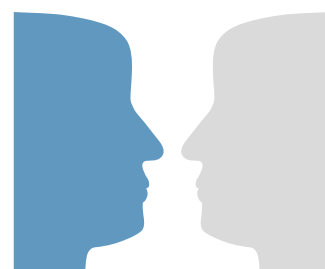


RättspsyK

Årsrapport 2019

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2019

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK
<https://rattpsyk.registercentrum.se>, www.kvalitetsregister.se

Region	Deltagande verksamheter
Dalarna	RPK Säter
Gävleborg	LRV-enheten Gävleborg
Halland	RPV Halland
Jönköping	RPV Jönköping
Kalmar	RPA Västervik
Kronoberg	RPK Region Kronoberg/Växjö
Norrbottn	Piteå Rättspsykiatri Malmfältens psykiatri
Skåne	Rättspsykiatri i Skåne
Stockholm	Rättspsykiatri Vård Stockholm
Sörmland	Regionsjukhuset Karsudden Mälarsjukhuset Eskilstuna
Uppsala	RPE Uppsala
Värmland	RPE Kristinehamn
Västerbotten	Umeå Rättspsykiatri RPA Skellefteå
Västernorrland	RPK Sundsvall
Västmanland	Rättspsykiatri Västmanland/Sala
Västra Götaland	RPV Borås RPV Falköping RPV Göteborg RPV Vänersborg
Örebro	RPK Örebro
Östergötland	RPR Vadstena

Citera denna rapport:

Swedish National Forensic Psychiatric Register, RättspsyK (2019). Annual 2019. Gothenburg: Swedish National Forensic Psychiatric Register.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK (2019). Årsrapport 2019. Göteborg: Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

ISSN 2001-3698
Tryckår 2020

Tryck: DanagårdLITHO AB Foto: RPK Region Kronoberg/
Växjö, Per Bülow och Unsplash sid. 68.

Registerhållare

Camilla Skåån

Psykiatrisjuksköterska
Område vuxenpsykiatri
NU-sjukvården
Vänersborg
Camilla.Skaan@vgregion.se

Kaj Forslund

Verksamhetschef
Rättspsykiatri Vård Stockholm
Huddinge
Kaj.Forslund@sll.se

From 2019-10-01

Magnus Kristiansson

Biträdande verksamhetschef
Rättspsykiatri Vård Stockholm
Magnus.Kristiansson@sll.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Camilla Skåån
Marianne Ander
Hans Andersson
Helena Andreasson
Per Bülow
Kaj Forslund
Frances Hagelbäck Hanson
Peter Karlberg
Magnus Kristiansson
Benjamin Wrling
Tom Palmstierna

Statistiker

Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
Peter.Gidlund@vgregion.se

Utgivare

Camilla Skåån, Kaj Forslund, Magnus Kristiansson

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	7
Resultat	10
Bortfall	10
Självskattad fysisk- och psykisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott	11
Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009-2019	12
Klinisk skattning av symtombilden	14
Jämförelse av symtombild mellan RättspsyK och PsykosR	14
Insikt i sin sjukdom och problematik	14
Behandlingsmotivation	14
Body Mass Index (BMI)	15
Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR	16
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	17
Skuldsituation	18
Nätverk	18
Återfall i lagförda brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	19
Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	20
Vårdprocess	22
Hälsofrämjande insatser	22
Läkemedelsbehandling	23
Övriga stöd- och behandlingsinsatser	28
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning	30
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	32
Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård	32
Patientgruppen i registret	36
Verksamheterna i registret	49
Redovisning på verksamhetsnivå	50
Verksamhetscheferna reflekterar	60
Registerhållarna reflekterar	66
Forskning och validering	67
Möjliga områden för utvecklingsprojekt	68
Urval av publikationer med referens till RättspsyK	69
Diskussion	70
Vad är rättspsykiatrisk vård?	71
Fakta om RättspsyK	73
Täcknings- och anslutningsgrad	76

Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygghet och säker vård. Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer pågick mellan åren 2003 - 2008 och bedrevs i olika arbetsgrupper med Svenska Rättspsykiatriska föreningen som sammanhållande länk. Under hela tiden som indikatorerna togs fram hölls två årliga nationella möten med deltagare från hela landet där arbetet kontinuerligt förankrades. Ambitionen har varit och är fortfarande att hålla nere antalet indikatorer för att främja en hög anslutning, samtidigt som en allsidig belysning av verksamheten eftersträvat.

Rapportens syfte

RättspsyK har hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten. Rapporten används allt mer i verksamheterna som underlag för att få en bild av vilka förbättringsområden som bör prioriteras. Rapportens innehåll och utformning är gjord med ambitionen att den ska vara lättillgänglig, reflekterad kring och ge uppslag till ytterligare förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är utvalda av analysgruppen. Urvalet är grundat på återkopplingar från tidigare rapporter, diskussioner på nationella möten, erfarenheter från revisioner, kontakter med registrerare och övrigt kliniskt verksam personal.

Utöver urvalet i denna rapport är det möjligt att göra ytterligare ett stort antal sammanställningar av insamlad data vilka kan vara av intresse. Om intresse finns, ta kontakt med registerhållaren.

Verksamheter med få patienter

Eftersom det i rapporten inte redovisas data för färre än 10 patienter finns det verksamheter som inte finns med i rapportens sammanställningar. För dessa verksamheter finns alltid möjlighet att lokalt få ut data för sin verksamhet, kontakta i så fall registerhållaren.

Andel yngre än 18 år vid första vårdkontakt

Hur ser fördelningen ut, för kvinnor och män, som var yngre än 18 år vid sin första kontakt med psykiatrisk vård? Läs mer under "Patientgruppen i registret".

Vilka faktorer påverkar vårdtiden?

En beskrivning av några faktorer som har betydelse för vårdtidens längd presenteras i kapitlet "Vårdprocess".

Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) fortsätter redovisningen av återfall i brott. I år redovisas för första gången återfall i brott fem år efter avslutad vård. Läs mer under "Resultat".

Utökad jämförelse med andra psykiatriska register

Fortsatt görs jämförelser med närliggande register och dessa utökas i år med förekomst av somatiska sjukdomar, symtombild och antalet antipsykotiska läkemedel per patient med PsykosR. Läs mer under "Resultat", "Vårdprocess" och "Patientgruppen i registret".

Användning av data i utvecklingsprojekt

I årsrapporten finns förslag på frågeställningar tänkta som möjliga områden för fördjupningsarbeten inom rättspsykiatri i utbildningar på olika nivåer. Läs mer under "Möjliga områden för utvecklingsprojekt".



Utöver urvalet i denna rapport är det möjligt att göra ytterligare ett stort antal sammanställningar av insamlad data vilka kan vara av intresse.

LÄSANVISNINGAR

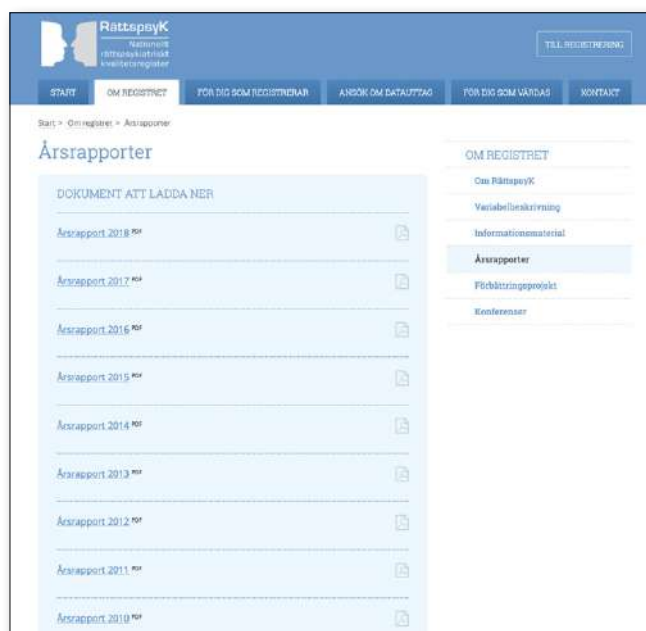
Redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2019. Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek.

Där inte annat anges ingår såväl sluten- som öppenvård i redovisningarna.

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än tio patienter på verksamhetsnivå för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att i en del sammanställningar kan verksamheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter.

Beroende på om korrigeringar i registret gjorts efter att datauttag skett för tidigare årsrapporter kan data skilja sig åt mot denna årsrapport. Även utträden ur registret kan påverka tidigare redovisade data.



Så här hittar du årsrapporten på nätet

För att hitta PDF-versioner av årsrapporter går du in på RättspsyKs hemsida: <https://rattpsyk.registercentrum.se>. Under fliken "Om registret" återfinns länken "Årsrapporter" där du finner denna och tidigare årsrapporter.

Kön och genus

För att beskriva likheter och skillnader mellan kvinnor och män används begreppen kön och/eller genus. Dessa begrepp är omdebatterade och saknar en självklar definition. Begreppet kön avser oftast den biologiska och juridiska kategoriseringen och uppdelas i två kategorier, kvinnor och män. Genom personnumret identifieras det biologiska könet via den tredje kontrollsiffran, jämn siffra för kvinnor och ojämn för män.

Begreppet genus används ofta för att beskriva könsidentiteten konstruerad av den sociala och kulturella kontexten och används också ofta för att förklara och analysera maktrelationer mellan kategorierna kvinnor och män.

Analysgruppen är medveten om att det biologiska/juridiska könet inte alltid stämmer överens med hur en person uppfattar sig själv i relation till rådande sociala och kulturella normer kring vad det innebär att vara en kvinna eller en man. Utan att förneka mångfalden av könsidentiteter presenteras data i RättspsyK fördelat på kvinnor och män. Data i rapporten är hämtad från den rättspsykiatriska undersökningen (RPU) och från det webbaserade frågeformuläret. Då den rättspsykiatriska undersökningen enbart frågar efter könstillhörigheten kvinna eller man följer vi denna linje även i frågeformuläret. Trots att kön och genus allt mer används omväxlande i texter har vi valt att genomgående använda begreppet kön i rapporten.

Sammanfattning

Registret har fyra måltal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, Body Mass Index (BMI) och återfall i brottslig gärning under vårdtiden). Ett måltal (återfall i brottslig gärning) har uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått ett eller flera av måltalen.

Ett av registrets fyra måltal uppnåddes 2019 på nationell nivå, andel patienter med återfall i brottslig gärning under pågående vård, ska vara lägre än 10 procent. Bland verksamheterna uppnåddes måltalet av tretton verksamheter.

På nationell nivå, mellan 2010-2019, har andelen patienter med BMI lika med eller över 30 ökat från 38 till 43 procent. Måltalet har därmed inte uppnåtts på nationell nivå. De tidigare åren hade fem verksamheter uppnått måltalet, i år har dessa minskat till två.

Måltalet, andel patienter som skattar sin psykiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent, nås inte på nationell nivå. Två av verksamheterna når måltalet.

Måltalet, andel patienter som skattar sin fysiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent, nås inte på såväl nationell som verksamhetsnivå.

2019 följdes 1 803 patienter i pågående vård upp i registret, varav 16 procent var kvinnor och 84 procent var män.

Medianåldern bland patienterna var 40 år.

Andel patienter som tidigare fått psykiatrisk vård var för kvinnor 96 procent och för män 93 procent.

Närmare 60 procent av kvinnorna och 40 procent av männen var under 18 år vid sin första vårdkontakt för psykiatriska problem.

Av kvinnorna hade 11 procent och av männen 14 procent tidigare erhållit rättspsykiatrisk vård.

Vanligaste diagnosen för såväl kvinnor (41 procent) som män (51 procent) var schizofreni.

Somatisk sjuklighet fanns hos drygt 40 procent av kvinnorna och drygt 30 procent av männen.

Nära 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen hade barn under 18 år.

Vanligaste indexbrottet för såväl kvinnor (40 procent) som män (51 procent) var brott mot liv och hälsa.

Närmare 80 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i pågående vård 2019 var överlämnade till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP).

Ungefär 30 procent av kvinnorna och hälften av männen var påverkade av någon drog eller alkohol vid de gärningar man begått.

Missbrukshistorik fanns hos 52 procent av kvinnorna och 69 procent av männen.

Hälsofrämjande insatser gavs till ca 45 procent av såväl kvinnorna som männen.

Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder var för män (12 procent) i en något fallande kurva och för kvinnor (17 procent) för tredje året i rad.

Andel patienter som är färdiga för öppenvård, men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård, utgör 10 procent, med variation i landet från 0 procent till 23 procent. Motsvarande spann var 2018 från 0 till 32 procent.

Liksom föregående år iaktas förändringar i ett antal indikatorer (behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt, symtom, BMI och återfall i brottslig gärning) över tid för två grupper, en grupp med cirka fyra års vårdtid och en grupp med minst sex års vårdtid. För de flesta av indikatorerna konstateras en långsam utveckling i önskad riktning med undantag för andelen patienter med fetma (BMI lika med eller över 30).

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer (BMI, behandlingsmotivation, livskvalitet, sjukdomsinsikt och symtombild) för patienter som 2009–2019 dömts till rättspsykiatrisk vård och där vården avskrivits. Största förbättringen uppvisade indikatorn livskvalitet, tätt följd av symtombild, största försämringen uppvisade indikatorn BMI.

Syfte och måltal

Det övergripande syftet med registret är att ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning. Syftet är också att ge en bild av den rättspsykiatriska vården och den rättspsykiatriska patientgruppen för såväl personal och patienter som utomstående med intresse för den rättspsykiatriska vården.

Registrets styrgrupp har valt ut fyra indikatorer till måltal vilka är tänkta att fånga viktiga aspekter av vården. Två av dessa måltal bygger på patientrapporterade data.

Måltalen är:

- **Självskattad psykisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala¹.
- **Självskattad fysisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala.
- **Body Mass Index (BMI):** Mindre än 37 procent av patienterna har ett värde på 30 eller högre.
- **Återfall i brottslig gärning²:** Mindre än 10 procent av patienterna återfaller i brottslig gärning under pågående vård.

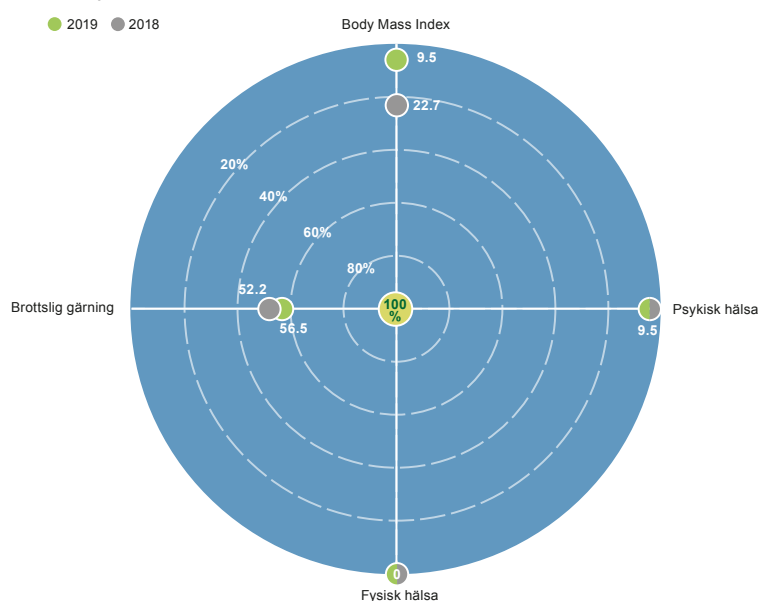
Punkterna i figur 1 visar hur stor andel av verksamheterna som har uppfyllt måltalet inom respektive mål-dimension för åren 2018 och 2019. Ju närmre centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika måltalet. I figuren redovisas samtliga verksamheter, även de med färre registreringar än tio.

Mellan åren 2018 och 2019 har det inte skett någon större förändring på nationell nivå. I år har fler verksamheter uppnått ett av de fyra måltalen, återfall i brottslig gärning (56,5 procent), jämfört med 2018 (52,2 procent), men man får ha i åtanke att det är små rörelser.

I år har det inte skett någon förändring för två av fyra måltalen, fysisk hälsa (0 procent) och psykisk hälsa (9,5 procent) jämfört med 2018.

För måltalet BMI, har andelen verksamheter, som uppfyller målet, minskat från 22,7 procent till 9,5 procent, jämfört med 2018.

Figur 1. Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2018 och 2019.



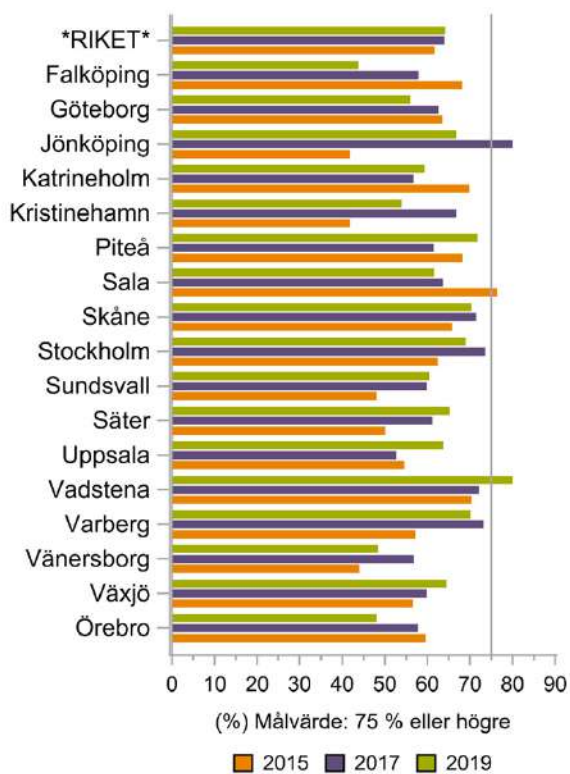
¹ VAS (Visuell Analog Skala, 0-100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

² För definition av återfall i brottslig gärning se kapitlet "Resultat".

Självskattad psykisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. Vid uppföljningsåren har det inte varit någon större förändring på nationell nivå. För år 2015 var andelen 62 procent som ökade till 64 procent år 2017. Året därefter minskade andelen till 60 procent som därefter ökade åter till 64 procent i år. Måлтаlet har inte uppnåtts på nationell nivå men däremot har två verksamheter uppnått målet men endast en kan ses i figuren. Den andra verksamheten har färre än tio patienter och är därför inte med i figuren.

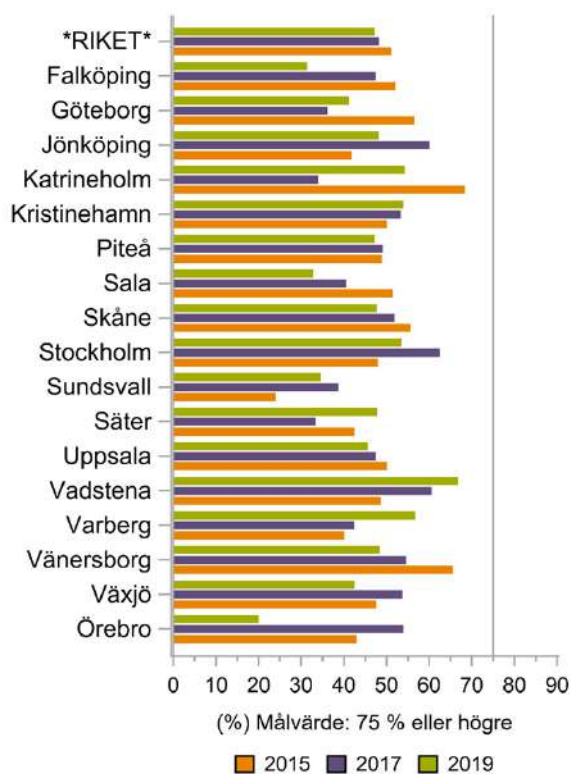
Figur 2. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



Självskattad fysisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. På nationell nivå var andelen 51 procent år 2015 som därefter minskade 2017 till 48 procent. Andelen har minskat ytterligare till 47 procent i år. Ingen verksamhet har uppnått måлтаlet.

Figur 3. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75.

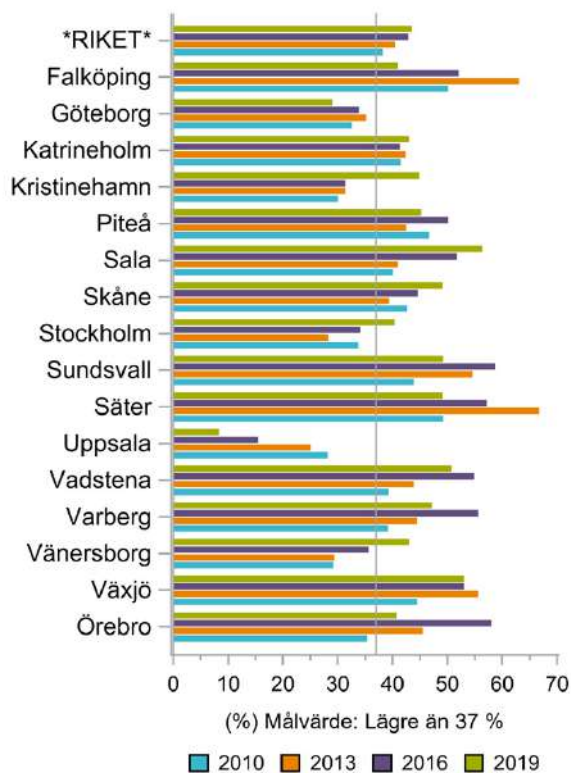


Att tänka på generellt är att endast verksamheter med minst 10 patienter vid varje uppföljning redovisas i figurerna.

BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller över och indikatorns riktning är att värden under 30 är önskvärda. På nationell nivå, mellan 2010-2019, har andelen patienter med BMI lika med eller över 30 ökat från 38 till 43 procent. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå. De tidigare åren hade fem verksamheter uppnått målet men som figuren visar så har det i år minskat till två verksamheter.

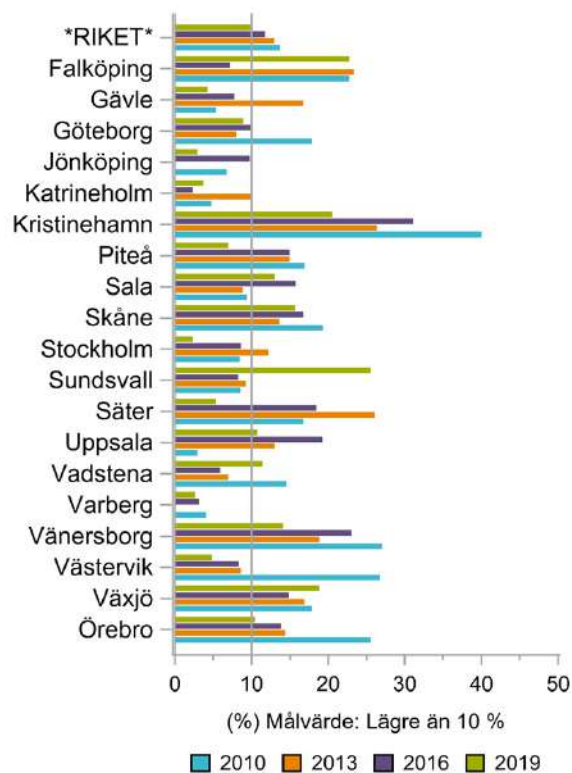
Figur 4. Andel patienter med BMI lika med eller över 30.



Återfall i brottslig gärning under pågående vård

För måluppfyllnad ska mindre än 10 procent av patienterna återfalla i någon brottslig gärning under pågående vård och indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel "Resultat". På nationell nivå, mellan 2010-2019, har andelen minskat från 14 till 10 procent. Målet har uppnåtts för 2019 på nationell nivå och i figuren kan man se nio av de 13 verksamheter som uppnått målet.

Figur 5. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård.



Sammanfattningsvis har under 2019 endast ett måltal (återfall i brottslig gärning) uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måltalen. Tre måltal (självsattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Gällande måltalet för BMI har andelen patienter med BMI värde 30 eller över ökat och färre verksamheter har i år uppnått målet.

Resultat

Resultatdelen består av skattningar genomförda av både personal och patienter samt av beräkning av BMI. Patienten erbjuds att fylla i fyra självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur patienten själv upplever sin aktuella situation i fyra olika hänseenden; psykisk hälsa, fysisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. I detta avsnitt vägs ingen annan information in än den som patienten själv lämnar. Personalen gör inte någon bedömning av den skattning patienten gör. Skattningsmetoden som används är VAS. Svarsfrekvensen på dessa variabler är cirka 55 procent, vilket gör att utfallet bör tolkas med försiktighet. I resultatdelen presenteras även ekonomi och eventuell skuldsituation, nätverk samt återfall i brottslig gärning under pågående vård och återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård.

Bortfall

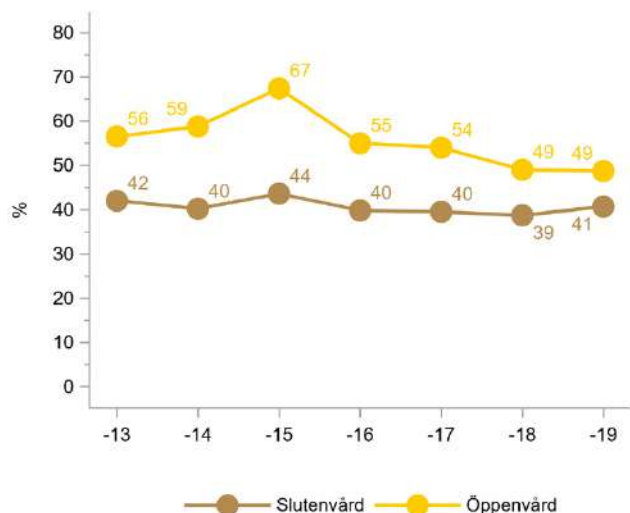
RättspsyK har en hög täckningsgrad då 24 av landets 25 verksamheter rapporterar in uppgifter. Det innebär att rapporten innehåller någon form av data från, i princip, samtliga patienter som vårdas, eller har vårdats, på rättspsykiatriska verksamheter i Sverige. Det innebär dock inte att data är komplett för samtliga patienter. Det kan saknas vissa uppgifter, eller värden, vilket benämns partiellt bortfall.

Data som ligger till grund för årsrapporten består i huvudsak av uppgifter som rapporteras av personalen men vissa uppgifter hämtas från patienterna via självskattningar. Patienterna självskattar livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa samt fysisk hälsa på en VAS-skala från 0 till 100. På dessa fyra frågor kan patienten välja att inte svara och personalen fyller då i ”patienten vill inte delta”. Personalen kan också göra bedömningen att patienten inte kan svara på frågorna och fyller då i ”patienten kan inte delta”. Förutom självskattningar har mätning av BMI också samma alternativ, att inte kunna eller vilja delta. Det är dessa fem frågor som genererar partiellt bortfall.

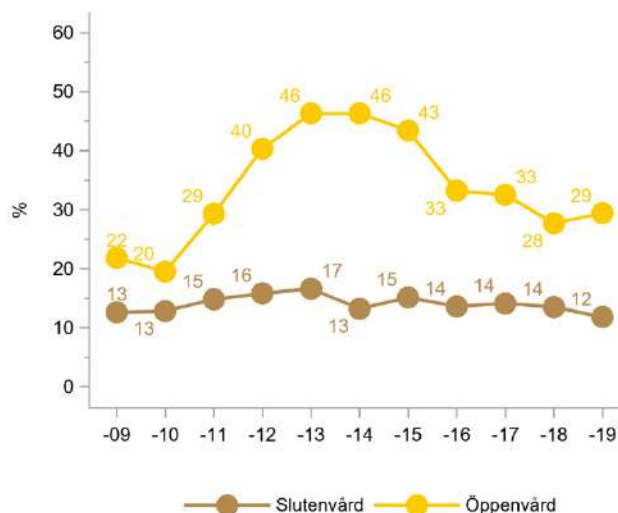
Bortfall i självskattning av psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott har i årets version sammanförts och presenteras i en figur eftersom bortfallet är identiskt för dessa fyra variabler. Bortfallet ökar successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess minskat något, speciellt inom öppenvården och ligger de senaste åren på en konstant nivå, cirka 50 procent i öppenvård och 40 procent i slutenvård. Generellt sett är bortfallet i rapporteringen större i öppenvård än i slutenvård.

Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och är i 2019 års mätningar nere på 29 procent, dvs. det finns uppgifter om vikten hos 71 procent av de patienter som behandlas i öppenvård.

Figur 6. Bortfall, självskattningar*.



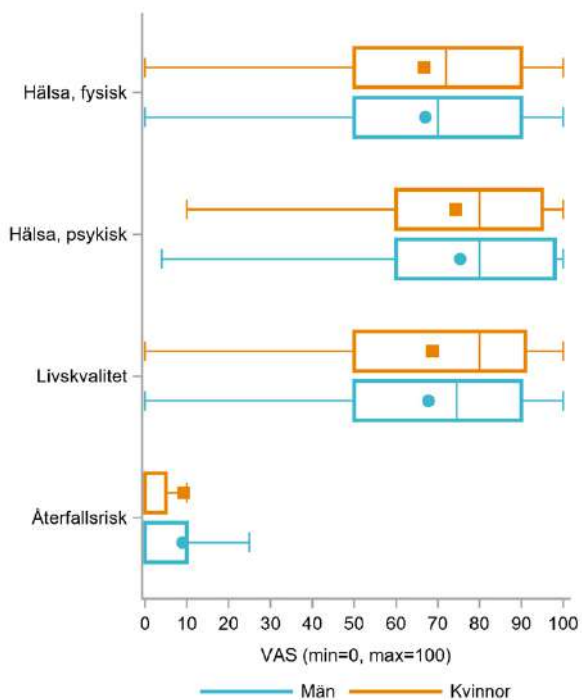
Figur 7. Bortfall, BMI.



* Psykisk hälsa, fysisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott.

Självskattad fysisk- och psykisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott

Figur 8. Spridning av patienternas självskattningar avseende fysisk och psykisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott.



Som synes är det en stor spridning i den individuella upplevelsen av psykisk respektive fysisk hälsa och livskvalitet. Medelvärden är däremot relativt högt, både kvinnor och män skattar sin hälsa och livskvalitet högt. Skillnader mellan åren är små. Självskattad risk för återfall i brott visar på en mer sammanhållen bild och ligger kring 10 procent vilket följer de resultat som redovisats tidigare år.

Läsanvisning för boxplot återfinns på sidan 48.

Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009-2019

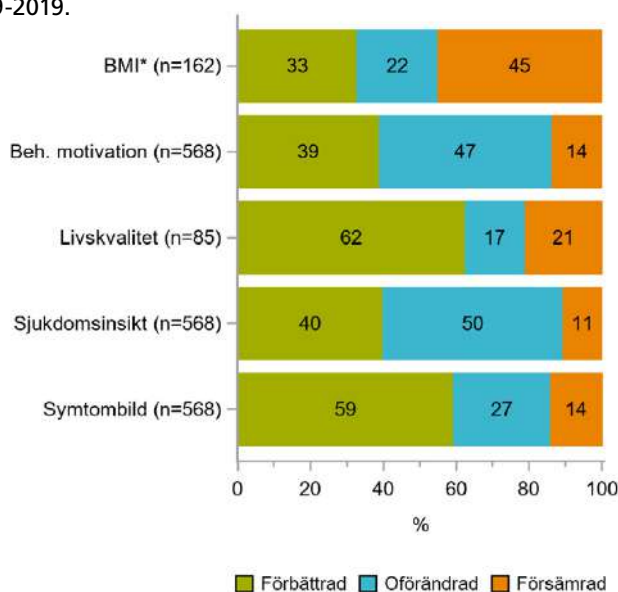
I registret följs ett antal indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Figur 9 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2019 (N = 568) dömts till vård och där vården avskrivits.

Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan det första registrerade värdet när vården inleddes och det sista registrerade värdet när vården avskrivits.

Oförändrade värden är blåmarkerade i figuren och behöver förtydligas eftersom ett oförändrat värde kan vara såväl positivt/önskvärt som negativt/oönskat beroende på hur dessa indikatorer skattades då vården inleddes. Exempelvis sjukdomsinsikt – om en patient oförändrat har sjukdomsinsikt vid utskrivningen är det ett önskvärt utfall medan en patient som vid utskrivningstillfället oförändrat saknar sjukdomsinsikt är det ett icke önskvärt utfall.

Figur 9. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009-2019.



* Endast patienter med ingångsvärde BMI lika med eller över 25. Definition av förändring; Minst 2.5 % minskning eller ökning av BMI-värdet.

BMI

Såsom figur 9 visar har nästan hälften av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Då BMI är den indikator där det noteras påtagliga försämringar analyserar vi förändringar kring gränsen för övervikt som är BMI lika med eller över 25. Att vi valt denna gräns beror på att ett BMI på 25 eller mer anses öka risken för sjukdomar, framför allt i form av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Av sammanlagt 162 patienter som hade ett BMI under 25 vid vårdens inledning ökade 20 procent (33 patienter) i vikt och passerade BMI 30 vilket bedöms, ur ett medicinskt perspektiv, som fetma. Samtidigt minskade 17 procent (11 patienter) som hade BMI över 30 då vården inleddes till under 30 då vården avskrevs.

Behandlingsmotivation – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För indikatorn behandlingsmotivation skattades denna för nästan hälften av patienterna som oförändrad. En analys visar att 42 procentenheter av de 47 procent som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade antingen helt eller delvis behandlingsmotivation. Eftersom 39 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (81 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

Fördelningen av ingångsvärde och utgångsvärde i det blåmarkerade fältet oförändrad fördelas enligt följande:

- Har behandlingsmotivation (21 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (21 procent)
- Saknar behandlingsmotivation (5 procent)

Livskvalitet

Livskvalitet är den indikator som i årets rapport, liksom tidigare år, visar största förbättringarna då 62 procent skattade sin livskvalitet som förbättrad. Här skattar patienten sig själva vilket skiljer den indikatorn från de andra fyra.

