

# Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas?

## Systematisk litteraturoversikt från SBU

MARTIN GRANN, docent, Centrum för våldsprevention, Karolinska institutet, Stockholm  
 martin.grann@cvp.se

AGNETA PETTERSSON, civilingenjör, projektledare, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, Stockholm

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har på uppdrag av regeringen granskat olika metoder att bedöma risken för att en patient inom psykiatri ska begå våldshandlingar i samhället. Arbetet har bedrivits i samverkan med Socialstyrelsen. Denna artikel sammanfattar SBU:s rapport »Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas?«, nr 175 [1]. För referenser utöver dem som ges i artikeln hänvisas till rapporten.

### Bakgrund

Våld räknas globalt sett som en av de tjugo viktigaste grundorsakerna för sjukdomsburda, uttryckt som »disability-adjusted life years«, och WHO:s prognos för den kommande tjugoårsperioden är att våldet som folkhälsoproblem kommer att öka. I hela världen dör varje år över en halv miljon människor som en direkt följd av kriminellt interpersonellt våld, vilket är mer än dubbelt så många dödsoffer som skördas i väpnade konflikter. Studier visar att psykisk sjukdom visserligen utgör en riskfaktor för våldsbrott men att riskökningen för att psykiskt sjuka ska lagföras för våldsbrott är måttlig. Cirka 5 procent av våldsbrotten utförs av personer som vårdats för psykos, samtidigt som förekomsten av psykosjukdom i befolkningen är lägre än 1 procent. Det innebär en drygt femfaldig risk för individer med psykos att begå våldsbrott jämfört med hela befolkningen [2].

### Metoder för riskbedömning

I de flesta länder finns specialföreskrifter om skyldigheten för psykiatrer och andra verksamheter inom psykiatri att bedöma enskilda patienters farlighet för sig själva och för andra. Det yttersta syftet med bedömningen är inte att korrekt förutse vilka patienter som kommer att bli våldsamma (prediktion) utan att förhindra våldshandlingar (prevention). Synen på om, och i så fall hur, man bör bedöma risken för framtida våldshandlingar bland psykiatriska patienter har växlat under åren. Ursprungligen utfördes rent kliniska bedömningar grundade på klinikers utbildning, erfarenhet och kunskaper om viktiga omständigheter i det enskilda patientfallet. De så kallade aktuariska

bedömningarna bygger på en modell som helt baseras på empiriska data om korrelation till våldsrisk. Modellen definierar ett antal välstuderade och välvaliderade riskfaktorer som bedöms efter bestämda regler [3]. Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), som är det mest välkända aktuariska instrumentet, omfattar 12 riskfaktorer som vägs samman genom ett fördefinierat viktningssystem. Värdena på faktorerna summeras och omräknas till en sannolikhet för framtida våldshandlingar.

Under den senaste tioårsperioden har utvecklingen gått mot att kombinera kliniska bedömningar och instrument (checklistor). Ett ofta använt instrument i denna »tredje generationens riskbedömningar« är HCR-20, (Historical, Clinical, Risk Management) [4]. Det omfattar 20 riskfaktorer för våld bland psykiskt störda och är ett verktyg för att strukturera beslutsfattandet. Ytterst ska dock slutsatser om risk dras från en klinisk bedömning.

### Projektets omfattning

Översikten omfattade sådana studier som testade en i förväg utarbetad bedömningsmetod och jämförde dess tillförlitlighet med någon annan metod eller, vanligen, med den precision som kan åstadkommas av slumpen. Studier som undersöker patientgrupper i syfte att undersöka vilka enskilda faktorer eller markörer som korrelerar med risk för våldshandlingar ingick därmed inte i granskningen. Vidare skulle bedömningsmetoden tillämpas på risken för våldshandlingar ute i samhället, vilket medförde att ett stort antal studier som värderade risken för våld inne på psykiatrisk vårdavdelning eller i vårdmiljön i övrigt exkluderades. Projektet avgränsades till att avse studier av vuxna patienter som vårdades eller utreddes inom allmän- eller rättspsykiatri.

