

SVR - 20

Riktlinjer för bedömning av risk för sexuellt våld

Douglas P.

Boer

Stephen D.

Hart

P. Randall

Kropp

Christopher D.

Webster

Svensk översättning av

Henrik Belfrage, Bengt Jarl & Niklas Långström

Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall



Manual för
SVR – 20

*Riktlinjer för bedömning av risk för
sexuellt våld*

Douglas P. Boer, Ph.D.
Correctional Service of Canada

Stephen D. Hart, Ph.D.
Simon Fraser University

P. Randall Kropp, Ph.D.
B. C. Forensic Psychiatric Services Commission

Christopher D. Webster, Ph.D., FRSC
Simon Fraser University

För information och beställningar kontakta:

Rättspsykiatriska regionkliniken
Box 880, 851 24 Sundsvall
Tel 060 – 18 39 80 • Fax 0470 – 18 39 10
www.lvn.se/rpk

ISBN 91-630-7809-0

Original title:

Manual for the Sexual Violence Risk - 20

Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual
Violence

Copyright © 1997 by
The Mental Health, Law, & Policy Institute
Simon Fraser University

For information on this and related publications, contact:



The British Columbia Institute Against Family Violence

Suite 551, 409 Granville Street
Vancouver, BC V6C 1T2

Tel: (604) 669-7055 ✦ Fax: (604) 669-7054

E-mail: BCIFV@direct.ca

URL: www.bcnetizen.org/narc/bcifv



The Mental Health, Law, & Policy Institute

Simon Fraser University

Burnaby, BC V5A 1S6

Tel: (604) 291-5868 ✦ Fax: (604) 291-3427

E-mail: mhlpis@sfu.ca

URL: www.sfu.ca/psyc/groups/mhlpis

Innehåll

Förord.....	ix
Inledning	1
Bedömningsfrågor.....	9
Definition av sexuellt våld.....	9
Bedömningar av risk för sexuellt våld.....	10
Risikfaktorer	14
Riktlinjer för beslutsfattande	21
Rapportering av fynd.....	20
SVR-20-instrumentet	27
Format.....	27
Tillämpningar	27
Begränsningar.....	31
Användarkvalifikationer.....	31
Bedömningsförfarande	33
Kodning.....	35
Förnyade bedömningar.....	41
Dokumentering av slutsatser	42
Risikfaktorerna	44
1. Sexuell avvikelse.....	46
2. Offer för övergrepp i barndomen	48
3. Psykopati.....	50
4. Psykisk sjukdom.....	52
5. Alkohol- eller drogmissbruk	54
6. Suicidalt / homicidalt tankeinnehåll	56
7. Problem i förhållanden	58
8. Problem på arbetsmarknaden	60
9. Tidigare våldsbrottslighet.....	62
10. Annan tidigare brottslighet.....	64
11. Tidigare misssköttsamhet vid permission eller liknande	66
12. Upprepad sexbrottslighet.....	68

13. Varierad sexbrottslighet	70
14. Fysisk skada på offer för sexbrott	72
15. Användande av vapen eller dödshot vid sexbrott.....	74
16. Upptrappning av sexbrottens frekvens/allvarlighetsgrad ...	76
17. Extremt bagatelliserande eller förnekande av sexbrott	78
18. Attityd som stöder eller ursäktar sexbrott	80
19. Saknar realistisk framtidsplanering	82
20. Negativ attityd till behandling	84
Andra överväganden.....	86
Referenser	88
Appendix: Kodningsformulär	

Författarnas förord

Denna manual utgör ett av flera instrument för riskbedömningar som utvecklats under senare år av forskare och kliniker knutna till The Mental Health, Law, and Policy Institute vid Simon Fraser University i Canada. Vi har genom årens lopp arbetat mycket med forskning om våld, och utifrån detta utvecklat och utvärderat olika metoder för riskbedömningar. Detta vårt senaste arbete skiljer sig emellertid från de tidigare: För första gången är praktiker/kliniker, snarare än forskare, vår primära målgrupp.

Under vårt arbete har vi haft stort utbyte av framför allt tre samarbetspartners. Först vill vi nämna Dr. Derek Eaves vid The British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission och Kevin Douglas vid Simon Fraser University. I samarbete med dem har vi tidigare publicerat riktlinjer för bedömning av partnervåld, och riktlinjer för bedömning av framtida våld hos personer som lider av psykiska sjukdomar och störningar.¹ De läsare som är bekanta med dessa arbeten kommer att känna igen ansatsen och formatet i denna manual.

Ett stort utbyte har vi också haft med Dr. Randy Atkinson och Dr. Richard Laws vid British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission. Detta har tidigare resulterat i en manual med riktlinjer för bedömning av risk för sexuellt våld avsett att användas i vår egen

¹ The *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1994, 1995; svensk översättning av Belfrage & Grann, 1999) och *HCR-20* (Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997; svensk översättning av Belfrage & Fransson, 1997).

hemprovins.² Vårt syfte med föreliggande manual är att utöka och precisera dessa tidigare riktlinjer, vilka var mycket detaljrika och förmodligen bättre lämpade för professionella inom psykiatrin än för en mer allmän målgrupp.

Vi vill också nämna vårt samarbete med Robin Wilson och Claudine Gauthier vid The Correctional Service of Canada och Dr. Brian Judd, forensisk psykolog med egen praktik i Seattle, Washington. De diskussioner vi har fört med dessa kollegor har bidragit till att klarlägga många viktiga frågeställningar, och påmint oss om den kliniska verklighet som våra riskbedömningar är tänkta att användas i. Dessa kollegor har också bidragit i utarbetandet av vissa av de arbeten som föregått denna manual (Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997; Hart, Judd, & Boer, 1996).

Läsaren bör hålla i minnet att SVR-20 inte kan ses som ett i alla delar avslutat arbete. Manualen kommer att successivt omarbetas i takt med att ny forskning och erfarenhet inom området tillkommer. Vi välkomnar därför kommentarer och synpunkter som kan hjälpa oss att förbättra framtida versioner.

Slutligen vill vi påpeka att våra namn är satta i alfabetisk ordning, och ordningen reflekterar alltså inte i vilken utsträckning vi bidragit i arbetet.

² *The Sex Offender Risk Assessment Guide* (Atkinson, Kropp, Laws, & Hart, 1995).

Översättarnas förord

När det gäller prediktion av framtida våld har det under senare år utvecklats en rad instrument, med vilka man arbetar strukturerat utifrån samlad forskning och beprövad erfarenhet, i syfte att förbättra riskbedömningar och den riskhantering som bör vidtagas i varje enskilt fall. De mest framträdande instrumenten synes vara HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) och SARA (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1995). HCR-20 är ett strukturerat hjälpmedel för bedömning av risk för framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och sjukdomar, medan SARA är ett hjälpmedel för att bedöma risk för återfall i partnervåld. HCR-20 föreligger sedan 1997 i en svensk version (Belfrage & Fransson, 1997), och SARA har nyligen publicerats i svensk översättning (Belfrage & Grann, 1999). Dessa instrument har bidragit till att ge risk- och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund och en mer strukturerad tillämpning, än vad som tidigare har varit fallet.

För oss som dagligen konfronteras med problem nära förknippade med olika slags sexualbrottslighet har det länge stått klart att dessa ovan nämnda instrument inte riktigt räcker till när det gäller bedömning av risk för olika former av *sexuellt* våld. När så SVR-20 nyligen publicerades på engelska, var det för oss ett självklart beslut att översätta den till svenska. Vår förhoppning är att därmed göra dessa riktlinjer mera lättillgängliga för användning inom svensk kriminalvård, (rätts)psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk utredningsverksamhet, polis- och domstolsväsende m m.

Vår ambition har varit att göra en så ”rak” översättning som möjligt, men i vissa fall har vi något gjort avsteg från detta. Vi har exempelvis uteslutit mindre delar av den ursprungliga texten som inte stämmer med svenska

juridiska förhållanden och praxis. Vidare har sådant som inte förekommer inom svensk tradition på området utredning och behandling av sexbrottslingar endast omnämnts i förbigående eller inte alls (exempelvis fallometri och lögn-detektortestning).

Vi är ett stort tack skyldiga de kanadensiska upphovsmännen *P. Randall Kropp, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster* och *Derek Eaves*, som givit sitt tillstånd till denna översättning, och också till våra arbetsgivare, Psykiatriskt regionvårdscentrum vid Landstinget Kronoberg och Karolinska Institutet, som välvilligt bekostat den arbetstid som vi lagt ned på översättningsarbetet.

Växjö och Stockholm i februari 1999

Henrik Belfrage Bengt Jarl Niklas Långström

Inledning

Ordet risk är ett komplext begrepp som har ett nära samband med koncepten fara och sannolikhet (Bernstein, 1996). Generellt sett är risk en fara som man har ofullständiga kunskaper om och vars uppkomst därför endast kan förutses med osäkerhet. Begreppet är mångfacetterat och avser (1) arten av fara, (2) sannolikheten för farans uppkomst, (3) hur ofta faran kan komma att uppstå, (4) konsekvensernas svårhetsgrad och (5) hur överhängande faran är (t.ex., Janus & Meehl, 1997). Processen att försöka förstå och undvika risker —ibland kallad riskbedömning — har blivit ett centralt eller organiserande begrepp inom många områden, bl.a. juridik, näringsliv, medicin och teknik (Bernstein, 1996; Menzies, Webster, & Hart, 1995). Generellt sett är riskbedömning processen att identifiera och studera faror i syftet att minska sannolikheten för deras uppkomst.

Samhällsvetare och professionella inom psykisk hälsovård som intresserat sig för våld brukar definiera riskbedömning som *processen att utvärdera individer i syfte att (1) karakterisera risken att de kommer att begå våldshandlingar i framtiden, (2) utarbeta behandlingsinsatser för att hantera eller minska den risken* (t.ex. Monahan, 1981/1995; Monahan & Steadman, 1994). När det gäller bedömning av risk för våld har beslutsfattandet dominerats av två huvudmetoder (t.ex. Menzies et al., 1995; Monahan, 1981/1995). Den vanligaste metoden har av tradition varit ostrukturerad klinisk (dvs. professionell) bedömning. Utmärkande för denna metod är att det inte finns några uttryckliga regler för hur beslut ska fattas på grundval av den information bedömarna har tillgång till (Meehl, 1954/1996), men i de flesta fall förhåller det sig också så att bedömarna har full frihet att avgöra hur beslutsunderlag ska samlas in och vilken information som

ska användas. Det är inte förvånande att ostrukturerad klinisk bedömning även beskrivs som "informell, subjektiv [och] impressionistisk" (Grove & Meehl, 1996; s. 293). Den andra huvudmetoden är systematiserad riskbedömning. Utmärkande för denna metod är att bedömarna tillämpar bestämda och klara regler för att på grundval av tillgänglig information komma fram till ett definitivt beslut (Meehl, 1954/1996). De systematiserade besluten baseras dessutom vanligen på särskilda bedömningsdata, som valts ut därför att de empiriskt har visat sig vara relaterade till våld och är kodade på ett förutbestämt sätt. Den systematiserade metoden har också beskrivits som "mekanisk" och "algoritmisk" (Grove & Meehl, 1996; s. 293).

Den riskbedömningsmetod som bygger på ostrukturerade kliniska bedömningar har kritiserats av ett antal skäl (Monahan, 1981/1995; se även Litwack & Schlesinger, 1987; Monahan & Steadman, 1994; Webster, Harris, Rice, Cormier, & Quinsey, 1994). För det första tycks det råda brist på konsekvens och samstämmighet mellan bedömare vad gäller dels sättet att göra utvärderingar, dels vilka beslut man kommer fram till (dvs. låg interbedömarreliabilitet). För det andra finns det få belegg för att de beslut som fattas med denna metod är riktiga, eller att de åtminstone är särskilt mycket säkrare än slumpen (dvs. låg validitet). För det tredje kan bedömarna misslyckas med att specificera varför eller hur de har kommit fram till ett beslut, och därmed blir det svårt för andra att ifrågasätta beslutet eller att fastställa varför det råder delade meningar mellan olika professionella. Den kliniska metoden har emellertid även fördelar, varav den viktigaste kanske är att den är flexibel och fokuserar på att förebygga våld.

Det råder föga tvekan om att den systematiserade metoden är överlägsen den *ostrukturerade* kliniska bedömningen när det gäller beslutsfattande i allmänhet, och

detta gäller i ännu högre grad för bedömningen av risk för våld (Monahan, 1981/1995). Viktigast av allt är att den leder fram till en mer konsekvent och korrekt riskbedömning. Trots vissa framgångar vad beträffar utvecklingen av systematiserade metoder att bedöma risken för generellt våld (t.ex. Harris, Rice, & Quinsey, 1993), och trots utmärkta översikter över riskfaktorer som är kopplade till sexbrottslingar eller personer som återfaller i sexuellt våld (Cooper, 1994; Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Hall, 1990; Hanson & Bussière, 1996; Hanson, Scott, & Steffy, 1995; Proulx, Pellerin, McKibben, Aubut, & Ouimet, 1997; Pithers, Beal, Armstrong, & Petty, 1989; Quinsey, 1984, 1986), finns det idag inte några väl validerade systematiserade skalor över risken för sexuellt våld. De två mest lovande systematiserade skalor som hittills har utarbetats är kanske Sex Offender Risk Appraisal Guide, eller SORAG (Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995), och Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism, eller RRASOR (Hanson, 1997).

SORAG utvecklades på grundval av retrospektiva studier av våldtäktsmän och personer som förgripit sig på barn. Utvärderingen gjordes på ett rättspsykiatriskt sjukhus av högsta säkerhetsklass i Penetanguishene, Ontario (Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995; se även Quinsey, Rice, & Harris, 1995). I ett urval bestående av 178 sexbrottslingar identifierade man under den inledande forskningen en uppsättning variabler avseende dels socio-demografisk och kriminell bakgrund, dels kliniska data som skilde återfallsförbrytare från sådana som inte hade återfallit. I ett urval om 57 sexbrottslingar som frigivits från kanadensiska federala fängelser (Bélanger & Earls, 1996) konstaterade man vidare att SORAG kunde särskilja dem som hade problem under villkorlig frigivning från dem som inte hade det. Senare forskning i Penetanguishene (Rice &

Harris, 1997) visade emellertid att skalan fungerade dåligt vid korsvalidering och den har därefter reviderats.

Utarbetandet av RRASOR var en utlöpare till meta-analytisk forskning om prediktorer för sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996). Hanson (1997) identifierade en liten uppsättning variabler avseende sociodemografisk och kriminell bakgrund som i olika studier genomgående och med minimalt överflöd skilde mellan sexbrottslingar som återfallit och sådana som inte hade gjort det. Sedan gjorde han en ny analys av data från åtta olika urval för att komma fram till en optimal metod att koda och kombinera variablerna och skatta de sammanlagda RRASOR-poängens prediktiva kraft.

Även om SORAG och RRASOR ser lovande ut finns det för närvarande inga belegg för att de har en prediktiv validitet vad gäller sexuellt våld. Det finns ingen publicerad forskning där man har använt dessa test på sexförbrytare som frigivits från en institution och sedan fastställt noggrannheten av de våldsprediktioner som gjorts på grundval av testen. I rapporterna om utarbetandet av SORAG och RRASOR överskattade man troligen deras prediktiva kraft (Janus & Meehl, 1997; se även Hart, 1998a, b) till följd av uppläggningsen av den grundläggande forskningsmetodik som användes i studierna (dvs. "postdiktiv" eller retrospektiv uppföljning) och de statistiska metoder som användes till att utarbeta algoritmer för poängberäkningen (dvs. multipla regressionsanalyser).

