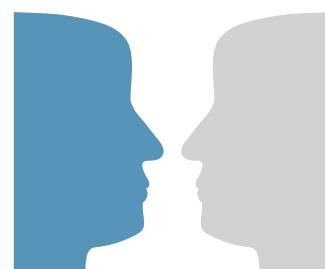


RättspsyK

Årsrapport 2022

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2022

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

Region	Deltagande verksamheter
Blekinge	RPV Blekinge
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 (2022). Annual 2022. Gothenburg:
Swedish National Forensic Psychiatric Register.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister,
RättspsyK (2022). Årsrapport 2022. Göteborg:
Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

ISSN 2001-3698

Tryckår 2023

Formgivning och produktion: Valentin Experience.

Tryck: DanagårdLITHO AB.

Foto: referensbild Berggården – White arkitekter.

Registerhållare

Magnus Kristiansson

Områdesdirektör
Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall
magnus.kristiansson@rvn.se

Biträdande registerhållare

Helena Andreasson

Psykiatrisjuksköterska
Rättspsykiatri Skåne
helena.i.andreasson@skane.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Marianne Ander
Mattias Andersson
Helena Andreasson
Per Bülow
Kaj Forslund
Peter Karlberg
Magnus Kristiansson
Ebba Noland
Tom Palmstierna

Statistiker

Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
peter.gidlund@vgregion.se

Utgivare

Magnus Kristiansson

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	8
Patientgruppen i registret	11
Resultat	20
Bortfall	20
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott	21
Utfall av vården för fem indikatorer	22
Klinisk skattning av symtombilden	23
Insikt i sin sjukdom och problematik	24
Behandlingsmotivation	24
Body Mass Index (BMI)	25
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	27
Nätverk	28
Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	29
Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	30
Vårdprocess	33
Stöd- och behandlingsinsatser	33
Hälsöfrämjande insatser	35
Läkemedelsbehandling	36
Missbruksbehandling	41
Tvångsåtgärder	42
Brottsbearbetning	43
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning	43
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	44
Vårdrelaterade faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård	45
Vårdtid	49
Verksamheterna i registret	55
Redovisning på verksamhetsnivå	56
Intervjuer med personer som har egen erfarenhet av LRV-vård och med NSPH	70
Verksamheterna om stöd och hjälp	74
Registerhållarna reflekterar	85
Forskning och validering	87
Möjliga områden för utvecklingsprojekt	88
Urval av publikationer med referens till RättspsyK publicerade 2022	89
Diskussion	90
Vad är rättspsykiatrisk vård?	91
Fakta om RättspsyK	93
Täcknings- och anslutningsgrad	95

Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg 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 år 2022 påverkade Covid-19 fortfarande verksamheterna med höga smittotal. Antalet rättspsykiatriska undersökningar ökade från 495 året 2021 till 537 under 2022.

Rapportens syfte

RättspsyK har hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten. Rapporten används alltmer 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 och ge uppslag till ytterligare förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Underlag till forskning

Antalet vetenskapliga publikationer som refererar till RättspsyK har ökat kraftigt under åren och under 2022 har vi identifierat sju vetenskapliga artiklar, två doktorsavhandlingar samt sex studentarbeten som refererar till RättspsyK.

Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är framtagna av analysgruppen. Urvalet är grundat på återkopplingar från tidigare rapporter, diskussioner på nationella möten, erfarenheter från valideringar, kontakter med registrerare och övrigt kliniskt verksam personal. I årets rapport presenteras intervjuer med NSPH och personer med egen erfarenhet av LRV-vård.

Utöver urvalet i denna rapport finns ytterligare data som kan analyseras och vara av intresse för verksamheterna.

I årets rapport har kapitlet ”Patientgruppen i registret” flyttats fram och återfinns efter ”Syfte och måltal” då det känns logiskt att presentera patientgruppen innan resultatet. Fler variabler redovisas på verksamhetsnivå i denna rapport. Se ”Redovisning på verksamhetsnivå”. En nyhet är också presentation av medianvårdtider i relation till olika brottsgrupper. Läs mer under ”Vårdprocess”.

Verksamheter med få patienter

Eftersom data, av sekretesskäl, inte redovisas för verksamheter som har färre än 10 patienter saknas data för dessa i rapporten. Det finns alltid möjlighet att få ut data för den egna verksamheten. Styrgruppen för RättspsyK uppmuntrar

till att registret används till verksamhetsutveckling och forskning. Framtagna rutiner kring datauttag kan erhållas på hemsidan rattpsyk.registercentrum.se. Av sekretesskäl har också så kallade outliers, d.v.s. extremvärden tagits bort från redovisningar i rapportens boxplot.

Årets tema

Årets tema är stöd- och hjälpinsatser som till exempel nätverk, skuldsituation, ekonomi, stödperson och boendeform. I årets rapport ges ett större utrymme till dessa indikatorer och några nya figurer presenteras. Med utgångspunkt i årets tema har rubriken ”Stöd- och behandlingsinsatser flyttas fram och inleder kapitlet ”Vårdprocess”.

Måltal

I registret finns fyra måltal som belyser viktiga aspekter av vården. I rapporten redovisas såväl andel verksamheter som uppfyllt respektive måltal som hur väl enskilda verksamheter nått dessa. Se mer under ”Syfte och måltal”.

Utfall av indikatorer utifrån vårdtid

Patientgrupper med vårdtid på fyra år, sex år respektive mer än 10 år jämförs. Läs mer under ”Vårdprocess”.

Hur ser utfallet av vården ut?

Utifrån ett antal indikatorer följs utfallet av vården. Läs mer under ”Resultat”.

Vad påverkar vårdtiden?

Vårdtiden, och faktorer som påverkar längden på vårdtiden, har hamnat mer i fokus. Inte minst på grund av det ökade behovet av nya vårdplatser, fördjupas detta avsnitt och är nu ett separat kapitel och återfinns efter kapitlet ”Vårdprocessen”.

Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) fortsätter redovisningen av återfall i brott efter att vården avskrivits. Nytt från förra året är redovisning av eventuella tidigare lagföringar och mest ingripande påföljd och relationen till återfall i brott. Läs mer under ”Resultat”.

Hur ser verksamheterna i registret ut?

Hur ser verksamheterna i registret ut vad avser till exempel lokalisation, antal slutenvårdsplatser, säkerhetsnivå och patienternas medelålder? Läs mer under ”Verksamheterna i registret”.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

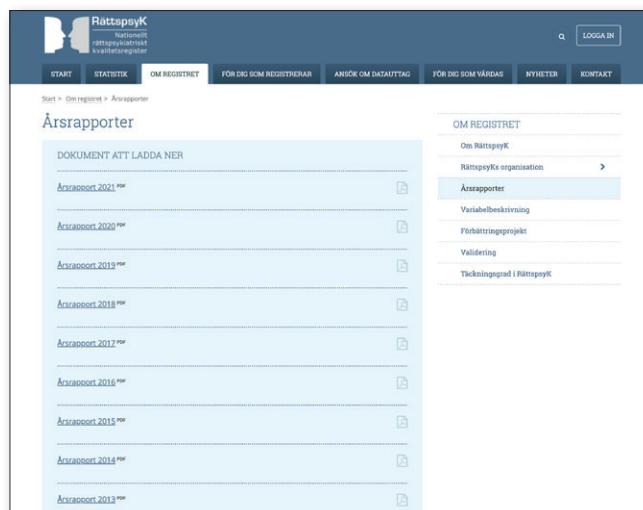
Hur är gången från brott till dom och vård? Vad är allvarlig psykisk störning? Vad betyder särskild utskrivningsprövning? Läs mer under ”Vad är rättspsykiatrisk vård?”.

Läsanvisningar – redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2022. Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek. Där inte annat anges ingår såväl slutenvård som öppenvård i redovisningarna. Då andelar, angivna i procenttal, avrundas till närmsta helta, är inte alltid den totala summan 100 procent utan kan variera mellan 99 och 101 procent.

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än 10 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.

Årets tema är stöd- och hjälpinsatser som till exempel nätverk, skuldsituation, ekonomi, stödperson och boendeform.



Tillgång till årsrapporter och statistik på nätet

Årsrapporter På RättsspsyK:s hemsida: <https://rattsspsyk.registercentrum.se> väljer du fliken ”Om registret” och därefter fliken ”Årsrapporter”. På den sidan finns alla årsrapporter i PDF-format.

Statistik På RättsspsyK:s hemsida: <https://rattsspsyk.registercentrum.se> väljer du fliken ”Statistik” där du guidas vidare till statistikvisningen. Där visas registrerade verksamheter och deras resultat från år 2012 och framåt för de fyra måltalen: Självskattad psykisk hälsa, Självskattad fysisk hälsa, BMI och Återfall i brottslig gärning under pågående vård.

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 RättsspsyK 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 så kallade måttal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, BMI och återfall i brottslig gärning under vårdtiden). Inget av målen har uppfyllts på nationell nivå, men på verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått delar av de fastställda målvärdena. Det är dock färre verksamheter som uppnått målen i år jämfört med tidigare år. Målet att 75 procent av patienterna ska uppleva fysisk hälsa uppnåddes inte av några enskilda verksamheter i år.

Anslutningsgraden för registret på verksamhetsnivå var, som tidigare, 96 procent, men under 2022 har Blekinge anslutit till registret vilket resulterar i att 25 av 26 verksamheter registrerar. Täckningsgraden var 85 procent av alla patienter.

Antalet patienter som följdes upp 2022 var 1 950 och är det högsta antal sedan RättspsyK:s startade 2008. Relationen mellan män och kvinnor är densamma, 14 procent var kvinnor, medianåldern var 40 år. Antalet nyregistreringar var 219, vilket kan jämföras med 211 registreringar under 2020 och 307 under 2020. Antal personer som fick sin LRV-dom avskriven var 155, en siffra som fluktuerar något, men är relativt konstant under de senaste tio åren.

Medianvårdtiderna har successivt ökat under en 8-årsperiod. Från 2012 till 2021 har medianvårdtiderna, för patienter som har fått sin LRV-dom avskriven, ökat från 42 månader till 58 månader. Årets siffror är samma som 2021, 58 månader. Det är dock stora skillnader mellan verksamheterna. Medianvårdtiden varierar från 33 till 83 månader. När vården fortfarande är pågående var skillnaderna mellan verksamheterna än större, från 25 till 154 månader. Skillnaderna speglar verksamheternas uppdrag och säkerhetsnivå och relationen mellan slut- och öppenvård. Det är också stora skillnader mellan indexbrottet som föranledde LRV-domen, där dödligt våld har de längsta vårdtiderna. Fyra variabler är associerade till vårdtidens längd och det är behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt, symtomtryck och förekomst av brott under pågående vård.

Tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård var vanlig, 97 procent av kvinnorna och 92 procent av männen hade tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Den vanligaste påföljden var LRV med SUP. Andelen domar med SUP har ökat något över tiden, från 74 procent perioden 2013–2015 till 79 procent, perioden 2019–2021. Året 2022 hade andelen LRV med SUP ökat till 85 procent, fördelat på 74 procent för

kvinnorna och 87 procent för männen. Andelen personer som har en dokumenterad historia av missbruk ökade under perioden 2013–2015 till perioden 2019–2021, från 60 procent till 71 procent. År 2022 var andelen med dokumenterad historia av missbruk 69 procent.

Eftersom vårdtiderna är långa återkommer en stor andel av patienterna i de olika årsrapporterna vilket avspeglas i små variationer mellan åren. Schizofrenidiagnosen dominerar, 43 procent av kvinnorna och 56 procent av männen hade schizofreni som huvuddiagnos. Dominerande indexbrott var brott mot liv och hälsa, 3 kapitlet BrB. Årets siffror visar att 45 procent av kvinnorna och 52 procent av männen dömdes för brott mot liv och hälsa. Det är några procentenheter högre än 2021. Den näst vanligaste brottsrubriceringen var för kvinnor allmänfarliga brott (22 procent) och för män brott mot frihet och frid (18 procent).

Somatiska sjukdomstillstånd registrerades för 43 procent av kvinnorna och för 36 procent av männen. Det vanligaste sjukdomstillståndet var diabetes följt av hjärt-och kärlsjukdomar. Andelen somatiska sjukdomar avspeglas i förskrivning av läkemedel, 76 procent av kvinnorna hade någon form av somatisk medicinering, bland männen var siffran 71 procent. Övervikt och fetma är problem som ökar, både bland kvinnor och bland män. Andelen kvinnor med BMI över 30 fluktuerar något men ligger under perioden 2013–2022 mellan 55–60 procent, och bland männen 40–45 procent.

BMI är ett av fyra måttal som återkommer i varje årsrapport. De övriga tre är självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa och återfall i brottslig gärning under pågående vård. Liksom tidigare år nås inte målen på riksnivå, men några verksamheter klarade målen. Som vid tidigare rapporter är måttet fysisk hälsa svårast att uppnå, ingen verksamhet nådde målet att minst 75 procent av patienterna skulle uppleva god fysisk hälsa.

Behov av stöd- och hjälpinsatser är stort. Kartläggning av behov av stöd och hjälp visar att en majoritet av patienterna behöver hjälp med att hantera sin ekonomi och skuldsituation. Mellan 60 till 80 procent av patienterna är i behov av hjälp. Samtidigt är dessa behov tillfredsställda till nästan 90 procent i öppenvård i form av god man respektive förvaltare. Patienternas nätverk består till största delen av kontakt med anhöriga, vilket är viktigt vid avskrivning av vården. Samverkan med andra aktörer förekommer i hög grad, framför allt i öppenvård, där samverkan fungerar i 94 procent av fallen. Samverkan sker till största delen i form av insatser från kommunernas socialtjänst och med behandlingshem/boende.

Behandling med psykofarmaka ligger på en stabil nivå i jämförelse med tidigare år, 97 procent av patienterna med schizofrenidiagnoser behandlades med psykofarmaka.

Antipsykotiska medel dominerade, knappt 93 procent av patienterna behandlades med dessa medel, med små skillnader mellan kvinnor och män.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder visar på en liten minskning under perioden 2009–2020. De två senaste åren har tvångsåtgärder minskat, framförallt för kvinnor, från 19 till 12 procent. En trend har varit att andelen avskiljningar ökar medan fastspänning minskar. Denna trend bryts 2020 och fastspänning ökar något 2021 och 2022. Skillnaderna är dock små mellan åren.

Återfall i brott, ett år efter avslutad LRV-dom, visar i årets rapport ha en stark relation till antal lagförda brott som personen dömts till innan LRV-domen. Även graden av hur ingripande påföljder var visar på en relation till återfall inom ett år.

»» Patienter i öppenvård har till 94 procent någon fungerande samverkan med behandlingshem/boende och kommunens socialtjänst.

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. För indikatorerna BMI och återfall i brottslig gärning under pågående vård är måltalen satta utifrån nivån i riket för inrapporterade data i Öppna jämförelser 2011¹. För att vara utmanande men ändå möjliga att uppnå har måltalen av styrgruppen satts något lägre än nivån för riket. För de patientrapporterade indikatorerna psykisk och fysisk hälsa är måltalen satta utifrån styrgruppens bedömning.

Måltalen är:

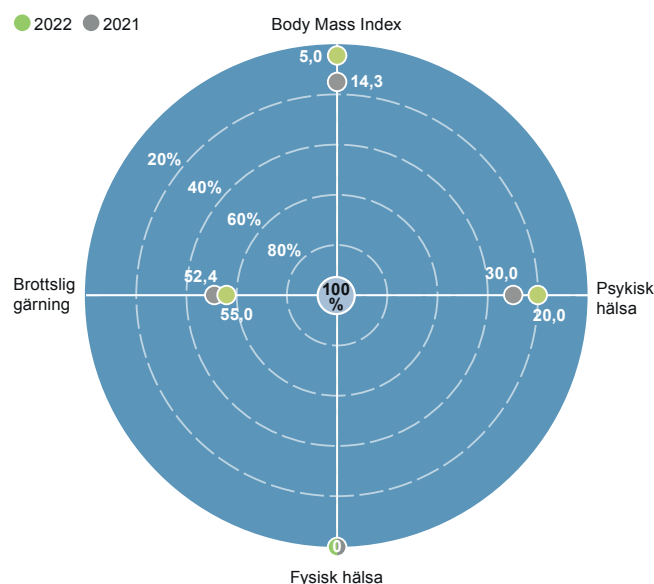
- **Självskattad psykisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala².
- **Självskattad fysisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala.
- **Body Mass Index (BMI):** Mindre än 37 procent av patienterna har ett värde på 30 eller högre.
- **Återfall i brottslig gärning³ under pågående vård:** 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 måldimension för åren 2021 och 2022. Ju närmare 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 10.

År 2022 har färre verksamheter uppnått måltalen för psykisk hälsa samt BMI jämfört med 2021. För psykisk hälsa är det fyra verksamheter (2021 var det sex verksamheter) som uppnått måltalet. För BMI är det en verksamhet som har uppnått måltalet jämfört med fyra verksamheter år 2021.

För måltalet brottslig gärning är det 11 verksamheter som uppfyller måltalet. Ingen verksamhet har uppfyllt måltalet fysisk hälsa sedan 2016.

Figur 1. Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2021 och 2022.



¹ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Jämförelser mellan landsting 2011, Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-7164-742-9.

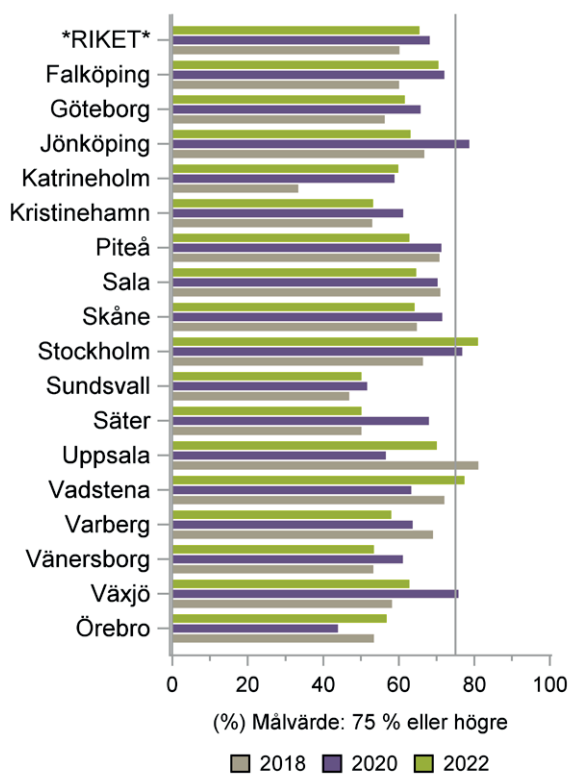
² VAS (Visuell Analog Skala, 0–100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

³ För definition av återfall i brottslig gärning se kapitel "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 i figuren är att höga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2022 var andelen patienter som nådde målet 65 procent. Fyra verksamheter har uppnått målet, två av dem syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade.

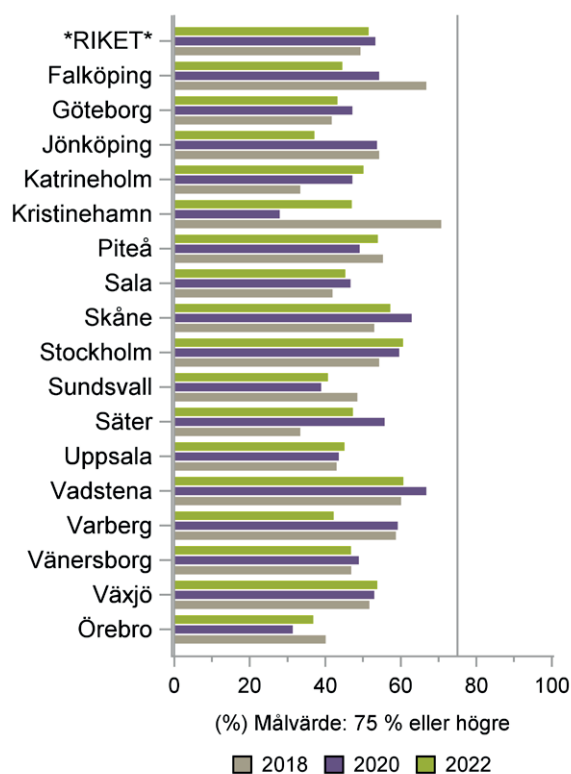
Figur 2. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



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 i figuren är att höga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2022 var andelen patienter som nådde målet 51 procent. Det uppfattas vara ett av det svåraste målet för verksamheterna att uppnå.

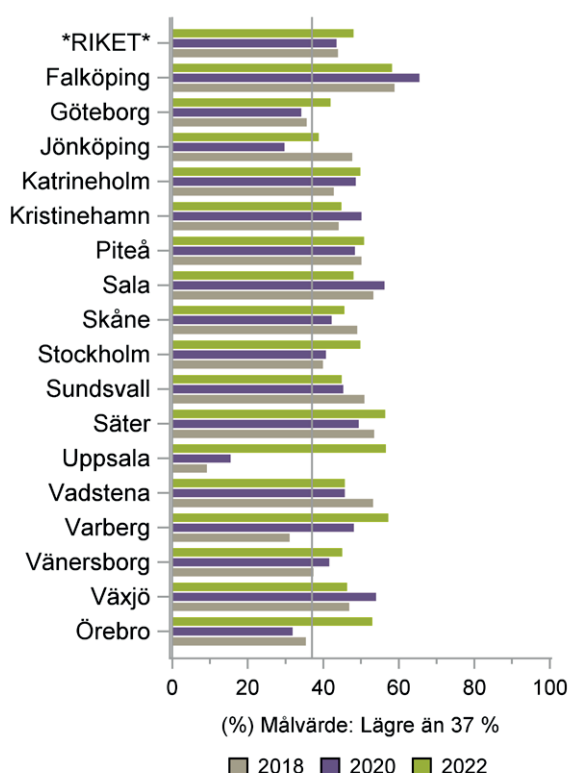
Figur 3. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75.



BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller högre och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. Måltalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. En verksamhet har uppnått måltalet 2022 men syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade. Det är det lägsta antalet verksamheter som har uppnått måltalet någon gång.

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



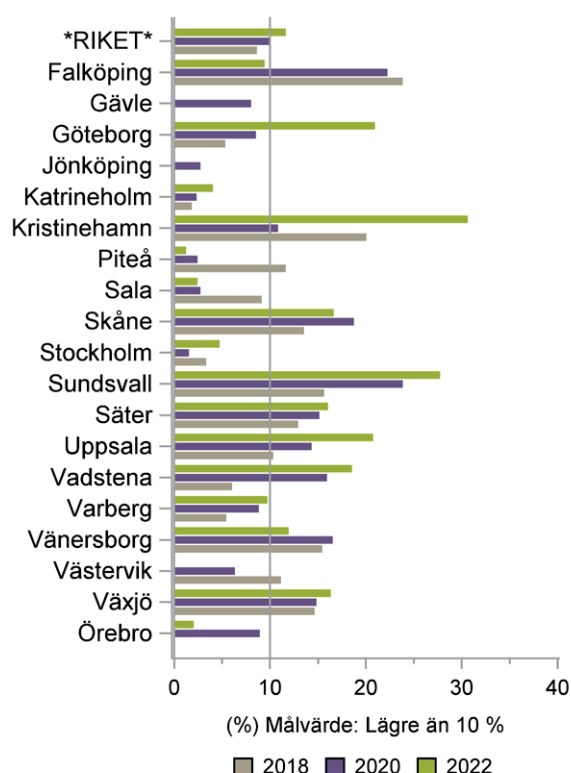
Sammanfattningsvis har under 2022 inget måltal uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måltalen. Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Andelen verksamheter som uppnått måltalet självskattad psykisk hälsa har sjunkit från sex till fyra verksamheter 2022. Fysisk hälsa är det ingen verksamhet som har uppnått måltalet sedan 2016 då var det en verksamhet.

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 i figuren är att låga värden är önskvärda. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel "Resultat". Måltalet har inte uppnåtts på nationell nivå men har uppnåtts av 11 verksamheter. En av dem syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade.

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



Färre verksamheter har uppnått måltalet BMI i år. Andelen verksamheter som har uppnått måltalet har sjunkit från fyra till en verksamhet 2022. Det är det lägsta antalet verksamheter någon gång.

Måltalet återfall i brottslig gärning uppnåddes i år av 11 verksamheter. Sedan 2018 är det fem verksamheter som har uppnått måltalet fem år i rad.

Patientgruppen i registret

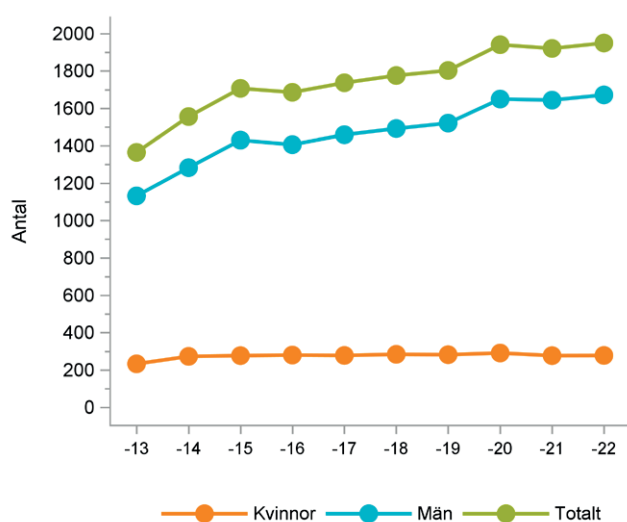
Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för att ingå i registret är att patientens LRV-dom vunnit laga kraft. Patienten följs därefter under hela vårdtiden, i såväl slut- och öppenvård som mellan vårdenheter.

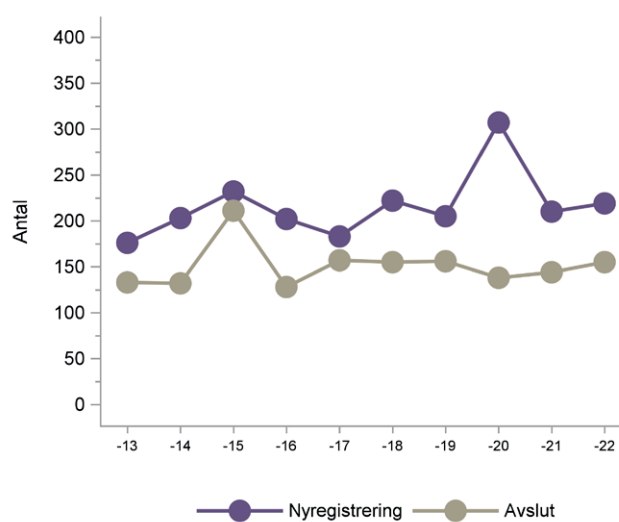
Exklusionskriterier är att patienten blir definitivt utskriven, det vill säga att LRV-domen upphör, eller att patienten avlider, alternativt att patienten själv begär utträde ur registret.

Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 6. Antal uppföljda patienter.

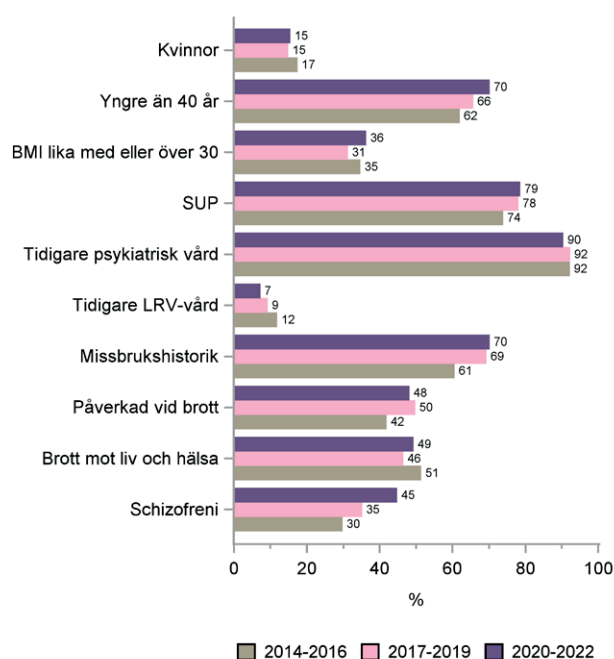


Figur 7. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2009 ökat med 92 procent. Förändringen mellan 2021 och 2022 är en ökning med 26 patienter, vilket motsvarar en procent. Av patienter uppföljda under 2022 är 14 procent kvinnor och 86 procent män. Totalt följdes 1 950 patienter upp under 2022.

Figur 8. Bakgrundsdata för nyregistrerade patienter.



Nyregistrerade patienter under perioden 2020–2022 var i större utsträckning än tidigare år yngre än 40 år vid registrering. Vidare hade en större andel än tidigare en dokumenterad missbrukshistorik, en större andel hade schizofreni som huvuddiagnos och en större andel hade dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP. En något mindre andel hade tidigare fått någon form av psykiatrisk vård.

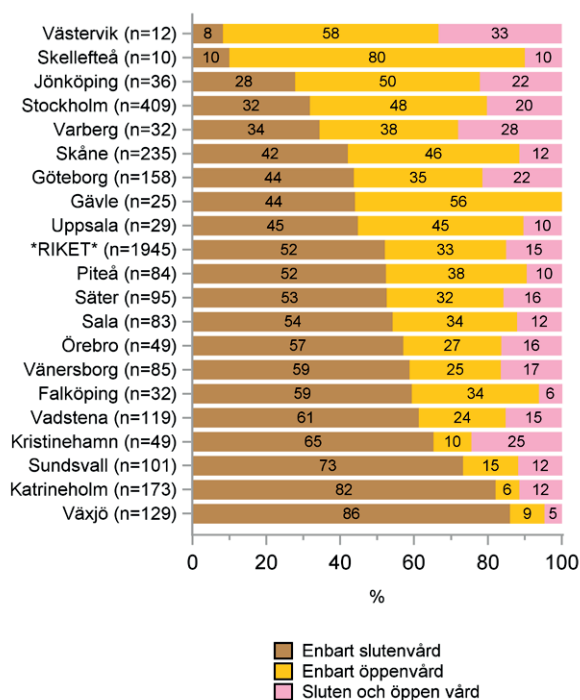
Det finns en liten grupp av personer som påbörjar sin rättspsykiatriska vård innan 18 års ålder. Detta rör sig om 19 av de 1 950 individer som följdes upp 2022, alltså en mycket liten andel av gruppen.

Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid inte hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2022 var antalet nyregistrerade patienter 219 patienter, vilket är nio patienter fler än under 2021. Antalet avslutade patienter är fler än föregående år, med en ökning från 144 patienter 2021 till 155 patienter 2022. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRVvården avskrivs. Under perioden 2009–2021 har 32 patienter avlidit till följd av suicid.

Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Den vanligaste dödsorsaken enligt Dödsorsaksregistret är dock ”yttre orsaker”, vilket skiljer sig från befolkningen i helhet där yttre orsaker bara är den sjätte vanligaste dödsorsaken. Av de yttre orsakerna är avsiktligt självdestruktiva handlingar vanligast, följt av förgiftning. Efter de yttre orsakerna var cirkulationsorganens sjukdomar den vanligaste dödsorsaken, följt av tumörer och andningsorganens sjukdomar. Detta är mycket likt de vanligaste dödsorsakerna för befolkningen som helhet, även om det kan noteras att för befolkningen som helhet är ”psykiska sjukdomar och beteendestörningar” den tredje vanligaste orsaken.

Fördelning mellan sluten- och öppenvård

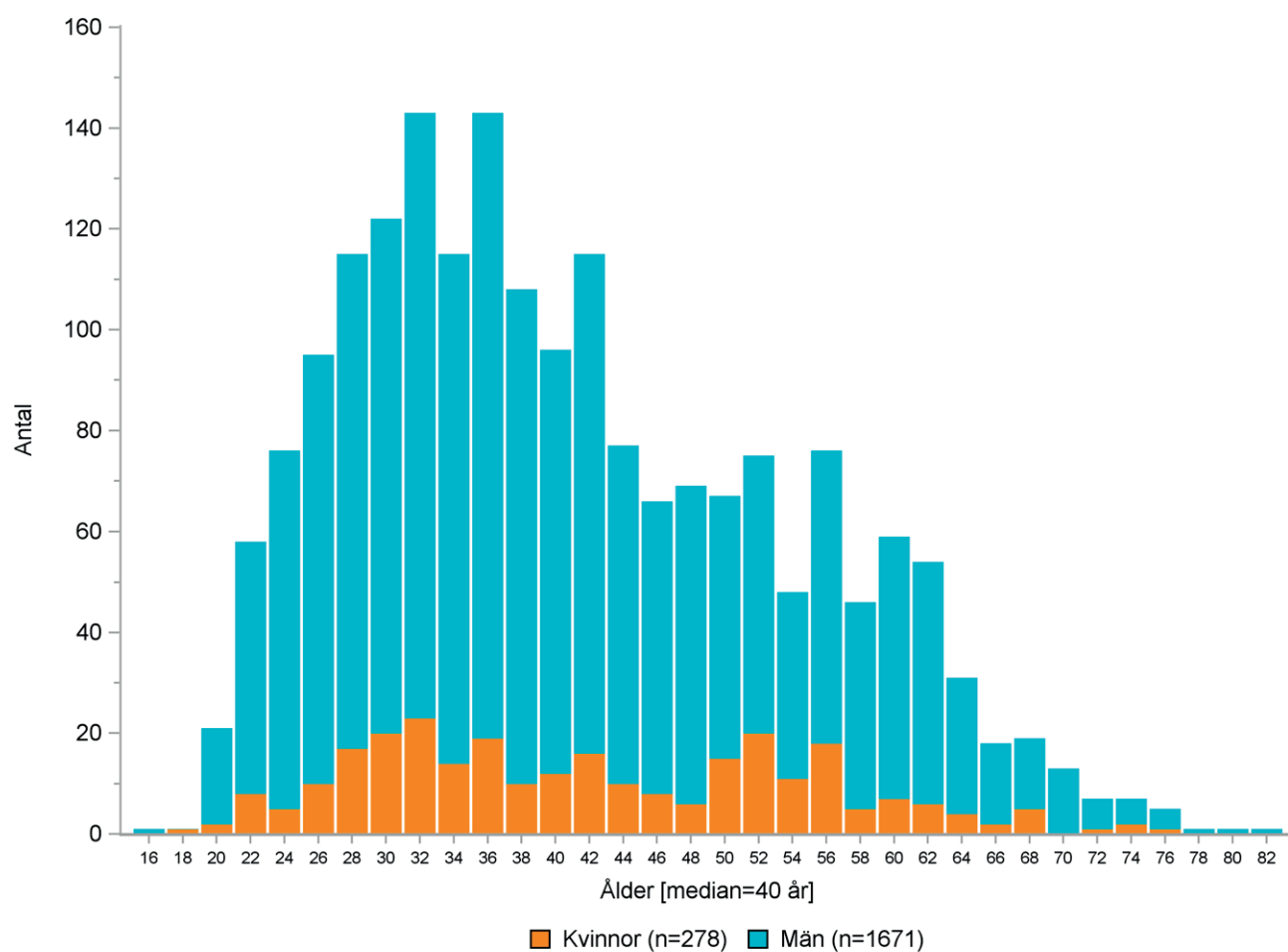
Figur 9. Fördelning mellan sluten- och öppenvård.



Under 2022 vårdades 52 procent av alla patienter i riket enbart i sluten vård, 15 procent vårdades enbart i öppen vård och 33 procent av patienterna vårdades under året både i öppen och sluten vård. Andelen som vårdats endast i sluten vård har varit stabil de senaste fem åren.

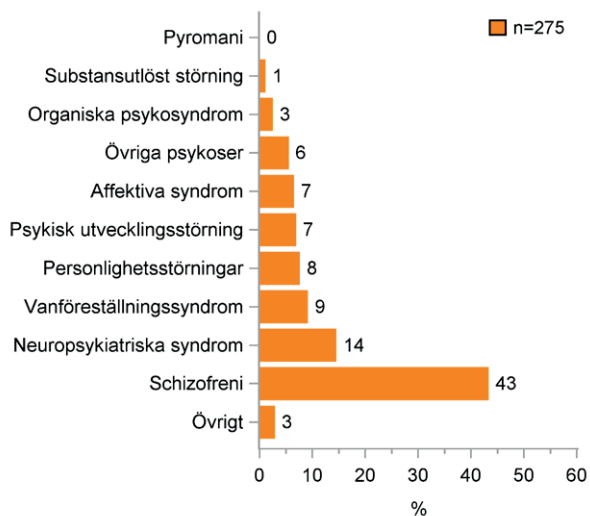
Ålder

Figur 10. Åldersfördelning i registret.

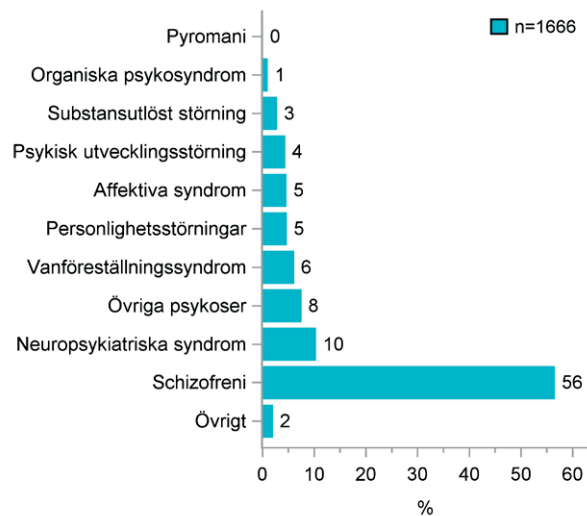


Huvuddiagnos

Figur 11. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, kvinnor.



Figur 12. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, män.



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

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 diagnoserna 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. Det föreligger vissa könsskillnader, och personlighetsstörningar är vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor medan schizofreni som huvuddiagnos är vanligare bland män.

