

Henrik Belfrage, adjungerad professor, forskningschef, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall
(henrik.belfrage@lvn.se)

Få vårdenheter uppfyller kraven på riskbedömningar inom psykiatrin

Sundsvallsmodellen ett sätt att möta Socialstyrelsens krav efter Arvikafallet

II Socialstyrelsen avgav den 19 april 2004 beslut efter granskning av det s k Arvikafallet, där en patient när han tilläts lämna sin vårdavdelning i det närmaste omedelbart mördade en 5-årig flicka. Socialstyrelsens beslut innehåller inte bara en ovanligt kraftig kritik (innebärande bl a att inte mindre än fem läkare anmäls till HSAN med krav på disciplinpåföljd) utan också en ovanligt hög grad av klarhet i frågan om vilka krav man kan ställa på psykiatrin när det gäller riskbedömningar.

Socialstyrelsens mycket klara skrivning till trots är det uppenbart att mycket få vårdenheter idag uppfyller dessa krav. Vid rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall har riskbedömningar i flera år varit ett centralt inslag i verksamheten, och utifrån dessa erfarenheter ges nedan förslag till hur psykiatrin bäst kan tillmötesgå de delvis nya krav som nu ställs.

Socialstyrelsens beslut

Förutom det ovan nämnda kravet på disciplinpåföljd ställer Socialstyrelsen i sitt yttrande följande krav på vårdgivaren: »... ta fram rutiner för hur utredning, diagnos och behandling samt riskbedömningar avseende patienters farlighet för sig själva och för andra ska göras ...« (dvs riskbedömningar avseende patienters farlighet skall göras, och rutiner för hur detta görs skall finnas).

Beträffande journalföringen riktar Socialstyrelsen kritik mot att: »Någon bedömning av risker, såsom självmordsrisk och risk/farlighet för andra, impulskontroll samt missbruksperspektiv saknas till stor del« (dvs riskbedömningen skall dokumenteras/journalföras).

Vidare skriver Socialstyrelsen följande i kritiken mot en av läkarnas agerande: »... noterar BE att han inte tycker att det föreligger någon akut fara. På vilka grunder BE gör denna bedömning saknas det dokumentation om ...«. Sammanfattningsvis slår man därefter fast att: »patienten inte givits den sakkunniga och omsorgsfulla vård och behandling som står i överensstämmelse med bestämmelsen i 2 kap. 1 § LYHS.« Däri framgår att »Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet«. (Dvs riskbedömningar skall göras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.)

Det råder knappast något tvivel om vilka krav Socialstyrelsen nu ställer när det gäller riskbedömningar för våld av patienter inom den psykiatriska vården. Sådana bedömningar skall göras, de skall dokumenteras, det skall finnas skriftliga

Sammanfattat



Socialstyrelsen har med anledning av några av den senaste tidens allvarliga våldsdåd riktat skarp kritik mot brister inom psykiatrin beträffande riskbedömningar av patienters farlighet mot andra.

Området har under lång tid kännetecknats av en förvirrad debatt där olika perspektiv sammanblandats, med en icke ringa osäkerhet inom psykiatrin som följd beträffande frågan om riskbedömningar bör göras eller inte.

Socialstyrelsens yttrande i det s k Arvikafallet har skapat en ökad klarhet i frågan, men många års osäkerhet i detta avseende har inneburit att få vårdenheter idag uppfyller de krav som Socialstyrelsen nu ställer.

Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall har i många år arbetat efter en modell som åtminstone delvis borde kunna appliceras också inom den allmänpsykiatriska vården.

rutiner för hur de görs, och de skall utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Riskbedömningar görs alltid – men kan göras bättre

När det gäller den forskning och utveckling som skett inom området bör man inledningsvis betona framför allt två saker. För det första: Den dominerande frågan bland forskarna på området idag är inte om det går att göra tillförlitliga riskbedömningar utan snarare hur dessa bäst bör göras. Dels har en överväldigande mängd forskning visat att riskbedömningar kan göras betydligt bättre än vad man tidigare trott [1]. Dels har aktörerna inom psykiatrin och rättsväsendet kommit till insikt om att verkligheten är så beskaffad att vi helt enkelt inte klarar oss utan att göra riskbedömningar. Dagligen och stundligen, informellt som formellt, görs sådana bedömningar. De allra flesta beslut om åtgärder beträffande människor som lider av psykiska problem innehåller som regel alltid något slags bedömning av olika risker. En vanlig inställning är där- ➡

för att eftersom vi inte klarar oss utan sådana bedömningar får vi försöka att göra dem så gott vi kan.

För det andra: Det ter sig lämpligt att använda sig av begreppet »risk« snarare än av begreppet »farlighet«. Det senare ger intryck av att vara en egenskap eller en disposition hos en individ där behandling och andra insatser mer eller mindre saknar betydelse. »Risk« är mer i överensstämmelse med vetenskapens nuvarande ståndpunkt, där personers benägenhet för våld varierar över tid givet den kontext och det tillstånd man befinner sig i.

