



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

# **Riskbedömningar inom rättspsykiatri**

en jämförelse av riskbedömningsinstrumenten

HCR-20<sup>V3</sup> och START

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp  
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits  
Kandidatnivå  
VT 2016  
Författare: Christian Calonne  
Handledare: Anita Kihlström

# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Riskbedömningar .....</b>	<b>4</b>
2.1. Utveckling av riskbedömningar .....	4
2.2. Den rättspsykiatriska kontexten .....	7
2.3. Riskbedömningens praktik .....	8
<b>3. Problemformulering .....</b>	<b>9</b>
3.1 Syfte.....	10
3.2. Frågeställningar .....	10
3.3 Definitioner .....	10
<b>4. Tidigare studier .....</b>	<b>11</b>
<b>5. Teoretiskt perspektiv .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Metod.....</b>	<b>17</b>
6.1 Design .....	17
6.2. Urval .....	18
6.3 Analysmetod .....	20
6.4 Validitet och reliabilitet.....	20
6.5 Etiska överväganden .....	21
6.6 Metodreflektion .....	22
<b>7. Resultat och analys.....</b>	<b>23</b>
7.1 Den sammantagna träffsäkerheten hos HCR -2 och START.....	23
7.1.1. Antal variabler .....	25
7.1.2. Träffsäkerhet (AUC) Prediktiv validitet .....	26
7.1.3. Validitet .....	27
7.1.4. Reliabilitet .....	27
7.1.5. Översatta till svenska .....	28
7.1.6. Användningsområde .....	28
7.1.7. Riskfaktorer .....	28
7.1.8. Vem bedömer .....	29
7.1.9. Uppföljning.....	29
7.2 De statiska och dynamiska inslagen i riskbedömningsinstrumenten .....	30
7.3 Det lämpligaste riskbedömningsinstrumentet för kliniskt arbete.....	33

<b>8. Avslutande diskussion.....</b>	<b>34</b>
<b>9. Referenser .....</b>	<b>36</b>
<b>10. Bilagor .....</b>	<b>41</b>

# Abstract

*Titel:* Riskbedömningar inom rättspsykiatri -en jämförelse mellan riskbedömningsinstrumenten HCR-20V3 och START

*Författare:* Christian Calonne

*Nyckelord:* Riskbedömning, Rättspsykiatri, HCR-20<sup>V3</sup>, START

Patienter som är dömda av domstol att överlämnas till psykiatrisk öppen-, eller slutenvård enligt Lagen om Rättspsykiatrisk Vård (LRV), ska utöver traditionell psykiatrisk vård och behandling också riskbedömas. Vård enligt LRV är således alltid förknippat med tvång. För att patienten senare ska tillåtas befrias från detta tvång och kunna återinträda i samhället görs en riskbedömning. Syftet med denna uppsats är därför att jämföra de två olika riskbedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START med avseende på deras träffsäkerhet och evidens.

Jämförelsen är en litteraturstudie där ett antal artiklar om de två riskbedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START diskuteras och bedöms. Min tolkning av dessa baseras på Entity theory och Incremental theory, utformad av Dwecks 1999, samt Meehls teori om Mechanical method eller Actuarial methods om vilka krav som är rimliga, relevanta vid en jämförelse.

Resultaten redovisas både som i tabeller och som citatillustrationer och (mina resultat) de visar att båda instrumenten är likvärdiga vad gäller instrumentens validitet och reliabilitet. Resultatet visar utöver det bland annat att HCR-20<sup>V3</sup> ger ett större utrymme för historiska faktorer medan START mer inriktar sig på ett kortare perspektiv (här-och-nu). Resultatet visar också att HCR-20<sup>V3</sup> är ett instrument som har ett längre tidsperspektiv och en bredare målgrupp vilket lämpar sig väl för rättspsykiatrisk verksamhet. Dessutom är HCR-20 formatet redan känt inom den rättspsykiatriska verksamheten.

## **Förord**

Jag vill rikta ett stort tack till alla som varit mig behjälpliga i min skrivandeprocess. I första hand vill jag rikta min djupa tacksamhet till min synnerligen kompetenta och pedagogiska handledare Anita Kihlström som med sin breda kunskap bidragit med mycket nyttiga, intressanta aspekter och infallsvinklar på mitt skrivande. Utöver henne vill jag också tacka min verksamhetschef Alessio Degl'innocenti för hans tålmodiga och uppmuntrande återkoppling på alla mina stora och små frågor under processen. Jag vill också tacka universitetslektor Thomas Nilsson för hans tid och tips. Doktorand Charlotte Pollak vill jag tacka för att hon skickat mig den svenska översättningen av START-manualen samt professor Henrik Belfrage och doktor Joakim Sturup för deras tips och lyssnande. Det har varit oerhört lärorikt och spännande process att skriva detta arbete. Återigen, stort tack till alla som varit mig behjälpliga i detta arbete.

# 1. Inledning

Inom rättspsykiatri är riskbedömning en central process som kontinuerligt behöver utvecklas. Kraven på att verksamheten ska göra riskbedömningar kommer från såväl domstol, politiker som samverkansaktörer t.ex. kommuner som efterfrågar allt mer riskbedömningar i samband med utskrivning och boendeplanering. Enligt en sammanfattning av riskbedömningen inom Kriminalvård och rättspsykiatri Sturup et al. (2013-269), finns över hundra olika instrument eller checklistor enbart för riskbedömningar av återfall i vålds-, sex- eller allmän brottslighet. Några mer etablerade och/eller mer kritiserade än andra. Två positioner i den processen har blivit tydlig; en som argumenterar *för* dessa instrument och en som påvisar *både för-och nackdelar*. För att bedöma instrumenten på detta mer övergripande plan har följande grundfrågor kommit i fokus; Är riskbedömningarna bättre än slumpen? Är något av instrumenten signifikant bättre än något annat instrument? Hur korrekt måste en bedömning vara för att kunna anses vara tillräckligt korrekt? Sturup et al. (2013 -269, s10).

En illustration av riskbedömningsproblematiken är det klassiska fallet Baxstrom i USA 1966 (Steadman & Cocozza, 1974) där både vetenskapliga och etiska aspekter kastade tvivel på den tidens riskbedömningar. Jonnie Baxstrom var en psykiskt sjuk man, dömd till fängelse, men som på grund av sin farlighet tvångsintogs till psykiatriskt sjukhus efter avtjänat fängelsestraff. USA:s högsta domstol ansåg att tvångsintagningen stred mot USA:s konstitution om individens rätt till frihet varför man beordrade utskrivning till allmänpsykiatriskt sjukhus. Fallet blev prejudicerande varför ca 1000 dömda psykiskt sjuka, som likt Baxstrom bedömts farliga, skrevs ut. Uppföljningar av dessa ca 1000 individer visade att bara 20 % återföll i brott med våldsinslag (Stedman & Cocozza, 1974). Detta gav upphov till en häftig debatt i USA där den tidens metod att göra riskbedömningar om våld starkt ifrågasattes.

På den klinik jag arbetar använder man sig idag av ett modifierat och icke-validerat instrument HCR-20 som är en förkortning av Historical – Clinical – Risk management och omfattar 20 riskfaktorer för våld bland psykiskt störda. Då

instrumentet inte är validerat, d.v.s. det går inte att säga hur tillförlitligt instrumentet är så finns en otillfredsställelse med det. Den är främst riktad mot hur vissa tillkomna riskfaktorer till originalet t.ex. ”uppvigling”, ”anläggning av brand”, ”stalking” skall tolkas. Ett alternativ till detta riksbedömningsinstrument är Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) vilket är ett tredje generationens riskbedömningsinstrument som kommit fram de senaste åren och som lanseras som ett instrument specifikt framtaget för rättspsykiatriska förhållanden. Instrumentet saknar historiska bakgrundsfaktorer och beskriver den bedömdes styrkor och svagheter i relation till riskfaktorerna. Fokus i bedömningen ligger i nutid, d.v.s. frågor/faktorer som påverkar här och nu. De två instrumenten skiljer sig åt i flera avseenden. Frågan är om detta också gäller deras tillförlitlighet?

Från det kliniska arbetet finns säkerligen intressanta erfarenheter och uppfattningar om det som skulle kunna bli föremål för en intervju eller observationsstudie. Den modellen har jag inte valt här, utan avgränsar mig istället till en dokumentorienterad studie som enbart fokuserar på andra forskares bedömning av deras tillförlitlighet. Den skillnad som eventuellt framträder kan vara en viktig kompletterande information när man använder dem i kliniskt arbete.

När man bedömer hur träffsäkra dessa typer av instrument kan vara brukar man tala om *evidens*. Det innebär att det ska finnas vetenskapliga bevis för instrumentets tillförlitlighet (validitet) och kongruens (interbedömarreliabilitet, d.v.s. att utfallet blir detsamma för olika bedömare över tid, Bryman 2008, s 160). Inom socialt arbete använder Hydén (2008, s9) en liknande definition (av Sundell et al. 2006, s78) på evidensbaserad kunskap:

*” det är kunskap som bygger på kontrollerade undersökningar, framför allt när flera av varandra oberoende forskare kommer fram till samma slutsatser om en viss bestämd intervention ”*

Det finns också lite olika sätt att värdera evidens. Grann et al. (2005, s 1599) hänvisar till en *evidensstyrka* som följer en skala från högre till lägre, där de tre viktigaste beskrivs nedan:

- (1) motsvarar ett starkt vetenskapligt underlag; slutsatsen stöds av minst två studier med högt bevisvärde eller en god systematisk översikt;*
- (2) motsvarar måttligt starkt vetenskapligt underlag; Slutsatsen stöds av en studie med högt bevisvärde och minst två studier med medelhögt bevisvärde;*
- (3) motsvarar begränsat vetenskapligt underlag; Slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde.*

I en artikel i Läkartidningen hävdar Grann & Pettersson (2007) att evidensstyrkan för riskbedömningar inom den rättspsykiatriska kontexten lever upp till den tredje nivån enligt ovan. Även Hydén (2008, s5) kommer fram till en liknande definition och avgränsning för det samhällsvetenskapliga fältet, bl.a. socialt arbete. Den bygger på Cambell Collaboration-modellen (efter den organisation som utformade den) eller som hon föredrar att kalla den RCT-modellen (Randomized Controlled Trials d.v.s, randomiserade kontrollerade studier). I dessa har man också fastställt följande hierarkiska ordning när det gäller bedömning av *evidensgrad* (2008, s 7).

*”(1) Strong Evidence from at least one systematic review of multiple well-design randomized controlled trials (RCTs)*

*(2) Strong evidence from at least on properly designed RCT of appropriate size*

*(3) Evidence from well-designed non-experimental studies from more than one center or research group*

*(4) Options of respected authorities, based on clinical evidence, descriptive studies or reports of expert committee”* (se även [www.cambellcollaboration.org](http://www.cambellcollaboration.org)).

Den samhällsvetenskapliga definitionen i Sverige följer alltså i grova drag samma uppdelning som Grann & Pettersson (2007) vilket innebär att man talar om värdet av systematiska översikter som den starkaste grunden för ”evidensgrad” eller ”evidensvärde”. För att sedan i hierarkisk ordning gå nedåt i skalan när det gäller att gradera evidensens styrka. Hydén (2008) menar dock att dessa indelningar är otillräckliga och att det behövs ytterligare studier om vad evidens är. I socialt arbete efterfrågar man t.ex. mer kunskap om vilka insatser som fungerar, vad som är effektivt m.m. Otillräckligheten beror på svårigheterna att låta riskbedömningen baseras på enbart mätbart handlande, på randomiserade, kontrollerade studier såsom experiment och att man då tenderar att bortse från



själva relationens påverkan mellan socialarbetare och klienten vilket däremot har stor betydelse i praktiskt socialt arbete Hydén (2008, s4).