Systematiserade instrument som SORAG och RRASOR har en rad begränsningar (Gottfredson & Gottfredson, 1986; Monahan, 1981/1995). För det första behandlar de ett litet antal riskfaktorer som anses förutsäga våld i allmänhet och därmed ignorerar de faktorer som kan vara viktiga men som är specifika för det aktuella fallet. För det andra fokuserar de uppmärksamheten på (relativt)

statiska eller stabila egenskaper hos individer, som demografisk och kriminell bakgrund. Resultatet blir att bedömningar som görs på grundval av systematiserade instrument är passiva prediktioner, som är av begränsad nytta i praktiken. Hur ska man ingripa om en person utgör en risk bara därför att han är man? Hur kan man bedöma förändringar av risk över tiden om beslutet är grundat på tidigare domar? För det tredje kan systematiserade bedömningar, på grund av att de huvudsakligen bygger på empiriska metoder, inbegripa riskfaktorer som är oacceptabla av rättsliga skäl och utesluta faktorer som är helt logiska men vars validitet är okänd (Hart, 1998a, b). Exempelvis är det möjligt att konstruera ett empiriskt giltigt systematiskt instrument som är diskriminerande (t.ex. inbegriper riskfaktorer som ålder, ras och kön), inbegriper faktorer som inte är orsaksrelaterade till våld (t.ex. skostorlek – sannolikheten är större att män griper till våld än att kvinnor gör det och män har större fötter än kvinnor), och utesluter faktorer som vanligt förnuft säger är relevanta (t.ex. homicidala tankar eller avsikter). Beslut baserade på ett sådant instrument skulle vara svåra att motivera inför domstol. För det fjärde är systematiserade instrument som konstruerats med en empirisk metod ”high-fidelity”-prediktorer, dvs. de är optimerade för att förutsäga ett visst resultat över en viss tidsperiod i en viss population (Gottfredson & Gottfredson, 1986). Om man använder instrumentet i andra sammanhang kan man komma fram till suboptimala och ibland t.o.m. rent bisarra beslut (Hart, 1998b). Slutligen förutsäger de befintliga systematiserade instrumenten sannolikheten för att individen kommer att begå en sexuell våldshandling. Genom att fokusera på sannolikhetsaspekten av risk ignorerar man våldets art, frekvens och svårhetsgrad samt hur överhängande risken för våldet är. En poäng som innebär ”10 % sannolikhet att en gärningsman åter kommer att arresteras inom 7 år” gör ingen åtskillnad mellan till exempel en pappa som kommer

att ha sexuella kontakter av icke tvingande art med sin vuxna styvdotter under de närmaste fem åren och en man som kommer att röva bort, stympa och mörda två unga flickor inom de närmaste dagarna. Även om båda dessa scenarier beskriver sexuella våldshandlingar som i vissa rättsliga sammanhang kan anses vara likvärdiga, finns det klara skillnader mellan dem som kan ha stor betydelse för ett beslut om frigivning och behandling.

Bortsett från de problem som diskuteras ovan tenderar systematiserade riskbedömningar att koppla bort professionella inom den psykiska hälsovården från utvärderingsprocessen. Till följd av sin utformning är de systematiserade instrumenten så strukturerade att de kräver minimalt professionellt omdöme. Om bedömarna inte är tillräckligt skolade i psykometrisk teori så att de har en hälsosam respekt för testdatas starka och svaga sidor, kan de tendera att över- eller underskatta systematiserade data när de fattar beslut om individer.

Om man ska undvika ostrukturerade professionella bedömningar, och om det inte finns några väl validerade systematiserade skalor, hur ska man då bedöma risken för sexuellt våld? En möjlighet är strukturerade professionella bedömningar, dvs. riskbedömningar som utförs enligt klara riktlinjer grundade på den vetenskapliga litteraturen. Riktlinjer kan förbättra den professionella bedömningen på många sätt. För det första kan riktlinjer göra riskbedömningarna mer systematiska och därigenom öka samstämmigheten mellan bedömarna. För det andra kan riktlinjer, i den mån som de bygger på empirisk forskning, förbättra noggrannheten i prediktioner av våld. För det tredje kan riktlinjer utarbetas på ett sådant sätt att de bidrar till planering och genomförande av åtgärder som behandling och övervakning. Och slutligen kan riktlinjer användas inom ramarna för rutinmässig kvalitetssäkring eller

granskningar av kritiska incidenter i syfte att objektivt utvärdera riskbedömningarnas giltighet.

I denna handbok börjar vi med att diskutera allmänna frågor i samband med bedömningar av risk för sexuellt våld. Därefter beskriver vi ett särskild bedömningsförfarande som bygger på dessa riktlinjer och som vi kallar Sexual Violence Risk-20 (SVR-20). På senare år har flera grupper utarbetat riktlinjer, men samtliga förefaller vara behäftade med påtagliga begränsningar (t.ex. Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1993; Colorado Sex Offender Treatment Board, 1996; Greer, 1991; McGovern & Peters, 1988; McGrath, 1991; Murphy, Haynes, & Page, 1992; Ross & Loss, 1991; Revitch & Schlesinger, 1989). Tillsammans med dr Randy Atkinson och dr Richard Laws vid British Columbia Forensic Psychiatric Commission, utarbetade vi riktlinjer för specialiserade övervakare, men dessa har aldrig blivit formellt publicerade (Atkinson, Kropp, Laws, & Hart, 1995). Därför beslutade vi att publicera en mer formaliserad och detaljerad uppsättning riktlinjer, som till stor del är baserade på våra erfarenheter av Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1994, 1995) och HCR-20 (Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997). Vi har försökt att ta fram en lista över riskfaktorer som: (a) är empiriskt relaterade till framtida sexuellt våld, enligt den vetenskapliga litteraturen och facklitteraturen; (b) är praktiskt användbara, dvs. de kan användas till att fatta beslut om hur institutioner och samhälle ska hantera sexbrottslingar och till att försöka återspegla förändringar av dynamiska riskfaktorer; (c) inte är diskriminerande, dvs. de inbegriper inte faktorer som kan kränka grundläggande lagliga eller mänskliga rättigheter; och (d) som dessutom är sparsamt tilltagna, vilket innebär att uppsättningen är tillräckligt omfattande för att säkerställa att den är rimligt allsidig men

ändå tillräckligt liten för att minimera överflöd. Utöver att precisera vilka riskfaktorer som bör bedömas, försöker vi också beskriva hur riskbedömningen ska gå till.

Vi vill från början påpeka för läsaren att de riktlinjer som presenteras här ska betraktas som ett första steg mot utarbetandet av en ”minimal standard of practice”. Riktlinjerna är varken uttömmande eller definitiva. Vid varje enskild utvärdering kan det finnas faktorer som är specifika för det enskilda fallet och som är avgörande för den professionella riskbedömningen. I takt med att den vetenskapliga litteraturen mognar kan det hända att nya riskfaktorer för sexuellt våld identifieras eller att sådana faktorer som tidigare betraktades som viktiga visar sig vara betydelselösa. Med dessa förbehåll i åtanke, går vi nu vidare till att diskutera allmänna frågor i samband med bedömningen av risk för sexuellt våld.

Bedömningsfrågor

I detta avsnitt ska vi gå igenom en rad viktiga punkter, bl.a. (a) definitionen av sexuellt våld, (b) hur och när man ska bedöma risken för sexuellt våld, (c) de grundläggande riskfaktorer som ska övervägas, och (d) de nyckelfrågor som ska behandlas vid riskbedömningar.

Definition av sexuellt våld

I denna handbok definierar vi sexuellt våld som *faktiskt genomfört, försök till eller hot om sexuell kontakt med en person som inte har givit sitt samtycke eller som inte har förmågan att samtycka*. Definitionen har två huvudkomponenter. Den första rör handlingens art. Vi ger sexuell kontakt en bred tolkning som inbegriper sexuella övergrepp (t.ex. våldtäkt, sexuella beröringar), sexuellt ofredande och sedlighetssårande beteende (t.ex. blottning, obscena brev eller telefonsamtal), och hemfrids- och tillgreppsbrott i sexuella syften (t.ex. voyeurism, stöld av fetischer). Den andra huvudkomponenten avser offret för handlingen. I de flesta fall av sexuellt våld är offren medvetna om de handlingar som begås mot dem, men samtycker inte till handlingarna. Det vill säga, den sexuella kontakten är påtvingad. I andra fall kan offret vara med på handlingen men inte ha förmåga att ge sitt samtycke (dvs. sitt verkliga, fullständiga, lagenliga samtycke) på grund av ålder eller psykisk oförmåga. Slutligen finns det vissa offer som inte kan lämna sitt samtycke därför att de inte är medvetna om de handlingar som begås mot dem (t.ex. offer för voyeurism).

Även om vår definition är bred, anser vi att den är användbar. Den är likartad de definitioner som används av många forskare och kliniker, och den är också förenlig med definitioner som används inom rättsväsendet och

socialpolitiken. Vi vill också påpeka att även om det går att dela in sexuellt våld i många kategorier (t.ex. frotteurism, toucherism, piquerism), innebär en sådan indelning att man ignorerar det faktum att såvitt vi vet har de flesta personer som begår sexuella våldshandlingar i verkligheten begått många olika typer av våld (Abel, Mittelman, & Becker, 1985; Abel & Rouleau, 1990; Freund, 1990). Slutligen noterar vi att forskningen om sexuellt våld har funnit att det generellt förhåller sig så att riskfaktorer som är förknippade med återfall i en huvudkategori av sexbrott (t.ex. våldtäkt) även förutsäger återfall i en annan kategori (t.ex. incest eller övergrepp på barn).

Bedömningar av risk för sexuellt våld

Riskbedömningar skiljer sig på många sätt från andra typer av bedömningar, t.ex. bedömningar av psykiska störningar eller bedömningar av vårdbehov. För det första kan man inte hänföra dem till en viss yrkeskår eller disciplin. Till exempel utförs riskbedömningar rutinmässigt av professionella inom kriminalvård, psykiatri/psykologi och sjukvård, liksom av tvärvetenskapliga team. För det andra kräver bedömningar av risken för sexuellt våld att bedömarna sätter sig in i sådana faktorer som har samband med brottslighet och våld i allmänhet, samt de faktorer som har ett specifikt eller unikt samband med sexuellt våld. För det tredje är riskbedömningen på grund av sin art en forensisk angelägenhet. I de flesta fall arbetar bedömarna för domstolen, eller för kriminalvårdande eller (rätts)psykiatriska enheter som domstolen anlitar som rådgivare. I andra situationer måste bedömarna vara medvetna om att den individ som är föremål för bedömningen kan utgöra en viss risk för allmänheten och att uppgiften kräver att de väger individens lagliga rättigheter mot allmänhetens. På grundval av dessa och andra överväganden föreslår vi sex

principer som bör styra genomförandet av bedömningen av risken för sexuellt våld. Dessa principer sammanfattas i tabell 1 och analyseras närmare nedan.

Tabell 1

Bedömning av risk för sexuellt våld

1. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in om individens sätt att fungera på många olika områden.
2. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in med användning av många olika metoder.
3. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in från många olika källor.
4. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in om såväl statiska som dynamiska riskfaktorer.
5. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör man explicit utvärdera den insamlade informationens tillförlitlighet.
6. Bedömningar av risken för sexuellt våld bör upprepas med jämna mellanrum.

1. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in om individens sätt att fungera på många olika områden. Sådana funktionsområden omfattar det sexuella området (t.ex. sexuella preferenser och sexuella avvikelser), det intrapersonella området (t.ex. anti-sociala attityder, psykiska störningar, missbruk av alkohol

eller droger), det interpersonella området (t.ex. intima relationer och familjerelationer), det sociala området (t.ex. social kompetens, studieresultat och yrkesmässiga prestationer), och det biologiska området (t.ex. neurologiska eller endokrina sjukdomar). Denna princip bygger på antagandet att förövare av sexuellt våld är en mycket heterogen grupp och att sexuellt våld i sig är ett komplext och mångfacetterat fenomen. För en diskussion om allmänna frågor i samband med bedömningen av sexbrottslingar, se Coleman & Dwyer (1990), Colorado Sex Offender Treatment Board (1996), Cooper (1994), Earls (1992), Langevin (1992), Laws & O'Donohue (1997), och Quinsey & Lalumière (1996).

2. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in med användning av många olika metoder. Metoder för informationsinsamling omfattar intervjuer, beteendeobservationer, genomgång av journaler och andra skriftliga dokument om den aktuella individen (t.ex. utlåtanden från läkare, psykologer och kriminalvårdspersonal), psykologiska tester (t.ex. självskattningar av personlighet, tester av intellektuell förmåga), fysiologiska bedömningar³ (t.ex. fallometri och lögn-detektor-testning) och läkarundersökningar (t.ex. neurologiska och biokemiska tester). Denna princip bygger på antagandet att varje metod att samla information är behäftad med vissa svagheter och om man sätter för stor tilltro till en viss

³ Dessa kontroversiella objektiva metoder används en del i framför allt Nordamerika i utredning och behandling av sexbrottsförövare. Fallometri eller penispletysmografi innebär att man med en liten givare mäter penis' blodfyllnad när testpersonen lyssnar till berättelser om eller tittar på bilder som för tankarna till olika normala och avvikande former av sexualitet. På så sätt kan man få en bild av eventuella sexuella avvikelser. Lögn-detektortestning används främst för att konfrontera förövare med möjliga osanningar i deras berättelser om sexuella avvikelser och kontrollera hur de sköter sig t.ex. när de släppts fria från fängelse.

metod kan detta leda till att bedömningen blir ofullständig och systematiskt snedvriden (Colorado Sex Offender Treatment Board, 1996). Litteraturen om sexbrottslingar innehåller många användbara diskussioner om vissa bedömningsmetoder (t.ex. Abrams, 1991; Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1993; Coleman & Dwyer, 1990; Cooper, 1994; Day, Miner, Sturgeon, & Murphy, 1989; Farrall, 1992; Freund & Watson, 1991; Langevin, 1992; Murphy, 1990).

3. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in från många olika källor. Dessa källor bör inbegripa men inte vara begränsade till; gärningsmannen, offret/offren, gärningsmannens familj, vänner och arbetskamrater samt professionella inom rättsvårdande myndigheter och psykiatrisk vård som känner förövaren. Denna princip bygger på antagandet att sexbrottslingar vanligen minimerar eller förnekar sina sexuella avvikelser och olämpliga beteenden (Barbaree, 1991), och om man sätter för stor tilltro till en viss informationskälla kan detta leda till att utvärderingen blir ofullständig och systematiskt snedvriden (Coleman & Dwyer, 1990; Colorado Sex Offender Treatment Board, 1996; Cooper, 1994; McGovern & Peters, 1988). Samma sak har påpekats när det gäller rättsmedicinska bedömningar i allmänhet (t.ex. Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991).

4. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör information samlas in om såväl statiska som dynamiska riskaspekter. Denna princip bygger på antagandet att statiska faktorer är de bästa långsiktiga prediktorerna för sexuellt våld, men dynamiska faktorer kan på ett tillförlitligt sätt kopplas till kortsiktiga fluktuationer av risken och de är viktiga när man utarbetar program för rationella insatser. Denna fråga har diskuterats i samband med såväl risken för sexuellt våld som risken för andra typer av

kriminellt beteende och våldshandlingar (Andrews & Bonta, 1994; Kropp et al., 1994, 1995; Quinsey & Walker, 1992; Webster et al., 1994, 1997).

5. Vid bedömningar av risken för sexuellt våld bör man explicit utvärdera den insamlade informationens tillförlitlighet. Denna princip bygger på antagandet att forensiska utredare rutinmässigt måste bedöma olika informationskällors trovärdighet, försöka bringa klarhet i motsägelsefull information och avgöra huruvida informationen är tillräckligt uttömmande för att utgöra en giltig grund för beslutsfattande. Viktiga bedömningar av den insamlade informationens tillförlitlighet bör tas upp och diskuteras i muntliga och skriftliga rapporter (Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991; Webster et al., 1997).

6. Bedömningar av risken för sexuellt våld bör upprepas med jämna mellanrum. Denna princip bygger på antagandet att riskfaktorerna, både statiska och dynamiska, fluktuerar över tiden (t.ex. Colorado Sex Offender Treatment Board, 1996). För gärningsmän som lever i samhället kan dessa fluktuationer ske relativt snabbt, och vi föreslår därför att risken för sexuellt våld bör bedömas på nytt med jämna mellanrum eller närhelst en betydande förändring har ägt rum i fallet.

