidigare i den bedömades liv och eventuellt föreliggande missbruk.

När en person söker vård vid en allmänpsykiatrisk mottagning kan det vara svårt att få personerna att svara sanningsenligt på frågor rörande alkoholvanor, droger och tablettmissbruk. Detta område är tabubelagt och det är vanligt att problem med alkohol och droger bagatelliseras. När man ställer frågor om dryckesvanor svarar många ”jag dricker som alla andra” eller ”det blir väl till helgerna”. Blandmissbruk är vanligt bland personer som

missbrukar alkohol och droger. Vi vet i dag att vissa preparat, framförallt de preparat som hör till gruppen Benzodiazepiner (t e x Rohypnol, Stesolid och Sobril) i kombination med alkohol gör personer aggressiva och att dessa preparat använts av personer som begått våldsbrott. Noggrann kartläggning av personers alkohol och drogvanor samt försiktighet vid utskrivandet av de preparat man idag vet används av blandmissbrukare och gör personen mer aggressiv är en viktig del när det gäller brottsförebyggande arbete. Ett annat observandum i dag är användandet av anabola steroider. Personer som använder anabola steroider visar ofta humörsvängningar och aggressiva utbrott.

H9. Personlighetsstörning

Faktor H9 som i denna undersökning ej visade en signifikant skillnad är ändå viktig att nämna. Faktor H9 står för personlighetsstörning. Här avses personlighetsstörningar som kan diagnostiseras utifrån DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Det finns en mycket klar koppling mellan personlighetsstörningar och våld. Detta är särskilt utmärkande om personlighetsstörningarna är av antisocial eller borderlinekaraktär. Enligt en studie av Holmberg, & Kristiansson (1999), hade 40 procent bland de personlighetsstörda, (DSM IV) kontakt med psykiatri inom en sex månaders period före det aktuella brottet. En av fem personlighetsstörda hade en psykiatrisk kontakt två veckor före brottet (Holmberg, & Kristiansson, 1999). När ingen personlighetsstörning föreligger eller har förelegat kodas 0. När misstanke om personlighetsstörning föreligger eller har förelegat kodas 1. Med misstanke om personlighetsstörning menas där det föreligger uttalade personlighetsdrag som talar för en personlighetsstörning men där en säker diagnostisering inte kan göras. Det man märkt på senare år i det kliniska arbetet är att en del patienter lyckats dölja en personlighetsstörning bakom ett störande beteende under sin skoltid. Kunde man hämta uppgifter från elevers lärare, speciellt från låg och mellanstadiet där eleverna har en klasslärare skulle mycket värdefull information om personers tidigare våldshandlingar och debut i våldshandlingar komplettera anamnesen. Elevers skoljournal arkiveras inte och är därför inte tillgängliga för psykiatri.

Skillnader mellan fall- och kontrollgrupperna

Att identifiera riskfaktorer för våldsbrottslighet inom den allmänpsykiatriska populationen känns intressant och angeläget speciellt för de som är kliniskt verksamma inom det psykiatriska omvårdnadsarbetet men naturligtvis även för övriga. Våldsbrottslighet är i dag ett

mycket omdebatterat ämne. Det som framkom i denna undersökning var att i den grupp som här benämns fallgrupp (n=10) hade de personer som begått våldsbrott, där offret ej tillhörde familjekretsen, en tidig debut i våld, tidigare våldsbrott och missbruk som utmärkande faktorer vid riskbedömningen. Personer med ”multiproblematik har beskrivits av flera forskare (Belfrage, 1996; Hightower, & Eaves, 1992). Enligt Kramp, & Gabrielsen (1994) gäller det speciellt personer som lider av svåra psykotiska störningar och som uppträder utagerat och aggressivt (Kramp, & Gabrielsen, 1994).

Att få en signifikant skillnad mellan en fallgrupp (n=10) och en kontrollgrupp (n=8) i en ”liten” undersökningsgrupp är anmärkningsvärt. Hade undersökningsgruppen varit större hade med stor sannolikhet även andra faktorer visat en signifikant skillnad mellan fall- och kontrollgrupp. Resultatet vid jämförelsen mellan grupperna tyder på att även personlighetsstörning (DSM I V) och tidig missanpassning visat en signifikant skillnad i ett större sample. Det har i tidigare studier framkommit att en av fem personlighetsstörda hade psykiatrisk kontakt två veckor före brottet (Holmberg, & Kristiansson, 1999).