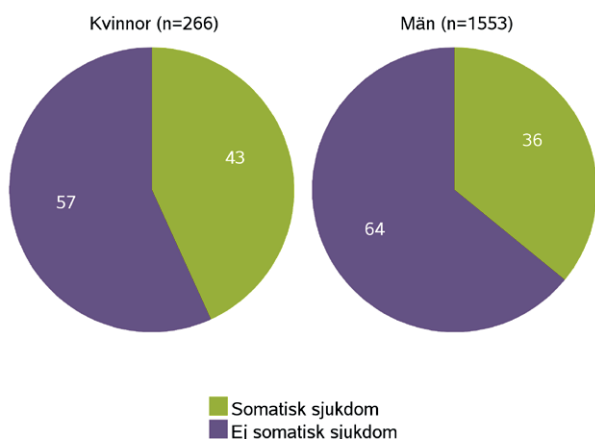
Andelen patienter som har diagnosen mental retardation (psykisk utvecklingsstörning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar fem procent, men är likväl en patientgrupp vars vårdbehov kan vara

svåra att tillgodose i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan patienter med neuropsykiatriska störningar 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 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. Som biddiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

Fördelningen av huvuddiagnoser har varierat relativt lite under de år som registret varit i bruk, både för män och för kvinnor. Dock har diagnoser inom gruppen neuropsykiatriska syndrom ökat stadigt sedan 2009, vilket tydligast syns för kvinnor. Parallellt med denna ökning syns en minskning av affektiva syndrom i motsvarande grad. En ökning kan också ses av diagnosen schizofreni bland kvinnor. År 2009 var huvuddiagnosen schizofreni hos drygt 30 procent av kvinnor, vilket kan jämföras med 43 procent 2022.

Under kategorin "Övrigt" är den vanligaste enskilda diagnosen pedofili.

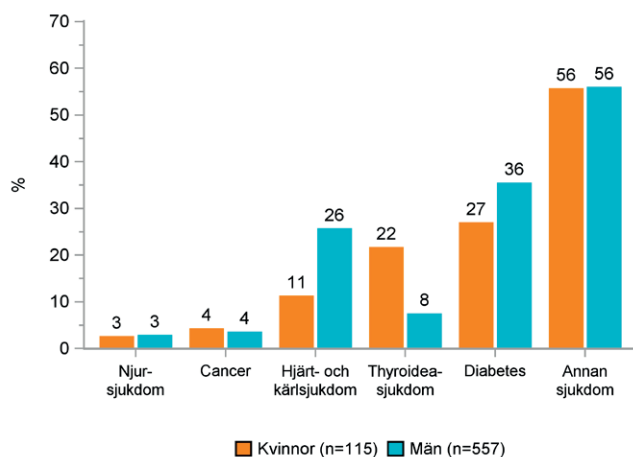
Figur 13. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*.



* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

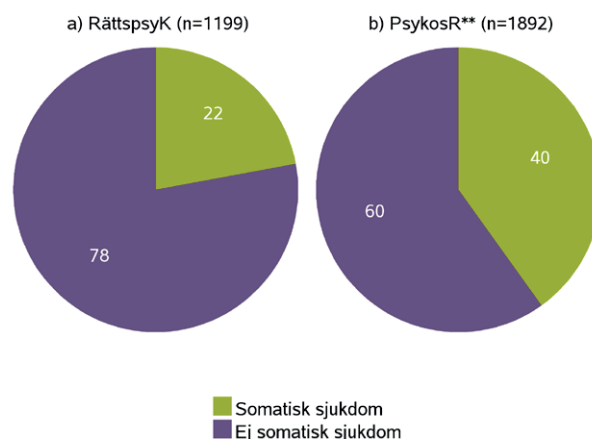
En stor del av patienterna har förutom sin psykiatriska diagnos även någon somatisk sjukdom. Mest framträdande är detta förhållande för kvinnor där 43 procent har någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra för män är 36 procent.

Figur 14. Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.



Hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes är relativt vanligt hos både män och kvinnor, men hjärt- och kärlsjukdom är ännu vanligare hos män än hos kvinnor. I gruppen thyroidea-sjukdomar är det stor övervikt av kvinnor, där 22 procent av kvinnorna har denna sjukdomsbild men endast åtta procent av männen. I gruppen med övriga sjukdomar återfinns några åkommor oftare än andra. Under 2022 var det vanligaste som rapporterats fetma samt hepatit C. Nästan lika vanligt var KOL och astma, och även epilepsi, hypertoni förekom relativt ofta.

Figur 15. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd* registrerade i RättspsyK och PsykosR.



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

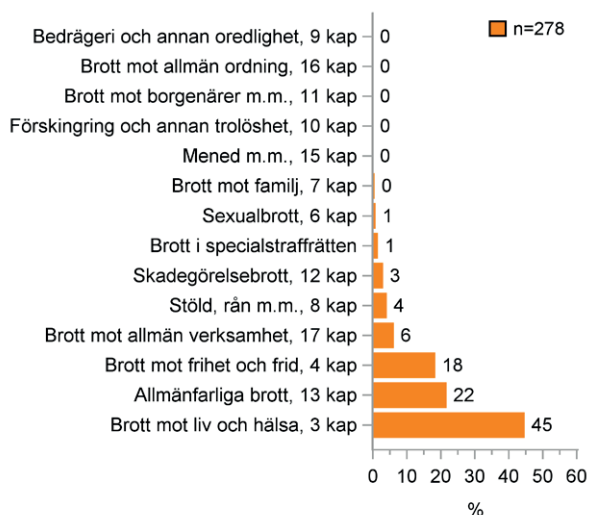
** Databasversion 2023-02-02.

Vid en jämförelse med PsykosR visar det sig att patienter i RättspsyK i betydligt mindre grad lider av någon somatisk sjukdom av typen hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, thyroidea eller njursjukdom. 40 procent av patienterna i PsykosR har en somatisk sjukdom, jämfört med 22 procent av patienterna i RättspsyK. Notera att detta endast gäller dessa specifika diagnoser, och att andelen patienter med någon somatisk sjukdom för patienterna i RättspsyK är större när även "Annan sjukdom" inkluderas. Någon närmare analys av varför det förhåller sig så har inte gjorts men det går att reflektera över om den långa tiden i slutenvård för patienter i RättspsyK har betydelse.

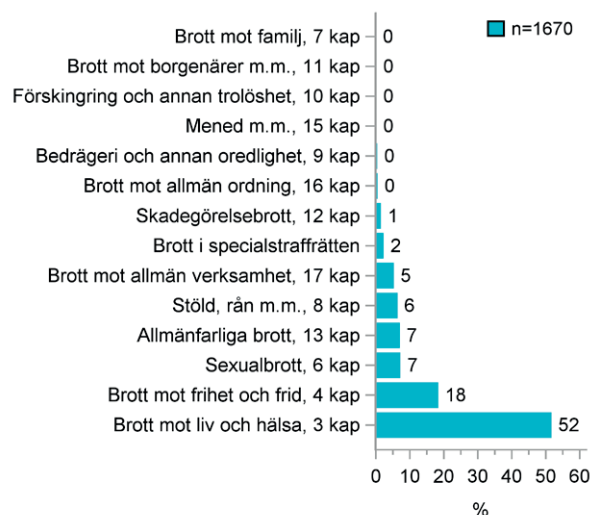
Indexbrott

Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och domen om rättspsykiatrisk vård. I denna årsrapport redovisas indexbrotten utifrån hur dessa klassificeras hos Brå och till vilket kapitel de hänför sig i brottsbalken (BrB). Eftersom överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Det vanligaste för både kvinnor och män är att något av brotten från kap. 3, Brott mot liv och hälsa, är indexbrott. I detta kapitel ingår bland annat mord, dråp och misshandel. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot liv och hälsa (inklusive sexualbrott och rån).

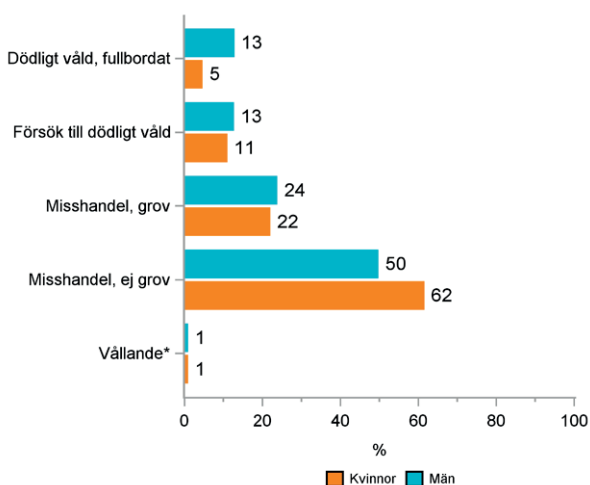
Figur 16. Indexbrott, kvinnor.



Figur 17. Indexbrott, män.



Figur 18. Fördelning av indexbrott inom brott mot liv och hälsa.



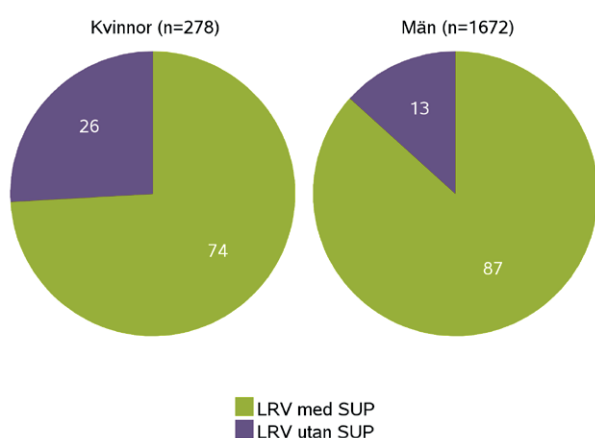
* Vållande till annans död, sjukdom, kroppsskada, framkallande av fara för annan.

För både kvinnor och män med något av brotten från kap. 3 som indexbrott var det absolut vanligast att brottet var någon form av misshandel, 84 procent av kvinnorna och 74 procent av männen. Det dödliga våldet, eller försök till sådant, var vanligare för män än för kvinnor. Bland kvinnor är mordbrand, som ingår i allmänfarliga brott, det näst vanligaste brottet. Andelen sexualbrott är nästan obefintlig bland kvinnor. För män utgör sexualbrott sju procent av indexbrotten. Fördelningen av indexbrott har förändrats relativt lite under de år som registret varit i bruk, vilket gäller både kvinnor och män. Små variationer förekommer dock mellan åren.

Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

Rättspsykiatrisk vård kan ges med eller utan beslut om särskild utskrivningsprövning (SUP). Vid överlämnande 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 19. Andel patienter med respektive utan SUP.



För 76 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2021 var vårdformen rättspsykiatrisk vård med SUP.

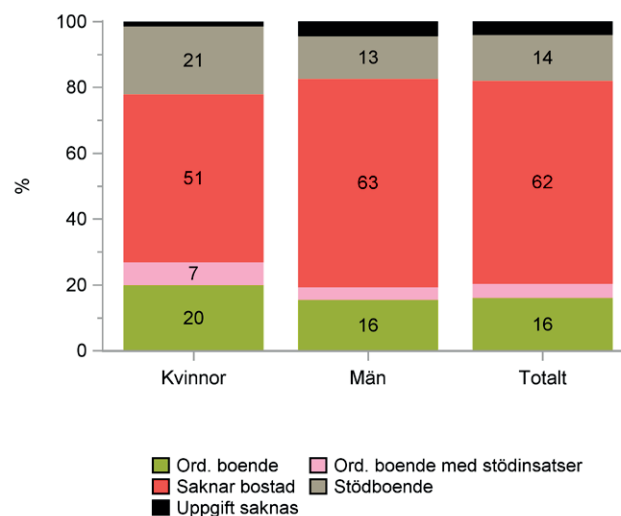
Barn

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

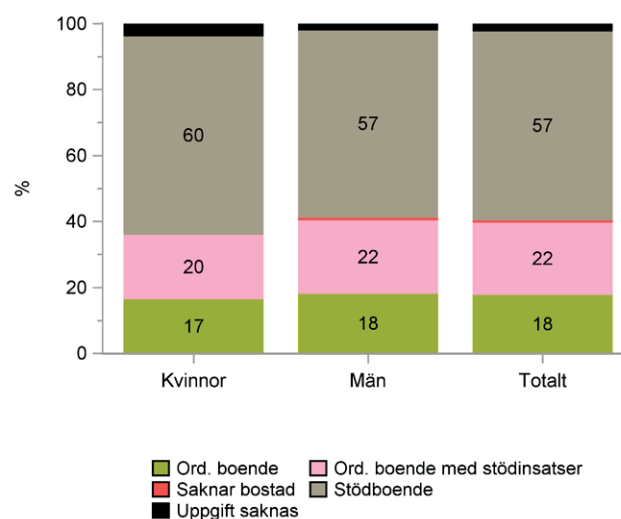
Barn under 18 år förekommer 2022 hos 15 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Det är något vanligare att kvinnorna i patientgruppen har barn och 17 procent av kvinnorna jämfört med knappt 15 procent av männen har barn under 18 år.

Boendeform

Figur 20. Boendeform under pågående slutenvård.



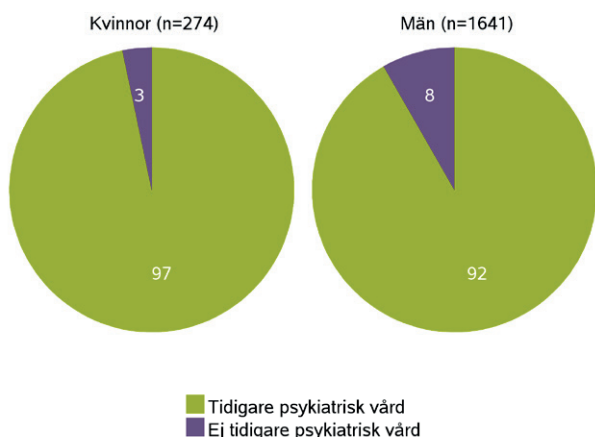
Figur 21. Boendeform under pågående öppenvård.



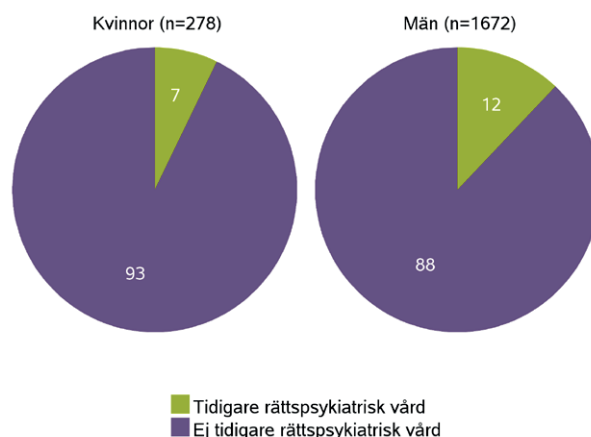
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna. Ordinärt boende definieras som att patienten själv står på kontraktet. Med stödboende avses korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS. Det vanligaste inom detta alternativ var ett permanent boende enligt SoL eller LSS med personal hela dygnet.

Tidigare psykiatrisk vård

Figur 22. Andel patienter som fått psykiatrisk vård någon gång innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



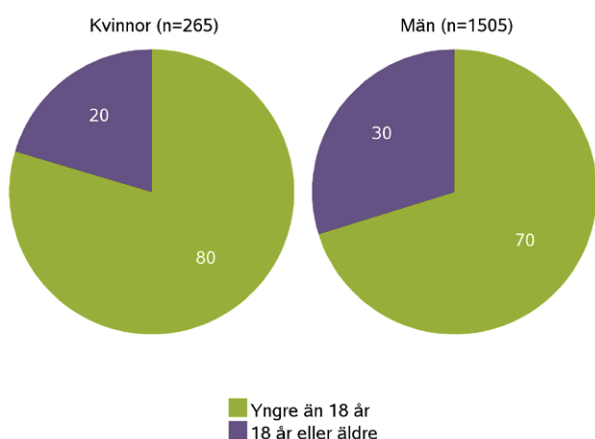
Figur 24. Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.



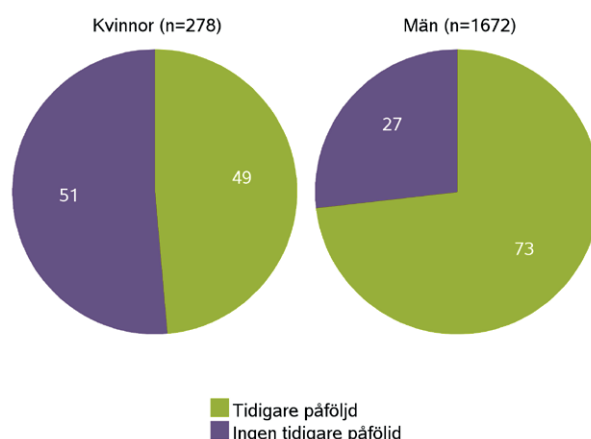
De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor, och en mycket stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. En liten del av patienterna har tidigare vårdats enligt LRV, och det är vanligare att män än kvinnor tidigare har vårdats enligt LRV (12 procent jämfört med 7 procent av kvinnorna).

Genom åren har en ökning setts av personer som varit i kontakt med psykiatrisk vård innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller både män och kvinnor och under 2022 hade 97 procent av kvinnorna samt 92 procent av männen tidigare haft kontakt med någon form av psykiatrisk vård.

Figur 23. Ålder vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



Figur 25. Andel patienter med tidigare påföljd innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.

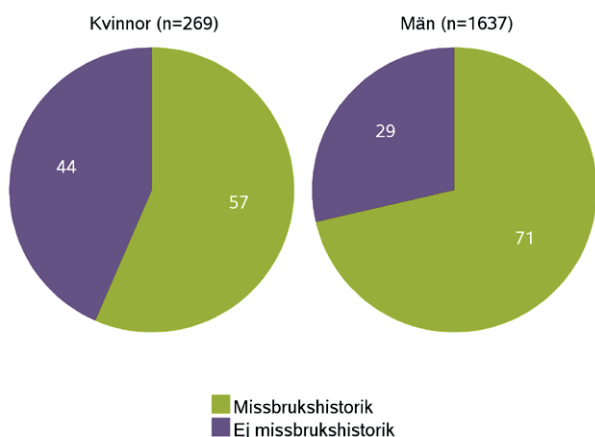


Av de som innan den rättspsykiatriska vården haft kontakt med psykiatrin, hade 80 procent av kvinnorna och 70 procent av männen haft kontakt med psykiatrin innan 18 års ålder. Dessa andelar är större än de har varit under tidigare år.

Det är vanligt för rättspsykiatriska patienter att ha dömts för brott tidigare, och 70 procent hade någon påföljd innan indexbrottet. Detta var något vanligare för män (73 procent) än för kvinnor (49 procent).

Tidigare missbruk

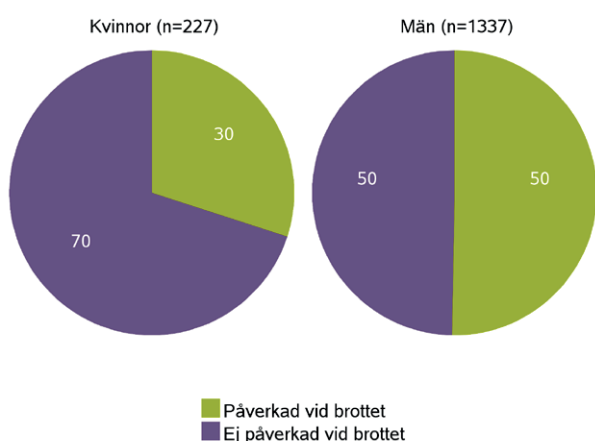
Figur 26. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



Gällande dokumenterad historia av missbruk har det inte skett några stora förändringar gällande registrerade data under de år som registreringarna skett. De senaste åren har ungefär hälften av kvinnorna en dokumenterad historik och bland männen har andelen varierat mellan 66 och 72 procent.

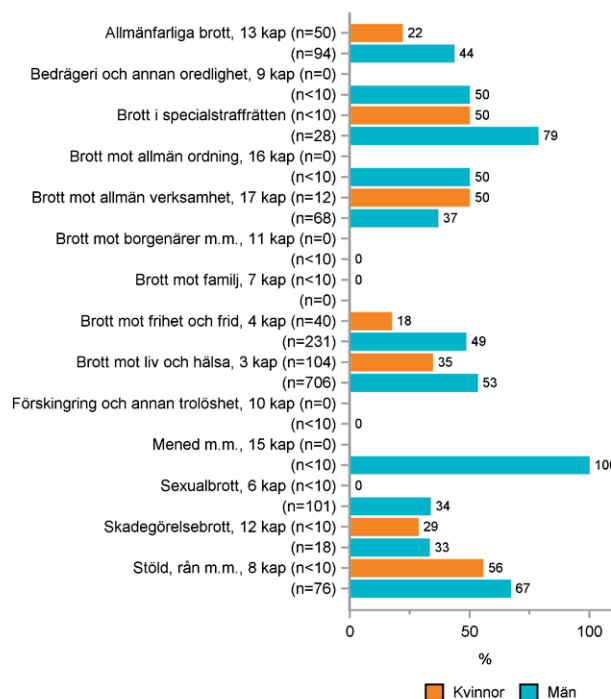
Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

Figur 27. 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 30 procent av kvinnorna och 50 procent av männen var påverkade av någon drog/alkohol vid tillfället för indexbrottet.

Figur 28. 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 35 procent av kvinnorna och 53 procent av männen påverkade av någon drog eller alkohol vid brottstillfället. Inom gruppen brott mot specialstraffrätten ingår narkotikabrott, vilket sannolikt förklarar att de som dömts för dessa brott oftare var påverkade vid indexbrottet.

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.

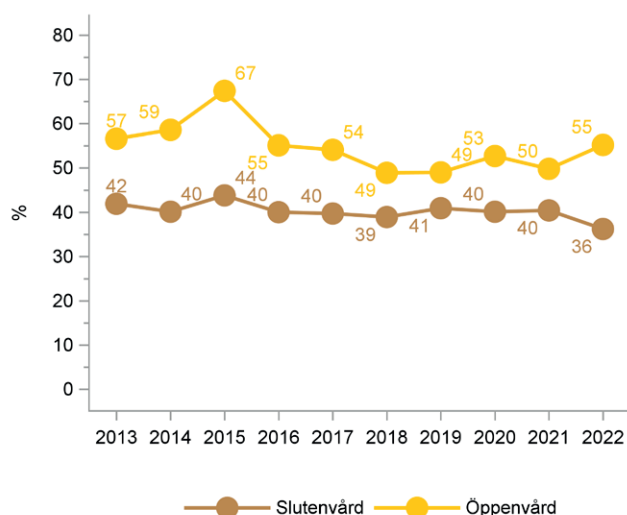
Bortfall

RättspsyK har en hög anslutningsgrad då 25 av landets 26 verksamheter rapporterar in uppgifter, vilket 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.

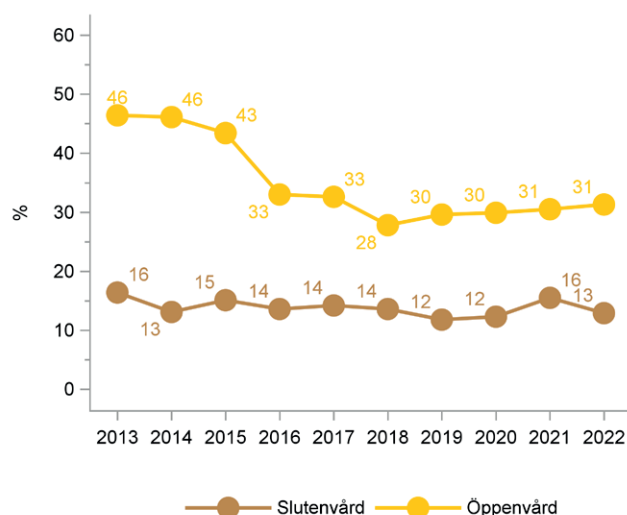
Patienterna självskattar livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa samt fysisk hälsa på en VAS-skala från 0 till 100. På dessa fyra frågor kan patienten välja att inte svara och personalen fyller då i ”patienten vill inte delta”. Personalen kan också göra bedömningen att patienten inte kan 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. Övriga frågor är utformade så att handläggarna inte kommer vidare i formuläret om de inte kryssar i något av svarsalternativen.

Figur 29. Bortfall, självskattningar*.



* Livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa och fysisk hälsa.

Figur 30. Bortfall, BMI.



Bortfall i självskattning av psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet och återfall i brottslig gärning har varit identiska under en längre period och redovisas därför gemensamt i en figur. Bortfallet ökar successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess minskat något, speciellt inom öppenvården. Under 2022 ökade bortfallet något i öppenvård medan slutenvården minskade något. Generellt sett är bortfallet i rapporteringen större i öppenvård än i slutenvård.

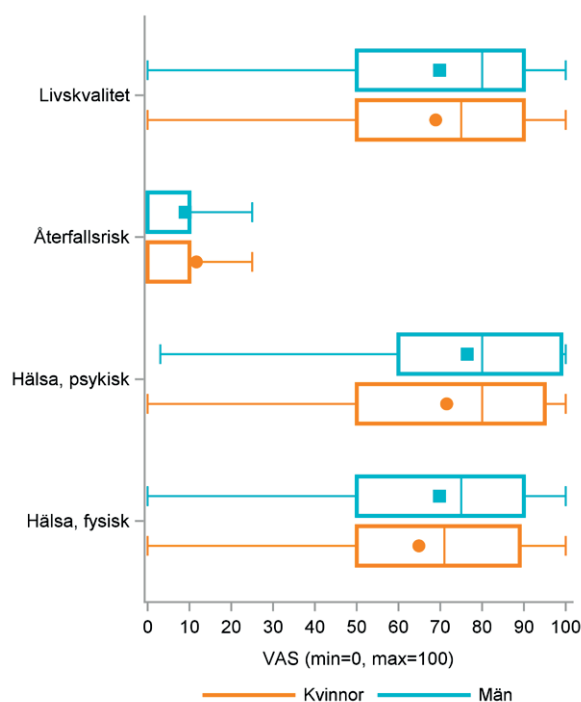
Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 31, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke. Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och är i både 2021- och 2022-års mätningar 31 procent, det vill säga det finns uppgifter om vikten hos 69 procent av de patienter som behandlas i öppenvård.

Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott

Som synes är det en stor spridning i den individuella upplevelsen av livskvalitet och psykisk respektive fysisk hälsa. Medelvärdet 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 Box Plot återfinns på sidan 54.

Figur 31. Spridning av patienternas självskattningar avseende livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk och fysisk hälsa.



Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2022

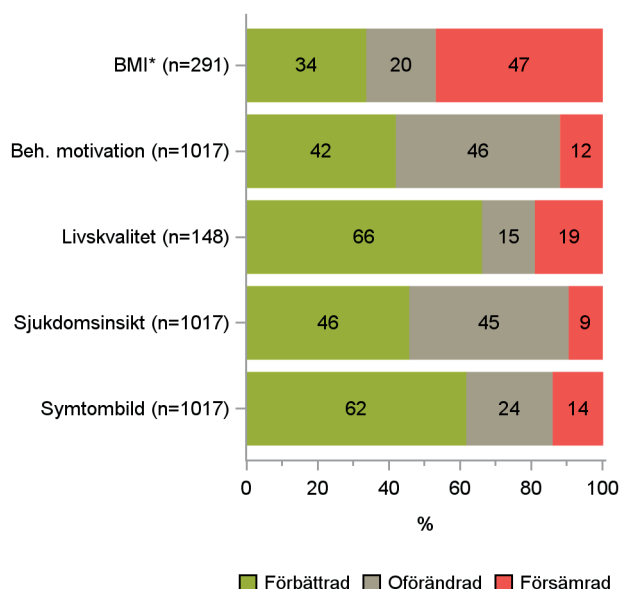
I registret följs fem indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Figur 32 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2022 (N=1 017) 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 gråmarkerade 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 32. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2022.



* Endast patienter med ingångsvärde BMI lika med eller över 25. Definition av förändring; minst 2,5 procent minskning eller ökning av BMI-värdet.

BMI

Såsom figur 32 visar hade 47 procent av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Det är den högsta siffran som redovisats sedan 2015. Då BMI är den indikator där det noteras påtagliga försämringar analyseras förändringar kring gränsen för övervikt som är BMI lika med eller över 25. Att denna gräns valts beror på att ett BMI på 25 eller mer anses öka risken för sjukdomar, framför allt i form av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Behandlingsmotivation – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

Nästan hälften, 46 procent av patienterna, skattade indikatorn behandlingsmotivation som oförändrad. En analys visar att 41 procentenheter av de som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade ett ingångsvärde som antingen helt eller delvis behandlingsmotiverade. Eftersom 42 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (83 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

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

- Har behandlingsmotivation (20 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 66 procent skattade sin livskvalitet som förbättrad. Här skattar patienten sig själv vilket skiljer den indikatorn från de andra fyra.

Sjukdomsinsikt – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För nästan hälften, 45 procent, av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. En analys visar att 35 procentenheter, av de som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 46 procent förbättrade sin sjukdomsinsikt under vårdtiden innebär det att en majoritet (81 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

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

- Har sjukdomsinsikt (9 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (26 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (9 procent)

Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet ”oförändrad”

För de 24 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

- Inga symtom (1 procent)
- Mycket milda symtom (3 procent)
- Milda symtom (6 procent)
- Måttliga symtom (9 procent)
- Påtagliga symtom (4 procent)
- Svåra symtom (1 procent)
- Mycket svåra symtom (0 procent)

Klinisk skattning av symtombilden för patienter under pågående vård

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. Bedömningen görs med referens till vissa sjukdomstillstånd, till exempel schizofreni. Ofta har patienter en mer sammansatt problematik med till exempel beroendesjukdomar och då ska den sammanlagda symtombilden skattas. Bedömningen avser symtombilden vid det aktuella bedömningstillfället, inte hela sjukdomsperioden. För att få likvärdiga bedömningar används en av registret framtagen instruktionsfilm där olika svårighetsgrader åskådliggörs på ett tydligt sätt.

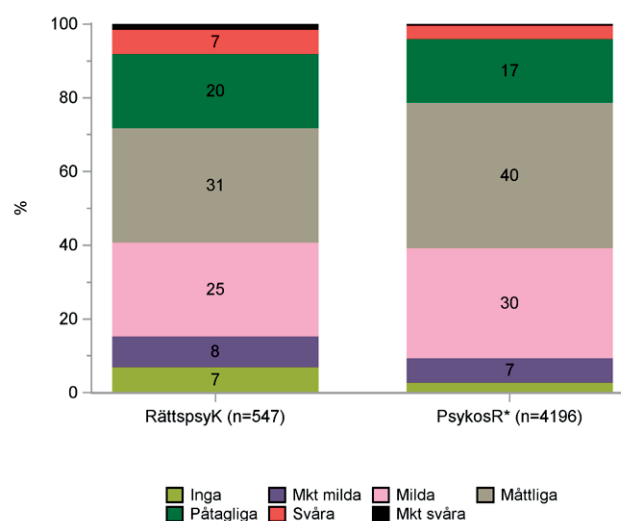
Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport, liksom förra årets, skattades 35 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra, motsvarande siffror för kvinnor var 42 procent. Inga, mycket milda eller milda symtom rapporterades för männens del till 33 procent och för kvinnor 26 procent. Det är små skillnader mellan åren.

Jämförelse av symtombild mellan RättpsyK och PsykosR

För fjärde året i rad jämför vi symtombilden mellan patienter som registreras i RättpsyK och i PsykosR. För att jämförelserna ska vara rättvisa presenteras siffrorna från RättpsyK enbart för de patienter som vårdades i öppenvård då det är patienter som behandlades i öppenvård som registreras i PsykosR. PsykosR använder, liksom RättpsyK, CGI-skalan för att bedöma symtomens svårighetsgrad. Siffrorna är inte könsfördelade. Siffrorna bygger på ett underlag som består av registreringar från 547 patienter från RättpsyK och 4 196 patienter från PsykosR.

En större andel patienter registrerade i RättpsyK (28 procent) bedömdes ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom. Motsvarande siffror för patienter registrerade i PsykosR var 21 procent. För kategorierna milda, mycket milda eller inga symtom har skillnaden minskat mellan patientgrupperna i jämförelse med förra årets rapport. Patienterna i RättpsyK bedömdes till 41 procent ha milda, mycket milda eller inga symtom, motsvarande siffror för PsykosR var 39 procent. Även skillnaderna i ”mellankategori”, måttliga symtom har minskat jämfört med 2021 års rapport, 32 procent av patienterna i RättpsyK bedömdes ha måttliga symtom, motsvarande siffror för PsykosR var 41 procent.

Figur 33. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad, jämförelse mellan RättpsyK (öppenvård) och PsykosR.



* Databasversion 2023-02-03

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 tio 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 bedömdes 23 procent ha sjukdomsinsikt och 49 procent delvis. Motsvarande siffror för slutenvården var 14 procent respektive 53 procent.

Patientens insikt i sin sjukdom och problematik bedöms ofta kliniskt av vårdpersonal men vid 26 procent av bedömningarna användes skattningsinstrument. Det var vanligare att använda skattningsinstrument inom slutenvården, vilket användes vid 35 procent av bedömningarna, motsvarande siffra i öppenvård var 28 procent. 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

Behandlingsmotivation redovisas som en indikator i figur 32 ”Utfall av vården för några indikatorer” tillsammans med BMI, sjukdomsinsikt, symtom och livskvalitet. Genom att följa flera variabler parallellt över tid som kan bedömas tillsammans med andra variabler, som till exempel återfall i brottslig gärning under pågående vård kan vi undersöka om det finns korrelation mellan variablerna. Dessa variabler ingår i uppföljning av vårdförlopp för den så kallade ”fyra-” respektive ”sexårsgruppen” (se under kapitel Vårdprocess).

Patientens behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonal som kan ha HCR20 till sin hjälp.

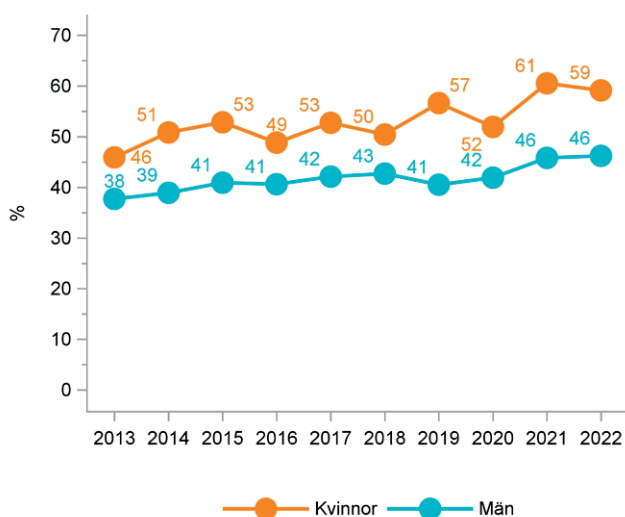
Liksom för insikt i sin sjukdom och problematik kan man förvänta sig att patienter som behandlas i öppenvård ska vara mer behandlingsmotiverade jämfört med patienter slutenvård, vilket också är fallet, även om skillnaden minskat något i jämförelse med 2021. I öppenvården har 36 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 51 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården var 27 respektive 53 procent.

Body Mass Index (BMI)

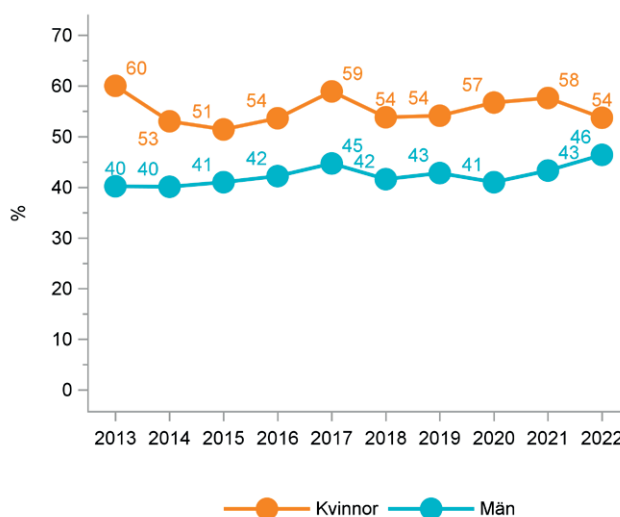
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Rapporten använder sig av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma. Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männen har legat på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl slutensom i öppenvård.

Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedömdes lida av fetma fluktuerar något men har legat kring 50 procent under de senaste fem åren men ökade under 2019 till 57 procent. Förra årets siffror visade på en rejäl uppgång och andelen kvinnor med fetma ökade till 61 procent och männen till 46 procent. Andelen kvinnor och män låg kvar på en fortsatt hög nivå under 2022. Inom öppenvården närmade sig kvinnor och män varandra och förra årets gap på 15 procent minskade under 2022 till 8 procent då andelen kvinnor med BMI > 30 minskade till 54 procent och andelen män ökade till 46 procent.

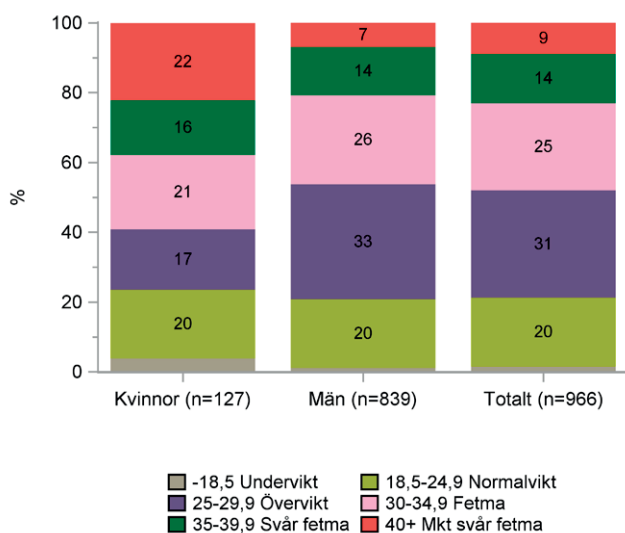
Figur 34. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



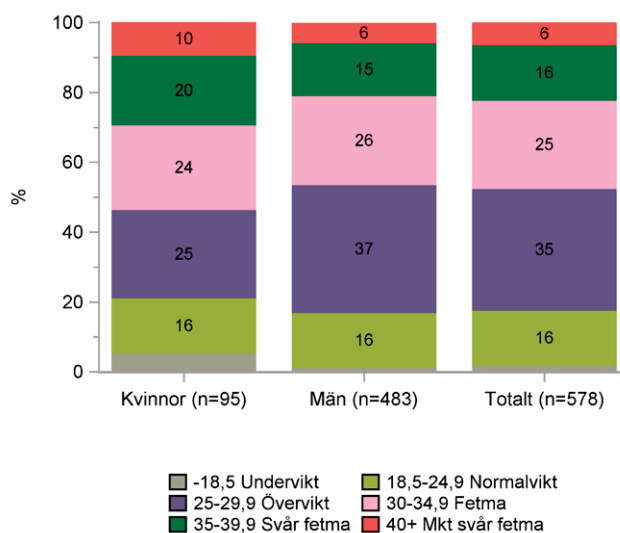
Figur 35. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



Figur 36. Andel patienter i respektive BMI-kategori, slutenvård.



