

Omvandling av livstidsstraff



Första verksamhetsperioden 2006-2007

Rättsmedicinalverket

www.rmv.se



Omvandling av livstidsstraff
Första verksamhetsperioden 2006-2007

Utgiven av Rättsmedicinalverket, Stockholm

Redaktör: Pelle Granström

Författare: Åsa Eriksson och Ulrika Haggård-Grann

Form och originalproduktion: Forma Viva, Linköping

Tryck: Centraltryckeriet, Linköping 2008



Inledning

Stärkt rättssäkerhet för livstidsdömda

Livstidsdömda som avtjänat tio år av sitt fängelsestraff kan sedan den 1 november 2006 ansöka om att få livstidsstraffet omvandlat till ett tidsbestämt straff. En sådan ansökan behandlas av tingsrätten i Örebro. Beslut i frågan fattas i enlighet med vad som bestämts i en ny lag, den så kallades omvandlingslagen¹. Lagen har tillkommit för att ge både dömda och kriminalvård ökade möjligheter att planera för framtiden och för att stärka de livstidsdömdas rättssäkerhet.

Ett av de underlag som tingsrätten kan använda sig av vid sitt beslut är en bedömning av risken för återfall i brottslighet, utfärdad av Rättsmedicinalverket. I den här rapporten redovisas hur en sådan riskutredning går till och hur verksamheten bedrivits under det första året som lagen varit i kraft. En kortfattad bakgrund till den nya lagen, med betoning på Rättsmedicinalverkets föreskrifter och de riktlinjer som gäller vid tillämpningen av riskutredningar, finns också med.

När en ansökan om omvandlingsprövning behandlas lägger tingsrätten särskilt stor vikt vid

- hur lång tid av straffet som personen har avtjänat,
- vad som står i domen om grunderna för att personen fått ett livstidsstraff,

- om det finns risk för att personen återfaller i brottslighet av allvarligt slag,
- om personen har följt vad som gäller för det pågående straffet,
- om personen har medverkat till att främja sin anpassning i samhället.

Hur långt det tidsbestämda straffet blir för den som får sin ansökan beviljad, bestäms utifrån hur mycket strafftid som avtjänats och reglerna om villkorlig frigivning. Fängelsestraffets längd får inte understiga det längsta tidsbestämda straff som kan dömas ut.

Denna rapport tar också upp en statistisk presentation av de ärenden som avgjorts under perioden november 2007 till och med 2008. Slutligen presenteras en redovisning av vilket forskningsunderlag som finns internationellt och nationellt beträffande riskbedömning.

Rapporten har utarbetats av leg psykolog, med. lic. Åsa Eriksson, och socionom, med. dr. Ulrika Haggård-Grann, Rättsmedicinalverket.

Stockholm i november 2008
Pelle Granström (redaktör)

¹ Lag om omvandling av fängelse på livstid, 2006:45



Riskutredning av livstidsdömda

– utgångspunkter, erfarenheter och svårigheter

Rättsmedicinalverket har sedan många år utfört riskbedömningar, bland annat i samband med rättspsykiatriska utlåtanden när frågan om "särskild utskrivningsprövning i vissa fall" i samband med rättspsykiatrisk undersökning skall belysas. I förordningen (2006:1119) om omvandling av fängelse på livstid regleras att Rättsmedicinalverket ansvarar för genomförandet av utredningar om risk för återfall i brottslighet enligt 10 § lagen (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid. Den nya lagstiftningen, som trädde i kraft den 1 november 2006, innebar en viktig skillnad genom att dessa riskutredningar rör personer som verkställer fängelsepåföljd.

Projektorganisationen

I förebereðelsearbetet inför införandet av den nya lagstiftningen – den 1 november 2006 – tillsattes ett särskilt projekt inom Rättsmedicinalverket med syftet att utforma

- föreskrifter och allmänna råd för verksamheten,
- utbildning för personal,
- IT-stöd och övriga rutiner,
- former för kvalitetsarbete.

Projektarbetet påbörjades i juli 2005 och bedrevs i samarbete med Örebro tingsrätt, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten i Örebro och Polismyndigheten i Örebro.

En intern delrapport från projektets första del sammanställdes i mars 2007.

Gången i ett omvandlingsärende

Livstidsdömda kan vid Örebro tingsrätt efter att ha avtjänat tio år av sitt fängelsestraff ansöka om omvandling av sitt livstidsstraff till ett tidsbestämt straff. Ansökan görs av den dömda själv, men kan också i vissa fall göras av Kriminalvården. Huvudregeln är att den dömda har rätt att få offentligt biträde i samband med prövningen.

En livstidsdömd kan fortfarande också ansöka hos regeringen att regeringen "av nåd" omvandlar livstidsstraffet till annan påföljd eller tidsbestämmer straffet enligt regeringsformens bestämmelser.

När ärendet kommit in till Örebro tingsrätt underrättas Åklagarmyndigheten, Kriminalvården och Regeringskansliet (Justitiedepartementet) om detta. Åklagarmyndigheten kan därmed förordna den åklagare som skall utgöra motpart till den dömda. Åklagarmyndigheten har hittills utsett chefsåklagare eller vice chefsåklagare vid Örebro, Eskilstuna, Västerås eller Karlstad åklagarkammare som handläggare i dessa ärenden. Prövningen i rätten är utformad som ett tvåpartsförfarande. Åklagaren är alltså den dömdes motpart.

Tingsrätten fortsätter beredningen av ärendet genom att hämta in Kriminalvårdens synpunkter om den dömdes permissionsgång, deltagande i programverksamhet, eventuella misskötsamhet etc. Domstolen kan avstå från att inhämta yttrande i ärenden om den anser att det finns uppenbara skäl för att inte besluta om tidsbestämning av straffet i detta skede. Under det första verksamhetsåret med den nya lagstiftningen har det vanligaste varit att rätten bestämt att yttrande skall inhämtas från Kriminalvården.

När domstolen inhämtat yttrandet från Kriminalvården avgörs om utlåtande även skall inhämtas från Rättsmedicinalverket angående frågan om återfallsrisken i brottslighet. Utan ett sådant riskutlåtande kan

domstolen normalt inte besluta om tidsbestämning av livstidsstraffet.

Rättsmedicinalverket har i samband med riskutredningen tillgång till Kriminalvårdens yttrande.

Förhandlingarna i rätten är muntliga och öppna för allmänheten.

Tingsrättens ställningstagande till den inkomna ansökningsen sker genom beslut. Rätten består i dessa ärenden av en lagfaren domare och tre nämndemän.

Tingsrättens beslut kan överklagas vid Göta hovrätt av parterna. Göta hovrätts beslut kan slutligen överklagas i Högsta domstolen.



Riskbedömningsärenden inom Rättsmedicinalverket

När Örebro tingsrätts begäran om utlåtande med riskbedömning kommer in till någon av Rättsmedicinalverkets utredningsavdelningar tillsätts omgående ett utredningslag för uppgiften. Utredningslagen är tvärprofessionella, vilket innebär att det normalt ingår en forensisk socialutredare, en läkare, en psykolog samt en representant för omvårdnadspersonalen. Utredningslaget består av två till fyra personer, sammansättningen kan anpassas till ärendets natur. Av säkerhets- och rätts-säkerhetsskäl skall alltid minst två personer delta.

Fördelningen av ärenden mellan Rättsmedicinalverkets utredningsavdelningar sker på geografisk grund. Den dömdes anstaltsplacering styr vilken av Rättsmedicinalverkets utredningsenheter som skall ansvara för undersökningen.

Utredningslaget hämtar in relevanta handlingar i ärendet på ett så tidigt stadium som möjligt. Det kan exempelvis röra sig om kriminalvårdens behandlingsjournaler, eventuella tidigare domar, personutredningar, rättspsykiatriska undersökningar och riskbedömningar som gjorts i tidigare skeden beträffande den livstidsdömde.

I detta skede utser också utredningslaget inom sig en ansvarig för utformningen av det huvudutlåtande som skall anges till rätten. Utlåtandet består av den sammanfattande bedömning och det ställningstagande som

görs utifrån de delutredningar som de i laget ingående utredarna gjort och som ingår i utredningsarbetet. Bedömningen av risken för framtida brottslighet utgår från de olika delutredningarnas respektive perspektiv – psykologiskt, medicinskt-psykiatriskt, socialt och omvårdnadsmässigt. Samtliga utredare som ingår i arbetet är delaktiga i huvudutlåtandets ställningstagande. Skulle någon i utredningslaget göra en annan bedömning av ärendet ska den utredarens ståndpunkt också finnas med i utlåtandet och utformas som en avvikande mening i ärendet.

En riskutredning omfattar ingående samtal med den dömde. Samtalen sker oftast vid flera tillfällen där den dömde deltar tillsammans med hela eller delar av utredningslaget. Samtalen förläggs ofta till en rättspsykiatrisk avdelning vid ett samtalstillfälle och till den anstalt där den dömde varit placerad vid ett annat. Den sammanlagda samtalstiden kan variera mellan fyra och tio timmar.

Förutom samtalen med den dömde själv hämtar utredningslaget in referenser från kontaktpersoner, anhöriga eller andra personer.

När utredningslaget fått in allt material, såväl skriftligt som muntligt, börjar arbetet med att identifiera riskfaktorer och skyddsfaktorer för fortsatt brottslighet. Arbetet bedrivs enligt strukturerad klinisk metod, dvs.



Figur 1. Schematisk ärendegång av ett riskbedömningsärende inom Riksstämman.

man använder sig av kliniska bedömningar och särskilda checklistor för bedömning av återfallsrisken. Det är även viktigt att utredningslaget identifierar enskilda riskfaktorer som kanske inte fångas upp av de checklistor man använder i sina diskussioner.

Normal handläggningstid inom Riksstämman är tre veckor.

Rätten kan begära yttrande från Socialstyrelsen över Riksstämmanens riskutlåtande.

