

RISIKOVURDERINGER AF SÆDELI GHEDSKRIMINELLE: KAN VI FORUDSIGE DET UFORUDSIGELIGE?

[Gambling] | Danmark er vurderinger af recidivrisiko primært baseret på ustrukturerede kliniske skøn. Denne metode er lige så præcis, som slog vi plat eller krone. Videnskabelig baseret dokumentation bør fylde langt mere, når vi skal afgøre, om et menneske er i risiko for at begå ny kriminalitet.



[af]

SUSANNE BENGTON, PSYKOLOG, PH.D., RETSPSYKIATRISK AMBULATORIUM,
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL, RISSKOV | SUSANNE.BENGTON@PS.RM.DK

KRONIKKEN



Hvordan kan man som fagperson forsvare brugen af et redskab med en ikke-perfekt præcision?

Sexkriminalitet er én af de lovovertrædelser, der påkalder sig størst samfundsmæssig bevågenhed, debat og bekymring. Det er forståeligt. Sædelighedskriminalitet har alvorlige konsekvenser for de børn og voksne, der bliver dens ofre. Derfor har vi en forventning om at blive beskyttet mod denne type kriminalitet. En forebyggelsesindsats fordrer, at de involverede fagpersoner er i stand til at identificere de personer, der har øget risiko for at fortsætte med at begå kriminalitet af samme slags. Spørgsmålet er: Kan vi? Bør vi?

Fornemmelser fylder

Et indlæg om risikovurderinger bragt i *Nyt fra Kriminalforsorgen* i 2008 af ledende overlæge Peter Kramp indledtes med overskriften 'Risikovurderinger er upræcise'. Selve overskriften er en kort og koncis opsummering af den viden, man på nuværende tidspunkt har om risikovurderinger af kriminelle: At foretage risikovurderinger er en faglig og etisk kompliceret virksomhed – problematisk uanset hvilken persongruppe, der skal risikovurderes, og på hvilken måde, risikovurderingen bliver foretaget. Det gør sig ikke mindst gældende, når det drejer sig om risikovurdering af personer dømt for sædelighedskriminalitet.

Netop derfor er det vigtigt at foretage risikovurderinger på den mest optimale måde. Forskningen viser imidlertid, at den metode, der er mest udbredt blandt fagpersoner såvel herhjemme som i udlandet – de såkaldt erfaringsbaserede eller ustrukturerede kliniske skøn – har en præcision svarende til at slå plat eller krone. Og det er uagtet, om det drejer

sig om risikovurdering af personer dømt for sædelighedskriminalitet, udviklingshæmmede, psykisk syge kriminelle eller andre persongrupper. De ustrukturerede kliniske skøn bliver foretaget på grundlag af fagpersonens kliniske erfaringer og fornemmelser, empirisk viden, forestillingsevne, følelser og intuition uden anvendelse af risikovurderingsinstrumenter. Men anvender fagpersonen i stedet risikovurderingsinstrumenter, som er udviklet til formålet, bliver præcisionen af risikovurderingerne generelt øget. Det er uanset, om man anvender de såkaldt aktuariske/statistiske instrumenter (ren statistik og eksklusion af det kliniske skøn) og/eller strukturerede kliniske risikovurderingsinstrumenter (videnskabelig baserede checklister, hvor kliniske skøn indgår, blot i struktureret form).

Acceptabel præcision

Et problem er imidlertid, at ingen af de eksisterende metoder til risikovurdering opnår perfekt præcision. Lige nu er der heller ikke meget, der tyder på, at vi nogensinde opnår en fuldstændig sikkerhed i forudsigelsen. Instrumenterne demonstrerer generelt moderat præcision. En sådan kan betragtes som acceptabel, når det drejer sig om forudsigelse af et mindre hyppigt fænomen, som det er tilfældet med recidiv blandt sædelighedskriminelle. Manglen på perfekt præcision kan betyde, at vi 'misser' personer, der igen begår samme kriminalitet. Eller at nogle af de personer, der er kategoriseret som høj-risiko personer, alligevel ikke begår den samme kriminalitet. Disse fejl bliver betegnet som henholdsvis falsk negative og falsk positive fejl.

Hvordan skal man som fagperson forholde sig til disse væsentlige problemer?

En konsekvent fortolkning af forskningen på området indebærer, at man som fagperson forbeholder sig retten til at undlade risikovurderinger. Domstolene forventer imidlertid et kvalificeret skøn af risiko for recidiv til ligeartet kriminalitet, og derfor kan vi være nødsaget til at anvende 'det forhåndenværende søms princip', altså gøre brug af de metoder, der har højst dokumenteret præcision. For nuværende er det en række evidensbaserede instrumenter – aktuariske eller strukturerede kliniske – udviklet med henblik på at vurdere recidivrisiko.

