

The background of the entire page is a repeating pattern of stylized human figures. Each figure is composed of simple geometric shapes and is enclosed within a circular frame. The figures are arranged in a grid-like fashion, creating a dense, textured background. The color of the pattern is a light, muted purple or lavender, which contrasts with the darker purple of the text and logo.

FORTE!

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

Kunskapsöversikt om
**BEHANDLING MOT
SEXUELLA ÖVER-
GREPP MOT BARN**

SVENSK SAMMANFATTNING

Förord

Sexuella övergrepp mot barn är ett betydande problem som kan leda till allvarliga konsekvenser för barnen, deras anhöriga och samhället i stort. Vilken förebyggande effekt har behandlingsinsatser för personer som begått, eller riskerar att begå, sexuella övergrepp mot barn? Hur tillförlitliga är bedömningsmetoder för att förutsäga risk att begå sexuella övergrepp mot barn? Vilka vetenskapliga kunskapsluckor finns inom området och vilka initiativ behövs för att fylla dessa? Det är några av de frågor som denna kunskapsöversikt har utgått ifrån. Forte tog fram rapporten på uppdrag av regeringen år 2015. Den här skriften är en svensk sammanfattning av den engelska rapport som finns tillgänglig på Fortes hemsida, www.forte.se.

För att sammanställa den vetenskapliga litteraturen och skriva rapporten anlidade Forte professor Niklas Långström. Resultaten i rapporten bygger framför allt på tre tidigare publicerade systematiska litteraturöversikter. Kompletterande litteratursökningar har gjorts för att identifiera nytillkomna systematiska översikter och primärstudier. Rapporten har granskats av en referensgrupp med specialister från Sverige och andra länder.

Forte vill med denna skrift lyfta fram vilken vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor som finns inom området.



EWA STÅLLDAL
Generaldirektör



STELLA JACOBSON
Projektledare

PROJEKTGRUPP

Niklas Långström, professor, barn- och ungdomspsykiater, Karolinska Institutet och Kriminalvården
Stella Jacobson, projektledare, Forte

LITTERATURSÖKNING

Natalia Berg, informationsspecialist, Socialstyrelsen

REFERENSGRUPP

Seena Fazel, professor, rätts- och vuxenpsykiater, Oxford, Storbritannien
R. Karl Hanson, professor, psykolog, Ottawa, Canada
Martin Lardén, doktorand, psykolog, chef för enheten för behandlingsprogram, Kriminalvården
Bengt Sandin, professor, Tema Barn, Linköpings universitet
Katarina Görts Öberg, fil dr, psykolog, enhetschef på Centrum för andrologi och sexualmedicin (CASM), Karolinska universitetssjukhuset

Slutsatser

Det finns en stor brist på vetenskapligt grundad kunskap om nytta och risker med medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för personer som begått, eller riskerar att begå, sexuella övergrepp mot barn. Flera systematiska utvärderingar de senaste åren har dragit samma slutsatser. Både etiska och metodologiska aspekter gör det svårt att genomföra studier inom detta område och det är därför ett forskningsfält som inte kan förväntas röra sig snabbt framåt. Det behövs stora, välgjorda studier som omfattar flera länder liksom samarbete mellan finansärer från olika länder.

Instrument eller beslutsstöd för riskbedömning har viss förmåga att förutsäga enskilda personers risk för återfall (så kallad prediktiv validitet). Precisionen i att identifiera de personer som inte återfaller är dock bättre än förmågan att hitta dem som faktiskt gör det. Det finns sammantaget behov av mer forskning, till exempel utvärdering av bedömningsinstrument i ett svenskt sammanhang, bättre kunskap om orsaksfaktorer för att kunna förbättra beslutsstödens precision och användbarhet för förebyggande insatser samt att utveckla behandlingsmetoder.