Riskbedömningar inom rättspsykiatri möter liknande problem då patienternas varierande hälsotillstånd, deras personliga kapaciteter och olika sociala situationer måste vägas in på något sätt, vilket emellertid är svårt och kan göra bedömningarna än mer osäkra. Diskussioner om hur det ska gå till är ständigt aktuella inom det området. Därför är det av stor vikt att vidareutveckla kunskapen inom den rättsmedicinska praktiken.

## **2. Riskbedömningar**

Riskbedömningens utveckling beskrivs på många olika ställen inom litteraturen. Här tas utgångspunkt i en sammanfattningsrapport över riskbedömning i kriminalvård och rättspsykiatri Sturup et al. (2013:269) som återger utvecklingen i ”generationer”. Det innebär att man talar om första-, andra- och tredje generationens riskbedömningsinstrument. I kapitlet beskrivs också den rättspsykiatriska kontexten för riskbedömningar och hur riskbedömningsförfarandet implementeras i den kontext jag studerar.

### **2.1. Utveckling av riskbedömningar**

Ett intressant drag i utvecklingen är att riskbedömningarna till en början var en central del i en mer naturvetenskapligt orienterad, praktisk verksamhet utan särskilt, vetenskapligt stöd. Med tiden ökade dock kravet på vetenskapligt säkerställda samband mellan de olika variablerna man bedömde Monahan, (1981; 1984). Sambandet bestämdes ofta som antal poäng. Numera används modeller som förenar dessa två formen. Man utgår från en strukturell bas men lägger till vissa mer fallspecifika omständigheter. Synsättet kallas *strukturerad professionell bedömning* och utgör den gemensamma grunden för de två riskbedömningsinstrument som skall studeras här.

### ***Första generationens riskbedömningar (Kliniska)***

Till och med efterkrigstiden utfördes riskbedömningar oftast av en klinisk verksam person t.ex. en läkare eller psykolog. Personen som utförde riskbedömningarna hade också inflytande på patientens vård. Personerna värderades högt utifrån sina kunskaper och bedömningarna ifrågasattes därför sällan. Utredningarna var endast svagt teoribaserade och inte särskilt formaliserade. Därmed saknade de ett egentligt vetenskapligt stöd (Monahan, 1981). Dessa riskbedömningar gjordes av kliniskt verksamma personer, som var vana att bedöma patienter. Fördelar med denna typ av bedömning var deras individspecifika karaktär och att de tog hänsyn till den situation som rådde. Nackdelar var att den enskilde praktikerns erfarenhet och kunskap kunde styra bedömningen. Likaså saknades det i detta sammanhang transparens i riskbedömningarna vilket gjort det svårt att förstå vilka specifika riskfaktorer som bedömdes. Det gjorde det svårt att bedöma riskbedömningens precision som ledde till att vissa patienter, som bedömts farliga, inte tilläts lämna sjukhuset.

### ***Andra generationens riskbedömningar – aktuariskt inriktade bedömningar***

Mot ovan beskrivna riskbedömningar (kliniska) växte åtskilliga studier fram som ledde fram till aktuariska instrument. De utmärktes av ett starkt fokus på riskfaktorer med vetenskaplig säkerställda samband som till exempel tidigare våldsbeteende, kriminell mångsidighet, ålder vid debut i våldsbeteende. Bedömningarna baserades i huvudsak på historiska data om individen. Dessa sammanräknades till poäng som sedan omräknades till statistiska sannolikheter för återfall. Eftersom dåtidens forskning inte funnit stöd för psykologiska faktorer som impulsivitet och temperament hade dessa eventuella samband för återfall i våldsbrott mestadels avfärdats.

Vissa instrument inom detta område baserades också mer renodlat på statistiska faktorer som till exempel kön och ålder vilket naturligtvis begränsade förväntningarna på att individen kunde förändra sitt beteende i riskminskande riktning. Exempel på aktuariska instruments begränsningar är om du har två individer med samma ålder och kön tillskrivs de samma risk oavsett deras skillnader i personlighet, attityd, temperament. Samtidigt ökade efterfrågan på

instrument som kunde användas i förebyggande syfte som del i behandlingen eller i utslussningsprocessen. Med tiden önskade man också att instrumenten skulle kunna användas som grund för att minska risken för våld och återfall i brottslighet. I strikt aktuariska bedömningar finns dock inget utrymme för bedömarna eller kliniskt verksamma personer att göra egna bedömningar.

### ***Tredje generationens riskbedömningar (strukturerade professionella bedömningar)***

Den tredje generationens riskbedömningar kan sägas väga samman första och andra generationens synsätt. Metoden är ett strukturerat tillvägagångssätt där riskfaktorer från den andra generationens forskning används som bas. Tillägget är att bedömaren lägger till fallspecifika omständigheter och riskfaktorer till en slutgiltig bedömning. Metoden kallas strukturerad professionell bedömning (Douglas, 2009). En viktig skillnad från andra generationens bedömningar är att riskfaktorer inte bara skattas som förekommande eller inte utan även viktas i fråga om sin betydelse i det individuella fallet. Bedömaren kan då tillföra andra faktorer som är av betydelse för just den bedömde personen. Dynamiska faktorer, som går att påverka, har därmed fått ett allt större utrymme vid bedömningarna Andershed et al. (2010).

Enlig denna modell bör riskbedömningen inte bara visa på risk för framtida våld utan också ha en kommunikativ funktion genom att beskriva i vilken mån behandlande insatser kan skapa möjlighet att hantera den aktuella risken Douglas (2009). Vetenskapligt har modellens prediktiva validitet (d.v.s. hur väl ett instrument kan förutsäga ett utfall) oftast utvärderats med en summa av totalpoäng baserat på antalet förekommande riskfaktorer likt den aktuariska bedömningen. Ett mer träffsäkert sätt att summera risken för framtida våld är dock att använda den sammanvägda professionella bedömningen som kan bli låg, medel eller hög. Forskning har visat att den sammanvägda professionella bedömningen har ökat den prediktiva validiteten jämfört med att endast använda totalpoängen Guy (2008). Detta tillämpas av de flesta manualer numera. Det mest kända exemplet på tredje generationens bedömningsinstrument är HCR-20 Webster et al. (1997) som ingår i föreliggande studie. Andra exempel på tredje generationens bedömningsinstrument är Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp

& Hart, 2000) som fokuserar på partnervåld eller SVR-20 (Sexual Violence Risk-20 (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) för bedömning av sexuellt våld. Riskbedömningsinstrumentet START som också ingår i min studie, tillhör även den tredje generationen.

## 2.2 Den rättspsykiatriska kontexten

Patienter som vårdas inom sluten- och öppen rättspsykiatrisk vård skall bedömas utifrån risk- och våldsfaktorer enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) enligt följande: ”*vid sin prövning ska rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått*”.

Patienter som dömts av domstol till psykiatrisk öppen-, eller slutenvård enligt Lagen om Rättspsykiatrisk Vård (LRV), skall få traditionell psykiatrisk vård och behandling men också riskbedömas. Rättspsykiatrisk vård sker alltid i kombination med tvång. Vården är uppdelad i sluten- och öppenvård. I slutenvård är patienten begränsad till särskilt rum (sjukhus) och får själv inte bestämma över sin rörelsefrihet. I öppenvård är patienten fri att röra sig vart den vill men måste underkasta sig särskilda villkor som exempelvis krav på att följa medicinering, provtagningar (missbruk). Misskötsel av sådana särskilda villkor kan leda till att patienten återförs till slutenvård. Riskbedömning ska utföras inför förhandlingar i domstol om fortsatt sluten/öppen tvångsvård, övergång till öppenvård eller inför frigång eller permission.

Riskbedömningen ska således utgöra grund för att bedöma om patienten är redo för ett gradvist minskat tvång för att kunna påbörja återinträdet i samhället. Vården ska enligt lag omprövas var sjätte månad. Om beslut om frigång eller permission saknas ska patienten också riskbedömas om hen ska lämna kliniken i sällskap av personal.

## 2.3 Riskbedömningens praktik

I den praktik som kommer att undersökas i denna studie utförs riskbedömningar under ledning av kuratorn tillsammans med övrig vårdpersonal under enhetens behandlingskonferenser. Det kan ta cirka 15-60 minuter beroende på om de historiska faktorerna finns beskrivna innan eller inte. Kuratorn ansvarar även för insamling och sammanställning (dokumentationen) av material som ska ligga till grund för riskbedömningen. En viktig målsättning med riskbedömningar och riskhantering i denna praktik är att de ska utgöra en naturlig del i vården av patienter. Inom rättspsykiatri betyder detta att t.ex. patientens personliga hälsa, andras hälsa och aspekten om samhällsskydd beaktas. Det innebär också att man försöker bedöma vilka risker för återfall i våld eller allvarlig brottslighet som kan föreligga inför en given situation (permission) eller omständighet (läkarbesök/primärvården).

De två vanligaste instrumenten för riskbedömningen inom rättspsykiatriska verksamheter i Sverige idag är den redan omnämnda HCR-20 Douglas et.al (2013) och START Webster et al. (2007). Det första används mer generellt över landet inom såväl rättspsykiatri som kriminalvård medan det andra är mer specifikt framtaget utifrån rättspsykiatriska populationer och används mer sparsamt inom dessa kliniker. START och HCR-20<sup>V3</sup> utgår båda från en särskilt utarbetad manual som beskriver de 20 faktorer som ska bedömas. Till stöd för bedömningen finns i båda fallen ett särskilt framtaget arbetsblad (se bilaga 1 och 2). I manualen finns definitioner och hjälptext kopplade till varje faktor. I manualen återfinns man också instruktioner för hur man värderar/viktat de olika faktorerna mot varandra. Utöver detta tillkommer bedömarnas kliniska erfarenhet och utbildning som en aspekt av den sammanvägda bedömningen. Svårigheten för bedömarna är att få en samsyn och enighet i hur faktorerna ska tolkas mot den kliniska vardagen.

Nedan vill jag lyfta fram fyra viktiga moment som tydliggör den mer övergripande handläggningsprocessen som riskbedömningsinstrumenten är en del av. Momenten är riskbedömningen, den specifika riskhanteringsmodellen, återkopplingen och utvärderingen.

- (1) *Riskbedömningen* innebär att riskbedömningsteamet (kliniker) bedömer de valida riskfaktorer som är relevanta för just den patient som ska riskbedömas. Denna process är delvis beskriven i ovan stycke men återkommer i uppsatsens olika delar.
- (2) Teamet tar sedan fram en *riskhanteringsmodell* där man väljer ut de mest signifikanta riskfaktorerna och sammanfogar de mot ett tänkt riskscenario (exempelvis besök till anhörig/ vän) och skapar en modell för hur detta scenario ska hanteras.
- (3) Teamet *återkoppla* resultatet av riskbedömningen till patienten i syfte att vara transparent och ge patienten kunskap om vad som bedömts. I den meningen ges också patienten möjlighet att själv påverka sin inställning eller sitt agerande inför en given situation så att personalen efter en tidsperiod upp till 6 månader kan
- (4) *utvärdera* bedömningen d.v.s. teamet (bedömarna) går igenom den senaste riskbedömning och lägger till händelser och data som kan tänkas påverka en ny bedömning.