Riskfaktorer

Vi har identifierat en uppsättning om 20 faktorer som enligt vår uppfattning bör övervägas i alla någorlunda allsidiga bedömningar av risken för sexuellt våld (se tabell 2). Vi har identifierat dem på grundval av en omfattande genomgång av litteraturen om sexbrottslingar. Vi gick igenom empiriska studier av faktorer som skiljer mellan sexbrottslingar och andra typer av brottslingar och av

faktorer i samband med sexbrottslingars återfall i våldsbrott eller i sexuellt våld (t.ex. Furby et al., 1989; Hanson & Bussière, 1996; Prentky, Knight, & Lee, 1997; Prentky, Knight, Lee, & Cerce, 1995; Quinsey, 1984, 1986; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Vi gick också igenom de riktlinjer för bedömningar av risken för sexuellt våld som föreslagits av andra (Colorado Sex Offender Treatment Board, 1996).

Vår litteraturgenomgång gav en ganska lång lista över riskfaktorer. Nästa steg var att korta ned listan genom att eliminera överflödiga faktorer, genom att kombinera relaterade men mycket specifika faktorer till en enda, mer allmän faktor och genom att ta bort faktorer som var diskriminerande med hänsyn till ålder, kön, ras osv. Under denna process stod det klart för oss att faktorerna kunde delas in i tre huvudgrupper, varav den första utgörs av faktorer som har samband med individens psykosociala anpassning. De flesta av dessa faktorer är av retrospektiv art och återspeglar oföränderliga eller relativt stabila egenskaper, medan andra återspeglar såväl tidigare som nuvarande sätt att fungera. Samtliga faktorer i den andra gruppen avser individens tidigare sexbrott. Även dessa faktorer är huvudsakligen av retrospektiv art men vissa rymmer dessutom dynamiska aspekter. Den tredje gruppen omfattar två riskfaktorer som återspeglar individens framtidsplaner. Dessa faktorer är ovanliga i den meningen att de i samma mån återspeglar nuvarande som tidigare sätt att fungera. Det är intressant att notera att många faktorer i den första och den tredje gruppen återfinns i många system för bedömning av risken för generellt våld, dvs. de förutsäger såväl våld i allmänhet som sexuellt våld. Däremot tenderar faktorerna i grupp två att vara specifikt kopplade till risken för sexuellt våld. Vi går nu vidare till en kortfattad diskussion om riskfaktorerna.

Tabell 2

Viktiga riskfaktorer för sexuellt våld

Psykosocial anpassning	
<ul style="list-style-type: none"> • Sexuell avvikelse • Offer för övergrepp i barndomen • Psykopati • Psykisk sjukdom • Alkohol- eller drogmisbruk • Suicidalt/homicidalt tankeinnehåll 	<ul style="list-style-type: none"> • Problem i förhållanden • Problem på arbetsmarknaden • Tidigare våldsbrottslighet • Annan tidigare brottslighet • Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande
Sexbrott	
<ul style="list-style-type: none"> • Upprepad sexbrottslighet • Varierad sexbrottslighet • Fysisk skada på offer för sexbrott • Användande av vapen eller dödshot vid sexbrott 	<ul style="list-style-type: none"> • Upptrappning av sexbrottens frekvens eller allvarlighetsgrad • Extremt bagatelliserande eller förnekande av sexbrott • Attityd som stöder eller ursäktar sexbrott
Framtidsplaner	
<ul style="list-style-type: none"> • Saknar realistisk framtidsplanering 	<ul style="list-style-type: none"> • Negativ attityd till behandling
Övriga överväganden	

Psykosocial anpassning. Två faktorer återspeglar individens psykosexuella anpassning: *sexuell avvikelse* och *offer för övergrepp i barndomen*. Med sexuell avvikelse avses förekomsten av parafili, ett mönster av abnorm och avvikande sexuell upphetsning. Här är det viktigt att notera att inte alla sexbrottslingar har någon parafili, och att inte alla som har parafili(er) begår sexbrott. Dock finns risken att personer med parafili agerar ut sina sexuella impulser och fantasier. Faktum är att det är vanligt att sexbrottslingar har flera parafilier, bl.a. att de blir sexuellt upphetsade av sex med vålds- eller tvångsinslag (Abel et al., 1985; Abel & Rouleau, 1990). Slutsatsen att parafili föreligger kan baseras på individens egna uppgifter, psykofysiologiska bedömningar och på ett tydligt mönster av sexuellt kränkande beteende. Själv offer för övergrepp som barn har tagits med därför att det verkar som att viktimisering är en allmän riskfaktor för kriminalitet och våld och, vad viktigare är, därför att sexuell viktimisering i barndomen kan predicera sexuellt våld i tonåren eller i vuxen ålder.

Det finns nu en avsevärd mängd belägg som stödjer kopplingen mellan olika former eller symtom på psykiska störningar och våldshandlingar (Monahan & Steadman, 1994). Vi identifierade fyra faktorer relaterade till psykosocial anpassning: *psykopati*, enligt Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991) eller screeningversionen (PCL:SV; Hart, Cox, & Hare, 1995), *psykisk sjukdom*, uttryckt genom förekomsten av psykos, mani, psykisk utvecklingsstörning, eller allvarlig neuropsykologisk funktionsnedsättning, *alkohol- eller drogmissbruk*, som omfattar missbruk av alkohol, receptbelagda läkemedel och illegala droger, samt *suicidalt/homicidalt tankeinhåll*, som omfattar impulser, föreställningar och uttryckliga avsikter att skada sig själv eller andra. Av dessa fyra faktorer har den sistnämnda det svagaste empiriska stödet som prediktor för sexuellt våld, men den kan

relateras till allvarlighetsgraden (dödligheten) i samband med framtida våld, och det skulle därför vara helt orimligt att bortse från homicidtankar vid bedömningar av risken för våld.

TVå faktorer återspeglar en oförmåga att fungera i viktiga sociala roller. *Problem i förhållanden* avser individens oförmåga att upprätthålla stabila, långvariga intima (dvs. kärleksfulla sexuella) relationer som vuxen. Detta innebär oförmåga att någonsin etablera sådana relationer. Med *problem på arbetsmarknaden* avses individens oförmåga att skaffa och behålla stadigvarande anställning. Vid utvärdering av tonåringar bör man överväga kvaliteten på deras relationer med ursprungsfamiljen snarare än deras intima relationer och stabiliteten vad gäller studier snarare än anställning.

Tre faktorer som återspeglar individens predisposition för allmänt antisocialt beteende predicerar också sexuellt våld: *tidigare våldsbrottslighet*, som rån eller vanlig miss-handel, *annan tidigare brottslighet*, som stöld eller bedrägeri, och *tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande*, som innebär underlåtenhet att följa villkor som fastställts av domstol eller kriminalvårdsmyndighet, t.ex. övervakning eller villkorlig frigivning. Dessa riskfaktorer bör bedömas på grundval av dels individens egna uppgifter om beteende och bakgrund, dels formella uppgifter ur brottsregistret.

Sexbrott. Denna grupp består av sju faktorer som är kopplade till tidigare sexuellt våld. *Upprepad sexbrottslighet* avser frekvensen av tidigare fall av sexuellt kränkande beteende under den tid då risk kan anses föreligga. *Varierad sexbrottslighet* återspeglar den grad i vilken individen riktar in sig på olika kategorier av offer (t.ex. man kontra kvinna, pre- eller postpubertala under-åriga kontra vuxna, familjemedlemmar kontra främlingar)

och begår olika typer av sexuellt kränkande handlingar (t.ex. fysiskt tvång kontra psykologisk manipulation, fysisk kontakt kontra blottning kontra voyeurism). Denna faktor antas vara relaterad till svårhetsgraden av individens sexuella avvikelse. Svårhetsgraden av den fysiska och den psykologiska skadan på offer för tidigare sexbrott återspeglas av *fysisk skada på offer för sexbrott, användande av vapen eller dödshot vid sexbrott, och upptrappning av sexbrottens frekvens eller allvarlighetsgrad*. Även om det empiriska stödet för dessa faktorer ibland är svagt eller blandat kan de snarare utgöra en starkare prediktion av livshotet i samband med framtida sexuellt våld än av sannolikheten för våld. De två sista faktorerna i denna grupp har att göra med de psykologiska aspekterna av sexuellt våld. *Extremt bagatelliserande eller förnekande av sexbrott* kan ingå i ett mer allmänt avvikande mönster vad gäller det personliga ansvaret för kriminellt beteende, eller vara specifikt för tidigare sexuellt våld. *Attityd som stöder eller ursäktar sexbrott* omfattar en lång rad föreställningar och värderingar — personliga, sociala, religiösa, politiska och kulturella — som uppmuntrar ett patriarkaliskt system (dvs. manliga privilegier), kvinnohat eller sexuella kontakter mellan vuxna och underåriga.

Framtidsplaner. Denna grupp består av två faktorer som bedöms på grundval av planerna för framtiden. *Saknar realistisk framtidsplanering* avser individens tendens att göra upp orealistiska planer eller att undvika planering helt. *Negativ attityd till behandling* avser den mån i vilken individen är pessimistisk, motståndare till eller ej samarbetsvillig när det gäller bedömning, behandling och övervakningsprogram.

Övriga faktorer. Det kan finnas andra faktorer som är avgörande för bedömningen av risken i ett visst fall, men som inte är tillräckligt viktiga eller vanligt förekommande för att explicit bedömas i varje enskilt fall. Sådana faktorer

kan ha samband med sannolikheten att individen kommer att begå en sexuell våldshandling, eller den sannolika arten, frekvensen eller allvarlighetsgraden av en sådan våldshandling samt hur överhängande risken är. Till exempel kan en incestuös fars beslut att flytta med familjen till ett litet, isolerat landsortssamhälle rimligen uppfattas som att det ökar risken för att han kommer att begå sexuellt våld, även om ”bosatt på landet” generellt inte kan betraktas som en viktig riskfaktor för sexuellt våld. Bedömare bör vara försiktiga med att grunda bedömningar på riskfaktorer som inte stöds av den vetenskapliga litteraturen eller facklitteraturen, och om de gör det bör de vara beredda på att redovisa ett övertygande eller tvingande skäl till detta.

Riktlinjer för beslutsfattande

Den nuvarande professionella och vetenskapliga kunskapen motiverar inte användningen av ett särskilt förfarande eller en särskild algoritm för att differentierat väga och kombinera bedömningsresultat för att komma fram till ett definitivt beslut om risk som är optimalt i alla miljöer och bedömningssammanhang. Det är troligt att bedömningar av risk normalt varierar positivt och monotont som en funktion av antalet riskfaktorer som förekommer i ett givet fall. Det förefaller emellertid lika troligt att relationen mellan dessa två är tydligt icke-linjär och att risken beror på den specifika kombinationen av föreliggande riskfaktorer, och inte bara på antalet riskfaktorer. Som vi har diskuterat på annat håll (Kropp et al., 1995; Webster et al., 1997), är det både möjligt och rimligt att en bedömare drar slutsatsen att risken för att en individ kommer att begå sexuella våldshandlingar är hög på grundval av att en enda riskfaktor föreligger — om t.ex. den riskfaktorn utgörs av suicid-/homicidtankar och återspeglar individens uttalade avsikt att begå ett sexmord.

(Förvånansvärt nog övervägs inte denna faktor explicit i de flesta modellerna för systematiserad riskbedömning.) Bedömaren bör följaktligen ta ställning till de faktorer som föreligger i det enskilda fallet och fatta ett definitivt beslut om risken på grundval av sin yrkeserfarenhet och sitt professionella omdöme.⁴

Rapportering av fynd

Om resultaten av riskbedömningen inte rapporteras effektivt i skriftlig eller muntlig form får de ringa eller ingen effekt alls på beslut som fattas av andra. Vi rekommenderar att all kommunikation som handlar om risk tar upp följande grundfrågor, som sammanfattas i tabell 3.

1. Hur stor är sannolikheten att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar om inga åtgärder vidtas för att hantera den risken? Enligt vår erfarenhet är det bäst att rapportera denna sannolikhet som en rå skattning av den relativa risken, dvs. som låg, måttlig eller hög sannolikhet i förhållande till en specifik jämförelsegrupp av patienter eller gärningsmän. Det kan också vara till hjälp att tillhandahålla information om referenstalet för återfall över givna tidsperioder i den jämförelsegruppen. Sannolikheten för risken bör motiveras genom hänvisning till förekomsten eller frånvaron av riskfaktorer i det aktuella fallet.

Tabell 3

Frågor att överväga när man fattar beslut

⁴ Att helt enkelt addera antalet föreliggande riskfaktorer för att få fram en sifferpoäng och tillämpa ett standard tröskelvärde maximerar sannolikt den generella prediktiva kraften. I motsats till Grove och Meehl (1996) tror vi emellertid att det kan vara orimligt och oetiskt för professionella att i detta sammanhang fatta beslut på grundval av ett sådant förfarande, dvs. utan att överväga samtliga omständigheter i ett givet fall.

om risken för sexuellt våld

1. Hur stor är sannolikheten att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar om inga åtgärder vidtas för att hantera den risken?
2. Vilken är den sannolika arten, frekvensen och allvarlighetsgraden av ett eventuellt framtida sexuellt våld?
3. Vilka blir sannolikt offer för ett eventuellt framtida sexuellt våld?
4. Vilka åtgärder kan vidtas för att hantera risken för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar?
5. Vilka omständigheter kan öka risken för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar?

2. Vilken är den sannolika arten, frekvensen och allvarlighetsgraden av ett eventuellt framtida sexuellt våld? I de flesta fall antar man att ett eventuellt framtida sexuellt kränkande beteende kommer att spegla indexbrottet. Detta antagande kan emellertid vara ohållbart om individen tidigare har begått många olika typer av brott eller om riskbedömningen pekar på att det finns goda skäl att tro att individens utvecklingsförlopp vad gäller sexuellt våld kan förändras (Greenland, 1985). Det kanske viktigaste som bör övervägas är risken för att individen kommer att begå flera eller extrema våldshandlingar, som serievåldtäkter, sadistiska övergrepp eller sexmord.

3. Vilka blir sannolikt offer för ett eventuellt framtida sexuellt våld? I vissa fall går det att identifiera potentiella offer med namn, på grund av deras relation till gärningsmannen eller på grund av den roll de spelar i gärningsmannens sexuella fantasier. Även när detta inte är

möjligt, kan all slags information om offerpreferenser vara till hjälp för dem som har att hantera gärningsmannen när han lever ute i samhället.

4. Vilka åtgärder kan vidtas för att hantera risken för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar? Mot bakgrund av de faktorer som föreligger i det aktuella fallet, bör bedömaren komma med konkreta och praktiska förslag om riskhantering. Dessa förslag kan omfatta rekommendationer beträffande frihetsberövande domar, bostad, psykiatrisk vård, yrkesutbildning, villkorlig frigivning, övervakning osv. Med tanke på den nuvarande knappheten när det gäller information om effektiviteten av program för sexbrottslingar vill vi varna bedömaren för att lämna några uttryckliga eller underförstådda löften om att de rekommenderade insatserna kommer att *minska*, snarare än bara *hantera*, risken.

5. Vilka omständigheter kan öka risken för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar? Återigen kan de riskfaktorer som föreligger i det aktuella fallet göra det möjligt för bedömaren att identifiera vissa ”varningstecken” som, om de uppträder, bör föranleda dem som arbetar professionellt med gärningsmannen att överväga en ny formell riskbedömning.

I tabell 4 redovisas ett ”riskmeddelande” som ganska nära följer de ovan presenterade riktlinjerna. Det är hämtat från bedömningen för villkorlig frigivning av pseudonymen mr Smith, en 45-årig man som avtjänade ett 60-månaders straff för sexuellt övergrepp och som närmade sig datumet för möjlig frigivning. Huvuddelen av rapporten sammanfattar bakgrunden och skisserar föreliggande riskfaktorer. I tabellen presenteras den bedömning man kom fram till.

Tabell 4

Rapportering av fynd: Exempel på ett "riskmeddelande"

På grundval av en omfattande riskbedömning anser jag att mr Smith, i den händelse att han frigges och släpps ut i samhället, är förknippad med stor risk för sexuellt våld jämfört med andra sexbrottslingar som avtjänar frihetsberövande straff. Uppföljningsstudier tyder på att ca 10 % av sexbrottslingarna inom kriminalvården häktas för nya sexbrott inom ett år från frigivningsdagen. Efter tio år är siffran 35 %. Enligt min uppfattning är sannolikheten att mr Smith kommer att återfalla i sexuellt våld avsevärt högre än dessa skattningar.