Sjukdomsinsikt – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För nästan hälften av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. En analys av indikatorn visar att 39 procentenheter, av de 50 procent som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 40 procent förbättrade sin sjukdomsinsikt under vårdtiden innebär det att en majoritet (79 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

Fördelningen av ingångsvärde och utgångsvärde i det blåmarkerade fältet oförändrad fördelas enligt följande:

- Har sjukdomsinsikt (10 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (29 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (11 procent)

Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För de 27 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

- Inga symtom (2 procent)
- Mycket milda symtom (3 procent)
- Milda symtom (7 procent)
- Måttliga symtom (9 procent)
- Påtagliga symtom (4 procent)
- Svåra symtom (1 procent)
- Mycket svåra symtom (1 procent)

Klinisk skattning av symtombilden

Patienternas symtombild, och svårighetsgraden av denna, skattas av behandlande personal. Symtombilden skattas efter klinisk bedömning på en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI). Skalan fördelas på inga symtom, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra samt mycket svåra symtom. För att få likvärdiga bedömningar används en av registret framtagen instruktionsfilm där olika svårighetsgrader åskådliggörs på ett tydligt sätt.

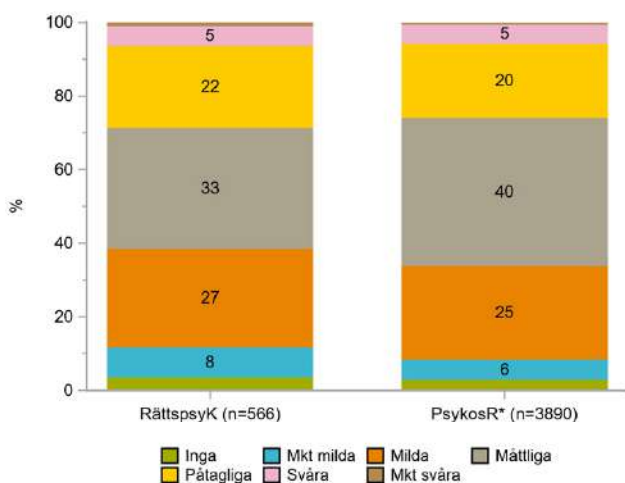
Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattas 36 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra, motsvarande siffror för kvinnor är 44 procent. Inga, milda eller måttliga symtom rapporteras för männens del till 32 procent och för kvinnor 26 procent.

Jämförelse av symtombild mellan RättspsyK och PsykosR

I årets rapport jämför vi symtombilden mellan patienter som registreras i RättspsyK och i PsykosR. För att jämförelserna ska vara rättvisa presenteras siffrorna från RättspsyK enbart för de patienter som vårdas i öppenvård då det är patienter som huvudsakligen behandlas i öppenvård som registreras i PsykosR. PsykosR använder, liksom RättspsyK, CGI-skalan för att bedöma symtomens svårighetsgrad. Siffrorna bygger på ett underlag som består av registreringar från 566 patienter från RättspsyK och 3 890 patienter från PsykosR.

En något större andel patienter registrerade i RättspsyK (29 procent) bedöms ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom. Motsvarande siffror för patienter registrerade i PsykosR är 26 procent. Däremot bedöms en större andel (39 procent) inom RättspsyK ha milda, mycket milda eller inga symtom i jämförelse med PsykosR:s siffror på 34 procent.

Figur 10. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad, jämförelse mellan RättspsyK (Öppenvård) och PsykosR.



* Databasversion 2020-01-10

”Mellankategorin” måttliga symtom är det som skiljer de båda kvalitetsregistren åt, 33 procent av patienterna i RättspsyK bedöms ha måttliga symtom, motsvarande siffror för PsykosR är 40 procent.

Insikt i sin sjukdom och problematik

Med insikt i sin sjukdom och problematik avses förmåga att förstå hur de psykiska symtomen påverkar upplevelser och beteenden samt de svårigheter det medför.

Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste åtta åren. Större andel patienter som vårdas i öppenvård har insikt i sin sjukdom och problematik i jämförelse med patienter som vårdas i slutenvård, vilket är ett förväntat resultat. I öppenvården har 20 procent bedömts ha sjukdomsinsikt och 51 procent delvis. Motsvarande siffror för slutenvården är 10 procent respektive 54 procent.

Patientens insikt i sin sjukdom och problematik bedöms ofta kliniskt av vårdpersonal men vid 29 procent av bedömningarna används skattningssinstrument. Frekvensen och val av dessa varierar stort i landet. Vanligtvis används faktorn ”Insikt” i det strukturerade riskbedömningsinstrumentet Historical Clinical Risk Management -20 version 3 (HCR-20 v3).

Behandlingsmotivation

Detta är andra året som behandlingsmotivation redovisas som en indikator i grafen ”Utfall av vården för fem indikatorer”. Skälet till att inkludera behandlingsmotivation är att vi ska kunna följa flera variabler över tid som kan bedömas tillsammans med andra variabler för att se om det finns en korrelation med till exempel sjukdomsinsikt, symtom och återfall i brottslig gärning under pågående vård. Dessa variabler ingår i uppföljning av vårdförlopp för den så kallade ”fyra-” respektive ”sex-årsgruppen” (se under kapitel Vårdprocess).

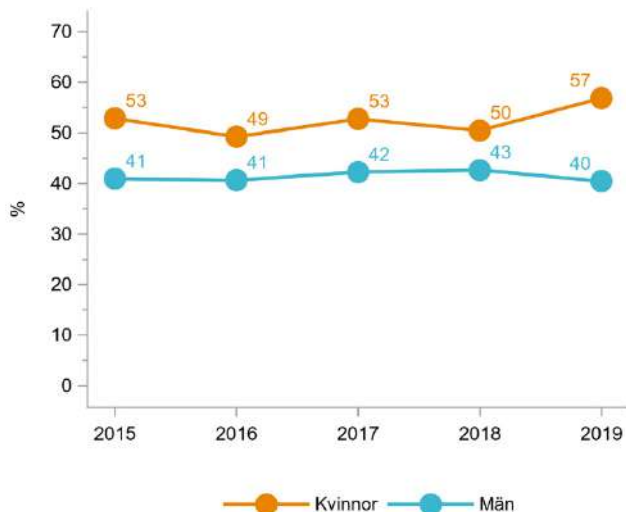
Patientens behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonal som kan använda strukturerade instrument, till exempel HCR-20. Av patienterna har 28 procent bedömts med någon form av instrument.

Liksom för insikt i sin sjukdom och problematik kan man förvänta sig att patienter som behandlas i öppenvård ska vara mer behandlingsmotiverade jämfört med patienter slutenvård, vilket var fallet. I öppenvården har 35 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 51 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården är 25 procent respektive 54 procent.

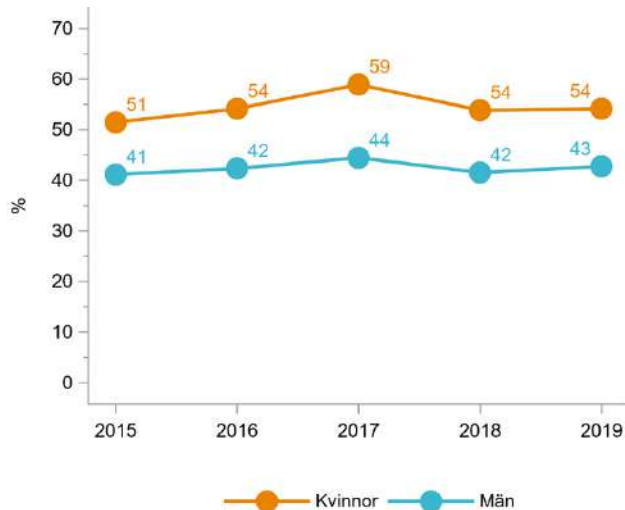
Body Mass Index (BMI)

BMI är en förkortning av Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Vi använder oss av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma.

Figur 11. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.

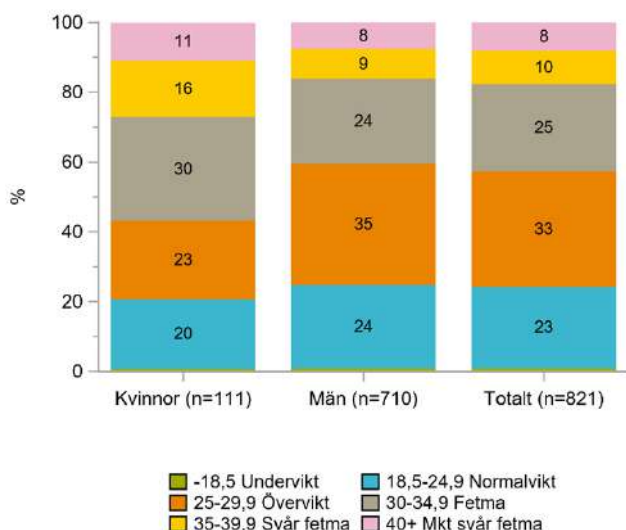


Figur 12. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.

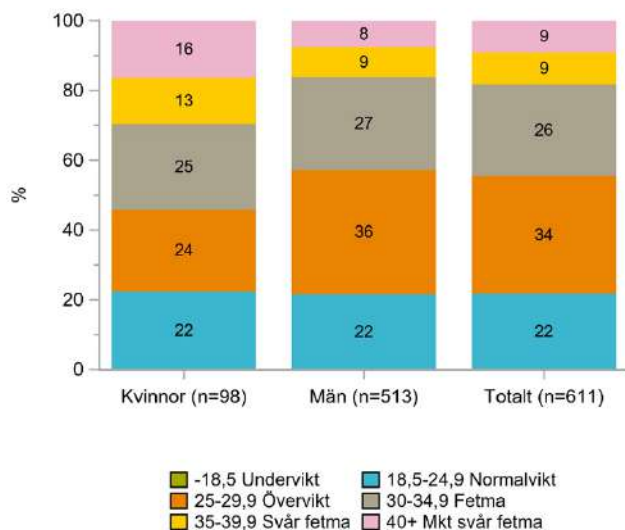


Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna har legat på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl sluten- som i öppenvård. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma fluktuerar något men har legat kring 50 procent under de senaste fem åren men ökar under 2019 till 57 procent. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma legat konstant över 50 procent.

Figur 13. Andel patienter i respektive BMI kategori, slutenvård.

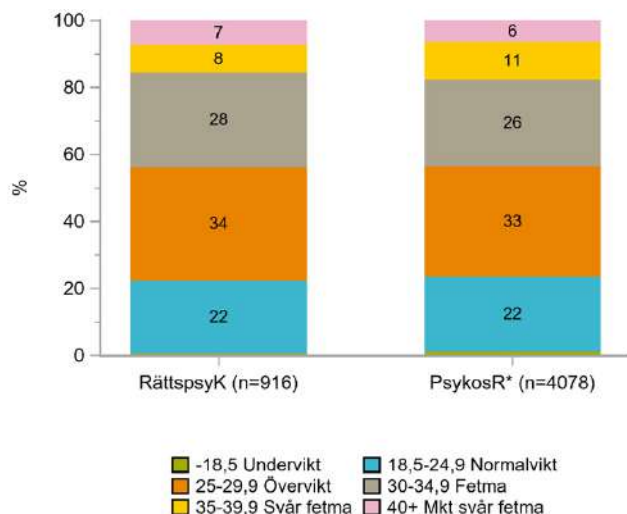


Figur 14. Andel patienter i respektive BMI kategori, öppenvård.



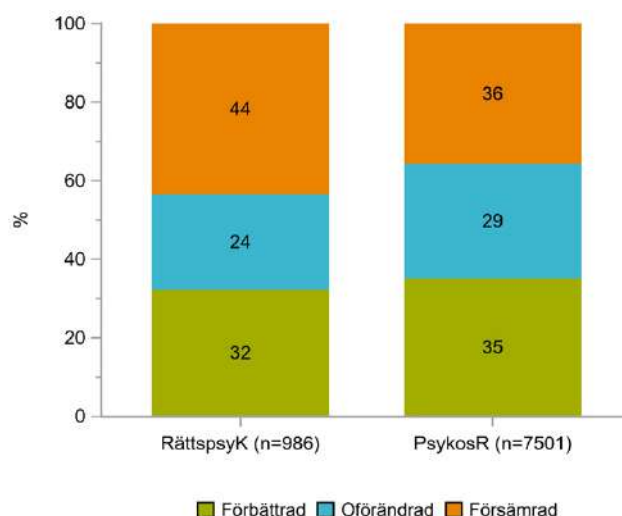
Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR

Figur 15. Andel patienter i respektive BMI kategori.



* Databasversion 2020-01-10

Figur 16. Förändring av BMI åren 2009-2019*.



* I båda registren ingår endast patienter där första BMI-värdet är över eller lika med 25. I RättspsyK ingår endast patienter med psykosdiagnos. Definition av förändring: Minst 2.5 % minskning eller ökning av BMI-värdet. Databasversion PsykosR: 2020-01-10.

Sedan rapporten 2014 har vi jämfört andelen patienter som var registrerade i RättspsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30. Det har inte förelegat några betydande skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2019 års registreringar kvarstår likheterna.

Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättspsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse.

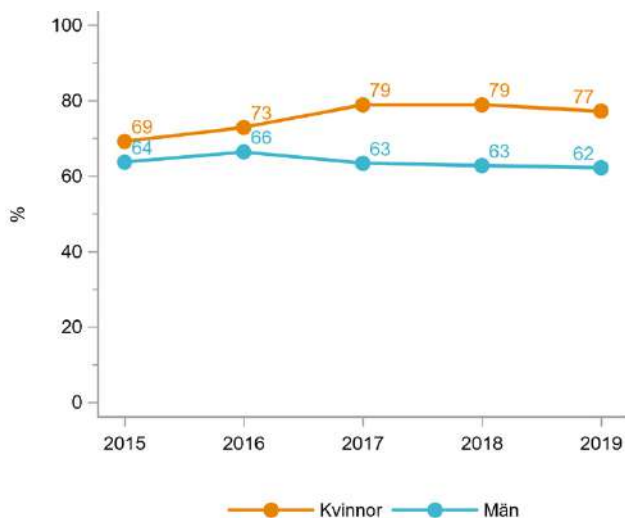
Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (Folkhälsans utveckling 2017, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen.

Sammanlagt hade 36 procent övervikt och 15 procent fetma, vilket sammanlagt betyder att 51 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. Fler män (57 procent) än kvinnor (44 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 15 procent har BMI 30 och över. Dessa siffror omfattar åldern 18–84 år och avser år 2016, vilket är den senaste översikten som genomförts av Folkhälsomyndigheten.

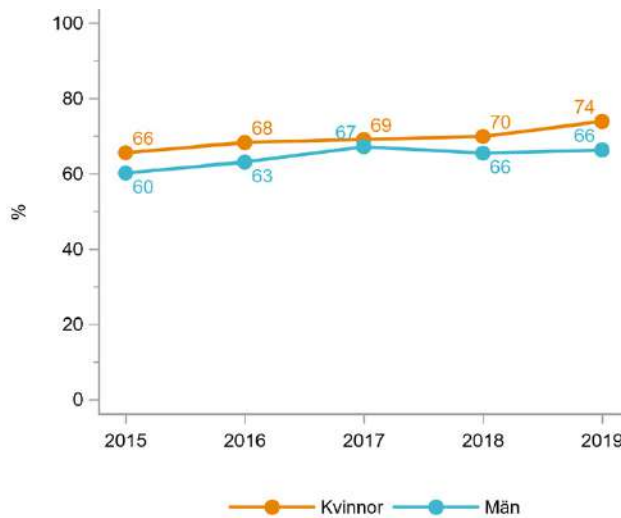
Över en tioårsperiod har vi noterat endast marginella skillnader mellan registren. Under 2019 finns det en tendens till ökad försämring bland patienter registrerade i RättspsyK. Andelen som försämrats har ökat från 40 procent 2018 till 44 procent 2019.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

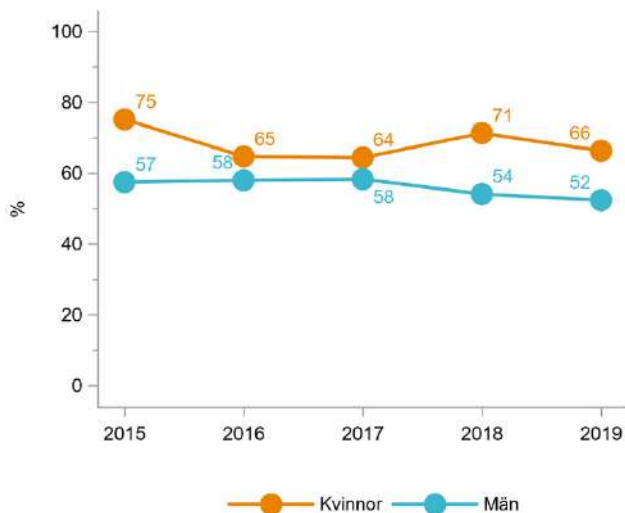
Figur 17. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård.**



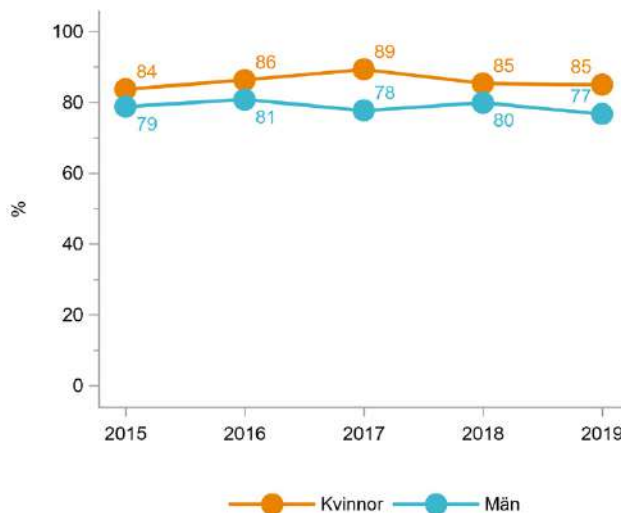
Figur 18. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård.**



Figur 19. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**



Figur 20. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**

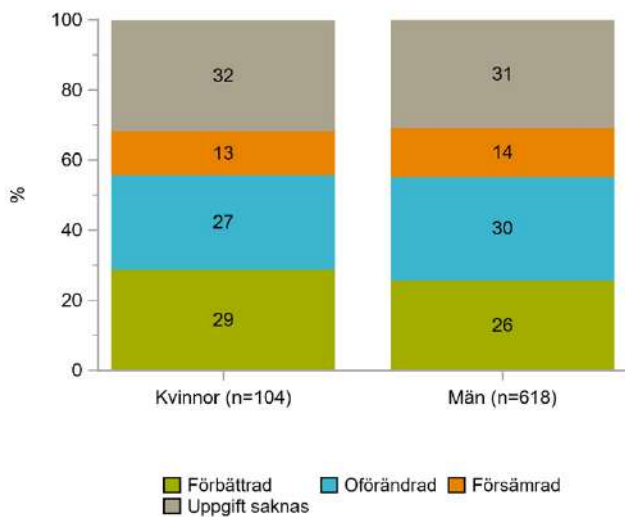


Andelen patienter som är i behov av hjälp med ekonomin är i klar majoritet. Det är inga stora skillnader mellan åren och det är fortsatt en något högre andel kvinnor som är i behov av hjälp och som har god man/förvaltare. Dessa siffror är relativt konstanta över åren, vilket redovisas i figurerna ovan.

Skuldsituation

I år har svarsalternativet ”ej tillämpligt” tagits bort ur frågeformuläret och ersatts av svarsalternativen Skuld finns – ja eller nej, det går därför inte att göra jämförelser med tidigare rapporter.

Figur 21. Förändring av skuldsituation.



Nätverk

Andelen patienter som själva uppbär kontakten med ett nätverk är hög, över 90 procent, en siffra som varit konstant de senaste sex åren. Med nätverk avses anhöriga, vänner, arbetsgivare men även vård- och myndighetskontakter och olika frivilligorganisationer. Det absolut största nätverket består av anhöriga. Andelen av patienterna som har kontakt med anhöriga pendlar mellan 80–90 procent över åren. Ingen skillnad syns mellan könen.

Återfall i lagförda brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Återfall i lagförda brott

Genom samarbete med Brå har vi uppgifter på att 13 procent lagfördes för något brott begånget under vårdtiden, både under sluten- och öppenvård. (Brå Kortanalys, Brott som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019). Att lagföras innebär att åklagare vid domstol åtar sig brott som faller under allmänt åtal. Det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott, näst vanligast var brott mot allmänhet och stat, huvudsakligen våld eller hot mot tjänsteman, därefter tillgreppsbrott, huvudsakligen stölder.

Påföljder

I en femtedel av brotten beslutade åklagaren om åtalsunderlåtelse. Detta innebär att det inte blir åtal eller rättegång. En förutsättning är att personen erkänner sig vara skyldig till brottet. Man får alltså ingen påföljd men registreras i belastningsregistret. Några fick böter utan att brottet gick till domstol men i en majoritet av fallen dömdes personen.

Vanligast var att personen fick en ny dom till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Den näst vanligaste påföljden var böter.

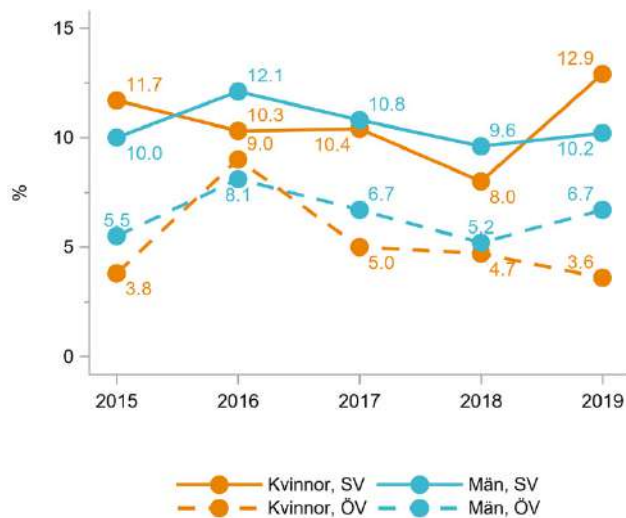
De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård. (Brå Kortanalys, Brott som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019).

Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Förutom återfall i brott som lagförts förekommer brott som inte lagförts men som kommit till personalens kännedom och som registrerats i kvalitetsregistret. Det rör sig om de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polisanmält misstänkt brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal. Dessa brott benämner vi ”Återfall i brottslig gärning” och det är dessa som presenteras i figur 22.

Tillvägagångssättet har naturligtvis sina begränsningar och det är möjligt att det förekommer fler återfall i brottslig gärning än vården känner till. Rapporteringen speglar troligen också olika toleransnivåer för vad som accepteras under vårdtiden mellan olika verksamheter, exempelvis var gränsen för olaga hot dras.

Figur 22. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i sluten- (SV) och öppenvård (ÖV).



Återfall i brottslig gärning fluktuerar något under perioden 2015-2019 för såväl kvinnor som män. Under 2016 noterades en tillfällig ökning. Under 2017 och 2018 minskade andelen återfall i brottslig gärning något. Under 2019 ökar andelen kvinnor i slutenvård tämligen markant.

Det rör sig dock om små tal och en skillnad på 2 personer ger en skillnad på flera procent. Under 2019 är det 22 kvinnor i slutenvård som begått en brottslig gärning.

Återfall i brottslig gärning redovisas i kategorierna våldsbrott, narkotikabrott, tillgreppsbrott, skadegörelse samt övriga brott. De återfall, fördelade på olika brottskategorier, som redovisas här avser 2019.

Bland kvinnor var våldsbrott, riktat mot personal vanligast följt av narkotikabrott. I slutenvård utgjorde 50 procent av brotten våld mot personal följt av narkotikabrott (36 procent). I öppenvård var skadegörelse det vanligaste brottet (33 procent) de näst vanligaste brotten var jämt fördelade på narkotikabrott, våldsbrott och tillgreppsbrott, ca 16-17 procent per brottskategori. Sammanlagt 6 kvinnor i öppenvård och 22 i slutenvård återföll i brottslig gärning under 2019.

Bland männen i slutenvård var narkotikabrott vanligast (47 procent) följt av våld mot personal (31 procent). I öppenvård dominerade kategorin narkotikabrott vilka stod för 63 procent av återfall i brottslig gärning följt av våldsbrott som inte var riktad mot personal (16 procent). Sammanlagt 51 män i öppenvård och 103 i slutenvård återföll i brottslig gärning.

Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från tidigare rubrik ”Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård” hämtas data under denna rubrik från brottsregistret och innehåller brott som lagförts. Detta är möjligt genom ett samarbete mellan det rättspsykiatriska kvalitetsregistret (RättspsyK) och Brottsförebyggande rådet (Brå). Under denna rubrik redovisar vi återfall i brott upp till fem år efter avslutad LRV-vård.

Varför följa upp återfall i brott?

Intresset för att följa och kategorisera återfall är att finna ett brottsmönster, att se om en person återfaller i samma brott, eller i brott av allvarigare karaktär eller om personen återfaller i andra brottstyper. Tidsaspekten är också intressant, sker ett återfall inom första året eller långt senare. I denna rapport gör vi dock inte anspråk på att identifiera några mönster eller dra några slutsatser av siffrorna, det finns inte tillräckligt underlag för det utan i årets rapport finns bara en deskriptiv redogörelse. I en framtid, då underlaget är större, kan det vara möjligt att göra jämförelser med personer som dömts till andra påföljder.

Brottets art

För att få en uppfattning om brottets art delas dessa upp i tre kategorier:

- 1) våldsbrott/brott mot person, BrB 3–7 kap.
- 2) brott mot förmögenhet, BrB 8–12 kap.
- 3) övriga brott

Dessa kategorier följer Brå:s klassificering av brott. Våldsbrott/brott mot person (benämns enbart som våldsbrott i den fortsatta texten) definieras som brott mot enskilda personer eller en persons intressen. Det rör sig i huvudsak om brott som mord och misshandel, sexualbrott, hot och trakasserier, mordbrand samt personrån.

Index- respektive återfallsbrott

Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och domen om rättspsykiatrisk vård. Eftersom vårdinsatserna, förutom att öka hälsan hos patienterna, ska förebygga och minska risken för återfall i brott är det av intresse att följa relationen mellan indexbrott och lagförda återfall. Återfallsbrottet är det brott som personen lagförs för, efter det att den rättspsykiatriska vården avslutats. Då en person lagförs för brott kan domen gälla flera brott. I denna redovisning anges det grävsta brottet enligt straffskalan, både för indexbrottet och för återfallsbrottet.

Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Under denna rubrik redovisar vi återfall fördelat mellan män och kvinnor, övrig data presenteras som total då det är få kvinnor som återfaller i brott efter avslutad LRV-vård.

Under åren 2010–2016 avskrevs sammanlagt 829 personer från LRV-vård, 145 kvinnor och 684 män.

Av dessa återföll 95 personer (11 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård.

Av dessa var 13 kvinnor (14 procent) och 82 män (86 procent). Andelen utskrivningar och återfallshändelser har varit stabilt över åren 2010 till 2016.

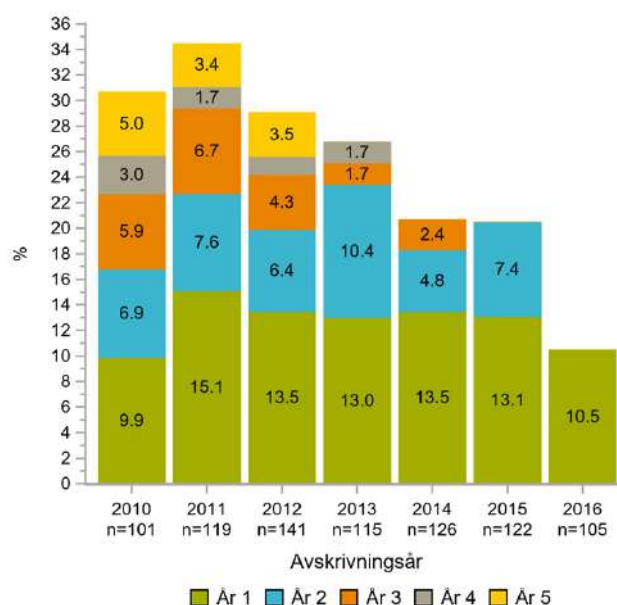
Av dessa 95 personer hade 23 personer dömts för våldsbrott, 32 för förmögenhetsbrott och 40 för övriga brott.

I vilken utsträckning sker ett återfall i samma brottstyp som indexbrottet?

Av de 23 personer som dömdes för våldsbrott (indexbrottet) återföll 15 (65 procent) i våldsbrott, därefter i kategorin övriga brott. Av de 32 personer som dömdes för brott mot förmögenhet återföll 12 (38 procent) i förmögenhetsbrott, 9 (28 procent) i våldsbrott och 11 (34 procent) i övriga brott. Av de 40 personer som dömdes i kategorin övriga brott återföll 10 (25 procent) i indexbrottet, 23 (58 procent) i våldsbrott och 7 (17 procent) i förmögenhetsbrott.

Det är för få personer för att dra några slutsatser om eventuellt återfall i indexbrottet. Kategorin övriga brott är dessutom för ospecifik och innehåller flera olika brott och det går inte att avgöra om en person återfaller i indexbrottet eller ej.

Figur 23. Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård, ackumulerade värden.



Antal brott vid lagföring

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De 95 personer som återföll registrerades för sammanlagt 335 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medel 3,53 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser.

Kommentar till figur 23

Siffrorna skiljer sig åt i figur 23 år från år. Anledningen är att registret är "levande" d.v.s. det innehåller både preliminär och slutlig statistik. Data har 6 års eftersläpning eftersom det är en lång process från brott till lagföring, vilket gör att uppgifter även ändras bakåt i tiden.

Vårdprocess

I detta kapitel redovisas vad som kan beskrivas som väsentliga komponenter av innehållet i vården av patienter under den tid de är under tvång enligt LRV. Dessutom redovisas vissa jämförelser med andra nationella kvalitetsregister, t ex PsykosR. Slutsatser av jämförelser ska dras med försiktighet eftersom grupperna inte är helt jämförbara. Men, jämförelserna är ändå intressanta eftersom merparten av patienterna i RättpsyK har, eller behandlas för psykosjuklighet och missbruk. I detta kapitel finns även analyser av vilka faktorer som är relaterade till avslutandet av LRV.

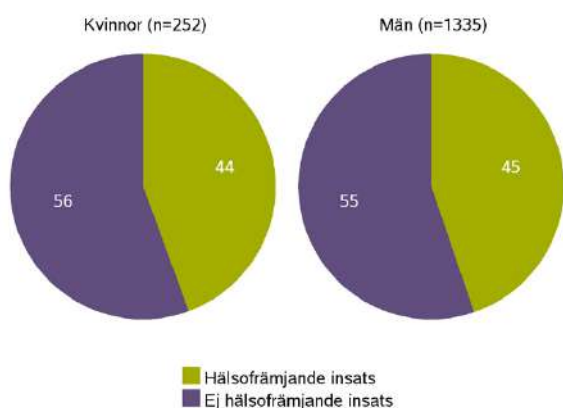
Hälsofrämjande insatser

Patientgruppen har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som en hög förekomst av hälsovådlig övervikt. Som framgår senare i detta kapitel så är överviktsproblematiken inte relaterad till typ av antipsykotisk behandling. Andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA) t.ex. Risperidon, Olanzapin m.fl. har för många personer avsevärd inverkan på metabolt status med bl a övervikt som allvarligt hälsoproblem. Som vi ser, i kommande avsnitt av detta kapitel så tycks inte typen av antipsykotisk medicinering ha betydelse för övervikt. Tvärtom förefaller det som att en högre andel patienter som är överviktiga behandlas med första generationens antipsykotiska läkemedel t.ex. Haloperidol, Perphenazine, Zyklopentixol m.fl. (FGA). Detta kan inte förklaras av vilket antipsykotiskt läkemedel man använder. Man kan ställa frågor runt detta som handlar om olika effekter av antipsykotiska läkemedel från dessa olika grupper. Dels kan man tro att SGA har en påverkan på ämnesomsättning som ökar vikten. Man kan även reflektera över om FGA har effekten att minska rörligheten hos patienterna. Det som talar för det sistnämnda i denna grupp är den stora användningen av antikolinerga läkemedel (t ex Akineton), vilket indikerar att dessa patienter på grund av extrapyramidala biverkningar är mindre rörliga.

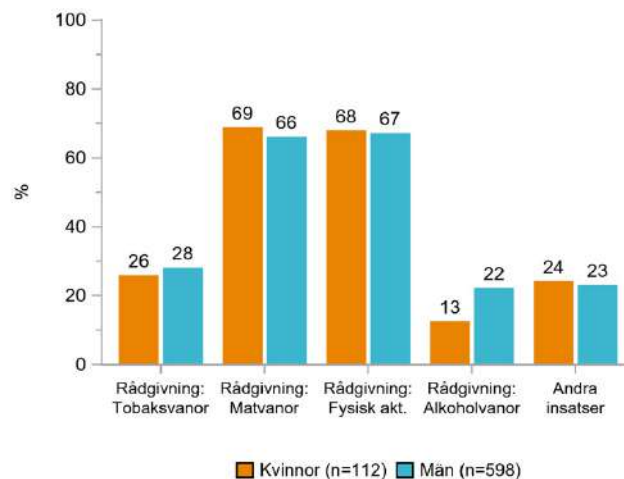
Med dessa resonemang blir frågan om hälsofrämjande insatser relevanta. I år finns för första gången en rapportering om genomförda hälsofrämjande insatser. Som framgår av rapporteringen (figur 24) så erhåller c:a 44 procent av patienterna någon form av hälsofrämjande insatser.

Den vanligaste insatsen är rådgivning om matvanor och fysisk aktivitet vilket är relevant i förhållande till gruppens övervikt och kroppsliga ohälsa (figur 25). I rapporteringen fanns även möjligheten att i fritext rapportera mer specifikt vilka hälsofrämjande insatser man genomfört. Av de insatser som anges i fritext, c:a 23 procent av alla insatser, noteras att en inte obetydlig andel handlar om genomförande av fysiska aktiviteter. Av de 94 aktiviteter som anges i fritext kan noteras att 34 procent (32 stycken) inte enbart handlar om rådgivning utan faktiskt handlar om praktiskt genomförande av, och stöd för fysisk aktivitet. Eftersom detta är fritextnoteringar, d.v.s. inte fasta svarsalternativ så finns det anledning att tro att dessa faktiska insatser är mer frekventa än vad som framkommer idag.