I min undersökning kommer bara den problematik som finns inom riskbedömningsområdet, d.v.s. (1) att studeras. Det finns flera skäl till det t.ex. att hela processen från (1) till (4) kan sträcka sig över flera månader och att problemen inom de fyra momenten kan vara av så olika karaktär så de blir svåra att greppa med en mindre studie och inte minst utifrån mitt val av metod i denna uppsats.

### **3. Problemformulering**

I denna studie utgör de två riskbedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START själva studieobjekten och det fenomen hos dessa som står i centrum sammanfattas här med beteckningen *evidens*. I praktiken omfattar den flera olika aspekter av såväl *statisk* som *dynamisk* karaktär, som studien kommer att undersöka närmare. Intresset för dessa är kopplat till behovet av fördjupad kunskap om dessa aspekters olika möjligheter när det gäller att kunna förutsäga handlande (dess prediktiva validitet) hos den för riskbedömningen aktuella individen.

Eftersom evidensens dynamiska karaktär är mer öppen för tolkning, för yttre omständigheter, för kontexten, för ett ökat handlingsutrymme och för en mer kommunikativ interaktion så är den särskilt intressant utifrån det sociala perspektiv som min utbildning omfattar. Vilket utrymme får det i riskbedömningsinstrumenten, vars statiska sida tycks stå för den mer stabila träffsäkerheten, och hur har forskningen förhållit sig till dem?

### **3.1 Syfte**

Syftet med uppsatsen är således att jämföra de två olika riskbedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START med avseende på deras evidens, träffsäkerhet när det gäller både deras statiska och dynamiska sidor.

### **3.2. Frågeställningar**

1. Vilken träffsäkerhet finns hos de statiska och dynamiska variablerna i HCR-20?
2. Vilken träffsäkerhet finns hos de statiska och dynamiska variablerna i START?
3. Viket av instrumenten lämpar sig bäst för en rättsmedicinsk praktik?

### **3.3 Definitioner**

Eftersom denna studie delvis bygger på vissa resonemang som kommer från såväl statistisk som psykologisk litteratur så förklaras de viktigaste begreppen här. Som i alla discipliner och forskningsfält är det vanligt att det förekommer olika begrepp och förkortningar och riskbedömningsfältet är inget undantag. Nedan följer därför en liten sammanställning som stöd för läsaren. Nedan är hämtat från Sturup et al. (2013s.7-9)

*AUC (Area Under the Curve)*. Beteckningen avser det effektmått som en ROC-analys resulterar i och rör sig mellan .0 och 1. Ett AUC-värde på .0 antyder ett perfekt negativt samband mellan bedömningen och det faktiska utfallet, .5 antyder

en slumpmässig relation och 1.0 ett perfekt samband. I denna studie är måttet AUC ett centralt och ett vedertaget sätt för att beskriva värdet i evidensen för det riskbedömningsinstrument man avser belysa. AUC-värdet används också inom denna tradition som ett mått för att dels kunna jämföra (ex med andra instrument) men också för att kunna mäta utfall i vissa frågeställningar.

*Inkrementell validitet.* Förändring i prediktiv förmåga eller validitet när man tillför en ny risk- eller skyddsfaktor till befintlig modell.

*Interbedömarreliabilitet:* Beskriver hur samstämmigt eller precist en bedömningsprocedur mäter det det avser att mäta.

*Klinisk bedömning.* En bedömning som utförs utifrån klinikers erfarenhet och kunskap. Baseras inte nödvändigtvis på förutbestämda validerade riskfaktorer.

*Prediktion.* En förutsägelse av ett framtida utfall, oftast baserat på kunskap om faktorer exempelvis ”tidig debut i våldshandlingar”, manligt kön” som ökar/minskar risken för det aktuella utfallet.

*Prediktiv validitet.* Anger hur väl enskilda faktorer i ett instrument eller en övergripande metod eller bedömning kan predicera ett utfall.

*Receiver Operating Characteristic (ROC).* Används bland annat för att få fram ett numeriskt värde på en bedömningsskala som bäst särskiljer den andel av individerna som är sant positiva (dvs. som har ett visst utfall) från den andel av individerna som är sant negativa (dvs. som inte har samma utfall) för ett specifikt utfall.

## **4. Tidigare studier**

Moderna riskbedömningar såsom de ”strukturerade professionella bedömningar” HCR-20 och START grundas alltså på både statiska och dynamiska faktorer. Det innebär också att de blir en blandning mellan mer preciserade, medicinska och naturvetenskapligt präglade variabler och mer individuella och föränderliga sociala aspekter.



Medan den första formen har en som vi sett ganska lång utvecklingsperiod är den senare av nyare datum och relativt outforskad. Palinkas & Soydan (2012) menar i boken ” Translation and Implementation of Evidence-based Practice ” att det gjorts ett flertal studier inom socialt arbete där man visat hur evidensen t.ex. i form av effektivitet hos sociala interventioner kan stärkas. Trots det är gapet mellan dessa studier och det praktiska arbetet fortfarande stort, vilket beror på att steget från ”bench to trench”, från forskning till praktik, är en lång process (2012, s 3). I USA, där författarna verkar, har man funnit att det kan ta upp till tjugo år innan man kunde omsätta forskningsresultaten till en praktisk tillämpning. Den trögheten medförde att patienter inom t.ex. mental hälsovård fick en ineffektivare och mer osäker, slumpartad behandling, vilket varken kan anses etiskt eller professionellt hållbart.

Ett evidensbaserat socialt arbete (ESA) strävar istället efter att ”identifiera den bästa praktiken och låta den utgöra basen för metodutveckling och lärandet” Hydén (2007, s15). I detta synsätt betonas handlandet som i sin tur innebär att man intresserar sig för kunskapen om vad som är verksamt eller inte och för kunskapen om vad insatsen betyder för klienter och socialarbetare. För att tillgodose det förstnämnda behovet behövs enligt Hydén randomiserade, kontrollerade studier medan det senare kan tillgodoses med hjälp av studier som bygger på kvalitativa metoder. Innan evidensen fastställs inom det sociala arbetsområdet bör man också ta hänsyn till kontexten, d.v.s. premisserna för socialt arbete i Sverige bör finnas med. En aspekt som lätt faller bort om evidensen endast baseras på studier med redan fastställda och allmängiltiga variabler.

En studie utifrån svenska förhållanden har gjorts av Andershed & Andershed (2015) som beskrivs i artikeln “ Improving evidence-based social work practice with youths exhibiting conduct problems through structured assessment”. Där menar de att socialarbetarna, med hjälp av ett bedömningsinstrument ESTER (Evidensbaserad Strukturerad Bedömning av Risk och Skyddsfaktorer) kunde identifiera 100 % av riskfaktorerna jämfört med en kontrollgrupp som bara lokaliserade 47 %. Bedömningsinstrumentet fokuserade på riskfaktorer såsom överaktivitet, impulsivitet, koncentrationssvårigheter, empatistörningar, vilka alla är faktorer som bygger på bedömarens kliniska och praktiska erfarenhet inbegriper den kvalitativa aspekten som Hydén åberopar. Även om Andershed &

Andershed hävdar att dessa riskfaktorer tagits fram med hjälp av empirisk forskning som krävs ytterligare studier för att instrumentens validitet och reliabilitet ska kunna verifieras.

Ett evidensbaserat förhållningssätt inom socialt arbete har dock stött på kritik från såväl svenskt som nordiska håll (Månsson 2003; Mathinsen 2004; Bergmark & Lundström 2006, 2007). Kritikerna menar att det evidensbaserade arbetssättet hyser allt för stor tilltro till att det sociala arbetets praktik är möjlig att reducera till ett mätbart handlande som låter sig utvärderas i form av randomiserade studier d.v.s. sådana som genererar mer statistiska variabler. Den typen av kritik är inte så tydlig inom det rättsmedicinska området. Där har forskningen tvärtom visat att den evidens som randomiserade studier ger kan många gånger vara högre än om man tillåts kombinera den med vad som där kallas *kliniska korrigeringar*. De innebär att bedömare kan lägga till eller dra ifrån vissa kriterier från den ursprungliga matrisen med syftet att då förbättra möjligheterna till ett mer positivt utfall för den enskilde individen (Hansson & Morton-Bourgon 2009). Resultaten aktualiserar evidensproblemen hos dynamiska faktorerna samtidigt som den blir alltmer efterfrågad då riskbehandling fått ökad betydelse.

Harris & Hansson (2010) har studerat riskfaktorerna närmare och delar upp dem i statistiska, stabila och akuta varav de två sistnämnda hänförs till de dynamiska. Med stabila menas här sådana som kan vara påverkbara men som ändå står sig timmar och dagar men som i det långa loppet kan påverkas av insatser och behandling. Akuta riskfaktorer ändras däremot snabbt och kan behöva övervakning. Harris & Hansson beskriver det så att statistiska riskfaktorer ”avser att beskriva *vem som skall fokuseras på* medan de stabila riskfaktorer påvisar vad som *behandlingen skall fokusera på* och de akuta snarare styr vilka *åtgärder och vilken grad av övervakning* som skall finnas kring en individ” Sturup et.al.(2013, s 22).

Dynamiska faktorer kan vara olika beroende på testets utformning. I VRS (Violence Risk Scale) är de t.ex. kriminellt och våldsamt levnadsmönster, kriminella attityder, drogmissbruk, omgivningens stöd och vistelse i riskmiljöer vilka återfinns i riskbedömningsinstrumentet. De kan också vara antisociala attityder, substansmissbruk och svårigheter i relationer Sturup et al. (2013).

Behandling som riktats mot de tre sistnämnda har t.ex. visat sig ha återfallsförebyggande effekt.

Vissa forskare menar också att man fokuserat för mycket på riskfaktorer och istället borde uppmärksamma skyddsfaktorer. Kunskapen om hur man ska se på dessa är dock fortfarande i sin linda även om de redan finns inbäddade i SPB-bedömningarna (Strukturerade professionella bedömningar). Exempel på en studie från 2012 som bygger på skyddsfaktorer är riskbedömningsinstrumentet SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk). Den har 17 variabler där två är ”statiska (intelligens och trygg anknytning i barndomen)” medan resten är ”dynamiska t.ex. interpersonella faktorer såsom coping, självkontroll, behandlingsmotivation och kontextuella faktorer såsom socialt nätverk, arbete, meningsfull fritid och professionellt stöd” (Sturup et. Al 2013, s 23).

Inom socialt arbete finns RCT-studierna (Randomized Controlled Trials) som bygger på såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp. Problemet är dock att det finns flera svåråtgångna faktorer att ta hänsyn till vid sådana mätningar t.ex. behandlarens förkunskaper, manualens pedagogiska upplägg, strukturen för dokumentation, ramarna för interventionen. De senare måste vara så tydliga så inte socialarbetaren plötsligt agerar utanför manualen etc. Dessa faktorer menar kritikerna är så svåra att mäta att man underkänner RCT-modellens reliabilitet och validitet Morago (2010). Trots det ser flera forskare behovet av systematiska kunskapsöversikter inom området i Socialt arbete (Denvall, 2005; Hydén, 2008). Andra går så långt så de talar om ett pågående paradigmskifte där man lämnar en social praktik, grundad i sedvänjor och värderingar till en annan som istället är grundad i evidensbaserade metoder Gambrell (1999). Mot den bakgrunden finns det goda skäl att införliva den kunskap om riskbedömning som finns inom det rättsmedicinska området.