Enligt den tillgängliga informationen har alla sexbrott som mr Smith har begått varit av pedofil art och inbegripit sexuell beröring utan tvångsinslag. Offren har varit unga pojkar som han slumpmässigt råkat få kontakt med. Det finns ingen information som får mig att tro att arten av hans brott kommer att förändras eller att allvarlighetsgraden kommer att trappas upp i framtiden. På grundval av tidigare brott kan man dra slutsatsen att om mr Smith återfaller kommer hans offer sannolikt att vara pojkar i åldrarna 6-12 år som bor inom några kilometers avstånd från hans bostad.

Med tanke på den långvariga arten av mr Smiths parafili, dess motståndskraft mot behandling och hans omfattande brottsregister, är det effektivaste sättet att hantera risken för sexuellt våld att inkapacitera honom, dvs. genom att avslå hans ansökan om villkorlig frigivning. Om mr Smith släpps ut i samhället bör riskhanteringsstrategin fokusera på intensiv övervakning. Elektronisk övervakning, täta möten med en övervakare, och psykologisk behandling för sexuell avvikelse kan vara effektiva övervakningsstrategier. Villkoren för frigivning bör även omfatta ett villkor om att han inte får vara ensam med barn och att han inte får beträda skolgårdar, parker eller andra offentliga platser som besöks av barn. Om mr Smith skulle börja missbruka alkohol igen eller om han inte lyckas skaffa ett heltidsarbete, kan risken för att han begår sexuellt våld öka och han bör i så fall snarast möjligt bli föremål för en förnyad riskbedömning.

SVR-20

I föregående kapitel sammanfattade vi hur professionella inom området idag anser att bedömningar av risken för sexuellt våld bör genomföras. Vi går nu vidare till att diskutera en metod att bedöma risken för sexuellt våld, nämligen SVR-20, som är baserad på de allmänna principer som har beskrivits ovan.

Format

SVR-20 är en bedömningsmetod eller ett bedömningsförfarande, snarare än ett test eller en skala. Även om den är ett försök att systematisera bedömningen av individer, är den inte tillräckligt strukturerad eller standardiserad för att utgöra ett test och den ger inte någon poäng som är relaterad till normer eller kriterier. Liknande metoder har utarbetats för en lång rad rättspsykologiska bedömningar och har på annat håll kallats "forensiska bedömningsinstrument" (Grisso, 1986).

Tillämpningar

SVR-20 utarbetades i första hand som en metod att göra bedömningar av risken för sexuellt våld i forensiska sammanhang. Metoden är lämplig för fall där en individ har begått eller påstås ha begått en sexuell våldshandling. SVR-20 kan även användas i andra syften än riskbedömning, bl.a. utbildning, träning, kvalitetssäkring, och granskning av kritiska händelser. Nedan följer en kortfattad diskussion om dessa potentiella tillämpningar.

Före rättegång. När en person häktas för ett sexuellt våldsbrott, kan arten av den påstådda handlingen eller personens bakgrund väcka frågan om huruvida den häktade

ska behållas i häkte fram till rättegången därför att det finns en överhängande risk för att han kommer att skada identifierbara personer eller allmänheten, eller, om han ska försättas på fri fot fram till rättegången, vilka villkor som bör ställas för att hantera risken i samband med frisläppandet.

Under kriminalvårdspåföljd. När dom har avkunnats kan riskbedömningar hjälpa kriminalvårdspersonal på anstalter och i frivård att göra preliminära ”ingångsbedömningar”. Resultaten kan användas vid utarbetandet av behandlingsplaner liksom till att fastställa lämpligheten av eller villkoren för familjebesök, permissioner osv.

Frigivning. I de fall gärningsmannen fått ett frihetsberövande straff, kan en riskbedömning före frigivningen hjälpa kriminalvårdstjänstemän eller kriminalvårdsnämnder att fastställa lämpligheten av eller villkoren för villkorlig frigivning liksom bidra till utarbetandet av planer för behandling eller insatser efter frigivningen. För en gärningsman som lever ute i samhället och som närmar sig slutet av övervakningsperioden, kan en slutlig riskbedömning ge kriminalvårdspersonalen en fingervisning om deras etiska eller rättsliga plikter bjuder dem att formellt varna identifierade personer i riskzonen innan fallet är officiellt avslutat.

Familjerätt. Inom det civilrättsliga systemet har man i ökad utsträckning börjat uppmärksamma våld som förövas inom familjen. Självklart är det så att det faktum att en förälder tidigare har begått sexuella våldshandlingar utgör skäl att ifrågasätta hans allmänna lämplighet som förälder, och bedömningar i samband med beslut om vårdnad/umgänge bör inbegripa en bedömning av risken för sexuellt våld i det fall anklagelser om tidigare eller fortsatt sexuellt våld har rests.

Varningsplikt. I praktiskt taget alla rättskipningsområden i Nordamerika finns en varnings- eller anmälningsplikt enligt lag eller rättspraxis. Denna plikt gäller professionella inom psykisk hälsovård, terapeuter och socialarbetare (Dickens, 1985). Generellt sett träder plikten att varna eller anmäla i kraft när det finns "skälig och sannolik" eller likvärdig grund att misstänka att en person har avsikten och möjligheten att begå en handling som skadar honom själv eller någon annan. Den kan också träda i kraft till följd av bestämmelser om samhällelig anmälningsplikt ("Megan's Laws"). SVR-20 kan användas i situationer där en handläggare under pågående frivillig eller av domstol beslutad bedömning eller behandling tror att det finns en överhängande risk för att en person kommer att skada andra. Om SVR-20-faktorer föreligger kan detta faktum stödja bedömningen att det finns rimliga och sannolika grunder. Resultat som erhålls med SVR-20 kan fungera som en "fristående kontroll" av handläggarens professionella bedömning och kan hjälpa dem att förklara för andra vilken grund de har för sin bedömning.

Kvalitetssäkring och granskning av kritiska händelser. Som vi redan har noterat representerar SVR-20 ett koncentrat av de fackmässiga och vetenskapliga kunskaperna och erfarenheterna inom området riskbedömning av sexuellt våld. Vi har lagt ned mycket arbete på att säkerställa att de frågor som ingår i SVR-20 ska vara lätta att förstå (ger entydiga definitioner och begreppsmässig klarhet), respekterar mänskliga rättigheter och andra medborgerliga rättigheter (inte är diskriminerande med hänsyn till ålder, kön, ras, etnisk tillhörighet osv.), är praktiskt användbara (kan besvaras på grundval av en kompetent och noggrann bedömning) och vetenskapligt giltiga (har en bevisat hållbar koppling till våld). Vi tror att professionella inom psykisk hälsovård, kriminalvårdspersonal, advokater och ombud för brottsoffer kan använda SVR-20 till att på två sätt kontrollera grundligheten i och kvaliteten på andra personers bedömningar av risken för sexuellt våld. Den första kontrollfrågan är: Har bedömaren missat eller inte behandlat någon av riskfaktorerna i SVR-20 tillräckligt utförligt? SVR-20 är inte uttömmande utan det finns många specifika faktorer som inte ingår men som kan vara förknippade med våldsrisk. Emellertid omfattar metoden en grundläggande eller minimal uppsättning av faktorer som alltid bör beaktas. Den andra kontrollfrågan är: Har bedömaren behandlat faktorer som inte ingår i SVR-20? Som nämnts ovan är SVR-20 inte uttömmande, men det förefaller likväl rimligt och rättvist att bedömaren uppmanas att lämna en god rationell grund för sådana bedömningar som är baserade på faktorer som inte ingår i SVR-20.

Begränsningar

SVR-20 kan inte användas till att fastställa huruvida någon tidigare har begått en sexuell våldshandling. Inte heller kan metoden användas till att fastställa huruvida någon ”motsvarar profilen för en sexbrottsling”, eftersom det inte finns någon sådan profil. De riskfaktorer som är upptagna i SVR-20 är kopplade till risken för att individer som redan har begått ett brott kommer att begå våldshandlingar i framtiden.

SVR-20 utformades i syftet att fungera som ett stöd vid bedömningen av risken för sexuellt våld. Den kan inte användas till att bedöma risken för icke-våldsbrott, icke-sexuella våldsbrott eller andra specifika former av våld som partnervåld och förföljelse. Om det finns några tecken på att den individ som är föremål för bedömningen kan utgöra en risk för annat antisocialt beteende än sexuellt våld, bör användaren notera detta och överväga att utvidga omfånget av riskbedömningen i enlighet därmed.

Användarkvalifikationer

De som använder och kodar SVR-20 måste ha avsevärda professionella kunskaper och professionellt omdöme. Användare bör som ett minimum ha följande kvalifikationer:

1. **Särskild kompetens i personundersökningar.**
Användaren bör ha utbildning i och/eller erfarenhet av att göra intervjuer, genomföra och tolka standardiserade test samt ställa diagnos på psykiska störningar.
2. **Särskild kompetens i studiet av sexuellt våld.**
Användare bör känna till fack- och forskningslittera

turen om det sexuella våldets art, dess orsaker och hur man hanterar detta våld.

Hur djupa kunskaper inom dessa områden som krävs beror på vad SVR-20 ska användas till liksom på tillämpliga lagar, bestämmelser och politiska riktlinjer i den miljö där metoden ska användas. När SVR-20 används för kliniska ändamål — dvs. för att fatta beslut om placering, behandling eller andra insatser — bör användaren ha omfattande specialkunskaper (t.ex. universitetsstudier omfattande minst grundexamen eller annan specialiserad utbildning, handledd praktisk erfarenhet) och ha erforderlig yrkesexamen (t.ex. legitimerad, licensierad eller på annat sätt vara lagligen behörig att genomföra personundersökningar). Inom forskningen kan SVR-20 användas av personer som inte har lika omfattande kvalifikationer. I sådana fall bör användaren emellertid handledas av en mer kvalificerad person som ansvarar för att deltagarna i forskningen behandlas på ett etiskt försvarbart sätt.

Flera av punkterna i SVR-20 värderar faktorer som är direkt relaterade till psykiska störningar. Användare som saknar erforderliga examina för att göra psykodiagnostiska bedömningar skall inte koda dessa punkter, utom under följande omständigheter:

1. Punkterna kodas i samråd med eller under ledning av en ackrediterad fackman.
2. Punkterna kodas genom hänvisning till tidigare psykodiagnostiska bedömningar.
3. Punkterna kodas provisoriskt med en anteckning om att kodningen ska bekräftas av en ackrediterad fackman.
4. Punkterna utelämnas helt och hållet, med en anteckning om hur utelämnandet kan ha begränsat den slutliga bedömningen av risken.

I vissa miljöer kan ansvaret för att göra bedömningar delas mellan fackmän inom olika yrken. Till exempel kan en psykiater bedöma psykisk sjukdom, en psykolog kan bedöma personlighetsstörningar och intellektuell funktionsförmåga, och en sjuksköterska, socialarbetare eller övervakare kan bedöma planer för frigivningen. Det är acceptabelt och kanske till och med önskvärt att SVR-20 kodas på grundval av rapporter som inges av flera, från varandra fristående, fackmän. För kliniska ändamål måste emellertid en användare med erforderliga kvalifikationer ta ansvaret för att kollationera informationen och intyga att han/hon styrker de slutgiltiga kodningsbesluten.

Bedömningsförfarande

När man gör en riskbedömning är det lika viktigt *hur* informationen samlas in som *vilken* information som samlas in. SVR-20 ska inte fyllas i förrän en ingående bedömning har gjorts, och punkterna kodas först efter det att all tillgänglig information har samlats in och sammanvägts. Normalt bör bedömningen bygga på flera informationskällor och flera olika metoder att samla information, bl.a.: (a) intervjuer med individen och hans offer, (b) standardiserade skalor för sexuellt beteende, sexuell avvikelser, sexuell kunskap och sexuella attityder, alkohol- och drogmisbruk, samt psykopatologi, (c) fysiologiska bedömningar, som medicinska och fallometriska bedömningar och intervjuer under lögn-detektortestning (förekommer ej i Sverige, ö.a.) och (d) genomgångar av uppgifter från andra informationskällor, som polisrapporter, vittnesmål från offer/vittnen, brottsregister och utlåtanden om fysisk och psykisk hälsa. (Rekommendationer angående bedömningen av specifika riskfaktorer diskuteras i nästa kapitel.)

Bedömningarnas bredd och djup varierar beroende på sammanhanget. Bedömningar för kliniska ändamål måste till exempel hålla högre standard vad gäller fullständighet än bedömningar som görs i forskningssyfte. Men även för kliniska ändamål är det onödigt och omöjligt att göra en uttömmande bedömning i varje enskilt fall. Istället måste man försöka göra en allsidig bedömning. Med tanke på tendensen hos gärningsmän att minimera eller förneka sexuellt avvikande beteende, skulle det till exempel vara orimligt att basera en riskbedömning på ostyrkta uppgifter från den person som är föremål för bedömningen. Normalt skulle det också vara orimligt att inte försöka att intervjua personen ifråga. Bedömaren kan dock besluta sig för att inte intervjua offren, om de har tillgång till utskrifter av tidigare intervjuer.

I varje riskbedömning måste användaren ta ställning till fullständigheten och kvaliteten hos den information som samlats in för bedömningen. Varje viktigare begränsning hos informationen bör noteras i skriftliga rapporter eller muntliga vittnesmål. Vidare bör användaren mot bakgrund av dessa begränsningar modifiera sina slutsatser och rekommendationer på lämpligt sätt.

Kodning

För att koda SVR-20 måste användaren göra två typer av bedömningar. Den första består i att för varje punkt fastställa förekomst kontra frånvaro av var och en av de 20 enskilda riskfaktorerna (liksom andra, fallspecifika riskfaktorer). Om en riskfaktor föreligger, bör användaren också ange huruvida dess status har förändrats på senare tid, dvs. om den har ökat eller minskat i betydelse eller förblivit oförändrad. Den andra bedömningen består i att integrera informationen i de enskilda punkterna för att nå fram till en sammanfattning eller ett slutligt beslut om risken för våld.

Koda punkter — förekomst/frånvaro. Punkterna kodas enligt en 3-gradig skala beroende på hur säkert det är att en riskfaktor föreligger eller har förelegat vid något tidigare tillfälle. "N" betyder att riskfaktorn inte föreligger, såvitt man kan bedöma på grundval av den insamlade informationen, (eller med andra ord, att det inte finns någon information i bedömningen som tyder på att riskfaktorn föreligger). "?" visar att riskfaktorn troligen föreligger eller föreligger till viss del, dvs. att informationen i bedömningen visar att det finns vissa, om än inte definitiva, tecken på att den föreligger. "J" indikerar att riskfaktorn otvivelaktigt föreligger. Om det inte finns någon tillgänglig information om en viss punkt, eller om informationen bedöms vara helt otillförlitlig, kan punkten koda "U", vilket betyder att punkten utelämnats.

Tabell 4

Kodning av riskfaktors förekomst

N	Nej — Riskfaktorn är definitivt frånvarande eller ej tillämplig, eller det finns ingenting i bedömningen som tyder på att riskfaktorn föreligger.
?	Kanske — Riskfaktorn kan föreligga eller föreligger endast till viss del.
J	Ja — Riskfaktorn föreligger definitivt.
U	Utelämnad — Det finns ingen som helst information som gör det möjligt att bedöma huruvida riskfaktorn föreligger eller ej.

”U”-koden ska inte användas för att visa att det är osäkert om riskfaktorn föreligger eller ej (detta förhållande kodas med "?"). Kodningsschemat sammanfattas i tabell 4.

Kodning av punkter — aktuella förändringar. När en riskfaktor har kodats som definitivt föreliggande ("J") ska användaren ange huruvida dess status har förändrats på senare tid. Denna information kan vara till hjälp i kliniska bedömningar för val av riskhanteringsstrategier och för att fastställa huruvida den generella risk som individen utgör förefaller att öka eller minska med tiden (dvs. fångar dynamiska riskaspekter).

Vi brukar definiera "aktuella förändringar" som sådana förändringar som skett under det senaste året. I en enskild bedömning kan det emellertid vara önskvärt att ändra denna tidsram (t.ex. de senaste fem åren eller de senaste sex månaderna). För att undvika missförstånd, ska den tidsram som används i bedömningen dokumenteras i alla

handlingar, bl.a. kodningsblanketterna. Kodningsblanketten för SVR-20 längst bak i denna handbok visar ett exempel på hur detta kan göras.