Kort om reglerna för verksamheten

Det är Riksstämman som ansvarar för genomförandet av utredningar om risk för återfall i brottslighet, vilket framgår av förordningen om omvandling av fängelse på livstid². Enligt 4 § ska utredningen innehålla: "...ett utlåtande med bedömning av risken för att den dömde återfaller i brottslighet och uppgifter om vilken typ av brottslighet som avses. Om risk för återfall konstateras skall det även lämnas förslag till åtgärder för att minska risken..."

I 5 § anges att Riksstämman får meddela närmare föreskrifter om genomförande, innehåll och utformning samt kompetenskrav för den som ska avge utlåtande. Innan föreskrifterna meddelas ska samråd ske med Socialstyrelsen.

Riksstämmanens *föreskrifter och allmänna råd*³ om riskutredning inför prövning av omvandling av fängelse på livstid ger övergripande anvisningar om formen för hur riskutredningsarbetet ska genomföras och vilka kvalifikations- och kvalitetskrav som tillämpas. I Riksstämmanens *interna riktlinjer*⁴ (fortsättningsvis kallade interna riktlinjer) ges en konkret och mer detaljerad beskrivning på hur riskutredningen ska gå till, vem som ska göra vad och hur utlåtande och delutredningar ska struktureras.

Fördelning av riskutredningar

Det finns två rättspsykiatriska undersökningsavdelningar knutna till Riksstämman, den ena är förlagd till Stockholm och den andra till Göteborg. Enheterna delar upp rättspsykiatriska undersökningar mellan sig enligt en geografisk modell. Riskutredningarna

2 SFS 2006:1119, 3 §

3 SOSFS 2006:16

4 RMV 2006-11-09

fördelas på ett likartat sätt inom Rättsmedicinalverkets organisation. I praktiken ska alltså riskutredningar av dömda som vistas vid exempelvis kriminalvårdsanstalterna Kumla, Hall och Norrtälje utföras av utredare från den rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm, medan Göteborgsavdelningen ska ta hand om riskutredningar av dömda som vistas vid kriminalvårdsanstalter i Väst- och Sydsverige. Den närmare geografiska uppdelningen framgår av bilaga till föreskrifterna och de allmänna råden.

Ibland, exempelvis vid hög arbetsbelastning, kan det finnas skäl att frånga den geografiska modellen. Då kan utredningsavdelningarna ta över varandras ärenden, även om de inte primärt tillhör upptagningsområdet.

Tidsåtgången för en riskutredning

I de interna riktlinjerna står angivet att en riskutredning normalt bör kunna genomföras inom tre veckor. En riskutredning avser ju en mer begränsad frågeställning än en rättspsykiatrisk undersökning, där man har fyra till sex veckor på sig.

Plats för riskutredningen

En riskutredning kan genomföras vid någon av Rättsmedicinalverkets utredningsavdelningar, vid den kriminalvårdsanstalt där den dömda är placerad eller på annan plats. Kriminalvården ansvarar för att den dömda får transport till den plats där utredningen skall genomföras och har då också tillsyns- och bevakningsansvaret. Deltagande i riskutredning i anslutning till omvandlingslagen utgör skäl för särskild permission.

Underlag till riskutredningen

För att kunna genomföra en så gedigen riskutredning som möjligt är det nödvändigt att hämta in ett brett underlag, exempelvis kriminalvårdsakten och eventuella tidigare domar. Det kan också vara värdefullt att samtala med referenter. Av föreskrifterna framgår att Rättsmedicinalverket kan hämta in viss sekretessbelagd information om det är nödvändigt för att kunna genomföra riskutredningen. Det kan också gälla i fall där det föreligger sekretess i förhållande till en referent, om det bedöms nödvändigt för att fullgöra riskutredningen.

Kompetenskrav

Riskutredningarna genomförs av tvärprofessionella utredningslag, enligt en modell som är väl etablerad och används vid de rättspsykiatriska avdelningarna vid rättspsykiatriska undersökningar (RPU). Arbetssättet, med olika yrkesgrupper i samarbete, har många fördelar. Mänskligt beteende är komplext och måste förstås ur olika perspektiv. Lagarbete förutsätter en öppen diskussion där olika förklaringsmodeller kan användas för att skapa en så bred syn på problematiken som möjligt. Arbetssättet syftar till att bidra till en ökad säkerhet i bedömningen, något som också ökar rättssäkerheten.

All personal som utför riskutredningar ska ha minst tre års erfarenhet i sitt yrke och ha arbetat inom verket eller med liknande verksamhet under en viss tid. Dessutom krävs genomgången utbildning i Rättsmedicinalverkets regi eller motsvarande i riskbedömningsmetodik. Kompetenskraven har fastlagts i samråd med Socialstyrelsen.

Den rättspsykiatriska avdelningen kan också kontraktera externa riskutredare som uppfyller de fastlagda kompetenskraven.

Information till den dömda

Föreskrifterna anger kortfattat att den dömda ska få information om förutsättningarna för riskutredningen, syftet med den och vilken sekretess som gäller. Informationen ska följa personuppgiftslagens bestämmelser.

Riskutredningsmetodik

En riskutrednings omfattning ska anpassas till ärendets karaktär och svårighetsgrad. Om en riskutredning gjorts tidigare ska den nya utredningen enbart inriktas på om risken för återfall i brottslighet har förändrats sedan den tidigare utredningen.

En riskutredning är inte detsamma som en rättspsykiatrisk undersökning. Den dömda ska inte i första hand utredas utifrån ett psykiatriskt perspektiv. Även om det skulle framkomma att psykiatriska problem finns, ska dessa enbart redovisas om det påverkar frågan om risk för återfall i brott.

Vilka metoder, instrument och checklistor som ska användas vid en riskutredning finns specificerade i Rättsmedicinalverkets interna föreskrifter och riktlinjer. De

metoder som räknas upp har utvärderats i vetenskapliga forum.

Enligt de interna riktlinjerna bör riskutredarna inte skriva ut vilka poäng de använda checklistor i riskutredningen ger. Anledningen är att det också kan finnas andra överväganden om risk- och skyddsfaktorer som påverkar den sammantagna risknivån, och därmed också den samlade bedömningen.

Deltagarna i utredningslaget bidrar med kunskap inom sina egna områden. Läkarens delutredning ska särskilt inriktas på psykisk ohälsa, missbruk/beroende och somatiska sjukdomar. Psykologen bör fokusera på personlighetsrelaterade faktorer och intellektuella resurser. Den forensiske socialutredaren ska koncentrera sig på sociala förhållanden och missbruk, men även på den dömdes tid i anstalt. För omvårdnadspersonal är uppgiften att särskilt bevaka den dömdes förmåga att klara vardagliga uppgifter och relationen till medintagna och personal i samband med anstaltsvistelsen.

Utlåtandet med riskbedömning

Det dokument som skickas till domstolen kallas utlåtande med riskbedömning. Förordningen⁵ reglerar hur utlåtandet ska utformas. Viktigast är bedömningen av risken för återfall i brottslighet och vilken typ av brottslighet som i så fall avses. Om risken för återfall bedöms som medelhög eller hög, ska utlåtandet också innehålla förslag till åtgärder för att minska risken.

Utlåtandet med riskbedömning skickas till domstolen. Delutredningarna, som ligger till grund för utlåtandet, arkiveras vid de rättspsykiatriska avdelningarna. De är självfallet tillgängliga för domstolen, eller för en part som önskar ta del av dem.

Hur risk ska graderas är en central fråga. Utifrån befintlig forskning är det tveksamt att ha fler än tre skalsteg, trots den nackdel som det innebär att ha ett icke-differentierande ”mellanalternativ”. Skalstegen är ”hög”, ”medelhög” och ”låg”.

Särskilda svårigheter

Det kan vara mer eller mindre komplicerat att genomföra en riskutredning. I vissa fall har man tillgång till gott om dokumentation och får mycket information av den dömd, som kanske dessutom kan ha haft permis-

sioner på egen hand under flera år. En sådan riskutredning kan utföras med större säkerhet än när dokumentationen är knapphändig eller när den dömd medverkar ovilligt eller har något kontakthindrande handikapp. En annan faktor som ökar osäkerheten är när den dömd inte har haft några permissioner på egen hand och kanske uteslutande har vistats på sluten anstalt. Detta gäller vanligtvis personer som ska utvisas efter avtjänad strafftid. I föreskrifterna anges därför att det ska framgå om utredningslaget är tveksamt beträffande graden av risk och orsakerna till tveksamheterna.

Det framgår också av föreskrifterna att utredarna ska ange vilka faktorer som ökar risken för återfall i brottslighet (riskfaktorer) och vilka som minskar den (skyddsfaktorer). Att fastslå närmare och allmängiltiga anvisningar om vad som är risk- respektive skyddsfaktorer skulle inte vara möjligt. De särskilda checklistor (se sidorna 10-11) som finns tillgängliga är framtagna vid forskning på större grupper. Eftersom en riskbedömning utförs beträffande en särskild individ, måste bedömningen kompletteras utifrån utredningslagets kliniska erfarenhet – dvs. långvarig erfarenhet av möten med människor av olika slag och i olika kliniska sammanhang. Vad som är en riskfaktor för de flesta, t.ex. ett bristande socialt nätverk, måste nödvändigtvis inte vara det för den enskilde individen.

Skyddsfaktorer – faktorer som minskar risken för återfall i brott – är ett mindre utforskat område än vad riskfaktorer är. I forskningen brukar man ange faktorer som begåvning, utbildning, bostad och arbete, samhörighet till samhälle och särskild kulturell tillhörighet som generella skyddsfaktorer. Några checklistor som utgår från identifierade skyddsfaktorer finns inte.

För utredningslaget är arbetet med att ange risk- och skyddsfaktorer och att väga dem mot varandra det svåraste vid riskutredningen. Det kräver kunskap om forskning, klinisk känslighet och ett gott omdöme.