Figur 24. Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser.



Figur 25. Fördelning av hälsofrämjande insatser.



Läkemedelsbehandling

I år har läkemedelsordinationerna delats upp i två grupper. I tabell 1 återfinns de patienter som har en i dokumentation angiven psykosdiagnos (dvs. ICD F20.0-F29.9). I tabell 2 återfinns de patienter som inte har sådan diagnos angiven.

Tabell 1. Antal patienter med psykosdiagnos (ICD F20.0-F29.9) som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	50 av 162 (30.9)	340 av 1049 (32.4)	390 av 1211 (32.2)
Första generationens antipsykotika, peroralt	31 av 162 (19.1)	200 av 1049 (19.1)	231 av 1211 (19.1)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	55 av 162 (34.0)	316 av 1049 (30.1)	371 av 1211 (30.6)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	98 av 162 (60.5)	593 av 1049 (56.5)	691 av 1211 (57.1)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	57 av 162 (35.2)	430 av 1049 (41.0)	487 av 1211 (40.2)
Antidepressiva	66 av 162 (40.7)	315 av 1049 (30.0)	381 av 1211 (31.5)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	39 av 162 (24.1)	147 av 1049 (14.0)	186 av 1211 (15.4)
Stämningsstabiliserare (litium)	6 av 162 (3.7)	45 av 1049 (4.3)	51 av 1211 (4.2)
Medel vid beroendesjukdomar	17 av 162 (10.5)	110 av 1049 (10.5)	127 av 1211 (10.5)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	40 av 162 (24.7)	212 av 1049 (20.2)	252 av 1211 (20.8)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	65 av 162 (40.1)	370 av 1049 (35.3)	435 av 1211 (35.9)
Medel vid ADHD	9 av 162 (5.6)	66 av 1049 (6.3)	75 av 1211 (6.2)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	54 av 162 (33.3)	262 av 1049 (25.0)	316 av 1211 (26.1)
Medel vid diabetes	24 av 162 (14.8)	128 av 1049 (12.2)	152 av 1211 (12.6)
Medel vid övriga somatiska sjukdomar	121 av 162 (74.7)	622 av 1049 (59.3)	743 av 1211 (61.4)
Ingen somatisk medicinering	37 av 162 (22.8)	361 av 1049 (34.4)	398 av 1211 (32.9)
Ingen psykofarmaka	5 av 162 (3.1)	26 av 1049 (2.5)	31 av 1211 (2.6)
Antipsykotika	152 av 162 (93.8)	999 av 1049 (95.2)	1151 av 1211 (95.0)

Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan etablerad psykosdiagnos

I tabell 1 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter **med** etablerad psykosdiagnos noteras inte oväntat att 95 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 32 procent behandling med depotneuroleptika från FGA och ytterligare 31 procent med depotneuroleptika från SGA.

I tabell 2 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter **utan** etablerad psykosdiagnos noteras användning av antipsykotiska läkemedel hos 65 procent av patienterna. Av dessa patienter har 18 procent behandling med depotneuroleptika från FGA och ytterligare 14 procent med depotneuroleptika från SGA.

Tabell 2. Antal patienter utan psykosdiagnos (ICD F20.0-F29.9) som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	36 av 119 (30.3)	71 av 473 (15.0)	107 av 592 (18.1)
Första generationens antipsykotika, peroralt	29 av 119 (24.4)	79 av 473 (16.7)	108 av 592 (18.2)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	11 av 119 (9.2)	71 av 473 (15.0)	82 av 592 (13.9)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	48 av 119 (40.3)	173 av 473 (36.6)	221 av 592 (37.3)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	37 av 119 (31.1)	98 av 473 (20.7)	135 av 592 (22.8)
Antidepressiva	54 av 119 (45.4)	172 av 473 (36.4)	226 av 592 (38.2)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	50 av 119 (42.0)	89 av 473 (18.8)	139 av 592 (23.5)
Stämningsstabiliserare (litium)	10 av 119 (8.4)	34 av 473 (7.2)	44 av 592 (7.4)
Medel vid beroendesjukdomar	6 av 119 (5.0)	49 av 473 (10.4)	55 av 592 (9.3)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	29 av 119 (24.4)	74 av 473 (15.6)	103 av 592 (17.4)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	67 av 119 (56.3)	165 av 473 (34.9)	232 av 592 (39.2)
Medel vid ADHD	15 av 119 (12.6)	49 av 473 (10.4)	64 av 592 (10.8)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	33 av 119 (27.7)	132 av 473 (27.9)	165 av 592 (27.9)
Medel vid diabetes	14 av 119 (11.8)	55 av 473 (11.6)	69 av 592 (11.7)
Medel vid övriga somatiska sjukdomar	97 av 119 (81.5)	303 av 473 (64.1)	400 av 592 (67.6)
Ingen somatisk medicinering	20 av 119 (16.8)	146 av 473 (30.9)	166 av 592 (28.0)
Ingen psykofarmaka	8 av 119 (6.7)	74 av 473 (15.6)	82 av 592 (13.9)
Antipsykotika	85 av 119 (71.4)	298 av 473 (63.0)	383 av 592 (64.7)

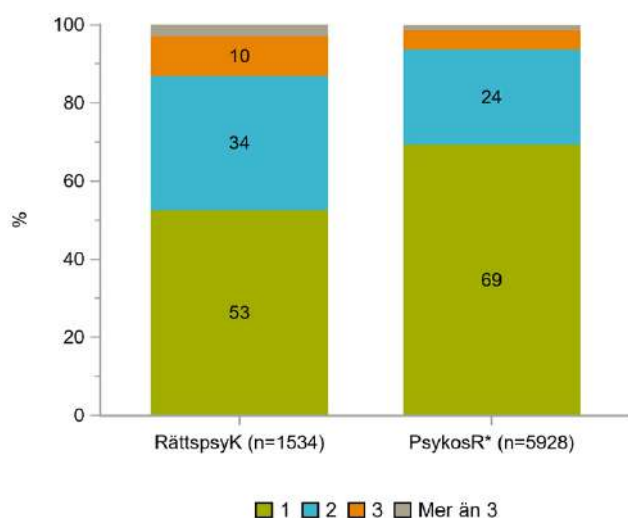
Att i stort sett samtliga patienter med etablerad psykosdiagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Mer oväntat är att 2/3 av alla patienter som inte har dokumenterad psykosdiagnos ordinerar antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas många förklaringar till detta. En möjlig förklaring kan vara att merparten av diagnoserna har sitt ursprung i den rättspsykiatriska undersökningen (RPU) som ligger till grund för LRV-dom.

Med de långa vårdtider som följer på dom till LRV så har den rättspsykiatriska vården betydligt större möjligheter att observera patienten än vad man har vid en RPU som grundar sig på observationer under 4-6 veckor. Fyndet är intressant och behöver belysas ytterligare. Om det rent faktiskt skulle vara så att samtliga patienter med antipsykotisk behandling har en psykosdiagnos så skulle det innebära att 85 procent av alla patienter inom den rättspsykiatriska vården skulle ha en psykosjukdom.

Polyfarmaci för antipsykosbehandlade patienter, jämförelse med PsykosR

Vid psykosbehandling anges generellt att man ska sträva efter s.k. monoterapi avseende antipsykotisk behandling, d.v.s. helst inte ha mer än ett antipsykotiskt läkemedel. Det är dock väl känt att så inte är fallet för ett stort antal patienter, inte bara inom rättspsykiatri utan även i andra vårdssammanhang.

Figur 26. Antal antipsykotiska läkemedel per patient registrerade i RättspsyK och PsykosR.



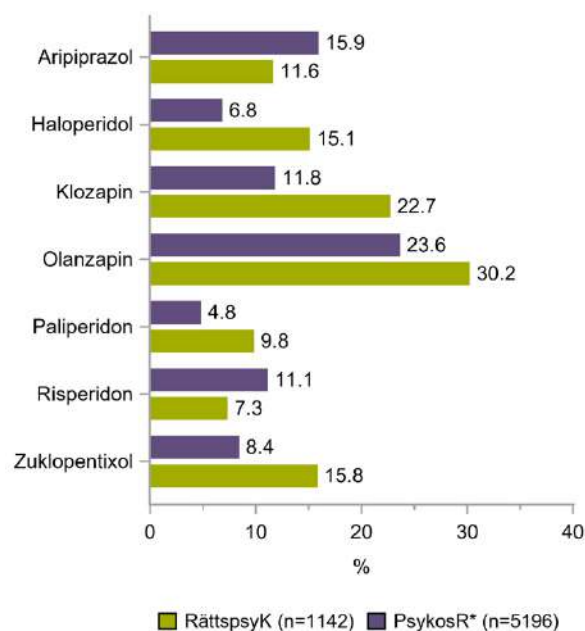
*Databasversion 2020-01-10

I figur 26 framgår att polyfarmaci vid behandling med antipsykosläkemedel är vanligt, både hos patienter inom rättspsykiatrisk vård, såväl som inom psykosvård utanför rättspsykiatri. Av figuren framgår att polyfarmaci med antipsykosmedel är betydligt vanligare inom rättspsykiatrisk vård jämfört med annan psykosvård. Av figuren kan noteras att 47 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri har mer än ett antipsykosläkemedel medan motsvarande siffra för patienter i annan psykosvård är 31 procent.

Antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri, jämförelse med PsykosR

I Socialstyrelsens riktlinjer för farmakologisk behandling vid schizofreni rekommenderas vissa läkemedel. Det kan därför vara av intresse att se på fördelningen mellan de populäraste antipsykotiska läkemedlen inom rättspsykiatri och att också jämföra med motsvarande inom övrig psykosvård som det framkommer i PsykosR. I riktlinjerna lyfts tre läkemedel ur gruppen SGA fram som förstahandsval vid behandling av schizofreni. Det handlar om Olanzapin, Risperidon och Aripiprazol. Klozapin bör enligt riktlinjerna övervägas tidigt i förloppet och redan vid nyinsjuknande om där finns suicidalitet.

Figur 27. Jämförelse av farmakologisk behandling mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



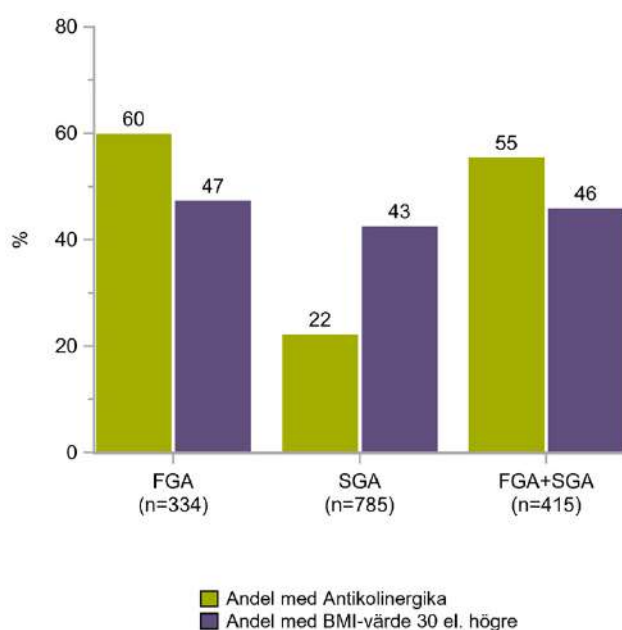
* Databasversion 2020-01-10

Från figur 27 kan ses att inga större skillnader i användning av antipsykosmedel har inträffat senaste året. Som tidigare noteras att rättspsykiatriska patienter har en betydligt större användning av Klozapin. Detta är rimligt om man dels antar att rättspsykiatriska patienter har svårare former av psykosjukdom liksom att de har en större risk för våldshandlingar under inflytande av sjukdomen. Detta då Klozapin inte bara är rekommenderat vid svårbehandlad schizofren sjukdom, hög suicidalrisk utan även vid våldsproblematik.

Antipsykotiska läkemedel och biverkningar, övervikt och rörelsebegränsningar

Antipsykotiska läkemedel är behäftade med ett flertal biverkningar. FGA är behäftade med extrapyramidala biverkningar i form av stelhet, Parkinsonliknande symptom, akatisi (svårighet att sitta stilla) samt kramper i nack- och halsmuskulatur (dystonier). SGA har i vanliga fall betydligt mindre av sådana bieffekter men i stället drabbas en del patienter av metabola problem med ändrad aptit och ohälsosam viktuppgång.

Figur 28. Andel patienter med BMI lika med eller över 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp.

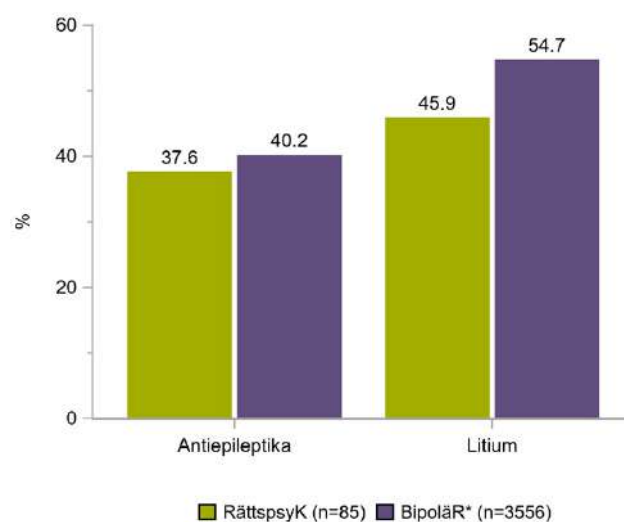


I figur 28 kan noteras, inte oväntat att patienter med behandling med FGA har ett avsevärt större användande av antikolinergika läkemedel mot biverkningar av extrapyramidala karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant är att andelen patienter med minst 30 i BMI inte skiljer sig mellan dem som enbart använder FGA och de som enbart använder SGA trots att SGA generellt sett har större viktökande potential. Det är oklart varför det inte är en skillnad till SGA nackdel. Man kan spekulera i att de som använder FGA är mer hindrade i sin rörlighet än de som använder SGA. Oavsett vilket så manar det till hälsoinsatser för båda grupperna avseende kost och motion.

Läkemedel vid bipolär sjukdom

Användningen av antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel är av intresse. Totalt sett använder 34 procent av patienterna antidepressiva läkemedel med en viss övervikt för kvinnor.

Figur 29. Andel patienter som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i RättspsyK och Bipolär.



* Databasversion 2020-01-10

Som framgår ur figur 29 så använder 38 procent av patienter inom rättspsykiatri antiepileptika som ofta används som stämningsstabiliserande. Dock har en inte helt oväsentlig andel av patienterna epilepsisjukdom vilket kan förvirra bilden något. 46 procent av patienter med bipolär diagnos inom rättspsykiatri använde litium jämfört med 55 procent av patienterna i kvalitetsregistret Bipolär. Skillnaden är påtaglig men kan inte entydigt förklaras av de data som föreligger.

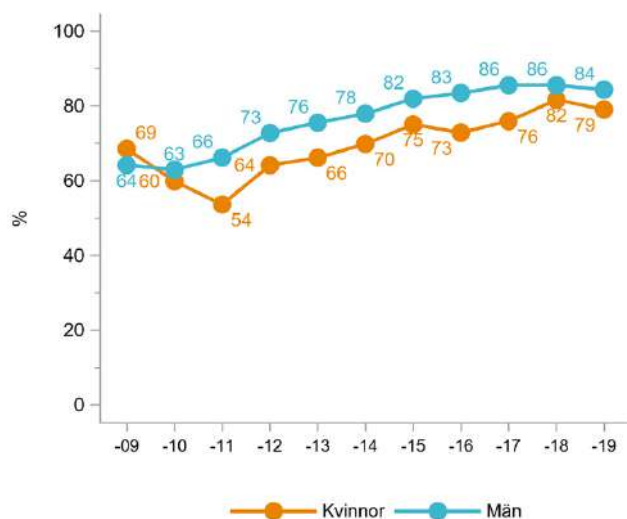
Läkemedelsbehandling för kroppssjukdomar

Som framgår i avsnittet om patientkaraktäristika så har en avsevärd andel av patienterna somatisk sjuklighet. Sammantaget kan från tabellerna 1 och 2 noteras att 27 procent av patienterna medicineras med läkemedel för kardiovaskulära sjukdomar inkluderande läkemedel mot högt blodtryck och blodfettssänkare, 12 procent med läkemedel för diabetes samt 63 procent för andra somatiska sjukdomar vid rapporteringstillfället. Dessa siffror är höga om man skulle jämföra med befolkningen i stort men har inte väsentligen förändrats sedan föregående mätning.

I fritextfälten om somatiska sjukdomstillstånd noteras att man angivit att 51 patienter har hepatit C smitta eller därmed sammanhängande sjuklighet. Eftersom detta inte varit ett förvalt alternativ är siffran troligen gravt underskattad. Eftersom hepatit C numer är relativt okomplicerat att behandla i samverkan med infektionskliniker och, som obehandlat kan ha allvarliga konsekvenser i framtiden bör detta uppmärksammas systematiskt inom den rättspsykiatriska vården.

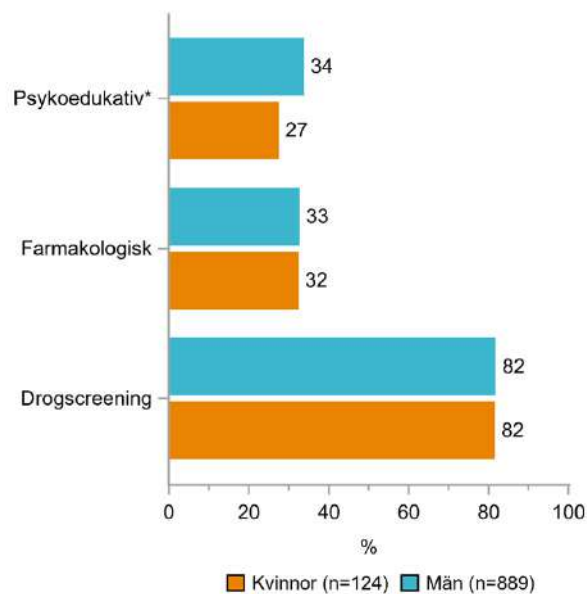
Missbruksbehandling

Figur 30. Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



För patienter med missbruksdiagnos så har insatserna ökat under det senaste decenniet. De senaste åren har nivån av insatser stabiliserats på runt 80 procent utan större skillnad mellan könen.

Figur 31. Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos.



* Motivational Interviewing, Community Reinforcement Approach, Återfallsprevention och Psykoterapi.

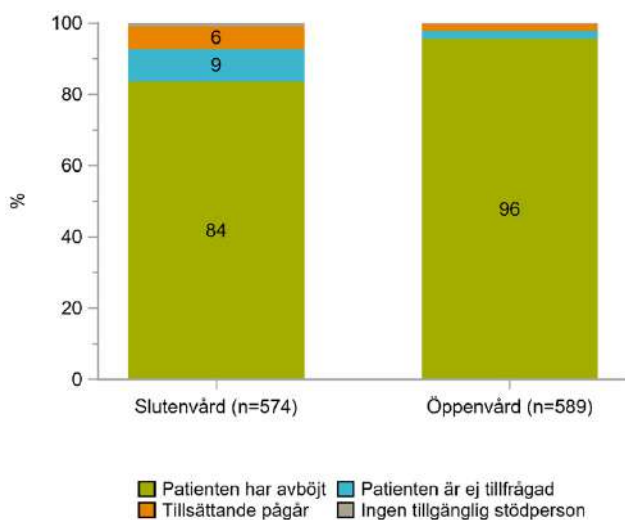
Som noteras i figur 31 består insatserna huvudsakligen av kontroller av drogintag vilket i nationella riktlinjer betraktas som en behandlingsinsats. I rättspsykiatriska sammanhang behöver reflekteras över hur mycket detta är en behandlingsinsats i enlighet med biofeedback eller om det är en ren kontrollåtgärd. Övriga behandlingsformer som noterats, dvs. psykoedukativa och farmakologiska är av betydligt mer begränsad omfattning. Detta är i sig inte oväntat. Å ena sidan är merparten av patienterna inte exponerade för alkohol och droger i sin slutenvård. Å andra sidan är missbruksbehandling för rättspsykiatriska patienter inte bara nationellt utan även internationellt ett utvecklingsområde, dvs. evidensbaserade behandlingsprogram saknas.

Övriga stöd- och behandlingsinsatser

Stödperson

Under psykiatrisk tvångsvård har patienten rätt till en från sjukvården fristående stödperson, utsedd av Patientnämnden. Rätten bygger på frivillighet och stödperson får inte utses mot patientens vilja (LRV 26 §). Av figur 32 framgår att huvudorsaken till att patienter utan stödperson inte har sådan beror på att patienten själv har avböjt sådan insats.

Figur 32. Orsak till att stödperson inte utsetts.



Samverkan och samverkansbehov

Vid denna redovisning kan samma patient förekomma i flera kategorier. Detta innebär att en patient kan ha fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan ha behov av ytterligare samverkan som ännu inte är tillgodosedda. Till exempel kan en patient ha fungerande samverkan med kommunen avseende boende, men ha behov av ytterligare samverkan med samma aktör avseende arbetsrehabilitering.

Tabell 3. Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

Kön	Fungerande samverkan	%
Kvinnor	262 av 280	93.6
Män	1342 av 1516	88.5
Totalt	1604 av 1796	89.3

Andelen patienter som har fungerande samverkan med externa aktörer är fortsatt hög, se tabell 3. Högst andel har en fungerande samverkan med kommunala aktörer, se figur 33.

Figur 33. Andel patienter där det finns fungerande samverkan per extern aktör.



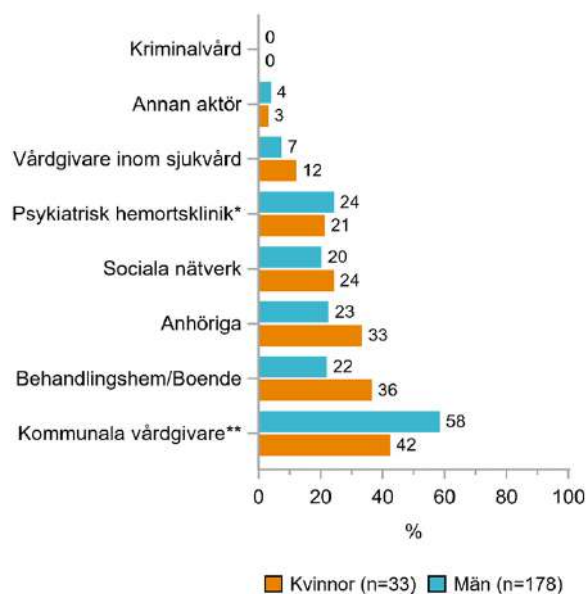
*Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Tabell 4. Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

Kön	Icke tillgodosett samverkansbehov	%
Kvinnor	33 av 280	11.8
Män	178 av 1516	11.7
Totalt	211 av 1796	11.7

Figur 34. Andel patienter där samverkanbehov inte är tillgodosett per extern aktör.



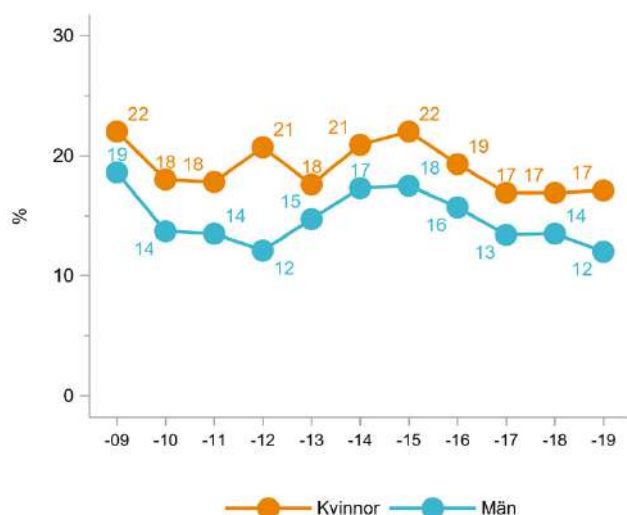
* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Kommunen är den aktör med vilken det är vanligast att det finns ett icke tillgodosett samverkansbehov, se figur 34. Det är också den aktör med vilken det är vanligast med fungerande samverkan. Detta beror på att kommunen är rättspsykiatrins vanligaste samverkanspartner.

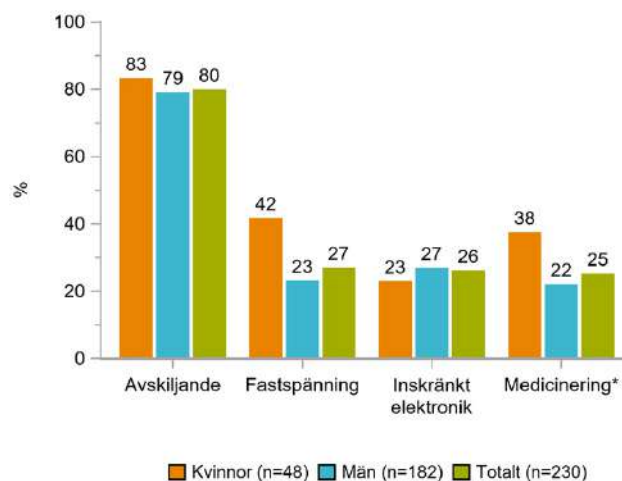
Tvångsåtgärder

Figur 35. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19-20 §§.



Som framgår av figur 35 så har andelen patienter som behövt tvångsåtgärder enligt LRV varierat över åren. Som noterades i förra rapporten för 2018 så fann man att det fanns en nedgång från 2015 och framöver. I förra rapporten reflekterades över att detta kan ha varit ett uttryck för en förändring i lagstiftningen 2014 där man ändrat reglerna för elektronisk kommunikation där nu mer generella regler gäller för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Den förändring som kan noteras är att det mellan 2015 till 2017 varit en nedgång som de senaste tre åren varit stabil.

Figur 36. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Utförd under fastspänning eller fasthållande

När man betraktar andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder så ser profilen av tvångsåtgärder väsentligen ut som förra året. Viss variation ses för kvinnor, men antalet kvinnor i materialet är så pass lågt att det inte går att dra slutsatser av variationerna. Som tidigare är avskiljande den vanligaste åtgärden medan fastspänning, inskränkt elektronik och tvångsmedicinering ligger oförändrat.

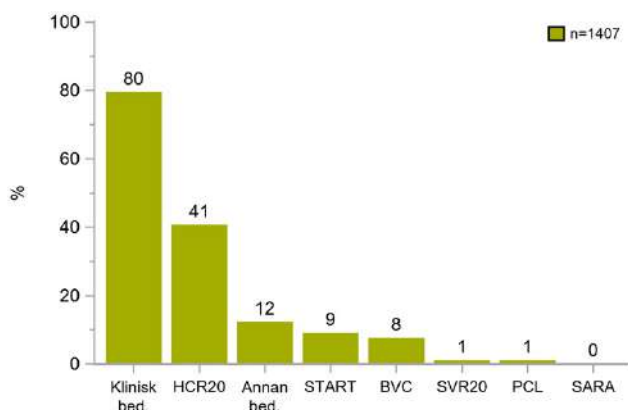
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

Den rättspsykiatriska vården har ett dubbelt uppdrag. Dels ska patienterna vårdas, behandlas och rehabiliteras i förhållande till sin sjukdom och dessutom ska återfall i allvarlig brottslighet förebyggas genom olika behandlande, vårdande, rehabiliterande och begränsande åtgärder. Därav är det centralt för rättspsykiatri att genomföra riskbedömningar för återfall i allvarlig brottslighet likväl som insatser för att minska risken av sådan brottslighet genom behandlande insatser.

Genomförda riskbedömningar

Under 2019 gjordes riskbedömningar på minst 80 procent av patienterna (figur 37). Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 41 procent av fallen vilket är en bedömningsmetod som avser långtidsprediktion av återfall i allvarlig brottslig gärning. Det är oklart varför inte fler har bedömts med denna metod. Men, eftersom många patienter har mycket långa vårdtider så är det möjligen inte meningsfullt att genomföra denna typ av bedömning oftare. Utöver de i tabellen angivna strukturerade instrumenten återfinns i fritext angivet ytterligare validerade och strukturerade metoder för riskbedömning såsom V-Risk 10 och Viol 10.

Figur 37. Andel patienter som bedömts med respektive riskbedömningsmetod.



Aktuella riskbedömningsinstrument

Beskrivning av riskbedömningsinstrument

- PCL (Psychopathy Checklist) togs initialt fram som ett diagnostiskt hjälpmedel för diagnostik av psykopati. Instrumentet fungerar även för att predicera återfall i allvarliga våldshandlingar
- HCR-20v3 (Historical, Clinical and Risk management, version 3) används för bedömning av risk för återfall i framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/ eller sjukdomar. Instrumentet används för riskbedömning likväl som för riskhanteringsplanering (risk management).
- BVC (Brøset Violence Checklist) är en checklista för att identifiera patienter med risk för nära förestående aggressionshandlingar i slutenvård. Instrumentet används av vårdpersonal. Skattning sker minst dagligen och indikerar när man behöver vidta specifika åtgärder för att minska risken för våldshandlingar de närmaste 24 timmarna.
- SARA (Spousal Assault Risk Assessment) är en checklista över riskfaktorer för partnervåld. Instrumentet utgör en strukturerad hjälp i bedömningen av risk för återfall i partnervåld.
- SVR-20 (Sexual Violence Risk) är en metod för att bedöma risken för återfall i sexuella våldshandlingar.
- START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) är ett strukturerat instrument för bedömningar av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, rymning och risk för att utsättas själv för våld. Bedömningen är avsedd att hantera tidsrymder inom tre månader. Bedömningen görs av vårdteamet utifrån dynamiska risk- och skyddsfaktorer.

Behandling utifrån riskfaktorer

I formulären efterfrågas vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Farmakologisk behandling anges för drygt 90 procent av patienterna vilket varit relativt konstant över åren och stämmer väl med statistiken över använda läkemedel. Av övriga insatser anges struktur i vardagen till drygt 60 procent, stöd och träning relaterat till sysselsättning, utbildning eller arbete anges till knappt 30 procent. Andelen som behandlats med psykoedukativa metoder var drygt 20 procent och andelen som behandlades med psykoterapi var cirka 10 procent. Som andra insatser angavs i fritext 738 svar. Med en preliminär klassifikation av dessa svar kan noteras att 38 procent angav socialt stöd i boende, 34 procent angav olika psykoterapeutiska och psykosociala behandlingar, 16 procent specifik missbruksbehandling, 6 procent specifik våldsreducerande behandling och enstaka specifika skyddsåtgärder. Fritextanalysen ger vid handen att det pågår omfattande insatser för reduktion av återfallsrisk. Dessa skulle behöva systematiseras ytterligare för att finna konsensus om vad som är effektivt för målgruppen.

Brottsbearbetning

Brottsbearbetning skulle kort kunna beskrivas som en riktad insats, enskilt eller i grupp, där huvudsyftet är att patienten får vetskap om brottet, förstår och kan förutse brottsutlösande faktorer och riskmiljöer samt att känslomässigt kunna bearbeta de upplevelser det medfört. I vissa delar av landet finns lokalt utarbetade brottsbearbetningsmanualer men metoderna varierar. Tillvägagångssätt och kompetens varierar och utförs ofta av psykolog, men ibland även av läkare, sjuksköterskor och skötare. Patienter kan under både kortare och längre perioder vara för sjuka för att en brottsbearbetande insats ska vara meningsfull.

Begreppet brottsbearbetning blev allmänt bekant genom SOU 2006:91. Anders Milton fick 2003 ett regeringsuppdrag som nationell psykiatrisamordnare. Det resulterade i SOU 2006:91 för rättspsykiatri och SOU 2006:100 för övrig psykiatri.

På sidan 76 står det *”En väsentlig del i arbetet med patienten är brottsbearbetning, dvs att förstå den utförda handlingen och dess konsekvenser, liksom att komma underfund med och hantera de förhållanden (triggers) som kan vara utlösande för t.ex. ett våldsbrott”*.

Begreppet har dock aldrig tillfredsställande kunnat definieras och än mindre har någon forskning funnits att hänvisa till. Det har lett till att olika verksamheter har gjort försök att definiera innehåll och begrepp. För att inom rättspsykiatri få en samsyn har flertalet arbetsgrupper med representanter från många verksamheter arbetat med frågan och förslag har tagits fram. Man börjar mer och mer luta mot att istället använda begreppet brottskartläggning. Själva ordet brottsbearbetning har dock fått ett starkt fäste. För lekmän och politiker kan det tyckas vara självklart att detta är ett viktigt syfte med vården och uppfyllandet av samhällsuppdraget att förhindra återfall i brottslighet av allvarligt slag. Å andra sidan kan man hävda att hela innehållet i den rättspsykiatriska vården har detta syfte.

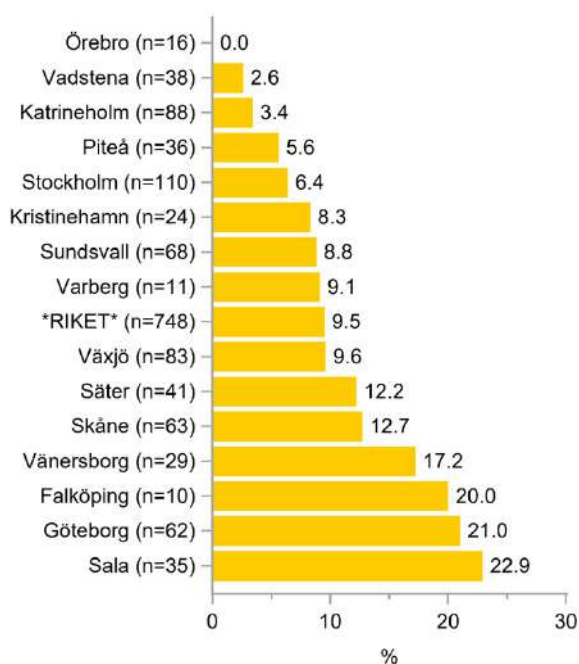
Andel patienter som uppges ha en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 11 procent 2019 och har minskat under åren, senast från 13 procent 2018.