## 5. Teoretiskt perspektiv

För att kunna tolka de olika utsagorna om de två manualerna jag studerar så behövs en övergripande referensram. Den har inte varit helt lätt att utforma

eftersom de statiska och de dynamiska aspekterna ställer helt olika krav på tolkningen. Den första är mer orienterad mot traditionell testteori som länge använts inom psykologin för att utforma evidensbaserade matriser (Magnusson 1961). Då fokuserar man t.ex. på korrelationer och begreppsvaliditet, interbedömarreliabilitet mm vilket jag kommer att stödja min analys på i de fall dessa återopas i de utvalda artiklarna. Dessa kvantitativa mått finns dock idag integrerade i de två typer av teoriperspektiv som utvecklats i anslutning till diskussionerna om strukturerade professionella riskbedömningar. Den ena är en kombination av *Entity theory och Incremental theory* Dweck (1999) den andra är *Meehls teori om Mecanical method eller Actuarial methods* från 1954 (William & Meehl, 1996), en systematisk, statistisk sammanställning av valida (risk-)faktorer. Jag kommer nedan beskriva dessa teorier med fokus på några särskilda drag som är intressanta för min studie.

Entity theory och Incremental theory är en sammanvägning av två grundantaganden om människans förutsättningar att förändras eller utvecklas i en biologisk- och social kontext. Teorierna låter sig inte enkelt översättas till svenska varför jag kommer att använda de engelska begreppen i texten. De två antaganden som teorierna fokuserar på är huruvida människors grundläggande disposition (exempelvis intelligens och karaktär) är statiska (entity theory) eller dynamiska (incremental theory). Perspektivet i Incremental theory baseras på att människan stegvis kan förändras genom yttre faktorer som exempelvis strukturerad riskhantering och personens egna ansträngningar medan synsättet i Entity theory utgår från att människans disposition är statisk och därför inte påverkbar. Dweck (1999) som introducerat teorierna menar att klinikernas val av teoretiskt grundantagande kommer att påverka hur man ser på, i detta fall, patientens brottsliga gärningar. Man utgår t.ex. från grundantagandet att om en person begått ett brott kommer denne alltid att begå brott och kommer därför vara benägen att se negativt på personens karaktär. Om kliniken, däremot, bekänner sig till grundantagandena i Incremental theory, blir man också mycket mer benägen att acceptera att flera situationsbundna faktorer kan ha påverkat beteendet. T.ex. om personen begår brott så menar man att det kan bero på flera andra faktorer som personens sociala bakgrund, omständigheterna runt brottet etc. och därför inte nödvändigtvis drar negativa slutsatser om personens karaktär. Båda

grundantagandena ser dock personerna själva som ansvariga för sina gärningar. De stora skillnaderna mellan teorierna ligger istället i orsaksförklaringen till den felaktiga handlingen.

Webster och Hucker (2007) menar att strukturerade professionella riskbedömningar som baseras på Entity- och Incremental theory har en poäng då de tar hänsyn till *båda* grundantagandena d.v.s. att människan *både* är förändringsbenägen och icke förändringsbenägna, *både* tar hänsyn till människans statiska och dynamiska karaktär.

Dessa perspektiv vill jag kombinera med de som utarbetas av Meehl 1954 (William & Meehl, 1996) i anslutning till "Actuarial/Mechanical" metoden. Den skapades för att kunna predicera mänskligt beteende och göra en psykologisk diagnostik i syfte att optimera behandling eller planering vid psykologiska konsultationer. Meehl ansåg att den kliniska bedömningen var osäker och godtycklig då den byggde på praktikerns egna slutsatser utifrån utbildning och erfarenhet. Därför utvecklade han en metod som istället byggde på tillförlitliga faktorer som objektivt adderats för att kunna leda fram till ett beslut. 'Actuarial' metoden bygger alltså på en statistiskt och empiriskt framtagning av faktorer som kan vara kvantitativa men också kvalitativa. Meehl menade att hans metod kunde vara ett stöd vid bedömningar och beslut inom såväl psykologin, medicin som socialt arbete så länge de bedömda faktorerna var empiriskt grundade, det vill säga kommer från vardagslivet.

Sammantaget finns i perspektiv ovan såväl resonemang som begrepp och formuleringar som jag kommer att stödja mig på i analysen. De är t.ex. att människan är *både* 'föränderlig och icke föränderlig', *både* statisk och dynamisk i sitt handlande. Perspektiven öppnar också för möjligheten att identifiera de olika variabler av såväl statisk som dynamisk karaktär, som kan bli aktuella under respektive dimension.

Perspektiven gör det också möjligt att fokusera på de viktigaste delarna i professionell strukturerad riskbedömning, såsom instrumentens validitet, interbedömmarrelabilitet men också på bakomliggande fakta t.ex. brottslig debut (bakgrund), patientens sociala historik. Kunskap som kan ha stor betydelse för det kliniska arbetet.

## 6. Metod

### 6.1 Design

Denna studie har en komparativ eller jämförande design, vilket här innebär att jag jämför träffsäkerheten hos två olika riskbedömningsinstrument. Enligt Bryman (2008, s 80) kan det ge en ”bättre förståelse av vissa sociala företeelser” då eventuella tillkortakommanden hos de ena eller det andra instrumentet kan bli särskilt tydligt. Denna typ av studier kan ha både kvantitativa som kvalitativa inslag beroende på vad själva jämförelsen fokuserar på. I denna studie är instrumenten som jämförs redan mycket välstrukturerade, vilket följer med själva definitionen av ett undersökningstest inom riskbedömningsområdet som ofta är utprovad och justerad under viss tid. Därmed får studien vissa deduktiva drag då empirin ställs mot statistiska värden som betecknar en önskad position. Bryman (2008) menar att sådana önskade värden kan fungera som en teori som man analyserar data emot. De värden jag konstruerar kan emellertid också vara resultatet av en mer koncentrerad tolkning av de beskrivningar forskarna gjort i rapporterna. Det ger studien vissa också induktiva drag som skulle kunna ge underlag för en teori. I den samhällsvetenskapliga forskningen är det dock sällan som dessa två modeller finns i renodlad form Bryman (2008).

Eftersom denna uppsats baseras på forskningsartiklar, d.v.s. redan färdig text så kan den också betecknas som en slags dokumentstudie. Bryman (2008) skiljer mellan personliga och officiella och här gäller det sistnämnda då forskningsrapporterna är publicerade och därmed också har en viss säkerställd validitet. Dokumenten behöver då inte genomgå en bedömning huruvida de är tillförlitliga eller inte. En jämförelse av träffsäkerheten hos de två riskbedömningsinstrument HCR-20<sup>v3</sup> Douglas et al. (2013) och START Webster et al. (2007) skulle också kunnat ske via rent kliniska studier där bedömningsprocessen studeras och följs upp utifrån hur väl den fungerat för de aktuella patienterna. Den designen har jag valt bort skulle bli alltför omfattande och långdragen för ett examensarbete på C-nivå.

## 6.2. Urval

Jag har valt att söka information för mina frågeställningar i vetenskapliga artiklar med företrädevis sökmotorn Pubmed, Google, och Göteborgs Universitets bibliotek. Sökord: (1) Risk assessment, (2) HCR 20, (3) HCR 20 version 3, (4) Short Term Assessment of Risk and Treatability, och (5) Forensic Psychiatry.

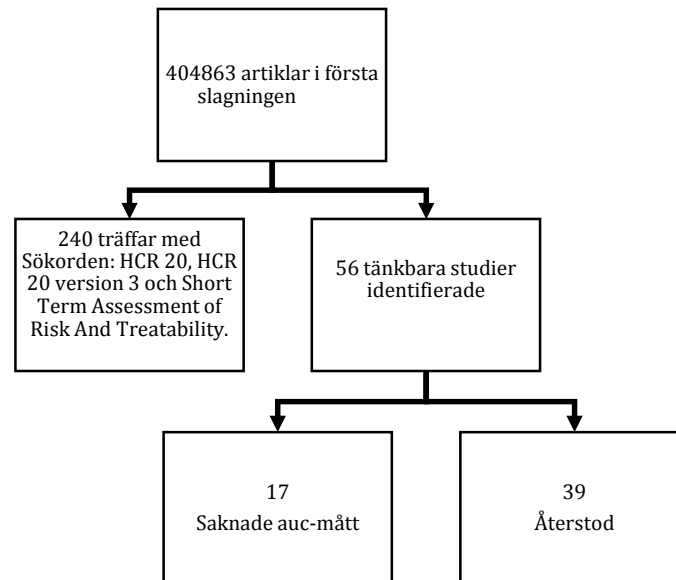
Sökningen startade utifrån en bred sökning i Pubmed med sökorden: Risk assessment, HCR-20, HCR-20 version 3, Short Term Assessment of risk And Treatability, forensic psychiatry vilket genererade 404863 antal träffar.

Första sökningen gav således för många träffar att sortera varför jag istället avgränsade sökningen med följande sökord i kombination med ”Validity”: HCR 20, vilket genererade 208 träffar, HCR 20 version 3 genererade 10 träffar, Short Term assessment of Risk and Treatability genererade 22 träffar. Sammanlagt gav det 240 träffar.

Av dessa 240 träffar kunde jag i titeln identifiera 56 träffar med orden ”validity” och/eller ”interrater reliability”. Av dessa 56 artiklar sorterade jag bort 17 artikeln då det i deras abstract inte tog upp validitetsmått (AUC). Återstod 39 artiklar som grund för min uppsats.

Nedan visar jag en schematisk sammanställning av sökningen i syfte att ge läsaren en bild av urvalsprocessen.

Figur 2: Urvalsprocessen av artiklar som inkluderades i uppsatsen. Källa författaren.



De 39 artiklar som kom att utgöra empirin identifierades genom att de hade kriterier, antingen i sina abstrakt eller i sina rubriker, som gjorde dem relevanta för studien.

-HCR-20<sup>V3</sup> and/or Short Term Assessment of Risk and Treatability and **predictive Validity, Validity och eller Reliability** 24 st.

- HCR-20<sup>V3</sup> and Short Term Assessment of Risk and Treatability and **Risk assessment** 8 st.

- HCR-20<sup>V3</sup> and Short Term Assessment of Risk and Treatability and **Forensic psychiatry** 4 st.

- HCR-20<sup>V3</sup> and Short Term Assessment of Risk and Treatability and **Meta-analysis** 3 st.

Summa: 39 st.



### 6.3 Analysmetod

Min analysmetod går ut på att tolka de olika artiklarnas utsagor om mina två riskbedömningsinstrument. Det kan ske på olika sätt. Kvale (1997) exemplifierar detta genom meningskoncentrering eller meningskategorisering. I den första läser forskaren igenom materialet och konstruerar mer specifika innebörder av det. I den andra kan utsagor om ett fenomen brytas ned i underkategorier som kan säga viktiga saker om materialet. I denna studie har jag dock använt en annan modell som Kvale (1997, s 185) beskrivit, nämligen 'ad hoc' analysen som dock har vissa inslag av de ovannämnda. I ad hoc analysen kan man antingen kombinera eller välja ur 13 olika metoder. Jag har valt två; en som identifierar "mönster, teman och metod" och en som "Ställa samman, vad hör ihop med vad"? Det innebär att tolkningen kan växla mellan olika sätt t.ex. att först läsa igenom allt material för att få ett allmänt intryck. Sedan kan man fokusera på särskilda avsnitt där vissa företeelser kan kvantifieras exempelvis den systematiska sammanställningen av riskfaktorer som är centrala i de två riskbedömningsinstrument som tas upp i denna uppsats, medan andra kan bli föremål för en djupare tolkning t.ex. i min studie när det gäller relationen mellan de riskfaktorernas statiska respektive dynamiska förhållanden.