Forskning om sexualbrottsförövare generellt tyder på att behandlingen blir mer effektiv om man följer den så kallade risk-, behov- och mottaglighetsmodellen. Enligt modellen ska personer med förhöjd återfallsrisk erbjudas mer intensiv behandling och under längre tid, medan personer med låg risk får mindre

DEFINITION AV SEXUELLA ÖVERGREPP MOT BARN

Sexuella övergrepp mot barn är sexuellt motiverade eller präglade handlingar med eller utan tvång eller våld mot en underårig person. I svensk lagstiftning, Brottsbalken kapitel 6, definieras olika typer av sexualbrott, varav flera brottsrubriceringar är specifika för sexualbrott mot barn. Dessa är våldtäkt mot barn, sexuellt utnyttjande av barn, sexuellt övergrepp mot barn, sexuellt ofredande, köp av sexuell handling av barn, utnyttjande av barn för sexuell posering och kontakt med barn i sexuellt syfte. Barnpornografibrott regleras i Brottsbalken, kapitel 16, §10.

Källa: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2011 (1)

intensiv behandling samt under kortare tid. Behandlingen ska fokusera på de riskfaktorer som är möjliga att påverka och anpassas till individens motivation och förutsättningar för inläring.

Bakgrund

Sexuella övergrepp mot barn är ett betydande globalt problem med psykologiska, sociala och ekonomiska konsekvenser för offer, deras familjer och samhället. Till exempel löper de som utsatts större risk att drabbas av fysisk och psykisk ohälsa, missbruk av alkohol och droger, självskadebeteende och sexuella problem. Cirka 8 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i den allmänna befolkningen uppger att de utsatts för sexuella övergrepp innan 18 års ålder. För att förhindra att barn blir utsatta för sexuella övergrepp är det mycket viktigt att det finns kunskap om vilka behandlingar som kan förebygga den här typen av brott. Både behandling av personer som begått sexuella övergrepp mot barn och för de som ännu inte

BEHANDLINGSMETODER I SVERIGE FÖR ATT FÖREBYGGA ÅTERFALL I SEXUALBROTT MOT BARN

Oftast används behandlingar baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. Inte sällan ingår återfallsförebyggande inslag som att identifiera och undvika högrisksituationer för utagerande.

Den största vårdgivaren i Sverige är Kriminalvården som tillämpar ett nationellt behandlingsprogram som importerats från den kanadensiska kriminalvården (Canadian Correctional Services) och anpassats till svenska förhållanden.

I öppenvård utanför Kriminalvården används ofta mer varierade behandlingsinsatser. Det kan innebära fokus på förbrytarens barndomstrauma, empati med offren eller dåligt självförtroende. Behandling av samtida psykiska störningar ingår ofta.

I allmänhet används farmakologisk behandling för att minska sexuell drift (testosterondämpande läkemedel eller antidepressiva och antipsykotiska läkemedel) sällan. Ett undantag utgör viss rättspsykiatrisk vård.

Källa: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2011 (1)

begått något brott men har en förhöjd risk att göra det. De sistnämnda är personer med sexuellt intresse för barn men med tillräckligt många, mer eller mindre påverkbara, skyddande faktorer som avhåller dem från att begå faktiska sexuella övergrepp mot barn. Exempel på skyddande faktorer är god impuls kontroll, social problemlösningsförmåga, förmåga att väga egna behov mot andras och kunna visualisera negativa konsekvenser av det egna utagerandet. Andra exempel är ett gott socialt nätverk och frånvaro av alkohol-/drogmissbruk, sexuell upptagenhet eller avvikande sexuellt intresse. Om balansen mellan skyddande faktorer och riskfaktorer rubbas kan personen riskera att gå över gränsen. Många lider av sin läggning men har svårt att söka vård, till exempel av rädsla för stigmatisering.

Det är viktigt att det finns instrument eller beslutsstöd för att bedöma risken att personer som begått sexuella övergrepp återfaller i sexualbrott eller andra våldsbrott. Dels för att det straffrättsliga systemet ska ha tillgång till verktyg för att kunna bedöma risken men även för professionella inom kriminalvård, ungdomsvård och rättspsykiatrisk vård. Riskbedömningar används för att besluta om placering och villkor för brottsdömda personer där hänsyn tas också till

säkerheten för andra dömda, personal, familjemedlemmar och samhället i stort. Enligt risk-, behov- och mottaglighetsmodellen (RBM) kan riskbedömningar även användas för att prioritera klienter med förhöjd återfallsrisk till behandling, samt att individualisera insatser efter den enskildes risker/behov och mottaglighet för behandling.