Alternativet er ringere

Men hvordan kan man som fagperson forsvare brugen af et redskab med en ikke-perfekt præcision? Et argument for at anvende en 'diagnostisk' test, der ikke er præcis, er, at alternativet er ringere. Og det er tilfældet, når alternativet er ustrukturerede kliniske skøn. Fire årtiers forskning viser på tværs af faglige discipliner, herunder også ved forudsigelsen af risiko for kriminelt recidiv, at ustrukturerede kliniske skøn demonstrerer den laveste træfsikkerhed (generelt på chanceniveau), mens de evidensbaserede metoder, det vil sige aktuariske og strukturerede kliniske tilgange, generelt opnår moderat præcision.

I dag peger den internationale forskning på, at det i praksis er bedst at bruge både aktuariske/statistiske og strukturerede kliniske instrumenter. De aktuariske risikoinstrumenter kan give et fingerpeg om den sædelighedskriminelles

At udtale sig nøje om fremtiden er en højst kompliceret og vanskelig opgave.



[f:] SUSANNE BENGTON

statistiske risiko for at begå den samme kriminalitet igen (for eksempel Static-99). Til gengæld er værdien begrænset i forhold til at håndtere og forebygge en potentiel recidivrisiko hos det enkelte individ. Årsagen er, at disse instrumenter alene sætter fokus på uforanderlige risikofaktorer (for eksempel alder, antallet af tidligere seksualforbrydelser, voldsdomme og lignende). Det er derfor nødvendigt også at anvende et struktureret klinisk risikoinstrument (for eksempel SVR-20). Herved opnår man viden om dynamiske risikofaktorer, det vil sige foranderlige risikofaktorer, der kan gøres til genstand for intervention, og som samtidig kan fungere som advarsels-signaler om, at et tilbagefald muligvis er nært forestående (for eksempel recidiv til alkoholmisbrug). En videnskabelig baseret praksis behøver således ikke bestå af manualiserede, simple og rigide arbejdsmetoder, men bør også inddrage viden om dynamiske risikofaktorer. I dag arbejder forskere på at få mere viden om hvilke dynamiske risikofaktorer, der går forud for et recidiv, og hvordan de skal håndteres for at forebygge recidiv.

Evidens bør fylde mere

Alligevel tøver fagfolk med at tage risikovurderingsinstrumenterne i brug, også selv om undersøgelser viser, at træfsikkerheden er lavest, når man anvender ustrukturerede kliniske skøn. Begrundelsen er blandt andet instrumenternes usikkerhed og manglende tradition for at anvende dem. Ligeledes spiller manglen på ressourcer i en knap tid også ind, for hvordan skal man lære at bruge disse redskaber og få tid til at anvende dem, når hverdagen er travl?

Kløften mellem forskning og praksis er således fortsat stor, og der er behov for at diskutere, hvordan man skal vurdere og håndtere sædelighedskriminelles recidivrisiko i praksis. Navnlig hvad angår betydningen af videnskabelig evidens for klinisk praksis: hvilken betydning bør forskningen for klinisk praksis have på dette område?

At spå er vanskeligt – særligt om fremtiden

At udtale sig nøje om fremtiden er en højst kompliceret og vanskelig opgave. Ydmyghed og sund skepsis er på sin plads, både hvad angår brugen af ustrukturerede kliniske skøn og brugen af risikovurderingsinstrumenter. Uagtet at man er fortalere for at indføre risikoinstrumenter i klinisk praksis ved risikovurderinger eller ej, hersker der ikke tvivl om, at der blandt politiske beslutningstagere og bevilgende myndigheder i stigende grad bliver stillet krav til videnskabelig dokumentation for en given praksis. Som forholdene er nu, er der ikke dokumentation for at fortsætte med at bruge ustrukturerede kliniske skøn, når man skal vurdere risikoen for, om en person vil begå kriminalitet igen. At advokere for brugen af denne metode er ikke alene uberettiget, man lukker også øjnene for forskningen på området. At alternativet ikke har en perfekt præcision, bør ikke afholde os fra at anvende den viden, der i dag har demonstreret størst videnskabelig dokumentation. I al fald indtil vores viden om risikovurderinger af sædelighedskriminelle bliver mere komplet og pålidelig.

Susanne Bengtson har for nylig skrevet ph.d.-afhandlingen *Kriminelt recidiv blandt mentalundersøgte sædelighedskriminelle – forekomst og prædiktion*.

Desuden er hun medforfatter på følgende artikler relaterede til emnet:

Bengtson, S. (2008). 'Is newer better? A cross-validation of the Static-2002 and the Risk Matrix 2000 in a Danish sample of sexual offenders'. *Psychology, Crime, and Law*, 14, 85-106.

Bengtson, S. & Lund, J. (2008). 'Kriminelt recidiv blandt sædelighedskriminelle'. *Ugeskrift for Læger*, 170, 49, 4035-4039.

Bengtson, S. & Långström, N. (2007). 'Unguided clinical and actuarial assessment of re-offending risk: A direct comparison with sex offenders in Denmark'. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 135-153.

Bengtson, S. & Pedersen, L. (2009). 'Implementation of evidence-based practices in forensic psychiatric clinical practice in Denmark: 'Are we there?' *Scandinavian Journal of Forensic Science*, 14, 2, 48-54.