I föreskrifterna står att om utredarna kommer fram till att det finns en medelhög eller hög risk för återfall i brottslighet, ska man lämna förslag till åtgärder för att minska denna risk. Åtgärderna måste ha en praktisk/realistisk inriktning. Det är därför nödvändigt att utredarna har kunskap om kriminalvårdens resurser och verksamhetsförutsättningar.

5 Förordning (2006:1119) om omvandling av livstidsstraff

Utbildning i riskbedömningsmetodik

Av föreskrifterna framgår att alla riskutredare ska ha genomgått en särskild utbildning i riskbedömningsmetodik anordnad av Rättsmedicinalverket eller ha motsvarande kompetens. Vid Rättsmedicinalverket har hittills anordnats två utbildningsomgångar. Den första hölls under tiden maj - november 2006, dvs. inför införandet av den nya lagen, och den andra under tiden september 2007 - februari 2008. Varje utbildning omfattade fem-sex dagar.

Den personal vid Rättsmedicinalverket som genomför riskutredningar har gått den utbildning som verket anordnat. Efter avslutningen av den andra utbildningsomgången har sammanlagt 51 personer genomgått utbildning. Av dem som utbildats är 14 forensiska socialutredare, 12 psykologer, 7 läkare och 18 representanter för omvårdnadspersonal.

Inslag av teoretiska och praktiska delar har varvats i utbildningen. Den inledande delen omfattar avsnitt om historik, etik och evidens, följt av särskilda avsnitt om psykopati, våldsbrottslighet, sexualbrottslighet och partnervåld. I samtliga ingår praktisk utbildning om checklistor. Ett särskilt fokus läggs också på programverksamheten som bedrivs inom kriminalvården. Även färdigheter i riskbedömningsmetodik och utlåtandeskrivning har en viktig plats under utbildningen. Alla deltagare examineras i dessa moment.

En utbildningsdag har förlagts till kriminalvårdsanstalten Kumla, med Kriminalvården som programansvarig. Hur frågor som rör livstidsdömda handläggs inom kriminalvården är den viktigaste punkten under dagen.



Kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet berör både den enskilde utredaren och det övergripande utredningsarbetet. Varje enskilt ärende ska kvalitetssäkras under hela processen. En övergripande utvärdering ska också göras av själva utredningsprocessen och de moment och tekniker som ingår i den.

Fortlöpande kvalitetsuppföljning

Den löpande kvalitetssäkringen bygger på att utredningslagets samarbete fungerar på ett bra sätt. Arbetet förutsätter en noggrann och tät kommunikation inom laget under utredningens gång. Alla utredare i utredningslaget har ett ansvar för den slutliga produkten och måste därför ge akt på och tillsammans med övriga lagmedlemmar åtgärda eventuella brister i det pågående arbetet. Utformningen av huvudutlåtandet är en särskilt grannliga uppgift som ställer krav på smidig och öppen diskussion inom utredningslaget.

Vid svårare och mer komplicerade riskbedömningsärenden kan utredningslaget använda sig av s.k. *skugg-*

lag. Skugglaget är kompetensmässigt sammansatt på samma sätt som det ursprungliga utredningslaget. Skugglaget får ta del av alla handlingar och tillsammans med utredningslaget föra diskussioner om risk- och skyddsfaktorer och om den sammanvägda bedömningen.

Systeminriktad kvalitetsuppföljning

För att följa upp kvaliteten på riskbedömningarna har under en inledningsperiod varje bedömning med sina delutredningar skickats till den rättspsykiatriska avdelning som inte varit involverad i bedömningen. Vid denna avdelning utses ett *utvärderingslag* som består av en representant för varje yrkesgrupp. Granskningen sker genom en bestämd mall där utvärderingslaget ska svara på hur man uppfattar kvaliteten på utredningen och dess delutredningar, identifiera styrkor och svagheter i utredningen och om den slutliga bedömningen anses vara rimlig. De ifyllda granskningsdokumenten skickas därefter till de berörda utredarna.

Rättens slutliga beslut i omvandlingsfrågan är givetvis

en ytterst viktig källa för att utvärdera hur väl utredningslaget lyckats i vad som ibland kallas *riskkommunikationen*, dvs. i vilken grad mottagaren av riskbedömningen uppfattar informationen som den var avsedd.

Kvaliteten på riskkommunikationen är också viktig för Kriminalvårdens fortsatta arbete i de fall som rätten inte bifallit ansökan om tidsbestämning.



Riskbedömningsmodellerna – instrument och checklistor

Riskbedömningar kan göras utifrån tre principer:

- **En klinisk bedömning** görs av en kliniker utifrån utbildning, erfarenhet och personlig kännedom om den enskilde patienten/intagne.
- **En aktuarisk bedömning** bygger på statistiskt fastställd riskbedömning, utifrån studier av empiriska data på gruppnivå.
- **En strukturerad klinisk bedömning** kan ses som en kombination av en klinisk och aktuarisk bedömning. Den görs med hjälp av en eller flera standardiserade checklistor.

Vid riskutredningen gör utredningslaget både en klinisk bedömning och använder checklistor. De checklistor som används har fastställts av Rättsmedicinalverket. Urvalet har baserats på den forskning som fanns om riskbedömningar då omvandlingslagen infördes. Det är därför viktigt för Rättsmedicinalverket att fortlöpande följa utvecklingen för att få en överblick bl.a. över relevanta och utprövade checklistor. Just nu (hösten 2008) pågår ett utvecklingsarbete inom verket för att översätta den kanadensiska riskbedömningschecklistan LSI-R (The Level of Service Inventory) till svenska och i övrigt anpassa den till svenska förhållanden.

Det är vanligt att olika instrument kombineras vid bedömningsarbetet. En klinisk justering utifrån utredningslagets kunskaper och erfarenheter sker alltid innan den sammanfattande risknivån anges i det enskilda ärendet: låg, medelhög eller hög.

Strukturerade kliniska modeller

PCL-R

PCL-R (Psyopathy Checklist Revised; Hare, 1991) utvecklades i Kanada under främst 1980-talet och har kommit att bli en av de mest betydelsefulla metoderna för att bedöma återfallsrisk. Checklistan utvecklades främst för att bedöma graden av psykopatiska personlighetsdrag, men har kommit att användas också vid riskbedömningar eftersom det har visat sig finnas ett samband mellan psykopatiska personlighetsdrag och återfall i kriminalitet. Det gäller särskilt för återfall i våldsbrottslighet⁶.

Psykopati är en viktig bedömningsgrund i flera olika checklistor, t ex HCR-20, SVR-20, SARA och VRAG.

HCR-20

HCR-20 (Historical, Clinical, and Risk Management; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) utvecklades i Kanada av en grupp forskare under mitten av 1990-talet. Checklistan presenterades som ett verktyg för kliniker som genomför bedömningar av risk för framtida våld. HCR-20 används idag inom flera områden i Sverige (kriminalvård, rättspsykiatri och psykiatri) och är troligtvis den mest väletablerade riskbedömningschecklistan som finns tillsammans med psykopati-checklistan PCL-R.

Checklistan HCR-20 är säkerställd (validerad) när det gäller lagöverträdare med och utan psykisk störning.

6 (Salekin, Rogers & Sewell, 1996)

SVR-20

SVR-20 (Sexual Violence Risk-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997) är en checklista för bedömning av risk för återfall i sexuell brottslighet. Definitionen av sexuell våld är bred: "sådan som är faktiskt genomfört, försök till eller hot om sexuell kontakt med en person som inte har givit sitt samtycke eller som inte har förmågan till att samtycka". Den utvecklades i Kanada, precis som de flesta andra väletablerade checklistor som finns idag.

SARA

SARA (Spousal Assault Risk Assessment guide; Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1994) är en checklista som är baserad på forskning om partnervåld. Avsikten är att identifiera riskfaktorer som är specifika för denna typ av brottslighet. Med partnervåld avses såväl hot om, försök till, och faktisk fysisk skada av en person som gärningsmannen har eller har haft en sexuell och intim relation till. SARA utvecklades i Kanada av en grupp forskare för att bedöma risken för återfall i partnervåld hos personer som redan gjort sig skyldiga till denna typ av våldsbrottslighet.

LSI-R

LSI-R (Level of Service Inventory Revised; Andrews & Bonta, 2004) är ett verktyg som utvecklats i Kanada för bestämning av stödinsatser för att förhindra framtida kriminalitet. Checklistan består av en sammanställning av riskfaktorer för kriminalitet hämtade från litteraturen, erfarenhet hos personal som arbetar med krimi-

nella samt generella kunskaper rörande kriminella populationer.

Med LSI-R som verktyg kan man sammanställa information om riskfaktorer och behov som kan vara av betydelse för att planera insatser för den dömda, samt för att bestämma övervakningsbehov.

LSI-R är ännu inte fastställt av Rättsmedicinalverket för att användas i riskutredningar i anslutning till omvandlingslagen.

Aktuariska modeller

VRAG

VRAG (Violence Risk Appraisal Guide; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998) är ett aktuariskt riskbedömningsinstrument som mäter risken för framtida våld, inklusive sexuella brott. VRAG består av tolv riskfaktorer som är tydligt definierade och mestadels oföränderliga (statiska) till sin natur. Faktorerna är viktade, vilket betyder att de får olika värden beroende på deras inflytande på den totala risknivån. En värdering av psykopatiska drag bör göras av psykolog eller annan person med liknande kompetens.

STATIC-99

Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) är ett aktuariskt riskbedömningsinstrument för att bedöma återfall i sexualbrottslighet och våldsbrottslighet hos manliga förövare som tidigare har begått sexuellt brott (ej pornografibrott eller prostitutionsbrott). Instrumentet var en sammanfogning av två tidigare riskbedömningsinstrument som utvecklats för sexualbrott.



Första årets verksamhet i siffror

Demografi

Under perioden november 2006 t.o.m. december 2007 fick Rättsmedicinalverket in 30 ärenden för riskutredning av livstidsdömda. 29 personer utreddes under perioden, eftersom en återkallade sin ansökan.