Figur 37. Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.



Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR

Sedan rapporten 2014 har andelen patienter som var registrerade i RättspsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30 jämförts. Det har inte förelegat några betydande skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2022 års registreringar kvarstår likheterna.

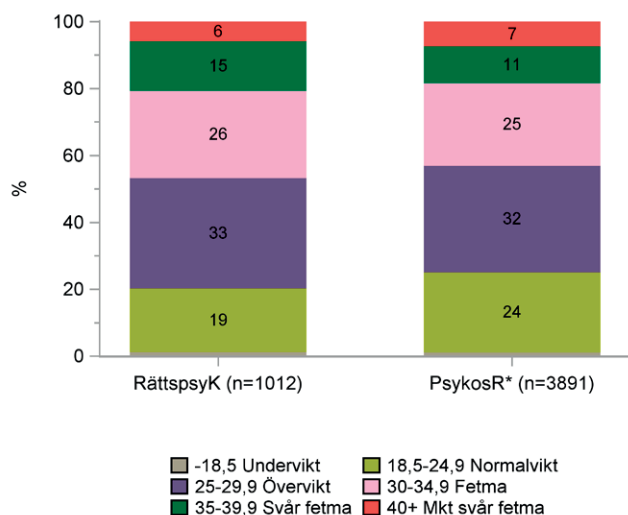
Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättspsyK:s data för att möjliggöra en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

Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (se Folkhälsomyndighetens hemsida om övervikt och fetma)

ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen 16–84 år. Sammanlagt hade 36 procent övervikt och 16 procent fetma, vilket sammanlagt betyder att 52 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. En större andel män (58 procent) än kvinnor (46 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 20 procent har BMI 30 och över. Fördelat på ålder är det gruppen mellan 45–64 som lider av övervikt eller fetma, och gäller 71 procent av männen och 56 av kvinnorna.

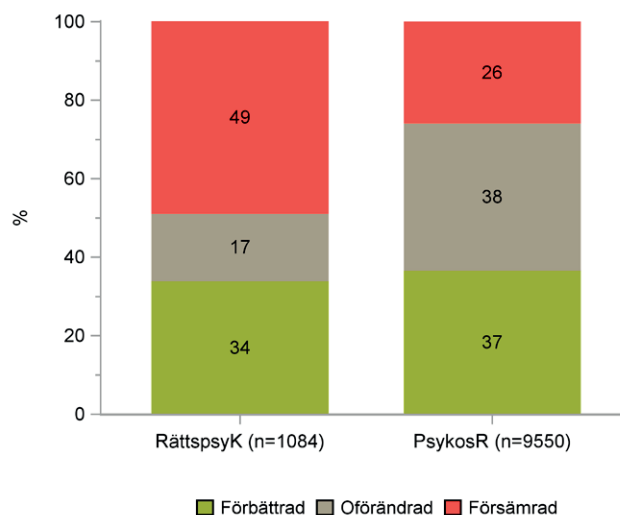
Över en tioårsperiod har endast marginella skillnader noterats. Siffrorna för RättspsyK har inte förändrats medan andelen patienter i PsykosR som ökat sitt BMI minskat från 37 procent 2021 till 26 procent 2022. Antal patienter som ingår i PsykosR är samma för bägge åren så det kan inte förklara den relativt stora skillnaden mellan åren.

Figur 38. Andel patienter i respektive BMI-kategori.



* Databasversion 2023-02-03.

Figur 39. Förändring av BMI åren 2009–2022*.



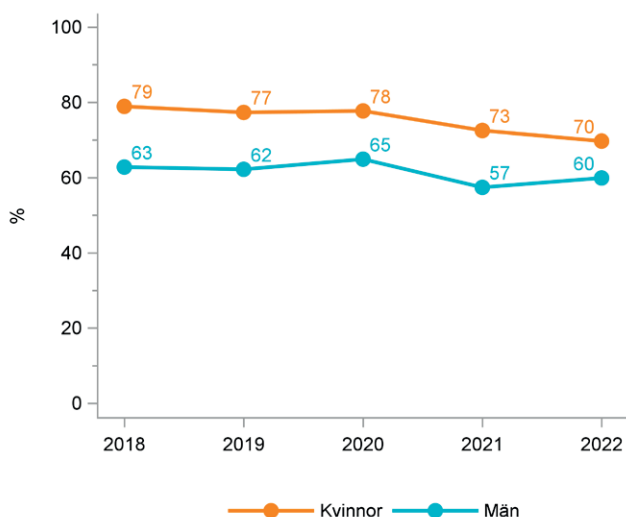
* I båda registren ingår endast patienter där första BMI-värdet är över eller lika med 25. I RättspsyK ingår endast patienter med psykosdiagnos. Definition av förändring: Minst 2,5 % minskning eller ökning av BMI-värdet. Databasversion PsykosR: 2023-02-03.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

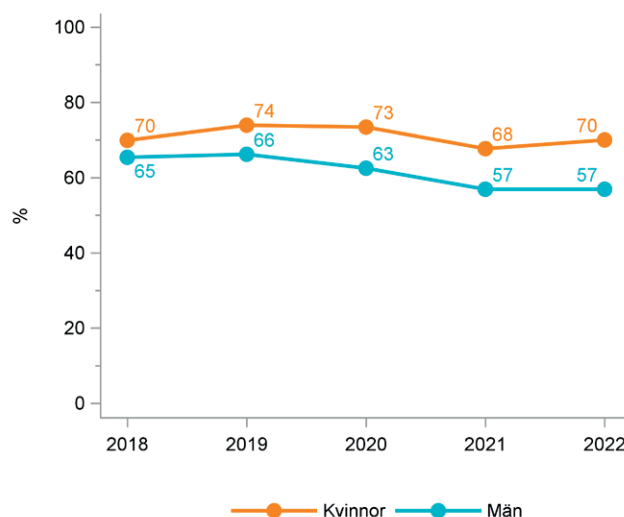
Andelen patienter i behov av hjälp med ekonomin var i klar majoritet och det har inte varit stora skillnader mellan åren men i årets rapport minskar antalet patienter i behov av hjälp. I årets rapport redovisas fördelningen mellan god

man och förvaltare, vilket är en nyhet för i år. Det är möjligt att ha både en god man och förvaltare samtidigt. Som synes i figurerna 42 och 43 är förändringarna små under perioden 2018–2022.

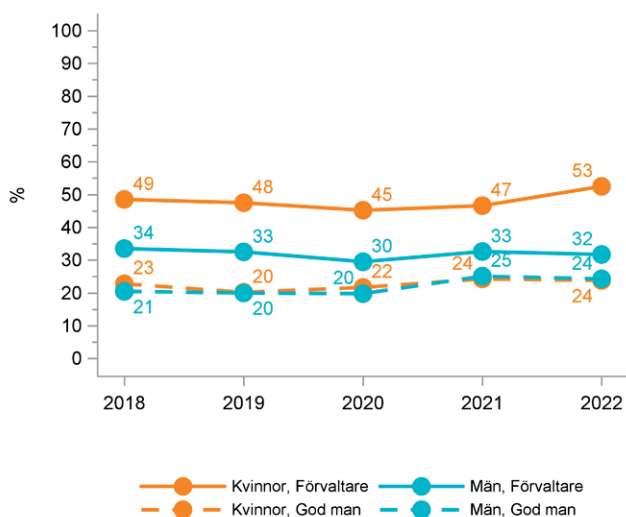
Figur 40. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



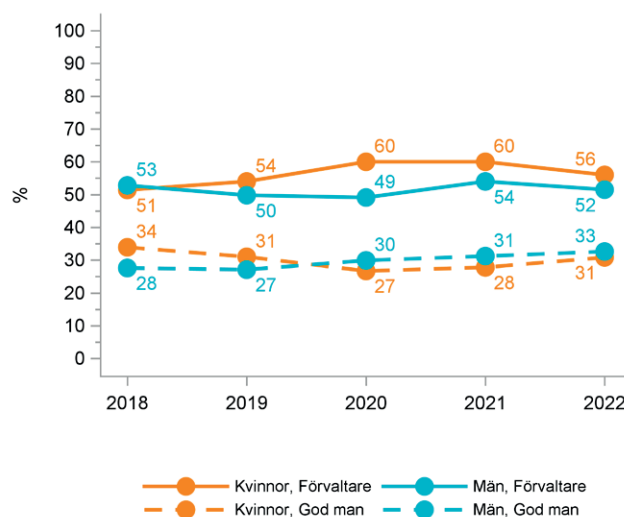
Figur 41. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



Figur 42. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, slutenvård.



Figur 43. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, öppenvård.



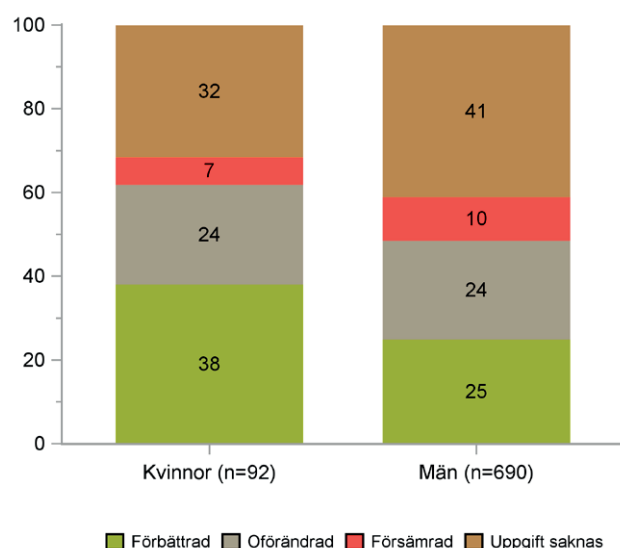
Skuldsituation

En klar majoritet av patienterna hade behov av hjälp med att hantera sin ekonomi, såsom visas i figur 40 och 41. Flera av patienterna hade dessutom skulder vid vårdens inledning eller fick skulder under vårdtiden på grund av t.ex. obetalda vårdavgifter eller inköp via internet. Om det fanns en skuld och hur den har utvecklats, har registrerats sedan 2008 men svarsalternativen har varierat vilket gör att jämförelser över åren inte är möjliga. Sedan Årsrapporten 2019 är svarsalternativen att skuldsituationen är ”förbättrad”, ”oförändrad” eller ”försämrad”. Ytterligare ett svarsalternativ finns, ”uppgift saknas” vilket innebär att personalen inte vet om patienten har en skuld eller så saknar de kunskap om hur en reell skuld har utvecklats.

Under 2022 har 92 kvinnor registrerats varav det saknas uppgifter för 32 procent. För 38 procent av kvinnorna förbättrades skuldsituationen. Bland männen var 690 patienter registrerade varav det saknas uppgifter för 41 procent. För 25 procent bland männen förbättrades skuldsituationen.

Det är svårt att göra jämförelser med tidigare år då det saknas uppgifter för en majoritet av patienterna och då antalet patienter är lågt, framför allt bland kvinnor, fluktuerar siffrorna mellan åren. Siffrorna för 2019, 2021 och 2022 är relativt samstämmiga medan år 2020 hade en högre andel som förbättrat sin skuldsituation. Genomgående över åren har kvinnorna förbättrat sina skuldsituationer i högre grad i jämförelse med männen.

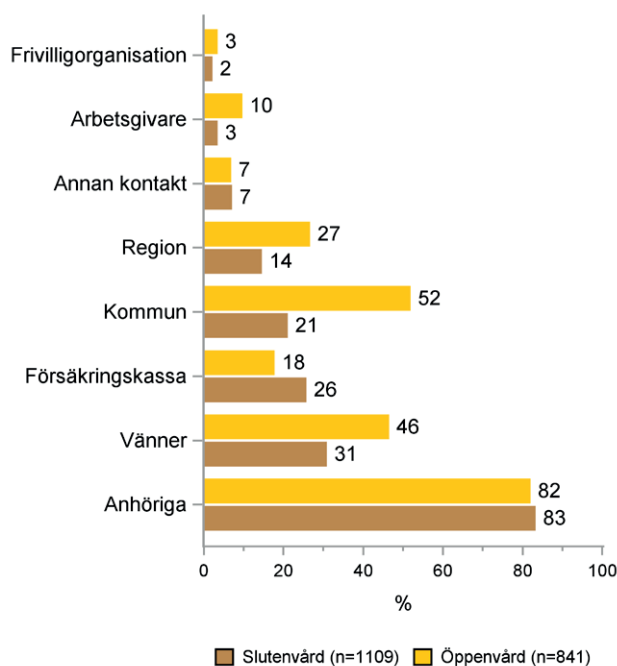
Figur 44. Förändring av skuldsituation.



Nätverk

Ett fungerande nätverk är av betydelse under den pågående vårdtiden men kanske framförallt vid vårdens avskrivning. Liksom i förra årets rapport presenteras fördelningen av nätverkskontakter mellan olika professionella kontakter liksom mellan vänner och anhöriga och efter vårdform. Under de senaste tio åren har andelen patienter som haft nätverkskontakter varit hög, över 90 procent. Det absolut största nätverket består av anhöriga. Denna siffra, strax över 80 procent, har varit konstant sedan 2011. Kontaktnätet med region och kommun är större i öppenvård, liksom vänner vilket är ett förväntat resultat. Data visar också att kontakten med anhöriga inte tycks minska under slutenvårdstiden, utan är till och med några procentenheter högre i slutenvården.

Figur 45. Fördelning av nätverkskontakter mellan sluten- och öppenvård.



Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Återfall i lagförda brott

Brå har inte uppdaterat siffrorna sedan 2019 utan här presenteras siffror som gäller för perioden 2009–2017. Genom samarbete med Brå har vi siffror på att 13 procent lagfördes för något brott begånget under vårdtiden, både under slutenvård och öppenvård (under perioden 2009–2017). 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. (Brå Kortanalys 2/2019).

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.

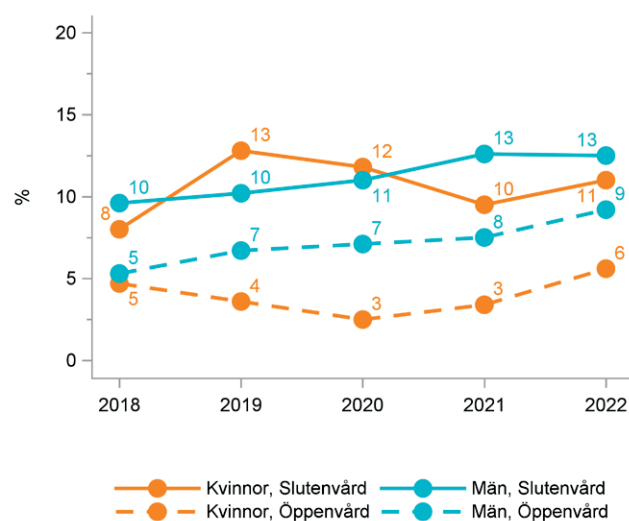
De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård. (Brå Kortanalys 2/2019, Brott som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019).

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 benämns ”Återfall i brottslig gärning under pågående vård” och det är dessa som presenteras i figur 46.

Att registrera återfall i brottslig gärning under pågående vård har naturligtvis sina begränsningar och det är möjligt att det förekommer fler återfall 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 46. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård i slutenvård (SV) och öppenvård (ÖV).

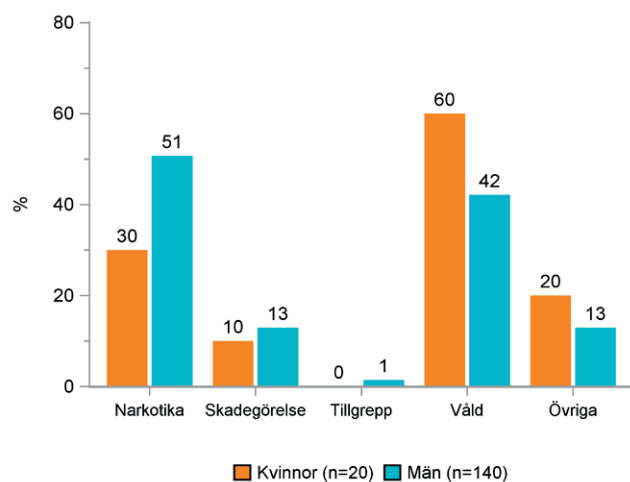


Återfall i brottslig gärning under pågående vård fluktuerar något för såväl kvinnor som män under femårsperioden 2018–2022. Under 2019 noterades en ökning bland kvinnor i slutenvården men minskade 2020 och 2021. Under 2022 ökade andelen rapporterade brottsliga gärningar i öppenvård något, för både män och kvinnor. Det rör sig dock om små tal och en skillnad på några få personer ger en skillnad på flera procent omräknat i andel. Det ska man ha i åtanke när man tolkar förändringar för kvinnor i öppenvården (fig. 46). Då antalet kvinnor var färre än 10 innebär en ökning från tre procent 2021 till sex procent 2022 enbart en skillnad på några få individer.

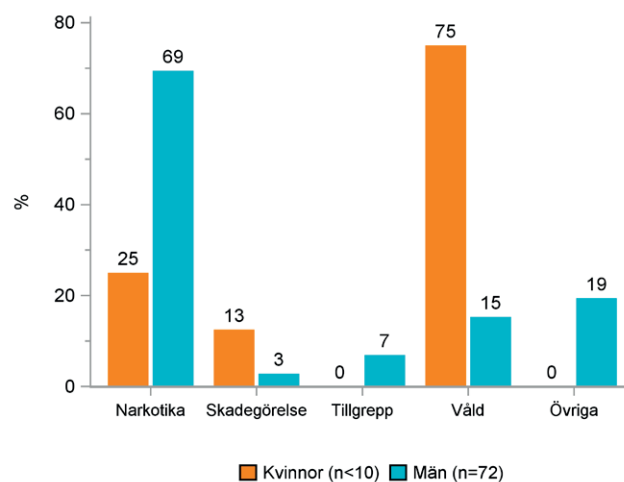
Antalet kvinnor som registrerades för brottslig gärning i öppenvård var således under 10 och i slutenvård 20. Antalet män som registrerades för brottslig gärning i öppenvård var 72 och i slutenvård 140.

Återfall i brottslig gärning under pågående vård redovisas i fem kategorier som redovisas i figur 47 och 48. Som syns i figurerna dominerade narkotikabrott, framför allt bland män som hade pågående behandling i öppenvård. Våldsbrott dominerade bland kvinnorna men man ska återigen ha i minnet att det rör sig om små tal. De höga staplarna kan visuellt ge en bild av att kvinnor var benägna till våld men det rör sig alltså om färre än tio kvinnor i öppenvård och 12 i slutenvård som återfallit i brottslig gärning i brottskategorin våld.

Figur 47. Återfall i brottsling gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier, **slutenvård**.



Figur 48. Återfall i brottsling gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier, **öppenvård**.



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 redovisas 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 görs 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

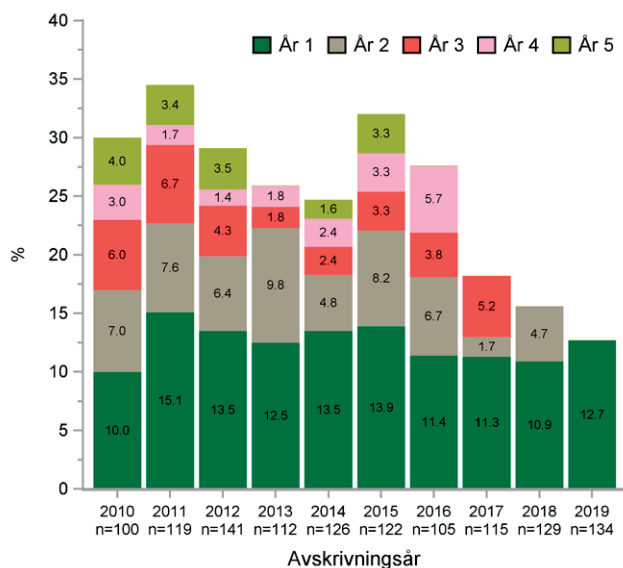
1. Brott mot liv och hälsa/brott mot person, BrB 3–7 kap.
2. Brott mot förmögenhet, BrB 8–12 kap.
3. Övriga brott

Dessa kategorier följer Brå:s klassificering av brott. Brott mot liv och hälsa/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. Brott mot förmögenhet innefattar bland annat stöld, rån, bedrägeri, förskingring, tillgrepp av fortskaffningsmedel, egenmäktigt förfarande, utpressning och häleri.

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.

Figur 49. Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård, ackumulerade värden.



Kommentar till siffrorna i figur 49

När denna rapport sammanställs är det möjligt att i samarbete med Brå göra 5-årsuppföljningar för patienter som avskrivits 2015 eller tidigare. Mellan 2010 och 2015 varierar andelen patienter som återfallit i brott inom 5 år efter avskrivning till, mellan 24 procent (2014) till 35 procent (2011). För patienter avskrivna 2016, 2017, 2018 och 2019 redovisas återfall 4, 3, 2 respektive 1 år efter avskrivning. Antal avskrivningar per år visas under respektive stapel i figur 49

Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Under åren 2010–2019 har sammanlagt 1 201 personer avskrivits från LRV-vård, 223 kvinnor och 978 män. Av dessa återföll 124 personer (11 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård. Fördelning mellan könen visar att återfall är vanligare bland män 12 procent (n = 109) hade återfallit i brott under första året efter vårdens avskrivning. Motsvarande siffror för kvinnorna var 7 procent (n = 15). Andelen avskrivningar av vården och återfallshändelser har varit relativt stabilt stabil över åren 2010 till 2019. Av dessa 124 personer fördelades indexbrottet inom brottskategorin våldsbrott (31 patienter), förmögenhetsbrott (38 patienter) och övriga brott (55 patienter). Med indexbrott avses brottet för vilket patienten dömts till rättspsykiatrisk vård.

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

Av de 31 personer som dömdes där indexbrottet var brott mot liv och hälsa återföll 18 (58 procent) i brott mot liv och hälsa. Inom gruppen brott mot liv och hälsa var misshandel (5§) det vanligaste brottet. Av de 38 personer där indexbrottet var brott mot förmögenhet återföll 16 (42 procent) i förmögenhetsbrott. Inom gruppen brott mot förmögenhet var ringa stöld det vanligaste brottet. Av de 55 personer där indexbrottet var övriga brott återföll 14 (25 procent) i övriga brott. De vanligaste återfallsbrotten i kategorin övriga brott var ringa narkotikabrott och olovlig körning.

Siffrorna visar att det var vanligast att återfalla i indexbrottet i de fall det rörde sig om brott mot liv och hälsa. Totalt var återfall i brott mot liv och hälsa den vanligaste brottstypen, vilket stod för 46 procent av samtliga återfallshändelserna, oavsett indexbrott. 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.

Antal brott vid lagföring

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De 124 personer som återföll registrerades för sammanlagt 504 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medelvärdet är 4,1 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser. Skillnad mellan könen var liten.

Tidigare lagföringar innan rättspsykiatrisk vård

Data från Brå visar på att det finns en relation mellan återfall och om personen har en eller flera lagföring, innan domen om LRV. Ju fler tidigare lagföringar desto fler återfall efter avskrivning av LRV. Det finns också en relation mellan den mest ingripande påföljden och återfall.

Tabell 1. Antal avskrivna patienter som återfallit inom 1 år under perioden 2010–2019, efter antal tidigare lagföringar (andel i procent anges inom parentes).

Antal lagföringar innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
1	22 av 221 (10,0)
2–3	34 av 231 (14,7)
4–8	33 av 133 (24,8)
9 eller fler	17 av 41 (41,5)
Ingen lagföring innan LRV-dom	18 av 528 (3,4)

Tabell 2. Antal avskrivna patienter som återfallit inom 1 år under perioden 2010–2019, efter mest ingripande påföljd (andel i procent anges inom parentes).

Mest ingripande påföljd vid lagföring innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
Böter	17 av 171 (9,9)
Frivårdspåföljder	39 av 177 (22,0)
Fängelse	38 av 174 (21,8)
Andra påföljder	12 av 104 (11,5)
Ingen lagföring innan LRV-dom	18 av 528 (3,4)

Vårdprocess

I detta kapitel redovisas 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. Slutsatser av jämförelser mellan de olika registren ska dras med försiktighet eftersom grupperna inte är helt jämförbara. I detta kapitel finns även analyser av vilka faktorer som är relaterade till avslutande av LRV.

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 §). Under året hade 33 procent av patienterna i slutenvård och 28 procent av patienterna en utsedd stödperson. Fortsatt ses att fler kvinnor har en stödperson (35 procent) jämfört med män (30 procent). Den dominerande orsaken till att stödperson inte utsetts var att patienten avböjt sådant stöd.

Samverkan med andra aktörer

I denna redovisning kan samma patient förekomma i flera kategorier. Det kan för en och samma patient finnas fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan samtidigt ha definierade behov som kräver samverkan som inte är uppfylld.

I tabell 3 ses hur stor andel av patienterna som har någon fungerande samverkan med en extern aktör. Ingen större skillnad noteras mellan könen. Däremot ses en viss skillnad mellan de öppna respektive slutna vårdformerna.

Patienter i öppenvård har till 94 procent någon fungerande samverkan med extern aktör, jämfört med 82 procent för patienter som fortsatt vårdas i slutenvård. Dessa siffror indikerar att man inom slutenvård har fått till en viss förbättring jämfört med föregående år. Motsvarande skillnad ses när man rapporterar brist på samverkan med en relevant extern aktör, tabell 4. För patienter i slutenvård noteras för 16 procent av patienterna att det saknas samverkan med en väsentlig aktör. För öppenvårdspatienterna är den siffran väsentligen lägre, endast sex procent vilket är en ytterligare förbättring jämför med föregående år.

När dessa siffror bryts ner per aktör ses stora skillnader mellan öppen och slutenvård. För patienter i öppenvård ser man som tidigare att det finns en fungerande samverkan för merparten av patienterna i form av samverkan med behandlingshem och kommunala vårdgivare, figur 50. Kopplingen är rimlig eftersom kommuner som aktörer är delaktiga i vården på behandlingshem. På samma sätt ser vi motsvarande för patienter i slutenvård avseende icke tillgodosedda samverkansbehov, figur 51. För patienter i slutenvård är de största icke tillgodosedda samverkansbehoven som tidigare den med kommunala vårdgivare och behandlingshem.

Å ena sidan kan de otillfredsställda vårdbehoven handla om brister i samverkan mellan enskilda kliniker och enskilda kommuner. Å andra sidan kan det handla om att patienternas sjukdomstillstånd fluktuerar och gör det svårt att upprätthålla en och samma långsiktiga öppenvårdsform. Det kan även noteras att samverkan med väsentliga aktörer som kommunala verksamheter är betydligt större för patienter i öppenvård. Detta skulle kunna vara ett uttryck för att man under en längre tids slutenvård lyckats både hjälpa patienten till större stabilitet samtidigt som man lyckats finna samverkan med patientens kommunala verksamheter.

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

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Fungerande samverkan, %
Slutenvård	Kvinnor	145	86,9
	Män	960	80,8
	Totalt	1105	81,6
Öppenvård	Kvinnor	130	93,8
	Män	706	94,5
	Totalt	836	94,4
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	275	90,2
	Män	1666	86,6
	Totalt	1941	87,1

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

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Icke tillgodosett samverkansbehov, %
Slutenvård	Kvinnor	145	18,6
	Män	960	15,5
	Totalt	1105	15,9
Öppenvård	Kvinnor	130	5,4
	Män	706	5,8
	Totalt	836	5,7
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	275	12,4
	Män	1666	11,4
	Totalt	1941	11,5

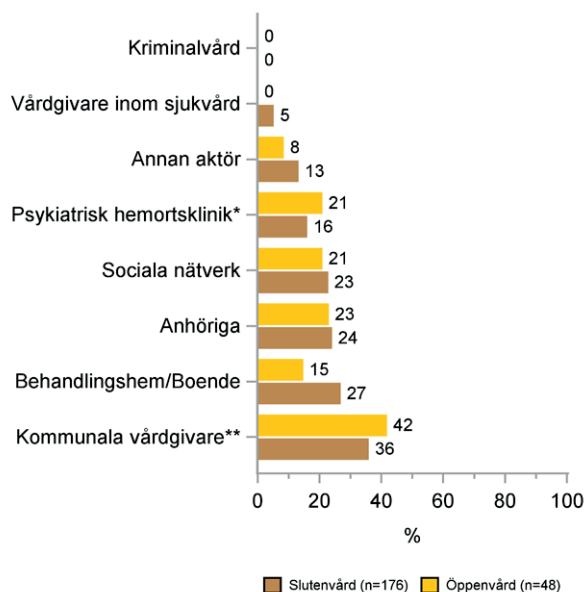
Figur 50. Andel patienter med fungerande samverkan per aktör efter vårdform.



* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/ rättspsykiatrisk öppenvård

** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Figur 51. Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör efter vårdform.



* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/ rättspsykiatrisk öppenvård

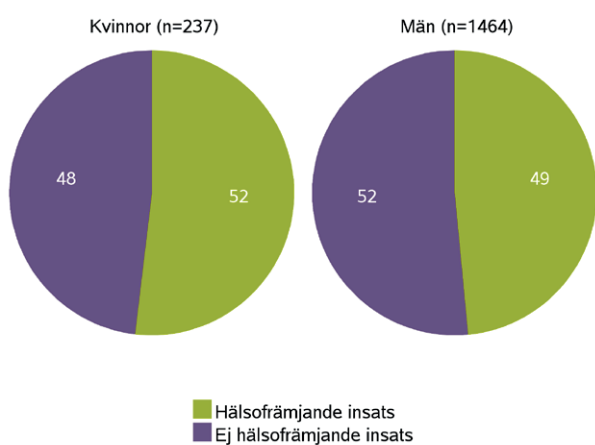
** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Hälsofrämjande insatser

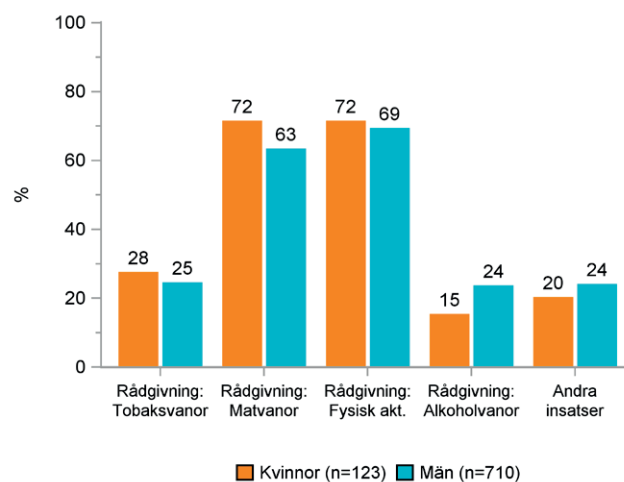
Patientgruppen har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som en hög förekomst av övervikt och fetma. Som framgår senare i detta kapitel så har en mycket stor andel av patienterna i RättspsyK behandling för diabetes och hjärtkärlsjukdomar. Den höga andelen patienter med övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och fetma visar på vikten av hälsofrämjande åtgärder. De senaste tre åren finns därför inrapporterat vilka hälsofrämjande åtgärder

patienterna erbjudits och genomfört. Som framgår av rapporteringen så erhåller som tidigare omkring hälften av alla patienter, utan skillnad mellan kvinnor och män, någon form av hälsofrämjande insatser, figur 52. De vanligaste formerna av hälsofrämjande insatser är som tidigare rådgivning om matvanor och fysisk aktivitet vilket är relevant i förhållande till den höga förekomsten av övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdom, figur 53.

Figur 52. Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser.



Figur 53. Fördelning av hälsofrämjande insatser.



Läkemedelsbehandling

Liksom tidigare år har patienterna delats upp i två grupper, de med psykosdiagnos respektive de utan psykosdiagnos. Tidigare redovisningar har varit något missvisande eftersom gruppen psykospatienter har identifierats som patienter med psykosjukdom som huvuddiagnos men inte tagit med de individer som haft psykosjukdom som bidiagnos. I tabell 5 återfinns de patienter som har en psykosdiagnos angiven som huvuddiagnos eller bidiagnos, det vill säga alla patienter som hade någon diagnos inom ICD F20.0–F29.9. I tabell 6 återfinns de patienter som inte har psykosdiagnos, varken som huvuddiagnos eller bidiagnos.

Tabell 5. Antal patienter med psykosdiagnos (ICD F20.0–F29.9) som ordinerats läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	60 av 188 (31,9)	403 av 1278 (31,5)	463 av 1466 (31,6)
Första generationens antipsykotika, peroralt	36 av 188 (19,1)	236 av 1278 (18,5)	272 av 1466 (18,6)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	68 av 188 (36,2)	448 av 1278 (35,1)	516 av 1466 (35,2)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	104 av 188 (55,3)	691 av 1278 (54,1)	795 av 1466 (54,2)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	54 av 188 (28,7)	401 av 1278 (31,4)	455 av 1466 (31,0)
Antidepressiva	62 av 188 (33,0)	398 av 1278 (31,1)	460 av 1466 (31,4)
Stämningsstabiliserande antiepileptika	46 av 188 (24,5)	192 av 1278 (15,0)	238 av 1466 (16,2)
Litium	12 av 188 (6,4)	70 av 1278 (5,5)	82 av 1466 (5,6)
Beroendesjukdomar	11 av 188 (5,9)	104 av 1278 (8,1)	115 av 1466 (7,8)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	35 av 188 (18,6)	195 av 1278 (15,3)	230 av 1466 (15,7)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	80 av 188 (42,6)	465 av 1278 (36,4)	545 av 1466 (37,2)
ADHD	9 av 188 (4,8)	74 av 1278 (5,8)	83 av 1466 (5,7)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	59 av 188 (31,4)	406 av 1278 (31,8)	465 av 1466 (31,7)
Medel vid diabetes	27 av 188 (14,4)	171 av 1278 (13,4)	198 av 1466 (13,5)
Övriga somatiska sjukdomar	139 av 188 (73,9)	798 av 1278 (62,4)	937 av 1466 (63,9)
Ingen somatisk medicinering	46 av 188 (24,5)	375 av 1278 (29,3)	421 av 1466 (28,7)
Ingen psykofarmaka	0 av 188 (0,0)	46 av 1278 (3,6)	46 av 1466 (3,1)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	179 av 188 (95,2)	1182 av 1278 (92,5)	1361 av 1466 (92,8)

Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan psykosdiagnos

Tabell 5 beskriver läkemedelsanvändningen för 1 466 patienter med psykosdiagnos. För dessa patienter noteras inte oväntat att 93 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 32 procent behandling med depåneuroleptika från första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA) och ytterligare 35 procent med depotneuroleptika från andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA). Dessa siffror är väsentligen oförändrade över åren.

I tabell 6 beskrivs läkemedelsanvändningen för 484 patienter som inte har psykosdiagnos, varken som huvuddiagnos eller bidiagnos. Bland dessa är 66 procent av patienterna ordinerade antipsykotiska läkemedel. Tolv procent av dessa patienter har behandling med FGA depåneuroleptika och ytterligare 22 procent med SGA depåneuroleptika.

Tabell 6. Antal patienter utan psykosjukdom (ICD F20.0-F29.9) som ordinerats läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	15 av 90 (16,7)	45 av 394 (11,4)	60 av 484 (12,4)
Första generationens antipsykotika, peroralt	22 av 90 (24,4)	46 av 394 (11,7)	68 av 484 (14,0)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	15 av 90 (16,7)	91 av 394 (23,1)	106 av 484 (21,9)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	43 av 90 (47,8)	154 av 394 (39,1)	197 av 484 (40,7)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	14 av 90 (15,6)	48 av 394 (12,2)	62 av 484 (12,8)
Antidepressiva	48 av 90 (53,3)	156 av 394 (39,6)	204 av 484 (42,1)
Stämningsstabiliserande antiepileptika	33 av 90 (36,7)	86 av 394 (21,8)	119 av 484 (24,6)
Litium	10 av 90 (11,1)	37 av 394 (9,4)	47 av 484 (9,7)
Beroendesjukdomar	0 av 90 (0,0)	32 av 394 (8,1)	32 av 484 (6,6)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	20 av 90 (22,2)	47 av 394 (11,9)	67 av 484 (13,8)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	49 av 90 (54,4)	150 av 394 (38,1)	199 av 484 (41,1)
ADHD	9 av 90 (10,0)	49 av 394 (12,4)	58 av 484 (12,0)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	34 av 90 (37,8)	122 av 394 (31,0)	156 av 484 (32,2)
Medel vid diabetes	10 av 90 (11,1)	50 av 394 (12,7)	60 av 484 (12,4)
Övriga somatiska sjukdomar	75 av 90 (83,3)	255 av 394 (64,7)	330 av 484 (68,2)
Ingen somatisk medicinering	10 av 90 (11,1)	115 av 394 (29,2)	125 av 484 (25,8)
Ingen psykofarmaka	9 av 90 (10,0)	62 av 394 (15,7)	71 av 484 (14,7)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	62 av 90 (68,9)	255 av 394 (64,7)	317 av 484 (65,5)

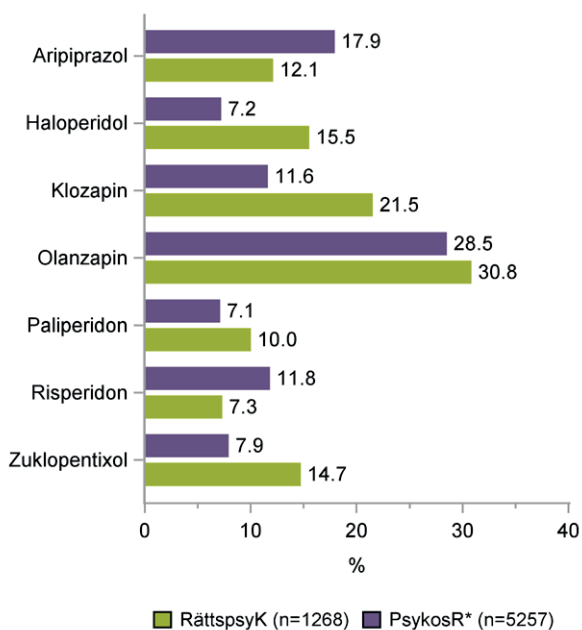
Att i stort sett samtliga patienter med psykosjukdom som diagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Av intresse är att 66 procent av alla patienter som inte har psykosjukdom ordinerar antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas flera förklaringar till detta.