När en person söker allmänpsykiatrisk vård och det framkommer att personen haft mycket problem under sin skoltid är det ett observandum. Att en person fullgjort sin skolgång med godkända betyg behöver inte betyda att skoltiden varit problemfri. I denna studie hade både personerna i fall- och kontrollgrupp ungefär lika lång skoltid. I båda grupperna fanns det personer som både fullgjort den obligatoriska skolgången och treårigt gymnasium. I samtal med psykolog som arbetar med rättspsykiatriska bedömningar har det framkommit att personer som beskrivits som ”stökiga” och ”bråkiga” under sin skoltid egentligen har haft en personlighetsstörning (Åsa Eriksson, personlig kommunikation, 2003-03-26). I denna studie har endast antal skolår redovisats. Detta beskriver inte hur personerna agerat under skoltiden.

När det gäller övriga demografiska data för fall- och kontrollgrupperna visade denna undersökning att samtliga personer i fallgruppen levde ensamma vid det allmänpsykiatriska vårdtillfället. Ingen i fallgruppen hade en yrkesrelaterad inkomst. I kontrollgruppen var 2 personer sammanboende, 1 var änklings och 3 personer hade någon form av yrkesrelaterad inkomst. Våld och missbruk var det som visade en signifikant skillnad mellan grupperna. Enligt Swanson et al. (1999) var ett våldsamt beteende problem för hälften av de patienter som skrivits ut från psykiatrisk klinik inom en 4 månaders period (Swanson et al., 1999). När

en person uppträder utagerat och aggressivt, eventuellt kombinerat med missbruk är det svårt att skapa varaktiga förhållanden och erhålla eller behålla ett yrkesarbete.

I denna studie framkom inga skillnader mellan fall- och kontrollgrupperna när det gäller C-faktorerna som beskriver de kliniska riskfaktorerna. De kliniska riskfaktorerna är ett mer outforskat område. Enligt konstruktörerna av HCR-20 råder det dock ingen tvekan om att brist på insikt, negativ attityd, psykiatrisk symtomatologi, instabilitet och dålig behandlingsbarhet är betydelsefulla kliniska riskfaktorer (Webster et al., 1997). Dessa faktorer beskriver ”vanliga psykiatriska symtom” som finns i både fall- och kontrollgrupp. Resultatet när det gäller C-faktorerna, kliniska faktorer, var väntat i denna studie. Det hade varit mer anmärkningsvärt om undersökningsgrupperna visat skillnader eftersom samtliga personer i studien var i behov av psykiatrisk vård vid undersökningstillfället.

Metoddiskussion

Denna studie är en pilotstudie i Dalarnas län. Studien bedrevs som ett kvalitetsarbete inom Rättspsykiatriskt Centrum i Säter. En fallgrupp (n=10) och en kontrollgrupp (n=8) ingick i denna studie. De 18 journaler som ingick i studien granskades enligt valda delar ur HCR-20 (Webster et al., 1997). Att vissa punkter exkluderades berodde på att dessa är svåra att bedöma enbart på journalhandlingar. H7. Psykopati, kräver dessutom att personen som gör skattningen är utbildad i att använda psykopatiskattningsskalan PCL:SV alternativt PCL-R (Grann et al., 1999). De journaler som hörde till fallgruppen fanns vid RPC i Säter. Författaren hade tillgång till dessa journaler inom ramen för det kliniska arbetet.

HCR-20 bedömningen i fallgruppen har gjorts av författaren till studien, en psykolog samt en psykiater. De journaler som hörde till kontrollgruppen fanns vid allmänpsykiatriska avdelningar och mottagningar inom Dalarnas län samt Gävleborg (som har ett speciellt avtal när det gäller rättspsykiatriska patienter). Matchningen fall- och kontrollgrupp gjordes enbart för klinik. Journalerna togs fram av sekreterare vid de allmänpsykiatriska avdelningarna och mottagningarna efter tillstånd från respektive verksamhetschef. HCR-20 bedömningen i dessa journaler gjordes av författaren till studien. Instrumentet kräver relativt detaljerade data om den som skall bedömas samt en viss kompetens hos bedömaren. Flera av de historiska riskfaktorerna kan insamlas och bedömas av tränad personal utan klinisk kompetens. De

kliniska faktorerna däremot kräver klinisk kompetens (Webster et al., 1997). Författaren till studien har mångårig yrkeserfarenhet inom allmänpsykiatri och rättspsykiatri.