Om man analyserar fördelningen av svaren i fritextalternativet så ser man hur verksamheterna anger vad brottsbearbetning innebär. Svaren blir i fallande ordning: psykologsamtal, samtal, brottskartläggning, t.ex. genomgång av RPU och dom och slutligen lokalt utarbetad metod/manual. Totalt får drygt 80 procent någon form av samtalsbehandling.

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Strikt formellt måste alla villkor för att ansöka om öppen rättspsykiatrisk vård vara uppfyllda. Då måste en samordnad vårdplanering ha skett och vårdplan fastställts tillsammans med kommunen. Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård under 2019 var 9,5 procent (N=71) (figur 38). Den vanligaste angivna orsaken var brist på boende (N=46). I 12 fall anges brister i samverkan som orsak. Dessa siffror har varit tämligen konstanta sedan 2013.

Figur 38. Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård

Då RättspsyK nu har inrapporterade data sedan mer än tio år så kan analyser göras av hur länge patienter vårdas enligt LRV och vilka faktorer som är associerade till LRV-tidens längd. Grunddata anger att mediantiden till avskrivning av LRV för de patienter som påbörjat vården de senaste tio åren är 7,8 år. Analyser har kunnat göras på olika relevanta insamlade uppgifter hur de påverkar tiden till avslutande av LRV.

Bakgrundsdata i förhållande till avslut av LRV

När man döms till LRV finns viss bakgrundsinformation. Utvald sådan information har analyserats med Cox regression för att utröna huruvida dessa är relaterade till längden av LRV. De bakgrundsdata som tagits in i analysen är: kön, ålder vid intagning (yngre eller äldre än 40 år), dömd till LRV med SUP eller inte, tidigare haft psykiatrisk vård, tidigare haft LRV-dom, missbrukshistorik, drogpåverkad vid brott, våldsbrott eller annat brott samt schizofrenidiagnos eller inte.

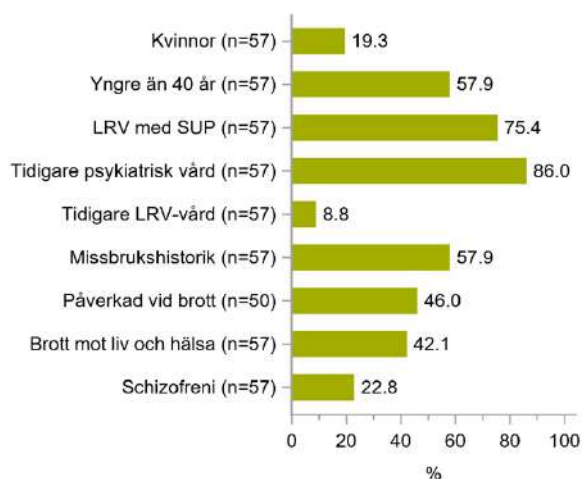
Analyserna visar att kön, tidigare psykiatrisk vård, drogpåverkad vid brott, våldsbrott samt schizofrenidiagnos **inte** hade någon koppling till vårdtidens längd.

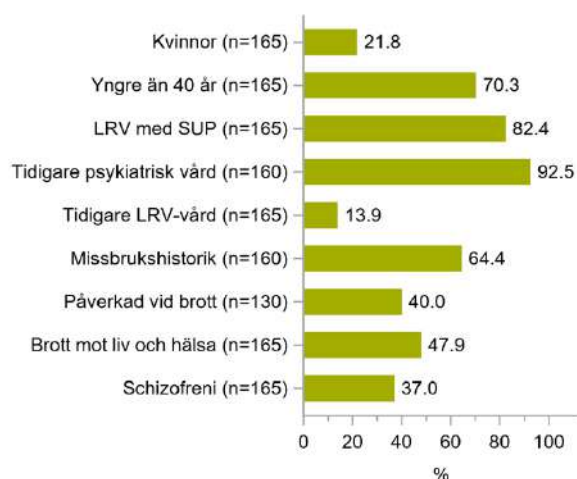
Däremot blir vårdtiden **längre** för yngre patienter (yngre än 40 år vid intagning), om man är dömd till LRV med särskild utskrivningsprövning, om man är tidigare dömd till LRV och har en känd missbrukshistorik innan intagningen.

Jämförelse mellan grupper med olika vårdtid

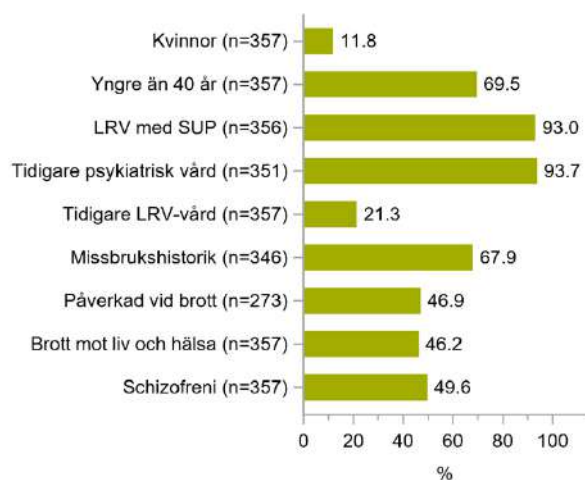
Skillnaderna illustreras grafiskt i figur 39 och 40. I dessa två figurer ses i den så kallade "fyraårsgruppen" patienter där vården påbörjats under åren 2012 och 2013 och som efter fyra år fortfarande var i LRV-vård men som var utskrivna inom sex år. I "sexårsgruppen" återfinns de patienter som togs in samma år (2012 och 2013) men som sex år efter intagning fortfarande var i LRV-vård.

Figur 39. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



Figur 40. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.

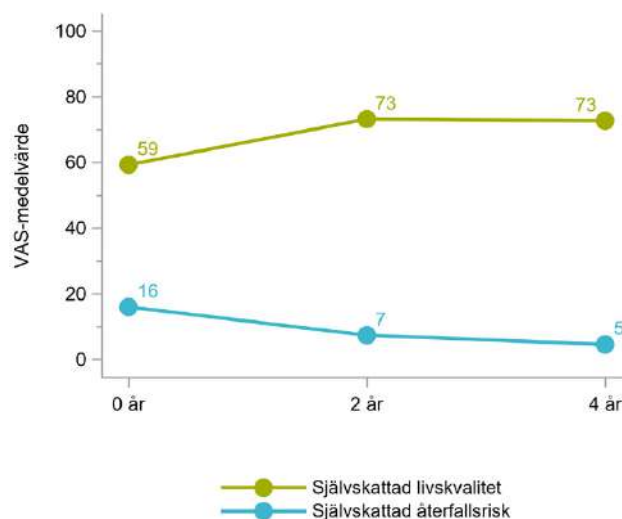
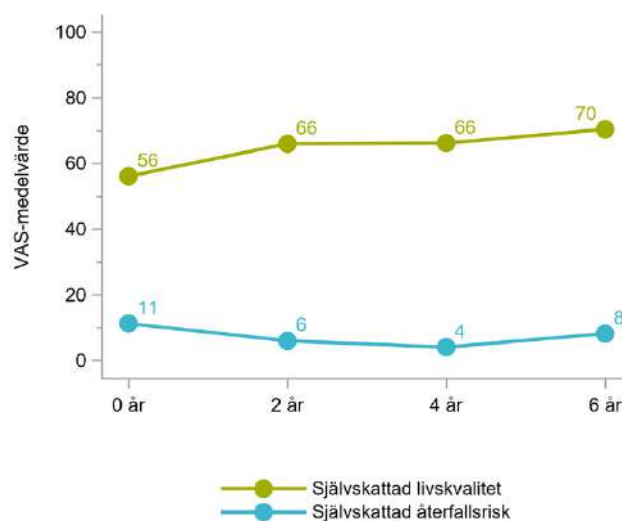
Skillnaderna mellan dem som skrivs ut tidigare och de som skrivs ut från LRV senare accentueras ytterligare när man ser på profilen för de patienter som fortfarande är kvar under rättspsykiatrisk vård efter 10 år, se figur 41.

Figur 41. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin.

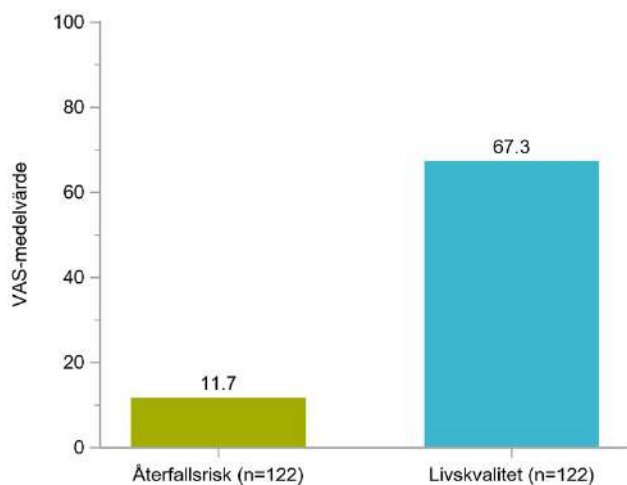
Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

Årligen samlas uppgifter in om självskattningar och indikatorer i vården av betydelse. Då det nu finns de ovan beskrivna s.k. fyra- och sexårsgrupperna kan man följa den individuella utvecklingen av dessa indikatorer efter intagning enligt LRV. Man ser av figurerna 42 och 43 att patienternas egna livskvalitetsskattningar förbättras i både fyraårsgruppen och sexårsgruppen, något mer för fyraårsgruppen. För dem som vårdats mer än tio år noteras en något lägre livskvalitetsskattning, figur 44.

Över tid så minskar patienterna självskattade återfallsrisk i både fyra- och sexårsgruppen (figur 42 och 43). Patienter som vårdats mer än tio år har något högre än de övriga grupperna (figur 44).

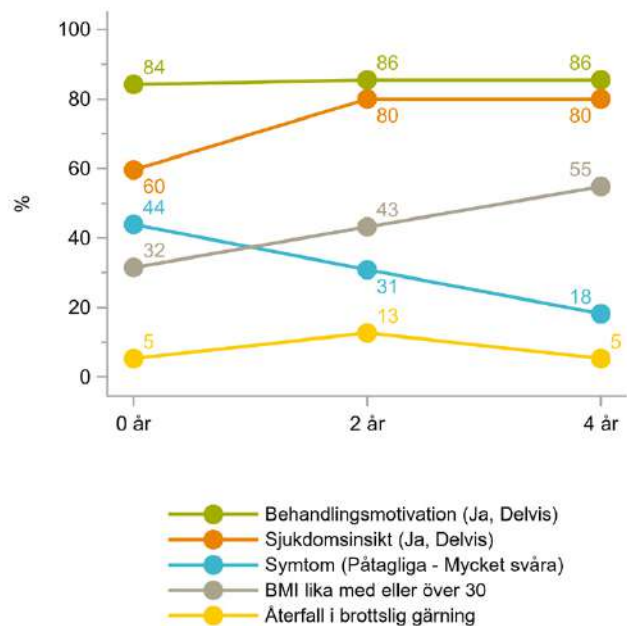
Figur 42. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.**Figur 43. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.**

Figur 44. Självskattningar: Patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.

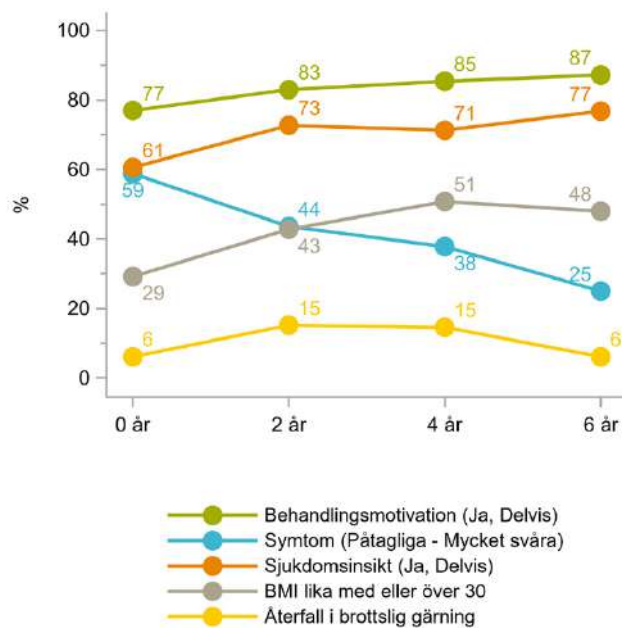


I figurerna 45 och 46 ses förändringen över tid för fyra- och sexårsgrupperna. För båda grupperna minskar andelen individer med påtagliga eller svåra symtom, mest tydligt för fyraårsgruppen som är de som skrivs ut före sex års vårdtid. Detta skiljer ut sig avsevärt för de patienter som har en vårdtid på mer än tio år (figur 47). Notabelt är att BMI för både fyra- och sexårsgrupperna ökar efter att vården påbörjats och för de patienter som vårdats mer än tio år består det höga BMI-talet.

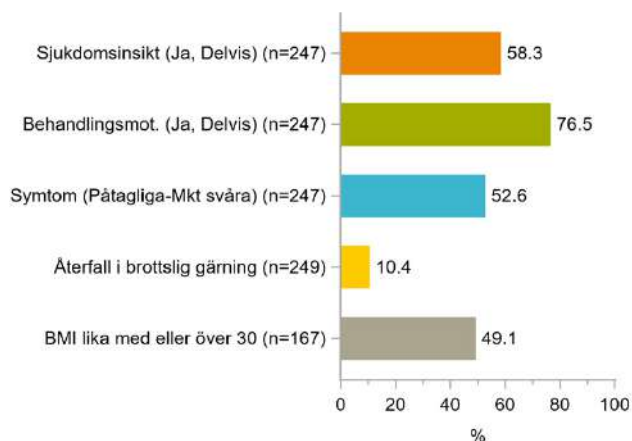
Figur 45. Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.



Figur 46. Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Figur 47. Indikatorer: Patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



Årligen bedömda indikatorers relation till avslut av den rättspsykiatriska vården

I tabell 5 ses en jämförelse mellan de ovan nämnda fyra- och sexårsgrupperna avseende rapporterad behandlingsmotivation, symtomtryck (dvs. allvarlighetsgrad av symtom), rapporterad sjukdomsinsikt samt förekomst av brottslig gärning såsom rapporterat senaste året. Dessa faktorer speglar aktuella förhållanden i dessa två grupper efter fyra år.

Tabell 5. Jämförelse mellan fyraårs- och sexårsgruppen vid fyra års vårdtid.

Indikator	Grupp		p-värde*
	4 år (n=55)	6 år (n=164)	
Behandlingsmotivation [Ja, delvis]	85.5 %	85.4 %	1.000
Symtom [Påtagliga-Mycket svåra]	18.2 %	37.8 %	0.008
Sjukdomsinsikt [Ja, Delvis]	80.0 %	71.3 %	0.223
Återfall i brottslig gärning	5.3 %	14.6 %	0.098

* Fischers exakta test, dubbelsidigt

Skillnaderna som ses i tabell 5 visar att den viktigaste faktorn för att inte bli utskriven efter fyra år var symtomtryck. I fyraårsgruppen hade endast 18 procent ett högt symtomtryck, att jämföra med sexårsgruppen där 38 procent hade ett högt symtomtryck. Detta indikerar att patienter med svåra symtom blir kvar inom rättspsykiatrisk vård längre. Rapporterad behandlingsmotivation och rapporterad sjukdomsinsikt hade ingen påverkan på utskrivning.

Däremot fanns en trend att de som begått brottslig gärning under pågående vård rapporterat vid fyraårsrapporteringen, kvarstannade i vård minst sex år. Nära 15 procent av dem som inte var utskrivna vid sex år hade vid fyraårsrapportering minst en registrerad brottslig gärning under pågående vård, att jämföra med endast 5 procent av dem som vid fyra år blev utskrivna inom sex år efter vårdens påbörjande.

Sammantaget visar de uppgifter som registret samlat in under mer än 10 år vilka faktorer som är associerade med utskrivning från LRV och indikerar hur den rättspsykiatriska vården tillsammans med förvaltningsrätterna bedömer betydelsen av olika faktorer vid beslut om fortsättning eller avslut av LRV. Dessa indikatorer visar att den rättspsykiatriska vården och förvaltningsrätterna överlag agerar i enlighet med evidens i förhållande till Rättspsykiatrins dubbla uppdrag.

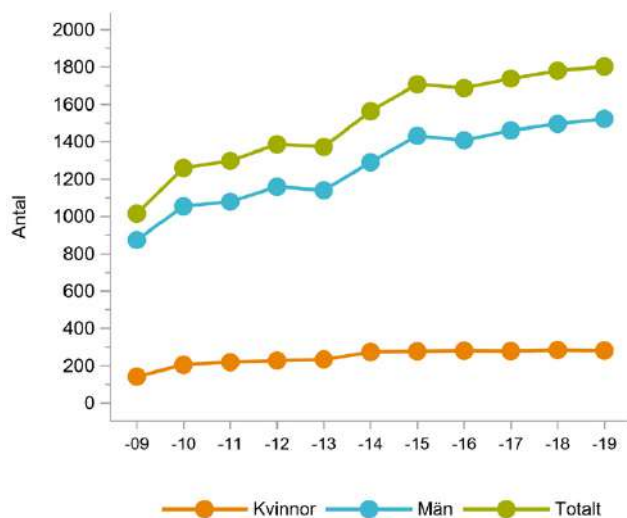
Patientgruppen i registret

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för att ingå i registret är att patientens LRV-dom vunnit laga kraft. Patienten följs därefter under hela vårdtiden, i såväl sluten- och öppenvård som mellan vårdenheter. Exklusionskriterier är att patienten blir definitivt utskriven, det vill säga LRV-domen upphör eller att patienten avlider alternativt att patienten själv begär utträde ur registret.

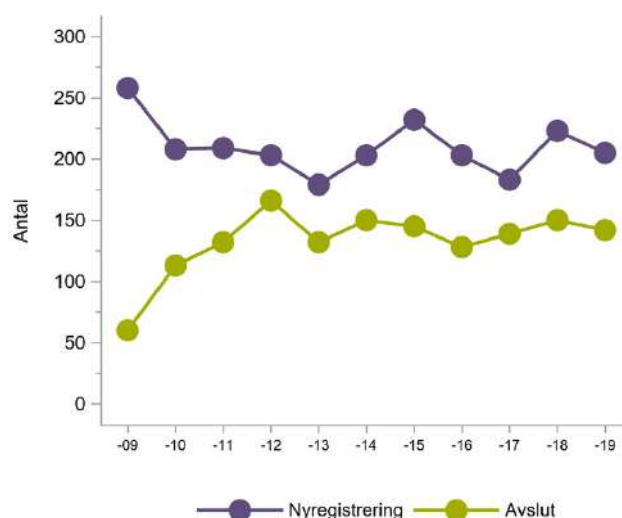
Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 48. Antal uppföljda patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2013 ökat med 34 procent. En ökning av antalet uppföljda män och kvinnor ses under 2019. Fördelningen är 18,5 procent kvinnor och 81,5 procent män. Den totala ökningen mellan 2018 och 2019 är 23 individer. Totalt är 1 803 patienter uppföljda under 2019.

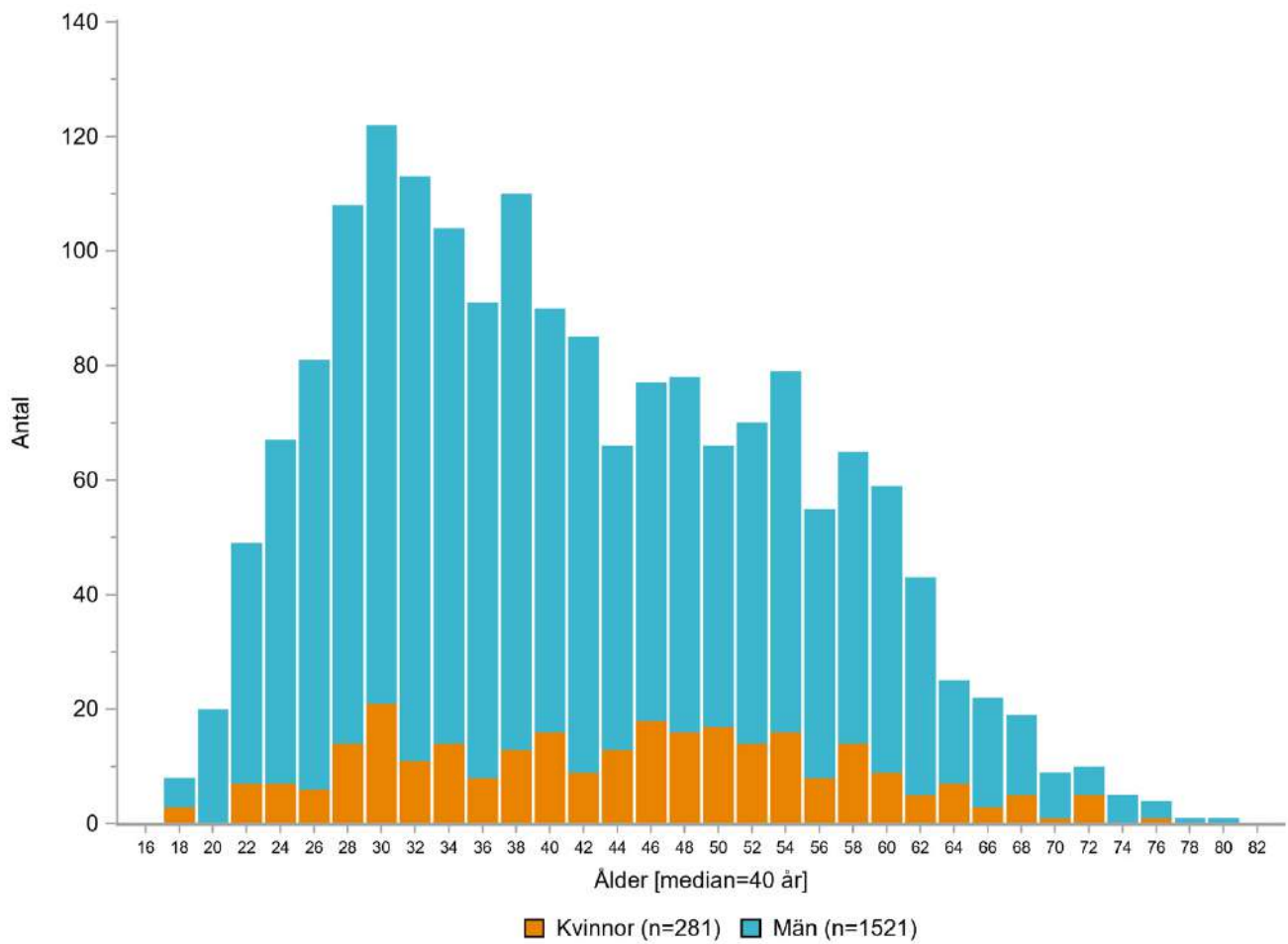
Figur 49. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid ej hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2019 har antalet nyregistrerade minskat med 18 patienter jämfört med 2018. Totalt antal nyregistrerade 2019 var 205 patienter. Antalet avslutade patienter 2019 är på något lägre nivå jämfört med 2018. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 90 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Under perioden 2009–2019 har 32 patienter avlidit till följd av suicid.

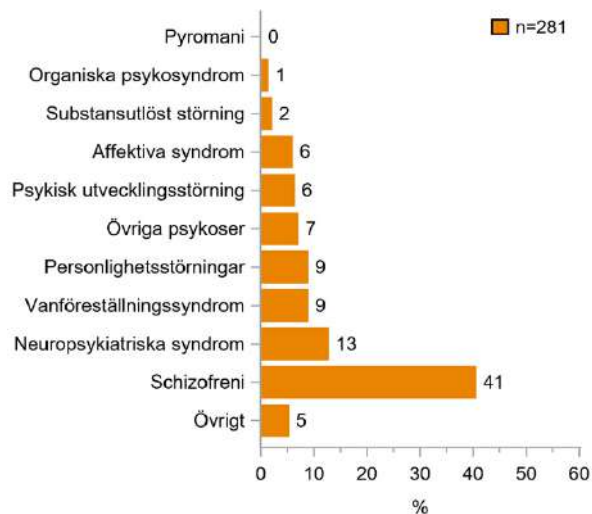
Ålder

Figur 50. Åldersfördelning i registret.



Huvuddiagnos

Figur 51. Huvuddiagnos enligt ICD-10, kvinnor.³

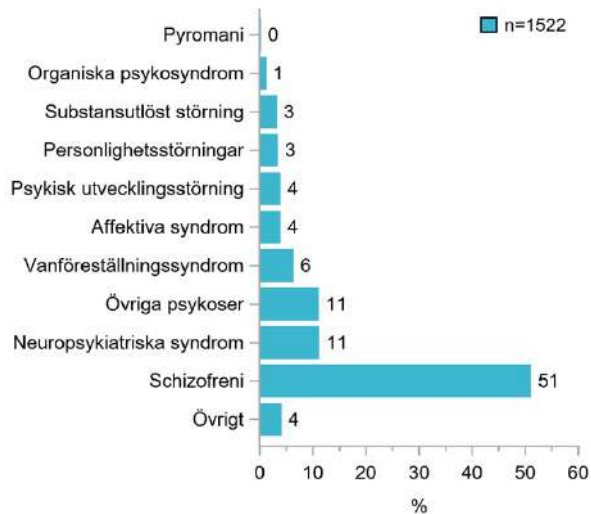


De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiagnoser som redovisas. Med huvuddiagnos avses den diagnos som patienten skrivits in under och som oftast ger störst funktionsnedsättning. Det är dock inte ovanligt att inskrivningsdiagnoserna förändras under vårdtiden efter fördjupade diagnostiska utredningar. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både kvinnor och män. Denna diagnos karaktäriseras ofta av svåra psykotiska symtom med förändrad verklighetsuppfattning.

Figurerna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Personlighetsstörningar är vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor medan schizofreni som diagnos är vanligare bland män.

Figur 52. Huvuddiagnos enligt ICD-10, män.³



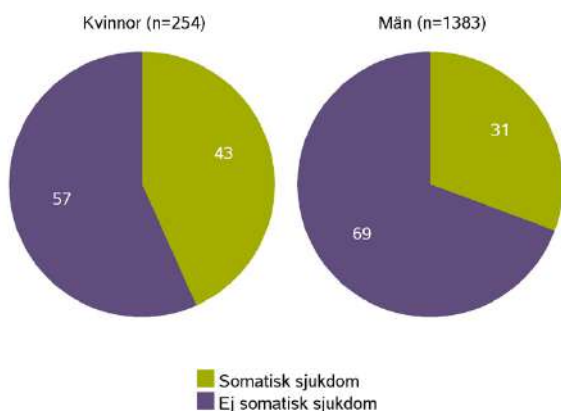
Andelen patienter som har diagnosen mental retardation (intellektuell funktionsnedsättning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar drygt 4 procent, men är likväl en patientgrupp vars vårdbehov kan vara svåra att tillgodose i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan patienter med neuropsykiatriska syndrom ha behov av vårdinsatser som skiljer sig ganska mycket från patienter med psykosjukdomar vilka utgör den största gruppen inom den rättspsykiatriska vården. Gruppen med neuropsykiatriska störningar utgör nu 11-12 procent av både män och kvinnor. Som bidiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

Det går inte att se några större variationer eller förändringar i huvuddiagnoser under de år som registret varit i bruk. Detta förhållande gäller både män och kvinnor. Dock har diagnoser inom gruppen neuropsykiatriska syndrom ökat stadigt sedan 2009 vilket tydligast syns när det gäller kvinnor. Parallellt med denna ökning ser man en minskning av affektiva syndrom i motsvarande grad. Man ser också en ökning av diagnosen schizofreni bland kvinnor. År 2009 var huvuddiagnosen schizofreni hos drygt 30 procent av kvinnor för att de senaste åren utgöra drygt 40 procent.

³ Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related health problems, Tenth Revision

Somatiska sjukdomstillstånd och jämförelse med PsykosR

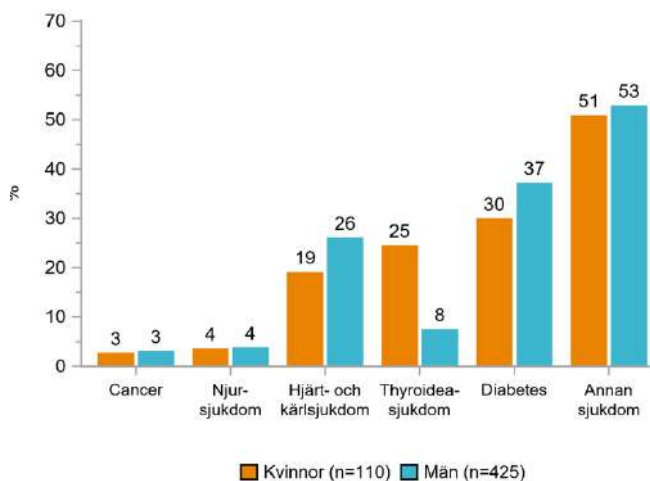
Figur 53. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*.



*Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom.

En stor del av patienterna har förutom sin psykiatriska diagnos även någon somatisk sjukdom. Mest framträdande är detta förhållande hos kvinnor där 43 procent har någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra hos män är 31 procent.

Figur 54. Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.

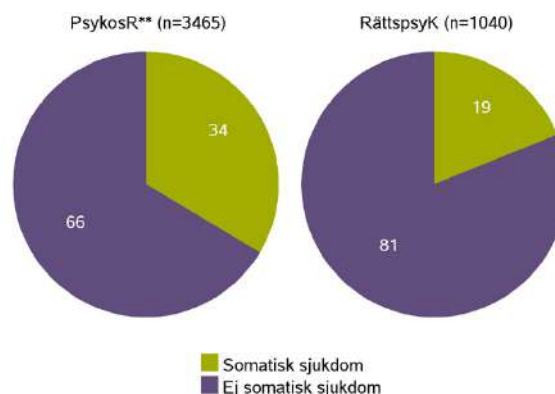


Hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes är relativt vanligt hos både män och kvinnor. I gruppen thyroideasjukdomar är det stor skillnad mellan könen.

I gruppen övriga sjukdomar återfinns bland annat hepatit C som den vanligaste somatiska åkomman. Registreringar indikerar att närmare 8 procent av patienterna har denna diagnos. Under senare år har möjligheten till behandling mot detta ökat och fler patienter erhåller behandling.

KOL är en annan vanlig somatisk diagnos som återfinns hos drygt 5 procent hos patienterna.

Figur 55. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd* registrerade i RättsspsyK och PsykosR.



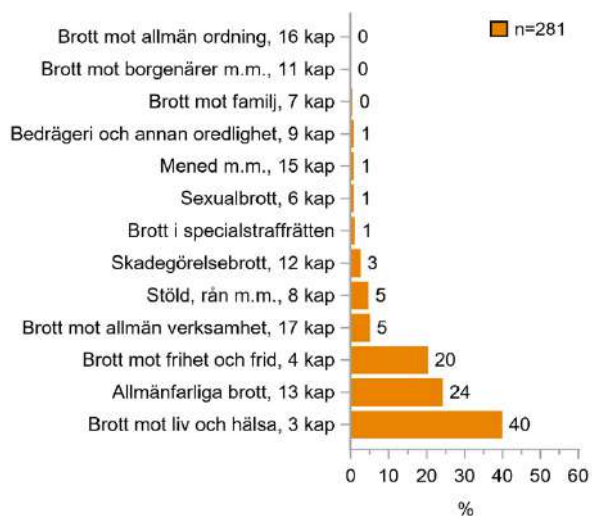
*Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- kärlsjukdom, njursjukdom.
**Databasversion 2020-01-10

Vid en jämförelse med PsykosR visar det sig att patienter i RättsspsyK i mycket mindre grad lider av somatiska sjukdomstillstånd av typen hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, thyroidea eller njursjukdom. Av patienterna i PsykosR har 34 procent somatiska sjukdomstillstånd medan endast 19 procent av patienterna som förekommer i RättsspsyK har det. Någon närmare analys av varför det förhåller sig så har inte gjorts men man kan reflektera över om den långa tiden i slutenvård för patienter i RättsspsyK har betydelse.

Indexbrott

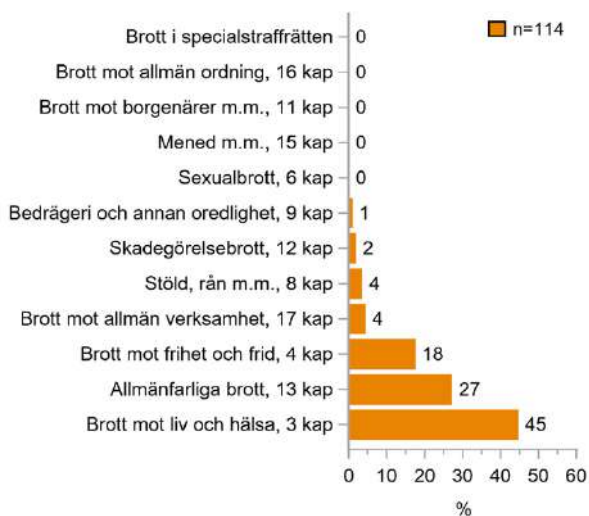
Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och domen om rättspsykiatrisk vård.

Figur 56. Indexbrott, kvinnor.