Under de senaste 20 åren har kunskaperna om riskbedömning av återfallsrisk ökat betydligt. Riskfaktorer, både oföränderliga (statiska) och föränderliga (dynamiska), har identifierats och systematiserats i strukturerade riskverktyg. De vanligaste beslutsstöden är Static-99R som ofta används i kombination med Stable 2007 och Acute 2007, Violence Risk Scale: Sexual Offender Version (VRS: SO) och Sexual Violence Risk-20 (SVR-20).

Strukturerade instrument för riskbedömning jämför systematiserad kunskap om brottsdömda som återfaller i brott (gruppdata) med den enskilde brottsdömdes individens omständigheter och egenskaper. Strukturerade instrument är generellt sett mer exakta än ostrukturerade, professionella omdömen. Däremot råder i någon mån delade meningar om hur man bäst sammanfattar risk- och skyddsfaktorer i ett riskutlåtande och vilken tyngd man lägger på fallspecifika faktorer respektive hur individinformationen stämmer

RISK-, BEHOV- OCH MOTTAGLIGHETSMODELLEN (RBM)

RBM-modellen utvecklades i Kanada och beskriver tre principer för framgång i att minska återfall bland brottsdömda.

Riskprincipen innebär att mer intensiva och långvariga insatser bör prioriteras till förövare med medelhög och hög risk för brottsåterfall.

Behovsprincipen pekar på betydelsen av att fokusera på verkliga orsaker till brottsligheten i genomförandet av behandling, dvs risker och behov som kan ha ett orsakssamband med utvecklingen av, och stabiliteten över tid, för brottsligt beteende.

Mottaglighetsprincipen innebär att behandling bör följa principerna för social inlärningsteori, t ex genom kognitiv beteendeterapi (KBT), och skräddarsys efter förövarens förutsättningar till inlärning (t ex impulsivitet, koncentrationssvårigheter och inlärningsstörningar).

Källa: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2011 (1)

RISK FÖR ÅTERFALL

Cirka 10 procent av förövare i Sverige begår ett nytt sexuellt övergrepp som leder till ny fällande dom inom tio år efter frigivningen. Detta gäller även för sexuella förövare mot barn. Det är generellt sett vanligare att förövare återfaller i icke-sexuella våldsbrott än i nya sexualbrott.

Det har även bekräftats i internationella studier baserade på anonym självrapportering och lång uppföljningstid, att det är mer troligt att den genomsnittliga sexbrottsförövaren aldrig kommer att begå nya sexualbrott igen än att hen gör det.

Risikfaktorer för återfall bland sexbrottsdömda inkluderar sexuell avvikelser eller parafilt intresse, upptagenhet av sex eller hypersexualitet, impulsivitet samt allmänt antisociala attityder och livsstil.

Källa: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2011 (1)

med den kunskap som finns utifrån gruppdata. De som utgår ifrån att grupp- och individdata är jämförbara presenterar identifierade riskfaktorer, en explicit metod för att kombinera faktorerna samt en slutgiltig, kvantitativ, riskklassificering i sitt utlåtande. Andra utvärderare föredrar att identifiera riskfaktorer utan att ange någon sammanvägd poäng eller kvantitativ gradering av återfallsrisken. Detta för att man anser att det kan finnas betydande skillnader mellan individens och andra förövers återfallsrisk och tillåter sig därför att låta den egna subjektiva bedömningen få större betydelse för den sammanvägda riskbedömningen.

Syfte

Att göra en vetenskaplig kunskapsöversikt om effekterna av behandlingsinsatser för vuxna personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn. Kunskapsöversikten ska även omfatta bedömningsmetoder av vuxnas risk att begå sexuella övergrepp mot barn samt lyfta fram kunskapsluckor och forskningsbehov.

Metod

En tidigare litteratursökning gjordes i SBU:s rapport "Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn", 2011 (1). Kompletterande litteratursökningar gjordes för att identifiera eventuella nytillkomna systematiska översikter och enskilda studier.

Separata litteratursökningar genomfördes för att sammanställa studier av riskbedömningsmetoder. Studier publicerade innan år 2010 exkluderades då de kan förväntas ingå i en tidigare systematisk kunskapsöversikt från 2011 (2).