### 6.4 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet är viktiga begrepp inom forskning som används för att kunna bedöma hur tillförlitliga studiens resultat är. En studie med god validitet innebär att den faktiskt "undersöker det som den avsett att undersöka" Kvale (2007, s 214). En studie med god reliabilitet handlar mer om studiens konsistens, d.v.s. hur pålitlig den är när det gäller utförandet, datainsamling, analysförfarande mm.

Enligt Bryman (2008) finns det flera typer av validitet t.ex. *prediktiv validitet* som används vid bedömningar av riskinstrumentens evidens. Se definitioner av begrepp tidigare i texten. Den har dock inget intresse för själva upplägget av min studie vars validitet istället ska bedömas utifrån hur trovärdiga resultaten är. Här kan det uppstå problem t.ex. om de operativa begrepp som undersöks svarar dåligt

mot studiens undersökningstema. I denna studie är evidensen det centrala begreppet men eftersom det kan variera något i betydelse i olika sammanhangskulle det kunnat skapa problem. Eftersom min studie dock håller sig inom ett forskningsområde, riskbedömningar, så finns det ett samförstånd om dess innebörd.

*Reliabiliteten* fokuserar mer på studiens genomförande Bryman (2008) och anger hur samstämmigt eller precist en mät- eller bedömningsprocedur mäter det den avser mäta. Hög reliabilitet innebär högre precision samt att man får liknande resultat vid upprepade mätningar av samma fenomen. Ett begrepp som dykt upp i anslutning till riskbedömningarnas evidens är *interbedömarreliabilitet* som fokuserar på om det finns överensstämmelse mellan olika bedömare och observatörer, vilket har betydelse när beteenden ska klassificeras.

Reliabiliteten i denna studie är mer beroende av att t.ex. alla de önskade artiklarna varit läsbara och att forskaren varit noggrann. Även om upplägget inte varit så lätt som jag trodde har studien varit möjligt att genomföra enligt vetenskaplig standard.

Generaliserbarhet, d.v.s. om resultaten kan gälla för andra liknande studier inom området. Inom kvantitativ forskning är det lättare att hävda detta än i kvalitativ. Kvale (2007). Min studie omfattar visserligen lite av båda dessa metoder men jag anser ändå att den bara kan uttala sig om de två instrument som undersökts här. Analysmodellen är alltför oprövad och flera av resultaten bygger på illustrationer och en blygsam, beskrivande statistik vilket undergräver möjligheten till generaliseringar.

## **6.5 Etiska överväganden**

I [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se) under rubriken ”Humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning” kan man läsa att humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning i praktiken ofta sker utan krav på forskningsetisk granskning föregås av studien. Man understryker dock att ett etiskt perspektiv ska betänkas i sammanhanget. Dessutom har regeringen infört mål att högskolorna ska verka för att i sin verksamhet arbeta för kommande generationers hälsosamma och goda miljö,

ekonomiska och social välfärd och rättvisa (Högskolelagen 5 §). Enligt Lag (2003:460) om etikprövning som avser människor ska forskning bara få utföras när respekt för människovärdet och de mänskliga rättigheterna om grundläggande frihet beaktas.

Det vetenskapliga material som används i denna uppsats tas uteslutande utifrån forskning på gruppnivå vilken är avpersonifierad och behandlad enligt etiska regler och aspekter på global forskning. Detta leder mig till att enskilda patienter omöjligt kan känna sig utpekade eller identifierade i denna uppsats. Det ligger inte heller i denna uppsats syfte att belysa enskilda patienters förhållanden i relation till riskbedömningar. I denna uppsats tas lokala förhållanden upp som exempelvis hur riskbedömningar administreras. Inte heller i detta sammanhang nämns eller refereras till enskilda patienter.

Ur en etisk synpunkt skulle det kunna uppstå visst missnöje och osäkerhet om den kontext jag undersökt hade namngetts. Därför har den klinik där studien gjorts förblivit anonym. Min slutsats blir således att de etiska överväganden som kan komma i fråga inom ramen för denna uppsats är beaktade och hänsynsfullt hanterade.

## **6.6 Metodreflektion**

Studien var mer komplicerad att genomföra än jag först trott. De forskningsrapporter som utgjort empirin var t.ex. tyngda av mycket statistiska beräkningar som kunde göra dem svårtolkade. Eftersom HCR-20 har funnits längre tid än START fanns det också en viss övervikt av forskning på HCR-20. Det fanns alltså ett bredare forskningsunderlag på HCR-20 som också verkade mer inarbetat. Detta har jag varit tvungen att förhålla mig till vilket var mindre problematiskt utifrån kvalitativa än kvantitativa aspekter. När det gällde de senare försökte jag dock undvika resultat som grundades i antal företeelser och istället hantera dem som exempel vilket jag tycker fungerade bra.

En aspekt som skulle kunnat påverka mina resultat är det som kallas ”authorship effect” (Singh, Grann & Fazel, 2013). Det syftar på den problematik som kan uppstå om en forskare är knuten till den kontext som undersöks vilket gäller i mitt

fall. I det avseende har jag dock stått helt fri i utformning och genomförande av min studie.

Studien kunde möjligen också blivit mer intressant om jag gjort en renodlad kvalitativ observation eller intervjuundersökning. Dock skulle den blivit alltför omfattande på grund av min tidsbrist och svårhanterad eftersom händelser av allvarlig art kan inträffa (återfall i ny brottslig gärning, att en viktig person för den bedömde insjuknar i allvarlig sjukdom eller avlider) under den predicerade perioden (0-6 månader) eller att medicinen ändras vilket kräver en tid av reducering av stimuli och aktivitet. Det skulle allvarligt påverka möjligheterna till en mer omfattande studie.

## **7. Resultat och analys**

Syftet med denna uppsats har varit att jämföra de två riskbedömningsinstrumenten HCR-20 och Start med avseende på deras respektive träffsäkerhet, evidens. Frågeställningarna har inspirerats av den teoretiska diskussionen om de statiska och dynamiska inslagen i instrumenten som på olika sätt kan påverka träffsäkerheten; När det blivit klarlagt finns också en fråga om vilket av instrumenten som lämpar sig bäst i en klinisk praktik.

Eftersom en studie av dessa bedömningsinstrument innebär bedömningar av några, rent statistiska fakta så kan delar av redovisningen bli väldigt teknisk. För att göra den delen så lättläst som möjligt har jag valt att först presentera de viktigaste statistiskt präglade resultaten för att sedan beskriva några andra, mer sociala aspekter hos respektive instrument Denna strukturering innebär att frågan om de statiska respektive dynamiska sidorna hos dem besvaras först därefter, d.v.s. när de olika värdena från den förstnämnda, mer detaljerade granskningen vägts samman. I slutet av kapitlet relateras resultaten till den tredje frågeställning om vilket av instrumentens som passar bäst i kliniskt arbete.

### **7.1 Den sammantagna träffsäkerheten hos HCR -2 och START**

För att identifiera de olika variabler som ingår i en sådan analys så behöver

upplägget förklaras lite närmare. Jag var t.ex. nödgad att begränsa mig vilket innebar att jag valde ut tio bedömningskriterier utifrån att de gav intryck av att vara de viktigaste när de olika författarna uttalade sig om de två instrumentens sammantagna träffsäkerhet. Dessa tio variabler, som jag för enkelhetens skull kallar dem, svarade också väl mot den bredd som jag bedömde var acceptabel för studien och mot de rekommendationer jag fick från en erfaren kollega inom området.

Det utfall som de olika variablerna gett är inledningsvis sammanställda i en tabell. Därefter följer en mer detaljerad utläggning om respektive variabel, underbyggd med citat och beskrivningar från de olika artiklarnas författare samt åtföljd av mina förklaringar och tolkningar.

**Tabell 1. Uppsummerande sammanställning av den övergripande träffsäkerheten.**

Variabler	HCR 20 <sup>V3</sup>	START
1. Antal variabler	20	20
2. Träffsäkerhet (AUC)	0,71	0,74
3. Validitet	Hög	Hög
4. Reliabilitet	Acceptabel	Acceptabel
5. Översatt till svenska	Ja	Ja
6. Användningsområde	(Rätts-)psykiatri, kriminalvård	Rättspsykiatri
7. Riskfaktorer	Historiska, kliniska, framtida	Här och nu orienterade kliniska faktorer.
8. Vem bedömer	Kliniker	Kliniker
9. Uppföljning/ utvärdering	6-12 månader	< 6 månader
10. Kontext	+ (känt instrument)	- (ej känt instrument)

Källa: Författaren

### 7.1.1. Antal variabler

I de analyserade texterna kallas dessa ”items” men som fortsättningsvis kallas variabler för att också täcka in de aspekter som inte har ett statistik ursprung t.ex. som nr 5, 6, 8, 9 och 10. Som läsaren också förstått är de egentligen olika typer av riskfaktorer som i de två instrumenten sammanställs till en bedömning.

Som framgår har båda instrumenten 20 variabler. I HCR-20<sup>V3</sup> har dessa sitt ursprung i historiska-, kliniska- och särskilda risk(management) faktorer.

Risk(management)faktorerna avser att vara ett stöd i det framtida riskhanteringsarbetet. Utöver denna grunduppsättning av faktorer har version 3 av HCR-20 fått ett tillägg som kallas ”x-faktor”. X-faktortillägget är nytt och syftar till att fånga upp faktorer som annars skulle falla utanför bedömningen men som på goda grunder kan antas ha betydelse för utfallet t.ex. partnervåld eller hedersrelaterade brott. START följer en mer nutidsorienterad disposition. Den har utöver sina 20 grundfaktorer två tillagda, som man kallar ”målspecifika punkter”. Dessa syftar till att identifiera och ta hänsyn till särskilda faktorer som inte kommer med i grunduppsättningen. De kan t.ex. vara att patienters utsätter andra för risk genom farligt bruk av motorfordon eller försummelse av sig själv som att inte ta sin medicin för allvarliga fysiska sjukdomar eller tendens att gå ut i extrem kyla utan tillräckliga kläder. Sammanfattningsvis betyder det således att både HCR-20<sup>V3</sup> och START har 20 riskfaktorer i sin grunduppsättning men har som tillägg valt att utöver dessa lägga till två särskilda faktorer. Dessa tillägg faller dock utanför själva grundinstrumentet.

Att det blev just 20 riskfaktorer för HCR-20 och inte exempelvis 15 besvarar huvudförfattaren till HCR-20 Kevin S Douglas undertecknad vid en mailkontakt (2016-01-21) (se bilaga 3). Enligt Douglas beror på att vid det tillfället som HCR skapades hade man endast forskat på de 20 riskfaktorerna och som därmed kunde anses valida. Dessutom tyckte man att 20 stycken överensstämde med den bredd på riskfaktorer man efterfrågade. Ett större antal skulle också ge ett alltför tungrott instrument.

### 7.1.2. Träffsäkerhet (AUC) Prediktiv validitet

Detta instrument används alltså vid bedömning av risk för patienter inom rättspsykiatrisk vård. Dock finns ingen generell definition på vilket AUC-mått ett riskbedömningsinstrument måste uppnå för att bedömas som valida men det här använda AUC-måttet motsvarar de krav på validitet som man kan kräva av moderna strukturerade riskbedömningar. Det vill säga instrumenten kan predicera risken för framtida våldsuttryck signifikant bättre än slumpen.

På en AUC-skala från 0.0-1.0 motsvarar 0.0 ingen precision (träffsäkerhet) alls medan 1.0 motsvarar optimal precision. 0.5 motsvarar slumpen, det vill säga ungefär som att singla slant.