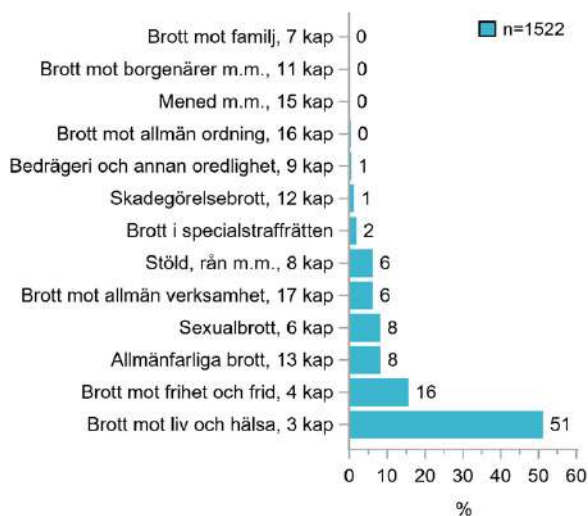
Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. I denna årsrapport redovisas för första gången indexbrotten utifrån hur dessa klassificeras hos Brå och till vilket kapitel de hänförs i brottsbalken (BrB). I kap 3 Brott mot liv och hälsa ingår bland annat mord, dråp, misshandel. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot liv och hälsa (inklusive sexualbrott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjänsteman är det vanligaste indexbrottet hos både kvinnor och män, drygt 35 procent.

Figur 58. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, kvinnor.



* ICD-10-kod F20, F21 och F25.

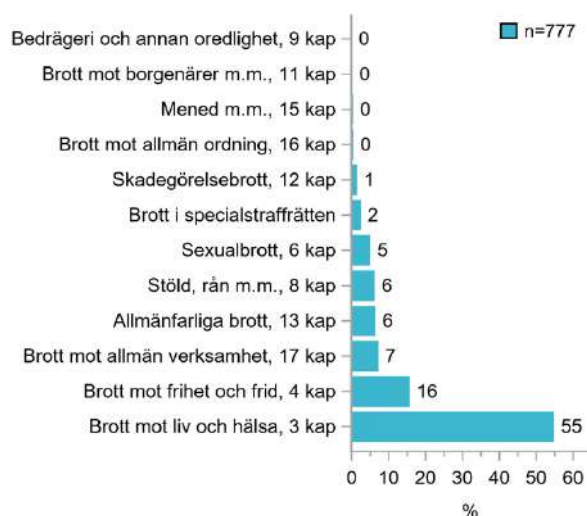
Figur 57. Indexbrott, män.



Bland kvinnor är mordbrand det näst vanligaste brottet. Andelen sexualbrott är nästan obefintlig bland kvinnor. Hos män utgör sexualbrott 8 procent av indexbrotten.

Det går inte att se några större variationer eller förändringar av indexbrott under de år som registret varit i bruk. Detta gäller både män och kvinnor. Små variationer förekommer mellan åren men en tydlig förändring gäller tendensen att mord och dråp och försök därtill minskar som indexbrott.

Figur 59. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, män.

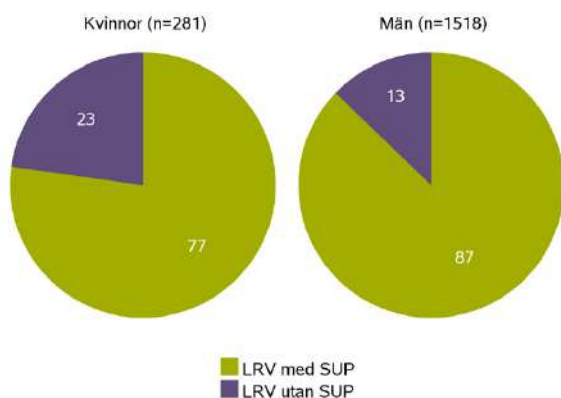


* ICD-10-kod F20, F21 och F25.

Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

Rättspsykiatrisk vård kan ges med eller utan beslut om särskild utskrivningsprövning (SUP). Vid överlämning till rättspsykiatrisk vård med SUP har rätten bedömt att det utöver förekomst av en allvarlig psykisk störning även föreligger risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Frågan om utskrivning blir då föremål för förvaltningsrättens prövning. Även friförmåner som permissioner och frigång regleras av rätten efter ansökan från chefsöverläkare eller patienten själv.

Figur 60. Andel patienter med respektive utan SUP.



Det framgår att drygt 77 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2019 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP.

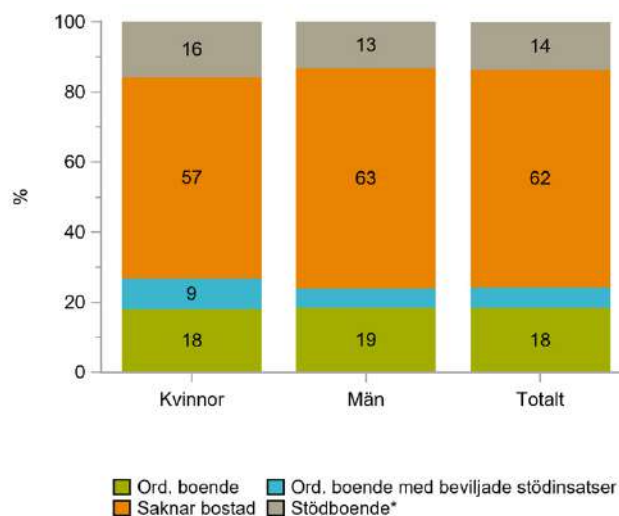
Andel patienter med barn under 18 år

I registret följs om patienten har barn under 18 år. Det gäller alla barn, biologiska eller barn som har eller har haft anknytning till patienten. Det är inte relevant om patienten är vårdnadshavare eller inte.

Barn under 18 år förekommer 2019 hos 15 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Andelen patienter med barn under 18 år har ökat något under de senaste åren. Det är något vanligare att kvinnor har eller har haft anknytning till barn under 18 år. Skillnaden är att knappt 19 procent av kvinnorna har eller har haft anknytning till barn och motsvarande bland männen är drygt 14 procent.

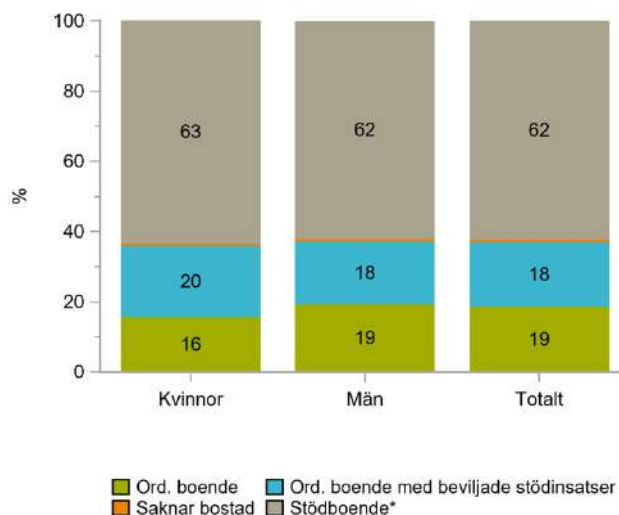
Boendeform

Figur 61. Boendeform under pågående slutenvård.



*Korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

Figur 62. Boendeform under pågående öppenvård.

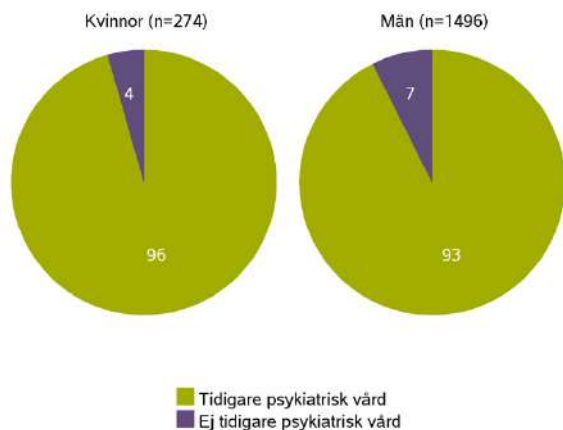


*Korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

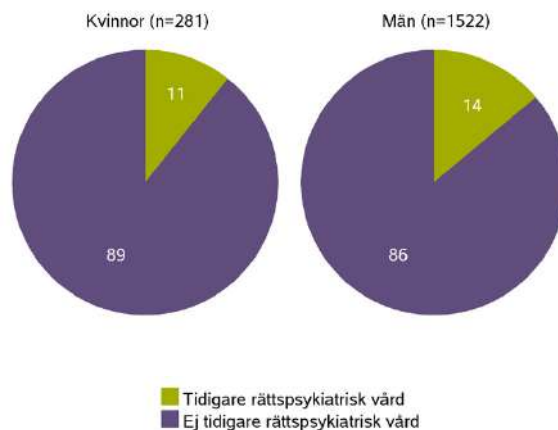
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna.

Tidigare psykiatrisk vård

Figur 63. Andel patienter som fått psykiatrisk vård någon gång innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



Figur 64. Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.

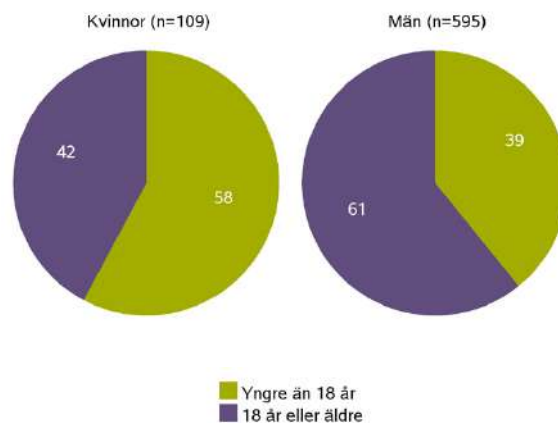


De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. En mycket stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. En mindre andel har dömts till vård enligt LRV vid tidigare tillfälle, i denna grupp utgör männen en något större andel än kvinnorna.

Man ser över åren en ökning av de individer som tidigare varit i kontakt med psykiatrisk vård innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller både män och kvinnor och under 2019 har 96 procent av kvinnorna tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården och motsvarande siffra för männen är 93 procent. Andelen patienter som tidigare vårdats enligt LRV har inte uppvisat några större variationer under de år registret varit i drift. År 2019 hade 11 procent av kvinnorna och 14 procent av männen tidigare vårdats enligt LRV.

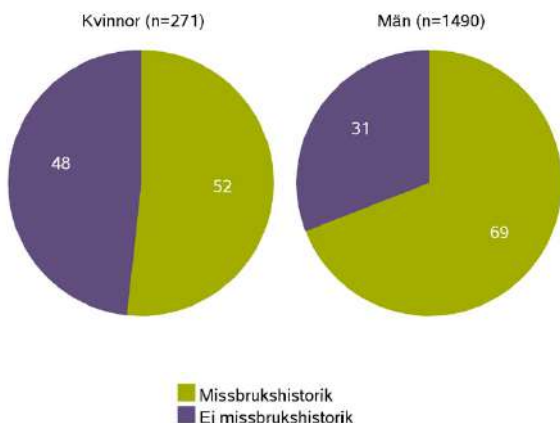
Av de registreringar som finns för 2019 framgår att 58 procent av kvinnorna hade kontakt med psykiatrin före 18 års ålder. Motsvarande siffra för männen är 39 procent. Skillnaden kan möjligen förklaras med att förekomsten av ätstörningar och emotionell instabil personlighet är vanligare hos flickor än hos pojkar och att dessa tillstånd kräver psykiatrisk behandling i tidig ålder.

Figur 65. Ålder vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



Tidigare missbruk

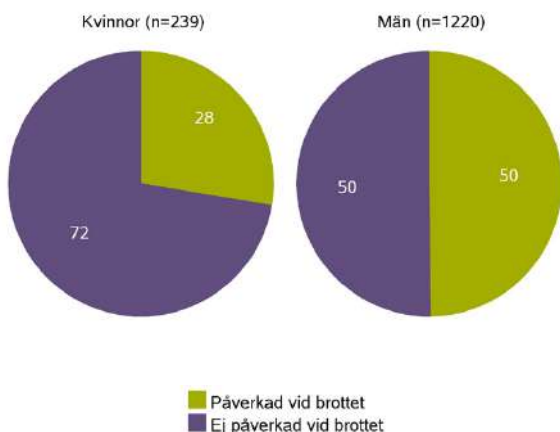
Figur 66. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



När det gäller en dokumenterad historia av missbruk har det inte skett några stora förändringar gällande registrerade data under de år som registreringar skett. Man kan notera en liten minskning när det gäller kvinnor men motsvarande sänkning finns inte gällande män. De senaste åren har cirka 50 procent av kvinnorna en dokumenterad historik och bland männen har andelen varierat mellan 66 och 69 procent.

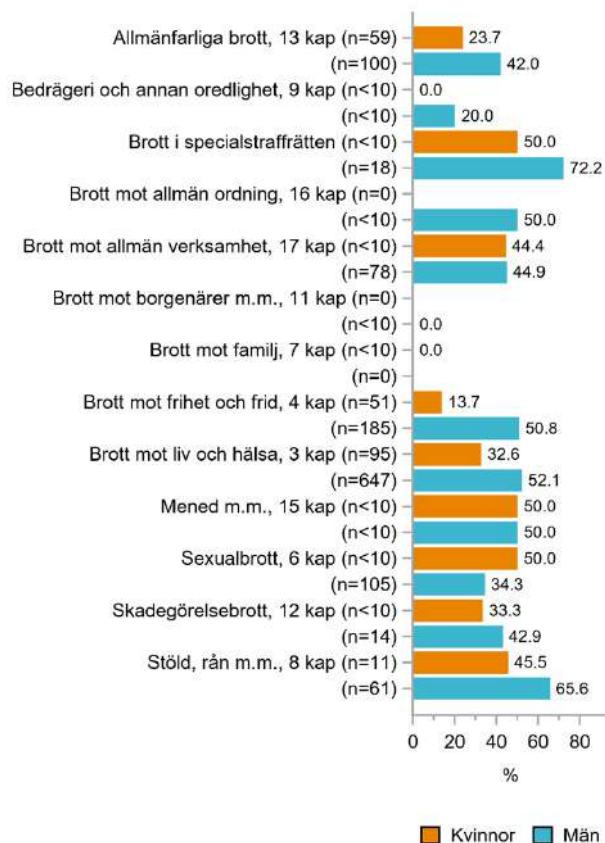
Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

Figur 67. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet.



Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 28 procent av kvinnorna och 50 procent av männen var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

Figur 68. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter brottsgrupp.



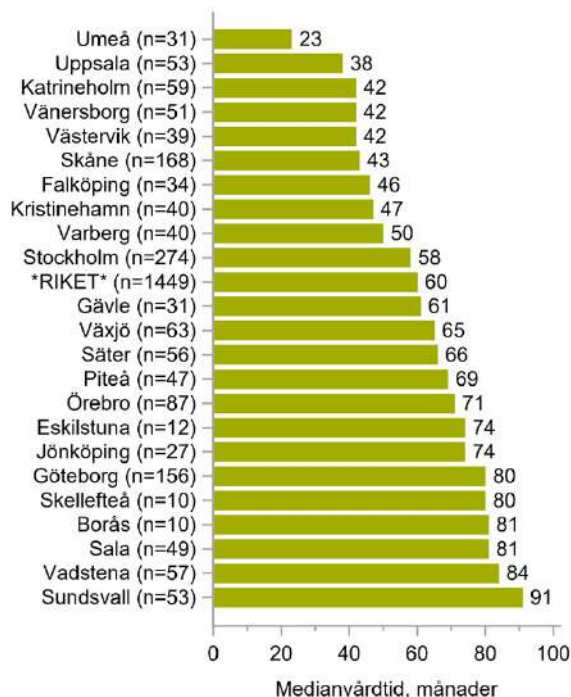
Vid brott mot liv och hälsa inkluderande misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var 33 procent av kvinnorna påverkade av någon drog eller alkohol och 52 procent av männen. Inom gruppen brott mot specialstraffrätten ingår narkotikabrott vilket sannolikt förklarar den högre graden av påverkan vid indexbrottet.

Vårdtid

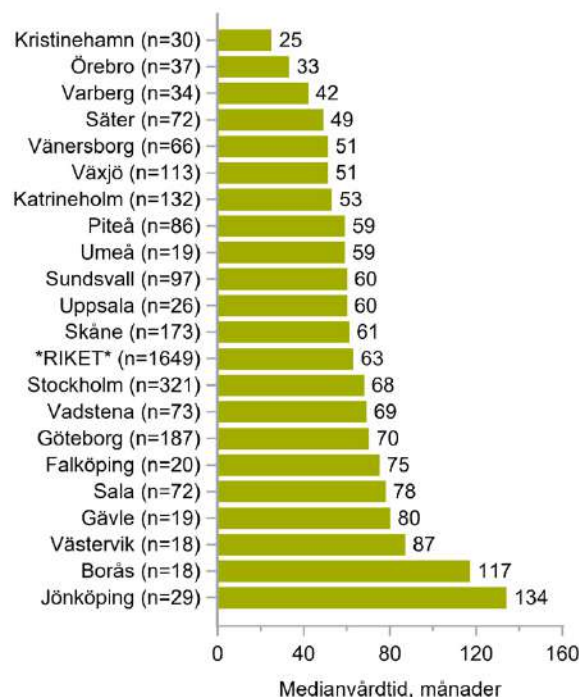
Medianvårdtider för patienter som blivit avskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2019

Sammanlagt 1 449 patienter har blivit avskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2019. Medianvårdtiden för samtliga patienter oavsett kön är 60 månader (5 år).

Figur 69. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård under perioden 2009-2019.

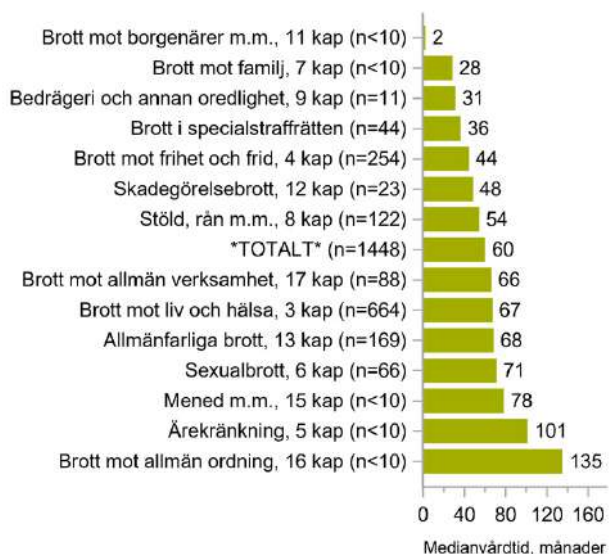


Figur 70. Medianvårdtid för patienter i pågående vård.

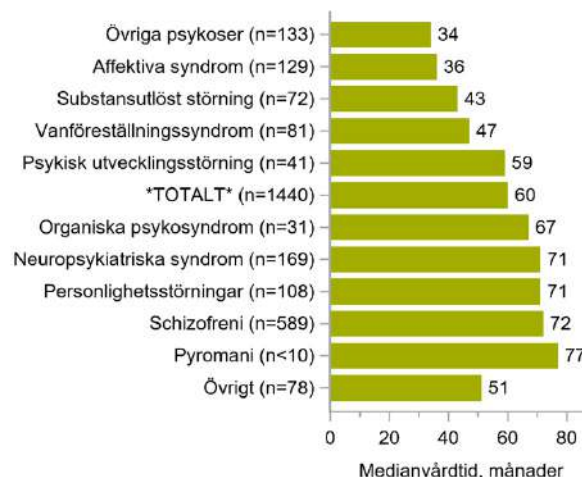


Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 23 månader (knappt 2 år) och 91 månader (7 år och 7 månader) med ett medianvärde av 60 månader (5 år) för samtliga registrerade enheter. Medianvårdtiden vid avskriven vård har ständigt ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv även om den varierat för enskilda enheter. De varierande medianvårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt och att man därför delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

Figur 71. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2019.

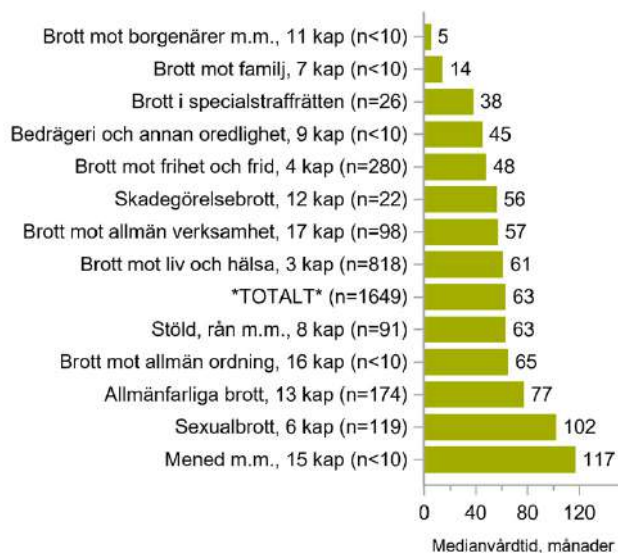


Figur 72. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2019.

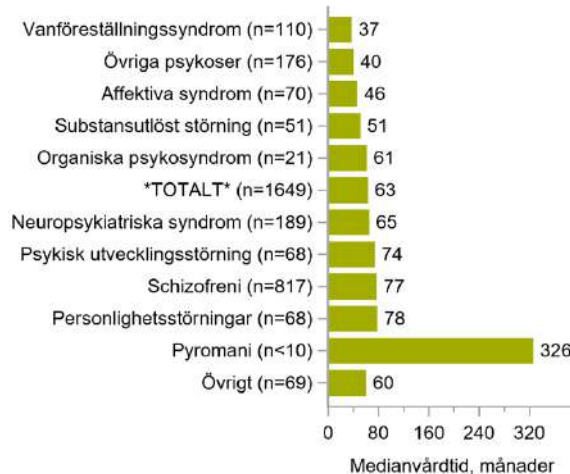


Det är en stor variation gällande medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avskriven vård. Den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, har medianvårdtid på 67 månader (cirka 5 år och 7 månader) om SUP föreligger.

Figur 73. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående vård.



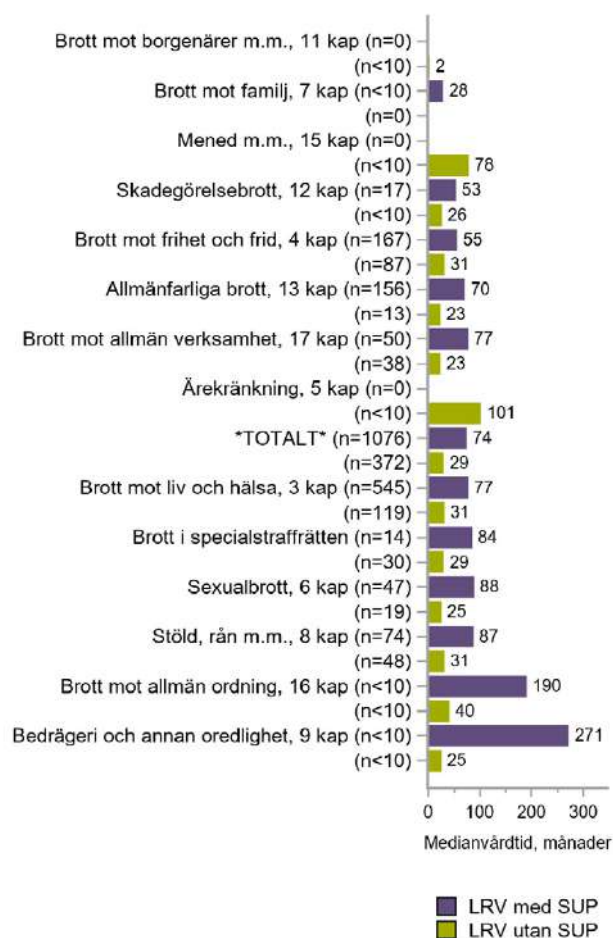
Figur 74. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter i pågående vård.



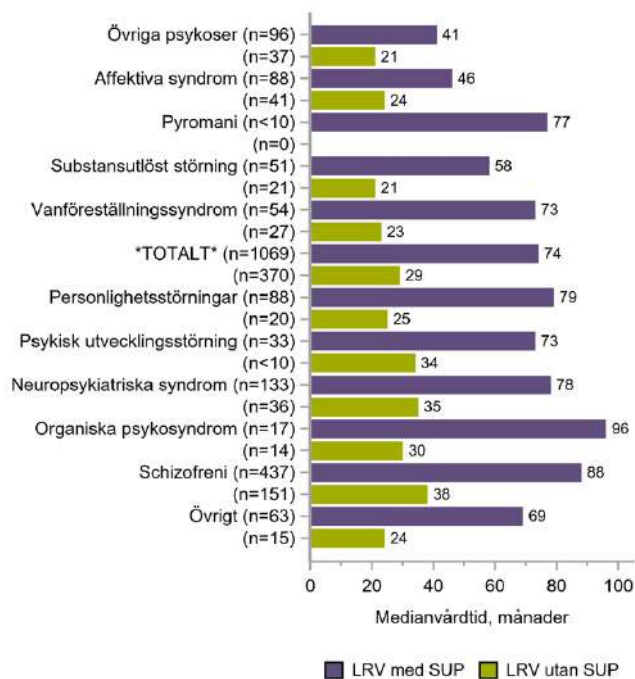
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter som tillhör brottsgruppen har en vårdtid på 61 månader i pågående vård. Mycket långa vårdtider har också de patienter som har begått sexualbrott där vårdtiden i pågående vård är 102 månader 2019.

Medianvårdtiden för alla patienter tillhörande samtliga diagnosgrupper i pågående vård är 63 månader 2019 vilket är oförändrat sedan 2018. För diagnosgruppen pyromani är den 326 månader men siffrorna baserar sig på endast ett fåtal individer varför resultatet bör beaktas med reservation.

Figur 75. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2019.

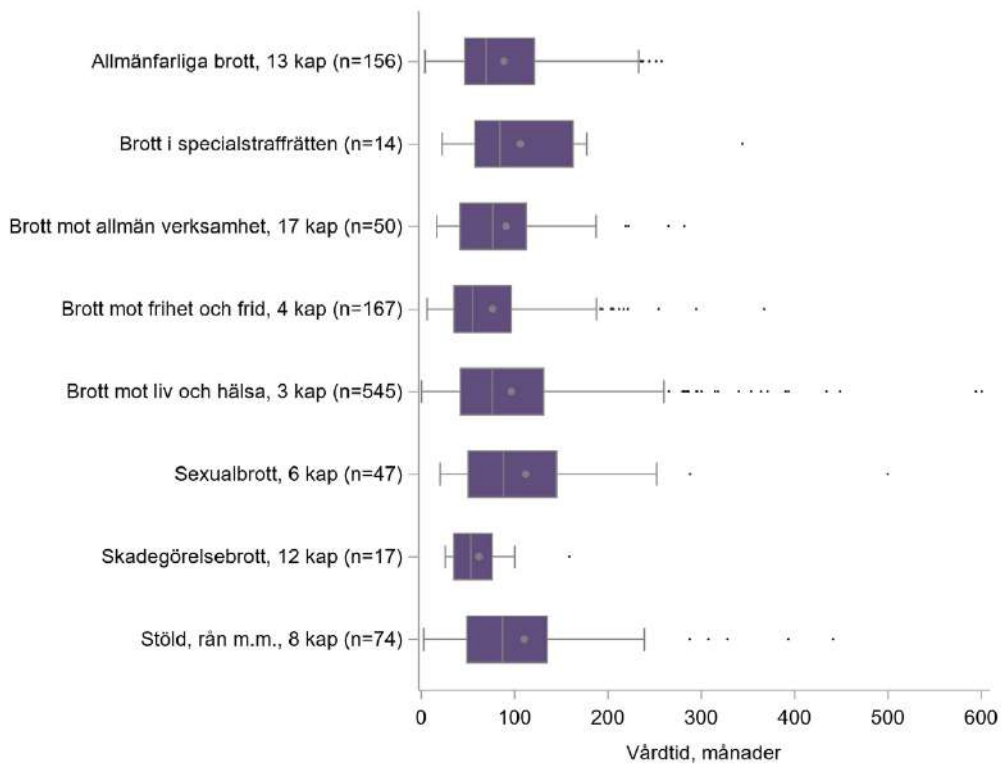


Figur 76. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2019.

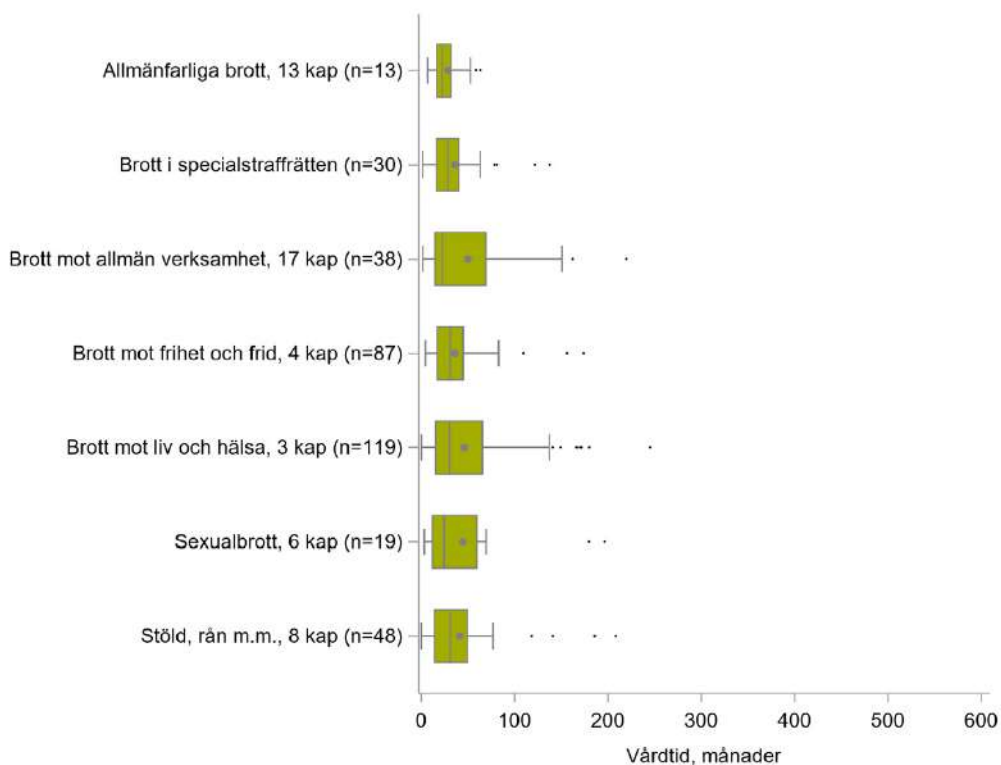


Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP. Detta gäller oavsett brotts- och diagnosgrupp. Skillnaden mellan patienter med och utan SUP kan delvis förklaras av att rätten bedömt att det för patienter med SUP föreligger en risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag, motsvarande risk bedöms inte föreligga för patienter utan SUP. Vidare är frågan om att avsluta vården för patienter med SUP alltid föremål för prövning i förvaltningsrätten.

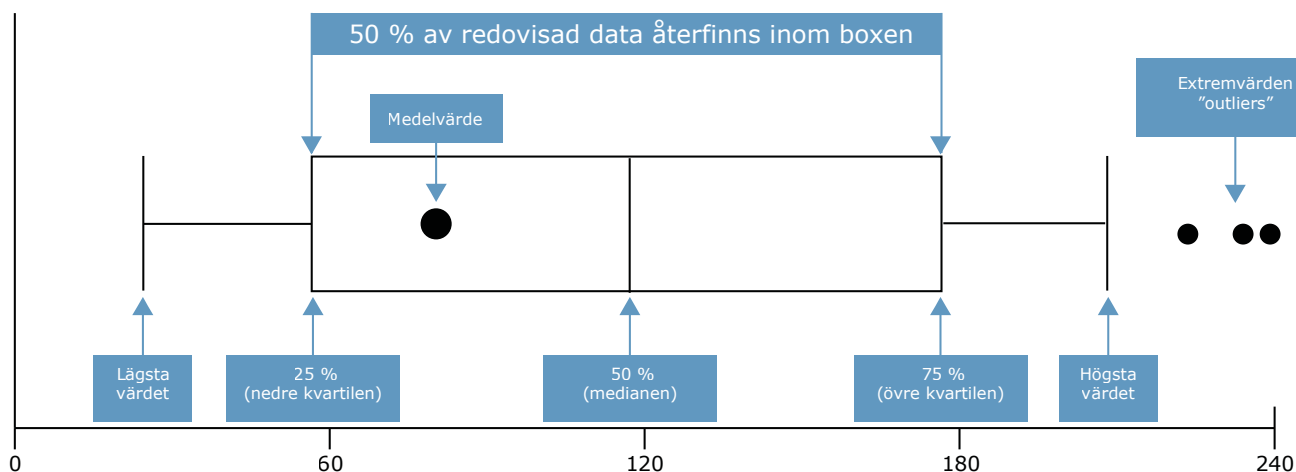
Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant åt. Schizofreni och organiska psykosyndrom noteras ha långa vårdtider på 88 månader respektive 96 månader om SUP föreligger och jämförelsevis långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom och personlighetsstörningar.

Figur 77. Spridning av vårdtid för patienter **med SUP** där vården **avskrivits** under åren 2009–2019, per **brottsgrupp**.

I de två figurerna illustreras spridningen i vårdtid bland patienter med och utan SUP uppdelade efter brottstyp.

Figur 78. Spridning av vårdtid för patienter **utan SUP** där vården **avskrivits** under åren 2009–2019, per **brottsgrupp**.

Läsanvisning av Box Plot



Förklaring: Box Plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil, median och övre kvartil och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstreckets på vänster sida markerar det lägsta värdet. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstreckets på höger sida det högsta värdet. Extremvärden eller "Outliers" visas som prickar. Samtlig registrerad data redovisas.

Verksamheterna i registret

Tabell 6. Verksamheterna i registret.