Av de 29 livstidsdömda personerna var en kvinna och resten män. Åldern varierade mellan 33 och 68 år, med ett genomsnitt på 49 år. Knappt hälften, 13 personer (45 procent), var födda i Sverige. Flertalet, 22 personer (73 procent), var svenska medborgare.

I genomsnitt hade de livstidsdömda i ansökningsgruppen suttit i fängelse i 13 år. Verkställighetstiderna som fullgjorts varierade mellan 10 och 24 år. Det motsvarar alltså en strafftid på mellan 15 och 36 år, om man utgår från en tänkt frigivning efter två tredjedelar. I samtliga fall utom ett avsåg livstidsdomen mord. Ett fall avsåg terroristbrott.

Handläggningstider

Av de 29 riskbedömningsärendena utreddes fem inom den utredningstid om tre veckor som angivits i Rättsmedicinalverkets interna riktlinjer. Utredningstiderna varierade mellan 19 och 63 dagar, med en genomsnittlig tid om 36 dagar.

Efter det att ärendet expedierats till Örebro tingsrätt tog det mellan 29 och 218 dagar för rätten att fatta sitt beslut. Fram till mars 2008 har 21 förhandlingar hållits i Örebro tingsrätt. Under redovisningsperioden har tre ärenden överklagats till Göta hovrätt och slutligen tre till Högsta domstolen⁷. Den genomsnittliga tiden från förhandling i tingsrätt till förhandling i hovrätt har varit 103 dagar. De flesta ärenden, 20 av 29, inkom i december 2006 och under första halvåret 2007. Fördelningen av ärenden mellan den rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm och Göteborg har varit 20 respektive 9.

Utredare

Antalet utredare i varje ärende skilde sig åt mellan avdelningarna i Stockholm och Göteborg. Vid båda avdelningarna deltog forensisk socialutredare, psykolog och läkare under samtliga utredningar. I Göteborg deltog också representant för omvårdnadspersonalen i samtliga fall. I Stockholm deltog representant för omvårdnadspersonalen vid tre utredningar.

Vid varje riskutredning utsågs en av utredarna till huvudförfattare av utlåtandet med riskbedömning. Av de 29 utredningarna skrevs hälften av huvudutlåtandena (52 procent) av en forensisk socialutredare, en dryg tredjedel (38 procent) av en psykolog och en tiondel (10 procent) av en läkare. Inget utlåtande skrevs av representant för omvårdnadspersonalen.

Avdelningarna skilde sig åt när det gällde vilken av de deltagande utredarna som utsågs till huvudförfattare. I de nio utredningarna i Göteborg var fördelningen jämn mellan forensisk socialutredare, psykolog och läkare (3 + 3 + 3). I Stockholm skrevs samtliga 20 utredningar av antingen en forensisk socialutredare eller en psykolog (12 + 8).

Plats för genomförande av utredningen

I de flesta fallen har riskutredningarna helt eller delvis ägt rum vid någon av Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska avdelningar i Stockholm eller Göteborg. Riskutredare från Stockholm reste till anstalterna i Norrtälje, Kumla, Tillberga, Skenäs och Beateberg vid nio riskutredningar. Riskutredare från Göteborg reste till anstalterna i Kalmar, Norrtälje och Tidaholm vid tre riskutredningar.

Vanligast var att utredningslaget träffade den dömda vid två tillfällen. Vid avdelningen i Stockholm var det fallet vid 15 av de 20 utredningarna. Vid två utredningar sågs man tre gånger och vid en utredning en gång. Vid avdelningen i Göteborg träffade man fem av de dömda vid två tillfällen och övriga dömda vid ett tillfälle. Varje träff varade mellan två och sex timmar.

⁷ Högsta domstolens beslut 2008-05-21, Mål nr Ö 3016-07, Ö 2182-07, Ö 2993-07

Tabell 1: Örebro tingsrätts slutliga beslut enligt omvandlingslagen. Rättsmedicinalverkets skattning av risk

		Rättsmedicinalverkets bedömning			
		Låg risk	Medelhög risk	Hög risk	Summa
Tingsrättens beslut	Beslut om tidsomvandling	8	2	0	10
	Ej beslut tidsomvandling	10	2	0	12
	Annat	0	0	1*	1
	Summa	18	4	1	23

* Ansökningen sedermera återkallad av den sökande.

Så beslutade rätten

Örebro tingsrätt avgjorde 23 ärenden under perioden 1 november 2006–31 december 2007. I ett fall har den dömde själv återtagit sin ansökan. Tio sökande fick beslut om tidsomvandling, tolv fick avslag (se tabell 1). De beslutade strafftiderna har varierat mellan 21 och 33 år med en genomsnittlig tid på 26 år.

Tabellen visar att tingsrätten beslutat om tidsomvandling i ungefär hälften av de ärenden där Rättsmedicinalverket bedömt att risken för återfall i brottslighet varit låg. Antalet ärenden där risken för återfall bedömts vara medelhög är mycket liten, endast fyra fall. Men också i dessa fall har tingsrätten beslutat om tidsomvandling i hälften av fallen.

I de tio fall där tingsrätten inte beslutat om tidsomvandling, trots att Rättsmedicinalverket bedömt risken för återfall i brottslighet som låg, har motiveringen varit att den dömde ännu inte avtjänat ett tillräckligt långt straff i förhållande till brottets svårhetsgrad.

I två ärenden beslutade tingsrätten om tidsomvandling där Rättsmedicinalverket bedömt risken för återfall i brottslighet som medelhög. Rätten refererade då i sitt ställningstagande också till andra, tidigare genomförda riskbedömningar. I det ena ärendet gjorde rätten en sammantagen bedömning av Rättsmedicinalverkets

bedömning och andra riskbedömningar och uttalade att risken är lägre än vad Rättsmedicinalverket angivit. I det andra ärendet ansåg man att det i Rättsmedicinalverkets riskbedömning och vid tidigare utredningar lagts för stor vikt vid den dömdes psykiatriska problematik.

Använda instrument/checklistor vid riskbedömningen

De metoder som används vid riskbedömningen ska vara fastställda av Rättsmedicinalverket. Vilka de fastställda metoderna är finns angivet i en bilaga till Rättsmedicinalverkets interna riktlinjer. Metodvalen ska också anges i det slutliga utlåtandet.

För 28 av de 29 genomförda riskutredningarna finns data registrerade i Psykbase⁸.

PCL-R har registrerats i 28 utredningar och HCR-20 i 27 (i två av dem endast delvis). SARA har registrerats i fem utredningar och SVR-20 i två. VRAG har registrerats i åtta utredningar medan Static-99 inte registrerats alls.

I tabell 2 redovisas poängen på de bedömningar som har gjorts med HCR-20, SVR-20, SARA samt PCL-R. I Rättsmedicinalverkets interna riktlinjer finns angivet

⁸ Rätt psykiatriskt ärendehanteringssystem

att riskutredarna inte bör skriva ut poäng från de använda checklistorna i delutredningarna eller utlåtandet. Anledningen är att poängantal kan vara missvisande, eftersom checklistorna är utarbetade på gruppnivå. Det betyder att även om en metods checklista pekar på liten risk för återfall i våld för en person, kan riskerna i verkliga livet ändå vara stora. Andra variabler, t.ex. sådana som kommer fram vid den kliniska bedömningen, kan vara de som ökar den bedömda risken för återfall. På gruppnivå ser den genomsnittliga poängen för de riskskattningar som genomförts vid Rättsmedicinalverket ut på detta sätt:

Tabell 2. Utfall av skattning i checklistor

	Antal	Lägsta poäng	Högsta poäng	Medelvärde	Standardavvikelse
HCR-20	25	3	27	12,0	8,0
SVR-20	2	13	28	20,5	10,6
SARA	5	6	20	11,4	5,6
PCL-R	28	0	29	9,3	7,6

Maxpoängen för var och en av checklistorna är 40. Några bestämda kriterier för när man ska bedöma om ett poängantal är högt eller inte finns inte. Generellt kan man säga att om poängen ligger över 20, kan det finnas en ökad risk för återfall för den personen (HCR-20, SVR-20 och SARA). Om poängen ligger över 20 på checklistan PCL-R, kan det finnas psykopatiska drag.

Vid en poängnivå över 30 kan återfallsrisken respektive psykopatin vara mer uttalad. Utifrån tabellen kan man konstatera att poängen är relativt låg, men också att den varierar stort mellan individerna.

Tabell 2 visar hur många personer som fått en viss poäng i de olika checklistorna. Ingen har kommit upp i mer än 30 poäng, dvs. en sådan nivå att man brukar tala om uttalad återfallsrisk eller psykopati. Några har fått mellan 20 och 30 poäng.

Övriga instrument

Förutom checklistor för risk för återfall kan ibland andra instrument användas. Det kan röra sig om bedömning av allmänintellektuell nivå, tecken på eventuell demensutveckling och bedömningar av personlighet. För sådana instrument har Rättsmedicinalverket inte angivit vilka som får användas, valet görs av den enskilde utredaren.

Efter det första årets verksamhet med riskutredningar kan man konstatera att få andra instrument än de som godkänts av Rättsmedicinalverket har använts. Två äldre personer har bedömts med hjälp av MMT (Mini Mental Test) som är ett sk screeningformulär som kan avslöja eventuella tecken på demens. En person har bedömts med delar ur WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale-III), ett instrument för att mäta allmänintellektuell funktion. En person har bedömts med SRB (Synonymer, Reasoning, Block), som är ett motsvarande, äldre svenskt instrument.

Personlighetsformulären TCI (Temperament and Character Inventory) samt SSP (Swedish universities Scales of Personality), har använts vid två riskutredningar.



Riskbedömning ur ett vetenskapligt och kliniskt perspektiv

Historik

Människor gör, mer eller mindre medvetet, olika typer av riskbedömningar varje dag. Borde jag ta bussen eller pendeltåget idag för att hinna till nästa möte, eller för att hämta barn på dagis? Vad talar för de olika alternativen?