En ”statusförändring” kan avse en ökning eller minskning av risken och kan äga rum på många olika sätt. Den tydligaste förändringen är när en riskfaktor som varit frånvarande blir föreliggande eller tvärtom. Till exempel kan en person ha inlett ett kraftigt alkoholmissbruk för ca nio månader sedan (förstärkning av punkt 5), satt upp sig på väntelistan för behandling av sexuell avvikelse (försvagning av punkt 20) eller så kan mönstret för sexbrotten plötsligt ha trappats upp (förstärkning av punkt 16).

Aktuella förändringar kodas enligt följande: ”+” anger ökning eller förstärkning av en riskfaktor, ”0” visar att statusen inte har förändrats på senare tid, och ”—” visar att riskfaktorn har minskat eller försvagats. Detta sammanfattas i tabell 5.

Sammanfattande riskskattning. Vi rekommenderar att användare gör en slutlig eller sammanfattande skattning av risken för sexuellt våld med hjälp av en enkel 3-gradig skala, såsom visas i kodningsblanketten till SVR-20 (på baksidan av denna handbok). ”Liten” indikerar att bedömaren anser att det inte finns någon eller en mycket liten risk för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar, ”måttlig” indikerar att bedömaren anser att det finns en måttlig eller en något större risk för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar, och ”stor” indikerar att bedömaren anser att det finns stor eller mycket stor risk för att individen kommer att begå sexuella våldshandlingar. Denna skala är visserligen påtagligt grov, men den är lättbegriplig för andra beslutsfattare och den är lätt att omsätta i praktiken (se Monahan & Steadman, 1996). De åtgärder som vidtas kommer att bero på var bedömningen görs och på tillgången på resurser. Normalt

betyder bedömningen. ”liten risk” att det inte behövs några särskilda behandlingsinsatser eller övervakningsstrategier som syftar till att hantera våldsrisk, och att det inte behövs någon intensiv övervakning med avseende på förändringar av risken. Bedömningen ”måttlig risk” visar att en riskhanteringsplan bör utarbetas. Denna plan måste minst inbegripa en mekanism för systematiska förnyade riskbedömningar.

Tabell 5

Kodning av aktuell statusförändring av riskfaktorer

+	Försämring — Riskfaktorn har förvärrats (har tillkommit eller förstärkts).
0	Ingen förändring — Det har inte skett någon förändring av riskfaktorns status på senare tid.
—	Förbättring — Riskfaktorn har förbättrats (har försvunnit eller försvagats).

Bedömningen ”stor risk” visar att det finns ett brådskande behov att utarbeta en riskhanteringsplan, som i det typiska fallet skulle inbegripa (som ett minimum) information till personal, förstärkt övervakning, prioritering på väntelistan till behandling och schemaläggning av regelbundna förnyade bedömningar. Vissa högriskfall kräver akuta åtgärder (t.ex. intagning på sjukhus, återkallande av villkorlig frigivning).

Som diskuterades i föregående kapitel går det inte att utarbeta en metod att nå fram till en sammanfattning eller ett slutligt beslut som lämpar sig för alla situationer. För

forskningsändamål kan man använda SVR-20 som en systematiserad skala och bara lägga ihop antalet föreliggande riskfaktorer, från 0 till 20, samtidigt som man ignorerar alla fallspecifika riskfaktorer som kodas under ”Övriga faktorer”. Om punkter utelämnas, ska totalpoängen justeras proportionellt. Sådan justering rekommenderas inte när många punkter har utelämnats — t.ex. fler än 5 punkter. Vi rekommenderar inte heller differentierad vägning av enskilda punkter eftersom det inte finns några belegg för att detta förfarande förbättrar prediktionen på ett tillförlitligt sätt (Dawes, 1982). Emellertid kan vägning vara intressant eller av stor betydelse i en viss forskningsstudie.

För kliniska ändamål är det inte särskilt intressant att bara lägga ihop antalet föreliggande riskfaktorer och sedan använda fasta, godtyckliga gränsvärden för att klassificera individen som en liten, måttlig eller stor risk. Det är både möjligt och rimligt att bedömare drar slutsatsen att en individen utgör en stor våldsrisk därför att en enda riskfaktor föreligger — t.ex. om den riskfaktorn speglar individens avsikt att begå ett mord eller agera med utgångspunkt från sina sexuella sadistiska fantasier (punkt 6). På samma sätt kan extrema psykopatiska drag (punkt 3) få bedömaren att klassificera individen som en stor risk (Hart, 1998a, b). Vissa faktorer, som fysiska handikapp, kan leda till slutsatsen att individen utgör en låg risk.⁵

Om det inte finns några faktorer som tycks undanröja behovet av en omfattande riskbedömning, förefaller det

⁵ Bedömare bör vara försiktiga med att dra slutsatsen att en person med ett fysiskt handikapp är oförmögen att begå våldshandlingar. Vi känner till flera fall där handikappade personer har begått svåra våldshandlingar, däribland en rullstolsbunden man som begick våldtäkt, och en nästan blind man som övertygade en annan person om att vederbörande skulle utföra ett mord åt honom. Vidare kan vissa skador — t.ex. traumatiska hjärnskador — faktiskt öka risken för våldshandlingar (Bowman, 1997).

sannolikt att bedömningen av risk genomsnittligen kommer att variera positivt och monotont som en funktion av antalet föreliggande faktorer i det enskilda fallet. Enkelt uttryckt är det rimligt att en bedömare drar slutsatsen att ju fler faktorer som föreligger i ett fall, desto högre är våldsrisk. Men även här måste bedömaren vara försiktig. Relationen mellan antalet riskfaktorer och våldsrisk är troligen tydligt icke-linjärt. Risken hänger sannolikt samman med den specifika kombinationen av faktorer, och inte bara antalet faktorer. Sammanfattningsvis kan sägas att det för närvarande troligtvis varken är möjligt eller önskvärt att utarbeta gränsvärden för sammanfattande eller slutgiltiga riskbedömningar i klinisk miljö.

Utelämnade punkter är problematiska i kliniska sammanhang. Proportionell justering (eng: prorating) bygger på antagandet att faktorerna i SVR-20 är homogena, dvs. att korrelationerna mellan dem alla är positiva och grovt räknat lika stora. Detta antagande kanske inte håller. När bedömningar görs för kliniska ändamål bör "U" (utelämnad) betraktas på samma sätt som "N" (frånvarande) emedan båda indikerar att det inte finns någon information som tyder på att en faktor föreligger. Bedömaren bör emellertid ha klart för sig att utelämnade punkter kan påverka den slutliga riskbedömningens validitet, i synnerhet om man bedömer risken för sexuellt våld som liten. När punkter utelämnas måste användaren motivera sitt utlåtande och ange hur bedömningen skulle kunna förändras om man fick tillgång till all information.

Förnyade bedömningar

Risk är inte någon stabil egenskap hos individer. De enskilda faktorernas status och den sammanvägda risken fluktuerar över tiden, ibland ganska dramatiskt. Till exempel kan förstärkningen av en enda riskfaktor (t.ex. punkt 6)

innebära att bedömaren skulle ändra klassificeringen från ”liten risk” till ”stor risk” i den sammanfattande bedömningen eller det slutliga beslutet. En enda incident av sexuellt våld kan leda till förändringar av många punkter. Som exempel kan vi ta en man vars tidigare kända brott har varit begränsade till voyeurism, och som under villkorlig frigivning grips då han försöker begå ett sexuellt övergrepp under vapenhot. En förnyad bedömning skulle kunna förändra punkterna 1, 12, 13, 14 och 15.

Den förnyade bedömningens betydelse ligger i att den stimulerar dem som ansvarar för hanteringen av ett fall att överväga förändringar av strategier för vård eller andra insatser. Ombedömningar kan även bidra till att karakterisera en persons utveckling, positiv eller negativ, under övervakningsperioden.

Hur ofta en person bör bli föremål för riskbedömning brukar normalt avgöras av tre överväganden. Det första är tillämpliga lagar, bestämmelser eller politiska riktlinjer. Det andra är huruvida personen lever ute i samhället eller på en institution. Generellt bör personer som lever ute i samhället bedömas oftare än sådana som är intagna på en institution. Om en person avtjänar ett långvarigt frihetsberövande straff kan det vara onödigt att utvärdera risken ens en gång om året. Det tredje och sista övervägandet är personens sammanvägda risknivå. Eftersom övervakning är en viktig riskhanteringsstrategi, bör hög risknivå följas upp med frekventa förnyade bedömningar. För dem som bedöms utgöra en liten risk, rekommenderar vi förnyad bedömning var 6:e till var 12:e månad eller närhelst en viktig förändring inträffar. De som bedöms utgöra en måttlig risk bör bli föremål för förnyad bedömning oftare - varannan vecka, en gång i månaden eller varannan månad. De som bedöms ha hög risk bör ombedömas varje eller varannan vecka, eller en gång i månaden.

Tillvägagångssättet vid förnyad bedömning bör vara detsamma som vid den inledande riskbedömningen i den bemärkelsen att bedömaren bör ha tillgång till intervjuer, information om bakgrund osv. Den förnyade bedömningen bör emellertid ta avsevärt kortare tid. Om bedömaren har regelbunden kontakt med personen ifråga kan det vara onödigt att göra nya intervjuer och det kan även vara onödigt att uppdatera bakgrundsinformation. I sådana fall kan omvärderingen bestå i att bedömaren helt enkelt kodar om varje punkt och den sammanfattande riskskattningen mot bakgrund av den aktuella kunskapen.

Dokumentering av slutsatser

I bedömningar för såväl kliniska ändamål som forskningsändamål krävs klar och koncis dokumentation. Slutsatser som inte är väl dokumenterade kan vara värdelösa, eller t.o.m. göra större skada än nytta. Bedömaren bör registrera sina bedömningar med användning av en standardiserad mall. Vi har funnit att man kan använda en blankett till att enkelt och tidseffektivt dokumentera en stor del av bedömningsprocessen. I slutet av denna handbok visas ett exemplar av kodningsblanketten till SVR-20. Blanketten består av en del där man antecknar grundläggande information, bl.a. namn och datum, en del där man kodar förekomsten av enskilda riskfaktorer och eventuella aktuella statusförändringar, samt en del där man kodar den sammanfattande riskskattningen. Sett ur kliniskt perspektiv underlättar en sådan blankett rapportskrivningen avsevärt, och ur rättsligt perspektiv kan den bidra till att fastställa att bedömaren har gjort en allsidig bedömning.

Beskrivning av riskfaktorerna

I det följande ges en beskrivning av de 20 riskfaktorerna som ingår i SVR-20. Vi ger en kort

motivering till varför de olika riskfaktorerna har inkluderats i instrumentet, samt en beskrivning av hur kodning av riskfaktorerna bör ske. Alla relevanta referenser till den forskningslitteratur som har motiverat de olika riskfaktorernas berättigande i SVR-20 har av utrymmesskäl inte kunnat tas med. Istället har vi försökt att ge en sammanfattning av viktiga s k ”nyckelreferenser”.

1. Sexuell avvikelse

Sexuell avvikelse, eller parafili, innebär ett relativt stabilt mönster av sexuell upphetsning till avvikande stimuli (t.ex. människor som inte samtycker till sex eller har lämplig ålder, djur eller olika slags döda ting), vilket är en plåga för personen själv, eller medför en social dysfunktion (t.ex. American Psychiatric Association, 1994).

Sambandet mellan sexuell avvikelse och sexualbrott är starkt och troligen kausalt, men inte generellt. Inte alla som har en sexuellt avvikande preferens begår sexuella övergrepp och inte alla som begår sexuella våldshandlingar är sexuellt avvikande. Man vet emellertid att risken för återfall i nya sexualbrott ökar i gruppen där sexuellt avvikande preferens har kunnat påvisas. Detta gäller oavsett om slutsatser om förövarens sexuella avvikelser kommer från dennes tidigare beteendemönster, eller från självrapporterade avvikande sexuella fantasier och tankar.

Sexuell avvikelse är sannolikt en kausal riskfaktor för sexualbrott hos vissa personer. Personer med sexuella avvikelser begår ofta brott i överensstämmelse med sina fantasier. Flera olika, allvarliga, eller begränsande parafilier är kopplade till risk för, frekvens av och närhet till framtida sexuellt våld. Förekomsten av sexuell sadism (sexuell upphetsning av andras fysiska eller psykiska lidande) kan predicera svårhetsgraden i möjliga framtida sexuella övergrepp.

Kodning

J	<i>Personen har, eller har haft, en sexuell avvikelse.</i>
?	<i>Personen kan ha, eller kan ha haft, en sexuell avvikelse.</i>
N	<i>Personen har inte, och har inte haft, en sexuell avvikelse.</i>

Not

”Sexuell avvikelse” är ett relativt stabilt mönster av avvikande sexuell upphetsning (dvs. upphetsning till avvikande stimuli), oavsett om denna förekommer i samband med sexualbrott eller inte. Notera att avvikelsen inte behöver vara accepterad eller uppskattad av individen (dvs. jagsynton); det räcker med att han eller hon upplever sexuell upphetsning. Stöd för förekomsten av sexuell avvikelse kommer vanligen från flera källor; kliniska intervjuer, självrapportering, tidigare beteendemönster, och information från andra källor (t.ex. journaler eller familjemedlemmar).

Som framkommit kan slutsatser om sexuell avvikelse dras utifrån individens beteende. Sådana slutsatser blir förstås säkrare när de baseras på ett mönster av beteenden än på en enda enskild händelse.

2. Offer för övergrepp i barndomen

Empiriska data tyder på att män som utsatts för övergrepp under barndom och uppväxt löper större risk att bli kriminella och att utöva våld - såväl sexuellt- som icke-sexuellt våld (Dutton & Hart, 1992a, b; Kaufman & Zigler, 1989; Widom, 1989), även bland sexualbrottslingar (Hanson & Bussière, 1996). En vanlig uppfattning är att man bör ta hänsyn till övergrepp i barndomen vid bedömningar av risk för framtida sexuellt våld (Greer, 1991; McGovern & Peters, 1988; Ross & Loss, 1991). Dock finns ingen säkerställd koppling mellan att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp i barndomen och att sedermera själv begå sexuella övergrepp (Hanson & Bussière, 1996; Romans, Martin, & Mullen, 1997).

Socio-psykologiska teorier betraktar i allmänhet övergrepp som en kausal faktor, medan bio-psykologiska teorier ofta ser sådana som en av flera riskindikatorer. En del menar att sexuella övergrepp under barndomen är kausalt sammanlänkat med att utsätta andra för övergrepp som vuxen, möjligen på grund av den påverkan det har på utvecklingen av en sexuellt avvikande preferens (Laws & O'Donohue, 1997; Marshall, Laws, & Barbaree, 1990). Det är sannolikt så att övergrepp i barndomen är associerat med såväl typ av, som sannolikhet för, framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har varit utsatt för allvarligt fysiskt övergrepp, sexuellt övergrepp, eller försummelse som barn.</i>
?	<i>Personen kan ha varit utsatt för allvarligt fysiskt övergrepp, sexuellt övergrepp, eller försummelse som barn.</i>
N	<i>Personen har inte varit utsatt för allvarligt fysiskt övergrepp, sexuellt övergrepp, eller försummelse som barn.</i>

Not

”Allvarligt” innebär att övergreppet eller försummelsen inneburit en påtaglig fysisk eller psykisk skada, eller att det inträffat vid ett flertal tillfällen.

”Fysiskt övergrepp” inkluderar såväl faktiska övergrepp som försök och hot om icke-sexuella övergrepp. ”Sexuellt övergrepp” inkluderar såväl faktiska som försök och hot om sexuella övergrepp. Det spelar ingen roll om övergreppen begåtts av okända eller kända personer.

”Försummelse” inkluderar vårdnadshavarens misslyckande med att till barn i beroendeställning tillhandahålla livets nödvändigheter (exempelvis mat, kläder, hälso- och sjukvård, hygien) och exponering för familjevåld (exempelvis har barnet tillåtits bevittna partnervåld).

”Barn” är den som är 17 år eller yngre. I beroendeställning innebär att barnet fortfarande bor hemma eller rymt från föräldrahem (eller fosterhem).

