

# STRUKTUREREDE RISIKOVURDERINGER ER ALTID AT FORETRÆKKE

[Præcision] Det vil aldrig kunne lade sig gøre at forudsige med 100 procent sikkerhed, hvornår en psykisk afvigende person begår vold, men med strukturerede metoder kan man øge træfsikkerheden af sine risikovurderinger betydeligt. Evidensbaserede metoder bør afløse mavefønelser og subjektive risikovurderinger. Både af hensyn til retssikkerheden og ofrene.

[af]



LISELOTTE PEDERSEN, PSYKOLOG, PH.D., RETSPSYKIATRISK KOMPETENCECENTER,  
PSYKIATRIEN REGION SJÆLLAND | [LISPE@REGIONSJAELLAND.DK](mailto:LISPE@REGIONSJAELLAND.DK)

*Er det sikkert at lade patienten være uden opsyn i samfundet?  
Og vigtigst af alt:  
Under hvilke vilkår vil det være sikkert?*

Risikovurderinger er en del af arbejdet på mange psykiatriske afdelinger og andre lignende behandlingsinstitutioner. Hver dag må man overveje: Risikerer denne patient eller beboer at begå ny voldskriminalitet? Er det sikkert at overflytte patienten til en mindre sikret afdeling? Er det sikkert at lade patienten være uden opsyn i samfundet? Og vigtigst af alt: Under hvilke vilkår vil det være sikkert? Sådanne overvejelser er essentielle i arbejdet med at hjælpe patienter til ikke at begå ny vold.

## **Nye og bedre metoder**

Fysiske og psykiske skader som følge af vold har et omfang, der truer den globale sundhed, hvorfor forebyggelse af vold har fået stadig større bevågenhed. På denne baggrund er der inden for de seneste årtier udviklet særlige metoder til at forudsige vold. Forud for udviklingen af sådanne metoder viste undersøgelser nemlig, at klinikere (psykiatere og psykologer) oftere foretog fejlagtige end korrekte vurderinger af voldsrisiko – vurderinger der var baseret på mavefornemmelser og subjektive skøn. Med udviklingen af nye metoder blev klinikerne bedre i stand til at vurdere og håndtere voldsrisiko. Således inddeles risikovurderingsmetoder i dag generelt i to kategorier: Den ustrukturerede tilgang (erfaringsbaserede eller ustrukturerede kliniske skøn), hvor bedømmeren selv bestemmer, hvilke kriterier han/hun baserer sin vurdering på, og den struk-

turerede tilgang (strukturerede kliniske metoder eller aktuariske vurderingsinstrumenter), hvor der forlods er opsat en række kriterier, som bistår bedømmeren. Hvad angår pålideligheden og anvendeligheden af de to metoder, er der ingen tvivl: Klinikere bliver langt bedre til at vurdere og håndtere patienters voldsrisiko, når den strukturerede tilgang anvendes.

## **Risiko kan overvurderes**

En risikovurdering af ny vold beskriver kort fortalt sandsynligheden for, at en person begår voldshandlinger, og hvordan denne sandsynlighed kan reduceres. Det kan gøres på forskellige måder, men forskerne peger samstemmende på, at det bedste resultat opnås, når metoden 1) omfatter relevante evidensbaserede risikofaktorer, 2) tydeliggør risikovurderingens resultater og binder vurderingen og håndteringen af risikoen tæt sammen (dvs. at der tages stilling til patientens risiko, og hvad man kan gøre for at undgå, at denne risiko bliver en realitet, og 3) sikrer en så gennemsigtig vurdering, at andre vil kunne efterprøve den.