Väderprognoser lyfts ofta fram som exempel när ämnet riskbedömningar förs på tal. Meteorologernas arbete är i sitt slag lika komplext som en riskbedömning eller förutsägelse om risk för våldsbeteende. Bedömningsarbetet har i båda fallen en palett av olika utfall att ta hänsyn till. Blir det nederbörd, vilken typ (regn eller snö), vilken omfattning (lättare dugg eller snöstorm) o.s.v. Att genomföra riskbedömningar av framtida våldsbeteende innebär samma typer av mångfacetterade överväganden; kommer personen att agera ut, vilken typ av agerande (hot eller grövre våldshandlingar), när och under vilka situationer är det troligt att det kan inträffa, vad talar emot sådant agerande (skyddsfaktorer såsom god behandlingsallians, bra nätverk o.s.v.).

Ostrukturerade kliniska riskbedömningar

Samhällets behov av att göra riskbedömningar av våldsbenägna personer – brottslingar, psykiskt sjuka och andra grupper av människor som har betraktats som avvikande – har funnits under många hundra år.

Präster, läkare och andra i samhällets syn respekterade män användes som experter. Om dessa bedömde att det fanns risk för att den tilltalade skulle begå nya våldshandlingar och därmed utgjorde en samhällsfara, togs personen in på anstalt. Under 1960-talet började dock bedömningarna att utsättas för hård kritik. Trots att verksamheten pågått under århundraden hade den dittills inte studerats vetenskapligt.

I slutet av 1960-talet fattade Högsta domstolen i USA ett beslut som öppnade möjligheter att studera hur väl man lyckats bedöma risken för återfall i brott.

Johnny Baxstrom var en man som efter avtjänat fängelsestraff överfördes till tvångsvård på mentalsjukhus

sedan expertis bedömt honom som farlig. Han överklagade detta beslut till Högsta domstolen, och domstolen gav honom möjligheten att skriva ut sig från mentalsjukhuset. Domen verkade prejudicerande, och tusentals amerikaner som internerats för att de bedömts som farliga blev utskrivna och började leva ute i samhället.

Uppföljningen av hur det gick för de utskrivna förvånade.

Det visade sig att experternas riskbedömningar inte var bättre än slumpen. År 1974 publicerades en artikel av Ennis och Litwack (1) där systemet ifrågasattes starkt. Skepsisen spred sig även till Sverige. Den 1 juli 1981 togs en av de sista tidsobestämda påföljderna – interneringspåföljden – bort. Den 1 januari 1980 hade ungdomsfängelsepåföljden tagits bort. Den enda kvarvarande tidsobestämda påföljden blev alltså livstids fängelse. Avskaffandet av möjligheterna till halvtidsfrigivning (1990-talet) kan till viss del anses ha att göra med svårigheterna att göra återfallsriskbedömningarna vid prövningen.

Strukturerade riskbedömningar

I litteraturen har utvecklingen av riskforskning delats upp i olika tidsepoker. Den första eran, som beskrivits här ovan och som slutade med misstroende mot möjligheten att förutsäga framtida våldshandlingar, kallas för "första generationens riskforskning".

Men trots att det fanns en stark misstro mot riskbedömningar fortsatte ändå användningen i olika sammanhang. I exempelvis Kanada var det också lag på att riskbedömningar skulle genomföras. Nu försökte forskarna hitta metoder som på ett bättre sätt kunde ta till vara på de erfarenheter som gjorts. Därmed inleddes den andra generationens riskforskning. Bland annat ersattes tanken om att en människas farlighet eller ofarlighet som ett absolut tillstånd, istället med att risken om farlighet finns i varierande grad. Personliga faktorer var inte heller längre det enda som bestämde risken. Påverkan kommer från många håll, både inom och utanför en person.

Den andra generationens riskforskning resulterade i instrument för riskbedömning där flera riskfaktorer vägdes samman. Ett av de mest kända instrument som utvecklades under denna tid var Risk Assessment Guide (RAG). Det benämndes senare som Violence Risk Appraisal Guide (VRAG). Instrumentens förmåga att förutsäga framtida våld visade sig betydligt överstiga de gamla kliniska bedömningarna. De nya, mer strukturerade och objektiva riskbedömningarna gjorde det också lättare att kritisera och argumentera emot en bedömning, vilket ökade rättssäkerheten.

Men det fanns frågetecken också i den andra generationens riskforskning. De riskfaktorer som ingick i de statistiskt baserade instrumenten togs fram specifikt utifrån den grupp lagöverträdare som studien baserades på. Risknivån bestämdes med hjälp av en matematisk formel som angav hur olika riskfaktorer hos gruppen skulle bedömas. Subjektiva värderingar och tolkningar tolererades inte, allt skulle vara strikt strukturerat. Risknivåerna bestämdes utifrån den statistiska sannolikheten att en person med en viss poäng skulle återfalla i våldsbrott. Som ett resultat av den matematiska utformningen kunde exempelvis omständigheter som att offret var kvinna och offerskadan dödlig räknas som riskminskande faktorer, vilket väckte anstöt och bristande förståelse bland kliniker och beslutsfattare.

Det var också ett problem att den här typen av riskbedömningar baserades på statiska riskfaktorer, alltså faktorer som inte ändras över tid. En effekt av detta blev att det inte fanns mycket som kunde förändra eller påverka risken, varken behandlingar eller andra åtgärder. Det uppfattades som mycket otillfredsställande, både ur klienters perspektiv och för behandlare.

En strukturerad, klinisk riskbedömningsmodell

Forskningsarbetet fortsatte för att finna nya, gångbara alternativ för att bedöma risk för återfall i våldsbrott. Den tredje generationens riskforskning hamnade mittemellan den första och den andra generationens sätt att bedöma risk för återfall i våldsbrott. En strukturerad, klinisk modell utvecklades som en kompromiss mellan de två ståndpunkterna. Den mest kända, beforskade och etablerade strukturerade kliniska modellen, som fortfarande är standardmodellen idag i Sverige och in-

ternationellt för bedömning av risk, är Historical, Clinical, Risk Management, HCR-20.

Under mitten av 1990-talet gjorde riskbedömningar enligt internationellt utvecklade strukturerade kliniska modeller sitt verkliga intåg i Sverige. I forskning prövades om dessa modeller stämde för svenska förhållanden. Efter anpassning används de sedan dess inom den utredande och den vårdande rättspsykiatri, kriminalvården och polisväsendet.

Evidens

Det finns idag ett tillräckligt stort vetenskapligt underlag för att kliniker ska kunna genomföra riskbedömningar med någorlunda precision⁹ på olika grupper av människor med psykisk störning. År 2005 genomfördes på uppdrag av regeringen en sammanställning (3), av det vetenskapliga underlaget för att genomföra riskbedömningar av personer som led av någon typ av psykisk störning eller sjukdom. Den direkta anledningen till uppdraget var de oprovocerade våldsbrott som inträffade under främst 2003, bland annat mordet på Sveriges utrikesminister Anna Lindh.

Rapportens slutsatser var att man inom psykiatri kunde förutsäga manliga patienters benägenhet att begå våldshandlingar i samhället med en säkerhet motsvarande högst 70 - 75 procent. Detta skulle medföra att vart tredje eller vart fjärde fall blev felbedömt.

Enligt samma rapport saknas idag vetenskapligt stöd för tillförlitliga riskbedömningar av kvinnor och av olika etniska grupper. Rapporten pekar på ytterligare forskningsbehov, bland annat när det gäller påverkbara riskfaktorer, alltså faktorer som man kan förändra genom åtgärder. De flesta checklistor och instrument som finns idag baseras till stor del på statiska, dvs. oförän-

9 Modest precision motsvarar i statistiska termer en AUC of ROC mellan 0,7-0,8 (2). Som bäst skulle detta medföra att bedömningar som görs är korrekta i cirka 70 procent av fallen. ROC är en förkortning för Receiver Operating Characteristic vilket är en statistisk metod för att mäta förhållandet mellan sensitivitet och specificitet. Detta ger en vägledning om förhållandet om hur många av de "farliga" personer som identifieras med ett visst riskbedömningsmodell respektive hur många felaktiga "farliga" som identifieras (det vill säga falska positiva). En AUC (Area Under the Curve) of ROC rör sig mellan 0 och 1. Ett värde på 0,50 skulle innebära att riskbedömningsmodellen inte är bättre än slumpen för att avgöra om en person är "farlig" respektive "ofarlig". (2)

derliga, faktorer, vilket betyder att risken inte förändras över tid oavsett vilka insatser som sätts in.

Utifrån den forskning som finns idag utförs riskbedömningar med ett tidsperspektiv på ett par år. Det är viktigt att hålla det i minnet när riskbedömningars tillförlitlighet och relevans ska värderas. För kortare tidsperioder – dagar, veckor och månader – saknas underlag än så länge. För institutionellt våld är läget däremot ett annat. Där finns stöd för att kunna förutsäga våldshandlingar inom vården för de närmaste 24 timmar¹⁰. Att det idag saknas vetenskapligt stöd för kortare tidsperspektiv när det gäller våld i samhället beror på att den typen av studier är krävande, både praktiskt och ekonomiskt. Det krävs för det första att många accepterar att delta i en sådan studie för att den ska bli meningsfull. För det andra ska riskfaktorerna mätas med korta intervall, vilket betyder att både de som utför undersökningen och de som deltar måste avsätta mycket tid till studien.

Checklistor saknas för långtidsdömda

När det gäller personer som dömts till långa fängelsestraff saknas det i dagsläget särskilda checklistor för riskbedömning. Rättsmedicinalverket och Kriminalvården har helt nyligen påbörjat ett forskningsprojekt¹¹ för att särskilt undersöka risk- och skyddsfaktorer för våld i samhället efter villkorlig frigivning från livstidsstraff. Denna forskning ska också utveckla en statistisk modell för att öka säkerheten i bedömningen av främst framtida våldshandlingar i den här gruppen.