Grann, M. (2008) beskriver Area Under the Curve (AUC) utifrån ROC-analyser så här:

Under 0.60 låg precision

0.60–0.70 marginell precision

0.70–0.80 modest precision

0.80–0.90 måttlig precision

Över 0.90 hög precision

I min studie visar samtliga artiklar att både HCR-20<sup>V3</sup> och START befinner sig i området 0,70–0,80 vilket utifrån AUC bedömningen innebär en modest tillförlitlighet. Det illustreras av författarna till en artikel (Doyle et.al., 2014) i min studie, där forskarna använde HCR-20<sup>V3</sup> i en retrospektiv undersökning av engelska patienter. De fann att den prediktiva validiteten mätt i AUC uppgick till .625 för den statiska dimensionen (auktaristiska) och till .747 för den dynamiska (kliniska) vilket visar att den i detta fallet höjde tillförlitligheten. För START redovisar Chu et al. (2011) i deras studie att resultatet av den prediktiva validiteten mätt i AUC inom ett tidsspänn >90 dagar till .77. I studien argumenteras också för att de dynamiska faktorerna utgör en viktig del i bedömningen samt att mer forskning i ämnet efterfrågas.

### 7.1.3. Validitet

Validiteten, det vill säga hur väl utförarnas tolkning av de relevanta aspekterna stämmer med förväntat resultat, för START och HCR-20<sup>V3</sup> bedömdes som hög av nyare forskning. Den bygger på systematiska genomgångar av litteratur skriven av professionella inom arbetsområdet och inom forskningen. Med hög menas i detta sammanhang att det alltså finns ett brett forskningsstöd, i mina uppgifter, som stödjer detta påstående. O'Shea et al. (2015) bekräftar t.ex. i sin studie att den prediktiva validiteten hos START motsvarar "signifikant prediktion" i bedömningen av våldsamt beteende. Vidare argumenterar även dessa forskare för att mer forskning behövs för att styrka klinikers behov av tillförlitliga data om de dynamiska faktorerna, det vill säga instrumentet bör ge information om vilken behandling och riskhantering samt ge vägledning om klinikernas del i bedömningsprocessen.

Sturup et al. (2013-17) kommenterar dock läget på följande sätt: "*Då forskarna (Yang, Wong & Coid. 2010) inte fann någon skillnad i prediktiv validitet mellan dessa vanliga instrument (bl.a. HCR-20) drog de slutsatsen att riskbedömningsinstrument inte ska styras av vilket instrument som har högst validitet utan av instrumentets relevans för just den aktuella gruppen*". Detta uttalande gäller också för HCR-20 med stöd hos Yang, Void och Coid (2010) och för START med stöd hos O'Shea, Picchioni och Dickens (2015). Det kan tolkas så att moderna riskbedömningsinstrument i generation tre har hög validitet, men visar också att det är viktigt att välja instrument efter den population du avser att bedöma.

### 7.1.4. Reliabilitet

Reliabilitet i detta sammanhang är samlingsnamn för tre olika betydelser: där (1) Stabilitet, (2) Intern reliabilitet och (3) Interbedömarreliabilitet. Den sistnämnda blir särskilt intressant eftersom den anger ett mått på hur samstämmigt eller precist en bedömningsprocedur mäter det den avser att mäta, i detta fall i en predicerad framtid. För bedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START bedöms (interbedömar)reliabiliteten som acceptabel (Sturup et al. 2013; Singh et al. 2011; Desmarais et al. 2012). Hög reliabilitet förutsätter validitet. Validiteten hos



dessa instrument anses som hög (se 7.1.3) vilket i logisk mening ger en hög reliabilitet.

I detta sammanhang talar vi alltså om att reliabilitet avser att garantera att bedömarnas slutsatser är samstämmiga oavsett var eller när bedömningen görs. En vanlig metod att avgöra ett riskbedömningsinstruments interbedömarreliabilitet är att använda ICC (Intraclass Correlation Coefficient). ICC är ett statistisk deskriptivt verktyg vars syfte är att sammanställa kvantitativa mängddata till enheter som organiseras i grupper. Eftersträvansvärt är att nå ett utfall på 1.0. Min data (Vries de Robbé & De Vogel. 2010; Belfrage, Douglas. 2012) visar att ICC för HCR-20<sup>V3</sup> var .84 respektive .81. START uppvisar likande resultat (O'Shea et al, 2015; Desmarais et al, 2012 ) och enligt Cohens Kappa Coefficient (Cohens Kappa Coefficient är ett liknande statistiskt verktyg som ICC och bygger på samma princip) var .83 respektive .87

#### **7.1.5. Översatta till svenska**

Båda versionerna är översatta till Svenska. HCR-20<sup>V3</sup> är översatt av professor Henrik Belfrage som är en av de främsta i Sverige inom området. START är översatt av doktorand vid Karolinska institutet Charlotte Pollak. HCR-20<sup>V3</sup> översattes till svenska i samband med publiceringen av den nya versionen 2013. START översattes till svenska som en del i doktorandarbete 2014.

#### **7.1.6. Användningsområde**

HCR-20<sup>V3</sup> riktar sig mot en bredare population inom exempelvis, öppen-, sluten- och rättspsykiatri, kriminalvården och inriktar sig på en prediktionstid på 6-12 månader Douglas et al. (2013). START är specifikt framtagen för rättspsykiatri och inriktar sig på en prediktionstid upp till 6 månader Webster et al. (2009). Riskbedömningsinstrumentet HCR-20 behöver alltså inte omprövas så ofta som START, vilket kan ha en del praktiska fördelar

#### **7.1.7. Riskfaktorer**

Tydligaste skillnaderna i riskfaktorer mellan instrumenten är dess klassificering.

START innehåller 20 grundfaktorer samt två tilläggfaktorer (målspecifika punkter) utifrån ett nutidsperspektiv medan HCR-20<sup>V3</sup> fokuserar på historiska faktorer (10 st) som en viktig del i bedömningen med tillägget av de dynamiska riskfaktorerna som i det instrumentet kallas kliniska (5 st) och risk (5 st) plus två tilläggfaktorer (x-faktor). Många faktorer återkommer i båda instrumenten exempelvis relationer, missbruk, psykiatriska tillstånd. I START fokuserar riskfaktorerna på här och nu och viktas som antingen styrkor eller svagheter. START har också en numerisk summering av kodningen vid bedömningen vilket t ex HCR-20<sup>V3</sup> gått ifrån. HCR-20<sup>V3</sup> använder istället alternativen låg-, medel- eller hög risk för kodning. Anledningen till det beror på att senare forskning visar att en sådan summering höjer validiteten (Douglas et al. 2013; )

#### **7.1.8. Vem bedömer**

Upphovsmännen till de båda riskbedömningsinstrumenten, START och HCR-20<sup>V3</sup>, och Socialstyrelsen ställer krav på verksamheterna att de bedömare som utför arbetet ska vara kliniskt verksamma samt speciellt utbildade i riskbedömning (Webster et al. 2009; Douglas et al. 2013). Det ska också enligt Socialstyrelsen finnas tydliga rutiner för verksamheterna hur och när riskbedömningarna ska göras. Således görs riskbedömningarna av kliniskt verksamma personer utbildade i ämnet. Svensk forskning Sturidsson et al. (2004) visar att bedömarna inom rättspsykiatri tenderar att värdera de kliniska riskfaktorerna (t.ex. insikt, psykos) högre än andra mer kontextuella riskfaktorer som exempelvis patientens sociala nätverk och uppväxtförhållanden. Det kan antas bero på att bedömarna i den studien var sjuksköterskor. Utifrån denna slutsats ligger det nära tillhands att anta att om en socialarbetare skulle utföra riskbedömningen skulle således de kontextuella aspekterna värderats högre.

#### **7.1.9. Uppföljning**

Syftet med denna studie var inte att primärt studera uppföljningen. Då de dynamiska faktorerna är centrala i riskbedömning enligt den beskrivna modellen samt då dessa faktorer är föränderliga och därför i behov av att följas upp och

utvärderas tycker jag ändå att det är motiverat att ta upp lite om det här. Uppföljning av riskbedömningarna sker på enheternas behandlingskonferens av kliniskt verksamma personer som; läkare, sjuksköterskor, kurator, psykolog och skötare inför förändrade förhållande i patienternas fria förmåner och inför domstolsförhandling. Då större delen av faktorerna i moderna riskbedömningsinstrument är dynamiska, till skillnad mot aktuariska som är statiska, måste de återkommande följas upp och ibland göras om. För HCR-20<sup>V3</sup> säger man att uppföljningar ska göras med 6-12 månaders intervall (Douglas et al. 2013) medan man i START talar om uppföljningar senast < 6 månader (Webster et al. 2009). Inom rättspsykiatri finns det lagkrav LRV (1991:1129) att riskbedömningar ska göras inför varje domstolsförhandling, det vill säga var 6:e månad. Tidsintervallen för att riskbedömningarna ska vara aktuella sammanfaller därmed med kravet om ny domstolsförhandling var 6:e månad för både HCR-20<sup>V3</sup> och START.

## **7.2 De statiska och dynamiska inslagen i riskbedömningsinstrumenten**

För att besvara denna frågeställning får vi delvis utgå från den fakta som redovisats under respektive variabler och komplettera med ytterligare information som artikelunderlaget kunnat ge. Innan detta resultat summeras skall jag dock beskriva lite mer övergripande hur man sett på statiska respektive dynamiska inslag i de två instrumenten. I den svenska översättningen av START kommenteras t.ex. riskfaktorn ”social färdigheter” på följande sätt: ”...att man bör lita mer till socialpsykologiska modeller, och något mindre till de psykiatriska” Webster et al. (2004 s.4). Vidare säger man att ”sociala färdigheter definieras som mellanmännisklig medvetenhet beträffande verbal, icke-verbal, skriftlig kommunikation och hantering av ilska” (sid 3). Mot den bakgrunden kan sociala färdigheter tolkas som ett dynamiskt inslag i START riskbedömningsinstrument. Att författarna så tydligt ger uttryck för att den sociala kontexten är en viktig del av människans förutsättningar att göra framtida val, vilket är helt i linje med Dwecks teori om människans två grundantaganden, så som de beskrivs i entity theory och incremental theory. START kan alltså sägas utgå ifrån teorin om incremental theory (dynamisk) vilken ger tydliga anvisningar

till bedömarna att riskfaktorn är dynamisk och föränderlig. Vidare kan man läsa i den svenska översättningen att ” *Den vanliga uppfattningen är att psykiskt sjuka individer som skadar sig själva eller andra behöver bli intagna i första hand på grund av deras aggressiva agerande hänger ihop med det psykiska hälsotillståndet snarare än med det sociala sammanhanget och deras interpersonella relationer*” Webster et al. (2004 s6.). Man menar vidare att ”*Positiva mellanmännskliga relationer och stark anknytning till samhället verkar för att mildra antisocialt beteende...*” Detta är ytterligare exempel på att START utgår från att människan är dynamisk och föränderlig och därmed påverkbar. I Webster och Huckers artikel (2007) fastslår de att strukturerade professionella riskbedömningsinstrument t.ex. START och HCR-20, utgår från teorin om att människan har två grundantagandet, det vill säga statiska eller dynamiska; föränderliga och icke-föränderliga.