Den manual med instruktioner och kommentarer som skall användas vid HCR-20 bedömningen finns i en svensk version (Belfrage, & Fransson, 1997) och grundar sig på den kanadensiska originalversionen (Webster et al., 1997). Manualen är tydlig och enkel att arbeta med. Att olika personer gjort HCR-20 bedömningen i denna studie bör inte ha någon betydelse då manualen är utformad så det inte skall finnas utrymme för egna tolkningar. En brist i denna undersökning kan vara att den information som använts ur journalerna för fallgruppen vid HCR-20 bedömningen kan ha varit mer omfattande än den information som fanns i journalerna när det gäller kontrollgruppen.

I allmänhet krävs såväl en genomgång av all tillgänglig information t e x domar, rättspsykiatriska utlåtanden, personutredningar, journaler med mera. Dessutom kan bedömningen kompletteras med en intervju (Webster et al., 1997). I denna undersökning har bedömningen gjorts enbart på journalmaterial. Flera vetenskapliga studier har använt journalgranskning som metod och denna metod har visat god reliabilitet (Grann et al., 1998; Grann et al., 1998; Långström et al., 1999). En brist i denna studie är att det kan finnas händelser i personens liv som ej blivit journalförda. Anledningen till detta kan bero både på vad personen berättat och naturligtvis också på den dokumentation som gjorts. Skälet till att ej komplettera journalgranskningen med intervjuer var att det vore oetiskt att kontakta personerna i kontrollgruppen. Dels är detta en känslig grupp och dessutom kan det upplevas kränkande att informera dessa ”icke lagförda” personer om att deras journal skulle jämföras med grova våldsbrottslingar.

Att HCR-20 använts till denna studie beror på att HCR-20 har sedan den svenska versionen publicerades 1977 blivit en självklar del av den kliniska vardagen vid flera institutioner inom såväl (rätts)psykiatri som kriminalvård. Flera svenska avhandlingsarbeten bygger helt eller delvis på forskning utifrån HCR-20 (Belfrage et al., 2000), (Strand et al., 1999). HCR-20 är ett standardiserat instrument, eller checklista, för riskbedömningar. HCR-20 har goda psykometriska egenskaper och den är lätt att arbeta med i klinisk praxis (Forsman, & Söderström, 2000). HCR-20 är ursprungligen ett instrument framtaget framförallt för forskningsbruk, därför är det uppbyggt kring poäng. I forskningssammanhang är intresset

huvudsakligen fokuserat på olika riskfaktorers tyngd, prediktiva förmåga, och kvantifierbara brytpunkter för sannolika återfall i våldsbrott (Webster et al., 1997).

Undersökningsgruppen var liten (n=18), men kan ses som ett första försök att identifiera riskfaktorer för våldsbrott inom den allmänpsykiatriska öppen- och slutenvården. Med stor sannolikhet hade fler faktorer visat en signifikant skillnad mellan fall- och kontrollgrupp med större sample. Den hypotes som i dag finns bland de kliniskt verksamma inom rättspsykiatri att ”nästan alla” patienter som överlämnas till LRV-vård tidigare sökt allmänpsykiatrisk vård stämmer inte i denna ”lilla” undersökning. Av 16 identifierade fall- individer hade 6 personer ej sökt allmänpsykiatrisk vård tidigare. I denna undersökning hade 10 personer tidigare varit i kontakt med den allmänpsykiatriska vården vilket här motsvarar 63 %.

Framtidsperspektiv

En populär debattfråga inom kriminalvård och rättspsykiatri sedan 1970-talet är om farlighet går att förutse. Sedan 1990-talet har samhällsklimatet och den allmänna opinionen förändras att nu med stor kraft betona samhällsskyddsaspekter i kriminalvård och rättspsykiatri (Holmberg, & Kullgren, 2000).