De studier som bedömdes vara relevanta för ämnet granskades utifrån metodologisk kvalitet. Rapporten och slutsatserna granskades av en extern referensgrupp. För mer detaljerad information om frågeställningar och metod se www.forte.se.

Behandlingsmetoder

Personer med förhöjd risk som ännu inte begått något övergrepp

I litteratursökningen identifierades inga relevanta studier som undersökt effekten av behandling av personer med förhöjd risk att begå sexuella övergrepp mot barn, men som ännu inte begått något övergrepp. Det går därför inte att säga om behandling av dessa personer har någon förebyggande effekt för att förhindra sexuella övergrepp mot barn.

En svårighet är att få kontakt med personer som har ett sexuellt intresse för barn. I Storbritannien och Tyskland har det sedan flera år tillbaka upprättats hjälptelefonlinjer för personer som upplever problematisk sexualitet (StopitNow och Prevention Project Dunkelfeld). I Sverige finns en liknande telefonlinje, Preventell, som upprättades 2012 vid Karolinska universitetssjukhuset. Via telefonlinjerna kan man ringa anonymt och få rådgivning och eventuellt remitteras till behandling. Det behövs dock välgjorda studier för att få mer tillförlitlig kunskap om behandling av dessa personer i riskzonen.

Personer som begått sexuella övergrepp mot barn

Vi inkluderade tre systematiska litteraturöversikter, varav en från SBU, som undersökte effekterna av interventioner för att förebygga återfall hos personer som begått sexuella övergrepp mot barn samt en originalstudie. Studierna är dock kvalitetsmässigt otillräckliga som underlag för att avgöra om någon behandling kan minska återfall i sexualbrott samt om behandling medför några risker för deltagarna. Bristen på kunskap gäller både psykologisk och farmakologisk behandling, till exempel med testosteronhämmande läkemedel.

I rapporten från SBU inkluderades fem studier som undersökte effekten av behandling av vuxna personer som begått sexuella övergrepp mot barn (1). Den enda randomiserade, kontrollerade studien (RCT) påvisade inte någon statistiskt signifikant skillnad i återfallsrisk mellan den grupp som fått kognitiv beteendeterapi (KBT) och kontrollgruppen. Det innebär dock inte att behandlingen inte är effektiv då studien, trots att det är den största RCT:n som hittills genomförts (totalt 484 personer), är för liten för att

kunna uppnå statistisk styrka. Resterande fyra studier som ingick i SBU-rapporten var observationsstudier men på grund av brister i den vetenskapliga kvaliteten gick det inte att dra några säkra slutsatser från dem. Litteratursökningen uppdaterades 2013 men inga nya studier som uppfyllde inklusionskriterierna identifierades då (5).

Efter SBU-rapporten har två systematiska översikter med fokus på psykologiska behandlingsmetoder publicerats (3, 4). Båda dessa översikter omfattade ungefär samma studier, varav några även ingår i SBU-rapporten. De övriga identifierades i litteratursökningen av SBU men studierna exkluderades på grund av låg studie kvalitet. Grønnerød och medarbetare drar slutsatsen att det inte finns någon skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupperna. Slutsatsen bygger endast på en studie av hög kvalitet (samma RCT som i SBU-rapporten) medan resterande åtta inkluderade studier har låg kvalitet. Walton och medarbetare visar en något minskad risk för återfall i behandlingsgruppen men även i den här översikten påpekas brister i studie kvalitet och åtta av tio studier bedömdes ha låg kvalitet.

Utöver de systematiska översikterna undersökte Duwe och medarbetare effekterna av programmet Circles of Support and Accountability (COSA) i en liten RCT (6). COSA riktar sig endast till en liten grupp av förövare, de med hög risk för återfall, utan socialt skydds nät och som är villiga att delta. Studien är dock otillräcklig för att kunna säkerställa eventuella effekter av programmet.

Vi inkluderade även tre systematiska litteraturoversikter om behandling för sexualbrottslingar generellt (7, 8, 9). Anledningen är att de flesta relevanta behandlingsstudier har inkluderat data för förövare av övergrepp mot vuxna och mot barn men utan att särredovisa resultaten för de två grupperna. Översikterna visade att de studier som finns inte är tillräckliga för att kunna fastställa nytta och risk varken för psykologisk eller för farmakologisk behandling. Det finns forskning som tyder på att behandling av sexualbrottsförövare generellt är mer framgångsrik om den följer risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RBM), det vill säga att förövare med medelhög och hög risk får mer intensiv och långvarig behandling och personer med låg risk får mindre intensiv och kortvarig behandling.

Ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn är inte fokus för den här rapporten men är värda att nämna då 20–30 procent av alla som begår sexuella övergrepp mot barn är under 21 år och övergreppen sker oftast mot syskon, jämnåriga vänner eller partners. Att begå sexuella övergrepp i ung ålder är också en riskfaktor för återfall i vuxen ålder. SBU-rapporten drog slutsatsen att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för att multisystemisk terapi (MST) förebygger återfall i den här gruppen. Det begränsade stödet innebär att resultaten skulle behöva upprepas i fler välgjorda studier för att säkert kunna fastställa effekterna.

För kvinnliga förövare, personer som konsumerar barnpornografi och personer som söker kontakt med barn på nätet hittades inte heller några studier som utvärderar behandlingsmetoder.

Bedömning av risk för återfall

Vi inkluderade fyra systematiska översikter och tre originalstudier som undersökt bedömning av risk för återfall i sexuella övergrepp mot barn. En systematisk översikt av Tully och medarbetare drog slutsatsen att nuvarande riskbedömningsverktyg har åtminstone måttlig förmåga att förutsäga risk att manliga, vuxna sexuella förövare begår nya sexualbrott (prediktiv validitet) (10). Data specifikt för förövare mot barn har inte särredovisats i studierna som inkluderades i översikten. Kvaliteten hos de inkluderade studierna är varierande och författarna framhäver att det behövs mer oberoende forskning av hög kvalitet, särskilt vad gäller så kallad strukturerad professionell bedömning som inkluderar dynamiska riskfaktorer.

En utmaning för de som utför riskbedömningar är avsaknaden av gemensamma begrepp för att beskriva risknivåer. Även om man ofta använder nominala riskkategorier (till exempel låg, måttlig, hög risk), kan dessa tolkas olika av olika individer och professioner. Det finns ingen konsensus om hur många risknivåer som instrumenten ska ha eller vilka tröskelvärden som skiljer nivåerna åt. En metaanalys av Singh och medarbetare visade betydande variation mellan åtta olika instrument när det gäller återfallsfrekvenser för

förövare som kategoriserades som ”hög risk”, oavsett om det var bedömningsinstrument baserade enbart på statistiska uppgifter (så kallade aktuariiska riskinstrument) eller strukturerade, professionella bedömningsinstrument (11).

I en annan systematisk översikt av Singh och medarbetare undersöktes tillförlitligheten av olika instrument för att bedöma risk hos olika typer av förövare (2). De instrument som tagits fram för mer specifika grupper, som sexualbrottsförövare och ungdomar som begått våldsbrott, hade bättre förmåga att förutsäga återfallsrisk hos dessa grupper. Ju fler demografiska likheter mellan den testade gruppen och den ursprungsgrupp som använts för att ta fram instrumentet, desto högre prediktiv validitet. Vidare visade tre originalstudier att prediktiv validitet kan skilja sig åt mellan olika etniska grupper (12, 13, 14).

En systematisk översikt av Fazel och medarbetare drog slutsatsen att verktyg för riskbedömning kan identifiera personer med låg risk för återfall i sexualbrott med hög precision men mindre träffsäkerhet att identifiera personer med hög risk (15). Träffsäkerheten för att identifiera personer som verkligen återfaller i sexualbrott (så kallat positivt prediktionsvärde) var lägre än för instrument som bedömer risk för återfall i andra typer av brott.

Varför finns det så få studier av hög kvalitet?

Behandling av personer som riskerar att begå eller som har begått sexuella övergrepp mot barn, är ett svårt område att forska inom av såväl metodologiska som etiska skäl.

Svårigheter att få jämförbara grupper och kontrollera för förväxlingsfaktorer i studierna

Många beslut fattas inom rättsväsendet som indirekt påverkar möjligheten att genomföra studier. Det gäller till exempel beslut om placering, säkerhetsfrågor och restriktioner. Detta minskar forskarens kontroll över faktorer som kan påverka resultatet av behandling och därmed öka risken för felaktiga slutsatser.