Tre olika ansatser vid riskbedömning

Vilken ansats är att föredra vid riskbedömningar? I litteraturen skiljer man mellan i huvudsak tre ansatser: den kliniska, den aktuariiska samt den strukturerade kliniska. Distinktionen mellan de olika ansatserna rör inte främst de riskfaktorer som man anser vara viktiga utan snarare hur man använder dem. Diagnosen schizofreni, exempelvis, blir med all sannolikhet använd i alla tre ansatserna, men på olika sätt.

Den kliniska ansatsen brukar beskrivas som en informell, mycket subjektiv, beslutsprocess där bedömarens utifrån sin erfarenhet och känsla fattar sitt beslut. Denna ansats har kritiserats hårt av forskare på området under många år, och av Socialstyrelsens beslut ovan framgår att detta arbetssätt inte är acceptabelt idag. En riskbedömning skall förankras i en tydlig metod, skriver Socialstyrelsen, och denna metod skall dokumenteras.

Den aktuariiska ansatsen är, i motsats till den rent kliniska, formell och objektiv till sin natur. Vanligt är att vissa betydelsefulla riskfaktorer poängsätts och att en totalpoäng sedan räknas ut. Denna poäng anger sedan sannolikheten i absoluta tal för att den bedömde skall göra sig skyldig till våld inom en viss tidsperiod. Även denna metod har blivit föremål för hård kritik. Metoden är rigid och anger inga dimensioner av risk, såsom våldets typ, svårighet, frekvens, när i tid eller mot vem ett framtida våld kan komma att riktas. Inte heller kan en utsaga i stil med att »sannolikheten är 82 procent att personen X kommer att begå ett våldsbrott inom 10 år«, anses vara till stor hjälp för den som har uppgiften att arbeta med riskhantering och behandling av den bedömde. Ett typiskt aktuariiskt instrument är VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) som faktiskt nått en viss spridning i Nordamerika [3].

En ansats som också är aktuariisk är den som framtagits av forskargruppen i den s k MacArthur-studien i USA. Bedömaren använder här ett slags databaserat beslutssträd, där besluten hela tiden är binära, dvs två möjliga alternativ ges. Varje svar leder till en ny fråga, varefter den bedömde slutligen klassificeras som antingen hög- eller lågriskperson. De som inte är vare sig hög- eller lågriskpersoner faller utanför [4]. Nackdelen är förstås att det vanligen är särskilt i de oklara fallen som bedömaren behöver beslutsstöd – inte i de klarare hög- eller lågriskfallen.

Den ansats som otvivelaktigt fått störst genomslag är den strukturerade kliniska. Denna metod innebär att klinikern gör sin bedömning med hjälp av strukturerade checklistor och riktlinjer. Den kliniska bilden tas här till vara men förankras i en uppsättning riskfaktorer som framtagits genom forskning och erfarenhet. Arbetssättet är vanligt inom annan evidensbaserad medicin, och tanken är att den checklista och de riktlinjer man använder sig av skall representera »the state of the discipline«. En av de mest spridda riktlinjerna är utan tvivel HCR-20 [5], ursprungligen ett kanadensiskt instrument som översatts och bearbetats till en rad andra språk, bl a svenska [6].

Rent forskningsmässigt, när man i återfallsstudier testat olika riskinstruments sk prediktiva kraft, dvs i hur stor ut-

sträckning dessa förmår att förutsäga framtida våld, finner man ingen större skillnad mellan de två sistnämnda ansatserna [7]. Den strukturerade kliniska ansatsen föredras dock av de allra flesta eftersom den implicerar och initierar riskhantering och behandling, till skillnad från den aktuariiska som bara är inriktad mot ren prediktion.

Prediktionsperspektivet omöjligt i praktiken

Såväl forskning kring och praktisk användning av riskbedömningar var länge i onåd och ansågs av många såsom oetisk och i grunden omöjlig och meningslös. Vem kan väl på förhand veta vad någon kommer att göra i framtiden? Eftersom vi inte kan blicka in i framtiden skall vi inte heller söka ge sken av att vi kan det, var den vanliga ståndpunkten. Uppfattningen var väl underbyggd av studier som visade att bedömare av framtida återfall hade »fel« lika ofta som de hade »rätt«, och komplicerade beräkningar av hur många »oskyldiga« som skulle behöva låsas in för att vi skulle fånga upp de »skyldiga« var den vanliga forskningsansatsen [8]. Som synes har denna ansats en uttalad och klar målsättning, nämligen att försöka förutsäga framtida återfall.

Dagens forskning har allt mer tagit intryck av den förvåning och skepsis som inte minst kliniker visade inför den ovan nämnda typen av forskning. I den kliniska verkligheten är prediktionsperspektivet omöjligt, eftersom man ju hela tiden genom behandling och andra skyddsåtgärder aktivt påverkar utfallet. Ju större risk och fler riskfaktorer hos en individ, desto fler och mer ingripande åtgärder sätts vanligen in. Forskningsmässigt innebär detta att man aktivt påverkar validiteten i sina bedömningar, så tillvida att ju bättre man lyckas med behandlingen av en högriskindivid, desto sämre framstår man enligt forskningen eftersom individen inte återfallit (individen betraktas som »falskt positiv«, och bedömarens hade därmed »fel«).