Ett av de viktigaste framstegen i senare års utveckling i arbetet med risk och farlighetsbedömningar är insikten om att riskbedömningar också skall initiera riskhantering. Det här har lett till ett allt större intresse för att utveckla olika slags metoder för efterbehandling, övervakning, planering och tillsyn inom såväl den rättspsykiatriska vården som inom kriminalvården. Detta har skapat ett helt nytt och mycket aktivt forskningsområde kallat ”risk communication”. Risk kommunikation har blivit ett allt mer nödvändigt område att studera i takt med allt fler professionella instrument för riskbedömningar har konstruerats (Heilbrun, 1998). Det är många olika aktörer som finns inom området ”riskbedömningar av framtida våld och kriminalitet”. Det är t e x jurister, kliniker, kriminologer, socialarbetare, poliser och vårdpersonal. Resultaten av riskbedömningar mellan dessa olika grupper måste kunna kommunicera på ett adekvat sätt. Ett professionellt teamarbete är av stor vikt (Litwack, 2002). Det är inte ovanligt att t e x personal som arbetar kliniskt känner oro för hur jurister skall tolka deras bedömningar. En annan frågeställning som diskuteras är om jurister skall få se de professionella instrument som används eller om de bara skall få se själva utlåtandet. Det

finns många frågeställningar som är av stor vikt att söka besvara inom den närmaste framtiden (Belfrage, 2000).

Slutsats

Denna undersökning har visat att valda delar av HCR-20 (Webster et al., 1997), är användbar även på den allmänpsykiatriska populationen. Inom den psykiatriska vården behövs en utveckling av vårdprogram för att minska risken för farligt beteende hos psykiskt sjuka och framförallt för att bättre kunna se potentiella kriminella (Holmberg, & Kristiansson, 1999). Den information som fanns i journalerna som ingick i denna studie gav tillräcklig information för att kunna göra en skattning. Detta visar också vikten av en omfattande anamnes och en professionell dokumentation. Om ett riskbedömningsinstrument kan utarbetas för att användas kliniskt inom allmänpsykiatrin är nästa frågeställning när ett sådant instrument skall användas och vilka interventioner som i så fall skall vidtas. Denna studie kan inte ge något svar på den frågan. Swanson et al. (1998) poängterar dock att ett våldsamt beteende ej skall ses som en isolerad företeelse utan inkluderas i ett socialt sammanhang (Swanson et al., 1998). Med ett riskbedömningsinstrument kan man göra en bedömning av vilka personer som är ”högrisk patienter”. Holmberg, & Kristiansson (1999) anser att ”högrisk patienter” bör prioriteras när det gäller uppföljning och stödbehandling i de egna kommunerna. Det mest effektiva sättet är inte ökad kontroll utan att förbättra vården (Holmberg, & Kristiansson, 1999).

I denna studie framkom vilka faktorer enligt HCR-20, (Webster et al., 1997), som är speciellt utmärkande för personer som finns i ”riskzonen” för våldsbrottslighet. Det finns därför skäl att titta på en större grupp av LRV-patienter och upprepa jämförelsen med patienter inom allmänpsykiatrin.

Fortsatt forskning

Diskussioner pågår och en förhoppning finns att göra en nationell studie med liknande frågeställning där samtliga rättspsykiatriska kliniker skulle ingå.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (1994). *Quick Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition (DSM-IV): Washington D.C.

Belfrage, H. (1995). *Sundbyrapporten - En undersökning av kriminalitet och dödlighet hos före detta mentalpatienter*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Belfrage, H. (1996). *Brottslig hetta, psykiatrin och samhället. Introduktion till den medicinska kriminologin*. Stockholm: Liber AB.

Belfrage, H. (2000). HCR-20. *Senare års forskning och utveckling*. Rättsmedicinalverket. RMV- rapport, 113-7660; 2000:1. Stockholm.

Belfrage, H., & Fransson, G. (1997). *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld*. Manual med instruktioner och kommentarer. Växjö: Forskningsenheten. Regionpsykiatriskt centrum.

Belfrage, H. (1998). New evidence for a relation between mental disorder and crime. *British Journal of Criminology*, 38, 145-154.

Belfrage, H. (1998). A 10 year follow-up of criminality in 1056 mental patients in Stockholm with schizophrenia, affective psychosis and paranoia: New evidence for an association between mental disorder and crime. *British Journal of Criminology*, 38, 145-155.

Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20 risk, A prospective study in two maximum security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 167-177.

Brottsförebyggande rådet. (2000). *Strategiska brott, vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär?* Brå-rapport 2000:3. Stockholm.