Få personer som kan eller vill genomgå behandling gör det svårt att uppnå statistisk styrka

Återfallsfrekvensen för personer som begått sexuella övergrepp mot barn är lyckligtvis relativt låg jämfört med motsvarande andel bland personer som begått icke-sexuella våldsbrott. Det innebär att uppföljningstiden behöver vara lång eller att många hundra personer behöver ingå i en behandlingsstudie: detta är svårt i ett litet land som Sverige.

Sexuella förövare har ofta låg motivation att påbörja behandling. De flesta söker inte själva hjälp utan erbjuds eller tvingas delta i behandling när de blivit dömda. Skammen som är kopplad till sexuella övergrepp mot barn kan bidra till att förövaren förnekar eller förminskar sitt eget ansvar, följderna för offret och behovet av att genomgå behandling.

Individens kognitiva förmågor kan också bidra till att det är svårt för dem att fullt ut genomföra en behandling.

Att randomisera personer till behandling eller kontrollgrupp kan vara svårmotiverat

Ur ett etiskt och politiskt perspektiv kan det för allmänheten vara oacceptabelt att personer slumpas till olika behandlingsgrupper utifrån uppfattningen att man inte erbjuder alla den behandling som antas vara den bästa möjliga. Detta trots att utgångspunkten för en randomiserad, kontrollerad studie är att man inte vet vilket alternativ som är mest effektivt. Risken är att man istället fortsätter att använda behandlingar som inte är effektiva eller till och med skadliga.

Svårt att komma i kontakt med personer som inte begått sexuella övergrepp mot barn men som har en förhöjd risk

Utöver ovan nämnda skäl till att det finns få studier av hög kvalitet är det naturligtvis svårt att nå personer som ännu inte begått sexuella övergrepp mot barn. Nationella hjälplinjer som Preventell kan vara ett första steg att utveckla former för detta.

Vad ska man göra i väntan på mer forskning?

För personer som inte begått sexuella övergrepp mot barn men som har en förhöjd risk

Erbjuda bedömning av dynamiska riskfaktorer och individuell behandling av desamma baserad på risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna.

För att komma i kontakt med de här personerna och erbjuda stöd är den nationella hjälplinjen Preventell en möjlig plattform. Det är dock viktigt att arbetet inom Preventell även inkluderar forskning och utveckling av behandlingsmetoder. Till exempel skulle internetbaserade behandlingsformer kunna vara lämpligt för målgruppen.

För varje person som begått sexuella övergrepp mot barn

Systematiskt bedöma och dokumentera:

- Förekomsten av påverkbara riskfaktorer (se avsnittet *Bedömning av risk för återfall*, s. 6)
- Samtidiga och potentiellt bidragande psykiska sjukdomar som parafila störningar (t.ex. pedofil störning), uppmärksamhets- och hyperaktivitetsstörning (adhd), autismspektrumstörning, personlighetsstörning och substansmissbruk
- Kartlägga prediktorer, bidragande faktorer och möjliga skyddande faktorer

Baserat på detta erbjuda och dokumentera individuell behandling, både innehåll och resultat. Prioritera behandling till personer med medelhög och hög risk för återfall, enligt risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna, helst inom ramen för kontrollerade observationsstudier.

För bedömning av risk för återfall

Det finns ett antal instrument som skulle kunna användas med viss försiktighet även i Sverige, trots att det saknas tillräckligt med vetenskaplig kunskap om deras förmåga att förutsäga risk i en svensk kontext. Exempel på sådana är Static-99R, Stable 2007, Acute 2007 och VRS:SO.

Behov av forskning

Stort behov av behandlingsforskning

Forskning av hög kvalitet (randomiserade, kontrollerade studier eller välgjorda observationsstudier) är mycket angelägen för att fastställa nytta och risk med olika behandlingsmetoder för att förebygga återfall i sexualbrott mot barn.

Få förövare samt låg återfallsfrekvens gör det svårt att genomföra stora kontrollerade studier med tillräcklig statistisk styrka. Det behövs därför studier som omfattar flera länder, och skulle kräva samarbete mellan finansörer från olika centra och/eller länder. Det krävs även att forskarna tillsammans prioriterar vilka forskningsfrågor som är mest angelägna, samt samarbetar vid planering och koordinering av studierna. Detta skulle till exempel kunna ske inom nätverket International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO).