Som nämnts tidigare så bygger dock HCR-20<sup>V3</sup> huvudsakligen på historiska (statiska) riskfaktorer. 10 faktorer av 20 är historiskt orienterade. Detta kan man tolka som att författarna av HCR-20 vill kombinera synen på människans föränderlighet som både föränderlig och icke-föränderlig vilket sammanfaller med den tolkning som Webster & Hucker (2007) ger uttryck för. HCR-20 tar också sitt avstamp i tidigare forskning som stödjer en kombination av statiska (aktuariska) och dynamiska riskfaktorer.

START utgår helt och hållet från dynamiska faktorer så som exempelvis Sociala färdigheter, Relationer, Socialt stöd, Insikt och Problemlösningsförmåga. START har i sin uppsättning inga statiska (aktuariska) variablerna alls. HCR-20<sup>V3</sup> däremot lägger som tidigare nämnt större vikt vid de statiska (aktuariska) exempelvis: Historia av problem med våld, Historia av problem med annat antisocialt beteende, Historia av problem i relationer, Historia av problem med arbete och sysselsättning. Exempel på dynamiska faktorer i HCR-20<sup>V3</sup> är: Problem med tankar eller planer på våld, Problem med acceptans eller mottaglighet för behandling, Framtida problem med myndigheter eller andra vårdgivare, Framtida problem med stress eller stresshantering. Dessa exempel av dynamiska faktorer är alla exempel på faktorer som är påverkbara och föränderliga. I den meningen också behandlingsbara. Nedan följer ett försök till summering och tolkning av de statiska och dynamiska faktorernas inverkan på träffsäkerheten.

*Antal variabler?* Eftersom HCR-20 har hälften av varje medan START endast har dynamiska kan man tolka det så att HCR-20 har en mer balanserad träffsäkerhet eftersom inte alla variablerna är direkt påverkbara av bedömaren så som är fallet för START.

*AUC?* Denna variabel omfattar enbart statistiska beräkningar och lämnar därför inget tydligt bidrag i frågan.

*Validitet?* Eftersom den är hög för båda kan man tolka det så att den stärker både den statistiska eller den dynamiska faktorn.

*Reliabilitet?* Båda forskargrupperna kring START och HCR hävdar att de dynamiska faktorerna höjer validiteten och reliabiliteten i deras instrument.

*Översättning?* Ingen poäng att bedöma i detta sammanhang.

*Användningsområde?* Båda instrumenten används inom rättsmedicin men HCR-20 i en något bredare kontext än START. Utvecklingen av en god bedömarkompetens kan säkerligen ske i båda man kan tolka så att det inte spelar någon roll om det skiljer något mellan fördelningen av statistiska och dynamiska faktorer.

*Risikfaktorernas karaktär?* I HCR-20 fann jag att de var präglade av ett historiska, kliniskt synsätt medan START var inriktad på nuet och framtiden. Utifrån statistiska och dynamiska faktorerna kan man se olika, både svaga och starka sidor i båda inriktningarna. T.ex. för HCR-20 kan en stabil förankring och förtrogenhet med instrumentet stärka träffsäkerheten. Hos START kan den också stärkas genom att instrumentet är uppdaterat i relation till samhällsförändringar med mera.

*Vem bedömer?* I båda instrumenten är det tränade, professionella kliniker som bedömer, vilket stärker både statistiska och dynamiska inslag hos instrumenten.

*Uppföljning/utvärdering?* Som jag sett är det längre mellan uppföljningar för HCR-20<sup>V3</sup> än för START, vilket skulle kunna stärka träffsäkerheten hos det senare instrumentet i relation till det förra; justeringar under hand kan ju bli fler.

Resultaten visar att det är svårt att hävda att en ena faktorn har större inverkan på träffsäkerheten än den andra. Istället pekar resultaten i samma riktning som flera

av artikelförfattarna hävdad, nämligen att det behövs än mer forskning om den dynamiska faktorn.

Den diskussion som aktualiserats inom rättsmedicin omkring statiska respektive dynamiska faktorer är synnerligen aktuell och kan vara mycket intressant också utifrån ett socialt arbete perspektiv. Där har ju intresset väckts för bedömningar av träffsäkerheten, evidensen och det pågår en livlig diskussion om hur man ska kunna utveckla träffsäkerheten i sina metoder i det direkta klientarbetet, d.v.s. där den dynamiska faktorn får stort utrymme Sturup et al. (2013). Kanske kan denna studie bidra till en viss klarhet i dessa frågor.

### **7.3 Det lämpligaste riskbedömningsinstrumentet för kliniskt arbete**

Här tar jag delvis hjälp av kontext variabeln för att besvara min tredje frågeställning, den om hur instrumentens kan svara mot de behov som en klinik har, i detta fall en rättspsykiatrisk verksamhet. Min bedömning blir då att HCR-20<sup>V3</sup> har vissa fördelar då instrumentets innehåll och struktur till stor del redan är känt inom verksamheten och därmed stärker interbedömarreliabiliteten. Detta kan man anta också skulle underlätta implementeringen av dess nya version samt undanröja initiala missuppfattningar om begrepp och tolkningar. START bygger på samma forskningstradition som HCR-20 men använder sig av ett delvis annat språkbruk. Utifrån teorin i denna uppsats om entity och incremental theory lämpar sig också strukturerade professionella bedömningar väl då synen på patienten i modern psykiatri är att människan är både föränderlig och icke föränderlig i sin natur. Exempel på detta synsätt kan hämtas i nutidens syn på psykiatriska sjukdomar. Förr talade man om att psykoser var obehandlingsbara och ett livslångt tillstånd. Nu talar man istället om att med rätt medicin och psykosocial behandling kan psykosen lindras och i bästa fall läka ut. De strukturerade professionella riskbedömningsinstrument passar också väl inom moderns rättspsykiatri, vilket underbyggs av Meehls teori om ”Actuarial/Mechanical” metod där behovet av att systematisera valida faktorer redan är ett vedertaget arbetssätt inom rättspsykiatrin.

## 8. Avslutande diskussion

Syftet med denna uppsats var att jämföra riskbedömningsinstrumenten HCR-20<sup>V3</sup> och START med avseende på deras träffsäkerhet och vilken av dem som skulle lämpa sig bäst i en klinisk verksamhet som Rättspsykiatrins verksamhetsområde. Utifrån det jag kommit fram till i denna studie kan man inte se att varken START eller HCR-20<sup>V3</sup> rent evidensmässigt skiljer sig signifikant från varandra. Båda instrumenten bedöms ha lika hög träffsäkerhet, evidens (dock ska tilläggas att det finns betydligt mer och bredare forskning att tillgå kring HCR-20 än det finns om START). Detta förklaras med att START är betydligt yngre och mindre spritt runt om i världen. Båda instrumenten kan och ska användas mot den rättspsykiatriska populationen. Men, som jag tidigare sagt, är START specifikt framtaget för rättspsykiatri. Båda instrumenten bedöms av kliniker och särskilt utbildad personal.

På den klinik jag arbetar är man redan van vid HCR-20 design och språkbruk, det vill säga HCR-20 är redan känt vilken torde underlätta framtida implementering av en nyare HCR-20 modell. Man kan också anta att en rad initiala problem med tolkningar av riskfaktorer och stödtext blir mindre vid införandet av HCR-20<sup>V3</sup>. HCR-20 används redan i Västra Götalandsregionen (VGR) vilket skulle underlätta kommunikationen kring patienter som flyttas mellan kliniker. En viktig aspekt av valet av HCR-20<sup>V3</sup> är också att Rättsmedicinalverket (RMV) som är den utredande delen av Rättspsykiatri också använder HCR-20 i dag.

START är mer korttidsorienterat varför den bör användas vid akuta och korta bedömningar medan HCR20<sup>V3</sup> innebär bredare bedömningar och har ett längre perspektiv. Vissa rättsmedicinska kliniker har såväl akutvårdsenhet samt rehabiliteringsenheter. Logiskt sätt skulle man kunna säga att START lämpar sig bäst på en akutenhet medan HCR-20<sup>V3</sup> lämpar sig bäst vid rehabilitering. I kliniks vardag är det dock inte så enkelt. Att använda sig av två olika bedömningsinstrument med två så olika fokus skulle skapa missförstånd och svårigheter i kommunikationen mellan personalen och enheterna. Därmed skulle

man med en sådan modell riskera patientsäkerheten och inte leva upp till kraven på god vård

Nackdelen med HCR-20<sup>V3</sup> mot START är att man i START tar hänsyn till patientens skyddsfaktorer (eller med annat ord friskfaktorer) vilket underlättar omvårdnadspersonalens delaktighet i patientens riskhantering. Det är dock inget i HCR-20<sup>V3</sup> som motsäger att man i tillägg till HCR-20 bedömningen adderar riskbedömning som utgår från skyddsfaktorer exempelvis SAPROF (Vivienne de Vogel, 2007). Varken START eller HCR-20<sup>V3</sup> gör dock anspråk på att instrumentet ska kunna förutsäga framtida våld utan snarare att instrumentet ska hjälpa att försöka förhindra framtida våldshandlingar. Ett fynd i min uppsats, som dock inte efterfrågades i min frågeställning, men som jag ändå bedömer såpass viktig att jag vill belysa det här, är att forskning som stödjer riskbedömningar till majoriteten är genomförd på en manlig population. Detta tar Odgers et al. (2007) upp i sin forskning. De Vogel och De Ruiter, (2005) menar också att den prediktiva validiteten i HCR-20 är betydligt lägre på kvinnor än på män. De menar att man vid bedömning av kvinnor borde ta större hänsyn till kvinnors specifika skyddsfaktorer. Mot bakgrund av detta vore det intressant om framtida forskning om riskbedömningar riktades mot kvinnors våldsuttryck för att om möjligt hitta mer riktade riskfaktorer/skyddsfaktorer för att predicera kvinnors våld.

Frågan om statiska respektive dynamiska faktorerers validitet och reliabilitet har diskuterats i denna uppsats. Det jag kunnat konstatera är att de rent sociala och mänskligt behäftade variablerna i riskbedömning behöver forskas vidare på. Dweeks (1999) två grundantaganden om människans entity och incremental theory belyser det faktum att människan, i detta fall bedömaren/klinikern, beroende på vilket grundantagande hen bekänner sig till kommer att låta sig färgas av sin syn på den individ som ska bedömas. Detta spänningsfält hade jag gärna forskat vidare på.



## 9. Referenser

Andershed, A-K & Andershed, H. (2015): Improving evidencebased social work practice with youths exhibiting conduct problems through structured assessment, *European Journal of Social Work*, DOI: 10.1080/13691457.2015.1043242

Andershead, H., Wirius, A., Sturup, J., Lindqvist, P., & Kristiansson, M. (2010). *Riskbedömning – Aktuella principer, praktik och en blick framåt. I A. H. Berman, & C. A. Farbring (Eds.), Kriminalvård i praktiken: Strategier för minska risker för återfall i brott och missbruk.* Lund: Studentlitteratur.

Belfrage, H, Douglas, K. (2012). *Interrater reliability and concurrent validity of HCR-20 (Version 3).* Unpublished data analyses. Mid Sweden University, Sundsvall, Sweden.

Bergmark, A., Lundström, T. (2006). Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift 13, s. 99-113.*

Bergmark, A., Lundström, T. (2007). Kartan och terrängen – om en evidensbaserad praktik? - (EPB) som ideal och verklighet. *Socialvetenskaplig tidskrift 17, 77-82.*

Boer, D. P., Kropp, Hart P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence.* Vancouver, British Columbia: British Columbia Institut on Family Violence and Menat Helath, Law & Policy Institut, Siomon Fraser University.