Region	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna avseende 2019			Uppgifter från registret, 2019					
		Antal slutenvårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Uppptagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medel-ålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	64	R	2,3	Uppsala-Örebroregionen	Säter	76	43.2	10.5	63.2
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle Sjukhus	24	42.3	4.2	12.5
Halland	Varberg	12	L	2	Halland	Varbergs sjukhus	38	44.7	26.3	44.7
Jönköping	Jönköping	12	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	34	45.1	20.6	26.5
Kalmar	Västervik	12	L	2,3	Kalmar län	Västervik	22	46.5	22.7	19.0
Kronoberg	Växjö	121	R	1,2,3	Södra regionen	Växjö	118	37.0	9.3	86.3
Norrbottnen	Piteå	44	L	2,3	Norrbottnen / avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	87	42.6	19.5	47.1
Skåne	Skåne	91	L	2,3	Region Skåne	Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	199	42.7	17.6	40.2
Stockholm	Stockholm	201	L	1,2,3	Stockholms län	Helix, Flemingsberg, Löwenströmska	348	44.3	20.4	39.5
Sörmland	Katrineholm	143	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	136	37.9	18.4	86.7
	Mälarsjukhuset	0		-	Sörmland		< 10			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	28	39.8	3.6	32.1
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	Värmland	Kristinehamn	39	40.8	5.1	76.9
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	21	43.1	19.0	47.6
	Skellefteå	3	L	3	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 10			
Västernorrland	Sundsvall	101	R	1,2	Region Västernorrland / avtal Jämtland, Hälsingland	Sundsvall	103	38.7	13.6	78.4
Västmanland	Sala	55	L	1,2	Västmanland	Sala	79	44.0	12.7	51.9
	Borås	0	L	—	Södra Älvsborg		19	41.1	21.1	10.5
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	22	42.2	9.1	59.1
	Göteborg	96	L	1,2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	203	42.7	11.3	41.4
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	71	41.1	12.7	54.9
Örebro	Örebro	25	L	2,3	Örebro län	Örebro	48	43.5	14.6	52.1
Östergötland	Vadstena	86	R	1,2,3	Sydsödra sjukvårdsregionen	Vadstena	79	39.9	16.5	53.2
TOTALT		1 212					1803	42.0	15.6	51.8

* Benämning på verksamhet i denna årsrapport. Fullständiga namn återfinns på sidan 2.

** Regionsjukvård (R) eller Länsjukvård (L)

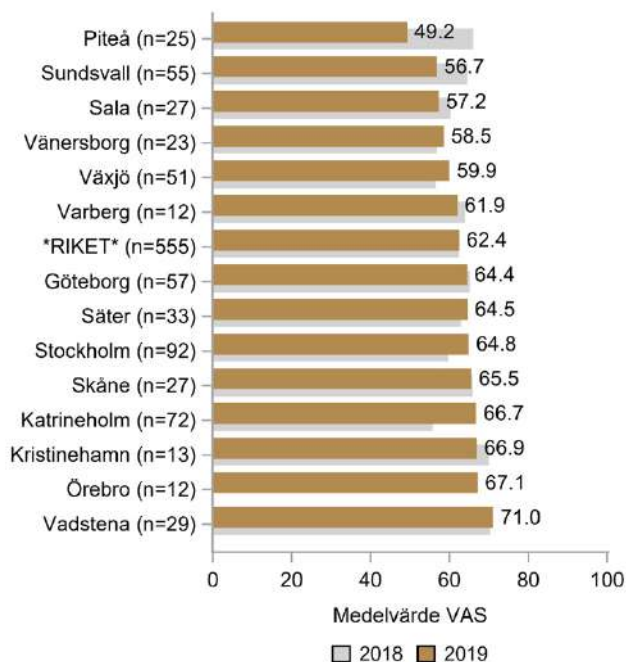
*** Säkerhetsnivå (SOFSS 2006:9 4§)

Redovisning på verksamhetsnivå

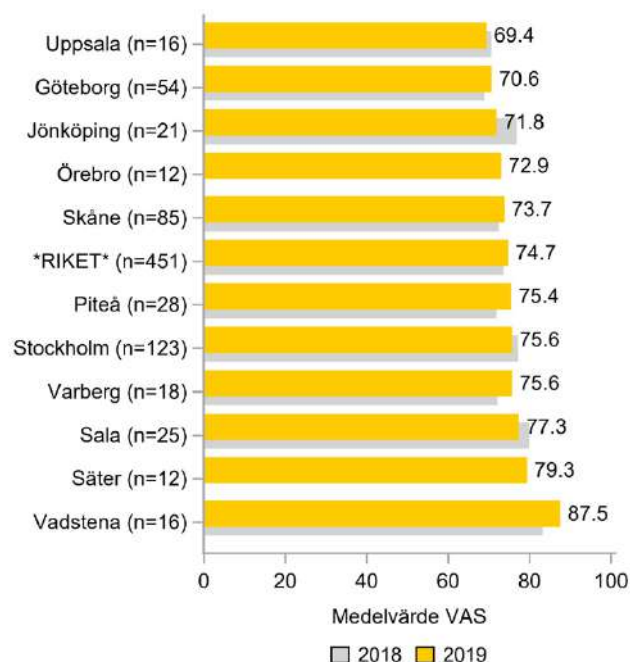
Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågats av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som kan förbättras. För att underlätta att se förbättringsområden är figurerna uppdelade i slut- respektive öppenvård. Resultat redovisas endast för verksamheter med minst 10 patienter registrerade. Då verksamheterna i landet skiljer sig i storlek, varierar också antalet patienter per verksamhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan. I figurerna med jämförelser mellan två år avser siffrorna vid staplarna år 2019. Verksamheterna uppmanas att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

Självskattad livskvalitet

Figur 79. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **slutenvård**.

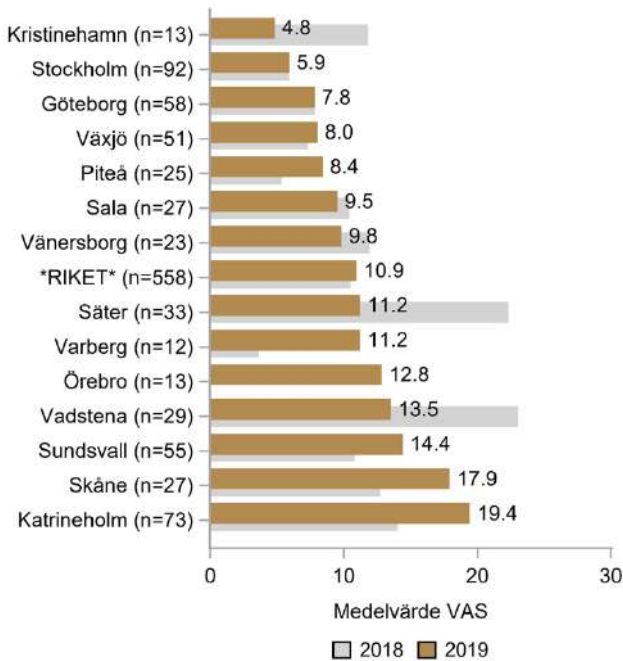


Figur 80. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **öppenvård**.

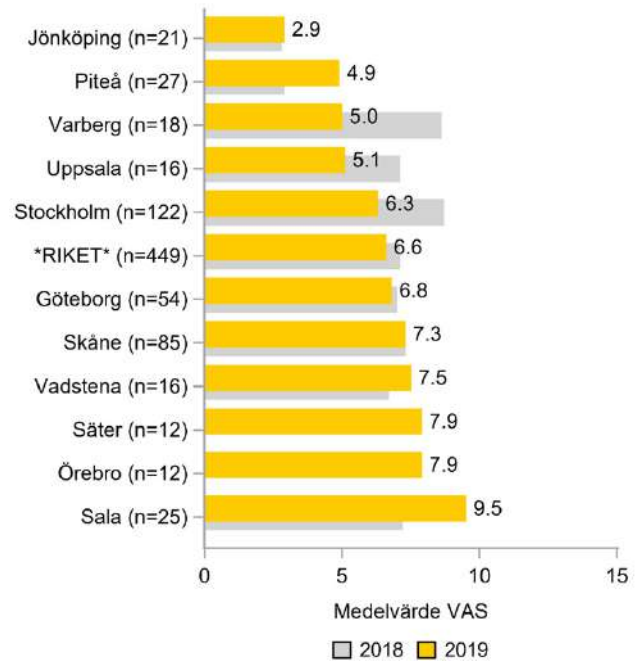


Självsfattad risk för återfall i brott

Figur 81. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, **slutenvård**.

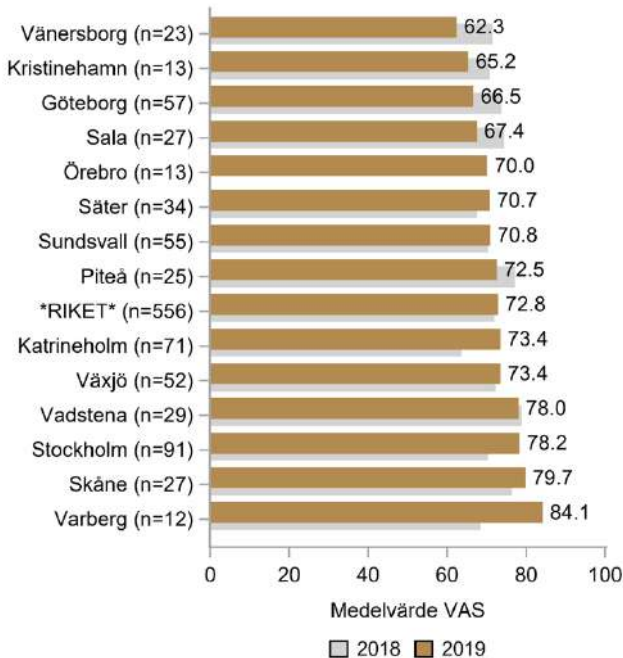


Figur 82. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, **öppenvård**.

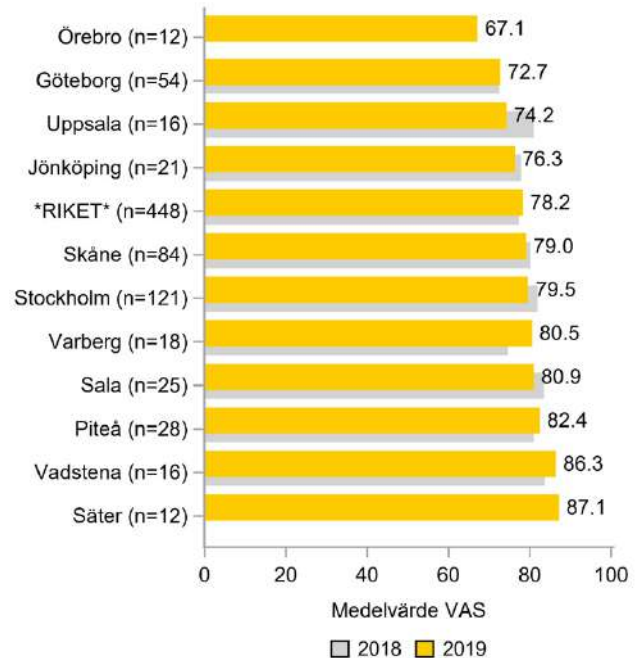


Självsfattad psykisk hälsa

Figur 83. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **slutenvård**.

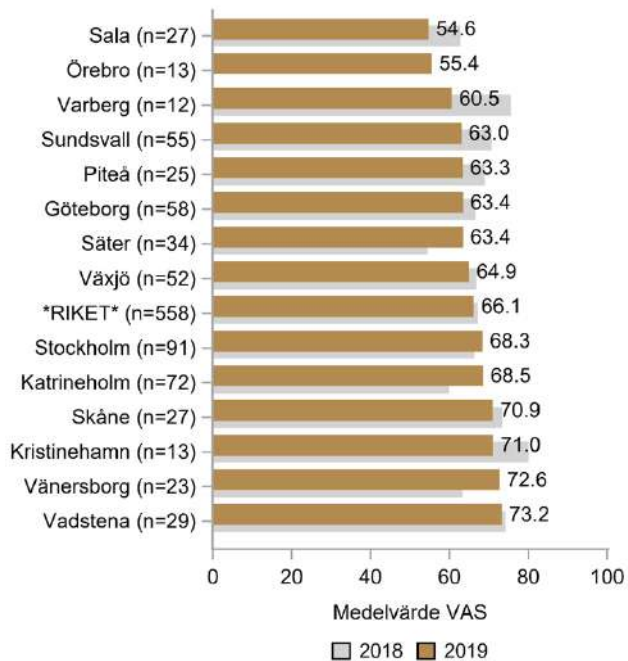


Figur 84. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **öppenvård**.

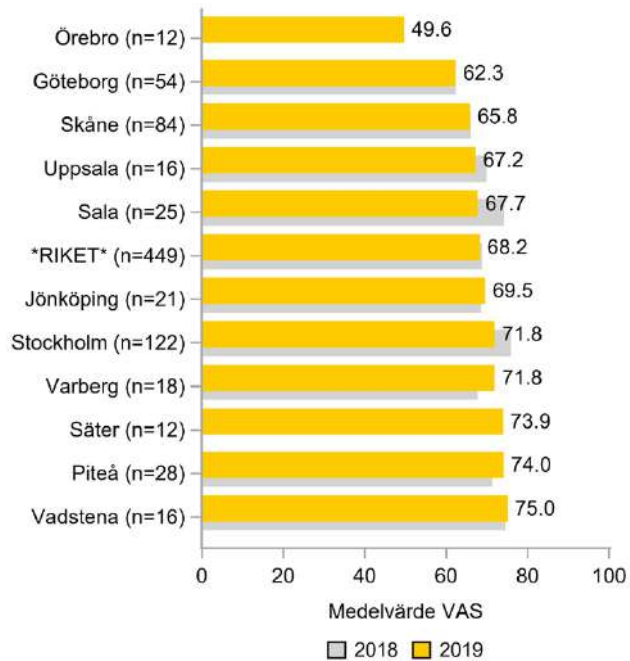


Självskattad fysisk hälsa

Figur 85. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, slutenvård.



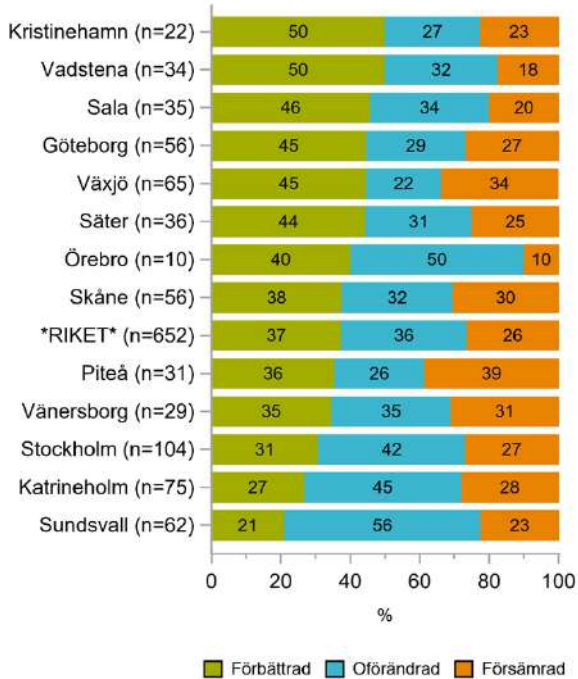
Figur 86. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, öppenvård.



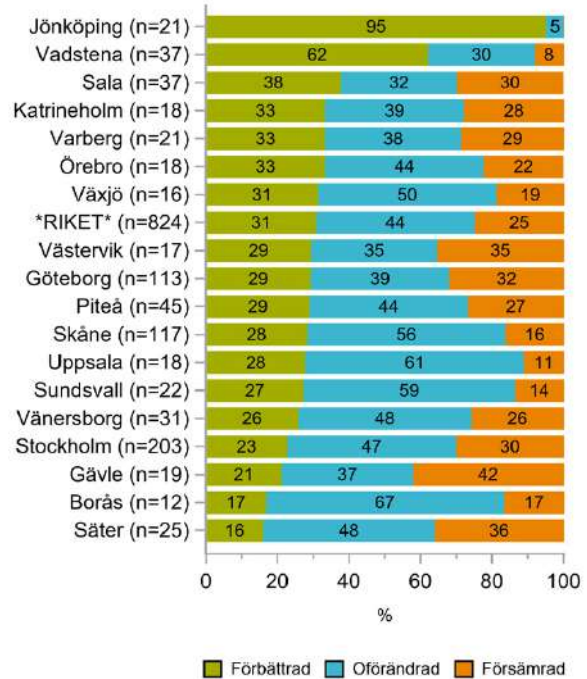
Klinisk skattning av symtombilden

Patientens symtombild skattar vårdpersonalen med hjälp av en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI-skala) med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

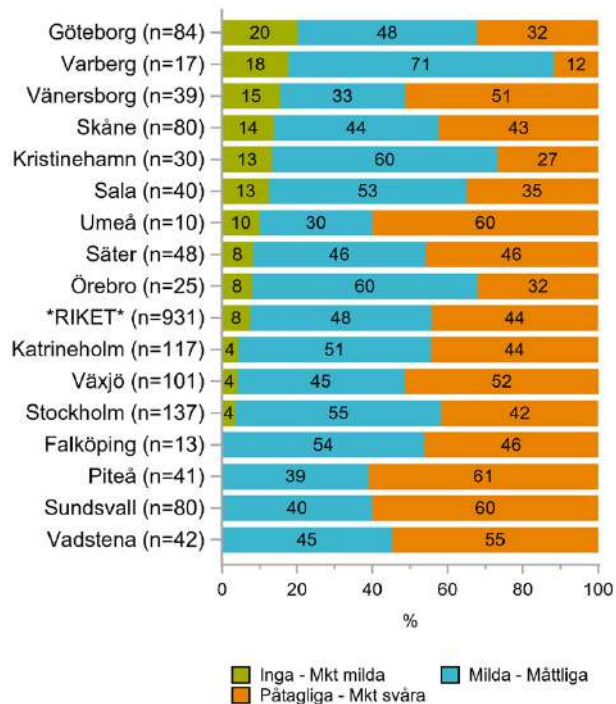
Figur 87. Förändring av symtombild mellan åren 2018 och 2019, slutenvård.



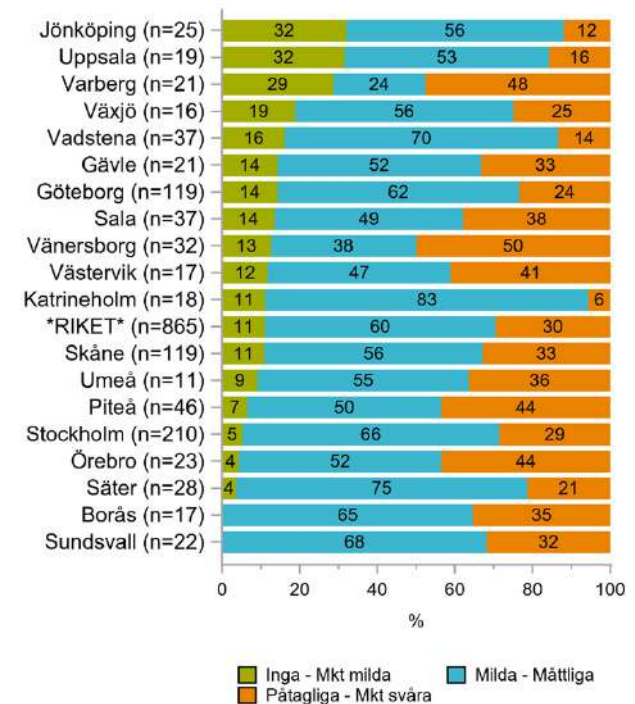
Figur 88. Förändring av symtombild mellan åren 2018 och 2019, öppenvård.



Figur 89. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, slutenvård.



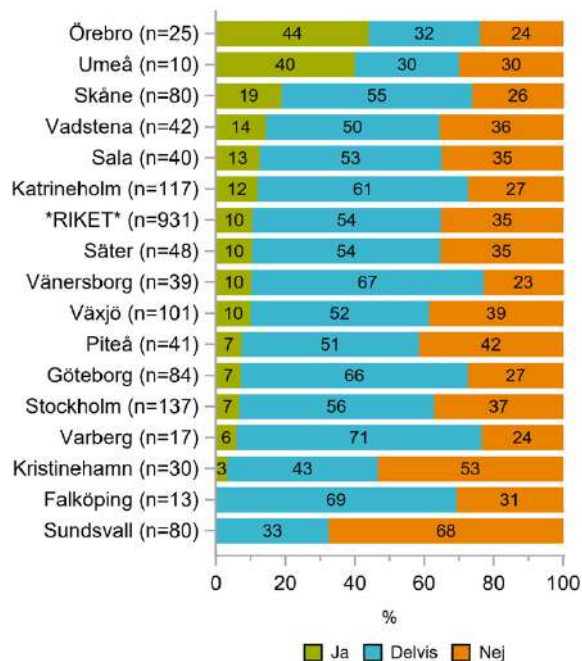
Figur 90. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



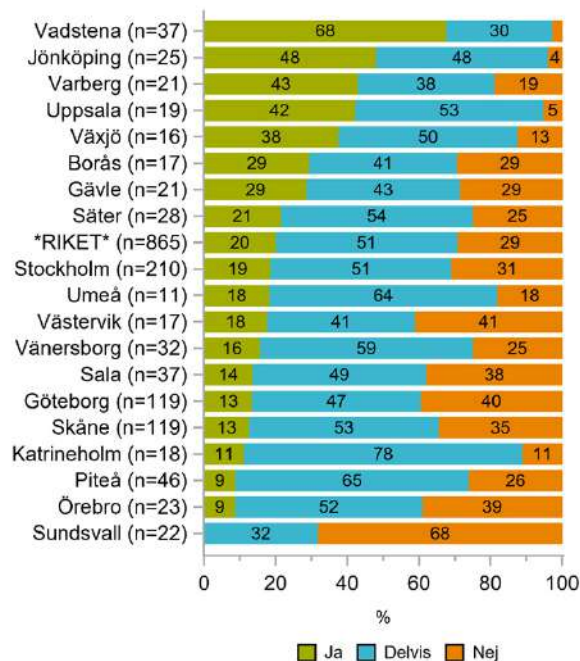
Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik liksom behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonalen. Det kan göras både kliniskt och/eller med hjälp av ett bedömningsinstrument.

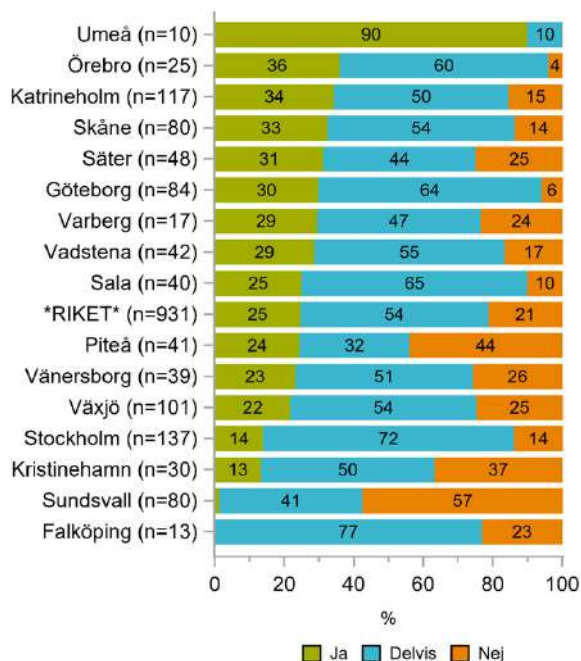
Figur 91. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



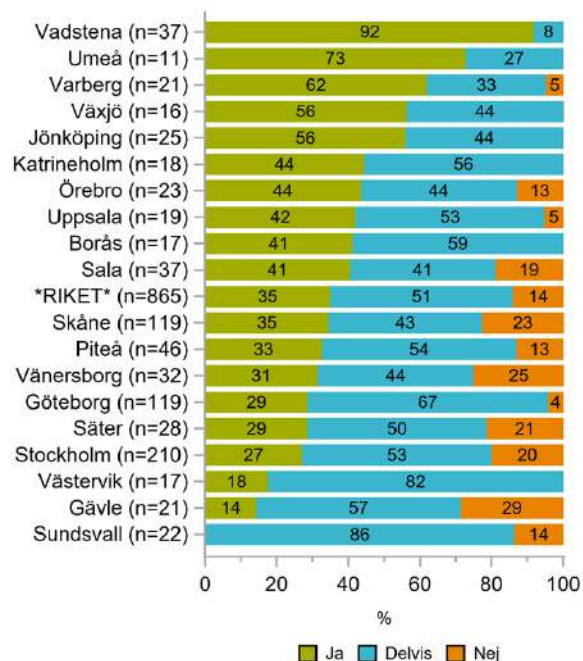
Figur 92. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 93. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

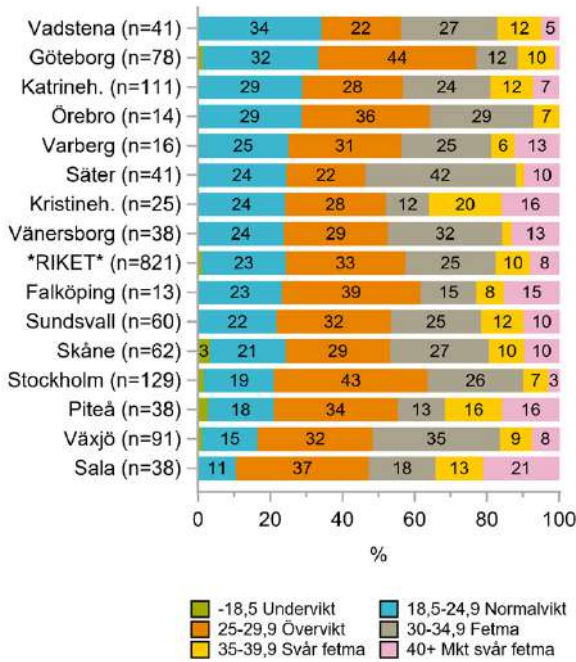


Figur 94. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

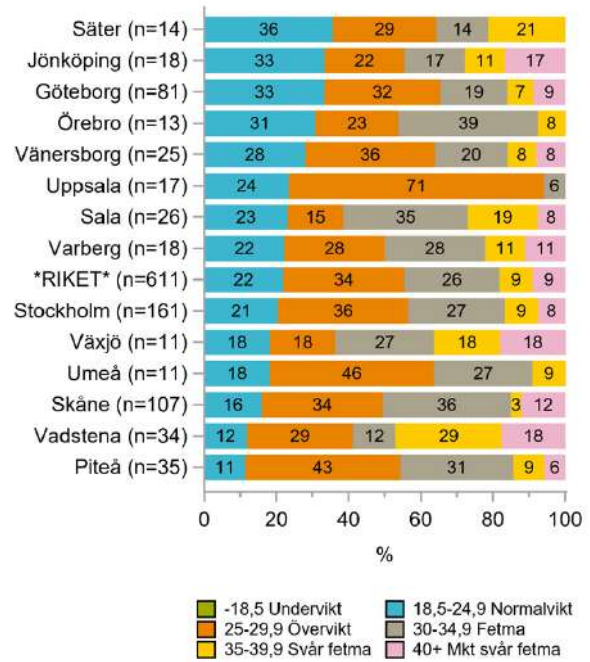


Body Mass Index (BMI)

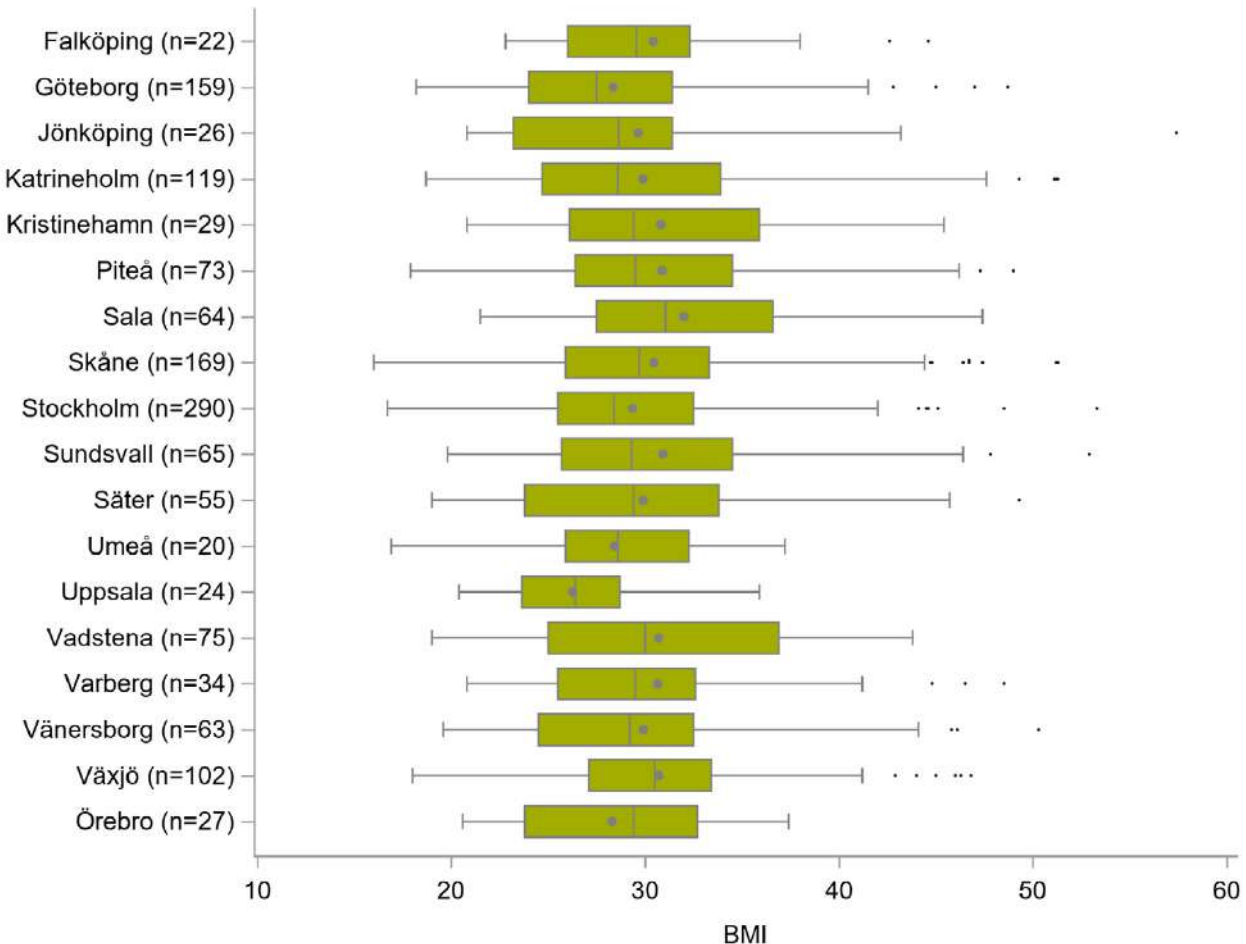
Figur 95. Andel patienter i respektive BMI kategori, slutenvård.



Figur 96. Andel patienter i respektive BMI kategori, öppenvård.

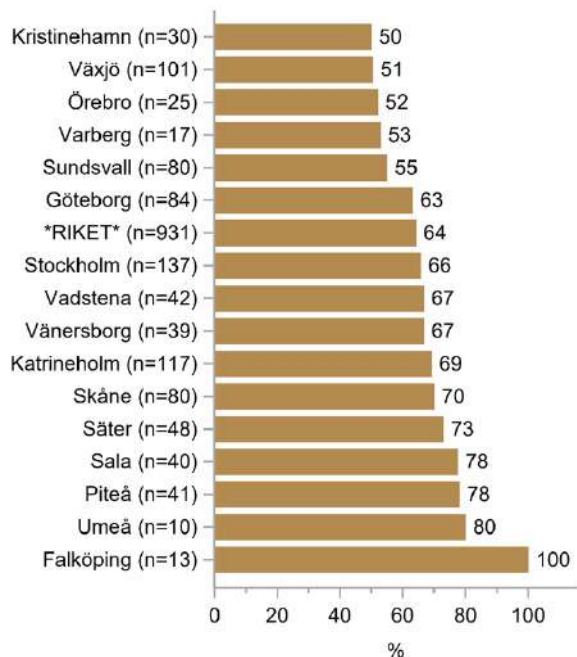


Figur 97. Spridning, BMI i patientgruppen, sluten- och öppenvård.

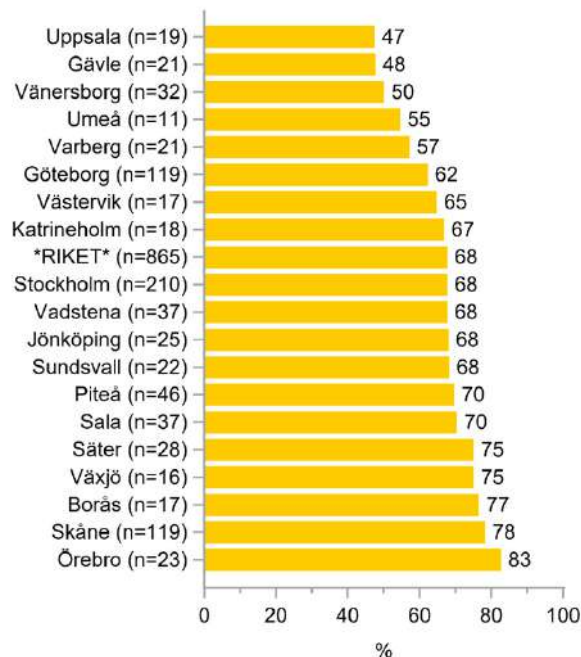


Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

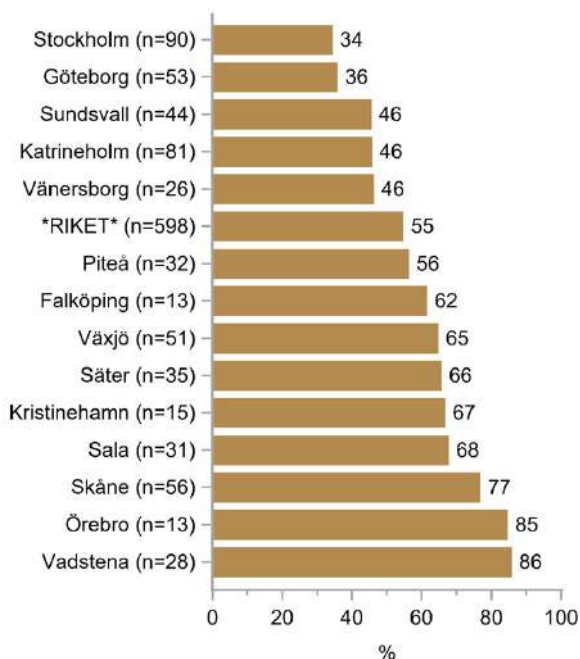
Figur 98. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



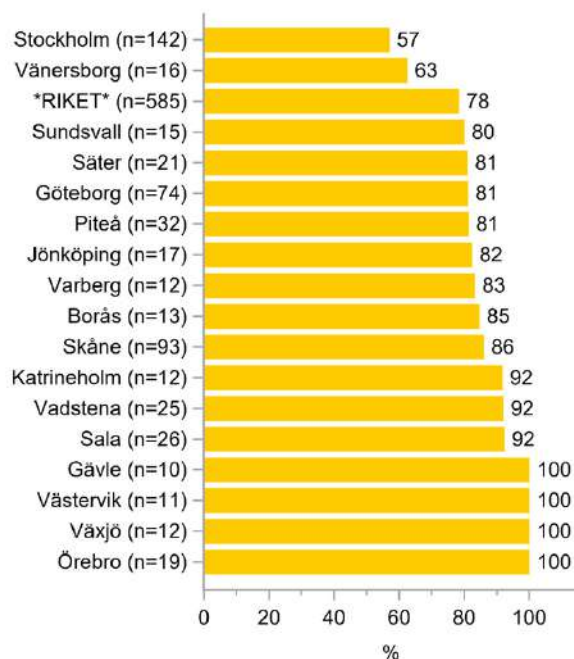
Figur 99. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



Figur 100. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, slutenvård.