Om det rent faktiskt skulle vara så att samtliga patienter med antipsykotisk behandling egentligen har en psykosdiagnos så innebär detta, såsom i tidigare rapporter, att 86 procent av alla patienter inom den rättspsykiatriska vården skulle ha en psykosjukdom.

Antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri i jämförelse med PsykosR

I bland annat Läkemedelsverkets riktlinjer för farmakologisk behandling vid schizofreni från 2013 rekommenderas i första hand aripiprazol, olanzapin och risperidon vid nydebuterad psykossjukdom. Aripiprazol anses ha svagare antipsykotisk effekt men totalt sett mer gynnsam biverkningsprofil. Dessa riktlinjer är i stort sett likartade som Svenska Psykiatriska Föreningens från 2014 där även perfenazin anges som förstahandsmedel. Klozapin rekommenderas i tredje hand men har en särställning effektmässigt eftersom det har dokumenterat bäst effekt över tid på suicidalitet och våldsutövande, det sistnämnda relevant för den rättspsykiatriska populationen. Det är därför intressant att se på fördelningen mellan de vanligaste antipsykotiska läkemedlen inom rättspsykiatri i jämförelse med övrig psykosvård så som det framkommer i det nationella kvalitetsregistret PsykosR.

Figur 54. Jämförelse av farmakologisk behandling mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



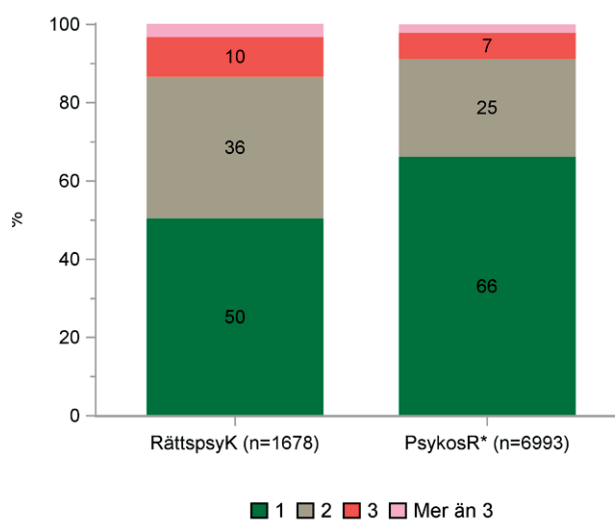
* Databasversion 2023-02-03

Från figur 54 ses att inga större skillnader i användning av antipsykosmedel har inträffat. Som tidigare år noteras att rättspsykiatriska patienter har en betydligt större användning av klozapin jämfört med patienter i PsykosR. Detta är rimligt då man kan anta att rättspsykiatrins patienter har svårare former av psykossjukdom liksom att de har en större risk för våldshandlingar under inflytande av sjukdomen.

Polyfarmaci för antipsykosbehandlade patienter, jämförelse med PsykosR

I psykosbehandling anses generellt att man ska sträva efter så kallad monoterapi avseende antipsykotisk behandling, det vill säga 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 55. Antal antipsykotiska läkemedel per patient registrerade i RättspsyK och PsykosR.



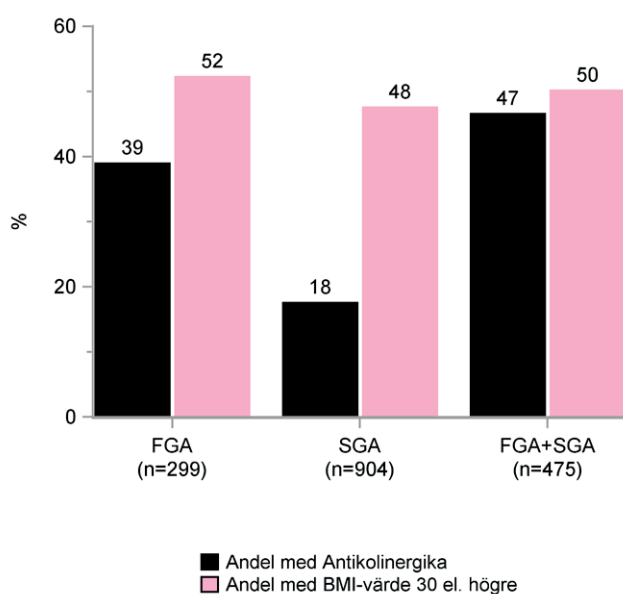
* Databasversion 2023-02-03

I figur 55 framgår att polyfarmaci, det vill säga att man använder mer än ett antipsykotiskt läkemedel 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 50 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri har mer än ett antipsykosläkemedel medan motsvarande siffra för patienter i annan psykosvård är 34 procent. Dessa siffror är i stort sett identiska med tidigare uppföljningar, det vill säga att polyfarmacin förefaller vara konstant i sin förekomst över åren.

Biverkningar antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel är behäftade med en hel del biverkningar. Första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA), är behäftade med extrapyramidala biverkningar i form av stelhet, parkinsonliknande symtom, akatisi (svårighet att sitta stilla) samt kramper i framför allt nack- och halsmuskulatur (dystonier). Andra generationens antipsykotiska läkemedel (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 56. Andel patienter med BMI minst 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp; första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA), andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA) eller både FGA+SGA.

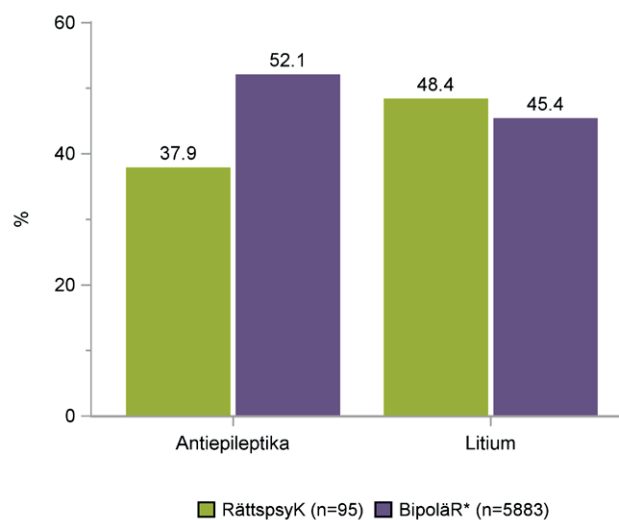


I figur 56 kan noteras, inte oväntat, att patienter med behandling med FGA har ett avsevärt större användande av antikolinergika läkemedel mot biverkningar av extrapyramidal karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant, och tvärt emot det förväntade, är att andelen patienter med minst 30 i BMI är högre (52 procent) bland de patienter som enbart har FGA jämfört med de patienter som endast använder SGA (48 procent) trots att SGA generellt sett har större viktökande potential. Det är oklart varför det inte är en skillnad till SGA nackdel. Oavsett så manar det till fortsatta livsstils- och hälsoinsatser för båda grupperna avseende kost och motion. Mönstret avseende övervikt i förhållande till typ av neuroleptika har inte väsentligen ändrats över de år detta har rapporterats.

Bipolär sjukdom

Användningen av antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel är av intresse.

Figur 57. Andel patienter som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i RättsspsyK och Bipolär.



* Databasversion 2023-02-03.

Som framgår av figur 57 så använder 30 procent av patienter med bipolär sjukdom inom rättsspsykiatri antiepileptika som ofta används som stämningsstabiliserande läkemedel. Litium användes av 48 procent av patienter med bipolär diagnos i RättsspsyK jämfört med 45 procent av patienterna i Bipolär.

Somatisk översjuklighet, diabetes och hjärt-kärlsjukdom

Det är väl känt att personer med schizofreni har en översjuklighet i somatisk sjukdom som förkortar den förväntade livslängden för män med 15 år och kvinnor med 12 år. Detta förefaller vara särskilt relevant för de rättspsykiatriska patienterna som över lag har en anmärkningsvärd hög förekomst av läkemedelsbehandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

I tabell 7 redovisas hur många kvinnor respektive män som har läkemedelsbehandling för dessa sjukdomsgrupper. I tabellen anges även hur stor andel av patienterna som förväntas ha sådan behandling jämfört med den svenska

befolkningen. Den förväntade andelen patienter som anges är beräknat från Socialstyrelsens register av månatligen utlämnade läkemedel uppdelat efter kön och åldersgrupp.

Som framgår av tabell 7 så är översjukligheten anmärkningsvärt hög. För kvinnor i RättpsyK är diabetesbehandling 6,7 gånger vanligare och behandling för hjärt-kärlsjukdom 5,5 gånger vanligare än förväntat, jämfört med köns- och åldersmatchad svensk normalpopulation. För män är motsvarande siffror 7,2 respektive 5,9 gånger vanligare. Sammantaget har 13 procent av patienterna läkemedelsbehandling för diabetes och 30 procent av patienterna läkemedelsbehandling för hjärt-kärlsjukdom.

Tabell 7. Antal patienter med läkemedelsbehandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdom (andel i procent anges inom parentes). Jämförelse med en köns- och åldersmatchad normalpopulation.

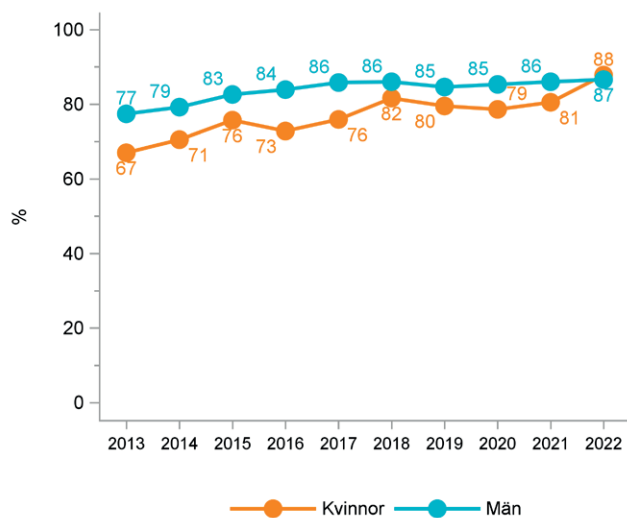
Behandling	Kön	RättpsyK	Förväntat antal ¹	Relativ risk ²
Diabetesbehandling	Kvinnor	37 av 277 (13,4)	5,5 av 277 (2,0)	6,7
	Män	220 av 1669 (13,2)	30,6 av 1669 (1,8)	7,2
Hjärt-kärlbehandling	Kvinnor	85 av 277 (30,7)	15,6 av 277 (5,6)	5,5
	Män	500 av 1669 (30,0)	88,2 av 1669 (5,3)	5,9

¹ Beräknat från en köns- och åldersmatchad normalpopulation.

² Beräknat som kvoten mellan faktiskt antal patienter med läkemedelsbehandling i RättpsyK och förväntat antal individer med läkemedelsbehandling i förhållande till befolkningen i Sverige.

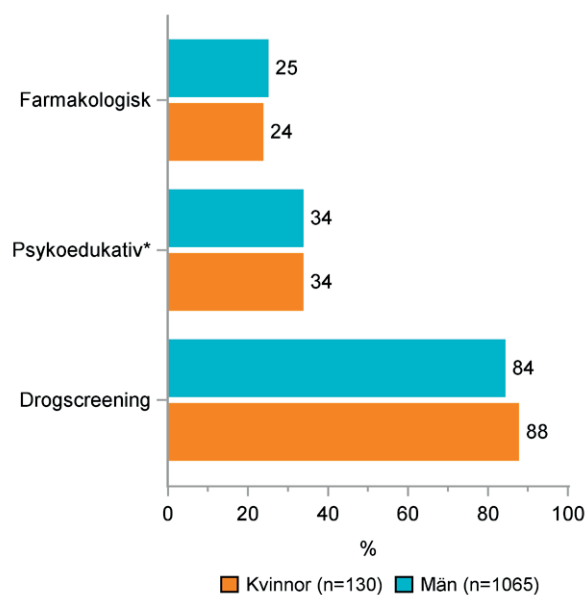
Missbruksbehandling

Figur 58. Andel patienter som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



För patienter med missbruksdiagnos har insatserna ökat under det senaste decenniet. De senaste åren har nivån av insatser stabiliserats på cirka 85 procent utan större skillnad mellan könen.

Figur 59. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling.

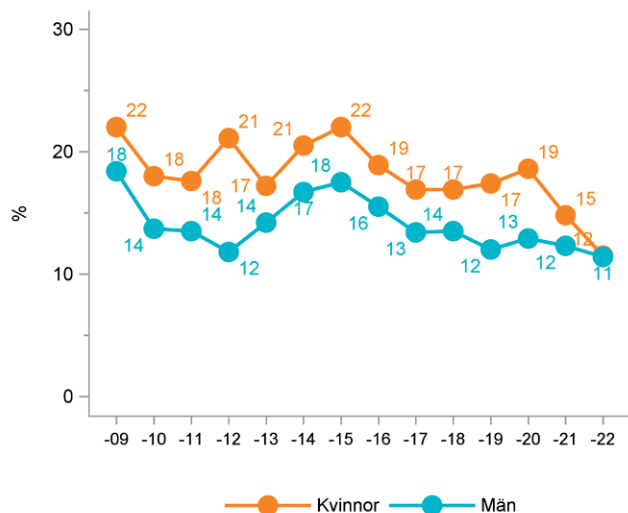


* Motivational interviewing, Community Reinforcement Approach, Återfallsprevention och Psykoterapi.

Som noteras i figur 59 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, det vill säga 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 fortfarande, inte bara nationellt, utan även internationellt, ett utvecklingsområde då det saknas evidensbaserade behandlingsprogram för patientgruppen.

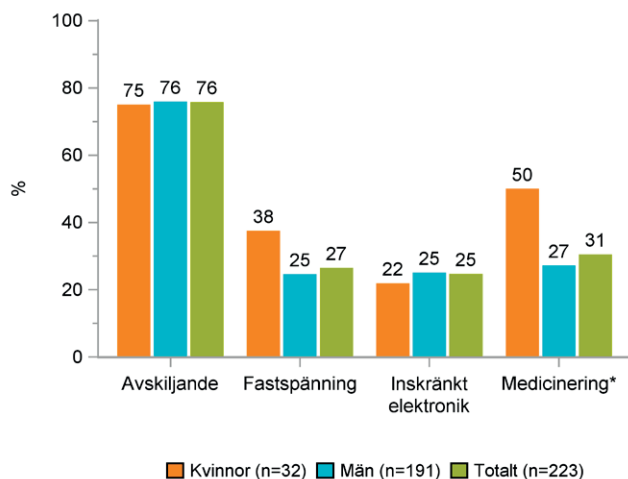
Tvångsåtgärder

Figur 60. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.



Som framgår av figur 60 så har andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder varierat över åren. Som noterats i tidigare rapporter minskade antal tvångsåtgärder från 2015 och framöver. I tidigare rapporter kommenteras att detta kan ha varit ett uttryck för en förändring i lagstiftningen 2014 då reglerna för elektronisk kommunikation ändrades så att nu mer generella regler gäller för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Den förändring som kan noteras är att det sedan 2015 varit en stabil nedgång av tvångsåtgärder, framför allt för kvinnor.

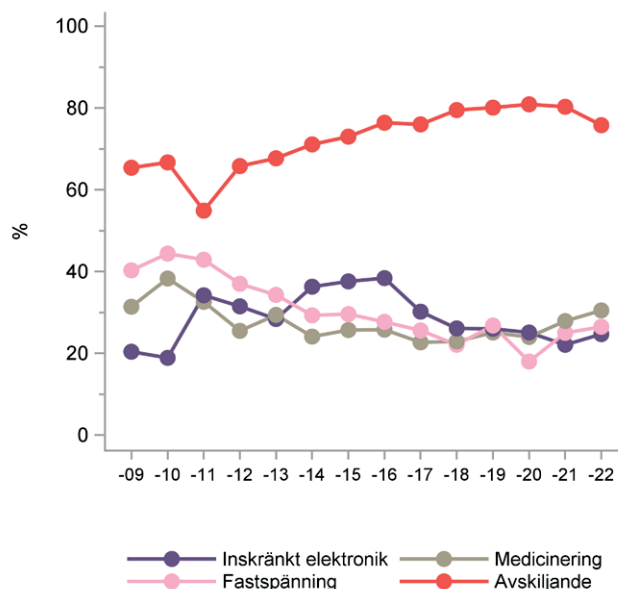
Figur 61. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Utförd under fastspänning eller fasthållande

Som tidigare är avskiljande den vanligaste åtgärden medan fastspänning, inskränkt elektronik och tvångsmedicinering ligger oförändrat.

Figur 62. Fördelning av tvångsåtgärder mellan 2009–2022.



Intressant är att betrakta de olika typer av tvångsåtgärder patienter blivit föremål för. I figur 62 ses att andelen patienter som blir föremål för avskiljande har ökat sen starten av registret men legat stabilt de senaste fem till sex åren. Samtidigt så har andelen patienter som blir föremål för mer ingripande insatser som fastspänning och tvångsmedicinering avsevärt reducerats, vilket är i linje med internationella studier som visar att minskning av vissa tvångsåtgärder resulterar i ökning av andra.

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 åt 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. Registret avser därför att arbeta vidare med frågan om indikatorns relevans i dess nuvarande form.

Andel patienter som uppges ha en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 48 procent 2022, det vill säga väsentligen oförändrat över åren. Från svaren i fritextalternativet så ser man hur verksamheterna anger vad brottsbearbetning innebär. I fallande ordning är psykologsamtal och brottsbearbetande samtal vanligast.

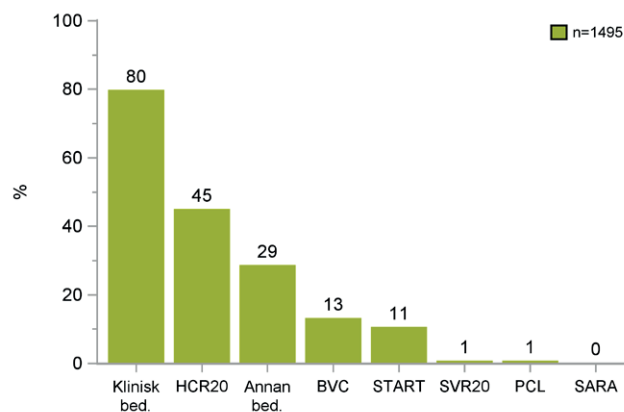
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

Den rättspsykiatriska vården har ett dubbelt uppdrag. Dels ska patienterna vårdas, behandlas och rehabiliteras i förhållande till sin sjukdom och dessutom ska risken för återfall i allvarlig brottslighet reduceras genom olika behandling, 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 behandling insatser.

Genomförda riskbedömningar

Under 2022 gjordes riskbedömningar på minst 80 procent av patienterna sedan föregående registreringstillfälle. Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 45 procent av fallen vilket är en bedömningsmetod som avser lång tids prediktion av återfall i allvarlig brottslig gärning och även omfattar i sin senare version, HCR-20 v3, handläggningsstrategier för att minska återfallsrisken. Eftersom många patienter har mycket långa vårdtider så har man troligen inte bedömt det som meningsfullt att genomföra denna typ av bedömning oftare än så. Andelen patienter som bedömts med olika metoder har inte väsentligen förändrats.

Figur 63. Andel patienter som riskbedömts.



Behandling utifrån riskfaktorer

Till årsrapporten rapporteras vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Som förebyggande insatser anges som föregående år farmakologisk behandling för 89 procent. Struktur i vardagen anges såsom i tidigare rapporter som förebyggande insats för 80 procent, stöd och träning för 36 procent (2020 23 procent), psykoedukativa insatser samma som föregående år för 24 procent samt specifika psykoterapeutiska behandlingar samma som föregående år för 13 procent av patienterna. Överlag rapporteras ökande insatser för att minska risken för återfall de senaste tre åren.

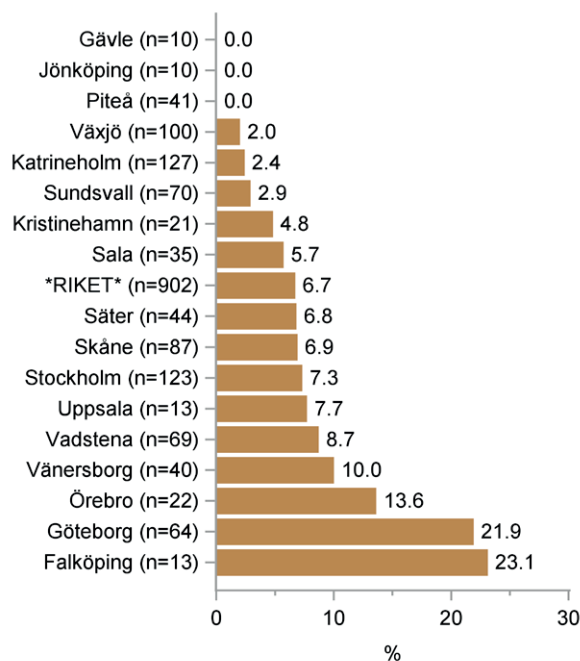
Beskrivning av riskbedömningsinstrument

- 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.

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 har senaste åren minskat. 2020 var andelen 10 procent, 2021 8 procent och 2022 6,7 procent.

Figur 64. Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



Vårdrelaterade faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård

Då RättspsyK nu har inrapporterade data sedan mer än tio år kan analyser göras av hur länge patienter vårdas efter intagning och vilka faktorer som är associerade till LRV-tidens längd. Grunddata anger att mediantiden till avskrivning av LRV för de patienter där vården har påbörjats 2009 eller senare är 93 månader. Med detta avses att hälften av alla som tas in jämlikt LRV har en vårdtid med LRV, öppen eller sluten vård på minst 93 månader, räknat från lagkraftvunnen dom fram till att LRV avskrivs. Om man enbart ser till dem som dömts för mord så är medianvårdtiden över 14 år.

Att medianvårdtiden inte kan fastställas beror på att registret inte funnits tillräckligt länge för att fånga detta. Dessa mediananalyser beskriver således längden av LRV för samtliga patienter som intagits i registret sedan 2009 och skiljer sig därmed från dem som beskrivs i nästa kapitel där det beskrivs hur länge man varit intagen jml LRV när vården väl avslutas. I detta avsnitt analyseras vilka vårdrelaterade faktorer som påverkar längden till avslutad vård.

Vård- och 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 vårdtidens längd. 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 fått psykiatrisk vård, tidigare varit dömd jämlikt LRV, dokumenterad historia av missbruk, drogpåverkad vid brott, våldsbrott samt schizofrenidiagnos.

Alla patienter med för analysen fullständiga data i registret mellan 2009 och 2022 ingår i analysen, N=1 884. Analyserna visar att kön, tidigare rättspsykiatrisk vård, schizofrenidiagnos och våldsbrott inte påverkar vårdtidens längd. Vårdtiden blir signifikant längre för yngre patienter (< 40 år vid intagning), för patienter dömda till LRV med SUP, om man tidigare fått psykiatrisk vård eller har en dokumenterad historia av missbruk.

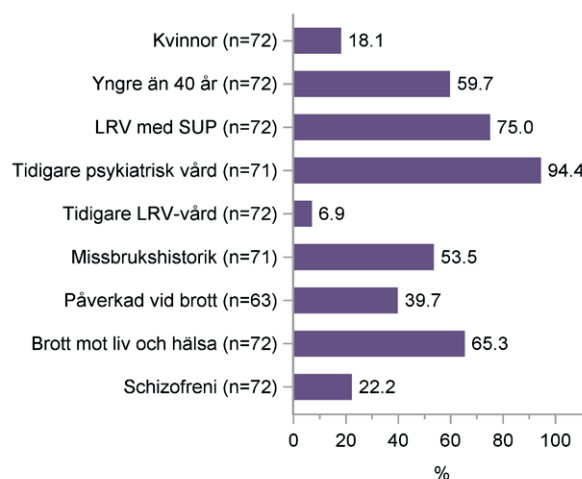
Oberoende av dessa ”statiska” ingångsvariabler så finner man att patienter som vid senaste bedömningen bedömts ha lågt symtomtryck, hög grad av motivation till behandling, hög grad av insikt samt avsaknad av återfall i brott har signifikant större sannolikhet att få sin vård avslutad.

”Fyra- och sexårsgrupper”

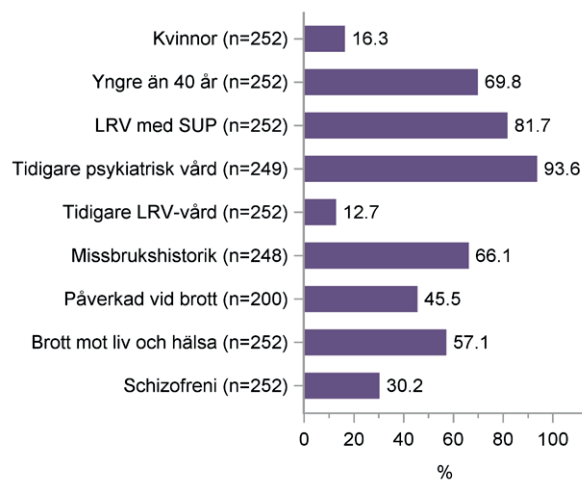
Skillnaderna som beskrivs ovan bekräftas och illustreras grafiskt i figur 65 och 66. I dessa två figurer ses i den så kallade ”fyraårsgruppen” patienter vilka är de som tagits in jämlikt LRV under åren 2015 och 2016 och som efter fyra år fortfarande var i LRV vård men som var utskrivna inom sex år. I ”sexårsgruppen” återfinns de patienter som togs in samma år (2015 och 2016) men som sex år efter intagning fortfarande var i LRV-vård.

Skillnaderna mellan dem som skrivs ut tidigare och de som skrivs ut från LRV senare bekräftas i stort sett ytterligare när man ser på profilen för de patienter som fortfarande är kvar under LRV tvångsvård efter 10 år, figur 67.

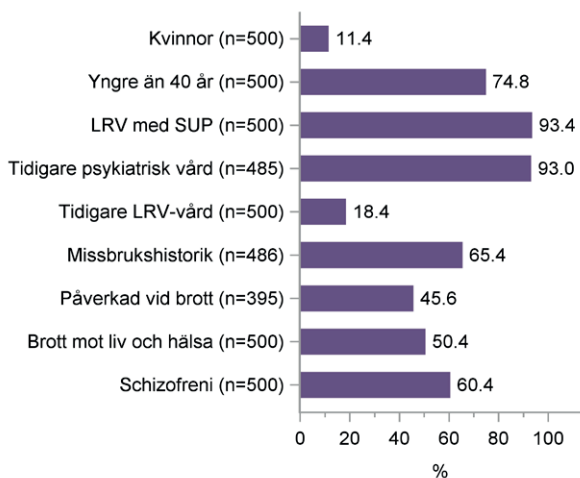
Figur 65. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



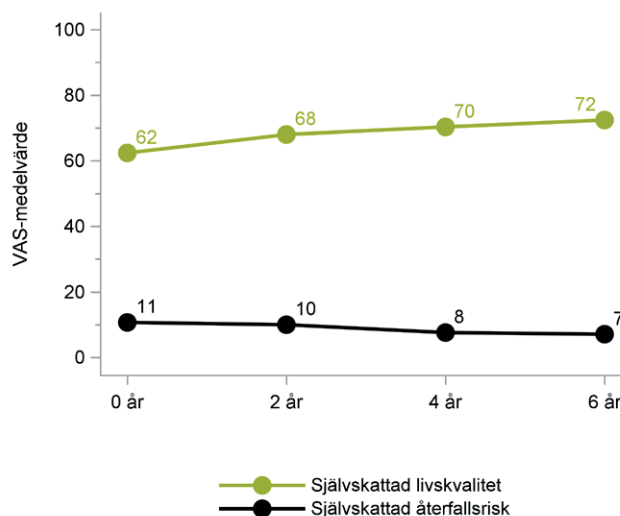
Figur 66. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.



Figur 67. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



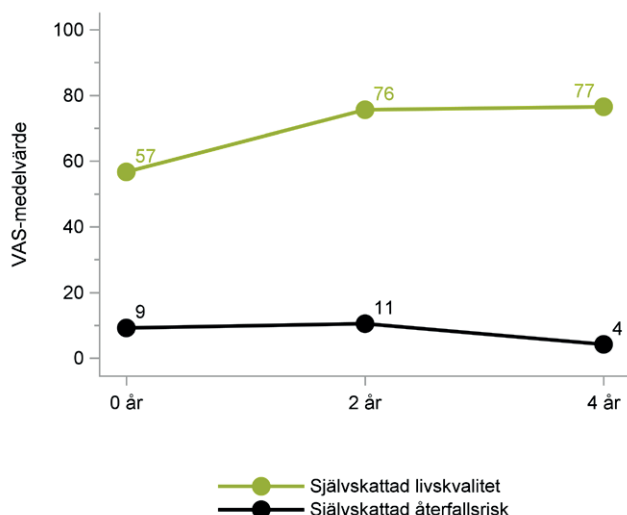
Figur 69. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.



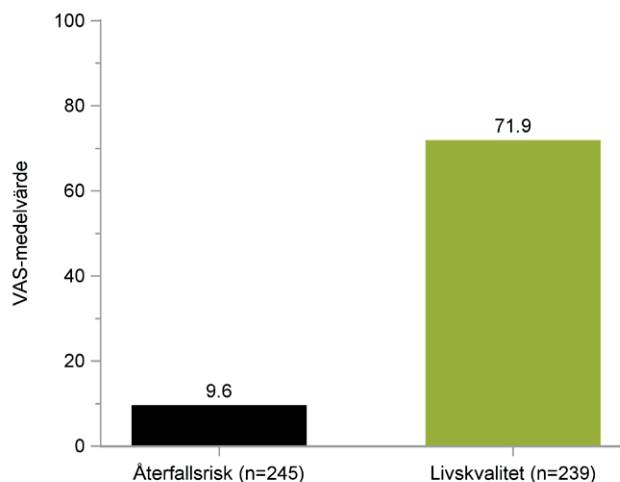
Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

Årligen samlas uppgifter om självskattningar och indikatorer i vården in. Med de ovan beskrivna fyra- och sexårsgrupperna kan man följa utvecklingen av dessa indikatorer. Mönstret för självskattad livskvalitet och återfallsrisk ser likartad ut som föregående år, figur 68 och 69. Livskvaliteten förefaller att stiga över tid vilket även kan noteras för patienter som vårdats sedan före 2013, figur 70.

Figur 68. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.

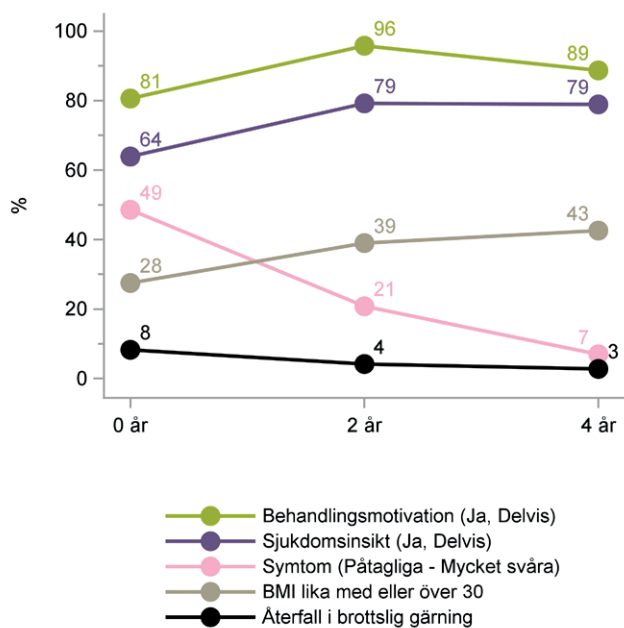


Figur 70. Självskattningar, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



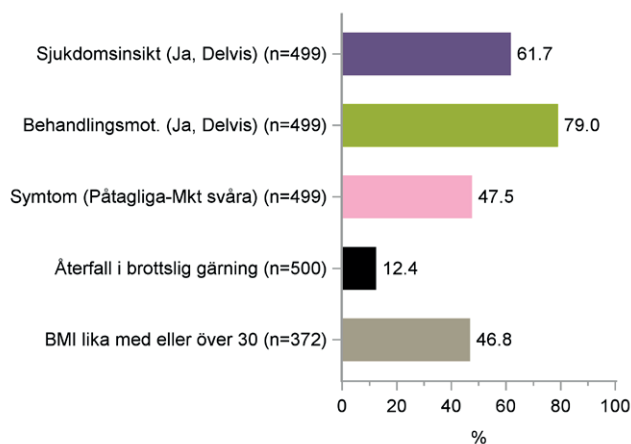
I figurerna 71 och 72 ses förändringarna i viktiga variabler över tid i fyra- och sexårsgrupperna. I båda grupperna ses över tid en påtaglig minskning symtomtryck (det vill säga allvarlighetsgrad av symtom). Symtomtrycket minskar avsevärt för fyraårsgruppen, dvs de som skrivs ut inom sex år.

Figur 71. Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.

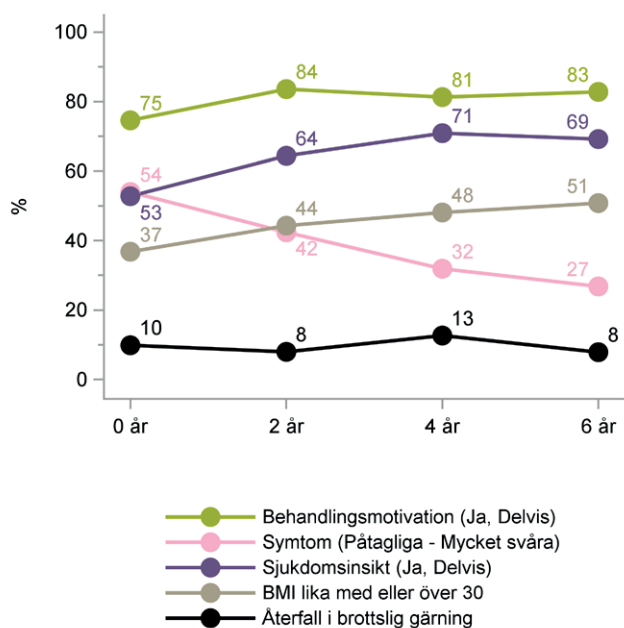


Skillnaderna är ännu tydligare när man ser till den grupp som intagits före 2013 och fortfarande vårdas. För den gruppen förekommer högt symtomtryck hos 47 procent.

Figur 73. Indikatorer, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



Figur 72. Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Årligen bedömda indikatorer i förhållande till avslut av LRV

Tabell 8. Jämförelse mellan fyra- och sexårsgruppen vid fyra års vårdtid.

Indikator	Grupp		p-värde ¹
	4 år (n=71)	6 år (n=251)	
Behandlingsmotivation [Ja, delvis]	88,7 %	81,3 %	0,157
Symptom [Påtagliga-Mycket svåra]	7,0 %	31,9 %	0,000
Sjukdomsinsikt [Ja, Delvis]	78,9 %	70,9 %	0,228
Återfall i brottslig gärning	2,8 %	12,8 %	0,015

* Fischers exakta test, dubbelsidigt

Årligen samlas uppgifter in om indikatorer i vården av betydelse. I tabell 8 ses en jämförelse mellan de ovan nämnda fyra- och sexårsgrupperna avseende rapporterad behandlingsmotivation, symptomtryck, rapporterad sjukdomsinsikt samt förekomst av brottslig gärning såsom rapporterat senaste året. Dessa faktorer speglar aktuella förhållanden i dessa två grupper efter fyra år.

Skillnaderna som ses i tabell 8 visar att de viktigaste faktorerna för att inte bli utskrivna efter fyra år var symptomtryck och återfall i brottslig gärning. Av de som blev utskrivna efter fyra år, inom ett par år, så hade endast sju procent högt symptomtryck vid fyra år medan av de som fortfarande inte var utskrivna efter sex år så hade 32 procent ett högt symptomtryck vid rapporterings tillfället vid fyra år. Detta indikerar att patienter med svåra symptom blir kvar inom LRV-vården längre.