3. Psykopati

Psykopati – också ibland benämnd psykopatisk antisocial eller dyssocial personlighetsstörning, är en robust riskfaktor för kriminalitet och våld bland intagna inom kriminalvården och rättspsykiatriska patienter (t.ex. Hart & Hare, 1997). Uppföljningsstudier av sexualbrottslingar visar att psykopati predicerar såväl allmän kriminalitet, som icke-sexuellt och sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996; Rice & Harris, 1997).

Psykopati verkar ha en närmast kausal korrelation med alla olika typer av risk för våld (Hart & Dempster, 1997). Det finns exempelvis en ökad benägenhet bland psykopater för såväl sk instrumentellt som reaktivt våld (Cornell et al., 1996). Dessutom är psykopati med stor sannolikhet kopplat till såväl sannolikhet för, som frekvens och svårhetsgrad av, sexuellt våld. För en mer utförlig diskussion av psykopati och dess roll vid bedömning av risk för framtida våld, se Hart (1998a, b) och Webster et al. (1997).

Kodning

J	<i>Personen har, eller har haft, en psykopatisk personlighetsstörning.</i>
?	<i>Personen kan ha, eller kan ha haft, en psykopatisk personlighetsstörning.</i>
N	<i>Personen har inte, och har inte haft, en psykopatisk personlighetsstörning.</i>

Not

Med ”psykopatisk personlighetsstörning” avses här psykopati definierat utifrån de diagnostiska instrumenten PCL-R eller PCL:SV. Forskning har visat att självskattningsinstrument inte kan användas för att tillförlitligt diagnostisera denna störning. De diagnostiska kriterierna för antisocial personlighetsstörning, såsom de beskrivs i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), bör inte användas här, eftersom de kriterierna saknar specificitet i forensiska populationer.

PCL-R och PCL:SV skall användas och tolkas i enlighet med instruktionerna i respektive manual (Hare, 1991; Hart et al., 1995). Vid användande av PCL-R, indikerar en poäng av 30 och högre, att psykopati föreligger. En poäng mellan 21 och 29 antyder en möjlig eller en partiell psykopati, medan en poängsumma under 21 indikerar frånvaro av psykopati. Motsvarande gränser för PCL:SV är poängen 18 och högre, 13 till och med 17, samt 12 och lägre.

4. Psykisk sjukdom

Epidemiologisk forskning från flera länder visar att psykiska sjukdomar är förenade med en ökad risk för kriminalitet och våld (Hodgins, 1992; Monahan, 1992). Det tycks finnas en särskilt stark koppling mellan våld och psykos eller mani (Douglas & Hart, 1996; McNeil & Binder, 1994; Taylor et al., 1994). Viss forskning talar för att psykoser och intellektuella funktionsstörningar också är riskfaktorer för sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996), och en vanlig uppfattning är att detta bör tas hänsyn till vid riskbedömningar (McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992).

Eftersom psykisk sjukdom i allmänhet har stor betydelse beträffande förmågan att hantera impulser, kan detta medföra sexuellt aggressiva handlingar. Psykisk sjukdom är därför sannolikt associerat till en förhöjd risk för sexuellt våld. Aktuella symtom på psykisk sjukdom kan vara kopplade till närheten till framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Psykisk sjukdom är eller har varit diagnostiserad.</i>
?	<i>Det kan misstänkas att psykisk sjukdom finns eller har funnits.</i>
N	<i>Ingen psykisk sjukdom är eller har varit diagnostiserad.</i>

Not

Med ”psykisk sjukdom” avses här allvarlig kognitiv eller intellektuell funktionsnedsättning (exempelvis demens eller mental retardation), psykos (exempelvis schizofreni eller vanföreställningsyndrom), och förstämningssyndrom (exempelvis egentlig depression eller bipolära syndrom). Diagnostisering bör ske utifrån standardiserade kriterier (t.ex. dem i DSM-IV).

5. Alkohol- eller drogmissbruk

Bruk av alkohol och droger innebär en ökad risk för aggressivitet (t.ex. Hodgins, 1990; Swanson, 1994). Alkohol- och drogmissbruk har även kopplats till en ökad risk för sexuellt våld av såväl forskare (t.ex. Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995), som kliniker (t.ex. McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992). Missbruk tenderar också att vara en riskfaktor för allmän kriminalitet bland sexbrottslingar (Hanson & Bussière, 1996).

Hur relationen mellan alkohol- och drogmissbruk och sexuellt våld ser ut är inte klarlagt. Missbruket kan helt enkelt vara en riskmarkör, som indirekt signalerar förekomst av en personlighetsstörning eller annan psykosocial missanpassning. Men den kan också ha en kausal karaktär. Kanske missbruket i sig ökar sannolikheten för att hämningarna släpper hos sexuellt avvikande personer, alternativt att sexuellt avvikande personer använder droger för att få hämningarna att släppa när de har för avsikt att bruka sexuellt våld. Oavsett vilket, så måste missbruk anses ha samband med såväl sannolikheten för, och frekvensen av, framtida sexuellt våld, som det sexuella våldets natur (t.ex. reaktivt eller impulsivt våld, se Cornell et al., 1996). Aktivt missbruk kan vara kopplat till närheten till framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har, eller har haft, allvarliga problem som är missbruksrelaterade.</i>
?	<i>Personen kan misstänkas ha, eller ha haft, allvarliga problem som är missbruksrelaterade.</i>
N	<i>Personen har inte, och har inte haft, allvarliga problem som är missbruksrelaterade.</i>

Not

”Missbruk” inkluderar användning av såväl otillåtna som tillåtna droger (exempelvis alkohol eller förskrivna läkemedel).

”Allvarliga problem” inkluderar alkohol och drogmissbruk eller –beroende; dvs. bruk av alkohol eller droger som resulterat i en påtaglig nedsättning av personens hälsa eller sociala funktionsförmåga (exempelvis överdos, somatisk sjukdom, anhållan för brott, förlust av arbete).

6. Suicidalt/homicidalt tankeinhåll

Tankar på att tillfoga antingen sig själv eller andra skada är av stor vikt vid riskbedömningar. Ofta har sådana tankar eller avsikter stor betydelse när beslut fattas angående psykiatriskt tvångsomhändertagande. Kanske något förvånande, så föreligger det svagt empiriskt stöd för att hot eller tankeinhåll med våldsavsikter utgör robusta riskfaktorer för våld. Detta kan bero på att suicidalt eller homicidalt tankeinhåll sällan uttrycks, eller på att sådant tankeinhåll kan fluktuera dramatiskt över tid.

Denna riskfaktor är en markör som avspeglar närvaro av sexuell avvikelser, särskilt sexuell sadism (Punkt 1), men också psykisk sjukdom (Punkt 5), eller attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld (Punkt 17). Suicidalt/homicidalt tankeinhåll är sannolikt associerat till såväl sannolikhet för, som frekvens och svårhetsgrad av, framtida sexuellt våld. Tankarnas karaktär har förmodligen betydelse för det sexuella våldets natur och pågående tankar för hur överhängande risken är.

Kodning

J	<i>Personen har någon gång erfarit allvarliga problem kopplade till suicidalt eller homicidalt tankeinhåll.</i>
?	<i>Personen har någon gång möjligen eller delvis erfarit allvarliga problem kopplade till suicidalt eller homicidalt tankeinhåll.</i>
N	<i>Personen har inte erfarit allvarliga problem kopplade till suicidalt eller homicidalt tankeinhåll.</i>

Not

”Suicidalt eller homicidalt tankeinhåll” inkluderar tankar, impulser och fantasier liksom avsikter eller försök att åsamka allvarlig skada på eller att döda sig själv eller någon annan.

”Allvarliga problem” innebär att (a) tankeinhållet kan anses vara ihållande och påträngande, eller innefattar våldsamma, dödliga metoder, eller (b) att avsikten bedöms som måttligt eller mycket trovärdig.

Slutsatser om suicidalt eller homicidalt tankeinhåll kan dras utifrån individens beteende. Sådana slutsatser blir säkrare när de baseras på ett mönster av beteenden än på en enda enskild händelse.

7. Problem i förhållanden

Personer intagna i kriminalvården, och rättspsykiatriska patienter, tenderar att ha en hög kriminell belastning, en hög grad av våld i sina brott och en högre återfallsbenägenhet än dem med stabila relationer (Andrews & Bonta, 1994; Snyder & Fruchtman, 1981). Svårigheter att etablera och behålla stabila nära relationer anses också vara en riskfaktor för sexuellt våld (Hanson, 1997; Hanson & Bussière, 1996; McGovern & Peters, 1988; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Vid utvärdering och bedömning av unga personer, är det viktigt att bedöma stabiliteten av relationerna inom familjen (föräldrar, vårdnadshavare och syskon, etc), snarare än intima relationer (Greer, 1991; Murphy et al., 1992; Hanson & Bussière, 1996).

Relationsproblem kan vara en riskmarkör för sexuellt våld pga associationen till olika slags personlighetsstörningar, eller svår sexuell avvikelse. Men det kan också vara så att kopplingen är närmast kausal, genom att relationsproblemen kraftigt reducerar personens möjlighet till normala sexuella relationer. Relationsproblem förefaller således vara kopplat till en förhöjd risk för framtida sexuellt våld. Pågående relationsproblem kan påverka hur överhängande risken är för sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har misslyckats med att etablera och vidmakthålla stabila intima (sexuella) relationer.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis haft svårt att etablera och vidmakthålla stabila intima (sexuella) relationer.</i>
N	<i>Personen har kunnat etablera och vidmakthålla stabila intima (sexuella) relationer.</i>

Not

”Intima (sexuella) relationer” innebär giftermål eller samboförhållande mellan vuxna personer. Sådana relationer kännetecknas av förväntningar om sammanboende, monogami och långsiktiga åtaganden. Det kan vara ett såväl hetero- som homosexuellt förhållande.

”Stabila” innebär att personen inte har en historia av ett flertal brutna eller konfliktfyllda förhållanden, inklusive förekomst av partnervåld.

Om personen är minderårig kodas denna punkt utifrån den stabilitet som föreligger i förhållandena till hans/hennes ursprungsfamilj.

8. Problem på arbetsmarknaden

Problem på arbetsmarknaden är förknippade med en ökad risk för våld och kriminalitet i allmänhet (Andrews & Bonta, 1994; Harris et al., 1993; Menzies & Webster, 1995; Monahan, 1981/1995), och också med risk för sexuellt våld (McGovern & Peters, 1988; Ross & Loss, 1991). Vid bedömning av unga personer kan det vara lämpligt att utvärdera eventuella problem i skolan snarare än i arbetslivet.

Liksom beträffande relationsproblem, kan problem på arbetsmarknaden vara en riskmarkör för sexuellt våld beroende på den intima kopplingen till personlighetsstörningar och svåra sexuella avvikelser. Men kopplingen kan också vara mer kausal, eftersom problem på arbetsmarknaden skapar psykisk ohälsa, som i sin tur kan intensifiera eventuella sexuellt avvikande tankar eller behov (Proulx et al., 1997). Problem på arbetsmarknaden kan således antas ha en koppling till en ökad sannolikhet för, och frekvens av, framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har misslyckats med att nå och upprätthålla en stabil situation på arbetsmarknaden.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis misslyckats med att nå och att upprätthålla en stabil situation på arbetsmarknaden.</i>
N	<i>Personen har inte haft problem med att nå och att upprätthålla en stabil situation på arbetsmarknaden.</i>

Not

Med "arbetsmarknaden" avses den öppna, legala arbetsmarknaden, inklusive arbetsrelaterad utbildning eller träning och egen rörelse. Eftersom denna punkt fokuserar på samhällsanpassning, har arbete och utbildning under vistelser inom kriminalvårdsanstalter eller på psykiatriska institutioner inte någon relevans.

"Stabil" innebär att personen inte har en historia av täta byten av arbeten eller längre perioder av arbetslöshet.

Om personen är minderårig bör denna punkt koda utifrån hans eller hennes skolgång.

9. Tidigare våldsbrottslighet

Tidigare icke-sexuell våldsbrottslighet är en riskfaktor för framtida våld bland intagna vid kriminalvårdsanstalter och rättspsykiatriska patienter (Harris et al., 1993; Monahan, 1981/1995), även bland sexbrottslingar (Hanson & Bussière, 1996; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). För närvarande föreligger inte entydiga vetenskapliga bevis för att detta är en riskfaktor för sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996), men det är en vanlig uppfattning bland kliniker att tidigare våldsbrottslighet är en viktig faktor att väga in vid riskbedömningar av framtida sexuellt våld (Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991).

Denna faktor är en riskmarkör som är nära förbunden med förekomst av personlighetsstörningar och antisocial attityd, och är förmodligen nära förknippad med en ökad sannolikhet för, frekvens av och svårhetsgrad beträffande framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har en historia av allvarligt icke-sexuellt våld.</i>
?	<i>Personen har möjligen, eller delvis, en historia av allvarligt icke-sexuellt våld.</i>
N	<i>Personen har inte någon historia av allvarligt icke-sexuellt våld.</i>

Not

Med ”våld” avses såväl ett faktiskt fysiskt våld, som försök eller hot om fysiskt våld mot annan person. Hot inkluderar uttalanden och beteenden som tydligt antyder möjlig användning av våld.

”Allvarligt” innebär att våldet orsakat (eller skulle kunnat ha orsaka) påtagliga fysiska eller psykologiska skador på offret, eller att det inträffat vid ett flertal tillfällen.

”Icke-sexuellt” innebär att våldet inte inbegripit vare sig faktiskt, försök till eller hot om kontakt eller kommunikation av sexuell natur. Observera att våld som utövats för att genomföra ett sexuellt övergrepp betraktas som sexuellt våld.

Vid kodning av denna punkt bör bedömaren, utöver personens brottsregisterutdrag, ta hänsyn till självrapportering och andra trovärdiga källor. Man bör även räkna in allvarliga icke-sexuella våldshandlingar som personen gjort sig skyldig till under pågående psykiatrisk vård eller kriminalvård.

10. Annan tidigare brottslighet

En historia av allmän brottslighet (ej vålds- eller sexbrott) utgör en riskfaktor för våld och sexuellt våld bland kriminella och rättspsykiatriska patienter (Harris et al., 1993; Monahan, 1981/1995), och bland sexualbrottslingar (Hanson & Bussière, 1996; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Annan brottslighet anses vara en viktig faktor att väga in vid kliniska riskbedömningar (McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991).

Denna faktor är en riskmarkör som återspeglar förekomst av personlighetsstörningar och en antisocial attityd, och är förmodligen förknippad med en ökad sannolikhet och frekvens av framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har en historia av allvarligt kriminellt beteende utan inslag av sex eller våld.</i>
?	<i>Personen har antagligen, eller delvis, en historia av allvarligt kriminellt beteende utan inslag av sex eller våld.</i>
N	<i>Personen har inte någon historia av allvarligt kriminellt beteende utan inslag av sex eller våld.</i>

Not

Med ”kriminellt beteende” avses antisocialt beteende som innebär att man bryter mot lagar och förordningar.

”Allvarligt” innebär att det kriminella beteendet har resulterat i (eller kunde ha resulterat i) polisingripande, anhållan eller åtal, eller att det har inträffat vid ett flertal tillfällen.

”Utan inslag av våld” innebär att det kriminella beteendet inte inbegripit faktiskt, försök till, eller hot om fysiskt våld mot annan person.

”Utan inslag av sex” innebär att det kriminella beteendet inte inbegripit faktiskt, försök till, eller hot om våld av sexuell natur.

Bedömaren bör, utöver personens formella brottsregister, ta hänsyn till självrapportering och andra trovärdiga källor vid kodningen av denna punkt. Även allvarligt kriminellt beteende av icke-våldskaraktär som förekommer under vistelse på institution skall räknas hit.

11. Tidigare misskötsamhet vid permission eller liknande

Tidigare misskötsamhet vid permission, villkorlig frigivning eller skyddstillsyn har visat sig vara förenat med förhöjd risk för kriminalitet och våld (Bonta, Harman, Hann, & Cormier, 1996; Harris et al., 1993). Det finns belägg för att detta är en riskfaktor för såväl icke sexuellt som sexuellt våld bland sexualbrottslingar (Rice & Harris, 1997; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Enligt kliniska riktlinjer, är svårigheter att efterleva uppställda villkor en viktig faktor att beakta då man kliniskt utvärderar risk (McGovern & Peters, 1988).