### Resultat

Hela materialet analyserades först med avseende på den generella frågeställningen, om riskbedömningar ökar chansen att förutsäga våldshandlingar. Studierna bekräftade att riskbedömningar i större utsträckning än vad som kan åstadkommas

### SAMMANFATTAT

**Riskbedömningar inom psykiatri** kan, bättre än slumpen, förutsäga manliga patienters framtida benägenhet att begå våldshandlingar i samhället (evidensstyrka 2). Det saknas evidens för att metoderna ger tillförlitliga resultat för kvinnor. Riskbedömningarnas precision kan uttryckas som den andel av de bedömda som korrekt identifieras att senare utföra våldshandlingar. Granskningen visar att precisionen kan förväntas vara högst 70–75 procent.

**Riskbedömningarna kan** förutsäga våldsbegärheten i samhället hos relevanta patienter både inom rättspsykiatri (evidensstyrka 3) och inom allmänpsykiatri (evidensstyrka 2). Bedömningarna gäller risken för våld på ett par års sikt. Det finns emellertid otillräckligt vetenskapligt underlag för riskbedömningar med kortare tidsperspektiv, dvs inom dagar eller veckor efter det att patienten lämnat kliniken.

Det finns inga studier med relevans för svenska förhållanden som analyserar om metodernas tillförlitlighet varierar mellan etniska grupper.

**Både kliniska bedömningar** och checklistor med i förväg definierade frågeställningar (»instrument«) kan användas för riskbedömningar (evidensstyrka 2). Det är ingen skillnad i validitet mellan de vanligaste instrumenten Violence Risk Appraisal (VRAG) och Historical, Clinical, Risk Management (HCR-20) (evidensstyrka 3). Osäkerheten i prognoser baserade på instrumenterade bedömningar är minst 25–30 procent, dvs vart tredje eller fjärde fall felbedöms.

## FAKTA 1

### Rapporten har sammanställts av:

Docent *Martin Grann* (ordförande)

Docent *Niklas Långström*

Forskningsassistent *Ingrid Freij*

Forskningsassistent *Jenny Yourstone*

Professor *Nina Rehnqvist* (projektledare)

Professor *Anders Forsman*

Professor *Gunnar Kullgren*

Civilingenjör *Agneta Pettersson* (biträdande projektledare);

i samverkan med Socialstyrelsen (medicinalrådet *Helena Silfverhielm*).

Rapporten grundas på en systematisk genomgång av litteraturen som täcker perioden mellan 1970 och februari 2005. I huvudsak användes elektroniska databaser för litteratursökningen, vilket genererade drygt 4 000 artiklar. Av dessa uppfyllde 37 studier inklusionskriterierna, och dessa studier bedömdes med hjälp av ett granskningsprotokoll. Antalet studier och deras respektive bevisvärden utgör grunden för slutsatserna så att det sammanlagda vetenskapliga underlaget värderas som en evidensstyrka enligt följande skala:

- Evidensstyrka 1: starkt vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av minst två studier med högt bevisvärde eller god systematisk översikt.
- Evidensstyrka 2: måttligt starkt vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av en studie med högt bevisvärde och minst två studier med medelhögt bevisvärde.
- Evidensstyrka 3: begränsat vetenskapligt underlag. Slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde.
- Otillräckligt vetenskapligt underlag: Inga slutsatser kan dras när det saknas studier som uppfyller kraven på bevisvärde.
- Motsägande vetenskapligt underlag: Inga slutsatser kan dras när det finns studier som har samma bevisvärde men vilkas resultat är motstridiga.

av slumpen kunde identifiera vilka patienter som senare begick våldshandlingar. Därefter undersöktes huruvida tillgängliga metoder var likvärdiga och om de fungerade lika väl på olika kategorier av försökspersoner. Det visade sig att även om rättspsykiatriska populationer studerats mest, är det vetenskapliga underlaget för allmänpsykiatri av högre kvalitet. Endast två arbeten, baserade på samma patientpopulation från allmänpsykiatri, hade högt bevisvärde. Det finns dock stöd för att riskbedömningar har ett värde såväl i rättspsykiatri som inom allmänpsykiatri.

Majoriteten av patienterna inom rättspsykiatri är män, och merparten av studierna inkluderar enbart män. Sammantaget förekom kvinnliga patienter i 18 av studierna, men de analyserades separat i endast 6 av dessa. Varken kliniska bedömningar eller instrument kunde med någon tillförlitlighet förutsäga vilka kvinnor som skulle begå våldshandlingar senare. Det är därför angeläget att instrument med riskfaktorer som är validerade även för kvinnor utvecklas.