Dernevik, M. (1998). Preliminary findings and validity of the historical- clinical-risk assessment in forensic psychiatric setting. *Psychology, Crime & Law*, 4, 127-137.

Douglas, K. S. (1998). *The HCR-20 risk assessment scheme. Overview and annotated bibliography*. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1998). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice & Behavior* (in press).

Eisenberg, L. (1999). The limits to prediction: The future ain't what it used to be! *American Journal of Psychiatry*, 156, 501-503.

French, L. (1987). Victimization of the mentally ill: An unlimited consequence of deinstitutionalization. *Social Work*, 32, 502-5.

Forsman, A., & Söderström, H. (2000). *Etik och metodproblem vid rättspsykiatriska riskbedömningar*. Rättsmedicinalverket. RMV-rapport 2000:1.

Grann, M., et al. (1998). Some experiences from registers of interest to forensic research in Sweden. Karolinska Institute, Division of Forensic Psychiatry, Stockholm, Sweden. *Rettsmedisin*, 3, 61-84.

Grann, M., Långström, N., Tengström, A., & Stålenheim, G. (1998). Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. *Journal of Personality Assessment*, 70, 416-426.

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

Grann, M. (2002). Riskbedömningar. Möjligheter och omöjligheter. Sou-rapport 2002:26.

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.

Hart, S. D., Cox, D., & Hare, R. D. (1995). *The Hare psychopathy checklist; Screening version (PCL:SV)*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Hart, S. D., Kropp, P.R. & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227-232.

Heilbrun, K. (1998). *Risk communication: Theoretical importance and empirical update*. Paper presented at the 24 th International Congress of Applied Psychology, San Francisco August 9-14, 1998.

Hightower, J., & Eaves D. (1992). Multiproblem disordered offenders: A policy response. *British Columbia Medical Journal*, 223-224.

Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime: Methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 33, 29-37.

Holmberg, G., & Kristiansson, M. (1999). Kontakter med psykiatriin före brott. *Läkartidningen*, 45, 4071- 4075.

Holmberg, G., & Kullgren, G. (2000). *Bakgrund och kommentarer*. Rättsmedicinalverket. RMV-rapport 2000:1

Kinberg, O. (1955). *Kriminologiska grundproblem*. Stockholm : Wahlström & Widstrand.

Kramp, P., & Gabrielsen, G. (1994). Udviklingen i antallet af tilsynsklienter idømt psykiatriske særforanstaltninge 1977 til 1993. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab*, 81, 375-83.

Levander, S. (2000). Klinisk farlighetsbedömning. *Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning*. Riktlinjer och reflektioner. Rättsmedicinalverket. RMV-rapport 2000:1.

Lidberg, L. (1999). *Rättspsykiatriin & Farlighetsbedömningar*. Ingår i Brottsförebyggande rådets antologi 8 reflektioner om kriminalpolitik. Brottsförebyggande rådet. Stockholm.

- Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 345-350.
- Litwack, T. (2001). Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*, *7*:2, 409-443.
- Litwack, T. (2002). Some Questions for the Field of Violence Risk Assessment and Forensic Mental Health: Or, "Back To Basics" Revisited. *International Journal of Forensic Mental Health*, *2*, 171-178.
- Långström, N., Grann, M., Tengström, A., Lindholm, N., Woodhouse, A., & Kullgren, G. (1999). Extracting data in file-based forensic psychiatric research: Some methodological considerations. Division of Forensic Psychiatry, Karolinska Institutet. Scandinavian University Press. *Nord J Psychiatry*, *53*:1.
- Muller-Isberner, J. R., & Jockel, D. (1997). *The implementation of the HCR-20 in a German hospital order institution*. Paper presented at the 7 th European Conference on Psychology and Law, Stockholm, Sweden.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 10-15.
- Nicholls, T. (1997). *Comparing risk assessment with female and male civil psychiatric patients: The utility of The HCR-20 and Pcl:SV*. Master of Arts Thesis. Department of Psychology. Simon Fraser University.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing research, principles and methods*. (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prochazka, H., & Ågren, H. (2001). Aggression in the general Swedish population measured with a new self-rating inventory: the Aggression Questionnaire- Revised. Swedish Version (AQ-RSV). *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*, 17-23.