Hittills har det inte funnits någon regelrätt forskning på livstidsdömda i Sverige, förutom ett par rapporter från Kriminalvården om personer som dömts till livstids fängelse.

Även om man söker internationellt är de vetenskapliga studierna få. I en dansk studie (5) följde man upp individer som var dömda för mord och dråp efter frigivning från fängelse. Totalt var det 52 dömda som frigivits från sina fängelsestraff efter i genomsnitt drygt

fyra år på anstalt. Uppföljningstiden var 0 - 22 år, med en genomsnittlig tid på nio år. Av de frigivna återföll 69 procent i någon typ av kriminalitet och 25 procent i våldsbrottslighet (varav två begick nya mord/dråp). Forskarna registrerade också att de som frigivits före 34 års ålder hade en betydligt högre återfallsfrekvens än de som var 34 år eller äldre.

Det finns studier där man studerat våld begånget på anstalt och jämfört grupper av kriminella. En jämförelse av dödsdömda och andra intagna i Texas visade att risken för att de dödsdömda skulle agera våldsam på fängelse var betydligt lägre jämfört med bland de andra intagna (6). En annan studie av 500 personer som dömts till dödsstraff men fått sina straff omvandlade visade att endast en liten grupp (7,4 procent) stod för mer än hälften av alla våldshändelser på anstalt (7).

Debatten om aktuariska och kliniska riskbedömningar

Som den historiska tillbakablicken om riskbedömningar och deras utveckling har visat, har det stundtals förts en intensiv debatt om fördelar respektive nackdelar med aktuariska respektive kliniska riskbedömningar. Grunden till debatten har varit frågan om hur man på bästa sätt kan uppnå en så hög säkerhet i bedömningarna som möjligt.

Jämfört med den aktuariska modellen, där risken graderas i form av tal och där en viss siffra motsvarar en viss statistisk risknivå, kan de strukturerade kliniska modellerna ge ett mer otydligt intryck och lämna mycket utrymme för en enskild bedömarens kompetens. De syftar till att presentera en guide över viktiga riskfaktorer. Dessa checklistor utesluter inte möjligheten att det kan finnas särskilda överväganden kring vissa egenskaper eller omständigheter hos den person som riskbedöms. Ett exempel skulle kunna vara en person, som visserligen uppfyller få riskkriterier, men har tvångsmässiga personlighetsdrag och blir helt upptagen av att döda en eller flera personer. Det omvända skulle kunna vara en person som enligt checklistor uppfyller många riskfaktorer, men som på grund av en fysisk sjukdom är sängliggande. Denna typ av överväganden utesluts vid "rena" aktuariska bedömningar.

Förespråkare för den aktuariska skolan hävdar att kliniker gör sämre bedömningar om de lämnas fria att göra

10 Short-term risk prediction: the Bröset Violence Checklist (BVC) (4)

11 Forskningsprojektet är ett samarbetsprojekt mellan Kriminalvården och Rättsmedicinalverket och går under benämningen "Risk- och skyddsfaktorer för intrainstitutionellt våld respektive våld i samhället hos livstidsdömda i Sverige"

andra överväganden än de rent statistiska. Förespråkarna för den strukturerade, kliniska falangen hävdar å sin sida att aktuariska modeller är känsligare för skillnader mellan olika grupper av individer. Med det menas att riskfaktorer i de aktuariska modellerna är framtagna på en viss grupp av personer, och att viktningen av riskfaktorernas relevans avgörs utifrån detta. Detta gör att man inte enkelt kan använda den modellen för en annan grupp människor, som kanske har andra viktiga kännetecken som kan vara avgörande för risknivåbestämningen.

I en studie av Hart & Michie (8) redovisade man svårigheten med att överföra aktuariska modeller på enskilda individer. På gruppnivå tycktes riskbedömningsinstrumenten uppvisa en god precisionsförmåga när det gällde att identifiera vilka som kommer att återfalla och vilka som inte gör det. Däremot var de potentiella felmarginalerna mycket höga på individuell nivå, särskilt hos de personer som hade förhöjd risk för återfall.

De aktuariska modellerna kritiserar också för brister i flexibilitet i bedömningen och vid vilken situation den genomförs, i vilket syfte och vilket utfall som den avser att mäta (ekonomisk brottslighet, våldsbrott, mord, sexualbrott, partnervåld etc.).

Övervägandet om risk innefattar också en bedömning av vilka risker som kan vara acceptabla. Om det inför ett permissionsbeslut kommer fram att personen har planer på att döda någon är bedömningen att permissionen ska avslås lätt att fatta. Betydligt svårare är det exempelvis att besluta om tidsbestämning av ett livstidsstraff när risken för framtida våldshandlingar bedöms som medelhög och våldshandlingarna som mindre allvarliga.

En strukturerad klinisk bedömning är, till skillnad från aktuariska modeller, också mer inriktad på aspekter som kan påverkas, och ger en fingervisning om vilka områden man bör inrikta riskhanteringsåtgärderna på. Utifrån den aspekten ger den mer information än en riskbedömning som baserats på en aktuarisk modell.

Trots de aktuariska modellernas brister, kan dessa vara värdefulla i klinikers bedömning av återfallsrisk i vissa sammanhang (exempelvis om man saknar till-

räckligt med information för att göra kliniska bedömningar), eller som komplement till strukturerade kliniska bedömningar.

Riskbedömning och etik

Riskbedömningar medför alltid etiska överväganden, inte minst i de sammanhang där de kan medföra att en person inte får möjligheter till permissioner eller frigivning. Patienten eller den intagne hålls alltså inlåst i förebyggande syfte och straffas därmed för något som man tror att han kan göra i framtiden. Om det finns starka skäl som talar för att en person kommer att agera våldsamt mot en annan person – är det då inte oetiskt att inte förhindra detta? I Sverige har vi till och med lagstadgat skyldigheten att genomföra riskbedömningar av personer med psykiska störningar där vård enligt psykiatrisk tvångslagstiftning är aktuell.

I diskussionen utkristalliserar två frågor: hur säker är en förutsägelse av framtida våldshandlingar hos en enskild person och är den säkerheten tillräcklig? Den första frågan kan besvaras genom en sammanställning av den forskning som finns inom området. Den andra frågan handlar om felmarginalens storlek i förhållande till vad vi kan acceptera. Vi kan kalla det acceptans av felmarginaler. Denna fråga är mer av samhällelig och politisk art än en fråga för den enskilda kliniken eller det utredningslag som utför riskbedömningen. Resonemanget bygger i botten på effekterna av felaktiga bedömningar. Eller uttryckt på ett annat sätt: det gäller att finna den punkt där de totala etiska kostnaderna blir minsta möjliga och de totala etiska vinsterna så stora som möjligt.

Det ligger i riskbedömningarnas natur att vara komplexa sammanställningar av olika typer av risker. Själva riskbedömningarna består av värderingar av faktorer som är av betydelse på gruppnivå – men de slutliga bedömningarna görs på individnivå. Det gäller både påverkbara och icke-påverkbara faktorer. Fullständigt säkra riskbedömningar är inte möjliga att uppnå. Både samhällsskyddet och rättsäkerheten blir lidande av felaktiga bedömningar. Detta har också i diskussionerna framförts som en etisk problematik.

Professionsetiska aspekter. Olika yrken inom hälso- och sjukvården har etiska riktlinjer knutna till den egna professionen. Dessa riktlinjer kan ställas i relation till uppgiften att genomföra riskbedömningar. Ett tydligt exempel gäller läkaretiken som bland annat handlar om förpliktelser att bota, lindra och trösta en patient. Att fatta beslut om att kvarhålla någon på grund av förmodad våldsamhet skapar en etisk konflikt. Samma konflikt kan också uppstå för andra yrkesgrupper, exempelvis sjuksköterskor, socionomer och psykologer.

Kliniska rekommendationer för riskbedömning

Den ökade användningen av systematiska strategier för att bedöma återfallsrisk visar på behovet av vägledning för vilka riskbedömningsmodeller som behövs i olika situationer. Ofta styrs beslutet utifrån den situation och den lagstiftning som omger bedömningen.

Det har påpekats att oavsett vilka metoder som används för riskbedömning ska dessa alltid vara systematiska och allsidiga. Bedömare rekommenderas också att betrakta modellerna för riskbedömning som verktyg för sina bedömningar och att ta hänsyn till individspecifika risk- och skyddsfaktorer som inte fångas upp i checklistorna. Det är viktigt att tänka på att det yttersta syftet med en riskbedömning inte stannar vid att bedöma risk utan att förhindra att framtida våldshandlingar inträffar. Därför är det nödvändigt att man fokuserar på de föränderliga snarare än de oföränderliga riskfaktorerna, och att riskbedömningen styr valet av lämpliga riskhanteringsåtgärder.

Valet av riskbedömningsmodeller bör utgå från vilka typer av tidigare våldsbrott som den dömda har begått. När det handlar om specifik våldsbrottslighet, såsom partnervåld eller sexuellt våld, bör checklistor som utvecklats för dessa typer av våldsbrottslighet användas.

En riskbedömning görs med stöd av olika källor – intervjuer med den riskbedömde, handlingar från myndigheter och samtal med referenter. Riskbedömningar bör också göras om regelbundet eftersom risken för återfall i våldsbrottslighet förändras över tid (9). Inom (rätts)psykiatri används en del landsting re-

geln att riskbedömningar ska förnyas var sjätte månad.

Behovet av tydlig och god riskkommunikation har poängterats från olika håll. Detta innebär att man som kliniker talar om risken hos den dömda eller en patient inom rättspsykiatri/psykiatri på ett strukturerat sätt, med ett språk som inte innehåller facktermer.

Ytterligare en aspekt är att risken för återfall i brottslighet inte bedöms i ett vakuum, utan är direkt knuten till olika omständigheter. Därför är det viktigt att i kommunikationen till domstolen poängtera att riskbedömningen utgår från den situation som gäller vid tiden för bedömningen och att den kan ändras beroende på andra omständigheter som kan inträffa. Om det finns någon särskild osäkerhet inför en bedömning är det viktigt att också ange detta.