I stort sett samtliga studier omfattade blandade grupper med utländska medborgare, immigranter och etniska minoriteter och beskrev också dessa. Ingen studie analyserade dock om den prediktiva validiteten skilde sig mellan olika etniska grupper.

Studierna testade tillförlitligheten såväl hos ostrukturerade bedömningar, utförda av en kliniker, som hos olika instrument med fasta frågeställningar och strukturerade intervjuer. Oftast jämfördes utfallet av riskbedömningar med ett slumpmässigt utfall. Slumpen motsvarar att risken skulle bedömts t ex genom att man »kastat krona eller klave« och ger korrekta förutsägelser i 50 procent av fallen. Granskningen visar att samtliga

undersökta metoder är bättre på att förutsäga risken för våldsbrott än slumpen, men det finns inget stöd för att någon metod skulle vara överlägsen den andra.

Även om riskbedömningar ger ett bättre utfall än slumpen, är de behäftade med stor osäkerhet. I den studie som gav bästa utfall för riskbedömningen blev 76 procent av dem som senare begick våldshandlingar korrekt identifierade. Samtidigt kunde man med hjälp av instrumentet korrekt förutsäga 69 procent av dem som inte begick våldshandlingar under uppföljningstiden. Det betyder att riskbedömningar med dagens metodik har en övergripande osäkerhet på minst 25 procent.

En nyckelfråga är hur lång tid som förflyter mellan riskbedömning och uppföljning. Alla studier utom en hade en uppföljningspunkt vid sex månader efter riskbedömningen, och flera följde upp individerna 10–12 år senare. Däremot saknas studier med korta uppföljningstider, det vill säga timmar, dagar eller veckor efter det att patienten lämnat kliniken. Ytterligare studier erfordras för att klarlägga om tillgängliga metoder kan förutsäga risken för våldshandlingar i samhället på kort sikt (dagar eller veckor).

Det finns flera angelägna forsknings- och utvecklingsbehov förutom ovan nämnda brister i kunskapsunderlagen. Av de inkluderade studierna var sex svenska medan övriga nästan uteslutande kom från Nordamerika. Våld är ett beteende som i hög grad bestäms av kulturella och sociala faktorer, och det är inte självklart att det utan vidare går att generalisera en studie om våld från 1980 rörande amerikanska män till svenska förhållanden år 2005. Det behövs därför flera utvärderingar av metoder för riskbedömning som är representativa för svenska förhållanden. Kvalitetsregister för psykiatri och rättspsykiatri skulle också väsentligt förbättra möjligheterna att analysera värdet av riskbedömningar. Bedömningarna grundas till stor del på opåverkbara riskfaktorer som ålder och tidigare brottslighet, men eftersom syftet med riskbedömningen är att sätta in adekvata åtgärder för att förhindra våld behövs mer kunskap om påverkbara riskfaktorer.

Slutligen är det viktigt att framhålla att översikten har fokuserat på det smala perspektivet av prediktioner. Slutsatserna måste givetvis sättas i sitt sammanhang av åtgärder för att reducera risk och förhindra våldshandlingar bland psykiatriska patienter. Fynden i översikten måste också analyseras i ljuset av kliniska, straffrättsfilosofiska, etiska och kriminalpolitiska överväganden.

Den fullständiga rapporten finns tillgänglig på SBU:s webbplats <<http://www.sbu.se>>.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Martin Grann: Föreläsningar, handledning och annan utbildningsverksamhet (mot betalning) inom psykiatri och kriminalvården i Sverige. Han har också översatt och fackgranskat beslutsstöd, checklistor, instrument och annat material, såsom SARA (1999) och den svenska översättningen PCL-R (2003). Agneta Pettersson: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Riskbedömningar inom psykiatri. Kan våld i samhället förutsägas? Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005. SBU-rapport 175.
2. Mossman D. Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62:783-92.
3. Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. Review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist. Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 1996;3:203-15.
4. Gray NS, Snowden RJ, MacCulloch S, Phillips H, Taylor J, MacCulloch MJ. Relative efficacy of criminological, clinical, and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: A comparative study of HCR-20, PCL:SV, and OGRS. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:523-30.