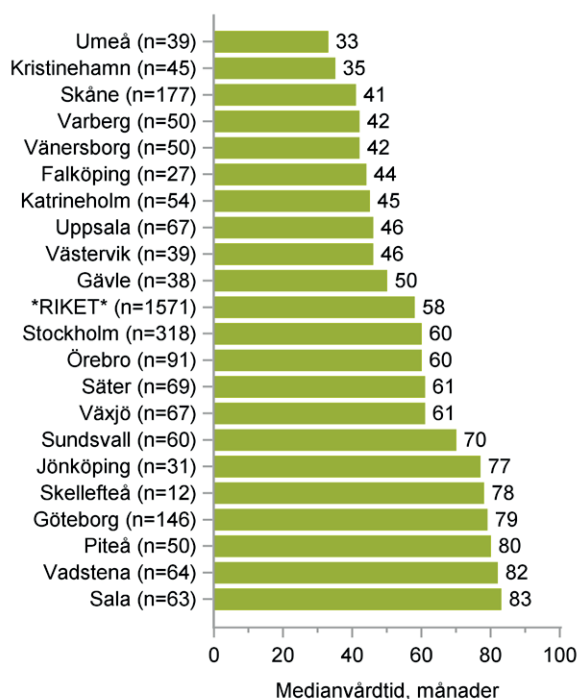
Sammanfattning av faktorer som motiverar utskrivning från LRV

Sammantaget visar de uppgifter som registret samlat in under mer än 10 år vilka faktorer som är associerade med längd på vårdtid och avskrivning från LRV. Utfallet indikerar hur den rättspsykiatriska vården tillsammans med förvaltningsrätterna bedömer betydelsen olika faktorer vid beslut om fortsättning eller avslut av LRV. Patienter med lågt symptomtryck, låg frekvens av återfall i brott under vårdtiden, utan dokumenterad historia av missbruk och högre ålder vid indexbrottet får sin vård jämlikt LRV avslutad tidigare. Det som sticker ut är dock att de som dömts för mord har avsevärt längre vårdtider. Detta ger vid handen att den rättspsykiatriska vården och förvaltningsrätterna överlag agerar i enlighet med evidens i förhållande till rättspsykiatrins dubbla uppdrag, det vill säga att både rehabilitera människor med allvarlig psykisk störning och samtidigt ta ansvar för samhällets krav på skydd mot återfall i våldsbrott.

Vårdtid

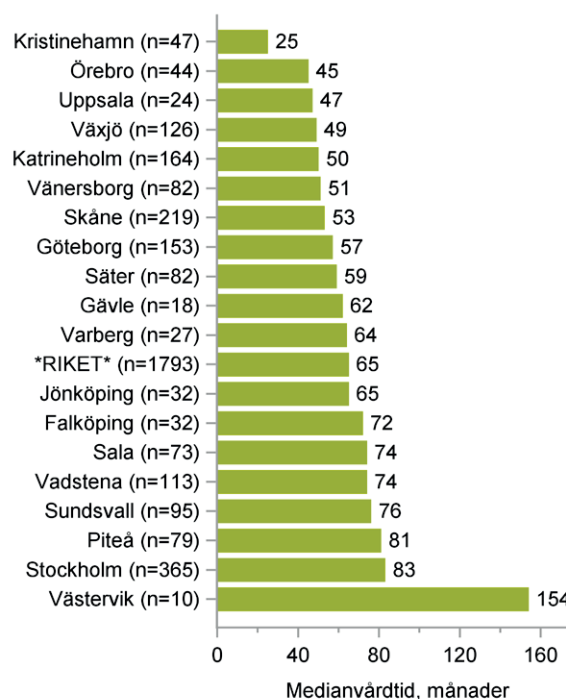
Sammanlagt 1 509 patienter har fått den rättspsykiatriska vården avskriven under åren 2013–2022. Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet. De varierande vårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt, och att de därför delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkat resultaten i någon 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 74. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2022.



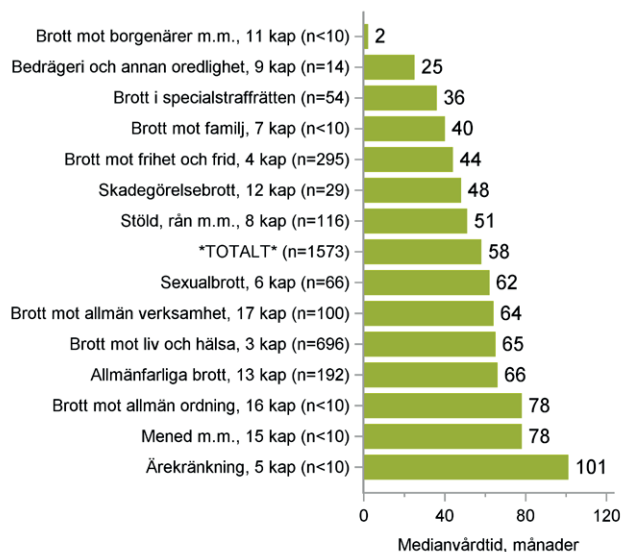
Medianvårdtiden för samtliga patienter för vilka vården avslutats är 58 månader (strax under fem år). Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 33 månader (två år och nio månader) och 83 månader (sex år och elva månader). Medianvårdtiden vid avskriven vård har ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv.

Figur 75. Medianvårdtid för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



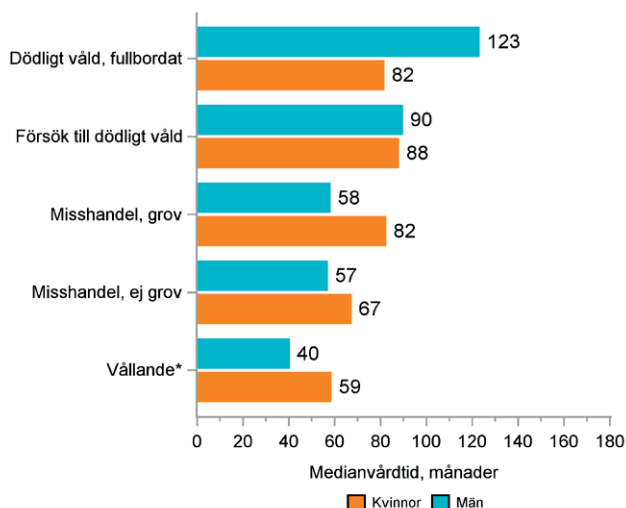
För patienter i pågående vård 2022 är spridningen av medianvårdtider ännu större, mellan 25 månader (två år och en månad) och 154 månader (12 år och 10 månader). Detta kan dock påverkas mycket av enstaka patienter på enheter med få patienter, och för patienter med pågående vård i riket som helhet är medianvårdtiden 65 månader (fem år och fem månader).

Figur 76. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2022.



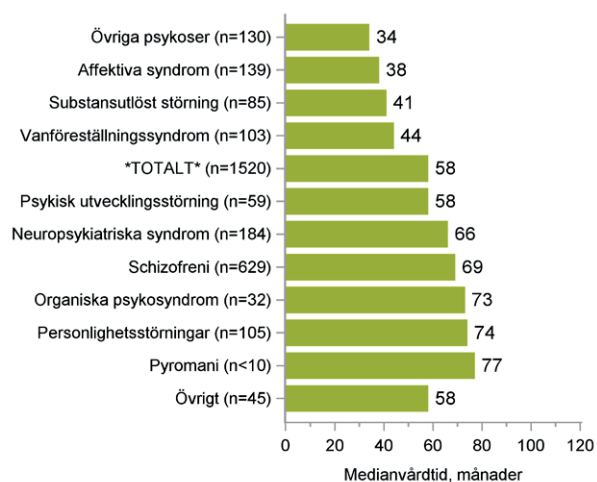
Medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avskriven vård varierar kraftigt. Den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, har en medianvårdtid på 65 månader (fem år och tre månader). Längst medianvårdtid har de patienter som dömts för ärekränkning (101 månader), men då denna grupp är mycket liten bör detta tolkas med försiktighet.

Figur 77. Medianvårdtid för olika typer av brott mot liv och hälsa för patienter med avskriven vård under åren 2009–2022.



*Vållande till annans död, sjukdom, kroppsskada, framkallande av fara för annan.

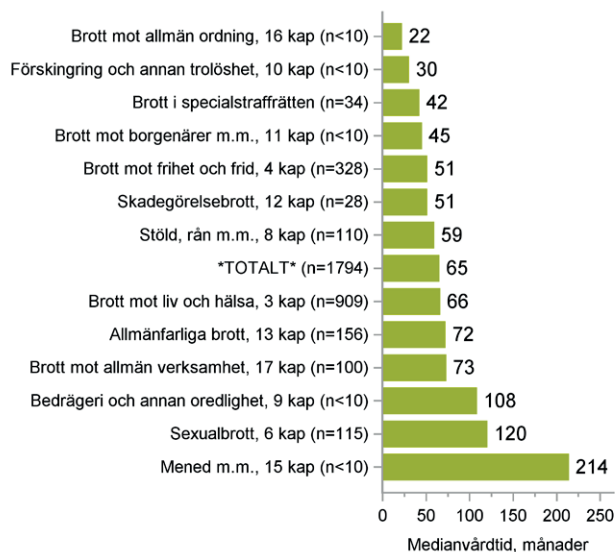
Figur 78. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2022.



Det finns en stor variation inom gruppen brott mot liv och hälsa. För patienter med avskriven vård är det tydligt att där indexbrottet varit dödligt våld har medianvårdtiden varit betydligt längre än för andra brott mot liv och hälsa.

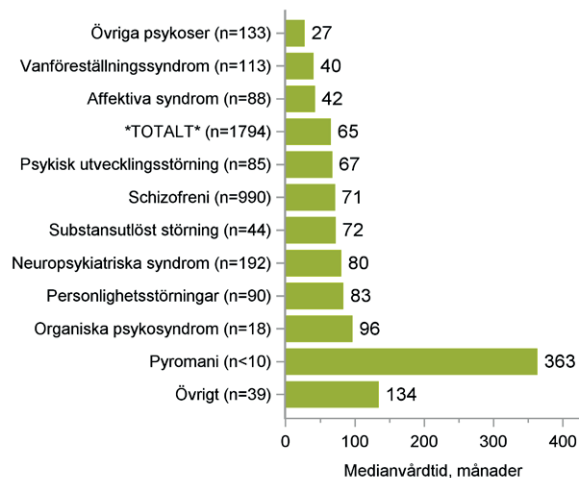
Vårdtiderna varierar även mellan patienter tillhörande olika diagnosgrupper, mellan 34 och 77 månader beroende på grupptillhörighet. För patienter med den vanligaste huvuddiagnosen, schizofreni, är medianvårdtiden 69 månader.

Figur 79. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



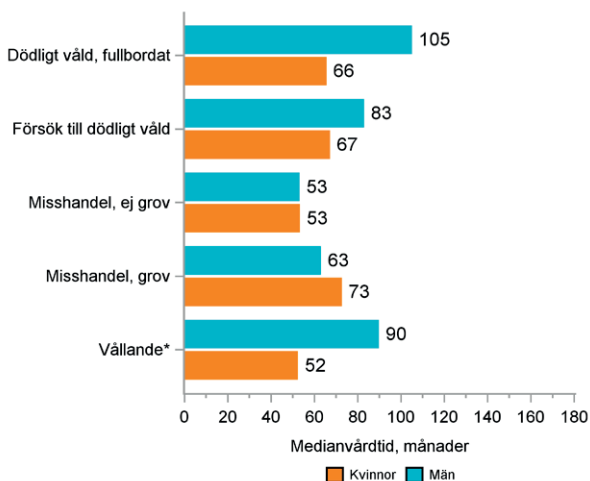
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter som tillhör brottsgruppen har en medianvårdtid på 66 månader i pågående vård. De patienter som har begått sexualbrott och har pågående vård har mycket långa vårdtider, där medianen under 2022 var 120 månader (tio år).

Figur 81. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



Medianvårdtiden för alla patienter tillhörande samtliga diagnosgrupper i pågående vård var 65 månader 2022, vilket är en ökning med tre månader jämfört med 2021. För diagnosgruppen pyromani är medianvårdtiden extremt lång, 363 månader (30 år och tre månader), men detta baseras på ytterst få patienter.

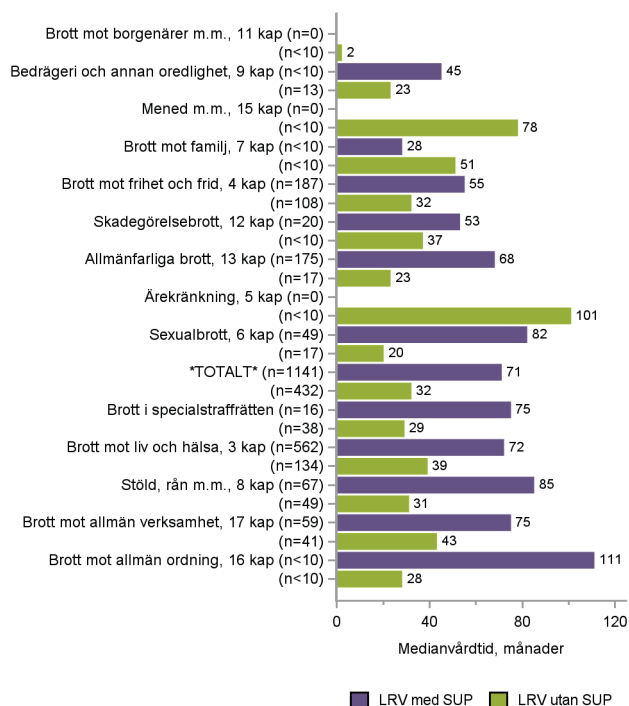
Figur 80. Medianvårdtid för olika typer av brott mot liv och hälsa för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



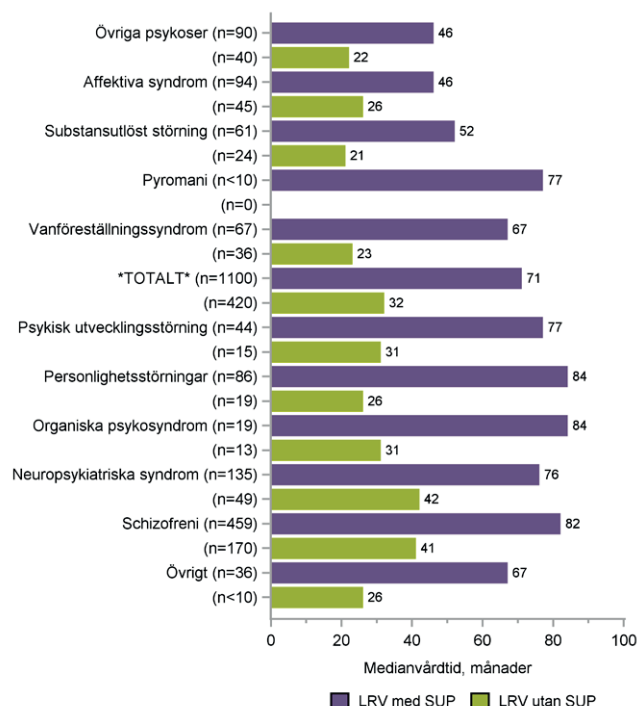
*Vållande till annans död, sjukdom, kroppsskada, framkallande av fara för annan.

Även för de patienter med pågående vård syns en trend av längre medianvårdtider för de som dömts för dödligt våld, framför allt för män.

Figur 82. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2022.

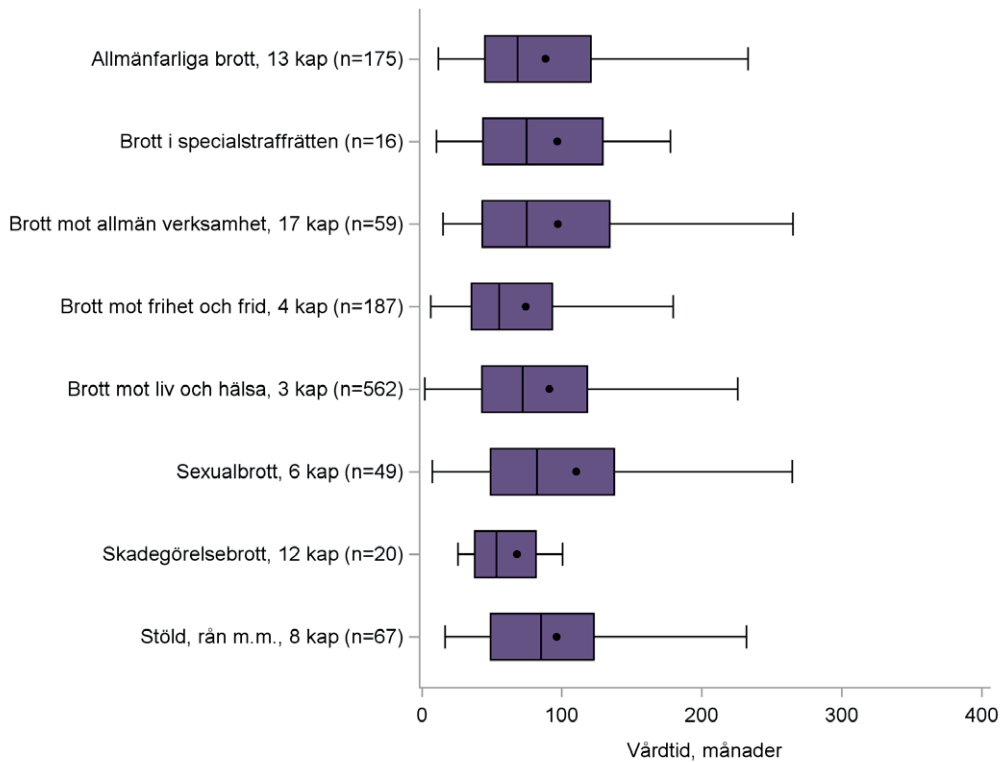
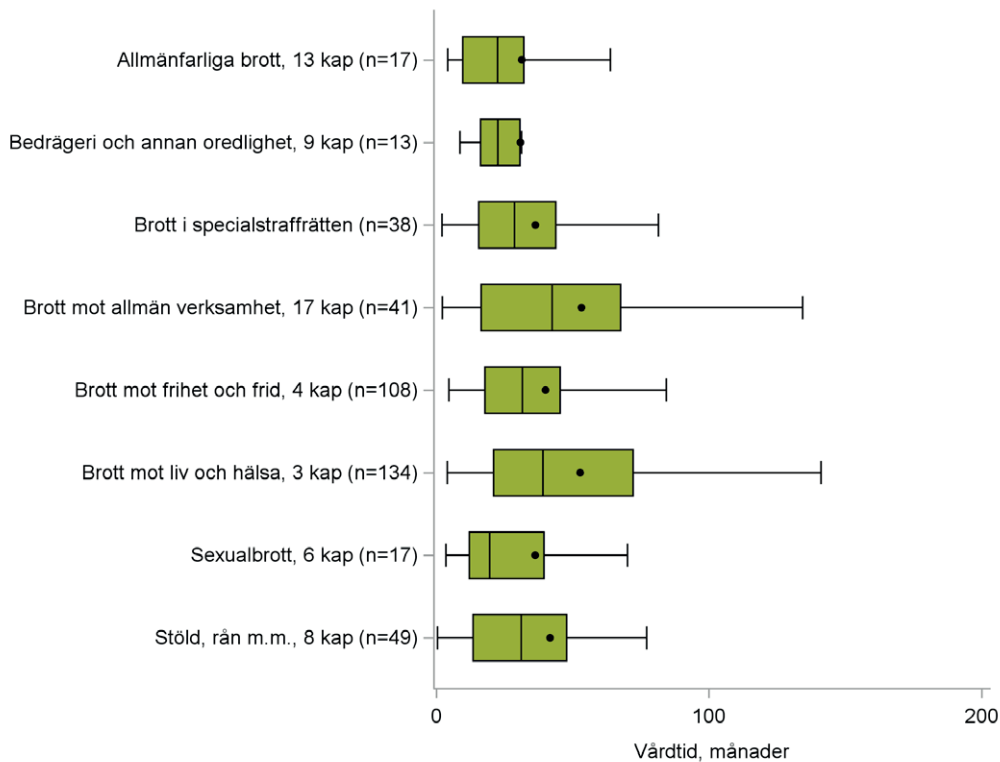


Figur 83. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2022.



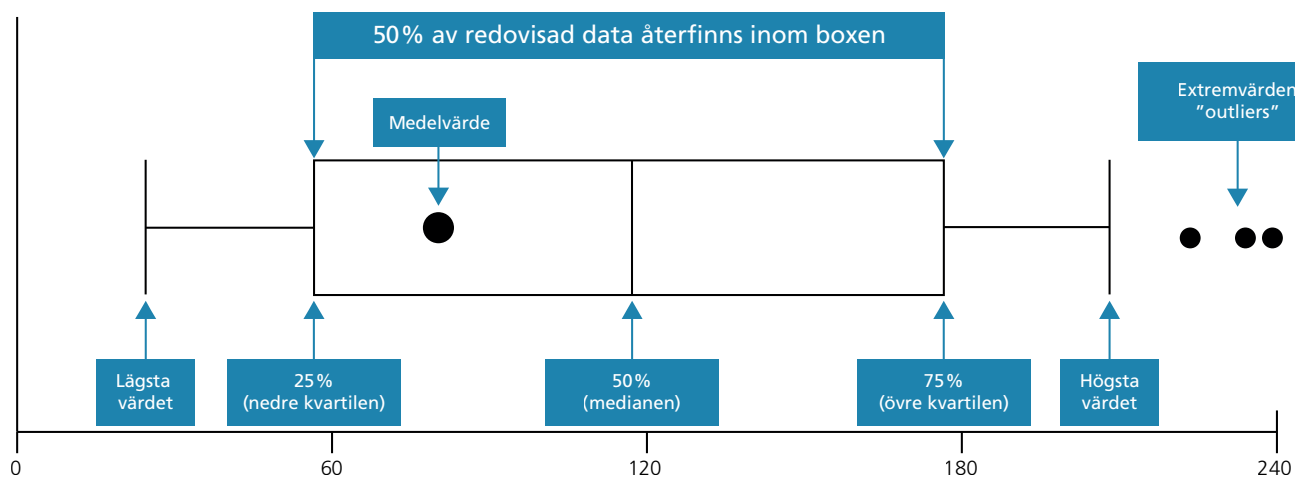
Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP. Detta gäller oavsett brotts- och diagnosgrupp. Skillnaden mellan patienter med och utan SUP kan delvis förklaras av att för att rätten ska döma till LRV med SUP ska det bedömas att det finns en risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag, och då motsvarande risk inte bedöms föreligga döms personen i stället till LRV utan SUP. Vidare är frågan om att avsluta vården för patienter med SUP alltid föremål för prövning i förvaltningsrätten, medan vården för patienter utan SUP kan avslutas av chefsöverläkaren.

Även medianvårdtiden vid olika diagnosgrupper skiljer sig markant åt för patienter med och utan SUP. Schizofreni och organiska psykosyndrom kan noteras ha långa vårdtider på 82 månader respektive 84 månader om SUP föreligger, jämfört med 41 respektive 31 månader om SUP inte föreligger. Jämförelsevis långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom, vanföreställningssyndrom, psykisk utvecklingsstörning och personlighetsstörningar.

Figur 84. Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vården avskrivits under åren 2009–2022, per brottsgrupp.**Figur 85.** Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vården avskrivits under åren 2009–2022, per brottsgrupp.

I de två figurerna ovan illustreras spridningen i vårdtid bland patienter med och utan SUP uppdelade efter indexbrottets brottstyp, sidan 54 för läsanvisning för Box Plot.

Läsanvisning för Box Plot



Förklaring: Box Plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil, median och övre kvartil och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida det högsta värdet. Extremvärden eller "Outliers" redovisas inte då data för färre än tio patienter inte presenteras i denna rapport.

Verksamheterna i registret

Tabell 9. Verksamheterna i registret.

Region	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna avseende 2022				Uppgifter från registret, 2022				
		Antal slutenvårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Uppagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medelålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Blekinge	Karlskrona	2	L	3	Region Blekinge	Karlskrona	<10			
Dalarna	Säter	72	R	2,3	Dalarna, Uppsala, Gävleborg	Säter	95	39,1	9,5	58,9
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle Sjukhus	25	42,4	8,0	44,0
Halland	Varberg	18	L	2,3	Halland	Varbergs sjukhus	32	43,1	15,6	40,6
Jönköping	Jönköping	12	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	36	45,1	22,2	36,1
Kalmar	Västervik	12	L	2	Kalmar län	Västervik	12	47,4	33,3	33,3
Kronoberg	Växjö	121	R	1,2,3	Södra regionen	Växjö	129	36,3	10,9	87,6
Norrbottnen	Piteå	44	L	2,3	Norrbottnen	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	84	42,9	19,0	57,1
Skåne	Skåne	102	L	2,3	Region Skåne	Hälsjöholm, Helsingborg, Trelleborg	235	42,0	15,3	46,4
Stockholm	Stockholm	216	R	1,2,3	Stockholms län	Helix, Huddinge, Karolinska, Löwenströmska	409	44,0	18,6	38,1
Sörmland	Katrineholm	155	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland, Örebro	Katrineholm (Karsudden)	173	39,5	12,1	86,1
	Mälarsjukhuset	0			Sörmland	Mälarsjukhuset, Eskilstuna	<10			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	29	39,2	13,8	51,7
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	Värmland	Kristinehamn	49	42,3	12,2	69,4
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	<10			
	Skellefteå	0	L		Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	10	45,0	0,0	10,0
Västernorrland	Sundsvall	101	R	1,2	Region Västernorrland/avtal m Jämtland och Gävleborg	Sundsvall	101	39,1	11,9	76,2
Västmanland	Sala	55	R	1,2	Västmanland	Sala	83	42,4	7,2	56,6
	Borås	0	L		Södra Älvsborg	Borås	<10			
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	32	41,9	12,5	59,4
	Göteborg	101	L	1,2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	158	40,3	8,2	53,2
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	85	40,9	16,5	60,0
Örebro	Örebro	34	L	2,3	Örebro län	Örebro	49	44,1	20,4	61,2
Östergötland	Vadstena	86	R	2,3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	119	40,3	14,3	66,4
Totalt		1 277					1950	41,4	14,2	57,0

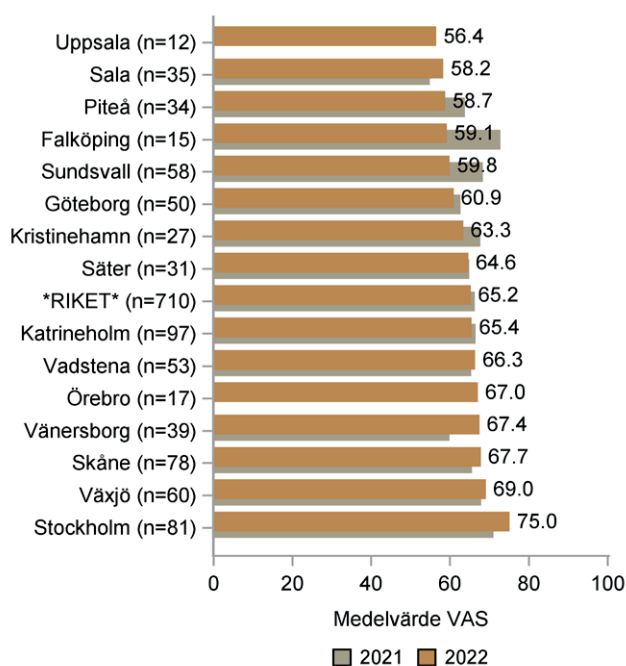
* Benämning på verksamhet i denna årsrapport. Fullständiga namn återfinns på sidan 2. ** Regionsjukvård (R) eller Länsjukvård (L). *** Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§).

Redovisning på verksamhetsnivå

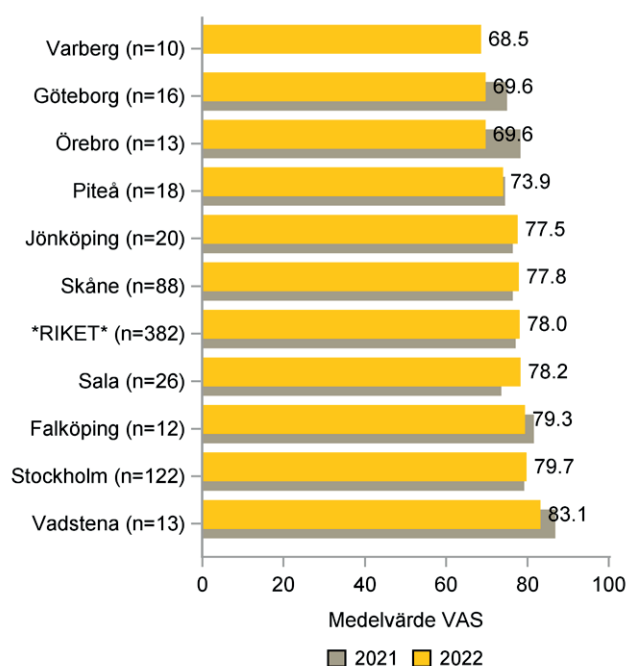
Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågats av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som kan förbättras. För att underlätta att se förbättringsområden är figurerna uppdelade i sluten- respektive öppenvård. Resultat redovisas endast 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 2022. Nytt för i år redovisas på verksamhetsnivå figurer; boendeform, barn samt återfall i brottslig gärning under pågående vård. Verksamheterna uppmuntras att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning av önskade variabler.

Självskattad livskvalitet

Figur 86. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **slutenvård**.

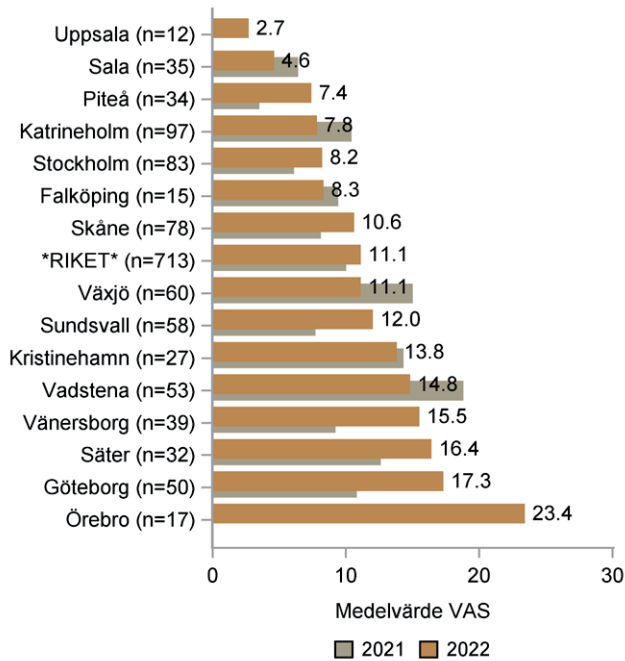


Figur 87. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **öppenvård**.

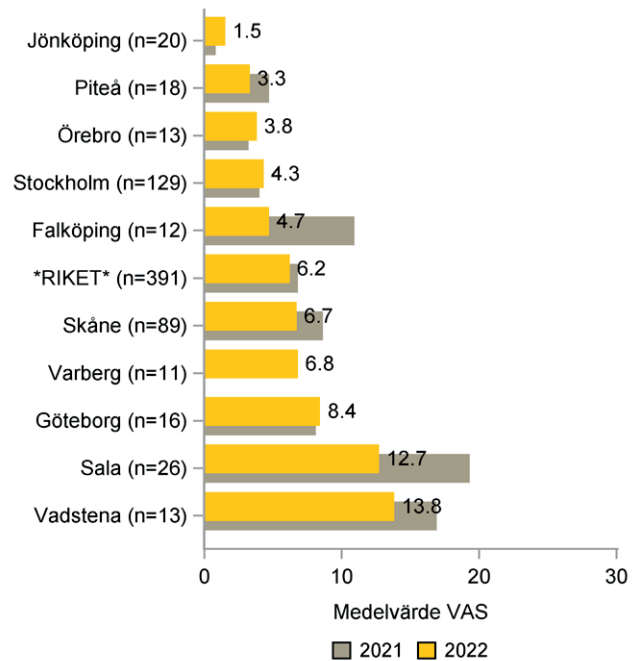


Självsfattad risk för återfall i brott

Figur 88. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **slutenvård**.

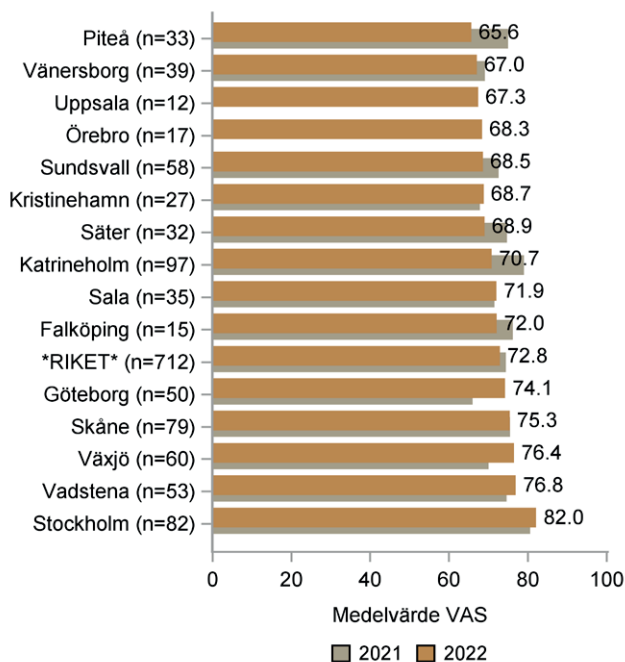


Figur 89. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **öppenvård**.

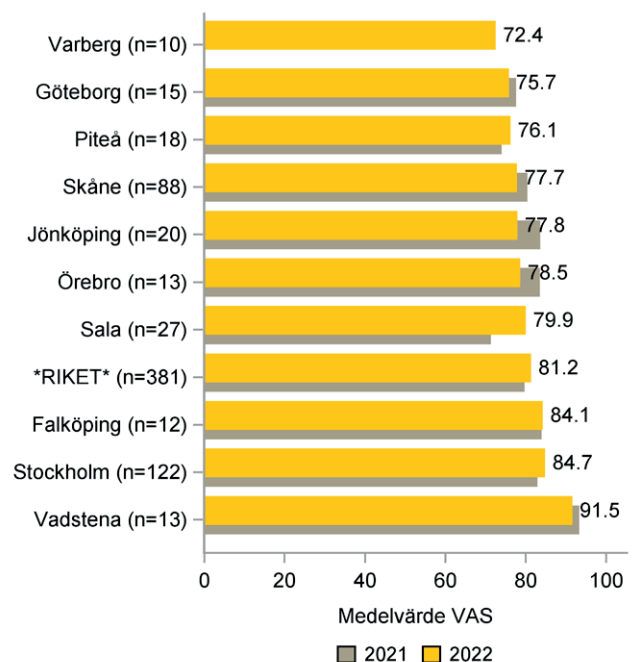


Självsfattad psykisk hälsa

Figur 90. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **slutenvård**.

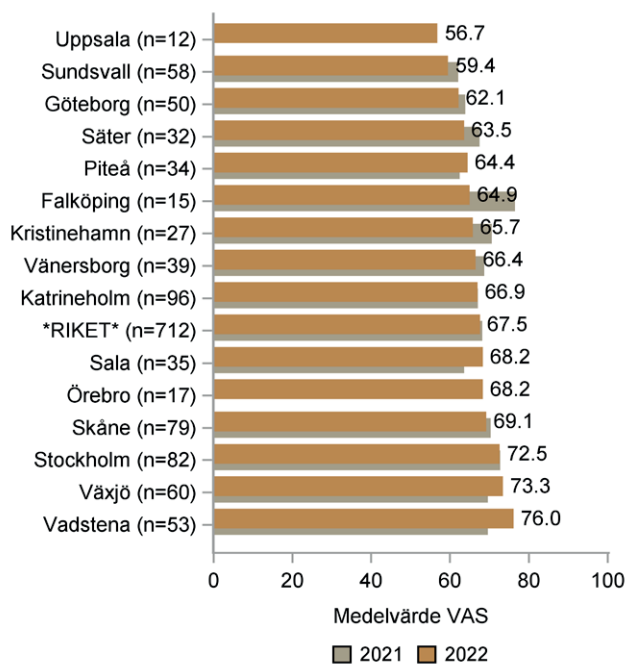


Figur 91. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **öppenvård**.

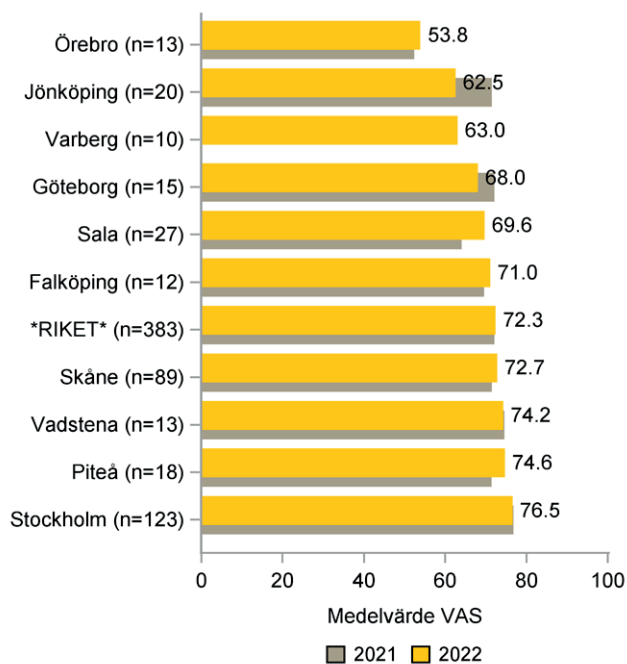


Självskattad fysisk hälsa

Figur 92. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **slutenvård**.



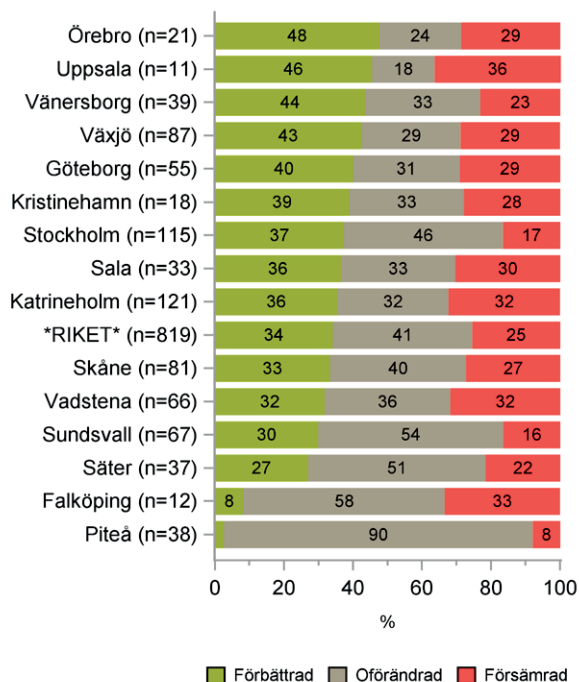
Figur 93. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **öppenvård**.