För att komma runt problemet med låg statistisk styrka är ett sätt att använda alternativa utfallsmått istället för återfall. Det kan vara faktorer som indikerar ökad risk för återfall, till exempel självrapporterade tankar, fantasier och impulser som innefattar sexuella övergrepp mot barn, hypersexualitet, sexuell upptagenhet eller substansmissbruk. I motsats till information som baseras på registrerade brottsmisstankar eller domar, ställer detta dock krav på förövaren att aktivt vilja och kunna delta, reflektera över sig själv och vara uppriktig. Dessutom kan självrapportering få konsekvenser för förövaren om beslutsfattare av säkerhetsskäl måste agera om risken för återfall ökar, vilket förstås kan påverka motivationen att delta i studien.

För vuxna och ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn, men har en ökad risk att göra det, finns ett stort behov av att utveckla effektiva behandlingsmetoder som förebygger brott samt utveckla sätt att komma i kontakt med dessa personer.

Lovande resultat för multisystemisk terapi behöver fastställas i fler studier

Det finns studier som visar att multisystemisk terapi (MST) kan minska risken för återfall bland ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn. Resultaten behöver dock upprepas i fler välgjorda studier för att stärka kunskapsbasen.

Mer forskning om instrument för att bedöma risk för återfall

För detta behövs forskning av hög kvalitet som utvärderar instrument för att bedöma förövares risk för återfall i sexualbrott mot barn. Särskilt angeläget är forskning med fokus på prediktiv validitet av påverkbara (dynamiska) riskfaktorer, till exempel de som mäts med Stable 2007 och SVR-20. Även Static-99 i kombination med andra instrument kan behöva utvärderas för svenska förhållanden.

Det behövs större kunskap om vilka riskfaktorer

som orsakar återfall (kausala faktorer) samt som går att påverka, för att kunna förbättra precisionen i bedömningsinstrumenten och utveckla behandlingsmetoder.

Gemensam terminologi för att kommunicera riskbedömningar

Det behövs ett gemensamt språk för riskkommunikation som kan användas inom flera instanser (domstolar, kriminalvård och socialtjänst) och som inte nödvändigtvis är knutet till ett särskilt riskverktyg.

Referenser

1. SBU. Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 2011; Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
2. Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;31:499-513.
3. Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, Scherner G, Konrad A, Amelung T. The German Dunkel-feld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med* 2015;12:529-42.
4. Walton JS, Chou S. The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:401-17.
5. Langstrom N, Enebrink P, Lauren EM, Lindblom J, Werko S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ* 2013;347:f4630.
6. Duwe G. Can Circles of Support and Accountability (COSA) work in the United States? Preliminary results from a randomized experiment in Minnesota. *Sex Abuse* 2013;25:143-65.
7. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD007507.
8. Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD007989. DOI: 10.1002/14651858. CD007989. pub2.
9. Schmucker M, Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology* 2015.
10. Tully RJ, Chou S, Browne KD. A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clin Psychol Rev* 2013;33:287-316.
11. Singh J. P. FS, Gueorguieva R., & Buchanan A. Rates of sexual recidivism in high risk sex offenders: A meta-analysis of 10,422 participants. *Sexual Offender Treatment* 2012;7:Downloadable from: <http://www.sexual-offender-treatment.org/108.html>.
12. Babchishin KM, Blais J, Helmus L. Do static risk factors predict differently for Aboriginal sex offenders? A multi-site comparison using the original and revised static-99 and static-2002 scales. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 2012;54:1-43.
13. Smallbone S, Rallings M. Short-term predictive validity of the static-99 and static-99-R for indigenous and nonindigenous Australian sexual offenders. *Sex Abuse* 2013;25:302-16.
14. Varela JG, Boccaccini MT, Murrie DC, Caperton JD, Gonzalez E, Jr. Do the Static-99 and Static-99R perform similarly for White, Black, and Latino sexual offenders? *The International Journal of Forensic Mental Health* 2013;12:231-243.
15. Fazel S, Singh JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24,827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal* 2012;345:1-12.