På baggrund af disse kriterier kan ustrukturerede kliniske vurderinger ikke anses for at være en tilstrækkelig god metode til vurdering af voldsrisiko. Der er til denne type risikovurdering knyttet en tilbøjelighed til, at relevante risikofaktorer overses, og/eller at man fejlagtigt lægger vægt på forhold, der ikke er relevante for personens risiko

for at begå vold. Ydermere er det vanskeligt at rekonstruere (efterprøve) en vurdering, der er foretaget ud fra ikke definerede risikofaktorer, procedurer og regler. Endelig har de ustrukturerede metoder en tendens til at overvurdere risikoen, hvilket kan føre til indgreb, der er for vidtgående. Den ustrukturerede metode lever således ikke op til kravene om, hvad der udgør den gode risikovurdering. Dette understøttes også af flere videnskabelige undersøgelser, der viser, at strukturerede metoder er de ustrukturerede overlegne – ikke blot i forhold til risikovurderingernes præcision – men tillige i forhold til effekten af forebyggelsesindsatsen.

Alligevel er ustrukturerede kliniske vurderinger fortsat den mest anvendte metode i Danmark.

## **Undgå en selvopfyldende profeti**

Der har tidligere været udtrykt skepsis over for strukturerede risikovurderinger. Det er sandt, at der ikke er 100 procent sikkerhed ved nogen metode til vurdering af voldsrisiko, men forskningslitteraturen peger som nævnt meget overbevisende på, at den strukturerede metode er den mest sikre, og at den ustrukturerede metode generelt kommer til kort. At undlade at benytte os af en metode, fordi den ikke har perfekt præcision, for i stedet at forlade os på alternativet – den ustrukturerede metode – der har endnu lavere præcision, forekommer fagligt og etisk problematisk.

# STRUKTUREREDE RISIKOVURDERINGER ER ALTID AT FORETRÆKKE

*Med udviklingen af nye metoder blev klinikerne bedre i stand til at vurdere og håndtere voldsrisiko.*

Selvom den mest optimale metode ikke er helt træfsikker, er risikovurderinger nødvendigvis en fast bestanddel af klinisk praksis. Det er med andre ord en kerneopgave at hjælpe patienter til ikke at begå ny vold. Vi skal i praksis vurdere risiko for hver enkelt patient og sætte målet ind over for patienter med forhøjet voldsrisiko. Hvis klinikerne vurderer, at en person har en høj voldsrisiko, så skal han eller hun gøre sit yderste for, at forudsigelsen netop ikke går i opfyldelse. Ergo indebærer god risikohåndtering, at vi sørger for, at vore egne forudsigelser ikke holder stik.

Hvordan får vi så modbevist vore egne vurderinger?

## **Fra risikovurdering til risikohåndtering**

Fejlagtigt tror mange, at arbejdet er gjort, når selve risikovurderingen er færdig. Men her starter den primære opgave med at planlægge og implementere den behandlingsindsats, der skal reducere voldsrisikoen.

At gå fra at have foretaget en grundig vurdering af risiko til succesfuldt at håndtere risiko kan dog være ret kompliceret. Og desværre har behandlingsindsatsen ikke fået meget opmærksomhed i den videnskabelige litteratur. Men hvis vore risikovurderinger skal gøre nytte i virkeligheden og ikke blot på papiret, bør fokus nu også rettes

mod tilrettelæggelse af behandling og håndtering af voldsrisiko.

Risikohåndtering (de tiltag, der skal forebygges, at patienten bliver voldelig) bør nemlig struktureres på lige fod med risikovurderingen (selve vurderingen af patientens risiko for at blive voldelig). Dette kan gøres via risikoscenarier, hvor man ser på, hvordan en fremtidig voldelig situation kunne tænkes at være for en bestemt patient. I sådanne scenarier kan parametre som voldens art, alvorlighed og hyppighed beskrives, ligesom identificerede risikofaktorer og beskyttende faktorer kan analyseres i forhold til den optimale behandling og håndtering af risiko.

Et struktureret arbejde med risikoscenarier kan uddybe, hvilke handlinger der er påkrævet i forskellige situationer, og det vil kunne gøres synligt for patienten og behandlingsteamet hvornår, hvordan og hvorfor, der skal handles.