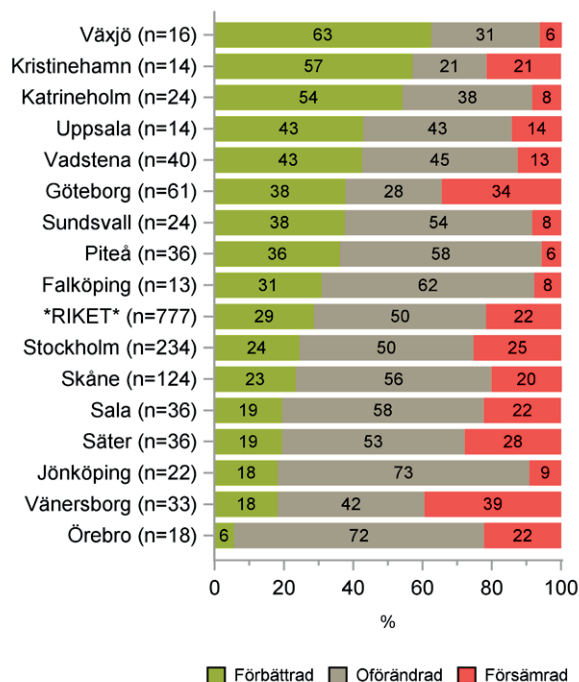
Klinisk skattning av symtombilden

Patientens symtombild skattas 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.

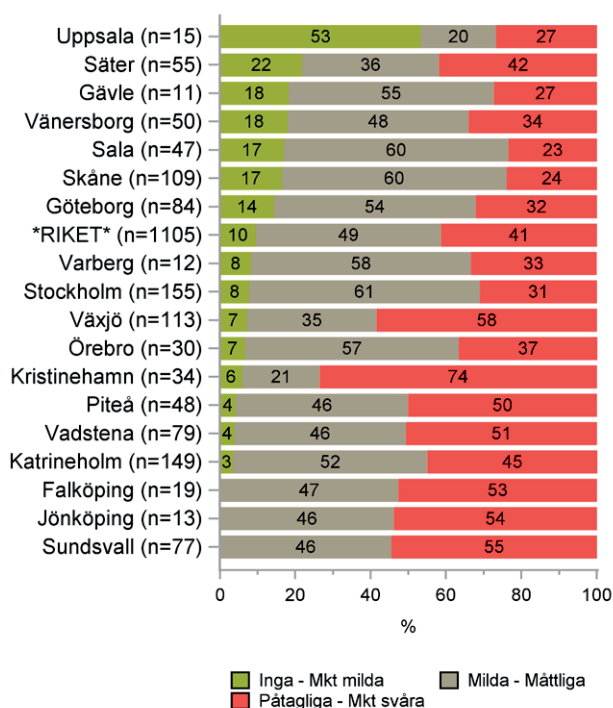
Figur 94. Förändring av symtombild mellan åren 2021 och 2022, slutenvård.



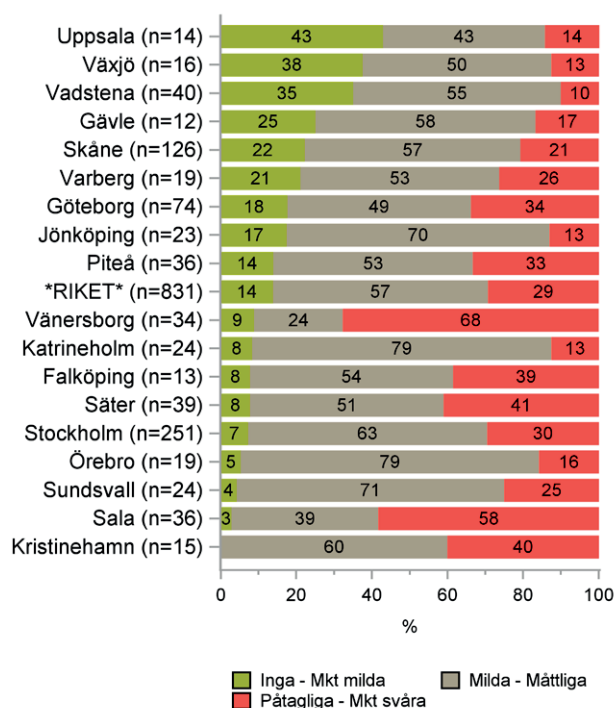
Figur 95. Förändring av symtombild mellan åren 2021 och 2022, öppenvård.



Figur 96. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, slutenvård.



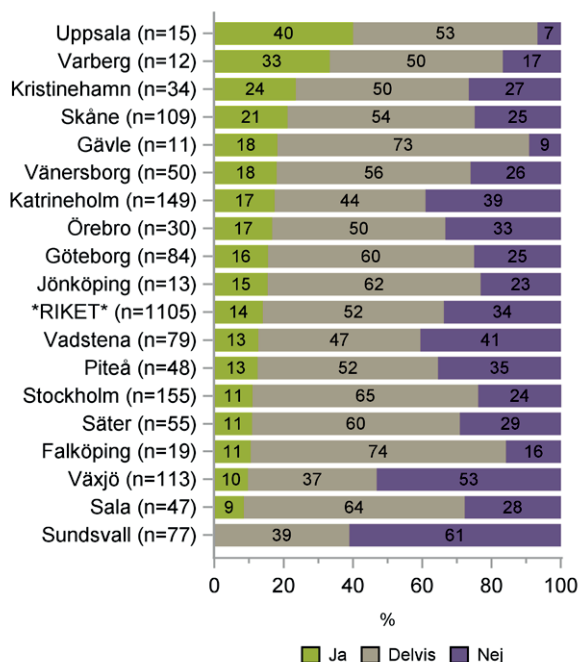
Figur 97. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



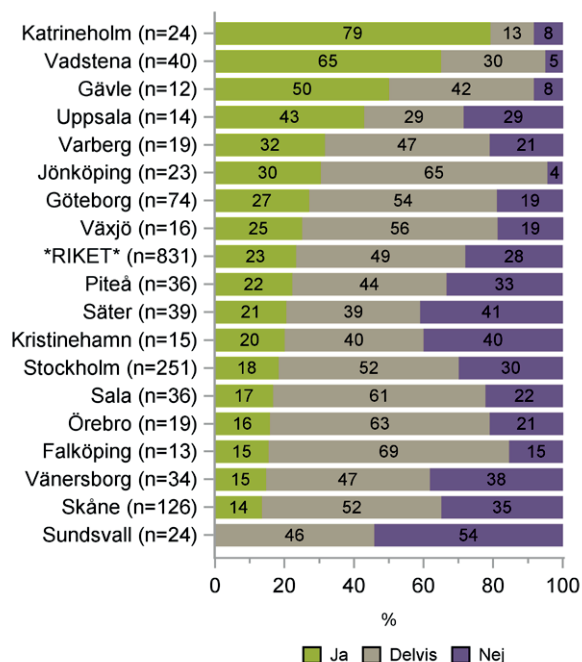
Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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

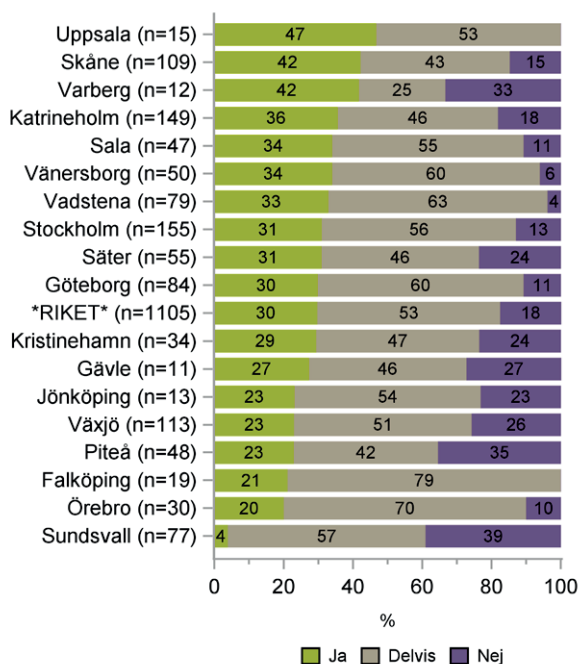
Figur 98. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



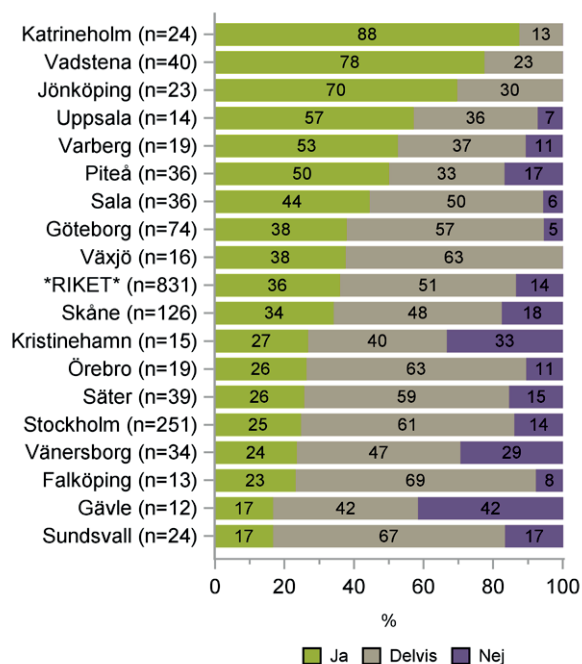
Figur 99. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 100. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

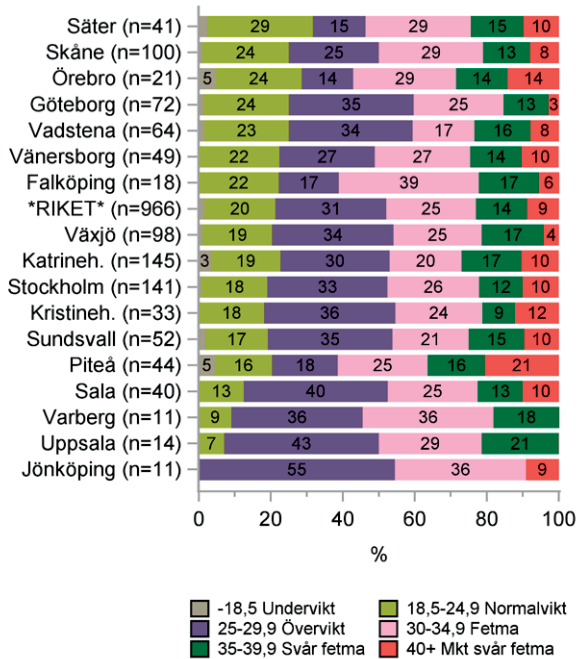


Figur 101. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

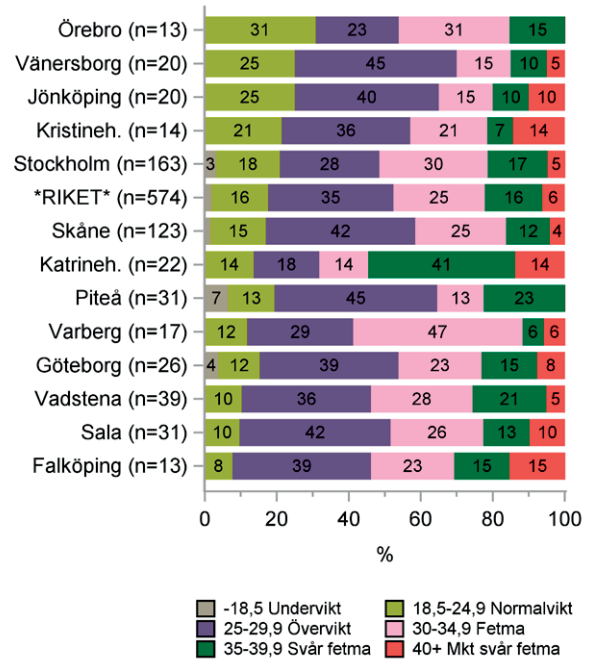


Body Mass Index (BMI)

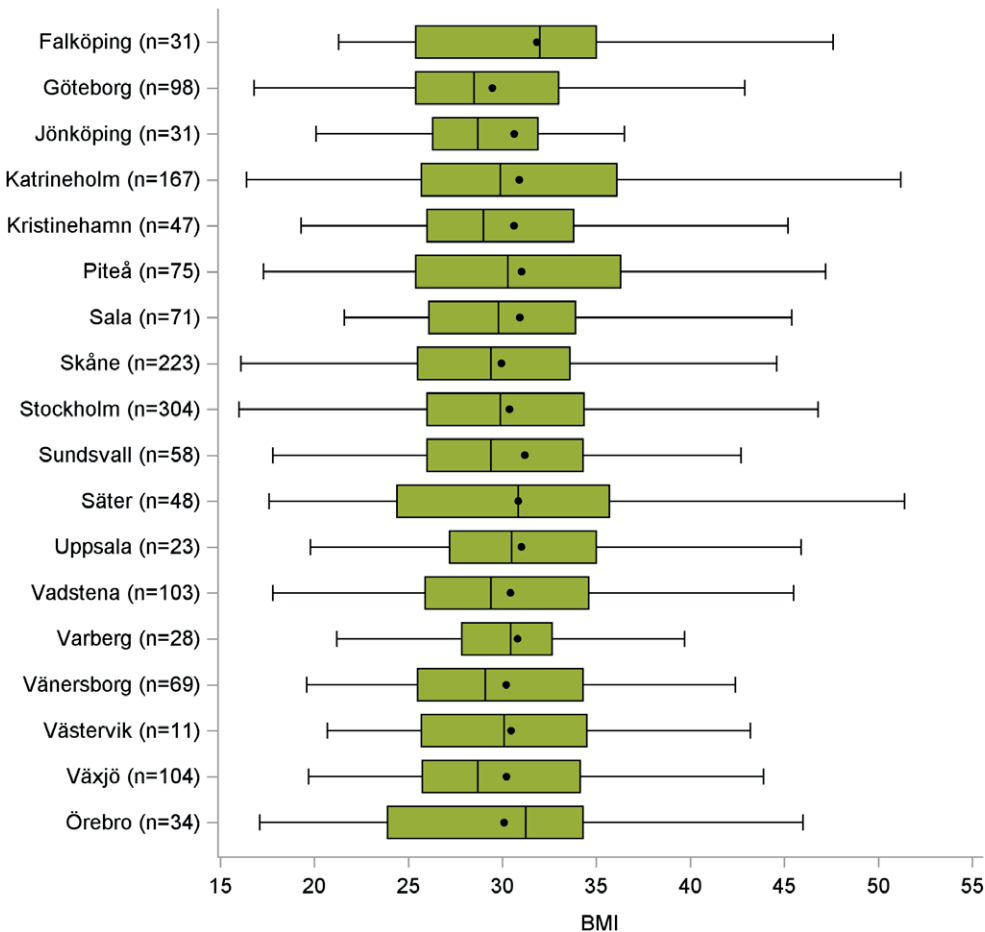
Figur 102. Andel patienter i respektive BMI-kategori, slutenvård.



Figur 103. Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.

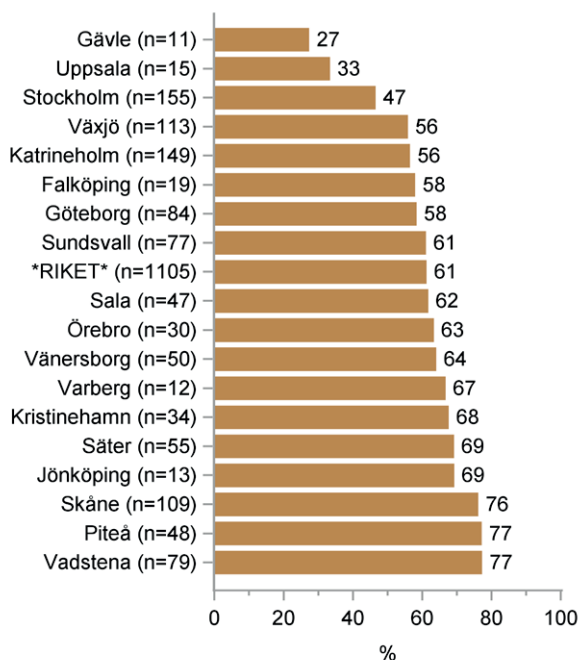


Figur 104. Spridning, BMI i patientgruppen, sluten- och öppenvård.

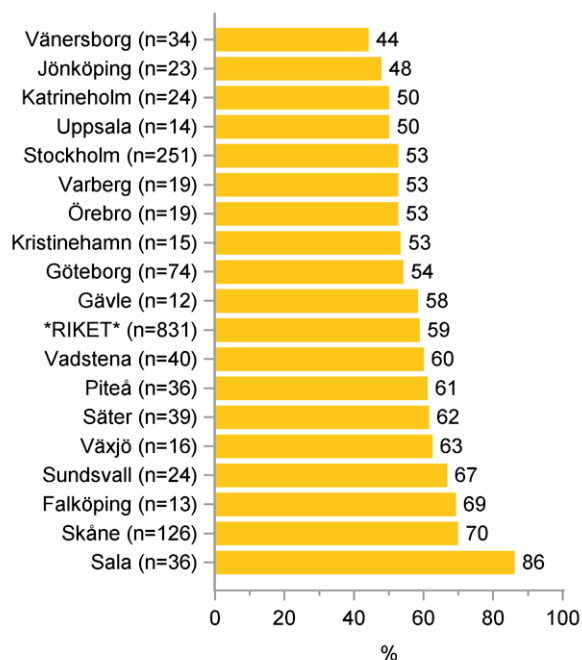


Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

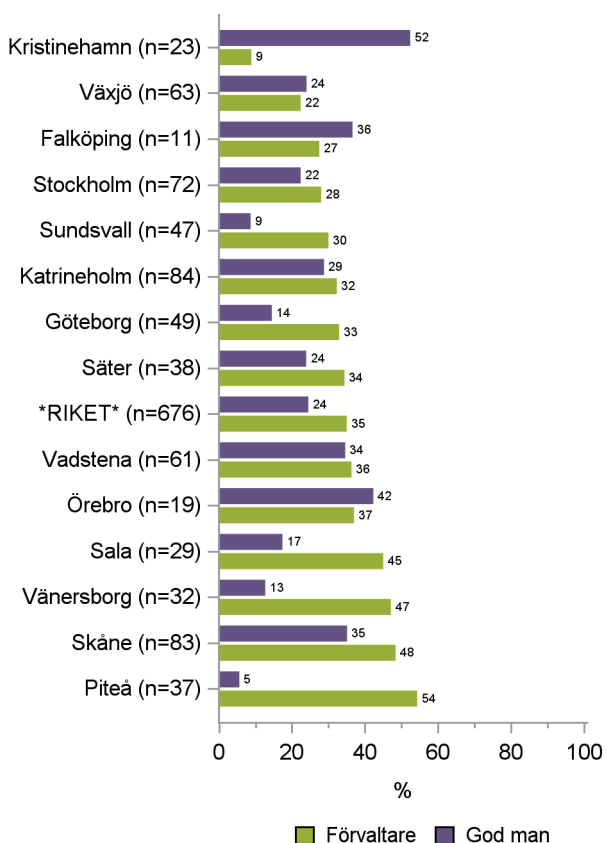
Figur 105. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



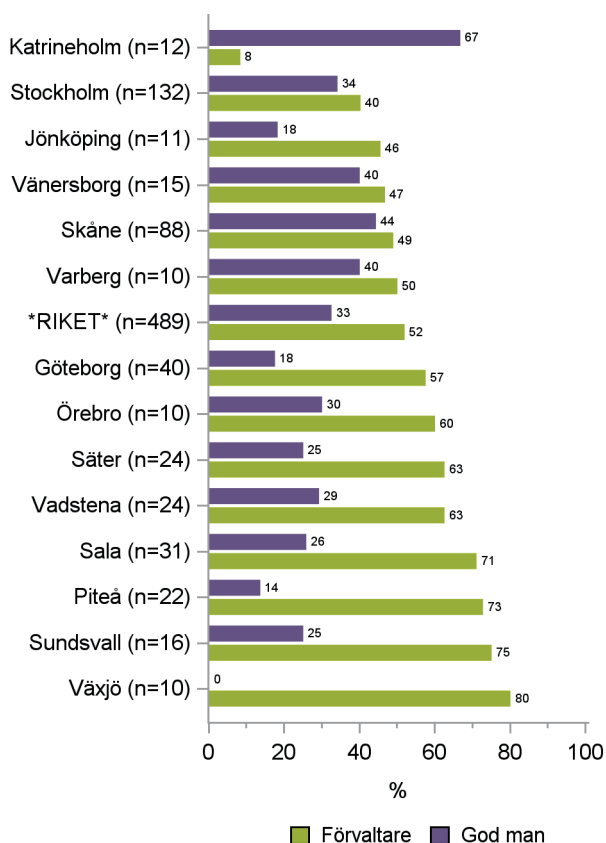
Figur 106. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



Figur 107. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, slutenvård.

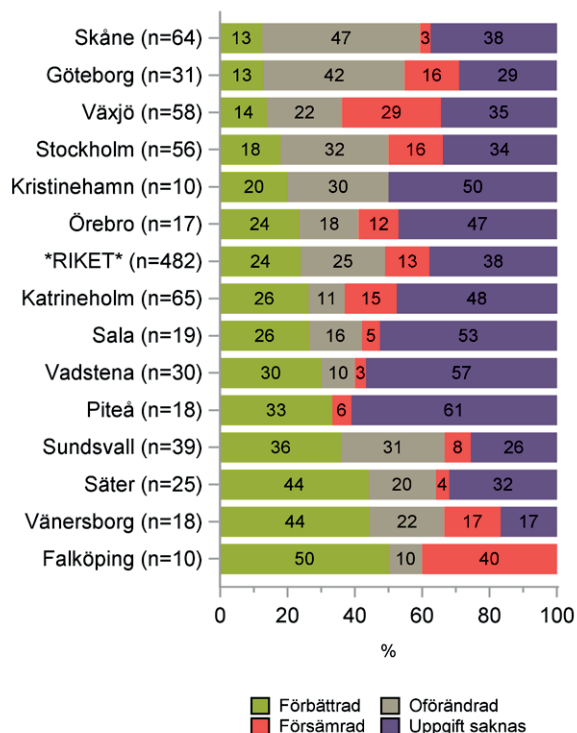


Figur 108. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, öppenvård.

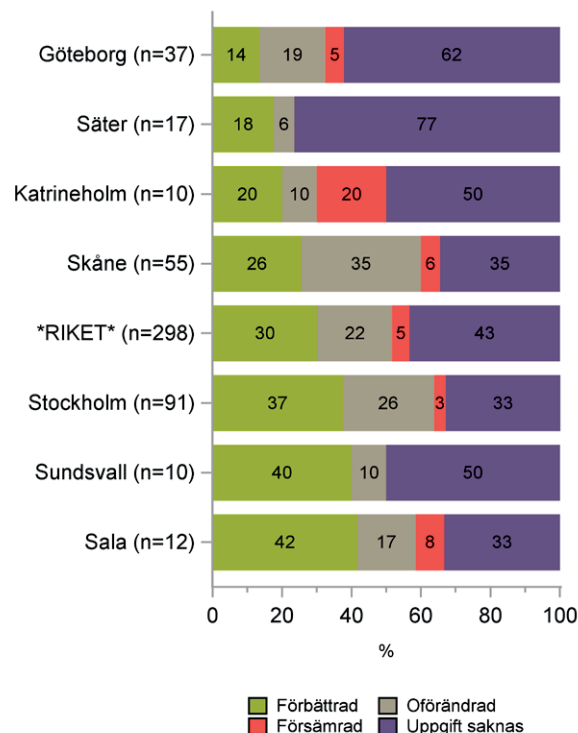


Skuldsituation

Figur 109. Förändring av skuldsituation, slutenvård.

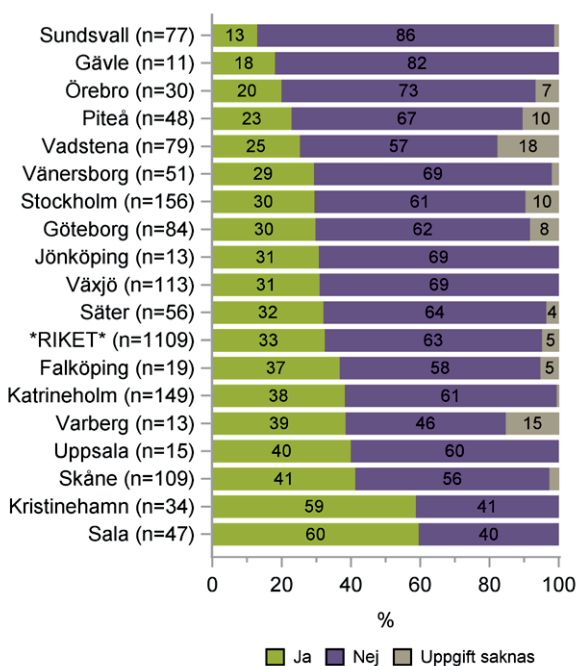


Figur 110. Förändring av skuldsituation, öppenvård.

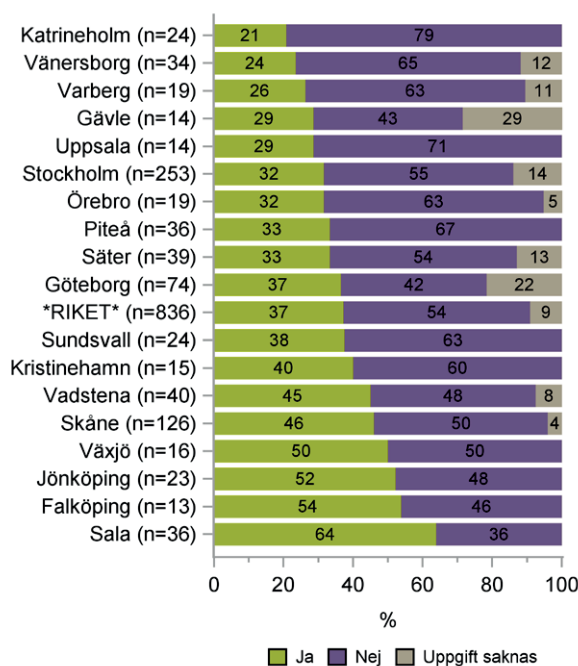


Somatiska sjukdomstillstånd

Figur 111. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, slutenvård.



Figur 112. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, öppenvård.



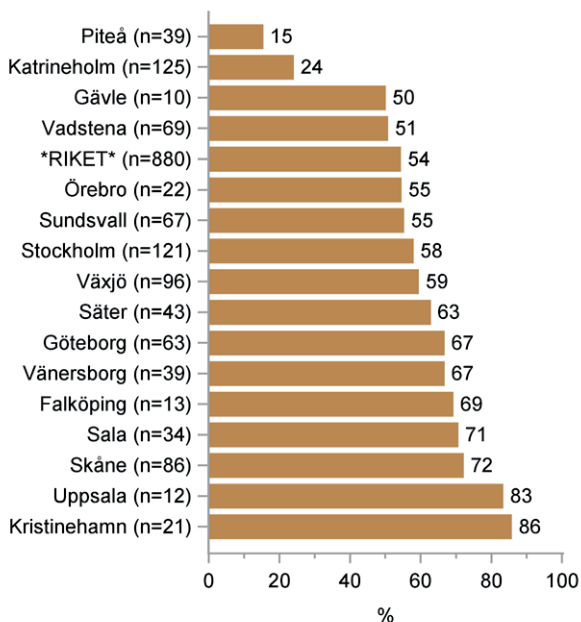
* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

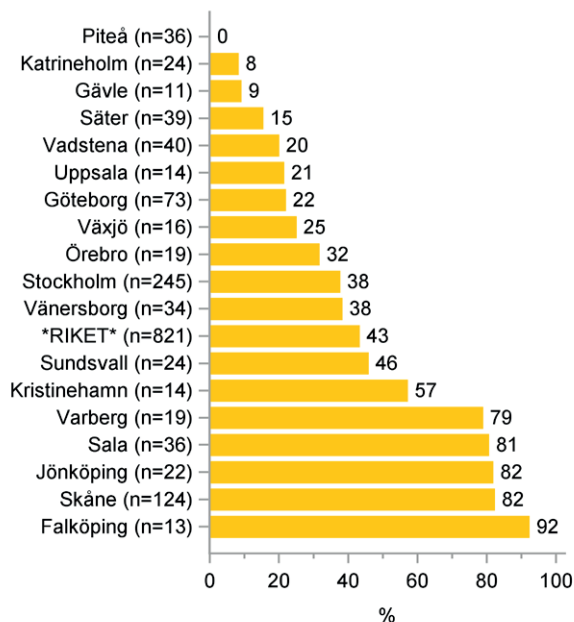
Hälsöfrämjande insatser

Insatser som avses är rådgivande samtal om: matvanor, fysisk aktivitet, tobaksbruk, alkoholvanor och/eller andra insatser.

Figur 113. Andel patienter som erhållit hälsöfrämjande insatser, slutenvård.



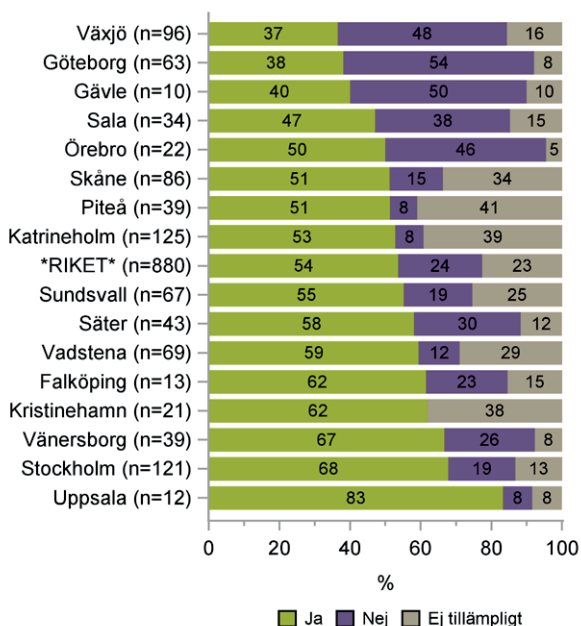
Figur 114. Andel patienter som erhållit hälsöfrämjande insatser, öppenvård.



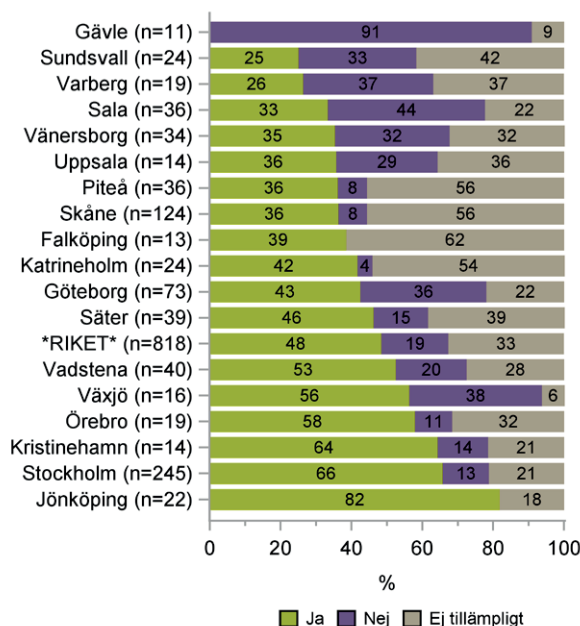
Missbruksbehandling

Missbruksbehandling som avses är farmakologisk behandling, psykoterapi, psykoedukativa metoder, återfallsprevention, MI, CRA och/eller drogscreening. Svar ”Ej tillämpligt” om missbruk ej föreligger.

Figur 115. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2022, slutenvård.



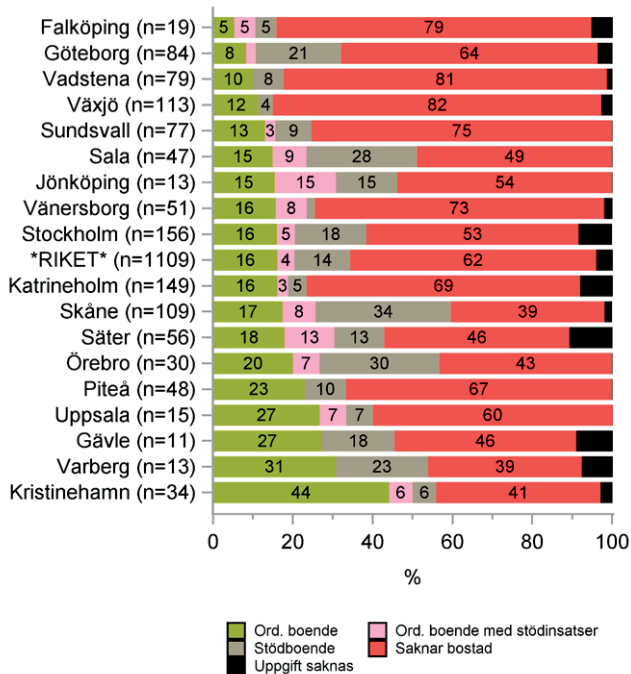
Figur 116. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2022, öppenvård.



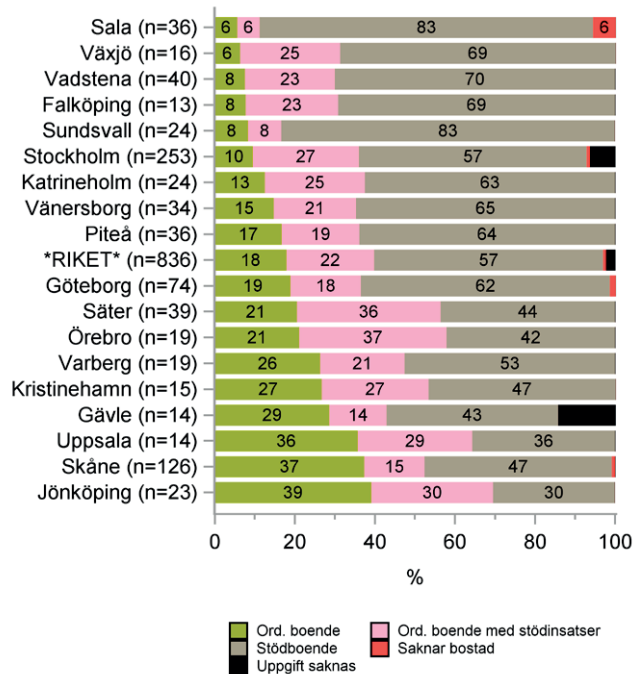
Boendeform

Med ”boende” menas inte var patienten har vistats utan huruvida individen har tillgång till ett boende eller inte under pågående vård.

Figur 117. Boendeform under pågående slutenvård.



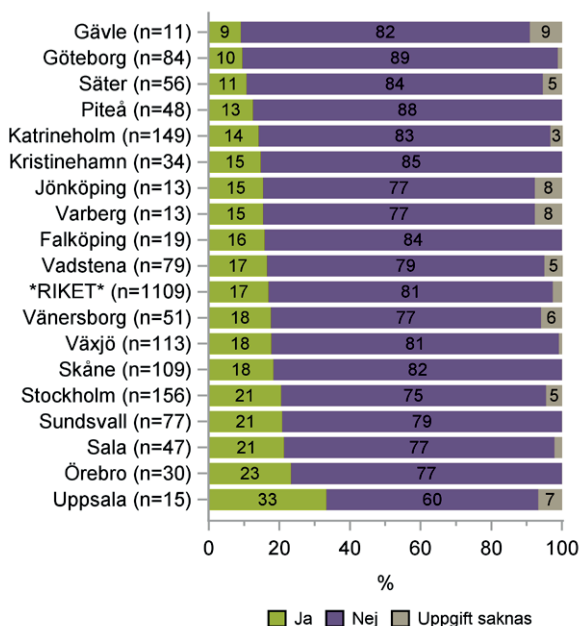
Figur 118. Boendeform under pågående öppenvård.



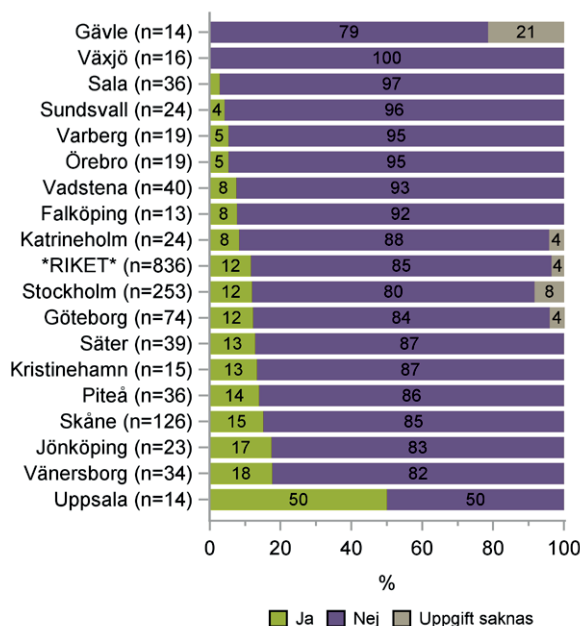
Barn

Gäller alla barn, biologiska eller barn som har eller har haft en relation till patienten. Det är inte relevant om patienten är vårdnadshavare eller inte.

Figur 119. Andel patienter med barn under 18 år, slutenvård.