Denna faktor är sannolikt en riskmarkör som återspeglar närvaro av såväl personlighetsstörning som sexuell avvikelse och attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld (om det föreligger sexbrottsproblematik). Faktorn är troligen kopplad till sannolikhet för, frekvens av och närheten till framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har gravt misskött tidigare villkorlig frigivning, skyddstillsyn, permission eller annan friförmån.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis misskött tidigare villkorlig frigivning, skyddstillsyn, permission eller annan friförmån.</i>
N	<i>Personen har inte misskött tidigare villkorlig frigivning, skyddstillsyn, permission eller annan friförmån.</i>

Not

”Villkorlig frigivning, skyddstillsyn, permission eller annan friförmån” innebär att personen är ålagd att efterleva av domstol eller vårdgivare fastlagda regler vid villkorlig utskrivning, frigivning, respektive vistelse utanför institution.

”Gravt” innebär att personen inom aktuell period begått våldshandlingar, sexualbrott, svåra kriminella handlingar, rymning och överträdelser av villkor som har resulterat i (eller skulle kunna resultera i) indragning av friförmån eller nya åtal för brott.

Bedömaren skall, förutom personens journal/aktmaterial även beakta självrapportering och uppgifter från andra tillförlitliga källor.

12. Upprepad sexbrottslighet

Antalet tidigare sexualbrott är en av de faktorer som med stor tillförlitlighet kan sammankopplas med risk för återfall i sexualbrott bland såväl fängelsedömda som rättspsykiatriska patienter (Hanson, 1997; Hanson & Bussière, 1996; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Det är en viktig faktor att beakta vid kliniska bedömningar av risk enligt klinisk erfarenhet (McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991).

Denna faktor är sannolikt en riskmarkör som återspeglar närvaro av sexuell avvikelse och attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld. Den är sannolikt sammankopplad med sannolikhet, frekvens och närhet till framtida sexuellt våld. Man kan också anta att det sätt på vilket tidigare brott begåtts, det s k modus operandi, vanligen avslöjar hur eventuella framtida brott kommer att te sig.

Kodning

J	<i>Personen har gjort sig skyldig till upprepade sexuella övergrepp, när risk för övergrepp förelegat.</i>
?	<i>Personen kan ha gjort sig skyldig till upprepade sexuella övergrepp, när risk för övergrepp förelegat.</i>
N	<i>Personen har inte gjort sig skyldig till upprepade sexuella övergrepp, när risk för övergrepp förelegat.</i>

Not

”Flertal” innebär upprepade sexuella våldshandlingar under en relativt begränsad tidsperiod. Bedömningen ska här baseras på närvaron av all form av sexuellt våld som personen agerat ut, liksom kunskap om hur omfattande sådant våld vanligen brukar vara hos den enskilde förövaren.

”När risk för övergrepp förelegat” innebär när personen haft tillfälle att begå sexuella våldshandlingar. Detta är i allmänhet kopplat till, men inte nödvändigtvis begränsat till, att personen lever ute i samhället.

Bedömningen ska, utöver journal- och aktmaterial, beakta självrapportering och uppgifter lämnade från trovärdiga källor.

13. Varierad sexbrottslighet

Personer som har begått sexualbrott av varierat slag löper stor risk för återfall i ny sexualbrottslighet (Hanson, 1997; Hanson & Bussière, 1996; Quinsey, Lalumière, Rice, & Harris, 1995). Det anses också vara en viktig faktor att beakta vid kliniska riskbedömningar (McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991). Olika ”typer” av sexualbrott kan definieras utifrån offerkaraktäristika och typ av våld.

Denna faktor är sannolikt en riskmarkör som avspeglar närvaro av sexuell avvikelse, liksom attityder som stöder eller ursäktar sexualbrott. Den är troligen associerad med sannolikhet för, frekvens av och närhet till framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har gjort sig skyldig till flera typer av sexuella övergrepp.</i>
?	<i>Personen kan ha gjort sig skyldig till flera typer av sexuella övergrepp.</i>
N	<i>Personen har inte gjort sig skyldig till flera typer av sexuella övergrepp.</i>

Not

”Flera typer av sexuella övergrepp” innebär att personens historia inrymmer handlingar som varierar beträffande tillvägagångssätt och val av offer. Typ av sexuellt våld kan variera längs flera dimensioner, exempelvis på vilket sätt och i vilken omfattning förövaren är i kontakt med sitt offer (t.ex. voyeurism, exhibitionism, våldtäkt) samt i vilken omfattning förövaren använder tvång och våld mot offret (t.ex. vapenhot eller tortyr). Val av offer kan variera beträffande ålder (t.ex. prepubertala barn, ungdomar, vuxna), kön (pojkar, flickor) och grad av bekantskap (närstående, främmande).

Förutom journal- och aktmaterial ska bedömningen beakta självrapportering och uppgifter från trovärdiga källor.

14. Fysisk skada på offer för sexbrott

Det finns inga klara bevis för att denna faktor kan predicera sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996; se också Epperson, Kaul, & Huot, 1995). Denna specifika riskfaktor är svår att studera därför att personer som utövar det mest omfattande fysiska våldet är frihetsberövade för mycket längre tider än övriga sexualbrottslingar. Kliniska riktlinjer har lyft fram detta som en viktig faktor vid bedömning av risk (Greer, 1991; McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991).

Denna faktor är sannolikt en riskmarkör som återspeglar förekomsten av sexuell avvikelse (möjligen sexuell sadism), liksom attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld. Den är troligen kopplad till sannolikhet och frekvens av sexuellt våld, liksom våldets svårhetsgrad. Den kan också kopplas till typ av eventuellt framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har åsamkat offer för sexuella övergrepp allvarlig fysisk skada.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis åsamkat offer för sexuella övergrepp allvarlig fysisk skada.</i>
N	<i>Personen har inte åsamkat offer för sexuella övergrepp allvarlig fysisk skada.</i>

Not

”Fysisk skada” innebär att offret kroppsligen tagit skada – blåmärken, skrubbsår, skärsår osv. – antingen som ett direkt resultat av att personen uppsåtligen velat åsamka fysisk skada, eller som en konsekvens av hänsynslöshet i övergreppet.

”Allvarlig fysisk skada” innebär att offret åsamkats fysisk skada som krävt medicinsk bedömning eller behandling, eller ådragit sig dödliga skador.

Vid bedömning ska, utöver journal- och aktmaterial, även självrapportering och andra trovärdiga källor beaktas. Offrets medicinska journaler kan vara särskilt användbara.

15. Användande av vapen eller dödshot vid sexbrott

Det finns inga klara bevis för att denna faktor predicerar sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996). Faktorn är svår att studera, då förövare som använder vapen vid sina brott är frihetsberövade över längre tid än övriga förövare. I publicerade kliniska riktlinjer har denna faktor bedömts som viktig vid klinisk bedömning av risk (Greer, 1991; McGovern & Peters, 1998; Ross & Loss, 1991).

Faktorn indikerar förmodligen förekomst av sexuell avvikelse (möjligen sexuell sadism), liksom attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld. Den är troligen sammanlänkad med typen av övergrepp liksom sannolikhet, frekvens och svårhetsgrad beträffande framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen har använt vapen eller dödshot i anslutning till sexuella övergrepp.</i>
?	<i>Personen kan ha använt vapen eller dödshot i anslutning till sexuella övergrepp.</i>
N	<i>Personen har inte använt vapen eller dödshot i anslutning till sexuella övergrepp.</i>

Not

”Vapen” inkluderar skjutvapen, knivar eller andra föremål som använts i syfte att hota eller skada offret.

”Dödshot” är uttalanden från gärningsmannen där han deklarerar avsikt eller vilja att döda offret (”om du ropar på hjälp dödar jag dig” eller ”jag har alltid undrat hur det skulle kännas att döda någon”). Mindre explicita uttalanden ska betraktas som allvarliga hot om de följs av beteenden som orsakar, eller kan orsaka, offret svår fysisk skada (t.ex. strypning eller tortyr).

Förutom aktmaterial, ska bedömningen vila på självrapportering jämte relevanta, trovärdiga källor.

16. Upptrappning av sexbrottens frekvens eller allvarlighetsgrad

Man kan hos vissa förövare se ett mönster med en ökad frekvens av, eller svårhetsgrad i, sexuellt våld. En sådan upptrappning kan avspeglas i upprepad sexbrottslighet under senare tid (Punkt 12), eller i ett ökat användande av fysiskt våld, vapen eller dödshot i den senaste tidens sexbrott (Punkt 14 och 15). Denna faktor avser att fånga utvecklingen eller tendensen över tid beträffande våld som utövats av en viss förövare (Greenland, 1985). Det finns inga klara bevis för att denna faktor predicerar sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996). Enligt vår och andras erfarenhet är emellertid denna faktor viktig (se exempelvis Ross & Loss, 1991).

Denna faktor är sannolikt en riskmarkör som avspeglar närvaro av sexuell avvikelse (möjligen sexuell sadism), liksom attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld. Faktorn är sannolikt förknippad med såväl typ av, sannolikhet för, frekvens av, svårhetsgrad och närhet till framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Personen uppvisar i sin brottshistoria en upptrappning av frekvens eller allvarlighetsgrad i sina sexuella övergrepp.</i>
?	<i>Personen uppvisar i sin brottshistoria möjligen eller delvis en upptrappning av frekvens eller allvarlighetsgrad i sina sexuella övergrepp.</i>
N	<i>Personen uppvisar i sin brottshistoria inte någon upptrappning av frekvens eller allvarlighetsgrad i sina sexuella övergrepp</i>

Not

”Brottshistoria” inkluderar samtliga sexuella våldshandlingar som personen har begått.

”Upptrappning av frekvens” innebär att personen begått fler sexuella våldshandlingar den senaste tiden än tidigare, med beaktande av möjligheter att begå sådana handlingar.

”Upptrappning av svårhetsgrad” innebär att det förekommit en ökad grad av direktkontakt i förövarens sexuella våldshandlingar så att de senare oftare inrymmer åsamkande av allvarlig fysisk offerskada, användande av vapen eller trovärdiga dödshot.

Förutom aktmaterial ska bedömningen bygga på självrapportering och rapporter från trovärdiga källor. Upptrappning av frekvensen, eller allvarlighetsgraden i sexuella övergrepp kan identifieras utifrån en välstrukturerad kronologi av personens historia av sexuellt våld.

17. Extremt bagatelliserande eller förnekande av sexbrott

I litteraturen nämns ofta att sexualbrottslingar minimerar allvaret i sina övergrepp, flyr från personligt ansvar, eller t.o.m förnekar all inblandning. Det finns inga klara bevis som stöder denna faktors förmåga att förutsäga framtida sexuellt våld, men den predicerar annan kriminalitet hos sexbrottslingar (Hanson & Bussière, 1996). Enligt kliniska riktlinjer är detta en viktig faktor att beakta vid kliniska bedömningar av risk (Greer, 1991; McGovern & Peters, 1988; Ross & Loss, 1991).

Faktorn är sannolikt en riskmarkör som avspeglar närvaro av personlighetsstörning eller attityder som stöder eller ursäktar sexuellt våld. Den är troligen kopplad till sannolikhet och frekvens av framtida sexuellt våld.

Kodning

J	<i>Det kan påvisas att personen extremt bagatelliserar eller förnekar sina sexuella övergrepp.</i>
?	<i>Det kan misstänkas att personen extremt bagatelliserar eller förnekar sina sexuella övergrepp.</i>
N	<i>Det kan inte påvisas att personen extremt bagatelliserar eller förnekar sina sexuella övergrepp.</i>

Not

”Extremt bagatelliserande eller förnekande” innebär att personen förnekar flera eller alla tidigare sexuella våldshandlingar, förnekar personligt ansvar (t.ex. skyller på offret), eller förnekar konsekvenserna av tidigare handlingar (t.ex. hävdar att offret inte tog skada vare sig psykiskt eller fysiskt).

Bedömningen ska utgå från en jämförelse mellan personens självrapporterade redogörelse av sina sexuella våldshandlingar och information insamlad från andra källor, som polisrapporter, offerrapporter (förhör), journalmaterial, och intervjuer med familjemedlemmar.

18. Attityd som stöder eller ursäktar sexbrott

Människor som ägnar sig åt kriminalitet har ofta attityder som uppmuntrar eller ursäktar kriminellt beteende (Andrews & Bonta, 1994). Sådana attityder och värderingar kan bl.a. användas för att bagatellisera eller förneka tidigare brott, och denna riskfaktor kommer då i viss utsträckning att överlappa den förra (Punkt 17). Det finns inga klara bevis som stöder denna faktors förmåga att predicera framtida sexuellt våld (Hanson & Bussière, 1996), men publicerade riktlinjer framhåller den som en viktig faktor att beakta vid klinisk bedömning av risk (Greer, 1991; McGovern & Peters, 1988).

Denna faktor kan vara kausalt kopplad till framtida sexuellt våld. Enligt vissa socialpsykologiska teorier kan olika attityder påverka beslutsfattandet hos individer som överväger sexuellt våld, detta för att reducera upplevelsen av den skada som tillfogas personen själv eller andra. Alternativt kan attityder vara en riskmarkör som avspeglar förekomsten av sexuell avvikelse, personlighetsstörning, eller extremt bagatellisierande eller förnekande av tidigare sexbrott. Denna riskfaktor är troligen kopplad till sannolikhet och frekvens av framtida sexuellt våld. Den specifika attityden kan vara kopplad till typ och svårhetsgrad beträffande framtida våldshandlingar.

Kodning

J	<i>Personen har en attityd som stöder eller ursäktar sexuellt våld.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis en attityd som stöder eller ursäktar sexuellt våld.</i>
N	<i>Personen har inte en attityd som stöder eller ursäktar sexuellt våld.</i>

Not

”Attityder som stöder eller ursäktar sexuella övergrepp” inkluderar sociopolitiska, religiösa, kulturella eller subkulturella, och personliga övertygelser och värderingar som uppmuntrar eller ursäktar sex med tvångsinslag, sex med minderåriga osv.

Man kan sluta sig till attityder utifrån beteenden. Det är då säkrare att studera beteendemönster än enstaka handlingar.

19. Saknar realistisk framtidspanering

Människor som inte kan utforma anpassade, säkra och realistiska framtidsplaner då de lämnar institutionen löper ökad risk för återfall i ny kriminalitet och våld (Andrews & Bonta, 1994; Bartels, Drake, Wallach, & Freeman, 1991; Estroff & Zimmer, 1994). Planerna ska vara anpassade efter individens behov och beakta boende, sysselsättning, familj och nätverk samt uppföljning/eftervård av sjukvård eller annan myndighet. Denna riskfaktor har inte uppmärksamats i någon större utsträckning, men har diskuterats i kliniska riktlinjer (t.ex. Ross & Loss, 1991).

Denna faktor kan kausalt sammanlänkas med framtida sexuellt våld. Avsaknad av en realistisk framtidsplanering kan leda till psykologisk oro, vilket i sin tur kan leda till tillfällig ökning av sexuellt avvikande tankar och drifter (Proulx et al., 1997). Således kan dålig planering leda till ökad sannolikhet för och frekvens av framtida sexuellt våld, och aktuella problem beträffande måluppfyllelse kan påverka närheten till våld.

Kodning

J	<i>Personen saknar en realistisk framtidsplanering.</i>
?	<i>Personen saknar möjligen eller delvis en realistisk framtidsplanering.</i>
N	<i>Personen har en realistisk framtidsplanering.</i>

Not

”Framtidsplanering” utgör personens intentioner beträffande anpassning till samhället. Detta innefattar relationer, sysselsättning, boende, hälsa samt anpassning till och deltagande i insatser av övervakande karaktär från t.ex. kriminalvård. Vid bedömningen ska såväl aktuella planer beaktas, som planer som han eller hon har gjort upp tidigare.

Med ”realistisk” avses individens förmåga att utforma planer som är uttalade, stabila och förnuftiga. Vad som är förnuftigt bedöms i skenet av personens historia, aktuell situation och sannolikheten för personen att erhålla stöd från vänner och professionella vårdgivare.