## **Bro mellem praksis og videnskab**

At vurdere og håndtere voldsrisiko er uomtvistelig en opgave for behandlingssystemet. For at beskytte patienter mod at begå vold. Og for at beskytte patientens omgivelser. Det er også en opgave, der bliver stillet stadig større krav til, fordi ønsket om en evidensbaseret praksis bliver mere og mere udtalt.

Det er derfor nødvendigt at bygge bro mellem den videnskabelige evidens og klinisk praksis. Forskning har gennem de sidste årtier vist, at strukturerede metoder er bedst til at identificere voldsrisiko. Ydermere tyder ny forskning på, at den strukturerede arbejds metode også hjælper i forhold til håndteringen, så voldsrecidiv hos patienter med høj voldsrisiko bliver mindre. For at optimere en evidensbaseret praksis og yde den bedst mulige hjælp til patienterne er det afgørende, at vi fortsat gør plads til udvikling og forskning inden for dette område.

At foretage kvalificerede risikovurderinger vil altid være ressourcekrævende, men berettiger sig selv ved hindringen af blot en enkelt voldsepisode.

Arbejdet er dog ikke gjort med risikovurderingen. Den skal løbende opdateres og til enhver tid følges op med handling, der skal forhindre volds handlinger. Alternativet ville være uetisk, for da ville vi svigte vore patienter. Helt basalt er det med risikovurderinger sådan, at det, der investeres i selve vurderingsprocessen, afgør, hvor effektiv forebyggelsen er.

*Hvis klinikerer vurderer,  
at en person har en høj voldsrisiko,  
så skal han eller hun gøre sit  
yderste for, at forudsigelsen netop  
ikke går i opfyldelse.*

[ f: ]

Liselotte Pedersen har skrevet ph.d.-afhandlingen *Assessment of violence risk in mentally disordered offenders – A structured professional judgement approach in Danish Forensic Psychiatry* (2009).

Afhandlingen undersøger og indsamler viden om psykisk syge personers voldsrisiko og brugen af evidensbaserede risikovurderingsmetoder.

Afhandlingen viser, at den strukturerede kliniske vurderingsmetode, HCR-20, er anvendelig i dansk retspsykiatri, at HCR-20 kan anvendes sikkert af klinikere, der har fået den nødvendige træning, at HCR-20 er god til at identificere personer i risiko for ny volds-kriminalitet, og at HCR-20 er effektiv i forhold til håndtering af voldsrisiko hos patienter med høj risiko.

**Liselotte Pedersen er underviser på NDU's kursus i risikovurdering. Følgende publikationer indgår i hendes ph.d.-afhandling om emnet:**

Pedersen, L. & Hougaard, H. (2005). *Vurdering af voldsrisiko*, Retspsykiatrisk Afdeling, Sct. Hans Hospital, Roskilde.

Pedersen, L. & Rasmussen, K. (2006). Reliability of the Danish version of the HCR-20 risk assessment scheme. *Scandinavian Journal of Forensic Science*, 2, 54-57.

Bengtson, S. & Pedersen, L. (2008). Implementation of Evidence-based Practices in Forensic Psychiatric Clinical Practice in Denmark: Are We There? *Scandinavian Journal of Forensic Science*, 2, 48-53.

Pedersen, L., Rasmussen, K., Elsass, P. & Hougaard H. (2010). The importance of early antisocial behaviour among men with a schizophrenia spectrum disorder in a specialist forensic psychiatry hospital unit in Denmark. *Criminal Behaviour and Mental Health*, in press.

Pedersen, L., Kunz, C., Rasmussen, K. & Elsass, P. (2010). Psychopathy as a risk factor for violent recidivism – investigating the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a forensic psychiatric setting. *International Journal of Forensic Mental Health*, in press.

Pedersen, L., Rasmussen, K. & Elsass, P. (2010). Risk assessment: The value of structured professional judgements. *International Journal of Forensic Mental Health*, in press.

Pedersen, L., Rasmussen, K. & Elsass, P. (2009). HCR-20 risk assessments as a guide for treating and managing violence risk in a forensic psychiatric setting. *Accepted pending revision*.