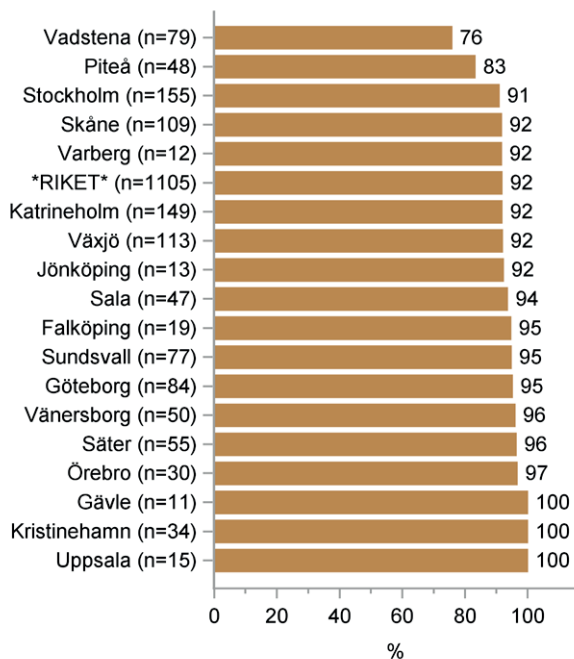
Figur 120. Andel patienter med barn under 18 år, öppenvård.



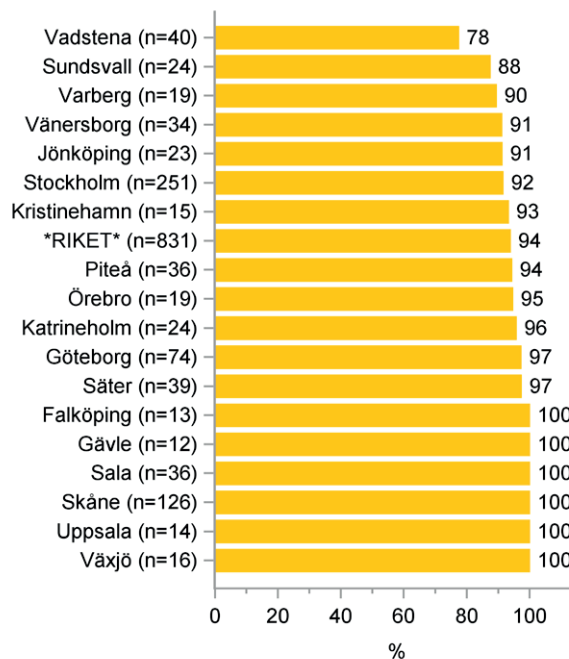
Nätverk

Aktörer som avses är anhöriga, vänner, arbetsgivare, kommunala, regioner, Försäkringskassa, frivilligorganisation och/eller annan aktör.

Figur 121. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer **slutenvård**.



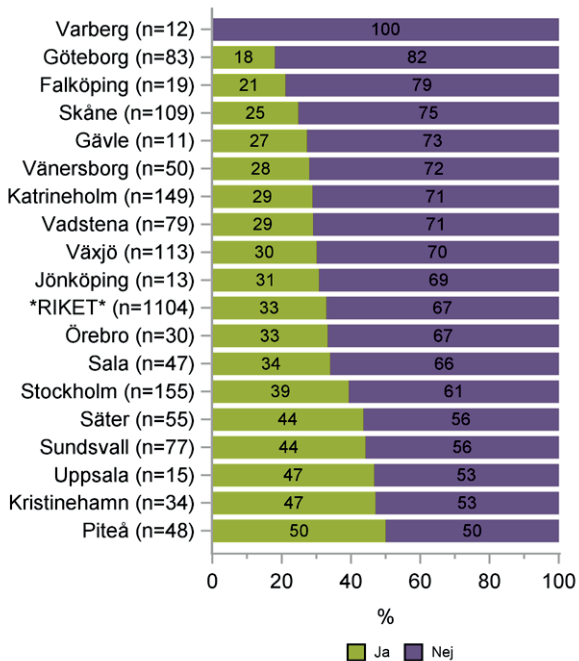
Figur 122. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer, **öppenvård**.



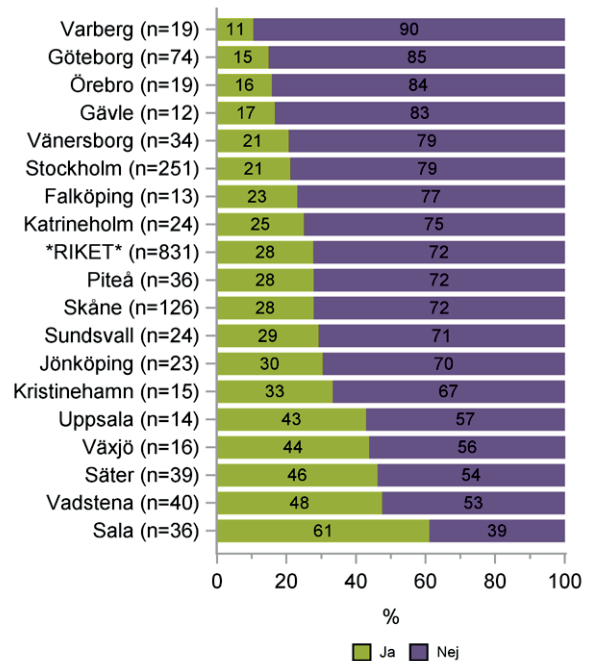
Stödperson

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

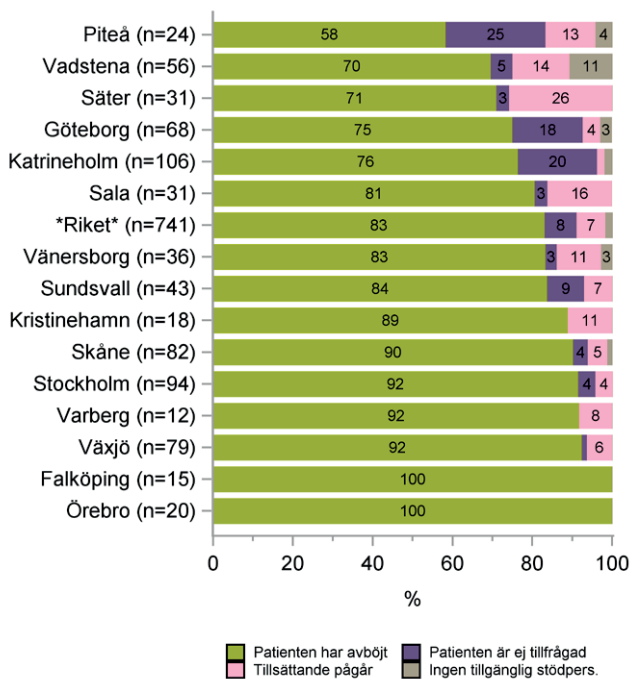
Figur 123. Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



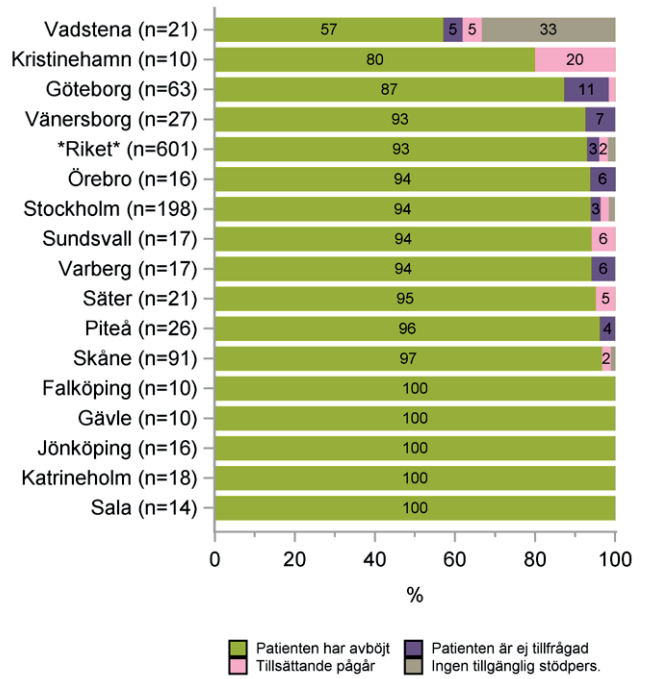
Figur 124. Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



Figur 125. Orsak till att stödperson inte utsetts, slutenvård.



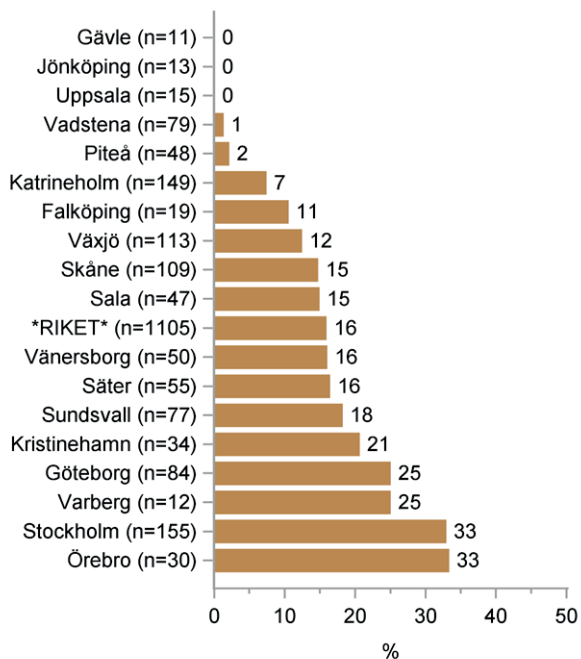
Figur 126. Orsak till att stödperson inte utsetts, öppenvård.



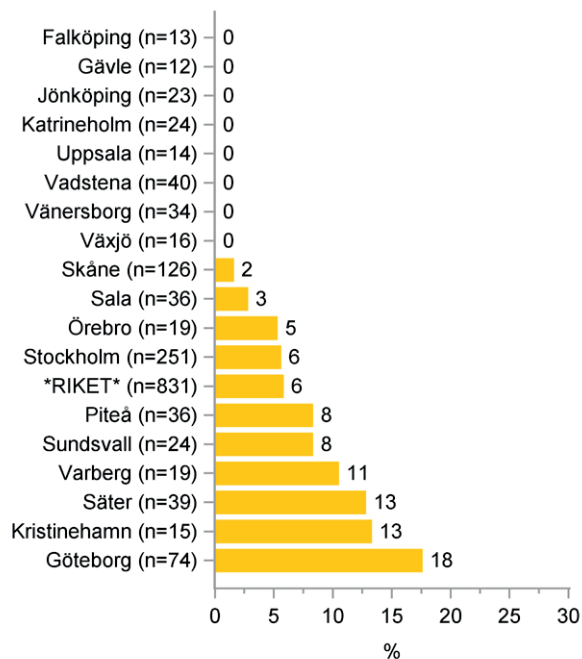
Samverkan och samverkansbehov

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 och/eller annan myndighet. Det är eftersträvaransvärt att ha ett lågt värde.

Figur 127. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **slutenvård**.



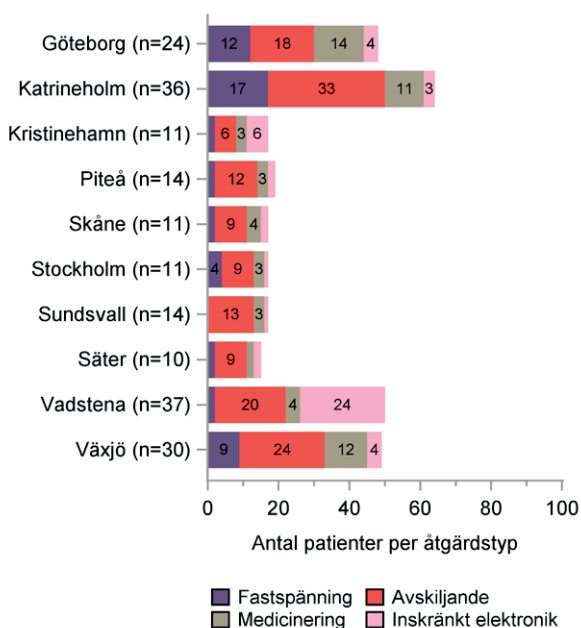
Figur 128. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **öppenvård**.



Tvångsåtgärder

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

Figur 129. Antal patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd fördelat på typ av tvångsåtgärd*.

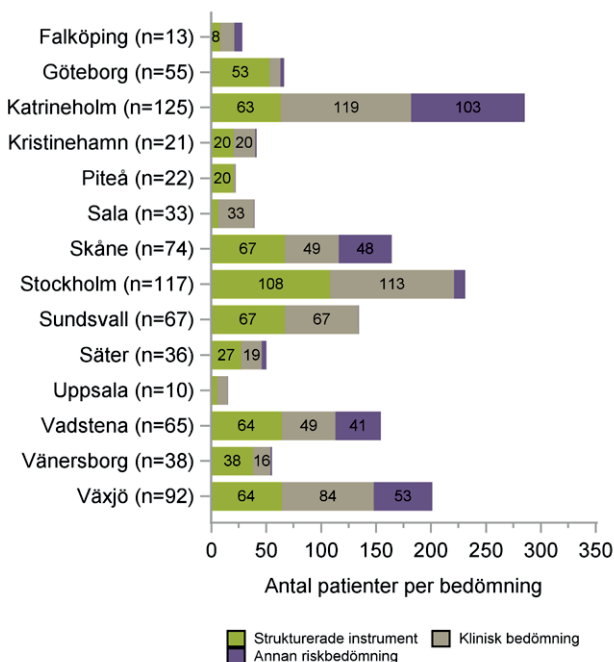


* RIKET (n=221)

Genomförd riskbedömning

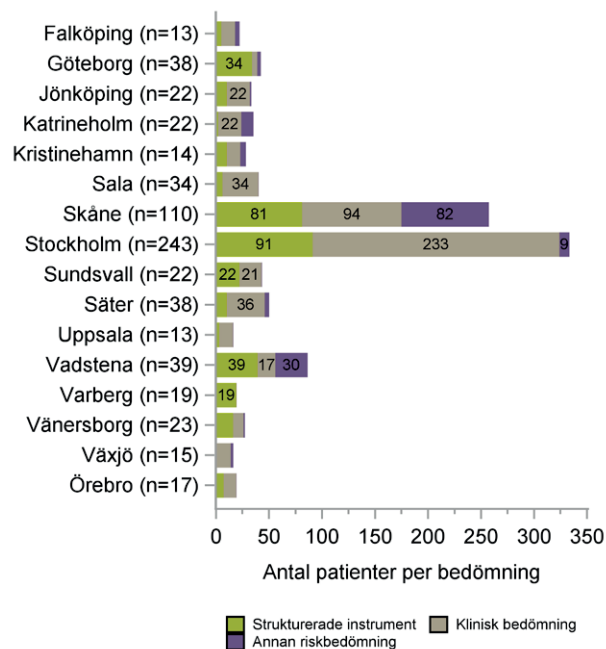
För samma patient kan man ha registrerat mer än en metod. Strukturerade instrument som avses är; HCR-20, SARA, SV-20, START, BVC samt olika versioner av PCL.

Figur 130. Antal patienter med genomförd riskbedömning, **slutenvård***.



* RIKET (n=797)

Figur 131. Antal patienter med genomförd riskbedömning, **öppenvård***.

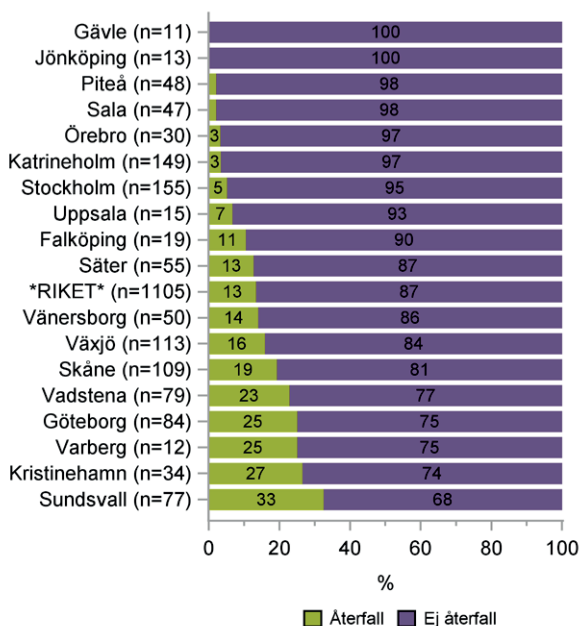


* RIKET (n=698)

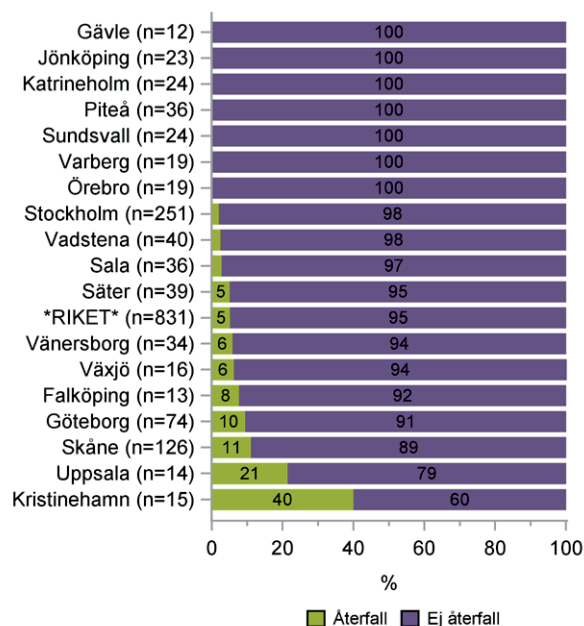
Återfall i brottslig gärning under pågående vård

Med "brottslig gärning" avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller grund för polisanmälan föreligger (våldsbrott, narkotikabrott, tillgreppsbrott, skadegörelse och eller övriga brott).

Figur 132. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **slutenvård**.



Figur 133. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **öppenvård**.



Intervjuer med personer som har egen erfarenhet av LRV-vård och med NSPH

För att belysa fler perspektiv kring årets tema har vi genomfört samtal och intervjuer med personer som har egen erfarenhet av LRV-vård samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). I dessa samtal och intervjuer medverkade två personer med pågående LRV-vård och Emelie Lundin från NSPH, som är projektledare för projektet Inflytande i rättspsykiatri. De ombads att fritt reflektera och berätta om sina tankar, upplevelser, och historia kring årets tema. Intervjuer och samtal hölls separat.

”Patrik” 48 år

Den nuvarande LRV vården har pågått sedan 1998. Jag trivs bra här, men vill såklart komma vidare och ut till egen lägenhet. Det är det som är absolut viktigast för mig, att få en egen lägenhet.

Har en styvpappa som jag haft kontakt med hela tiden, som också kommer och besöker mig. Finns även en bror och annan släkt som jag håller kontakt med, och dom med mig. Det har varit viktigt för mig att behålla den kontakten. Har såklart också en del gamla kompisar som jag håller kontakt med via Facebook. Eftersom jag har dator på rummet är det egentligen inga problem att hålla kontakt med folk.

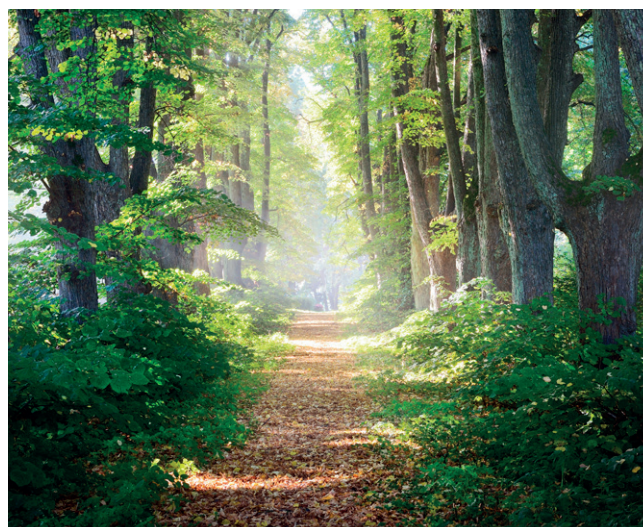
Framåt vet jag inte så mycket faktisk. Har inte så mycket koll just nu på vad som planeras för mig. Vi ska snart ha ett vårdplaneringsmöte, det är där som allting bestäms och diskuteras. Min socialhandläggare finns 10 mil bort, och det är ju en bit, men det är där jag hoppas få lägenhet. Vi pratas inte vid så mycket utan det sköter personalen här.

Fysiskt håller jag mig i gång genom att gå till ett gym som finns här i närheten. Jag gillar att träna och känna att kroppen fått jobba. Det finns ett gym som kliniken har men dit vill jag inte gå eftersom de inte har några fria vikter där. Jag vill lyfta ”skrot” när jag tränar. Det känns mycket bättre efteråt än bara konditionsträning.

Det finns ett hus här i närheten dit vi kan gå och göra saker, det kallas för Aktivitetshuset. Där finns lite allt möjligt att göra. Jag tror att de håller på att göra en liten arbetsutredning på mig nu för att se vad jag klarar av och lite framåt vad jag skulle kunna ha för sysselsättning. I övrigt har jag ingen annan sysselsättning utanför avdelningen.

Jag har varit i öppenvården tidigare under den här vårdperioden, men det har inte funkat och jag har blivit tvungen att komma tillbaka till slutenvården. Man blir liksom chockad när man kommer ut och har varit inlåst så länge som jag. Allting har blivit så dyrt och komplicerat, hela samhället har förändrats. Till exempel, för helt vanliga grejer, så som att köpa en bussbiljett behövs det en sådan där ”app” som man har på telefonen. Det går inte att betala med vanliga pengar!

Jag hade önskat att man fått möjlighet att bli bättre förberedd på sådant. Kanske gå en utbildning eller något åt det hållet här på Rättspsyk och på så sätt kanske bli bättre förberedd på vad som väntar en den dagen man kommer ut. Tror det skulle vara till stor hjälp och stöd.



”Ezme” 58 år

Tidigare, före denna vårdperiod, har jag blivit dömd till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning fyra gånger. Två av dessa var på fyra månader och de två andra var på fyra år vardera. Den här vårdperioden startade 2013 och som de tidigare domarna är det även denna gång rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning. Jag har aldrig begått några våldsbrott utan det har handlat om främst stölder och obetalda hotellräkningar.

Mitt största problem är missbruket, alkohol och droger. Jag har haft svårt att hålla mig ifrån droger. Efter det senaste återfallet bestämde jag mig för att det får vara nog. Jag vill komma härifrån. Det har lett till att jag nu varit alkohol och drogfri i ett år och hoppas och tror att det kommer kunna hålla sig så. Det är framför allt när jag är alkoholpåverkad som jag gör dumma saker och tar dåliga beslut.

Både då jag varit i vården eller utanför, har jag alltid haft god kontakt med min familj. Blev så glad när min systerson ville visa mig alla de vykort jag skickat honom genom åren och som han sparat. För mig har det varit viktigt att ha bra kontakt med familjen. I mitt liv har jag rest mycket, varit lite överallt skulle jag vilja säga. Varit inlåst länge men alltid haft kontakt med min familj. Min förhoppning är att när jag kommer ut så kan jag bosätta mig i närheten av där jag växt upp, och min familj.

I stort sett klarar jag mig själv, men om jag får egen bostad vill jag gärna ha boendestöd. Dom kan hjälpa mig att städa och komma iväg och handla sånt. Det är ett bra stöd som finns i samhället som jag tycker man ska använda sig av

om man behöver. Jag har bara 10 poäng kvar på KSM, ett kandidatsprogram på LiU som jag också skulle vilja ha hjälp att komma igång med, så att jag kan bli klar. Har under min tid här skrivit en självbiografi som kommer vara en del i min examination.

Har förstått att det inte är så lätt att få bostad nuförtiden eftersom det råder bostadsbrist och sen att ha varit inlåst kan också vara ytterligare försvårande. En person i min situation har inte så hög kreditvärdighet. Inte för att jag vill ha en förvaltare, men det skulle förenkla och öka mina chanser till att få bostad eftersom förvaltaren då kan stå så som garant för att hyran kommer in.



Tillsammans belyser vi fler perspektiv!

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, är en paraplyorganisation och ett intressepolitiskt samarbete mellan patient-, brukar- och anhörigorganisationer verksamma inom det psykiatriska området i Sverige. I arbetet med projekt Inflytande i rättspsykiatri har vi haft stor nytta av det nationella kvalitetsregistret inom rättspsykiatri – både för att få en bredare kunskap om rättspsykiatriens

målgrupper och för att bättre kunna förstå hur vården är uppbyggd utifrån evidens och olika nationella riktlinjer. I mötet med våra deltagare, främst patienter i pågående eller avslutad vård, har kvalitetsregistret ibland också utgjort en värdefull pedagogisk resurs; i den komplexa situation som många berörda upplever att de hamnat i när de dömts och placerats inom rättspsykiatrisk slutenvård.

Projekt "Inflytande i rättspsykiatri"

Jag heter Emelie Lundin och har varit projektledare i NSPH:s treåriga Arvsprojekt Inflytande i rättspsykiatri, som pågått 1 april 2020 – 31 mars 2023. Det är ett treårigt Arvsfonds-



INFLYTANDE i rättspsykiatri

PATIENTER ANHÖRIGA VÅRD SAMHÄLLE

finansierat projekt där vi arbetat med att utforska nya metoder för ökat patientinflytande, och att kunna ge professionen nya möjligheter i att utveckla sina verksamheter mer utifrån patienters synpunkter och

önskemål. Detta har vi gjort tillsammans med personer med egen erfarenhet – samt rättspsykiatriska kliniker och verksamheter i Katrineholm (Karsudden), Stockholm (Helix och Löwenströmska sjukhuset), Säter, Vadstena, Växjö och Örebro.

Stärkta nätverk och mer effektivt stöd till den som är patient

När det kommer till frågan om hur man kan stärka nätverket runt den som är patient och även se till att det stöd som ges är adekvat och så effektivt som möjligt, så finns det några slutsatser som vi gjort i projektet och som är värda att lyfta i sammanhanget.

Egenmakt är ett ofrånkomligt fundament

Den rättspsykiatriska vården utgör en sluten värld. Den som blir patient hamnar snabbt i ett slags vakuum; där förmågor och färdigheter som kanske trots allt fortfarande fungerar, tyvärr också riskerar att försvagas när autonomi kringkärns genom frihetsberövande och tvångsvård. Samtidigt som professionen utför sina vårdinsatser och även verkställer det viktiga uppdrag som samhällsskyddet innebär, behöver man därför parallellt med det aktivt och

kontinuerligt arbeta med att stärka personens egenmakt. Egenmakten, dvs. att man själv kan vara med att påverka de faktorer som får ens liv att fungera på ett meningsfullt sätt är också det som i slutändan kommer utgöra fundamentet i en framgångsrik återhämtnings- och vårdprocess. Förutsättningen för det är att man kan se till personen som en hel människa, och inte bara som en patient vars främsta uppgift är attoreflekterat ta emot vårdens insatser och instruktioner. Man behöver omvärdera vilken eller vilka kunskaper som är viktiga, och som behöver förstås för att saker ska kunna bli bättre. Personens kunskaper om sig själv, sitt liv och sina erfarenheter måste då uppvärderas och mer aktivt tas till vara än vad som görs idag.



Emelie Lundin (NSPH)

Vad kan man göra i sin verksamhet för att stärka egenmakten?

Här vill vi uppmantra verksamheter att införa ett återhämtningsinriktat arbetssätt, där man utgår mer från värderingar och det som individen upplever samt kanske drivs av. Som ett stöd finns materialet Återhämtningsguiden, som tagits fram av NSPH i Skåne. Det kan man arbeta med både enskilt och i grupp. Man kan också ordna gruppträffar eller en studiecirkel med hjälp av ett material som heter Din egenmakt. Där får deltagare en möjlighet att mötas i ett neutralt sammanhang och utbyta erfarenheter och tankar med andra, utan att det förs noteringar i någon journal eller att det blir en del av det sjuka som vården ska behandla. Om vårdverksamheten dessutom samarbetar med en lokal brukarförening kan man då ha en ledare som kommer in utifrån för att hålla dessa träffar. På så sätt bryter man det vakuum som slutenvårdens värld kan utgöra, och stärker nätverket av flera aktörer och olika personer runt den som är patient.

Mer kunskap för bättre stöd och insatser utanför vården

De personer som får vård i rättspsykiatri utgör en heterogen grupp, dvs. man har olika erfarenheter, bakgrunder och utmaningar. Även om man har det gemensamt att man har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård och även har begått ett brott, så ser varje individs förutsättningar olika ut. När man tar hänsyn till detta kan också stöd och insatser anpassas på ett bättre sätt. En del personer har resurser och nätverk från tidigare faser i livet som kan vara värdefullt att ta tillvara i rehabilitering, medan andra kanske aldrig har haft detta varpå det måste byggas från grunden under vårdprocessens gång. Rättspsykiatri har mycket att vinna på att öppna upp mer så att viktig kunskap kan spridas till de aktörer som möter målgruppen ute i samhället. Det kan också hjälpa till att motverka stigma och fördomar som vi vet finns i alla delar av samhället när det kommer till rättspsykiatrisk vård och de personer som har erfarenhet av det.

Vad kan man göra i sin verksamhet för att öka kunskapen?

Här vill vi uppmantra verksamheter att bli bättre på att informera om den rättspsykiatriska vården, hur den är uppbyggd och vad patienter där går igenom. Det kan handla om att möta kommuner eller andra myndigheter, men också att sörja för bättre kommunikation med anhöriga eller andra viktiga personer som finns runt den som är

patient. Att låta personer med egen erfarenhet få komma till tals är också viktigt. Här har man som verksamhet mycket att vinna på ett samarbete med en lokal brukarförening, som kan hjälpa till att ordna föreläsningar och olika typer av mer öppna träffar för kunskapsutbyte. Man kan också anlita så kallade Hjärnkollsambassadörer, som är personer som efter utskrivning utbildat sig för att föreläsa om sina erfarenheter av att vara patient. Sådana föreläsare kan man boka genom Riksförbundet Hjärnkoll, som är en systerorganisation till NSPH.

Bättre struktur och ökad evidens ger en mer effektiv vårdprocess

Den rättspsykiatriska vårdprocessen ser olika ut i olika delar av landet, och det finns tydligen inga riktlinjer för hur rättspsykiatrisk vård ska bedrivas – vilket vi tycker är anmärkningsvärt. Det finns riktlinjer för specifika diagnoser eller tillstånd, men följsamheten i dessa behöver också öka inom rättspsykiatri. Att det inom den rättspsykiatriska vården, till skillnad från i den reguljära psykiatri, finns gott om tid – är en reflektion som professionens representanter ofta lyfter fram. Genom att vården i praktiken enligt lag bedrivs på obestämd tid är detta ett obestridligt faktum. Vi på NSPH vill påminna om vems tid det är man förfogar över. Vi ser också att en långt gången vårdtid till slut blir ett eget incitament för att slutenvården ska fortsätta ytterligare. Det rättspsykiatriska systemet är komplext och ofta svårt både för den som är berörd att navigera i, men ibland även för den som vårdar. Tydligheten, men även evidensen, behöver därför öka för att vårdprocessen ska vara effektiv, meningsfull och framgångsrik för alla parter.

Vad tycker NSPH kan man göra för en mer effektiv vårdprocess?

Vårdplanen behöver vara så tydlig och målinriktad som möjligt både för patienten och för de av dennes anhöriga som finns med. Man kan också aktivt arbeta för att öka delaktigheten i alla olika delar av processen, såsom rond och vårdplanering. Forskning med patientperspektiv behöver knytas till slutsatser om vilka arbetssätt och modeller som fungerar. Här kan man arbeta med referensgrupper eller andra kvalitativa undersökningar där patienters egna erfarenheter tas tillvara, till exempel genom samproduktion mellan en klinik eller verksamhet och den organiserade brukarrörelsen. En vanlig metod som vi där kan erbjuda är det som kallas för brukarstyrda brukarrevisioner. Vi är en resurs för samverkan och tillsammans belyser vi fler perspektiv!

Verksamheterna om stöd och hjälp

Under flera år har årsrapporten haft ett kapitel där verksamhetschefer reflekterat över hur deras verksamheter använder registret och årsrapporten i sitt lokala förbättrings- och utvecklingsarbete på uppmaning av analysgruppen. I årsrapport 2021 svarade verksamheterna på två direkta frågor kring hur de arbetar med hälsofrämjande insatser och somatisk sjukdom. Till årets rapport har analysgruppen ställt tre frågor för att ge en bild hur man tänker kring och arbetar med frågor som ansluter till årets tema Stöd och Hjälp. På följande sidor presenteras ett urval av de svar som givits.

Hur arbetar ni med stöd och hjälp till era patienter under:

1. pågående slutenvård
2. pågående öppenvård och
3. inför utskrivning?

REGION SKÅNE

Reflektion över årsrapport 2021

Årsrapporten ligger till grund för delar av verksamhetsområdets kvalitet- och utvecklingsarbete. Den är betydelsefull och gör det möjligt med jämförelser över tid och med andra verksamheter. Det pågår arbete för att bibehålla och öka täckningsgraden för Skåne i registret. Vidare görs insatser för att synliggöra resultatet från RättspsyKs årsrapport ute i verksamheterna.

Hur arbetar ni med stöd och hjälp till era patienter under:

1) pågående slutenvård

Vi arbetar enligt vår vårdprocess med strukturerade utredningar vid vårdens inledning och när behov av ytterligare utredning föreligger. Dessa ligger till grund för den personcentrerade vård, behandling och det stöd patienten erhåller. Insatserna utvärderas av patient och personal i samband med vårdplanering och rond. Förutom de insatser som sker inom rättspsykiatri handlar det i många patienters fall om att tillsätta en god man eller förvaltare tidigt i vårdprocessen. Att få en personlig företrädare anses underlätta för patienten i kontakt med kommun och socialtjänst avseende såväl försörjning som boende och sysselsättning. Alla patienter erbjuds också en stödperson utan anknytning till vården, som tillsätts av Patientnämnden i Skåne.

När patienten anses stabil och det finns förutsättningar för permissioner i hemmiljön, stöttar slutenvårdspersonal med regelbunden uppföljning via telefon, hembesök och kontakt med patientens nätverk. I utslussningsprocessen etableras kontakt med öppenvård för att göra övergången så sömlös

för patienten som möjligt. Det kan handla om att öppenvårdspersonal besöker patienten eller bjuder in till besök på öppenvårdsmottagning under pågående permission.

2) pågående öppenvård

När patienten får rättspsykiatrisk öppenvård sker stödinsatser både på mottagning och hemma hos patienten. Personal hjälper patienten i kontakt med myndigheter och i kontakt med somatisk sjukvård. I de fall patienterna har god man eller förvaltare spelar dessa fortsatt en viktig roll.

Behandling- och stödinsatser utvärderas vid vårdplanering var sjätte månad. Finns behov av ytterligare utredning för att kunna definiera stödbehov och sedan erbjuda adekvata insatser, görs detta även i öppenvård. Om patienten har stöd från kommun används SIP som ett arbetsredskap för att tydliggöra vilket uppdrag respektive aktör har i kontakt med patienten.

3) inför utskrivning

Förutsättningar för avskrivning av den rättspsykiatriska vården finns när patienten varit stabil och haft god följsamhet i vården, över tid. Det behöver finnas en trygg och långsiktigt hållbar planering för boende, ekonomi och sysselsättning. Det är önskvärt att det finns en samsyn mellan patient och vårdgivare avseende nödvändiga framtida vård- och stödinsatser. Vanligen remitteras patienten till en vuxenpsykiatrisk mottagning för fortsatt vård och stöd.

Robert Rydbeck
Verksamhetschef

REFLEKTION FRÅN RPK ÖREBRO



Här kommer en kort reflektion och input från Örebro till årsrapporten.

Utifrån kvalitetsregistrets årsrapport 2021 ser vi fortsatt att det finns utrymme för ytterligare arbete med hälsosamma levnadsvanor för att sänka BMI. Kanske krävs ett helt förändrade arbetssätt med kompetenser som verksamheten i dagsläget inte har? Vi ser också ett behov av att strukturera arbetssättet med att erbjuda stödperson, något som i regel alltid görs när patienten kommer till oss men förfrågan behöver sannolikt komma upprepade gånger på ett strukturerat sätt i flera andra skeden i vårdprocessen också.

Angående stöd och hjälp till våra patienter under vårdens olika faser är detta något vi försöker tillgodose utifrån patientens individuella behov, med tillgängliga resurser och kontaktnät samt med en tanke om ett normalitetsprinciperspektiv. Vi har som exempel under de senaste två åren förändrat arbetssättet i vår öppenvård. Tidigare arbetade vi nästan uteslutande med hembesök men nu har vi tillskapat en enklare öppenvårdsmottagning för att förbereda och stötta våra patienter i den förändring de ofta möter när den rättspsykiatriska vården avskrivs och de många gånger remitteras till någon av allmänpsykiatriens mottagningar som mer sällan arbetar med uppsökande hembesök. Vår målsättning är att skapa ett sammanhang som i så hög grad som möjligt liknar det sammanhang patienten kommer att befinna sig i efter den rättspsykiatriska vården.

Med vänliga hälsningar

Jimmy Björkman

Verksamhetschef Rättspsykiatri
Område Psykiatri, Region Örebro Län

REFLEKTION FRÅN RPV VÄNERSBORG, BRINKÅSEN

Vår verksamhet bygger på en slags grundpelare med arbetet, boende, fritid dvs. så mycket som möjligt likna en "vanlig vardag" trots att vi är ett sjukhus. I detta fall är boendet avdelningen och arbete (som vi egentligen inte har) är det man gör i aktivitetshuset, exempelvis vår hantverksstudio, skola m.m. Fritid är att kunna gå och fika, träna, besöka biblioteket, m.m. i aktivitetshuset. Vi håller också på att upprusta vårt musikrum och tanken är att en musikpedagog skall komma till oss.

Som det flesta har vi ett kontaktmannaskap och det är den avdelningspersonalen som är närmast patienten och stöttar i vardagen och som upprättar veckoschema ihop med patient.

När patienten kommer till oss har vi ju en RPU som beskriver vissa behov men vi gör sedan ganska snabbt egna utredningar/kartläggningar för att så bra som möjligt kunna bygga stödet kring patienten. I detta ingår psykologutredning, arbetsterapeutisk utredning och social kartläggning. Både vårdplan och omvårdnadsplan upprättas och utvärderas regelbundet.