Riskbedömningsinstrument specifikt beträffande fängelsedömda

Inför arbetet med den här rapporten har vi gjort en liknande litteratursökning som den vid sammanställning som gjordes vid Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (3). Litteratursökningen har baserats på samma sökord, men vi har inriktat oss på studier som baserats på populationer inom kriminalvården. Vår litteraturstudie kan dock inte ges samma grad av tillförlitlighet eftersom en lika omfattande genomgång av studiernas kvalitet inte har gjorts. För att åskådliggöra den litteratur som har granskats har en tabell upprättats (se Litteraturtabell s. 22-23).

Utifrån vår litteraturstudie kan vi konstatera att mindre fokus har legat på att validera olika checklistor bland fängelsedömda än vad som gjorts bland lagöverträdare inom psykiatri.

Vidare kan konstateras att flera av de checklistor som använts beträffande lagöverträdare inom psykiatri även återfinns för fängelsedömda och i stort uppvisar samma validitet, det vill säga att den mäter det som den är avsedd för att mäta (risken för återfall i våldsbrottslighet). Det finns dock ett par checklistor som är väl studerade bland fängelsedömda och som inte återfinns i de studier som fokuserat på bland lagöverträdare inom psykiatri. Dessa checklistor är LSI-R (som vidare re-

dovisas nedan) samt ett självskattningsformulär¹². Det senare avser att bland annat mäta riskfaktorer som antisocial personlighet, kriminella tendenser, uppförande-problem, kriminell historia och alkohol- och drogproblem. Detta självskattningsinstrument har huvudsakligen använts i USA och Kanada och har ännu inte såvitt känt översatts eller validerats i europeiska länder.

Generellt kan man konstatera att de olika riskbedömningsinstrument som bland fängelsedömda i huvudsak uppvisar något lägre prediktiv validitet jämfört med bland lagöverträdare inom psykiatri, det vill säga en precision på 65-75 procent. Nedan följer en mer detaljerad genomgång av en del av de studier som har rekviderats för att studera validiteten av riskbedömningsinstrument i kriminella populationer.

Återfall i våldsbrottslighet

De riskbedömningsmodeller som i fängelsepopulationer har använts för att predicera framtida våldshandlingar och validerats i vetenskaplig internationell litteratur har främst varit PCL-R, HCR-20, VRAG, och LSI-R (se s. 10–11).

I en kanadensisk studie av 91 män som hade dömts till fängelse för huvudsakligen våldsbrottslighet jämförde forskarna validiteten för fem olika riskbedömningsmodeller validitet (däribland LSI-R, PCL-R och VRAG) (10). Resultaten visade att precisionen varierade mellan 63 - 74 procent för återfall i våldsbrottslighet. Motsvarande siffra för återfall i icke-våldsrelaterad kriminalitet var något högre (67-78 procent).

I en liknande studie jämfördes bland annat LSI-R, PCL-R, HCR och VRAG (11). Denna studie utgick från 97 fängelsedömda som avtjänade straff på två år eller mer. Författarna drog slutsatsen att det fanns skillnader i den prediktiva validiteten mellan riskbedömningsmodellerna, men att skillnaden inte var statistiskt säkerställd (se även 12). LSI-R visade sig vara den checklista som hade det högsta prediktiva värdet för återfall i våldsbrott (AUC of ROC 0,67), medan PCL-R uppvisade det lägsta (AUC of ROC 0,56).

I en retrospektiv studie från Tyskland jämförde Dahle

(13) PCL-R, HCR-20 och LSI-R på knappt 400 fängelsedömda. Han sammanfattade att den prediktiva validiteten vid kortare uppföljningstid än 5 år var till förmån för LSI-R, medan PCL-R och HCR-20 var bättre vid längre uppföljningstider. Mätt med AUC of the ROC låg den prediktiva validiteten på mellan 0,64 - 0,72.

I en stor studie med över 2000 amerikanska fängelsedömda av den prediktiva validiteten av LSI-R visade en AUC of the ROC på 0,7 (14). Riskbedömningsmodellernas prediktiva validitet har rapporterats i andra studier (15, 16) och har även visat sig fungera väl i olika fängelsepopulationer (17, 18). LSI-R har också validerats på kvinnliga förövare (18, 19).

Psykopatchecklistan (PCL-R) har i flera studier på kriminella populationer visat prediktiv validitet för såväl för återfall i brottslighet (20-22) som för återfall i våldsbrottslighet (23).

LSI-R och PCL-R är troligtvis de riskbedömningschecklistor som i dagsläget är de mest studerade i bland fängelsedömda. Checklistorna skiljer sig åt betydligt då LSI-R avser att mäta risk och behov för att kunna sätta in rätt nivå av åtgärder, medan PCL-R är en checklista för att mäta psykopatiska drag. Båda checklistorna har visat sig ha modest förmåga att predicera risknivåer för återfall i brottslighet och har i stor utsträckning även använts för detta ändamål. Anledningen till varför man ska genomföra en riskbedömning och valet av checklista blir i detta sammanhang central. Psykopatchecklistan ger ingen information om hur man ska hantera det faktum att personen uppfyller eller inte uppfyller kriterierna för psykopati. LSI-R kan därmed vara till stor nytta vid beslut om vilka förebyggande åtgärder som kan vara befogade. En liknande slutsats har rapporterats av en grupp forskare som jämförde LSI-R och Static-99 (24). De menade att även om Static-99 uppvisade en högre validitet för återfall i sexualbrott så gav det inget värde i en behandlingskontext, varför man rekommenderade att en kombination av de båda metoderna skulle användas.

12 SAQ, Self-Appraisal Questionnaire

Återfall i sexualbrottslighet

Eftersom delvis andra mekanismer leder till sexualbrottslighet jämfört med annan våldsbrottslighet, har det utvecklats särskilda riskbedömningsmodeller för att bedöma risken för återfall i sexualbrottslighet. Det är dock värt att notera att riskbedömningsmodeller som inte särskilt mäter risken för återfall i sexualbrottslighet trots allt har en relativt god förmåga att predicera återfall i sexualbrott. Likaså gäller det motsatta – checklistor som är utvecklade för att predicera återfall i sexualbrottslighet kan även med modest precision predicera återfall i annan våldsbrottslighet. Det bör poängteras att de checklistor som är skapade för att predicera återfall i en viss brottslighet generellt gör detta bättre än de checklistor som är utvecklade för en annan typ av kriminalitet (**se bland annat 25**) och man bör så långt som möjligt använda riskbedömningsmodeller enligt deras tilltänkta syfte.

I en studie från Kanada hade forskare jämfört ett flertal aktuariska modeller, i en grupp av 468 sexualbrottslingar, bland annat VRAG, Static-99, Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG), och Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism (RRASOR). Deras slutsats blev att dessa modeller i stort visade liknande prediktiva värden (**25**). VRAG som är utvecklat för att predicera återfall i våldsbrottslighet hade högre prediktiv validitet vid bedömning av detta utfall (AUC of ROC 0,73) än för återfall i sexualbrottslighet (AUC of ROC 0,61). Static-99 hade bättre förmåga att predicera återfall i sexualbrottslighet (AUC of ROC 0,75) än återfall i våldsbrottslighet (AUC of ROC 0,67). I ytterligare ett par studier där man jämfört bland annat SORAG och Static-99 visade resultaten att båda modeller predicerade återfall i sexualbrottslighet och våldsbrottslighet med modest prediktionsförmåga (**26, 27**).

Litteraturtabell

Författare Land Referens	År	Studie- population	Design	Risk- bedöm- nings- instrument	Statistiska modeller AUC of ROC om inte annat anges	Kriterievariabel Kriminalitet i samhället	Kommentar
Dahle Tyskland (13)	2006	397 fängelse- dömda i Västberlin 1976	Retrospektiv Intervjuer och aktmaterial	LSI-R PCL-R HCR-20	0,70 0,69 0,69 vid 5 års uppfölj- ning	Registerdata, fällande domar efter fängelse- vistelse	Baserar sig på ett gammalt insamlat material från 70-talet. Uppfölj- ningstiden uppdelat på 2, 5 och 10 år.
Girard & Wormith Kanada (28)	2004	630 kriminella i fängelse eller inom frivård	Prospektiv Uppföljnings- tid minst 2.5 år i "samhället"	LSI-OR (Ontario revision)	0,73 för generell kriminalitet 0,68 för våld	Registerdata, åtal och domar	Använder en modifierad form av LSI-R
Kroner & Mills Kanada (11)	2001	97 våldsbrotts- lingar dömda till fängelse 2-6 år	Prospektiv	LSI-R PCL-R HCR-20 VRAG LCSF	0,69 0,61 0,66 0,67 0,62 för båda utfallen	Registerdata fällande domar för såväl gene- rell kriminalitet som våld	Litet material, men är bra som en jäm- förande studie mellan de olika in- strumentens pre- diktiva validitet
Folsom & Atkinson Kanada (17)	2007	100 kvinnliga fängelse- dömda	Prospektiv Uppföljnings- tid i genom- snitt 6 år	LSI-R:SR CAT-SR	0,67 0,68 för båda utfallen	Registerdata fällande domar för såväl gene- rell kriminalitet som våld	Skattningsformu- lären är självskatt- ningsformulär av dessa instrument
Simourd Kanada (29)	2004	129 långtids- fängelse- dömda	Prospektiv 15 månaders uppföljningstid	LSI-R	r=0,44 generell kriminalitet R=0,26 för vålds- kriminalitet	Registerdata, fällande domar för såväl gene- rell kriminalitet som våld	Andra statistiska uppföljningsmått
Schlager & Simorud USA (30)	2007	446 villkorligt frigivna från fängelsepå- följder	Prospektiv	LSI-R	r=0,09 för fällan- de domar	Registerdata, fällande domar och åtal	Obs att urvalet baserade sig på mi- noritetsgrupperna spanska och afri- kanska amerikaner
Flores, Lowenkamp, Smith & Latessa USA (14)	2006	2 107 villkor- ligt frigivna	Prospektiv	LSI-R	0,69	Nya fängelse- domar	Uppföljningstiden är oklar
Loza, Neo, Shahinfar & Loza-Fanous Singapore o USA (31)	2005	274 kvinnliga fängelsedöm- da i Singapore och Pennsyl- vania	Prospektiv	SAQ	0,70	Registerdata, nya fängelse- domar	Uppföljningstid oklar i hela gruppen. Ett år i Singapore-gruppen (n=183)