Prochazka, H., Anderberg, U. M., Oreland, L., von Knorring, L. & Ågren, H. (2002). Self-rated aggression related to serum testosterone and platelet MAO activity in female patients with the fibromyalgia syndrome. *The World Journal of Biological Psychiatry*.

Progrebin, M. (1987). Deinstitutionalization and increased arrest rates among the mentally disordered. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 117-27.

Ross, D. J., Hart, S. D. & Webster, C. D. (1999). *Facts and fates: testing the HCR-20 against aggressive behaviour in hospital and community*. Simon Fraser University.

Serin, R. C., & Amos, N. L. (1995). The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 231-238.

Serin, R. C., Peters, R. D., & Barbaree, H. E. (1990). Predictors of psychopathy and release outcome in a criminal population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 419-422.

Serin, R. C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior*, 20, 207-217.

Siponmaa, L., Kristiansson, M., Jonson, C., Nydén, A., & Gillberg, C. (2001). Juvenile and Young Adult Mentally Disordered Offenders: The Role of Child Neuropsychiatric Disorders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 420-6.

Socialdepartementet, SFS 1991:1472, Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Socialdepartementet, SFS 1991:1472, Lag (1991:1129) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen (2000). *Psykiskt störda lagöverträdare – bakgrund, brott, påföljd och återfall*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:2. Stockholm.

Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders- more important than historical data ? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 67-76.

Strand, S., & Belfrage, H. (2001). Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and woman: Gender differences and similarities. *Psychology Crime and Law*, 7, 71-79.

Stålenheim, Gunilla. (2000). *Biologiska markörer som riskfaktorer i rättspsykiatri*. Rättsmedicinalverket. RMV-rapport 2000:1.

Swanson, J., Swartz, M., Estoff, S., Borum, R., Wagner R., & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 33, 86-94.

Swanson, J., Swartz, M., Estoff, S., Borum, R., Wagner, R., & Hiday, V. (1999). Violent Behavior Preciding Hospitalization Among Persons with Severe Mental Illness. *Law and Human Behavior*, 23, No.2.

Tengström, A., Grann, M., Långström, N., Kullgren, G., & Hodgins, S. (2000). *Criminal "careers" of violent offenders with schizophrenia: Associations with substance use disorder and psychopathy*. In: A Tengström, Mental, illness and criminal behavior, Stockholm, Sweden: Neuroteck, Karolinska Institutet.

Teplin, L. (1984). Criminalizing mental disorders: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychology*, 39, 794-803.

Webster, C., Eaves, D., Douglas, K., & Wintrup, A. (1995) *The HCR-20 Scheme. The assessment of dangerousness and risk*. Version 1. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20: Assessing the Risk for Violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute. Simon Fraser University. Vancouver.

HCR-20 Bedömningsunderlag

Kodnummer: _____	
Historiska data (Ja, Delvis el. Nej)	
H1	Tidigare våldshandlingar
H2	Tidig debut i våldshandlingar
H3	Instabilitet i förhållanden
H4	Problem på arbetsmarknaden
H5	Alkohol- eller drogmissbruk
H6	Psykisk sjukdom
H7	Psykopati
H8	Tidig missanpassning
H9	Personlighetsstörning
H10	Tidigare misskötsamheter vid permission
Kliniska data (Ja, Delvis el. Nej)	
C1	Brist på insikt
C2	Negativ attityd
C3	Psykiatriska symptom
C4	Instabilitet
C5	Dålig behandlingsbarhet
Riskhantering In <input type="checkbox"/> Ut <input type="checkbox"/> (Ja, Delvis el. Nej)	
R1	Orealistisk framtidsplanering
R2	Tillgänglighet och brist på tillsyn
R3	Brist på stöd och hjälp
R4	Brist på samtycke och motivation
R5	Stress
Riskbedömning: <input type="checkbox"/> Låg <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Hög	
Skattare	
Namn: _____ Datum: _____	

PROTOKOLL FÖR DEMOGRAFISKA DATA

Kodnummer:.....

MAN

KVINNA

ÅLDER

CIVILSTÅND

Lever i parrelation Ja Nej

Änka/Änkling Ja Nej

SOCIOEKONOMISKT STATUS

Yrkesrelaterad inkomst Ja Nej

Akassa Ja Nej

Folkpension Ja Nej

Sjukpension Ja Nej

Sjukbidrag Ja Nej

Sjukpenning Ja Nej

ANTAL SKOLÅR.....