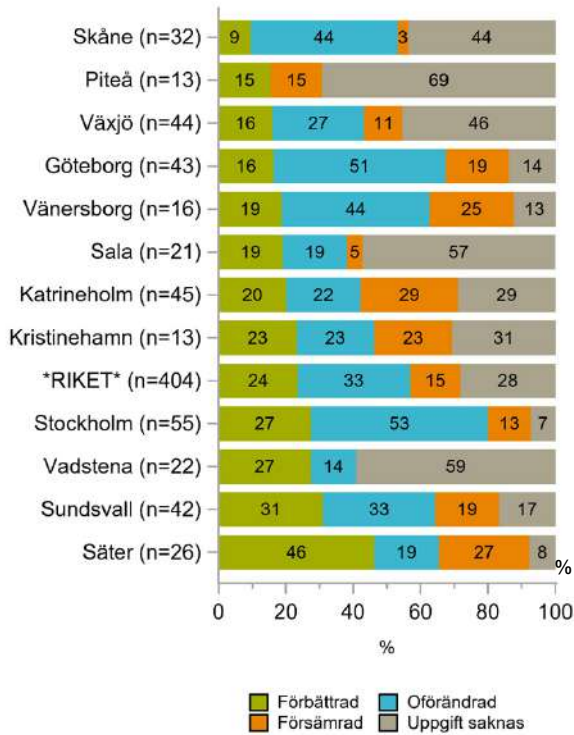


Figur 101. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, öppenvård.

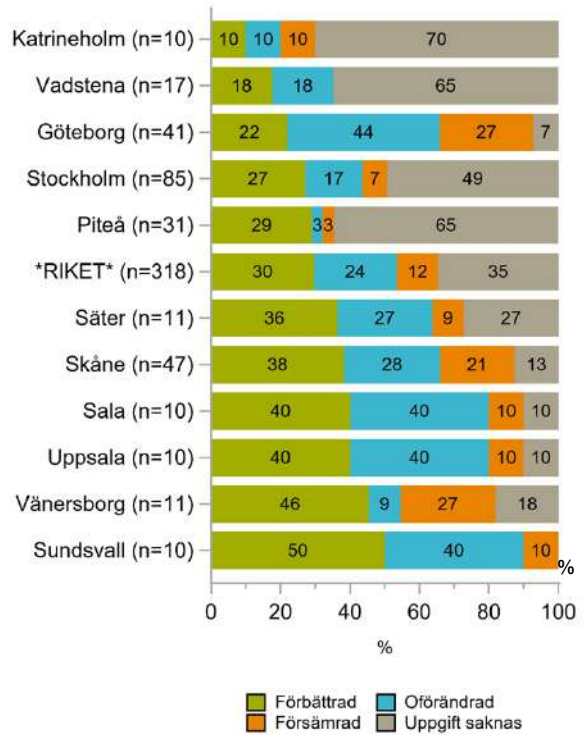


Skuldsituation

Figur 102. Förändring av skuldsituation, slutenvård.



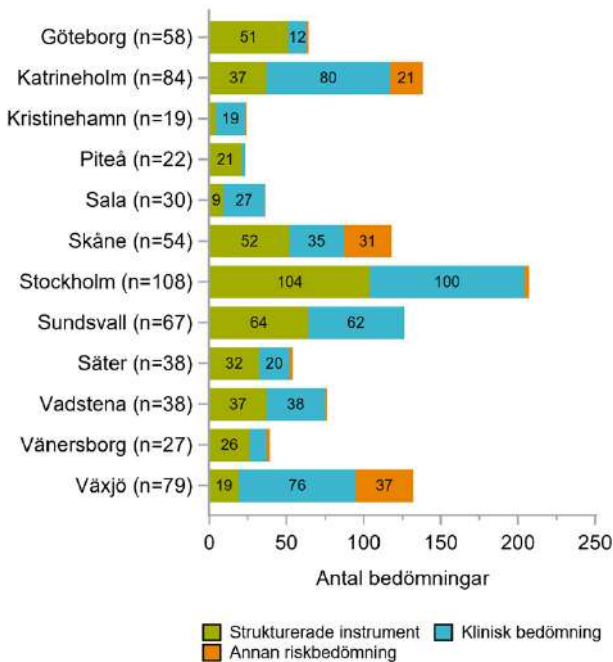
Figur 103. Förändring av skuldsituation, öppenvård.



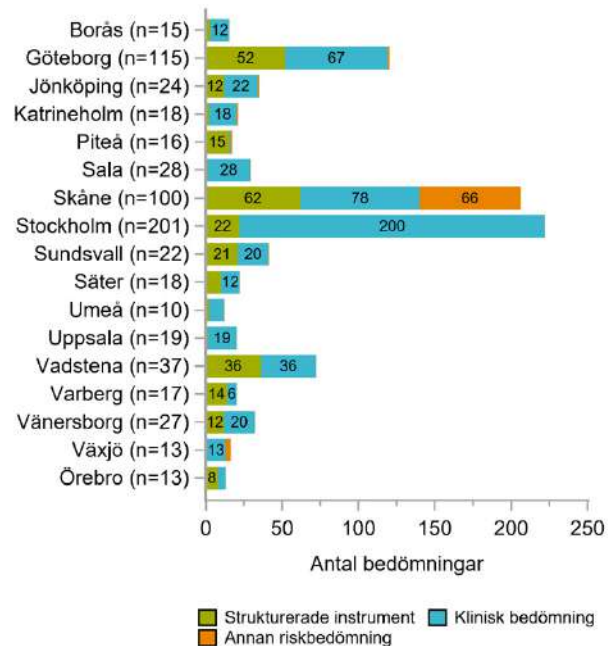
Genomförd riskbedömning

För samma patient kan man ha registrerat mer än en metod. Strukturerade instrument som avses är; HCR-20, SARA, SVR 20, START, BVC samt olika versioner av PCL.

Figur 104. Använda riskbedömningsmetoder, slutenvård.*



Figur 105. Använda riskbedömningsmetoder, öppenvård.*



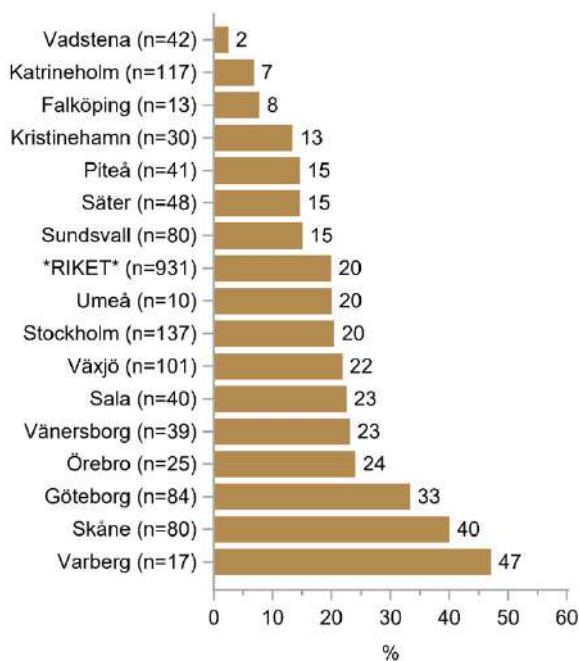
* n=antal patienter med genomförd riskbedömning

* n=antal patienter med genomförd riskbedömning

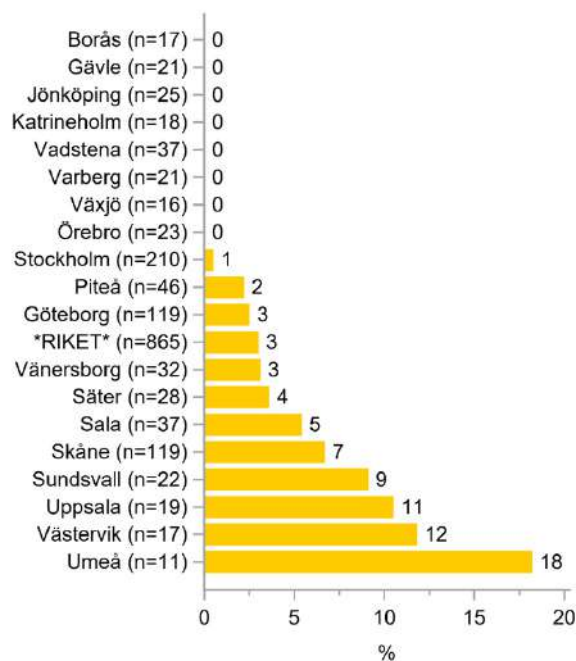
Samverkan och samverkansbehov

Aktörer som avses är kommunala vårdgivare/socialtjänst/LSS-verksamhet, psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård, vårdgivare inom sjukvård, behandlingshem/boende, kriminalvård, anhöriga, socialt nätverk eller annan myndighet. Det är eftersträvansvärt att ha ett lågt värde.

Figur 106. Andel patienter där samverkanbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **slutenvård**.



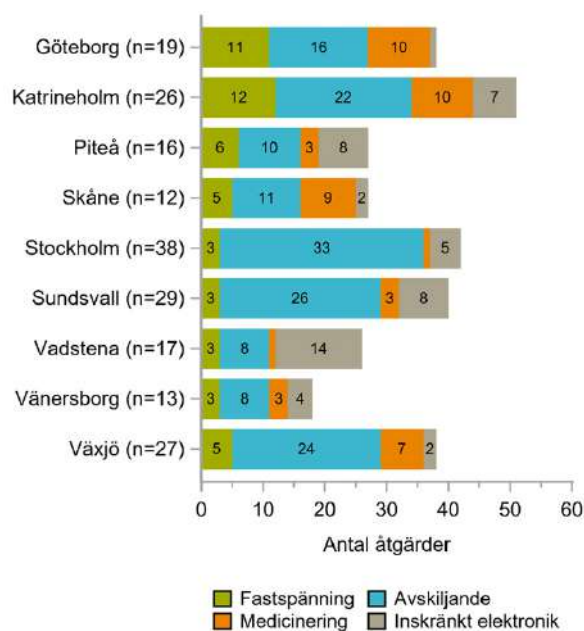
Figur 107. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **öppenvård**.



Tvångsåtgärder

Samma patient (i slutenvård) kan ha varit föremål för en eller flera tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19-20 §§.

Figur 108. Fördelning av tvångsåtgärder per verksamhet*.

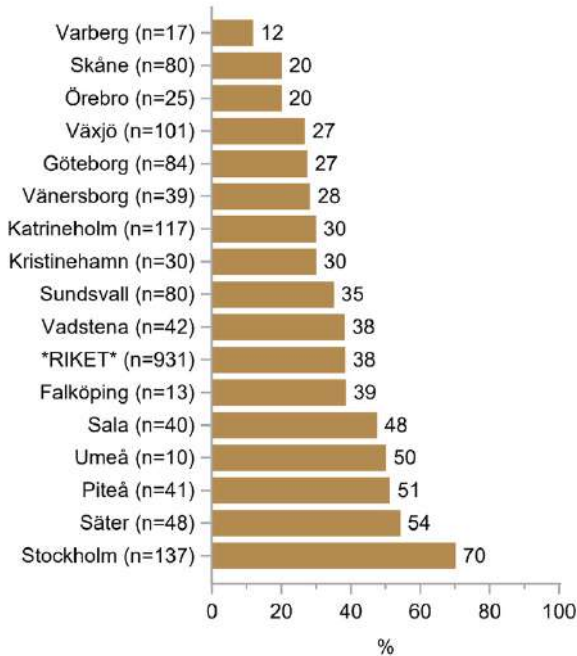


* n=antal patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd

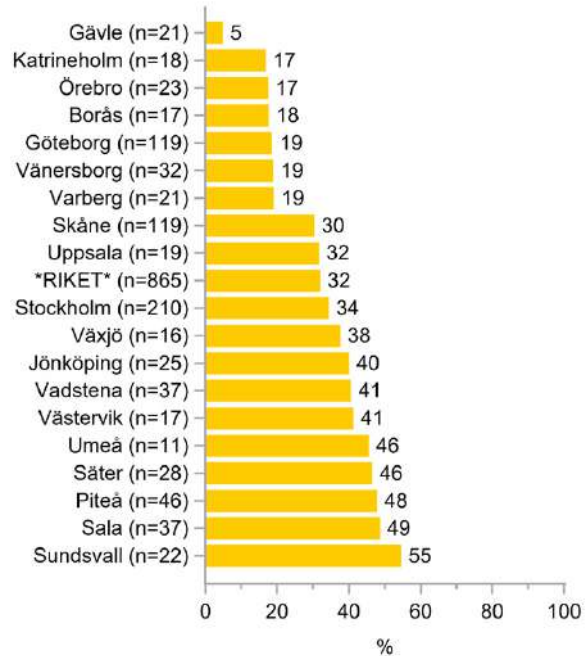
Stödperson

Enligt 26 § LRV har patienten rätt till stödperson som utses av Patientnämnden.

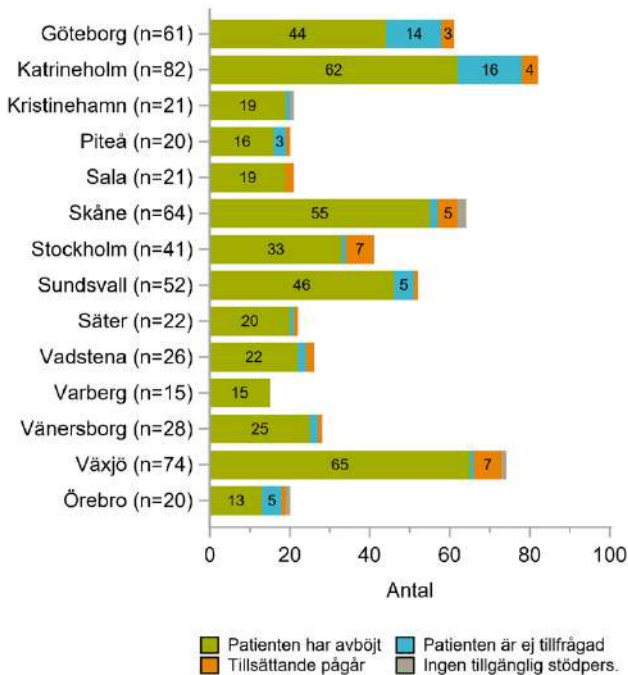
Figur 109. Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



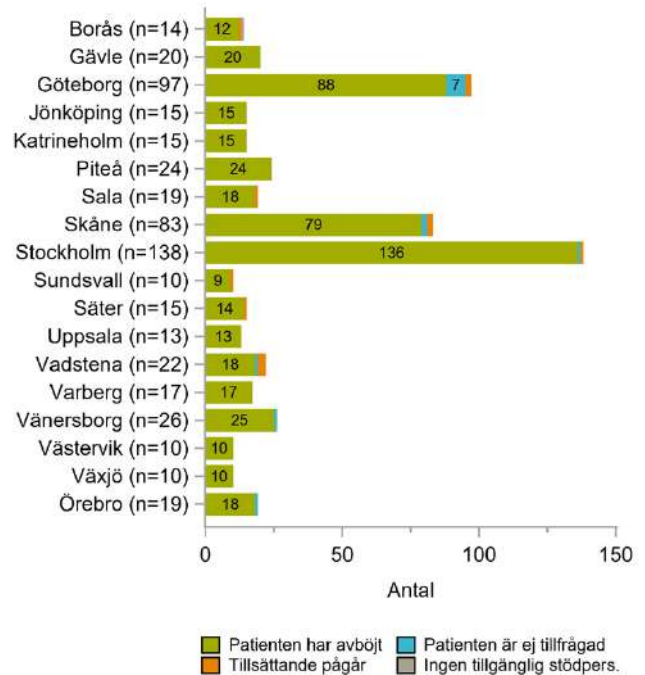
Figur 110. Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



Figur 111. Orsak till att stödperson inte utsetts, slutenvård.



Figur 112. Orsak till att stödperson inte utsetts, öppenvård.



Verksamhetscheferna reflekterar

Genom kansliet för Nationella kvalitetsregister har alla kvalitetsregister i år erhållit information om att registrens årsrapporter ska ge en bild av i vilken grad och på vilket sätt registret faktiskt nyttjas av de kliniker som registrerar. Analysgruppen tycker det är i linje med tidigare reflektioner och beskrivningar av verksamheternas användning av RättsspsyK, som redovisats i de två senaste årsrapporterna.

Registerhållarna har därför fortsatt bett respektive verksamhetschef reflektera kring utvecklingen för några indikatorer, samt nämna exempel på hur RättsspsyK och årsrapporten används i verksamheten.

REFLEKTION RÄTTSPSYKIATRISKA REGIONKLINIKEN I VÄXJÖ

Årsrapporten har en fin ansats att försöka beskriva den rättspsykiatriska populationen och dess hälsosituation med bland annat psykiatrisk symtombild och upplevd hälsa. RPK Växjö använder sig av detta för att beskriva vår patientgrupp men även för att då och då göra "enklare omvärldsanalys". Årsrapporten kan ses som en inspirationskälla till våra olika förbättringsarbeten men också till hjälp när vi utarbetar vårdprogram. Vi saknar dock viktiga delar så som exv. "meningsfull vardag, psykosociala behandlingsinsatser typ ESL och IMR". Flera av våra patienter lider av schizofreni där en viktigt vårdinsats är just omvårdnad och dessa insatser beskrivs inte alls. Det kartläggningsinstrument vi använder för riskbedömning bas, V-risk, skulle med fördel kunna omnämnas.

En av de fortsatt viktigaste rollerna distriktsläkarmottagningen på kliniken har är att arbeta proaktivt med just hälsofrämjande vanor då tidigare visat att allvarlig psykisk sjukdom ökar risken hjärt-, kärlsjukdom med i slutändan förkortad livslängd hos denna patientgrupp. Under 2019 har arbetet med systematiskt hälsoförebyggande arbete fortsatt med att inventera patienters riskfyllda levnadsvanor och systematiskt erbjudit dessa patienter samtal och hälsoundersökning. Gemensamma föreläsningar med frågestund har genomförts på samtliga avdelningar för personal och patienter för att informera kring och motivera till levnadsvaneförändringar.

Målet för detta arbete är att bygga ett bra klimat och samtal kring enkla åtgärder i vardagen som förbättrar hälsan och minskar risken för insjuknande i hjärt-, kärlsjukdom.

På mottagningen genomförs diabeteskontroller, hypertontkontroller, kirurgiska bedömningar, ortopediska bedömningar, sköldkörtelrubbningar, preventivmedelsrådgivning, astma- och KOL-kontroll.

Under året 2019 fram till vecka 48 har distriktsläkarmottagningen tagit emot totalt 220 patienter. Arbetet på distriktsläkarmottagningen har skett i form av remissinflöde från rättspsykiatriker. I arbetsuppgifterna har ingått allmänmedicinska somatiska bedömningar på konsultbasis med rekommendationer till behandling enligt rutin för distriktsläkarmottagningen.

Området sexuell hälsa, som en del i livskvalitetsområdet, borde omnämnas. RPK Växjö's fortsatta arbete rörande detta löper på enligt plan.

Klinikens Forskningsenhet har använt årsrapporten som underlag för utbildningar om rättspsykiatri, som underlag för att beräkna patientunderlag för forskningsstudier, som referens i forskningsstudier både vid ansökan om medel, men också vid publicering av vetenskapliga manuskript. Däremot använder inte vår forskningsenhet själva registret till något

Tina Fogelklou
Verksamhetsområdeschef
Rättspsykiatriska regionkliniken Växjö

REFLEKTION SUNDSVALL, RÄTTSPSYK 2018

Kvalitetsregister, och framför allt kvalitetsregister med så hög täckning som RättsspsyK, ger en viktig överblick över hur verkligheten ser ut i Sverige. Detta är kunskap som är viktig, och som rätt använd kan ge verksamheter möjligheter att identifiera områden som är välfungerande, likväl som områden med förbättringspotential. RPK Sundsvall prioriterar sådan kunskap högt, och har dessutom medarbetare som använder sig av RättsspsyK:s registerdata i sin forskning. Detta visar hur kvalitetsregisterdata är viktigt på flera olika sätt – både genom att kunna tolkas direkt genom årsrapporterna och genom att, på längre sikt, bidra till forskning som kan bidra till djupare förståelse för och utveckling av den svenska rättspsykiatri. Ständig utveckling är helt nödvändig för att rättspsykiatri ska kunna utföra sitt uppdrag enligt de evidensprövade metoder som finns.

RPK Sundsvall har under de senaste åren jobbat hårt för att tydliggöra vårdprocessen, bland annat genom att skapa visuellt tydliga flödesscheman och genom att implementera nya rutiner för hur ett vårdförlopp bör se ut när en ny patient kommer till kliniken. Den första utvärderingen visar försiktigt positiva resultat, och förhoppningen är att tydligare processer på sikt även ska leda till effektivare vårdförlopp där behov av olika sorters utredningar identifieras och utförs i tid, vilket sedan underlättar samverkan med olika aktörer i utslussningsprocessen. Det är dock viktigt att påpeka att effektivitet i rättspsykiatriska vårdförlopp inte i alla fall innebär att vårdtiden ska vara så kort som möjligt, då rättspsykiatri måste prioritera att ge god patientcentrerad vård såväl som att i så hög utsträckning som möjligt förhindra återfall i brott, både under vårdtiden och efter dess slut.

Bengt Eriksson
Stf. Verksamhetschef
Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall

REFLEKTION FRÅN VERKSAMHETSCHEF RPK SÄTER

På kliniken använder vi RättsspsyKs årsrapport som en del i vårt utvecklingsarbete. Vi har sett i rapporten att vi behöver arbeta mer intensivt med psykisk och fysisk hälsa och BMI. Vi har anställt rehabassistenter som har utvecklat innehållet i den vård som rör fysisk aktivitet. Numera har vi både träningsgrupper, promenadgrupper och olika andra grupper riktade mot fysisk hälsa. Som ett komplement till detta har arbetsterapeuterna arbetat med kost- och matlagning och tanken är att vidareutveckla detta med mer riktade grupper och insatser kring kost. Vi hoppas att detta ska kunna ha en positiv effekt.

Samtliga avdelningar förutom intagningsavdelningen arbetar numera med IMR – Illness Management Recovery, ett psykopedagogiskt behandlingsprogram som Socialstyrelsen rekommenderar i sina riktlinjer för schizofreni och schizofreniliktade tillstånd. Tanken är att också att detta ska ha effekt på den psykiska hälsan. Alla patienter ska också ha strukturerade enskilda samtal kring sin diagnos och var det innebär specifikt för just den personen.

Återfall i brottslig gärning under vårdtiden

Under de senaste två åren har vi arbetat med mer vård- och behandlingsinnehåll och även riktat in oss mer konkret mot brottlighet. Vi har infört ett manualbaserat material; Brottskartläggning, där omvårdnadspersonal tillsammans med patienten kartlägger bland annat kring brottet, inställning till brottet och hur omständigheterna kring hur brottet uppkom. Detta har medfört att omvårdnadspersonal har tillförskaffat sig mer kunskaper kring hur patienterna ser på sitt brott och på vilket sätt man också kan undvika att situationen uppstår igen. Vi arbetar också intensivt med missbruksvård, både i grupp och enskilt.

Camilla Sömsk
Verksamhetschef
Rättspsykiatriska kliniken Säter

REFLEKTIONER FRÅN RPE UPPSALA

Utveckling på indikatorer

Självskattad psykisk hälsa

Vi konstaterar med glädje att andelen patienter som själva skattar sin psykiska hälsa som 75 av 100 eller mer, stadigt har blivit större på Rättspsykiatriska Enheten (RPE) i Uppsala sedan 2014. Såväl 2016 som 2018 uppnådde vi RättspsyK:s måltal på denna kvalitetsindikator, och per Årsrapport 2018 noterar vi att andelen överstiger hela 80 %. Vi är väl medvetna om att det kan finnas slumpmässiga variationer i uppgifter, men vill också tro att ett allt bredare behandlingsutbud på enheten, med allt fler typer av psykoedukation i gruppformat liksom ett målmedvetet arbete för att motverka passivitet under heldygnsvårdstiden, bidragit till utvecklingen.

Medianvårdtid

En trend som pågått under flera års tid är mot allt längre medianvårdtider. Trenden gäller för såväl Uppsala som riket som helhet. Vi vet inte vilken eller vilka orsaker som ligger bakom utvecklingen, men har börjat uppmärksamma trenden som något som motiverar eftertanke. Kan utvecklingen förklaras med förändringar i vilka individer som överlämnas till vård, med förändringar i behandling, i praxis för hur det rättspsykiatriska vårduppdraget tolkas, eller annat? Klart är under alla omständigheter att vi inte hade noterat trenden om det inte vore för uppgifter från RättspsyK.

Praktisk användning av kvalitetsregistret i verksamheten

Det har sedan en tid stått klart att RPE Uppsala inte kan fortsätta bedriva vården i befintliga lokaler och att en förändring behöver ske under de närmaste åren. I arbetet med att planera för hur framtidens vård ska organiseras har ett stort antal studiebesök från politiker och tjänstemän genomförts på enheten. Vid dessa möten har uppgifter om rättspsykiatrisk vård nationellt och på lokal nivå här i Uppsala presenterats. Uppgifterna har gjort det möjligt att beskriva rättspsykiatrisk vård, patientgruppen och andra aspekter på ett vederhäftigt sätt. Den mycket goda täckningsgraden i RättspsyK (86 % på patientnivå i Årsrapport 2018) ger naturligtvis tyngd åt uppgifterna, och det har varit tacksamt att snabbt kunna svara på olika frågor som uppkommer om vårdtider, psykiatrisk sjukdomsbild, typ av brottslighet m.m.

Åsa Antonsen, Lena Wetterborg, Thomas Mäkinen, Veronica Zanzi och David Johansson, registrerare vid RPE Uppsala, på delegation från sektionschef.



Rapporten kan, som del i övrig kartläggning, ligga till grund för reflektion och analys av vår verksamhet. Ett samlat dataregister ger transparens samt möjlighet till jämförelse.

Robert Rydbeck, Verksamhetschef Skåne

REFLEXIONER KRING RÄTTSPSYK:S ÅRSRAPPORT 2018

Patienternas självskattningar

När det gäller parametrarna självskattad livskvalitet och psykisk hälsa skattar patienterna sig högt. Dessa värden är väldigt viktiga att följa framöver och även analysera orsaken till. När det gäller självskattad fysisk hälsa i slutenvård finns mer att önska.

Vårdprocessen

De senaste två åren har verksamheten haft fullt fokus på Vårdprocessen - innehållet i den rättspsykiatriska vården. Vi försöker åstadkomma en förutsägbar vård för patienterna och en god arbetsmiljö för vår personal.

Ett av våra interna mål är att tidigarelägga funktions- och riskbedömningar för att använda dessa mer aktivt under slutenvården.

Vi har inte haft möjlighet med att även fokusera på kvalitetsregistret RättspsyK, trots att det finns mycket att både hämta och analysera. Förhoppningsvis ska vi i större utsträckning använda oss av resultaten i verksamheten och följa utvecklingen.

2019-12-03

Pernilla Nordkvist

Verksamhetschef

Psykiatrin Läns gemensamt Öjebyn

REFLEKTION VÄSTERVIK

Vi läser och tar del av rapporten. Vi använder resultaten från rapporten för adekvata jämförelser med övriga enheter. I Västervik har vi en liten rättspsykiatrisk enhet och vi finns därför inte med i många av de tabeller som redovisas. Utifrån resultaten för 2018 har vi inte hittat några specifika områden att prioritera men höga BMI värden är något vi tar på allvar och kontinuerligt arbetar med. Det sker företrädesvis genom motiverande samtal, anpassning av sjukhuskost, ökad rörlighet och när så är möjligt även justering av mediciner.

Med vänlig hälsning

CHRISTIAN JANSSON

Verksamhetschef

Vuxenpsykiatri norr, Rättspsykiatrin

REFLEKTIONER OCH BESKRIVNING AV HUR RÄTTSPSYKIATRIN I JÖNKÖPING ANVÄNDER SIG AV KVALITETSREGISTRET OCH ÅRSRAPPORTEN

Reflektion

Årsrapporten används som en naturlig del i arbetet inom Rättspsykiatri i Jönköping. Vi använder rapporten när rättspsykiatri presenteras för samarbetspartners, nyanställda och för andra enheter på den egna kliniken. Information från kvalitetsregistret presenteras och diskuteras på arbetsplatsträffar där samtliga medarbetare är med. Kvalitetsregistret och årsrapporten ökar förutsättningarna för en bättre vård då det finns siffror på resultat och möjlighet att jämföra dessa från år till år. Vi inspireras av olika förbättringsarbete som utförs på andra enheter i landet och genom kvalitetsregistret får vi en mycket bra sammanställning av rättspsykiatri i Sverige! ett underlag för trygg och fungerande utslussning.

Hur använder vi årsrapporten?

Utifrån rapporterna har rättspsykiatri i Jönköping identifierat några förbättringsområden som vi arbetar mer aktivt med. Dessa är BMI, ekonomi samt patienternas livskvalitet. Ett område som vi också tittar extra på är vårdtiderna där Jönköping utmärker sig i landet genom att ha längre medelvårdtid än övriga regioner.

BMI

Jönköping arbetar aktivt med att förebygga metabolt syndrom hos våra patienter. De senaste åren har vi bytt ut eftermiddagsfikan mot frukt. Vi har regelbundna träffar med centralköket för att diskutera den mat patienterna serveras. En friskvårdsgrupp har etablerats. I patienternas gym ligger fokus på kondition i stället för att bygga muskler. Personalen arbetar aktivt med att motivera till vardagsmotion. Till vår enhet finns sedan ett tag tillbaka en dietist knuten. Hon bidrar i patientarbetet med sin unika kompetens. Vi erbjuder yogainspirerade avslappningsövningar till patienterna varje vecka. Det är en uppskattad aktivitet med högt deltagande.

Ekonomi

Kartläggning tillsammans med kurator av patienternas ekonomiska situation. Vi erbjuder även en ekonomiskola för samtliga patienter i slutenvården. I den ingår det bland annat att göra en budget samt information om vad en god man eller förvaltare innebär och vilken hjälp patienterna kan få av dessa personer. I ett tidigt skede försöker vi aktualisera god man eller förvaltare till de patienter som är i behov av detta.

Ökad livskvalitet

Det hålls patientmöte en gång per månad där vårdenhetschef och biträdande vårdenhetschef deltar. Vi anser att det ökar gemenskapen på enheten och patienterna får en möjlighet att lyfta frågor som är viktiga för dem. Vi kommer att göra en utvärdering för att efterhöra vad våra patienter tycker om detta forum och inhämta idéer för att öka patienterna delaktighet i sin vård. Patienterna får regelbundet information om stödperson och vad denne kan bidra med för den enskilde. Vi håller också på med en enkätundersökning i den rättspsykiatriska öppenvården för att efterhöra våra patienters synpunkter på vården.

Långa vårdtider

Ett område som är identifierat utifrån kvalitetsregistret är att rättspsykiatri i Jönköping har långa vårdtider. Orsakerna till detta kan vara flera och nu har ett utredningsarbete inletts för att försöka förstå varför det förhåller sig så. Man kommer från Region Jönköpings läns FoU-enhet titta specifikt på varför Jönköping utmärker sig i statistiken jämfört med övriga regioner inom rättspsykiatri i Sverige.

Mats Gynnerstedt
Linda Holm
Staffan Hjelm
Ulrika Wendel Hagstedt

REFLEKTION FRÅN RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

Arbetet med registret har rullat på under året och mitt intryck är att vi allt oftare använder registret som en utgångspunkt när vi diskuterar olika frågor inom kliniken. Det är ofta bra att kunna hämta fakta från registret och att få hjälp när vi funderar på olika åtgärder eller förändringar i klinikerarbetet.

Under året har vi inte haft något specifikt utvecklingsprojekt som utgått från registerdata men delar av registret används då olika arbetsgrupper inom kliniken behöver bakgrund till aspekter av vården man vill utveckla eller arbeta vidare med.

Ett samlat intryck är att registrets årsrapport allt oftare kommer till användning när man i olika sammanhang informerar om rättspsykiatri. Vi har stor nytta av olika sammanställningar som görs i årsrapporten och använder ofta dessa i olika presentationsmaterial som vi sammanställer. Årsrapporten har blivit bättre och mer användbar för varje år. All heder åt analysgruppen som tar fram detta material, användbart, översiktligt och intresseväckande.