Bryman, A. (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder upplaga 2:6.* Stockholm. Liber AB

Chu, M., Stuart, M., Thomas James, P., & Daffern, M. (2001). The Short- to Medium- Term Predictive Accuracy of Static and Dynamic Risk Assessment Measures in a Secure Forensic Hospital. *Sagepub.com/JournalsPermission.nav.* DOI: 10.1177/10731911111418298

Desmarais, S., Nicholls, T., Wilson, C., & Brink, J. (2012) Using Dynamic an Protective Factors to Predict Inpatient Agression: Reliability and Validity of

START Assessment. American Psychological Association. DOI:  
10.1031/a0026668.

Douglas, K. (2009). *Assessing risk for violence using structured professional judgment*. AP-LS News, winter 2009, American Psychology-Law Division

Douglas, K., Hart, S., Webster, C., Belfrage, H. (2013) HCR-20<sup>V3</sup>, *Bedömning av risk för våld - Användarmanual*. Vancouver. Mental Health, Law and Policy Institut, Simon Fraser University

Douglas, K., Skeem, J. (2005). VIOLENCE RISK ASSESSMENT. American Psychological Association 1076-8971/05/\$12.00 DOI: 10.1037/1076-8971.11.3.347

Doyle, M., Shaw, J., Coid, J. (2013) *Validation of risk assessment in medium secure services (VORAMSS): Preliminary HCR-20 (Version 3) analyses*. Unpublished data analyses. University of Manchester , UK, and Queen Mary University of London, UK.

Dweck, Carol S. (1999). *Self-theories: their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press

Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: an alternative to authority-based practice. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*, 80 pp. 341-50.

Grann, M., Långström, N., Forsman, A., Freij, I., Kullgren, G., Yourstone, J (2005). *Riskbedömningar inom psykiatrin – Kan våld i samhället förutsägas?* Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Grann M & Pettersson A (2007): Riskbedömningar inom psykiatrin – kan våld i samhället förutsägas? *Läkartidningen 2007-04-20, nr 1*.

[www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=6586](http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=6586)

(151207)

Grann, M. (2008) *Farlighetsbedömningar – En handbok*. Helsingborg. H Lundbeck AB  
Grann, M., Pettersson, A., (2007) *Läkartidningen 2007-04-20 nummer 1*. Webadress:

<<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=6586>>  
(151207)

Guy, L. (2008). *Performance indicators of structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: a meta-analytic survey*. USA. The Simon Fraser University

Hansson, K., Morton-Bourgon, K. (2009). The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders: A Meta-Analysis of 118 Prediction Studies. *Psychological Assessment* © 2009 Public Safety Canada. DOI: 10.1037/a00144212009, Vol. 21, No. 1, 1–21

Hansson, R. K., Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving Actual Risk Assessment for Sex Offenders*. Ministry of Solicitor General Canada.

Hare, R D. (1993) *Psykopatens värld*. Lund. Studentlitteratur.

Hogan, R., Olver, M., (2016). Assessing Risk for Aggression in Forensic Psychiatric Inpatients: An Examination of Five Measures. *PMID: 26828708*.

Hydén, M. Evidence-based social work på svenska – att sammanställa systematiska kunskapsöversikter (2008): *Socialvetenskaplig tidskrift*, (15), 1.

Kroner, D., Mills, F. (2004). A Coffee Can, factor analysis, and prediction of antisocial behavior: The structure of criminal risk. *doi:10.1016/j.ijlp.2004.01.011*

Kropp, R., Hart, S. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 110-118.

Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

William, M. Grove., Meehl, P. (1996): COPARATIVE EFFICIENCY OF INFORMAL (SUBJEKTIVE, IMPRESSIONISTIC) AND FORMAL (MECHANICAL, ALGORITHMIC) PREDICTION PROCEDURES: The Clinical-statistical Controversy. *American Psychological Association, Inc.* 1076-8971/96/\$3.00

Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, Calif.: Sage

- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Towards a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry*; 141:10-15
- Morago, P. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based practice in the social services: a UK survey. *Oct;7(5):452-65. doi: 10.1080/15433714.2010.494973*
- Månsson, S A. (2003). Att förstå sociala insatsers värde. *Nordiskt Socialt Arbeid*, 23 s. 73-80.
- Odgers, CL., Moretti, MM., Burnette, ML., Chauhan, P., Waite, D., Repucci, ND. (2007). A latent variable modeling approach to identifying subtypes of serious and violent female juvenile offenders. *PMID: 17593559 [PubMed - indexed for MEDLINE]*
- O'Shea, LE., Picchioni, MM., Dickens, GL. (2015) The Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for Multiple Adverse Outcomes in a Secure Psychiatric Inpatient Setting. 2015 Feb 27. *pii: 1073191115573301*
- Palinkas, Lawrence A. & Soydan, Haluk (2012). *Translation and implementation of evidence-based practice*. New York, NY: Oxford University Press
- Quinsey, V. L, Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormeir, C. A. (1988). Violent Offenders: Appraising and Managing Risk. *American Psychological Association*.
- Sackett, D, L., Rosenberg, W, N,. (1995). The need for evidence-based medicine. *PMID: 8544145 [PubMed - indexed for MEDLINE] PMID: PMC1295384*
- Singh JP, Grann M, Fazel S (2013): Authorship Bias in Violence Risk Assessment? A systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(9): e72484. *Doi:10.1371/journal.pone.0072484*
- Steadman H & Cocozza JJ (1974): *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, MA, USA: Lexington Books.
- Sturidsson, K., Haggård-Grann, U., Lotterberg, M., Dernevik, M., & Grann, M. (2004). Clinicians' perceptions of which factors increase or decrease risk of violence among forensic outpatients. *International Journal of Forensic*

*Mental Health, 3, 23-36.*

Sturup, J., Forsman, M., Haggård, U, Karlberg, D., Johansson, P. 2013:269

*Riskbedömning i kriminalvård och rättspsykiatri Sammanfattningsrapport*

Sundell K, Hansson K, Andrée Löfholm C, Olsson T, Gustle L-H & Kadesjö C (2006) *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen/IMS.

de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., de Vries Robbé, M. *SAPROF: Riktlinjer för bedömningar av riskfaktorer mot våldsrisk*. Malmö. Psykiatri Skåne, Verksamhetsområde Rättspsykiatri

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D. & Hart, S. D. (1997). *HCR-20*. Mental Health Law and Policy Center, Simon Fraser University, Burnaby, CA

Webster, Christopher D. & Hucker, Stephen J. (2007). *Violence risk: assessment and management*. Chichester: John Wiley

Webster, C, D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T, L. & Desmarais, S. L. (2009) *Manual for the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1)*. Colombia Mental Health & Addiction Services.

Yang, M., Wong, SC., Coid, J. (2010) The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Sep;136(5):740-67. doi: 10.1037/a0020473*

# 10. Bilagor

## Bilaga 1. Arbetsblad för HCR-20<sup>V3</sup>

**HCR-20<sup>V3</sup>**

Rating Sheet for Version 3 of the HCR-20

Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster, & Henrik Belfrage

Name		Record Number							
DOB		Gender							
Nature/Purpose of Evaluation									
HCR-20 <sup>V3</sup> Items		Presence				Relevance			
		Omit	N	P	Y	Omit	L	M	H
<b>Historical Scale (History of problems with...)</b>									
H1.	Violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2.	Other Antisocial Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3.	Relationships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4.	Employment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5.	Substance Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6.	Major Mental Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7.	Personality Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8.	Traumatic Experiences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H9.	Violent Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10.	Treatment or Supervision Response	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-H	Other Considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Clinical Scale (Recent problems with...)</b> Rating Period: _____									
C1.	Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2.	Violent Ideation or Intent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3.	Symptoms of Major Mental Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4.	Instability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5.	Treatment or Supervision Response	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-C	Other Considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Risk Management Scale (Future problems with...)</b> Rating Period: _____ Context: <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out									
R1.	Professional Services and Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2.	Living Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3.	Personal Support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4.	Treatment or Supervision Response	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5.	Stress or Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-R	Other Considerations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Future Violence/ Case Prioritization</b>		<b>Serious Physical Harm</b>			<b>Imminent Violence</b>			<b>Recommended Reassessment Date</b>	
<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High		<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High			<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High			YY/MM/DD: _____	
Evaluator		Signature			Date				



© 2013 by the Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.  
 This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0  
 Unported License. You may copy and distribute this Rating Sheet with appropriate attribution,  
 not for commercial use, and in its original form (no derivative works).  
 For license details see: [hcr-20.com/materials](http://hcr-20.com/materials)



# APPENDIX E:



Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Record #: \_\_\_\_\_

Male  Female  D.O.B.: \_\_\_\_\_  
yy/mm/dd

## START Summary Sheet

Diagnoses: DSM-IV<sup>TR</sup>  ICD-10  1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

STATUS:  HOSPITAL  COMMUNITY  CORRECTIONS  
Status Status Status

PURPOSE:  REFERRAL  ADMISSION  REVIEW  OTHER  
Specify Specify Specify

START Time Frame: \_\_\_\_\_  
days / weeks / months

Key Item	Strengths			START Items	Vulnerabilities			Critical Item	SIGNATURE RISK SIGNS							
	2	1	0		0	1	2		Hx*	Risks	T.H.R.E.A.T.	Low	Mod	High		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Social Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relationships (TA,YN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Occupational	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Recreational	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Self-Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Mental State	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violence	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Emotional State	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self-Harm	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Substance Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suicide	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulse Control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unauthorized Leave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. External Triggers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance Abuse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Social Support (PPS,YN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self-Neglect		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Material Resources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Being Victimized		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Case Specific Risk:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Med. Adherence (N/A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CURRENT MANAGEMENT MEASURES						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Rule Adherence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Conduct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Treatability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current Management Plan:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Case Specific Item:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Case Specific Item:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Health Concerns/Medical Tests: \_\_\_\_\_

Risk Formulation: what factors predict/explain which person will carry out what act when?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPLETED BY: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

\*TA - Therapeutic Alliance †PPS - Positive Peer Support ‡N/A - Not Applicable †Hx - Historical

Version 1.1 © 2009

### Bilaga 3. Mail från Kevin Douglas

#### Christian Calonne

---

**Från:** Kevin Douglas <douglask@sfu.ca>  
**Skickat:** den 21 januari 2016 20:04  
**Till:** Christian Calonne  
**Ämne:** HCR-20

Dear Christian

Thanks for your email about the HCR-20 V3.

You can find articles and summaries about it on the HCR-20 website ([www.hcr-20.com](http://www.hcr-20.com)). You can try google scholar as well, and check out the 2014 issue of the International Journal of Forensic Mental Health (Volume 13, issue 2). Also, you have one of the authors of the HCR-20 V3 right there in Sweden -- Henrik Belfrage! He would be best suited to address your question about the social aspect of SPJ given his knowledge of Sweden.

We have 20 items in part because (a) there were 20 on Versions 1 and 2, and (b) that is the number that, as it turned out (in our judgment), adequately captured the core risk factors in the literature, at an optimal level of breadth. It would always be possible to further divide them (say, split H6 mental disorder into a number of separate factors), however, this would then produce an unwieldy instrument (too many factors to be clinically useful).

Kind regards

Kevin Douglas

Hello!

I'm writing a scientific work in Social Work (Sweden) about the HCR-20 v3 for my university studies. I need to know why the authors of HCR-20 selected 20 risk factors instead of for example 10 or 22? Also I need references for my work. Would you please help me? I can't find the answer in the literature?

I'm also interested in the "Social aspect" of the SPJ because I need to connect the HCR-20 to my work on the institution (Social work). I know it's tricky but I would be pleased for some pointers J