20. Negativ attityd till behandling

Människor som avvisar stöd och hjälp från kriminalvård och psykisk hälsovård eller som saknar motivation att tillvarata detta stöd löper ökad risk att återfalla i kriminalitet och våld (Andrews & Bonta, 1994; Webster et al., 1997). Beträffande sexualbrottslingar kan det styrkas att ovilja att ta emot behandling, motstånd mot och ”drop-out” från behandling predicerar framtida sexuellt våld (Greer, 1991; Hall, 1995; Hanson & Bussière, 1996; McGovern & Peters, 1988; Murphy et al., 1992; Ross & Loss, 1991).

Negativ attityd till behandling kan kausalt kopplas till framtida sexuellt våld. Det kan leda till inadekvat professionellt stöd som i sin tur kan innebära: (a) minskade chanser att personens sexuella avvikelse ska avta; (b) ökad risk att personen ska erfara psykologisk oro; (c) ökad risk att personen utsätts för faktorer som kan påverka hans stabilitet, t ex droger, tillgång till offer, osv. Denna faktor kan vara kopplad till ökad sannolikhet för och frekvens av framtida sexuellt våld. Aktuella attitydproblem kan påverka hur överhängande risken för sexuellt våld är.

Kodning

J	<i>Personen har en negativ attityd till behandling.</i>
?	<i>Personen har möjligen eller delvis en negativ attityd till behandling.</i>
N	<i>Personen har inte en negativ attityd till behandling.</i>

Not

”Negativ attityd till behandling” inkluderar en personlig övertygelse och värderingar som uppmuntrar eller ursäktar bristande deltagande i behandling. Bristande deltagande i behandling inkluderar vägran att delta, avhopp från påbörjad behandling och ytligt, oengagerat deltagande. Såväl personens aktuella attityd som hur han tidigare har förhållit sig till behandling skall här beaktas.

Slutsatser om attityd till behandling kan dras utifrån individens beteende. Sådana slutsatser blir säkrare när man bedömer beteendemönster snarare än enstaka beteendeyttringar.

Övriga överväganden

Plats har här reserverats för sällsynta men viktiga riskfaktorer som inte omnämns som separata riskfaktorer i SVR-20. Dessa kan innefatta, men begränsas inte till, följande:

- Akut psykisk störning som inte uppfyller kriterierna för psykisk sjukdom (Punkt 4). Exempel på detta kan vara anpassningsstörning till följd av en stress- eller krissituation.
- Förlust av stödjande socialt nätverk som ej ryms inom Punkt 7 och 8. Exempel kan här vara förlust av kontakten med familj och vänner kopplat till byte av bostad eller interpersonella konflikter.
- Frekvent kontakt med potentiella offer som inte beror på brist på realistiska planer (Punkt 19) eller negativ inställning till behandling (Punkt 20). Ett exempel kan här vara att påbörja en anställning där man arbetar med utsatta och sårbara (t.ex. barn, gamla, handikappade) människor.

Kodning

J	<i>Personen uppvisar en viktig fallspecifik riskfaktor.</i>
?	<i>Personen uppvisar möjligen eller delvis en viktig fallspecifik riskfaktor.</i>
N	<i>Personen uppvisar inte någon viktig fallspecifik riskfaktor.</i>

Not

”Viktiga” innebär att riskfaktorn på ett avgörande sätt kan påverka sannolikheten för att personen begår en ny sexuell våldshandling eller gör det möjligt att förutspå typ av övergrepp, frekvens, svårhetsgrad eller närhet till nya sexuella övergrepp.

”Fallspecifik” innebär att riskfaktorn ej inryms inom definitionen för övriga faktorer i SVR-20.

Referenser

- Abel, G. G., Mittelman, M. S., & Becker, J. V. (1985). Sexual offenders: Results of assessment and recommendations for treatment. In M. H. Ben-Aron, S. J. Hucker, & C. D. Webster (Eds.), *Clinical criminology: The assessment and treatment of criminal behavior* (pp. 191-206). Toronto: M&M Graphics.
- Abel, G. G., & Rouleau, J. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 9-21). New York: Plenum.
- Abrams, S. (1991). The use of polygraphy with sex offenders. *Annals of Sex Research, 4*, 239-263.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. (1993). *The ATSA Practitioner's Handbook*. Lake Oswego, OR: Author.
- Atkinson, R. L., Kropp, P. R., Laws, D. R., & Hart, S. D. (1995). *The Sex Offender Risk Assessment Guide*. Unpublished manuscript.
- Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research, 3*(4), 30-33.
- Bartels, S. J., Drake, R. E., Wallach, M. A., & Freeman, D. H. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin, 17*, 163-171.

- Bélanger, N., & Earls, C. (1996). Sex offender recidivism prediction. *Forum on Corrections Research*, 8(2), 22-24.
- Belfrage, H., & Fransson, G. (1997). *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer*. Svensk version av Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence*, version 2. Växjö: Psykiatriskt regionvårdscentrum, Forskningsenheten.
- Belfrage, H., & Grann, M. (1999). *SARA. Bedömning av risk för framtida partnervåld. Manual med instruktioner och kommentarer*. Svensk översättning av Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2nd ed.).
- Bernstein, P. L. (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk*. New York: Wiley.
- Boer, D. P., Wilson, R. J., Gauthier, C. M., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 326-342). New York: Guilford.
- Bonta, J., Harman, W. G., Hann, R. G., & Cormier, R. B. (1996). The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale. *Canadian Journal of Criminology*, 38, 61-79.
- Bowman, M. L. (1997). Brain impairment in impulsive violence. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 116-141). New York: Guilford.
- Coleman, E., & Dwyer, M. (1990). Proposed standards of care for the treatment of adult sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 16, 93-106.

- Colorado Sex Offender Treatment Board. (1996). *Standards and guidelines for the assessment, evaluation, treatment, and behavioral monitoring of adult sex offenders*. Denver, CO: Colorado Department of Public Safety, Division of Criminal Justice.
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991). Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, *15*, 655-665.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 783-790.
- Cooper, M. (1994). *Setting standards and guiding principles for the assessment, treatment, and management of sex offenders in British Columbia*. Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.
- Dawes, R. M. (1982). The robust beauty of improper linear models in decision making. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 391-407). New York: Cambridge University Press.
- Day, D. M., Miner, M. H., Sturgeon, V. H., & Murphy, J. (1989). Assessment of sexual arousal by means of physiological and self-report measures. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 115-123). New York: Guilford.
- Douglas, K., & Hart, S. D. (1996, March). *Major mental disorder and violent behavior: A meta-analysis of study characteristics and substantive factors influencing effect size*. Paper presented at the Biennial Meeting of the American Psychology-Law Society (APA Div. 41), Hilton Head, South Carolina.

- Dutton, D. G., & Hart, S. D. (1992a). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *36*, 129-137.
- Dutton, D. G., & Hart, S. D. (1992b). Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry*, *15*, 101-112.
- Earls, C. D. (1992). Clinical issues in the psychological assessment of child molesters. In W. O'Donohue & J. H. Greer (Eds.), *The sexual abuse of children: Clinical issues* (pp. 232-255). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Epperson, D. L., Kaul, J. D., Huot, S. J. (1995, October). *Predicting risk for recidivism for incarcerated sex offenders: Update on development of the Sex Offender Screening Tool (SOST)*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, New Orleans, Louisiana.
- Estroff, S. E., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 259-295). Chicago: University of Chicago Press.
- Farrall, W. R. (1992). Instrumentation and methodological issues in the assessment of sexual arousal. In W. O'Donohue & J. H. Greer (Eds.), *The sexual abuse of children: Clinical issues* (pp. 188-231). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Freund, K. (1990). Courtship disorder. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of*

- sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 195-207). New York: Plenum.
- Freund, K. & Watson, R. (1991). Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of "Phallometric Diagnosis of Pedophilia." *Psychological Assessment*, 3, 254-260.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offenders recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- Gottfredson, S. D., & Gottfredson, D. M. (1986). Accuracy of prediction models. In A. Blumstein, J. Cohen, J. A. Roth, & C. A. Visher (Eds.), *Criminal careers and "career criminals"* (pp. 212-290). Washington, DC: National Academy Press.
- Greenland, C. (1985). Dangerousness, mental disorder, and politics. In C. D. Webster, M. H. Ben-Aron, & S. J. Hucker (Eds.), *Dangerousness: Probability and prediction, psychiatry and public policy* (pp. 25-40). New York: Cambridge University Press.
- Greer, W. C. (1991). Aftercare: Community integration following institutional treatment. In G. D. Ryan & S. L. Lane (Eds.), *Juvenile sex offending: Causes, consequences, and corrections* (pp. 377-390). Toronto: Lexington.
- Grisso, T. (1986). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. New York: Plenum.
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323.

- Hall, G. C. N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review, 10*, 229-245.
- Hall, G. C. N. (1995). Sex offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 802-809.
- Hanson, R. K. (1997). *The development of a brief actuarial scale for sexual offense recidivism*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1996). *Predictors of sexual recidivism: A meta-analysis*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R. K., Steffy, R. A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 646-652.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior, 20*, 315-335.
- Hart, S. D. (1998a). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology, 3*, 123-140.
- Hart, S. D. (1998b). Psychopathy and risk for violence. In D. J. Cooke, A. E. Forth, & R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research, and implications for society* (pp. 355-373). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Hart, S. D., & Dempster, R. J. (1997). Impulsivity and psychopathy. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 212-232). New York: Guilford.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. In D. M. Stoff, J. Brieling, & J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22-35). New York: Wiley.
- Hart, S. D., Judd, B. W., & Boer, D. P. (1996, November). *Actuarial risk assessment of sexually violent recidivism*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Assessment of Sexual Abusers, Chicago, Illinois.
- Hodgins, S. (1990). Prevalence of mental disorders among penitentiary inmates in Quebec. *Canada's Mental Health, 37*, 1-4.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry, 49*, 476-483.
- Janus, E. S., & Meehl, P. E. (1997). Assessing the legal standard for the prediction of dangerousness in sex offender commitment proceedings. *Psychology, Public Policy, and Law, 3*, 33-64.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 129-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1994). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide*. Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.

- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2nd ed.). Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.
- Langevin, R. (1992). Biological factors contributing to paraphilic behavior. *Psychiatric Annals*, 22, 307-314.
- Laws, D. R., & O'Donohue, W. (Eds.) (1997). *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Litwack, T., & Schlesinger, L. B. (1987). Assessing and predicting violence: Research, law, and applications. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 205-207). New York: Wiley.
- Marshall, W. L., Laws, D. R., & Barbaree, H. E. (Eds.). (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum.
- McGovern, K., & Peters, J. (1988). Guidelines for assessing sex offenders. In L. A. Walker (Ed.), *Handbook on sexual abuse of children* (pp. 216-246). New York: Springer.
- McGrath, R. J. (1991). Sex offender risk assessment and disposition planning: A review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 328-350.
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1994). The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 133-137.
- Meehl, P. E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1954.)

- Menzies, R., & Webster, C. D. (1995). Construction and validation of risk assessments in a six-year follow-up of forensic patients: A tridimensional analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 766-778.
- Menzies, R., Webster, C. D., & Hart, S. D. (1995). Observations on the rise of risk in psychology and law. In *Proceedings of the Fifth Symposium on Violence and Aggression* (pp. 91-107). Saskatoon: University Extension Press, University of Saskatchewan.
- Monahan, J. (1995). *The clinical prediction of violent behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson. (Original work published in 1981.)
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist, 47*, 511-521.
- Monahan, J. A., & Steadman, H. J. (Eds.) (1994). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1996). Violent storms and violent people: How meteorology can inform risk communication in mental health law. *American Psychologist, 51*, 931-938.
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 331-342). New York: Plenum.
- Murphy, W. D., Haynes, M. R., & Page, I. J. (1992). Adolescent sex offenders. In W. O'Donohue & J. H. Greer (Eds.), *The sexual abuse of children: Clinical issues* (pp. 394-429). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 77-87). New York: Guilford.
- Prentky, R. A., Knight, R. A., Lee, A. F., & Cerce, D. D. (1995). Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 106-128.
- Prentky, R. A., Knight, R. A., & Lee, A. F. S. (1997). Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 141-149.
- Proulx, J., Pellerin, B., McKibben, A., Aubut, J., & Ouimet, M. (1997) Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 9, 7-27.
- Quinsey, V. L. (1984). Sexual aggression: Studies of offenders against women. In D. N. Weisstub (Ed.), *Law and mental health: International perspectives*, Vol. 1 (pp. 84-121). New York: Pergamon.
- Quinsey, V. L. (1986). Men who have sex with children. In D. N. Weisstub (Ed.), *Law and mental health: International perspectives*, Vol. 2 (pp. 140-172). New York: Pergamon.
- Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Predicting sexual offenses. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Quinsey, V. L., & Lalumière, M. L. (1996). *The assessment of sexual aggressors against children*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Quinsey, V. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 85-105.
- Quinsey, V. L., & Walker, W. D. (1992). Dealing with dangerousness: Community risk management strategies with violent offenders. In R. DeV. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the lifespan* (pp. 244-262). Newbury Park, CA: Sage.
- Revitch, E., & Schlesinger L. B. (1989). *Sex murder and sex aggression: Phenomenology, psychopathology, psychodynamics, and prognosis*. Springfield, IL: Thomas.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1997). Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior, 21*, 231-241.
- Romans, S., Martin, J., & Mullen, P. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems: Neither necessary, sufficient nor acting alone. *Criminal Behavior and Mental Health, 7*, 327-338.
- Ross, J., & Loss, P. (1991). Assessment of the juvenile sex offender. In G. D. Ryan & S. L. Lane (Eds.), *Juvenile sex offending: Causes, consequences, and corrections* (pp. 199-251). Toronto: Lexington.
- Snyder, D. K., & Fruchtman, L. A. (1981). Differential patterns of wife abuse: A data-based typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 878-885.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk*

- assessment* (pp. 101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Taylor, P. J., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Ray, K., Dunn, G., & Grubin, D. (1994). Delusions and violence. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence*, version 2. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. T., Cormier, C., & Quinsey, V. L. (1994). *The Violence Prediction Scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*, 160-166.



SVR-20 Bedömning av risk för framtida sexuellt våld

Riskbedömning av	
Namn _____	Ålder _____

Specificera tidsperiod för bedömning av aktuell förändring

Psykosocial anpassning	Förekomst (N, ?, J)	Aktuell förändring (+, 0, -)
1. Sexuell avvikelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Offer för övergrepp i barndomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Psykopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alkohol- eller drogmissbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Suicidalt / homicidalt tankeinnehåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problem i förhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problem på arbetsmarknaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tidigare våldsbrottslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annan tidigare brottslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tidigare misskötsamhet vid permission e.dyl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(forts på nästa sida)

Sexbrott	Förekomst (N, ?, J)	Aktuell förändring (+, 0, -)
12. Upprepad sexbrottslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Varierad sexbrottslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fysisk skada på offer för sexbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Användande av vapen eller dödshot vid sexbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Upptäckning av sexbrottets frekvens eller allvarlighetsgrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Extremt bagatelliserande eller förnekande av sexbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Attityd som stöder eller ursäktar sexbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Framtidsplaner		
19. Saknar realistisk framtidsplanering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Negativ attityd till behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga överväganden		
• _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sammanfattande riskbedömning			
	Låg	Medel	Hög
1. Risk för sexuellt våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedömning utförd av	
Namn _____	Titel _____
Signatur _____	Datum _____

Av relaterat intresse

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University.

Available from:

Mental Health, Law, and Policy Institute
Simon Fraser University
Burnaby, British Columbia
V5A 1S6 Tel: (604) 291-5868

Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2nd ed.). Vancouver: British Columbia Institute Against Family Violence.

Available from:

British Columbia Institute Against Family Violence
551-409 Granville Street
Vancouver, British Columbia
V6C 1T2 Tel: (604) 669-7055

Hart, S. D., Cox, D., & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Available from:

Multi-Health Systems Inc.
65 Overlea Blvd., Ste. 210
Toronto, Ontario
M4H 1P1 Tel: (800) 268-6011

Webster, C. D., & Jackson, M. (Eds.). (1997). *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York: Guilford.

Available from:

Guilford Publications Inc.
72 Spring Street
New York, N.Y.
10012 Tel: (212) 431-9800