De nationella möten som anordnas av registret är välbesökta och för med sig nytta för kliniken, registerarna får möjlighet att träffa kollegor från andra kliniker och kunskaperna om svensk rättspsykiatri ökar i medarbetargruppen. Dessutom blir registerarna och andra som är inblandade i registerarbetet uppdaterade om förändringar som pågår eller planeras.

Det arbete som nu pågår både på central och regional nivå med den nya kunskapsorganisationen är fortfarande något otydlig för rättspsykiatri åtminstone för oss i vår region. Man har kommit lite olika långt i olika delar av landet men alla diskussioner och det som händer inom detta fält kommer att få stor betydelse även för rättspsykiatri och därmed för registret.

Under året har arbetet för min del med registret varit omfattande framförallt gällande frågor rörande registerhållare och ledningen av registret. Jag är inte längre registerhållare och många års arbete tillsammans med Camilla Skåån och styrgruppen är slut. Det har varit väldigt roligt att delta i registrets utveckling, roligt och stimulerande att få samarbete med så många bra och duktiga personer runt om i landet. Jag passar här på att tacka alla som jag haft nöjet att samarbeta med under årens lopp och samtidigt önska Magnus Kristiansson lycka till som ny registerhållare. Mitt deltagande som vanlig medlem i styrgruppen kommer att fortsätta så jag får fortsätta att ta del av registerarbetet.

Kaj Forslund
Verksamhetschef
Rättspsykiatri Vård Stockholm

REFLEKTIONER FRÅN ÖREBRO

Data från kvalitetsregistret har hittills främst använts för att jämföra verksamheten från år till år samt med övriga riket. Större förändringar i tid eller vid nationell jämförelse ger naturligtvis upphov till analys, reflektion och ibland frågor från omvärlden vilket är nyttigt för verksamheten. Rättspsykiatri i Örebro har under 2019 återigen blivit ett eget verksamhetsområde, syftet med denna förändring är främst att förbättra möjligheterna till att fortsatt utveckling av den rättspsykiatriska vården i Örebro. I detta utvecklingsarbete kommer data från kvalitetsregistret vara till stor nytta för effektuppföljningen. Ser vi till årsrapporten för 2018 finns både positiva och negativa trender för Örebros del vilket också ger oss en fingervisning om vilka områden vi fortsatt behöver utveckla. Ett exempel som vi har fokus på just nu är arbetet kring levnadsvanor där vi på sikt hoppas se genomslag i de självskattningsar som ingår i RättspsyK.

Jimmy Björkman
Verksamhetschef
Rättspsykiatri
Region Örebro län

Registerhållarna reflekterar

Året har varit intensivt då Camilla och Kaj vid styrgruppsmöte i januari nämnde sina önskemål om att avsluta sina perioder som registerhållare efter 6 spännande men intensiva år.

Under våren och sommaren togs förslag på ny registerhållare fram tillsammans med CPUA:s representant, vilket resulterade i att Magnus Kristiansson från Rättspsykiatri Vård Stockholm övertog registerhållaruppdraget från och med oktober 2019.

Under mars månad blev arbetet med 2018 års rapport klart och årsrapporten levererades till verksamheterna i början av april.

Under april månad publicerade även Brottsförebyggande rådet (Brå) Kortanalys 2/2019 Brott som begås under rättspsykiatrisk vård, där RättspsyK bidragit med dataunderlag. Då registret fick en inbjudan att delta vid forskarseminarium i augusti, samt skulle delta vid RMV:s 13th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry, startade under våren arbetet med att ta fram informationsmaterial om registret både på svenska och engelska.

Informationsmaterialet finns även tillgängligt på registrets hemsida rattpsyk.registercentrum.se Deltagandet vid symposiet och vid andra tillfällen där representanter från registret visat registerdata i syfte att marknadsföra RättspsyK upplever vi som positivt och har resulterat i ökade frågor till registret från både forskare och verksamheter.

I oktober påbörjades arbetet med 2019 års rapport och vid höstens nationella möte deltog Andreas Söderberg från CELAM som

berättade om sin forskning kring patientdelaktighet. Även Tomas Nilsson från CELAM deltog och presenterade delar av sin forskning.

Parallellt med övrigt arbete har registrets analysgrupp tillsammans med Registercentrum Norr där RättspsyK:s INCA-plattform drivs arbetat med framtagandet av Shiny-rapporter för öppen visning på hemsidan där registrets fyra måltal visas för respektive verksamhet jämfört med riket, vilket sedan flertalet år funnits tillgängligt bakom inloggning men nu görs lättare tillgängliga.

De övergripande frågor som var aktuella under 2018 har fortsatt att vara i fokus så som de Nationella programområdena och den därtill kopplade nya organisationen för ledning och styrning av kunskapsutveckling. För registret är fortfarande många av dessa frågor oklara men vi deltar i olika möten där dessa frågor behandlas ofta i samverkan med övriga psykiatriska kvalitetsregister.

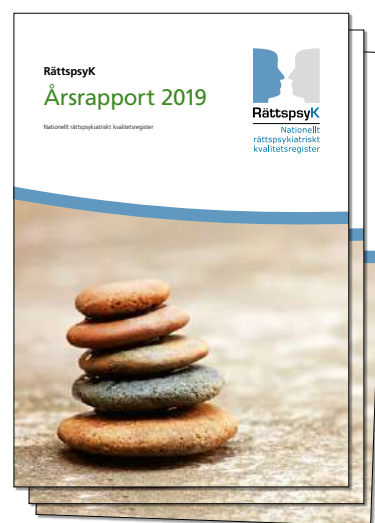
Samarbetet med de övriga psykiatriska kvalitetsregistren har ökat och det finns ett stort intresse inom SKR:s Nätverk för ledning och styrning av de psykiatriska kvalitetsregistren. En ny nationell samordnare har utsetts av Nätverket och denna har pågående kontakter med ledningen för de psykiatriska registren och ordnar också återkommande möten där gemensamma frågor lyfts och diskuteras samt information till Nätverket ges.

Vi fortsätter att arbeta intensivt för att behålla den höga täckningsgrad vi har när det gäller antal deltagande verksamheter och varje verksamhet har också ett viktigt arbete att göra för att säkra hög täckningsgrad internt.

De två årliga nationella mötena som pågått sedan starten av registret har lagt grund för bra samarbete med verksamheterna och även resulterat i många kontakter mellan de olika verksamheterna i landet.

Vår ambition är att fortsätta utveckla årsrapporten som vi nu tycker håller hög kvalitet och förhoppningsvis ger underlag för verksamheterna att arbeta med utvecklingsfrågor.

Magnus Kristiansson
Camilla Skåån
Kaj Forslund



Forskning och validering

Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmanar till att registret används för forskning. Framtagna rutiner kring data-uttag kan erhållas av styrgruppen och på hemsidan rattpsyk.registercentrum.se. Forskare uppmanas tidigt ta kontakt med registerhållare och styrgruppen för diskussion om det går att använda registrets data för det man har tänkt sig samt få vetskap om motsvarande projekt med registrets data pågår någon annanstans i landet. Genom tidigt samarbete med styrgruppen ges möjlighet att få god kännedom om registrets styrkor samt utmaningar. Felaktiga analyser kan då undvikas samt underlätta ansökan om tillstånd för att bedriva forskning hos Etikprövningsmyndigheten.

Validering

Kvalitetsregistret RättspsyK är tänkt att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning och syftet med validering är att möjliggöra att de inmatade uppgifterna är så kompletta och korrekta som möjligt. I registret sker validering kontinuerligt i olika forum.

Besök av verksamheter för validering av källdata startade år 2012. Två handläggare har av styrgruppen fått i uppdrag att med stöd av framtaget instrument genomföra monitorering/validering av samtliga deltagande verksamheter i registret fortlöpande. Sedan hösten 2012 har 21 verksamheter besökts för validering och sedan 2017 har sex verksamheter haft ett uppföljande besök.

Arbetet sker tillsammans med handläggarna som navigerar i patientjournalen och på kvalitetsregistrets plattform samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs. Slumpmässiga val av ett par registreringar, cirka 2 nyregistreringsformulär och cirka 3-4 uppföljningsformulär, vilka man går igenom under besöket tills ingen mer information kommer fram eller ges. Parallellt diskuteras och värderas tolkning av inrapporterade data samt hur man hanterar och funderar över de frågor som valideringen utgår från. Vid behov sker även utbildning. En muntlig återkoppling ges i direkt anslutning till besöket.

En dokumenterad sammanfattning av gjorda fynd görs, liksom beskrivning av arbetsprocessen. Resultatet av valideringen skickas sedan till handläggaren för avstämning och när det är klart skickas detta till både handläggare och verksamhetschef.

Sedan start har registret haft två årliga nationella användarmöten där alla verksamheter bjudits in för att delta. Uppslutningen på dessa möten är mycket god med i snitt 60 deltagare per tillfälle där nästan alla verksamheter är representerade. Under dessa möten ges möjlighet att nå ut med information, diskutera frågor kring indikatorer och få en samsyn kring och/eller kunskap om olikheter. Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 14 verksamheter utspridda över hela landet.

Registret har ett kansli som består av erfarna registrerare som även ingår i registrets styrgrupp. Kansliet hjälper användarna med frågor eller problem som kan uppstå. De vanligaste frågorna som användarna vill ha hjälp med är problem med inloggning, rättning eller komplettering av indata, läkemedel saknas att registrera eller hjälp med att hitta och tolka brottskoder.

Utifrån önskemål och behov som har framkommit vid de nationella användarmötena, styrgruppsmöten och monitorering av källdata har registrets hemsida genomgått en positiv utveckling där användarna nu lättare kan navigera i systemet och ha en bättre överblick över registreringarna och när de ska göras. Till stöd för användarna har instruktionsfilmer om hur man registrerar i RättspsyK tagits fram. Även för indikatorn symtom har en film tagits fram för att underlätta för användarna att bedöma svårighetsgraden av symtom.

För att säkerställa att uppgifter blir så kompletta som möjligt har säkerhetsåtgärder gjorts för att minimera att fel data registreras eller svar saknas vid inmatning av uppgifter på plattformen. Systemet ger användarna en varning om det till exempel saknas ett värde eller indikatorn har angivits med fel format och man har då möjlighet att korrigera.

I de framtagna webb- och pappersformulären har en kontinuerlig utveckling skett gällande förtydligande av indikatorerna med hjälp av förklaringsstexter för att ge användarna stöd i bedömningen inför ifyllandet av svarsalternativen.

Möjliga områden för utvecklingsprojekt

Analysgruppen har tagit fram exempel på möjliga områden och frågeställningar för dig att använda i utvecklings- och utbildningssammanhang. Kontakta gärna registerhållaren för ytterligare diskussion.

Förslag på områden/frågeställningar

Karaktäristika för de patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder

Följsamhet gällande nationella riktlinjer kopplade till diagnosgrupper

Karaktäristika för patienter dömda till LRV med respektive utan SUP

Psykosociala insatser betydelse i utskrivningsprocessen

Karaktäristika utifrån könsperspektiv för valda indikatorer

Finns det samband med tidigt genomförd funktions- och behovskattning och/eller genomförd riskbedömning och vårdtidens längd

Intressenter som efterfrågat data under 2019

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
 - Uppdrag psykisk hälsa
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen
 - Avdelning Data och analys
- Rättspsykiatriska verksamheter
 - Rättspsykiatri Västmanland/Sala
 - Rättspsykiatri Vård Stockholm
 - Rättspsykiatri i Skåne
 - RPV Göteborg
- Forskningsinstitutioner
 - Karolinska institutet KI
 - CELAM
 - Umeå Universitet

Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter

”Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård”, ett nationellt projekt i samverkan med Registercentrum Norr.
Årsrapport 2015

Uppsalapjektet ”Det ska inte handla om tur” som handlade om livskvalitet och BMI.
Årsrapport 2014

”Rätt insatser för patientens bästa” med fokus på BMI, ekonomi och somatisk hälsa.
Årsrapport 2014

Urval av publikationer med referens till Rättpsyk

Degl' Innocenti A., Hassing L.B., Lindqvist A.S., Andersson H., Eriksson L., Hanson F.H... Anckarsäter H. (2013). First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR). *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 231-237. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.013>

Bergqvist, C., Tingberg S. (2016). En fråga med dolda svar - en registerstudie. Magisteruppsats, Trollhättan: Högskolan Väst. Hämtad från: <urn:nbn:se:hv:diva-9411>

Strand S, Holmberg G. (2018). Den rättspsykiatriska vården. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-4411-584-9.

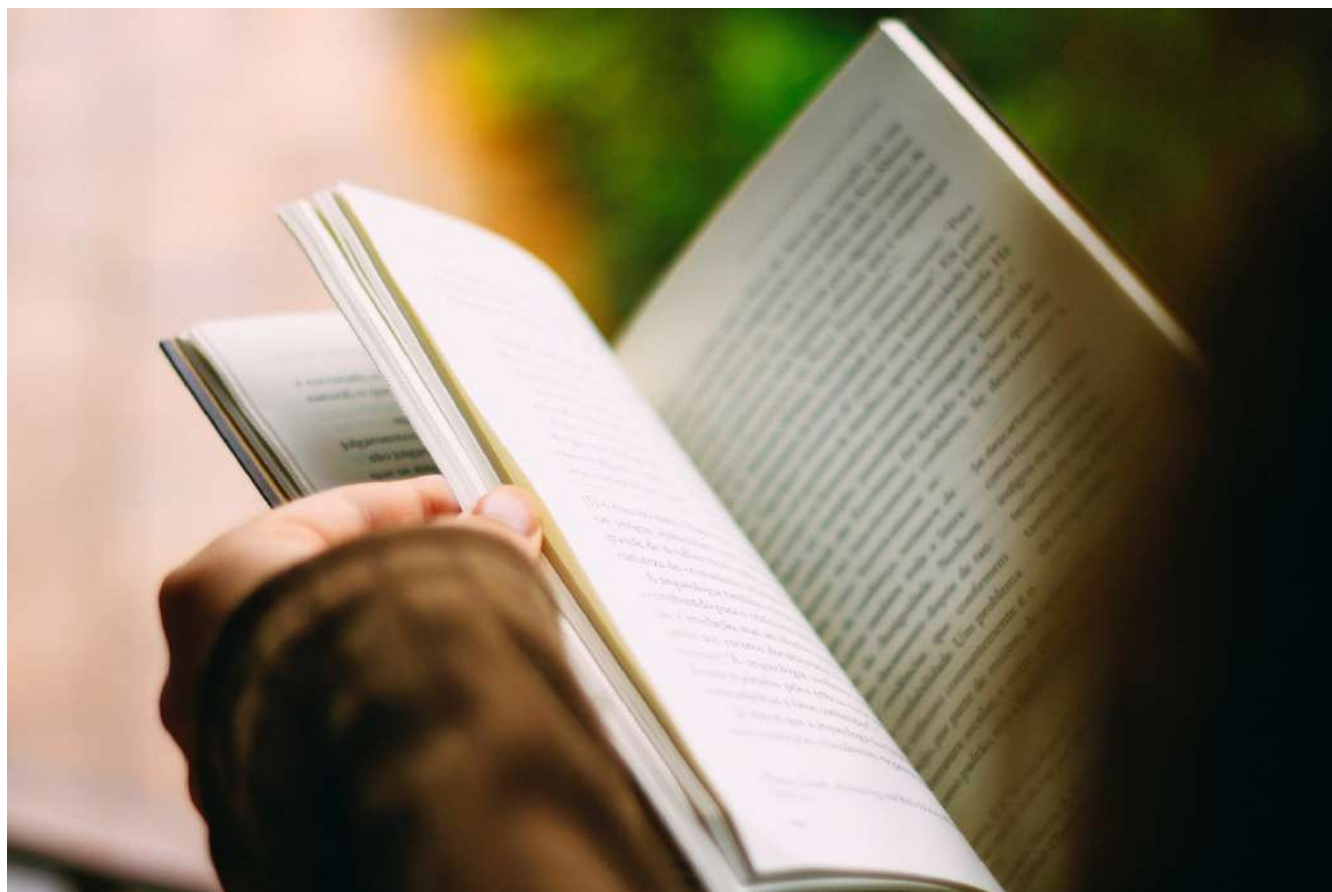
SBU. (2018). Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård: En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (Rapport nr 286). <https://www.sbu.se/286>

SBU. (2018). Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård: Systematiska översikter av effektstudier, patientupplevelser och ekonomiska aspekter, samt en etisk analys. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (Rapport nr 287). <https://www.sbu.se/287>

SKL. (2018). Vårdens innehåll i rättspsykiatri - kartläggning 2017. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Levin, S., Nilsen, P., Bendtsen, P. & Bülow P. (2019). Adherence to planned risk management interventions in Swedish forensic care: What is said and done according to patient records. *International Journal of Law and Psychiatry* 64, p 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.02.003>

Levin, S. (2019). Preventing adverse events in forensic psychiatric care. The challenges of implementing structured risk assessment instruments. Linköping University Medical Dissertations No. 1666, Linköping University, Linköping.



Diskussion

Utifrån nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd följs nu också hälsofrämjande insatser i registret. Detta kompletterar de hittills följda variablerna i registret och ligger också nära det vardagliga kliniska arbetet. Det framgår tydligt i registret att BMI ökar under vårdtiden. Patienternas övervikt är anmärkningsvärd, även om den inte är större än för andra patienter med psykossjukdomar i övrigt. Det förefaller som att rättspsykiatrin, likväl som psykosvården i övrigt behöver utveckla individanpassade hälsofrämjande insatser inom t ex områdena kost, livsstil och aktivitet. Registret behöver, tillsammans med rapportörerna, utveckla inrapporteringsrutinerna för att se vilka faktiska aktiviteter man bistår och stöttar patienterna med avseende på fysiska aktiviteter och kost.

Det förekommer en hög somatisk sjuklighet i diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Framöver behöver man monitorera att alla patienter garanteras hög kvalitet i behandling av dessa kroniska och livspåverkande sjukdomstillstånd. En klinisk reflektion är att hepatit C förekommer hos ett antal patienter. Infektionen bör systematiskt identifieras och behandlas i samverkan med lokal infektionsklinik o/e smittskydds-enhet. Behovet av behandling bör kartläggas. Behandling för hepatit C är avsevärt mindre komplicerat för patienterna med avsevärt mindre av biverkningar jämfört med tidigare behandling. Frågan är av stor nationell och internationell betydelse liksom den framför allt är av oerhörd betydelse för patienterna. Obehandlad hepatit C medför en avsevärd risk för cancer och skrumplever. För de patienter som är inlagda inom slutenvården enligt LRV är det en enkel sak att genomföra i samverkan med närmaste infektionsklinik som står för kontroller, provtagningar och läkemedelskostnader.

Många patienter som inte har noterat psykossjukdom men har trots det antipsykotisk behandling (65 procent). Detta är ett intressant fynd. Handlar det om att psykosymtom har identifierats efter att vården påbörjats eller att det finns en legitim användning av antipsykotikläkemedel på andra indikationer? Brottsförebyggande insatser genomförs i stor omfattning. Det finns ett behov av att systematisera vilka insatser som genomförs för att framöver kunna bedöma deras betydelse och effekter.

I syfte att validera utfallet av vården för vanliga diagnoser i rättspsykiatrin görs jämförelser med andra kvalitetsregister (PsykosR och Bipolär). Detta ger möjlighet för rättspsykiatrin att utöver jämförelser med sig själv över tid också säkra att det inte finns oförklarliga avvikelser gentemot diagnosbaserade kvalitetsregister.

Vid en sådan jämförelse mellan PsykosR och RättspsyK, när det gäller förekomst av somatiska sjukdomar, har en skillnad noterats. Det förefaller som att RättspsyK:s patienter har betydligt mindre av somatiska sjukdomar än PsykosR. Förklaringen till detta vet vi inte, det kan finnas flera. Är det så att patienter i rättspsykiatrin är underdiagnostiserade? Är det så att det i PsykosR finns en skevhet i patientgruppen som ingår i registret? En stor del av patienter med psykossjukdom finns inte med i PsykosR. Är det möjligen de med störst samsjuklighet som finns med?

Vårdtiderna ökar alltmer. Långtidsanalyserna visar på att patienterna har väldigt långa vårdtider i såväl slutenvård som öppen vård. Dels finns hinder för utslussning till öppenvård i form av svårigheter att få en fungerande vårdkedja med andra aktörer. Dels finns indikationer på att patientens symtomtryck utgör hinder för avskrivning av vården. Återfall i brottslig gärning under pågående vård försvårar också möjligheten till avskrivning av vården.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (LRV)

Omfattar 4 kategorier patientgrupper

- den som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning
- den som är anhållna, häktade eller intagna i Kriminalvården
- den som är dömd till sluten ungdomsvård
- den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning

De tre sista grupperna berör endast patienter som är i behov av mestadels kortvarig psykiatrisk vård frivilligt eller med tvång.

Patientgrupp i RättspsyK

Patienter som överlämnats av domstol och med dom som vunnit laga kraft.

Från brott till dom enligt LRV

Om det vid anhållan och häktning blir uppenbart att den misstänkte kan vara psykiskt sjuk kan domstolen begära att en personundersökning görs. Därifrån kan man gå vidare med en rättspsykiatrisk undersökning som vanligtvis görs i två steg.

Först görs en § 7 undersökning av specialist i rättspsykiatri. Denna kallas i äldre och i dagligt tal för en "liten sinnesundersökning". Om ytterligare utredning bedöms nödvändig föreslås en stor undersökning, en rättspsykiatrisk undersökning - en RPU.

Vanligtvis är personen då intagen på en rättspsykiatrisk utredningsenhet under 3 veckor om personen är häktad för en bredare och mer omfattande utredning av ett team bestående av läkare, psykolog, socionom, sjuksköterska och skötare. Utredningen kan också göras om den tilltalade är på fri fot och skall då vara klar på 6 veckor.

Rättspsykiatrisk undersökning får endast genomföras om det föreligger bevis för att den tilltalade är skyldig och då minimistrafet för brottet är fängelse.

Den som lider av en allvarlig psykisk störning – APS får i princip inte dömas till fängelse.

Om brottet har begåtts under **påverkan** av en APS får man med vår nuvarande lagstiftning ta straffrättsligt ansvar för sina handlingar även om man faktiskt inte vet vad man gjort eller kunnat styra över sina handlingar. Internationellt sett är detta mycket ovanligt. Där använder man sig av en tillräknelighetsbedömning -NGRI- not guilty by reason of insanity- vilket innebär att den

psykiska sjukdomen anses förklara orsaken till brottet dvs. **till följd av** den psykiska sjukdomen begicks brottet. Personen döms alltså inte utan överlämnas till vård direkt. Ett sådant förslag lades fram för Sverige i utredningen SOU 2002:3. Psykisk Störning, Brott och Ansvar. Förslaget finns också med i utredningen SOU 2012:17 Psykiatri och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Någon lagändring har ännu inte kommit som en följd av dessa utredningar. Det är alltså inga lätta etiska frågor att hantera.

Den större rättspsykiatriska undersökningen skall till domstolen besvara frågorna

- Förelåg en allvarlig psykisk störning vid gärningen?
- Föreligger dessutom ett vårdbehov vid undersökningen?
- Föreligger det en risk för återfall i allvarlig brottslighet?

Om de två översta rekvisiten gäller så överlämnas man till vård utan särskild utskrivningsprövning. Om alla tre föreligger överlämnas man till vård med särskild utskrivningsprövning.

När RPU är klar och dom har fallit överförs den tilltalade till en vårdinrättning som drivs av sjukvårdshuvudmannen i det landsting (numer region) där personen är folkbokförd. Om personen inte är folkbokförd i Sverige överförs man till den sjukvårdshuvudman där brottet begicks.

Vad är allvarlig psykisk störning (APS)?

APS är ett juridiskt begrepp som infördes i och med lagstiftningen 1991 med två nya lagar - LPT och LRV. LPT står för lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). Socialstyrelsen fick i nya forskrifter förklara vad som menades.

Kort sammanfattat så rör det sig om tillstånd med psykotisk svårighetsgrad oavsett etiologi med något av symtomen förvirring, tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar.

Man skall vid bedömning av det psykiska tillståndets allvar se till såväl art (diagnostisk kategori) som grad (symtomens påverkan på individen och den psykosociala funktionsförmågan).

Enbart demens eller utvecklingsstörning anses ej som APS. Självförråttat rus utgör heller inte en APS.

Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket gjordes 2019 1 300 st. § 7 utredningar och 573 st. stora undersökningar RPU.

Antalet har ökat kraftigt de senare åren. Under årens lopp har det varierat och var i slutet på 90-talet drygt 600 st. Under lång tid har ungefär hälften av utredningarna lett till förslag om rättspsykiatrisk vård men de senaste fem åren har det skett en kraftig ökning till närmare 60 procent.

Utredningarna görs i Stockholm och Göteborg vid RMV's Rättspsykiatriska avdelningar Dessutom görs § 7 undersökningar i Umeå genom ett avtal med staten.

Syftet med den rättspsykiatriska vården är att ge patienten en individuellt formad vård och att minska risken att återfalla i brott av allvarligt slag.

LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning-konsekvenser för vården

LRV utan särskild utskrivningsprövning innebär att enbart vårdbehovet avgör hur länge vården skall pågå. Chefsöverläkaren beslutar om utskrivning dvs. i princip samma regler som för LPT.

LRV med särskild utskrivningsprövning innebär att hänsyn även skall tas till samhällsskyddet. Chefsöverläkaren får inte besluta om frigång, permission eller utskrivning om inte Förvaltningsrätt har gett delegation att fatta dessa beslut. Innan Förvaltningsrätten dömer skall åklagaren i brottmålet ges möjlighet att yttra sig. Om domstolen inte följer åklagarens önskan kan denne överklaga till Kammarrätten. Detta kan även patienten göra men inte chefsöverläkaren.

Under vården sker en regelbunden rättslig prövning i Förvaltningsrätten. Den första efter 4 månades vårdtid och därefter var 6:e månad.

Sedan 1 september 2008 kan slutenvården under vissa förutsättningar övergå till Öppen Rättspsykiatrisk Vård -ÖRV. Prövning sker var 6:e månad i Förvaltningsrätten.

Således kan vårdens företrädare anse att patienten är färdigvårdad i slutenvård och att risken för återfall i allvarlig brottslighet inte föreligger längre men ändå inte kunna skriva ut patienten. Detta blir ett etiskt dilemma för personalen som de tidigare nämnda utredningarnas förslag hade rätt bot på. Det innebär dock inte att alla etiska dilemman hade lösts om lagstiftningen hade ändrats. Det finns nämligen ingen perfekt lagstiftning för denna grupp av patienter.

Fakta om Rättpsyk

Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt vid respektive verksamhet samt registreras på Rättpsyk:s INCA plattform av verksamhetens utsedda handläggare. Vid registreringen, som sker i webbaserade formulär, finns automatiska kontroller samt instruktioner med syfte att minimera felaktig data. Flertalet handläggare väljer att först samla in data via pappersformulär, där instruktioner för hur varje enskild indikator ska besvaras finns beskrivet i hjälptext, för att därefter registrera i webbformulär. Möjlighet att korrigera data i efterhand finns, alla ändringar loggas och sparas.

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport byggs på händelser och vårdinterventioner från 2018/2019 och som registrerats under 2019.

Handläggare i Rättpsyk

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
LRV-enheten Gävleborg	Ulrica Büttner
Piteå Rättpsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättpsykiatri	Sara Larsson
Regionsjukhuset Karsudden	Erik Blomqvist
Regionsjukhuset Karsudden	Espen Dørdal
Regionsjukhuset Karsudden	Fredrik Dahlström
Regionsjukhuset Karsudden	Kristina Boström
Regionsjukhuset Karsudden	Linda Gravem
Regionsjukhuset Karsudden	Susanne Ahlén
Regionsjukhuset Karsudden	Ann-Katrin Andersson
Regionsjukhuset Karsudden	Peter Sköld
Regionsjukhuset Karsudden	Åsa Lundgren
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Lena Wetterborg
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Landstinget Kronoberg	Christel Karlsson
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Indheria Hjærtfors Kyed
RPK Landstinget Kronoberg	Maria Erlandsson
RPK Landstinget Kronoberg	Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Sundsvall	Johanna Rovio
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Klara Brandt
RPK Säter	Sofia Sjors

Verksamhet	Namn
RPK Örebro	Anne Billros
RPK Örebro	Helena Bergström
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson
RPR Vadstena	Therese Andersson
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Henrich Prüssner
RPV Göteborg	Elisabeth Göthesson
RPV Göteborg	Eva Runbom
RPV Göteborg	Johanna Wahll
RPV Göteborg	Julia Norman
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Göteborg	Susanna Enblom
RPV Halland	Johanna Hagström
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Annie Hultman
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri Västmanland	Victoria Andrén
Rättspsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättspsykiatri i Skåne	Emma Andersson
Rättspsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatri i Skåne	Linda Svensson
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Evelina Juujärvi
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Elin Linder
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Helene Höglund
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Jan Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ljubica Medjed
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Malin Källman
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mikaela Tobysdotter
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Robert Harris
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Tuss Gustavsson
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2019

Magnus Kristiansson, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Bitr. Verksamhetschef, Registerhållare

Camilla Skåån, Rättsspsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare

Kaj Forslund, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare

Marianne Ander, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska

Mattias Andersson, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Handläggare

Helena Andreasson, Rättsspsykiatri Skåne, Leg. sjuksköterska

Victoria Andrén, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. psykolog, doktorand Verksamhetsutvecklare

Ulf Björnfot, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef

Jimmy Björkman, Psykiatrisk rehabilitering och rättsspsykiatri, region Örebro, Verksamhetschef

Christina Blom, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

Jörgen Bragner, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Verksamhetschef

Anna-Karin Burman, Piteå rättsspsykiatriska avdelning, Öjebyn, Sekreterare

Jan Cederborg, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

Victoria Dalgård, Rättsspsykiatri Värmland, Verksamhetsutvecklare

Bengt Eriksson, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, stf. Verksamhetschef

Tuiké Hirvenoja, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef

Caroline Millberg, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Administrativ chef

Sofia Sjörs, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter, Klinikassistent

Camilla Sömsk, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef

Peter Tjelander, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. sjuksköterska

Benjamin Wriling, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättsspsyK

Registrets analysgrupp 2019

Inför sammanställningen av årets rapport har styrgruppen utsett en särskild analysgrupp med bred förankring i landet som haft till uppgift att sammanställa de data som presenteras. Analysgruppen har bestått av följande personer:

Magnus Kristiansson, Rättsspsykiatri Vård Stockholm, Leg. sjuksköterska, Bitr. verksamhetschef, Registerhållare

Camilla Skåån, Rättsspsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare

Kaj Forslund, Rättsspsykiatri Vård Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare

Marianne Ander, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. sjuksköterska

Hans Andersson, Göteborg, Leg. sjuksköterska, f.d. registerhållare

Helena Andreasson, Rättsspsykiatri Skåne, Leg. sjuksköterska

Per Bülow, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Klinisk lektor, Fil. dr., Docent i välfärd och socialvetenskap

Frances Hagelbäck Hanson, Leg. läkare, specialist i psykiatri och rättsspsykiatri, f.d. registerhållare

Peter Karlberg, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare

Tom Palmstierna, Professor, Fakultet for medisin og helsevitenskap v/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Avd Brøset Trondheim, Överläkare Rättsspsykiatriska öppenvården Stockholm

Benjamin Wriling, Gävle sjukhus, LRV-enheten, Leg. sjuksköterska, Projektledare RättsspsyK

Täcknings- och anslutningsgrad

Verksamhetsnivå

Under 2019 har rättspsykiatri i Jämtland inte rapporterat till registret, så 24 av 25 enheter i landet har rapporterat till RättspsyK vilket ger en anslutningsgrad på 96 procent.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av Register-service vid Socialstyrelsen, visar fortsatt en täckningsgrad på 86 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2018: socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-55.pdf

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK består av patienter som var aktuella under 2018, med inskrivningsdatum senast 31 december 2018. Urvalet ur patientregistrets psykiatriska tvångsvård består av de patienter som vårdades 2018 med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J. Analysen har genomförts på individnivå, om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är antalet patienter i RättspsyK (1 969). Nämnaren är totala antalet patienter (2 293) som förekommer i något av registren RättspsyK eller patientregistret.

Vårdformer

- E = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- F = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- I = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- J = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning



Stengårdsgård i Jönköping, Småland. Foto. Per Bülow

Innan 2011-01-01:

- 3 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 4 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- 7 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 8 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling.

Indexbrott/brott

Indexbrott 0356 Misshandel, annan än grov, mot kvinna 18 år eller äldre, bekant med offret, utomhus
Brott 2 0406 Olaga hot mot kvinna 18 år eller äldre
Brott 3 - Välj -

Tidigare påföljder

Inga tidigare domar

Påverkad vid brottet

Var patienten påverkad av någon drog/alkohol vid brottet/brotten? Ja

Alkohol
Narkotika
Läkemedel
Lösningsmedel
Anabola steroider
Övrigt

Dokumenterad historia av missbruk

Har patienten en dokumenterad historia av missbruk/beroende av droger/alkohol? Nej

Tidigare psykiatrisk vård

Tidigare psykiatrisk vård? Ja

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård
Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård
Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare
Övrigt

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem? 29

Domslut

Datum för dom saknas
Datum för dom i brottsmålet 2010-11-11
Typ av domslut LRV med SUP

Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

Vårdinsatserna går ut på att patienten ska klara ett liv ute i samhället utan att återinsjukna i psykisk ohälsa, missbruk eller återfalla i brottslighet. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångsvårdslagstiftning. Det är en grannlaga uppgift att ändå bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Detta gör att höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet.

Startår 2008 rattpsyk.registercentrum.se kvalitetsregister.se

NÅGRA INDIKATORER

- Patientskattad hälsa
- Återfall i brottslig gärning under pågående vård
- Återfall i brott efter det att vården avskrivits
- BMI
- Förändring av ekonomisk skuldsituation
- Svårighetsgrad av symtombild