Ökad klarhet i den tidigare förvirrade debatten

Prediktionsperspektivet har numera i hög grad övergivits till förmån för preventionsperspektivet. Forskningen har mer och mer börjat att inriktas mot att söka analysera riskbedömningar och utfall av dessa i förhållande till vilken intervention som skett. Flera av de moderna riskinstrumenten, t ex HCR-20 som nämnts ovan, är i grunden designade utifrån ett preventionsperspektiv, och således inte i avsikt att förutsäga framtida återfall. Förekomsten av de olika ansatser som beskrivits ovan, tillsammans med en oenighet bland forskare om vilken ansats som är att föredra, har utan tvivel inneburit en viss förvirring bland praktiska avvärmare av riskbedömningar och också initierat en stundtals hätsk debatt, där de olika perspektiven och ansatserna ofta blandats ihop med varandra. Detta har utan tvivel varit hämmande för utvecklingen och användningen av riskbedömningar i klinisk praxis, där många såväl kliniker som företrädare för Socialstyrelsen har känt en icke ringa osäkerhet kring denna fråga. Den tidigare förvirringen synes emellertid idag alltmer ha ersatts av en allt större kunskap och klarhet inom området, vilket framgår av den tydlighet som finns i Socialstyrelsens yttrande beträffande Arvikafallet. Denna tydlighet tas förmodligen tacksamt emot av alla de kliniker runt om i landet vilka under lång tid känt sig osäkra på hur man skall arbeta inom detta område.

Preventionsansatsen används i Sundsvallsmodellen

Hur kan man praktiskt organisera arbetet med riskbedömningar så att det uppfyller Socialstyrelsens krav? Sedan 1997 har man vid den rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall arbetat utifrån den strukturerade kliniska preventionsansatsen som beskrivits ovan. Detta innebär bland annat att alla patienter regelbundet blir föremål för riskbedömningar utifrån

en strukturerad ansats (HCR-20) och att personalen erhåller återkommande utbildning i ämnet. Syftet med arbetet är att bedömnarna och personalen i övrigt skall göras medvetna om vilka riskfaktorer patienterna har och utifrån det sätta in lämplig behandling. För att tillförsäkra att alla patienter verkligen blir föremål för bedömningar av hög och jämn kvalitet har särskilda team specialutbildats. Dessa har en särskild kompetens och ansvarar för att bedömningarna faktiskt blir utförda, att de är av god kvalitet och att resultaten av dessa bedömningar blir journalförda. Detta är en modell som borde kunna passa även allmänpsykiatrin, där liknande team skulle kunna koncentrera sig på fall där de behandlande psykiatrer-na känner sig osäkra.

Utöver de ovan angivna rutinerna finns även en s k riskhanterings- och utskrivningsgrupp (kallad RUT), där samtliga utskrivningsfall och svårare fall diskuteras. I gruppen, som sammanträder regelbundet, deltar samtliga kliniker och forskare knutna till kliniken samt den personal som är närmast involverad i den aktuella patientens behandling. Syftet med gruppen är att ytterligare stärka det beslutsunderlag som föredragande läkare tar med sig till förhandlingar i läns- eller kammarrätt beträffande patienternas fortsatta behandling.

Eftersom alla bedömningar operationaliseras genom checklistan HCR-20 skapas möjlighet att bättre än tidigare kvalitetssäkra bedömningarna genom forskning och utveckling. Utvärdering av hur behandlingen påverkar patienternas riskfaktorer över tid är idag standard vid kliniken. Socialstyrelsens krav på att riskbedömningar skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att rutiner för detta skall

finnas och att dessa bedömningar tydligt skall journalföras tillmötesgås därmed. Få andra kliniker i landet, rättspsykiatriska kliniker inräknade, torde idag uppfylla dessa krav. Hur få lär framkomma i den inventering över verksamheten som Socialstyrelsen för närvarande genomför.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Douglas KS, Cox DN, Webster CD. Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology* 1999;4:149-84.
2. Meehl PE. Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and a review of evidence. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1954.
3. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington: American Psychological Association; 1998.
4. Monahan J, Steadman H, Appelbaum P, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:312-9.
5. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20. Assessing risk for violence. Vancouver: Simon Fraser University; 1997.
6. Belfrage H, Fransson G. HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer. Svensk översättning och bearbetning av den kanadensiska originalversionen av Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997). (3:e reviderade upplagan.) Sundsvall: Rättspsykiatriska regionkliniken; 2002.
7. Grann M, Belfrage H, Tengström A. Actuarial assessment of risk for violence: Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior* 2000;27:97-114.
8. Monahan J. Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques. Beverly Hills: Sage; 1981.



=artikeln är referentgranskad