Författare Land Referens	År	Studie- population	Design	Risk- bedömnings- instrument	Statistiska modeller AUC of ROC om inte annat anges	Kriterievariabel Kriminalitet i samhället	Kommentar
Loza & Loza- Fanous Kanada (32)	2000	153 manliga fängelse- dömda på minst 2 år	Prospektiv 2 år efter villkorlig frigivning	SAQ	RIOC 0,39-0,66	Registerdata, nya domar i generell krimi- nalitet samt våld, och även misskötsamhet vid villkorlig frigivning	Oklart vad spannet i det statistiska mättet avser för typer av utfall.
Bartosh, Garby, Lewis & Gray USA (26)	2003	186 sexual- brottsdömda som frigivits från fängelse- straff	Prospektiv Uppföljningstid 60-66 månader	RRASOR Static-99 SORAG MnSOST-R	0,74 0,73 0,64 0,54 för sexuella brott eller andra vålds- brott	Olika register- data, ADC- register och FBI-register för nya domar	
Nunes, Firestone, Bradford, Greenberg & Broom Kanada (27)	2002	258 sexual- brottsdömda män på en sexualbrotts- klinik	Retrospektiv men blind för utfallsmått Genomsnittlig uppföljningstid 7 år	Static-99 SORAG	0,70 0,65 för sexuella brott	Polisregister för nya domar	Har även använt andra riskbedöm- ningsinstrument såsom exempelvis PCL-R men dess validitet presente- ras inte i artikeln.
Langton, Barbaree, Seto, Peacock, Harkins & Hansen Canada, England (25)	2007	468 fängelse- dömda sexu- albrottslingar som genom- går behand- ling	Retrospektiv på handlingar, blind för ut- fallsmått. Genomsnittlig uppföljningstid 6 år	VRAG SORAG RRASOR Static-99 Satic-2000 MnSOST-R	0,70 0,71 0,59 0,64 0,70 0,64 För sexuellt och våldsåterfall	Polisregister för nya domar	
Sjöstedt & Långström Sverige (33)	2001	1400 sexual- brottsdömda till fängelse	Retrospektiv, kohort, blind för utfallsmått. Genomsnittlig uppföljningstid 3.7 år	RRASOR Static-99	0,72 vs 0,63 0,76 vs 0,74 för återfall i sex- ualbrott respekti- ve våldsbrott	Belastnings- register	Svensk totalpopu- lation av sexual- brottsdömda åren 1993-1997 som dömts till fängel- sestraff
Grann, Belfrage & Tengström Sverige (34)	2000	358 person- lighetsstörda och 202 schizofrena som genom- gick en rätts- psykiatrisk undersökning	Retrospektiv, blind för ut- fallsmått. Genomsnittlig uppföljningstid högst 2 år	VRAG H-10 (HCR-20)	0,68 0,71 för återfall i våldsbrott	Belastnings- register	Endast den histo- riska delen av HCR-20 användes. Påföljd såväl fängelse som rätts- psykiatrisk vård.

Referenslista

1. Ennis, B. J., & Litwak, T. R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62, 693-752.
2. Sjöstedt, G., & Grann, M. (2002). Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments? *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 179-183.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). Riskbedömningar inom psykiatrin – kan våld i samhället förutsägas? Rapport nr 175. Elanders Infologistics Väst AB, Mölnlycke.
4. Palmstierna, T. Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset violence checklist. Sensitivity, specificity and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1284-1296.
5. Gottlieb, P., & Gabrielsen, G. (1990). The future of homicide offenders. Results from a homicide projekt in Copenhagen. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 191-205.
6. Marquart, J. W., Ekland-Olson, S., & Sorensen, J. (1989). Gazing into the crystal ball: Can jurors accurately predict future dangerousness in capital cases? *Law and Society Review*, 23, 449-468.
7. Marquart, J. W., & Sorensen, J. (1989). A national study of the Furman-Commuted inmates: Assessing the threat to society from capital offenders. *Loyola of Los Angeles Law Review*, 23, 5-23.
8. Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007) Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry*, 190, 60-65.
9. Quinsey, V. L., Coleman, G., Jones, B., & Altrows, I. F. (1997). Proximal antecedents of lo-ping and reoffending among supervised mentally disordered offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 749-813.
10. Loza, W., & Green, K. (2003). The Self-Appraisal Questionnaire: A self-report measure for predicting recidivism versus clinician administered measures. A 5-year follow-up study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 781-797.
11. Kroner, D. G., & Mills, J. F. (2001). The accuracy of five risk appraisal instruments in predicting institutional misconduct and new convictions. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 471-489.
12. Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works? *Criminology*, 34, 575-607.

Referenslista forts.

13. Dahle, K.-P. (2006). Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 431-442.
14. Flores, A. W., Lowenkamp, C. T., Smith, P., & Latessa, E. J. (2006). Validating the Level of Service Inventory-Revised on a sample of federal probationers. *Federal Probation. A Journal of Correctional Philosophy and Practice*, 70, http://www.uscourts.gov/fedprob/September_2006/inventory.html. 2007-12-17
15. Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
16. Goggin, C., Gendreau, P., & Gray, G. (1998). Associates and social interaction. *Forum on Corrections Research*, 10 (3), 24-27.
17. Holsinger, A. M., Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2004). Validating the LSI-R on a sample of jail inmates. *Journal of Offender Monitoring*, Winter/Spring, 8-9.
18. Lowenkamp, C. T., Holsinger, A. M., & Latessa, E. J. (2001). Risk/need assessment, offender classification, and the role of child abuse. *Criminal Justice and Behavior*, 28 (5), 543-563.
19. Folsom, J., & Atkinson, J.L. (2007). The generalizability of the LSI-R and the CAT to the prediction of recidivism in female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1044-1056.
20. Hare, R. D., McPherson, L. M., & Forth, A. E. (1988). Male psychopaths and their criminal careers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 710-714.
21. Hart, S. D., Kropp, P. R., & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227-232.
22. Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 139-170.
23. Serin, R. C., Peters, R., & Barbaree, H. E. (1990). Predictors of psychopathy and release outcome in a criminal population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 419-422.
24. Gentry, A. L., Dulmus, C. N. & Theriot, M. T. (2005). Comparing Sex Offender Risk Classification Using the Static-99 and LSI-R Assessment Instruments. *Research on Social Work Practice*, 15, 557-563.

Referenslista forts.

25. Langton, C. M., Barbaree, H. E., Setgo, M.C., Peacock, E. J., Harkins, L., & Hansen, K. T. (2007). Actuarial assessment of risk for reoffense among adult sex offenders. Evaluating the predictive accuracy of the Static-2002 and Five other instruments. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 37-59.
26. Nunes, D. L., Firestone, P., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., & Broom, I. (2002). A comparison of modified versions of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 253-269.
27. Bartosh, D. L., Garby, T., Lewis, D., & Gray, S. (2003). Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 4, 422-438.
28. Girard, L., & Wormith, J. S. (2004). The predictive validity of the Level of Service Inventory-Ontario Revision on general and violent recidivism among various offender groups. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 150-181.
29. Simourd, D. J. (2004). Use of dynamic risk/need assessment instruments among long-term incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 306-323.
30. Schlager, M. D., & Simourd, D. J. (2007). Validity of the Level of Service Inventory – Revised (LSI-R) among African American and Hispanic male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 545-554.
31. Loza, W., Neo, L. H., Shahinfar, A., & Loza-Fanous, A. (2005). Cross-validation of the Self-Appraisal Questionnaire (SAQ). A tool for assessing violent and nonviolent recidivism with female offenders. *International Journal of Offenders Therapy and Comparative Criminology*, 49, 547-560.
32. Loza, W., & Loza-Fanous, A. (2000). Predictive validity of the Self-Appraisal Questionnaire (SAQ). A tool for assessing violent and nonviolent release failures. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1183-1191.
33. Sjöstedt, G., & Långström, N. (2001). Actuarial assessment of sex offender recidivism risk: A cross-validation of the RRASOR and the Static-99 in Sweden. *Law and Human Behavior*, 25, 629-645.
34. Grann, M., Belfrage, H., & Tengström, A. (2000). Actuarial Assessment of risk for violence: Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 97-114.



Omvandling av livstidsstraff

Första verksamhetsperioden 2006–2007

Livstidsdömda som avtjänat tio år av sitt fängelsestraff kan sedan den 1 november 2006 ansöka om att få livstidsstraffet omvandlat till ett tidsbestämt straff. En sådan ansökan behandlas av tingsrätten i Örebro.

Ett av de underlag som tingsrätten kan använda sig av vid sitt beslut är en bedömning av risken för återfall i brottslighet, utfärdad av Rättsmedicinalverket. I den här rapporten redovisas hur en sådan riskutredning går till och hur verksamheten bedrivits under det första året som lagen varit i kraft.

Rapporten ger också en statistisk presentation av de ärenden som avgjorts under perioden november 2007 till och med 2008. Här presenteras också en redovisning av vilket forskningsunderlag som finns internationellt och nationellt beträffande riskbedömning.

Rättsmedicinalverket

Vasagatan 52, 1 tr
111 20 STOCKHOLM

Tel: 08–441 76 00

Fax: 08–24 05 30

E-post: rmv@rmv.se

Internet: www.rmv.se