I och med att vi har mer diagnosindelade avdelningar kan vi ibland behöva flytta patient till annan avdelning då det efter en tid, och nya utredningar, visar sig att det man sett på RMV inte stämmer med det vi exempelvis ser när patienten varit hos oss ett tag.

Som stöd i utslussningsprocessen finns vårt utslussningsteam som hjälper patienten under den tid utslussning pågår.

När patient är på öppen rättspsykiatrisk vård har patienten stöd och kontakt med den vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottaning som finns i närheten av där patienten bor. Här ansvarar vårt utslussningsteam för att denna kontakt knyts och dom finns med tills det att stabilitet uppnåtts.

Det som är närmast på gång för ökad delaktighet är införandet av safeward som arbetssätt och att vi också startat upp ett arbete där några personal har ansvar för jobba med minska risken för återfall i beroende, dvs återfallsprevention enligt speciellt koncept. Vi startar också upp en riktad internutbildning som skall ges till alla nyanställda inom rättspsykiatri.

Kent Storm

Sektionschef. Rättspsykiatriska sektionen.
Vuxenpsykiatri, NU-sjukvården

REFLEKTION FRÅN RPV STOCKHOLM

Hur arbetar ni med stöd och hjälp till era patienter under:

1) pågående slutenvård

Vården på kliniken utgår från den rättspsykiatriska vårdprocessen. Vi börjar tidigt i vårdförloppet att bygga upp ett samarbete med kommunen för att vara förberedda inför kommande utskrivning. De stora fokusområdena är ekonomi, boende och sysselsättning. Ekonomi är ett område som kräver mycket stöd och det är inte helt enkelt att sköta detta om man tex inte har tillgång till bank-id. Det kan handla om hjälp med identitetskort, betala räkningar, följa upp hyror och el, samt stötta patienten till ansvar gällande tidigare skulder. Kontroll över ekonomin är central för att på sikt kunna uppnå självständighet. På senare år har vi alltmer gått ifrån att "göra åt" till att "göra med" eller numera ännu mer "stötta genom instruktion". Att ringa ett vanligt telefonsamtal till en myndighet idag kan stöta på många problem på vägen och att träna på detta är en viktig förutsättning för att klara sig i dagens samhälle.

På senare år har vi introducerat allt fler olika aktiviteter för patienter, både i grupp och enskilt. Det kan handla om allt från fysisk träning till yoga eller hantverksarbete av olika slag. För vissa patienter, speciellt i början av vårdtiden kan det dock vara tillräckligt att hålla normal dygnsrytm och sköta hygien och städning samt passa tider till måltider på avdelningen. Det är viktigt att patienter klarar dessa basala uppgifter innan ytterligare aktiviteter blir aktuella.

Vi jobbar med att alla aktiviteter och utvistelser ska ha ett tydligt syfte. För patienter där utskrivning ligger väldigt långt fram i tiden kan syftet vara t ex miljöombyte eller underhållning. För andra patienter handlar det vi gör om att förbereda patienten för ett så självständigt liv som möjligt utanför kliniken. Det kan handla om att resa kollektivt, passa tider, hitta till nya platser osv.

När utskrivning till öppenvård närmar sig har vi under lång tid förberett patienten för detta. Permissiorna har blivit allt längre och med alltmer personligt ansvar för aktiviteter utanför sjukhuset. Det gäller att allt praktiskt är riggat inför utskrivningen så att inte patienten drabbas av problem för att vi inte har förberett det som behövs. Det kan tex handla om hur läkemedlen ska finansieras, hur mobilen fungerar, hur patienten ska ta sig till öppenvårdsmottagningen, vart han ska vända sig vid frågor eller försämring osv. Det är viktigt att patienten har nedskrivet i en krisplan vem han kan vända sig till i olika situationer och kontaktuppgifter till dessa personer.

2) pågående öppenvård

Fokus för allt arbete i öppenvård är att stödja patienten i att fungera så bra som möjligt i vardagen. Ofta handlar det om förhållandevis enkla uppgifter, som tex att hjälpa patienten att ta kontakt med myndigheter, stödja gällande ekonomi och sysselsättning. Stödet kan vara väldigt konkret, att sitta med patienten i rummet där han får låna en telefon för att ordna med praktiska uppgifter med tex Försäkringskassa, Socialtjänst eller Arbetsförmedling.

Kurator kan hjälpa till att ansöka om fondmedel/försäkringar som eventuellt kan underlätta den ekonomiska situationen. Man kan också hjälpa till med att komma i kontakt med budget och skuldrådgivare för skuldsanering eller ekonomiskrådgivning.

3) inför utskrivning

Innan vården avslutas brukar patienten under en period fått regelbundet stöd av vår rättspsykiatriska öppenvårdsmottagning och i slutet på den kontakten etablerat kontakt med en allmänpsykiatrisk mottagning så att överföringen kan bli så sömlös som möjligt.

Ola Broström

Verksamhetschef



REFLEKTIONER FRÅN RPV JÖNKÖPING

De rättspsykiatriska verksamheterna i landet skiljer sig åt vad gäller storlek, organisation, resurser och ekonomi. Detta gör att det kan vara utmanande för en mindre enhet med 12 vårdplatser och en öppenvård med cirka 25 patienter, att ge optimalt stöd och hjälp till våra patienter. Jönköpings rättspsykiatri har säkerhetsklass 3 vilket innebär att vi skall ha en godtagbar säkerhet.

Vårt uppdrag är att rusta patienterna inför deras framtid och att de inte skall återfalla i allvarlig brottslighet. Det pågående arbetet med att ge en individfokuserad vård med delaktighet hoppas vi skall ge en bättre livskvalitet och mående hos våra patienter. Vi jobbar även aktivt med att utveckla motivationsarbetet och delaktigheten för att patienten ska se möjligheter och frivilligt vilja delta i sin vård.

Patienterna inleder oftast sin vård vid den rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena. När en patient planeras flytta från Vadstena till Jönköping etableras en kontakt med aktuell patient och kontaktpersoner för att göra den planerade övergången på bästa möjliga sätt. En flytt innebär mycket förändringar såsom nya kontaktpersoner, nya läkare och en ny miljö, vilket kan vara skrämmande för vissa patienter. Det är viktigt att vi tar över det pågående behandlingsprogrammet samt fortsätter patientens vårdprocess.

Insatser i Jönköping

Omvårdnadsinsatser: kontaktperson och OAS arbetar aktivt för att stödja patienten. Några av insatserna vi erbjuder är; stödsamtal, veckosamtal, hälsosamtal, delaktighet, motivationsarbete, motion, avslappning och drogtester.

Psykologinsatser: terapeutiska insatser samt behandlingar och utredningar.

Sociala insatser/Kurator: forskning visar att den personliga ekonomin har betydelse för ohälsa och återfall i brottslighet. En del saknar inkomst. Därför arbetar vi med att se över om det finns möjlighet till ekonomiskt stöd, skuld-sanering och hjälp i kontakten med myndigheter. Vi erbjuder också stöd och hjälp i boendefrågor.

Arbets terapeutinsatser: vi fokuserar på vardagliga aktiviteter samt utredningar. Vi arbetar mycket med aktiviteter både inne på och utanför avdelningen, bland annat riktade utflykter varje vecka.

Läkarinsatser: håller ihop den rättspsykiatriska vårdprocessen. Regelbundna provtagningar och fysiska undersökningar. Stöd till patienten när det gäller läkemedelsbehandling.

Många patienter som vårdas inom den rättspsykiatriska vården har låg vardagsfunktion (funktionell status). De kan därför ha svårt att klara vardagliga aktiviteter och har ofta behov av omfattande stöd vid övergång från sluten till öppen rättspsykiatrisk vård. Att förbereda patienten för ett liv utanför sjukhuset är en utmaning och kan ta tid. Öppenvården kopplas in när patienten är i slutenvård och är delaktiga när villkoren för öppenvården formuleras i vårdplan. Öppenvårdens stöd till patienten är främst tillgänglighet, hembesök samt hjälp med att klara av omställningen.

Samordning med länets övriga psykiatri är mycket viktigt, särskilt när det planeras att den rättspsykiatriska vården skall upphöra. Att i tid säkerställa en fast vårdkontakt för patienten. Stödja patienten att inte se förändringen som skrämmande eller för svår. Ordnade boendeförhållande samt något att göra är centrala begrepp för en lyckad utslussning. Fysisk aktivitet på recept har också varit till stor nytta.

Vi vill att våra patienter skall må bättre och få en bättre livssituation. Därför måste vi öka bedömningen av patienternas vardagsfunktioner samt väcka intresse hos patienterna hur vi skall arbeta strukturerat med deras vardagsfunktioner. Ständigt förbättra underlaget för riktade vårdinsatser för att få till den rättspsykiatriska vården.

Arbetet med strukturerade riskbedömningar samt riskhantering utvecklas ständigt och är en stor del av vård innehåll. Det bedrivs ett aktivt arbete för att få in detta tydligare i vårdprocessen tillsammans med patienten.

Vi deltar även i forskning och utveckling, exempelvis forskningsprojektet CANFOR. Svensk utprovning och validering av CANFOR-SR (svensk reviderad) och kartläggning av rättspsykiatriska patienters behov av stöd och hjälp. Denna skattning används regelbundet i slutenvården för att identifiera patienternas behov.

Linda Holm
Mats Gynnerstedt
Staffan Hjelm
Anders Nordström



REFLEKTIONER FRÅN REGIONSJUKHUSET KARSUDDEN

Stöd och hjälp under vårdtiden

Vårdprocessen på Regionsjukhuset Karsudden innefattar att patienten i början av sin vårdtid erbjuds en genomgång av sina styrkor och utvecklingsområden. Utredningar och bedömningar görs av olika professioner och utmynnar i en gemensam diskussion, tillsammans med patienten, på en teamkonferens där en planering av den fortsatta vården läggs upp. Framkomna styrkor och svagheter ställs i relation till utförd riskbedömning för att säkerställa att planerade insatser är i linje med den rättspsykiatriska vårdens mål att minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet.

Under den kommande vårdtiden sker individuella insatser utifrån bedömda behov och uppföljningar av insatserna och förnyad planering sker minst en gång/ halvår ofta tätare.

Insatserna kan bestå av:

- Strukturerade kontaktpersonssamtal, ESL
- Dagliga aktiviteter och stödsamtal på avdelningen
- Stöd och hjälp i vardagen utifrån behov, där målsättning är ökad egen autonomi
- Uppmuntran till och stöd i fysisk aktivitet
- Återfallspreventiva stödsamtal och strategier för drogfrihet
- Återfallspreventionsbehandling
- Psykoterapeutiska insatser på KBT-grund med specifikt problemfokus
- Träning av strategier för att hantera olika situationer som kan leda till exempelvis återfall i missbruk eller kriminalitet
- Daglig sysselsättning och meningsfulla aktiviteter
- Genomgång av ekonomi och stöd i att söka skuldsanering, god man eller förvaltare
- Regelbunden genomgång och diskussion kring lämplig läkemedelsbehandling
- Samtal kring svårigheter / riskfaktorer kopplande till diagnos och framtida stödinsatser
- Upprätthålla kontakt med närstående

Inför utslussning:

- De olika insatserna fortgår och följs upp för att nyvunna strategier ska vara lätt åtkomliga för individen under sin vistelse i samhället
- Stöd i alla kontakter med sociala myndigheter inför och efter en samordnad vårdplanering där ansökan om olika former av stödinsatser kring boende och sysselsättning lämnas
- Samtal kring och stöd i att planera och följa upp permissionsgång

Under öppenvård:

- Regelbunden kontakt med omvårdnadspersonal från den avdelning där slutenvården skett. Frekvens av kontakt beror bland annat på boendeform, stödinsatser på hemorten m.m.
- Kontakt med boendestöd och personal på HVB-hem för uppföljande information och för råd och stöd
- Läkarbedömning för uppföljning av psykisk stabilitet och villkor i den samordnade vårdplanen minst var sjätte månad men ofta tätare.

Eller stödet och hjälpen i den rättspsykiatriska vården på Regionsjukhuset Karsudden i extremt nedkokad form: *vi stödjer och hjälper patienter i sin återhämtning under hela vårdprocessen och tillsammans ser vi till att de är bra rustade för framtiden.*

Grundpelarna för att vi tillsammans ska lyckas med detta är; hög delaktighet och personcentrerad vård. Varaktiga beteendeförändringar, oavsett om man är en rättspsykiatrisk patient eller inte, kräver en förståelse, en inre motivation, en upplevd vinst och en känsla av delaktighet och autonomi. Så om den rättspsykiatriska vården kan stödja och hjälpa patienterna att känna delaktighet, motivation och autonomi, så kommer de att ta till sig de förmågor och färdigheter de behöver för att vara bra rustade för det liv som ligger framför dem.

Jörgen Bragner

Verksamhetsområdeschef

REFLEKTION FRÅN RPR VADSTENA

Vadstena kliniken jobbar med individuellt anpassade stöd och hjälpinsatser under pågående slutet och öppenvård. Det kan handla om stöd att hantera livssituationen och tvångsvården, vardagen, den psykiatriska problematiken, relationen till andra och de utmaningar som dyker upp längs vägen. Insatserna kan syfta till att lära sig ta hand om sig själv och att hitta sunda levnadsvanor, att utveckla förståelse för de egna behoven och förutsättningarna samt hur de kan hanteras på ett bra sätt. På så sätt ges patienten möjlighet att bli så förberedd och självständig som möjligt inför att vården ska avskrivas. Vid planering och genomförande av insatserna utgår man ifrån forskningsevidens och kliniskt beprövad erfarenhet, såväl som patientens behov, förutsättningar erfarenheter och preferenser.

Tidiga hjälpinsatser kan handla om psykoedukation och information och för att förstå lagrum och vårdprocess och förbättra förutsättningarna för delaktighet i vården. Sådan information förmedlas bland annat via kontaktmannasamtal och speciellt framtagna patientpärlor. Att bli dömd till psykiatrisk tvångsvård innebär en svår omställning för många, men med stödjande omvårdnadsamtal, trygghetsskapande sociala aktiviteter och insatser för att upprätthålla kontakten med närstående kan den bli mer hanterbar. Det finns även tillgång till psykoteraeutisk krisbehandling. Patienterna erbjuds sociala och andra aktiviteter på vårdavdelningen, såväl som individanpassad sysselsättning utanför avdelningen för att skapa en aktiv, meningsfull vardag och livskvalitet.

Under vårdtiden erbjuder kliniken stöd och hjälp i form av ekonomiskola. Det är en instruktörledd kurs som utgår från arbetsmaterial ESL (eget självständigt liv). Syftet är att göra patienterna mer medvetna om sin privatekonomi samt ge verktyg för att bibehålla en god ekonomi. Kursen innehåller bland annat, ordning och reda på papper, kostnader för varor och boenden, budget, skulder, lån, privatköp, bankID, godman och förvaltare. Kuratorerna finns behjälpliga med information och eventuell biståndsansökan. Genom att utgå från ESL används samma metod stöd som socialtjänsten vilket skapar en förutsägbarhet

för patienten då båda huvudmän använder samma språk. Kliniken tillhandhåller även andra typer av psykoedukativa program såsom IMR (Illness Management and Recovery), sömn och social färdighetsträning.

Att ge stöd och hjälp med fysisk aktivitet är självklart insatser som förbereder patienten för ett aktivt liv och på kliniken finns ett välutrustat motionshus att tillgå. Kliniken har friskvårdsinstruktör och en fysioterapeut som ansvarar för att patienterna erbjuds fysisk träning, både i grupp och individuellt. De arrangerar exempelvis gruppaktiviteter till en närliggande simhall, fotboll och innebandy. Det finns även en friskvårdsgrupp som arbetar med frågor som rör kost och hälsa för patienterna. Kliniken arrangerar den så kallade Hälsoveckan, en vecka fullspäckad med olika fysiska aktiviteter (dans, pingis, tipspromenad) och olika föreläsningar (exempelvis kring sömn, tobak, kost). Inom ramen för ett internt utvecklingsprojekt finns även möjlighet för patienterna att besöka en hästgård.

Särskilda insatser inriktade mot trauma utgörs av Prolonged Exposure, Traumafokuserad KBT, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy) och Traumafokuserad yoga. Många patienter har missbruk och beroendeproblematik av olika slag och för det finns behandlingsprogram med återfallsprevention i grupp och individuellt. Motiverande samtal MI används för att undersöka förutsättningarna för insatser och för att skapa egen motivation och drivkraft hos patienterna.

Avslutningsvis kan nämnas att rättspsykiatrin och Region Östergötlands 13 kommuner kommit överens om en samverkansrutin med syfte att patienterna inte ska frihetsberövas längre än nödvändigt. Rutinen ska underlätta en god samverkan och skapa förutsättningar för att patienterna får sina stöd och hjälpbehov tillgodosedda även efter slutenvården.

Christina Blom

Verksamhetschef

Rättspsykiatriska regionkliniken Vadstena

REFLEKTION FRÅN RPK SUNDSVALL

Hur arbetar ni med stöd och hjälp till era patienter under:

1) pågående slutenvård

Vården vid RPK Sundsvall utgår ifrån en vårdprocess som spänner över fem olika faser; introduktions-, utrednings-, behandlings-, utslussnings- samt öppenvårdfaserna. I korthet beskriver processen hur klinikens olika professioner ska samverka för att ur ett multiprofessionellt perspektiv ta reda på vilket behov patienten har av stöd, hjälp, behandling etc och sedan omsätta denna kunskap i vårdande handlingar och behandlingar tillsammans med patienten. I stora drag innebär detta alltså att ge sådan vård och behandling att patientens förmåga stärks så långt som möjligt och därefter identifiera vilket stöd och vilken hjälp som behövs för att uppnå god hälsa och minska risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag.

Således innebär den initiala slutenvårdsperioden att identifiera och utreda tillräckligt mycket om patienten för att underbygga eller komplettera diagnostik samt identifiera behov utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Detta är såklart en dynamisk process där ny kunskap påverkar inriktningen på vården och tvärtom men det kan inte nog understrykas att för att ge hjälp och stöd är det avgörande att veta vilken hjälp och vilket stöd som behövs.

För att identifiera rätt hjälp och stöd finns flera resurser och kompetenser såsom kuratorer, arbetsterapeuter, läkare, psykologer och omvårdnadspersonal. Utifrån dessa professioner formuleras sedan insatser för att hjälpa och stötta patienten både i den omedelbara vardagen, och på längre sikt. Det kan till exempel vara omvårdnadsinsatser som stärker möjligheten till bättre hälsa utifrån ADL, hjälp med ekonomin, att upptäcka tidiga symtom, att förstå sin diagnos, stärka sociala färdigheter, målsättning och problemlösning etc.

Slutenvårdens resurser omsätts alltså för att stötta och hjälpa till på kort och lång sikt utifrån kunskap om patienten bortom de viktiga framsteg som kan göras med medicinska interventioner och behandling.

2) pågående öppenvård

Under öppenvårdsfasen har patienten lämnat kliniken men under utslussningsfasen utförs arbete för att säkerställa att patienten får sina behov av stöd och hjälp uppfyllda i den kommande öppenvården. Patienternas nivåer av stöd och hjälp beslutas av handläggare inom socialtjänsten och utförs ofta av kommunala aktörer men resurser ifrån den rättspsykiatriska vården kvarstår i viss mån som fast vårdkontakt och hjälper patienten att navigera sin nya tillvaro genom rådgivning, uppföljning och hembesök/klinikbesök. För att patienterna ska få rätt hjälp av kommunala aktörer är samverkan och kvalitativa underlag betydelsefulla.

3) inför utskrivning

Inför utskrivning handlar hjälpen och stödet om att tillse att det finns aktörer i samverkan runt patienten som ska utföra nödvändiga insatser, till exempel att överlämna ansvaret för förskrivningar och uppföljning till den allmänna psykiatrin samt knyta upp samarbete mellan kommunala och regionala aktörer. Förhoppningsvis har vikten av insatser ifrån rättspsykiatrin nu minskat till den grad att utskrivningen inte på något genomgripande sätt förändrar den välfungerande öppenvården.

Magnus Kristiansson

Områdesdirektör

REFLEKTION FRÅN RPK VÄXJÖ

Vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö arbetar vi med att förtydliga och göra den rättspsykiatriska vårdprocessen mer transparent och tillgänglig, då vi från forsknings- och utvecklingsarbeten vet att den av såväl personal, patienter som anhöriga upplevs som svårbegriplig och komplex. I detta samarbetar vi med brukarföreningar, för att förtydliga patientperspektivet. Ett viktigt fokus i utvecklingsarbetet handlar om att den rättspsykiatriska vården ska ge rätt insats till rätt person vid rätt tidpunkt, sett till individens; risker, behov och mottaglighet. Här applicerar vi den internationellt väletablerade RBM (Risk – Behov – Mottaglighet)-modellen, för att kunna bedriva en effektivare och än mer personcentrerad vård, där ett av målen är att patienten gradvis övertar ansvar för sin egen vård. Utvecklingsarbetet gällande den rättspsykiatriska vårdprocessen påverkar samtliga delar av vården, såväl slutet som öppenvård och vi räknar med att arbetet kommer att innebära kontinuerlig utveckling under många år framöver.

För att kvalitetssäkra och underlätta vårdprocessen för våra patienter och guida i val av interventioner, arbetar vi med framtagande och implementering av vårdprogram specifikt för särskilda områden som är aktuella för den rättspsykiatriska vården. Vårdprogrammen definierar de kartläggnings-/utredningsinsatser samt behandlingsinsatser som ska erbjudas patienterna. Detta utgår från nationella riktlinjer om olika sjukdomstillstånd (t ex Vård och stöd vid missbruk och beroende) vilka patienter inom rättspsykiatrisk vård vanligen visar samt den aktuella evidensbasen för rättspsykiatri. Här ger RättspsyK och den forskning som bedrivs på kliniken underlag för att kunna identifiera vilka vårdprogram som är viktiga att fokusera på. Exempel på vårdprogram som har tagits fram på Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö är Våldsprevention, Suicidprevention och Kartläggning och behandling av beroendeproblematik. Vårdprogrammen tas fram i samarbete mellan kliniskt verksamma inom olika professioner, med vetenskaplig förankring i vår Forskningsenhet.

Majoriteten av patienterna på Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö vårdas endast en del av sin vårdtid på kliniken, med anledning av att de har remitterats till kliniken från sin hemregion för vård. Vi bedriver därför till största del slutenvård på Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö. Vid vårdens inledning fokuseras på att kartlägga och identifiera den individuella patientens risker, behov och mottaglighet, med målet att minska risker, möta vård-

behov och öka patientens förståelse för hens problematik. Ökad förståelse för sin problematik fyller en viktig, motivationshöjande funktion och kan vara avgörande för patientens mottaglighet för olika typer av insatser i olika faser av vården.

Beroende på vad kartläggningen visar, fortsätts eller initieras sedan olika behandlingsinsatser. Dessa behandlingsinsatser kan vara såväl farmakologiska (t ex antipsykotisk medicinering), omvårdnadsmissiga (t ex stödsamtal, kontaktmannaskap), psykologiska (t ex brottsbearbetning), psykosociala (t ex psykopedagogiska insatser, färdighetsträning), kurativa (t ex hjälp med förvaltning av ekonomi och stödperson) som fokuserade på funktionella och hälsosamma levnadsvanor i vardagen (t ex arbetsterapi, fysioterapi, somatiska behandlingar). I samarbete med brukarföreningar ges också insatser fokuserade på återhämtning. De insatser som ges kan vara såväl diagnosspecifika (t ex CRA-behandling vid substansberoende) som transdiagnostiska (t ex Vardag i Balans). Vår Hälsocentral, med kliniken specialist i allmänmedicin samt distriktssköterska, möjliggör fokuserat arbete med hälsosamma levnadsvanor.

En annan viktig del av vården innefattar aktiviteter som kan erbjudas i vårdvardagen, så som samarbete med sociala företag kring meningsfulla aktiviteter (t ex hunddagis, cykelverkstad, ramverkstad), skolverksamhet med bl.a. SFI och skapande och fysiska aktiviteter via vårt Aktivitetscentrum. För de patienter vilka inte har svenska språket som modersmål där SFI krävs, görs en screening av lärarna, Provia och Lexia, med tillhörande studieplan med mängdträning på avdelningarna.

Den öppenvårdsverksamhet som bedrivs på Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö fokuserar på att fortsätta med de behandlings- och stödinsatser som är aktuella för patienten, sett till de behov som finns relaterat till förutsättningarna för öppenvård. Detta innefattar en fast vårdkontakt och besök som kan ske såväl fysiskt som digitalt. Under 2023 kommer kontakt med öppenvården att kunna ske årets alla dagar, även under helger och i övrigt "röda dagar". Inför såväl utskrivning som under öppenvård är väletablerade kontakter avgörande.

Tina Fogelklou

Rättspsykiatrichef, Region Kronoberg

REFLEKTION FRÅN RPK SÄTER

Temat för årets rapport är stöd och hjälp och vi har reflekterat hur vi arbetar med detta under pågående slutenvård, pågående öppenvård och inför utskrivning.

Under pågående slutenvård använder vi vårt styrdokument Vårdprocessen 2.0 som riktlinje för arbetet med patienterna. I denna anges vilka bedömningar och uppföljningar som ska göras, och när i tid dessa bör genomföras. Det handlar bland annat om att hjälp och stöd i att hitta en normal dygnsrytm och en fungerande vardag, att integrera med varandra och bygga tillit, samt få till en fungerande ekonomi. Vi arbetar också för att patienterna ska ha en medicinering som fungerar över tid, och motivera till följsamhet till denna.

RPK Säter har ingen egen öppenvårdsmottagning, utan när det är dags för öppenvård flyttas ansvaret över till patientens närmaste öppenvårdsmottagning utifrån vistelseort. Kliniken har dock en ÖRV-ansvarig sjuksköterska som arbetar med att stötta både patienter, öppenvård och kommuner i hanteringen av den öppna rättspsykiatriska vården. ÖRV-ansvarig tillser till exempel att det finns en krisplan att använda vid eventuell försämring och en vårdplan som stödjer patientens behov och mål. ÖRV-ansvarig arbetar även med uppföljning av alla ÖRV-patienter fram tills att de antingen skrivs ut eller överförs till hemregionen för fortsatt vård. Uppföljningen består av kontroller av patientens mående, funktion och fullföljande av villkoren öppenvården.

När det sedan närmar sig utskrivning tillser vi att det finns en vårdplan som fullt ut stödjer patientens behov och mål för att klara ett självständigt liv utan den rättspsykiatriska vårdens fasta ramar. Vi tillser även att patientens personliga förhållanden är så pass ordnade att det möjligt för patienten att upprätthålla den struktur som har byggts upp under den slutna och öppna rättspsykiatriska vården.

Vi har även reflekterat över data i föregående årsrapport och även där har vi tagit avstamp i årets tema; stöd och

hjälp. Utifrån data i registret är det tydligt att det finns insatser att göra för de öppenvårdspatienter som är knutna till kliniken för att tillse att de får stöd och hjälp i enlighet med deras behov. Enligt patienternas egna skattningar mår de sämst i landet när det kommer till psykisk hälsa, och de ligger på fjärde sämsta plats när det gäller fysisk hälsa. Det är också överensstämmande med att endast 16% av öppenvårdspatienterna, enligt personalens skattningar, har förbättrat sin symtombild sedan föregående tillfälle. Anmärkningsvärt är också att 51% av patienter i öppenvård har påtagliga/mycket svåra symtom, jämfört med endast 27% i slutenvård.

Kliniken har, som tidigare beskrivet, ingen egen öppenvårdsmottagning, utan lämnar vid beslut om öppenvård över ansvaret (förutom bevakning av tvångsvården) till patientens öppenvårdsmottagning på hemmaplan. Möjligt kan det vara så att arbetet med patienterna försvåras av att få nya kontaktpersoner, nya rutiner och lösare ramar, vilket i sin tur ger svårigheter att upprätthålla den struktur och de rutiner som har inarbetats under slutenvården och därmed försämrade hälsa och symtombild. Med tanke på ovanstående problematik finns insatser att göra, både inför och under pågående öppenvård för att säkerställa att patienterna bibehåller de goda resultat de uppnått under slutenvårdstiden.

Vi vill avsluta med att konstatera att RPK Säter är bäst i landet på att tillse att patienter i slutenvård får en stödperson utsedd, att 89% av patienterna i slutenvård erbjuds hälsofrämjande insatser och att merparten av patienterna med behov av hjälp med sin ekonomi har god man/förvaltare utsedd. Just stödperson och förvaltare är en framgångsfaktor för patienter i öppenvård.

Anders Grawé
Verksamhetschef RPK Säter

REFLEKTION FRÅN RPV GÖTEBORG

Registerhållaren önskade till årsrapport 2022 förutom en sedvanlig reflektion över årets resultat även en kortare redogörelse utifrån frågorna nedan i kursiv text:

Hur arbetar ni med stöd och hjälp till era patienter under:

- 1. pågående slutenvård*
- 2. pågående öppenvård och*
- 3. inför utskrivning?*

Frågorna är allmänt hållna och skrivutrymmet begränsat till max en styck A4 varför här följer ett synnerligen komprimerat svar gällande frågorna 1, 2 och 3.

Förutom olika behandlingsåtgärder och kontrollåtgärder arbetar vår verksamhet både vid vårdavdelningarna och vid verksamhetens aktivitetshus med omfattande stödåtgärder i syfte att hjälpa patienten i vardagen och förbereda för en vardag utanför sjukhuset. Stödåtgärderna handlar om exempelvis hjälp med sin ekonomi, planera inköp och laga mat, tvätt av kläder, hålla ordning på sitt rum och över huvud taget åtgärder för att få struktur på dagen och livet i stort. Listan på den stöd och hjälp som personalen ger patienterna direkt och indirekt kan göras väldigt lång.

Då de flesta patienter har behov av insatser från flera olika huvudmän och aktörer gäller att tillse att patienter får det stöd av andra aktörer som behövs. Här finns behov av aktörer såsom som förvaltare/godemän, Försäkringskassan, kommunerna, boendepersonal, boendestödjare, närstående med flera parter. Då det är den rättspsykiatriska huvudmannen som ansvarar för uppföljning och samordning av olika aktörers insatser och åtgärder läggs mycket krut här.

Allmänt kan sägas att graden av stöd och hjälp från externa parter ökar vid permissionsgång och ökar givetvis ytterligare vid öppen vårdform i samband med att rättspsykiatriens stöd kan trappas ner.

En allmän reflektion gällande verksamhetens resultat 2022 är att beläggningsgraden på årsbasis varit så hög som 108 %. Förutom ett fortsatt inflöde av nydömda patienter har utflödet från slutenvården till öppen vårdform gått trögt. En andel av de patienter som bedöms utskrivningsklara blir kvar över tid inom den slutna vården. Då detta gäller vid fler rättspsykiatriska kliniker i Sverige gjorde JO en granskning av 15 rättspsykiatriska kliniker med efterföljande inspektion vid 5 av dessa kliniker, bland annat Rättspsykiatri SU. Inspektionen handlade om att genomlysna orsakerna till problemet.

En viktig orsak var enligt JO:s granskning att samplaneringen med kommunerna ofta påbörjas sent i vårdprocessen. Effekten blir att den samordnade vårdplaneringsprocessen och biståndsbedömningen pågår över tid efter att patienten egentligen är utskrivningsklar. En annan orsak är att kommunen och rättspsykiatri ibland gör olika bedömningar om behovet av boendeform och nivå av stöd vilket resulterar i att patienten blir kvar i slutna vård.

Något som verksamheten upplever som positivt i sammanhanget är Socialstyrelsens nya författning HSLF-FS 2022:62 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Författningens detaljerade krav på innehållet i vårdplanerna inbegriper behov och åtgärder även från externa aktörer, exempelvis kommunerna. Detta faktum öppnar upp för samplanering med kommunerna tidigt i vårdprocessen vilket vi ser som en viktig förutsättning för att öka utslussningstakten av utskrivningsklara patienter.

Med vänliga hälsningar

Eirini Alexiou

Verksamhetschef, Överläkare,
PhD Specialistläkare i psykiatri och rättspsykiatri
Ordförande i Samordningsråd Rättspsykiatri

REFLEKTION FRÅN RPK KRISTINEHAMN

Vi har valt att fokusera specifikt på det sociala och ekonomiska stödet i vårt svar.

Slutenvård och inför utskrivning

De senaste åren har vi arbetat mer aktivt för att fler patienter ska få en stödperson utsedd. Om patienten initialt tackat nej till stödperson har vi numera rutiner för att lyfta frågan om stödperson med patienten vid varje vårdplanering. Vi har vid något tillfälle också bjudit in Patientnämnden för att träffa och informera patienterna om vad en stödperson kan stötta dem med under tiden i rättspsykiatrisk vård.

Vi har det senaste året börjat med en form av fördjupad kartläggning i samband med inskrivning, där vi mer grundläggande kartlägger den ekonomiska och sociala situationen runt patienten. Utifrån kartläggningen kan vi tillsammans med patienten se vilka insatser som kan vara aktuella inom dessa områden. Vi arbetar för att stötta patienten i de områden där patienten önskar få till en förändring, t ex rörande kontakten med närstående eller ekonomiskt stöd av olika slag, såsom ansökan om god man.

Vi jobbar för att få till samarbetsområden med föreningslivet och har det senaste året startat ett samarbete med Friluftsförbundet. Fem av våra skötare har utbildats av Friluftsförbundet för att leda friluftaktiviteter såsom enkla vandringar tillsammans med våra slutenvårdspatienter. Vi har också under 2022 startat ett samarbete med NSPH Värmland där vi kommit igång med brukarstyrda patientforum. Genom båda de här samarbetena med föreningar i länet hoppas vi att våra patienter lär känna olika ideella föreningar och brukarföreningar och att grunden kan läggas till något som förhoppningsvis kan innebära ett socialt stöd, även när den rättspsykiatriska vården avslutas.

Annat socialt stöd som ges under vården är att vi använder oss av det psykopedagogiska materialet Illness Management and Recovery – IMR – på alla våra avdelningar. IMR ges i

regel i grupp och en del av materialet handlar om vikten av socialt stöd samt olika strategier för att exempelvis ta kontakt med andra människor.

Patienter har under hösten 2022 efterfrågat mer diskussioner och stöd rörande enkel vardagsekonomi och sociala kontakter via telefon och dator, då många upplever en osäkerhet på hur bland annat bankappar, Swish och sociala medier fungerar. Vi planerar därför framåt för att diskutera sådana ämnen i grupper på avdelningarna.

I Värmland tog vi 2019 fram en riktlinje för samverkan mellan rättspsykiatri och Värmlands 16 kommuner. Efter detta har vi en bättre struktur för samarbete, bland annat genom tidig kontakt med hemkommunen. Vi upplever numera inte alls svårigheter i den utsträckning som fanns tidigare i samband med övergång i rättspsykiatrisk öppenvård, såsom lång väntan på boendebeslut.

Öppenvård

Även i öppenvården jobbar vi med mer fokus på stödperson. Frågan lyfts vid samordnade vårdplaneringar, vilket kan vara särskilt viktigt för patienter som inte har boendestöd eller liknande insatser.

Tidigare utgick den personal som arbetade med öppenvården från en av slutenvårdsavdelningarna, men fr hösten 2022 har vi en ny enhet för rättspsykiatrisk öppenvård. Här arbetar ett fast team som nu kan stå för kontinuitet och trygghet i öppenvården och som lär känna patienterna innan övergången i öppenvård. De kan också agera stöd till boenden vid behov för t ex ärendehandledning och stöttning.

Monica Gustavsson, verksamhetschef

Christina Karlsson, chefsöverläkare

Victoria Dalgård, verksamhetsutvecklare



Registerhållarna reflekterar

“Now this is not the end. It is not even the beginning of the end.
But it is, perhaps, the end of the beginning.”

Förra året och året innan det började denna reflektion med ett citat ur Hemsöborna av vår nationalskald August Strindberg. I år väljer vi ett annat känt citat av Winston Churchill från ett tal han höll 1943. Citatet skapade då framtidstro och så kanske även nu trots att 2022 blev ytterligare ett år med pandemi som inte är helt över när vi skriver detta.

Vi fick en liten andhämtning och lugnare period under våren 2022 men sen kom den nya varianten av viruset att göra så smittspridningen slog alla rekord med riktigt höga smittotal i december. Vi är nog många som är tacksamma för att det nu finns vaccin som ger skydd mot allvarlig sjukdom och att nu i början på 2023 så verkar pandemin vara under kontroll här i Europa.

En händelse som präglat år 2022 är förstas kriget i Ukraina som bröt ut den 24 februari när Ryssland gick till angrepp. Kriget har under året lett till mycket oro och problem. Inte minst har vår ekonomi satts på starka prov och vi har nu en mycket hög och besvärlig inflation med stigande priser och räntor som följd. Detta har naturligtvis påverkat många människors vardag och liv.

Ytterligare en händelse som mottogs med bestörtning och chock och påverkade vår tillvaro både som människor och registerföreträdare, var när vi tog emot beskedet att Ing-Marie Wieselgren mördats på öppen gata i Visby mitt under Almedalsveckan. Ing-Marie var inte bara en företrädare och ledare för SKRs Uppdrag psykisk hälsa och patienters rätt till bra och god vård utan också registerhållare för det nationella kvalitetsregistret PsykosR.

Men trots en fortsatt pandemi och andra problem och chockerande händelser så har arbetet med vårt register fortsatt med oförminskad styrka under 2022. RättspsyK tilldelades medel av SKR för 2022 års drift med 700 000 kr och vi behöll vår certifieringsnivå. Att medelstilldelningen blev lägre för 2022 beror främst på att registret haft sparade medel och en positiv balans.

Registret har en fortsatt hög täckningsgrad. Under 2022 har ett utvecklingsarbete gjorts tillsammans med register-service vid Socialstyrelsen och Registercentrum Västra Götaland för att förbättra och förfina den metod som används för täckningsgradsanalys. Det går att läsa mer om denna metod i årsrapporten. Den senaste beräknade täckningsgraden gällande år 2021 visar på att 85 procent

av patienter som kan vara med i registret är det och deltar i vårt utvecklingsarbete av den rättspsykiatriska vården.

Det gjordes fantastiska insatser med registreringar och trots den starka påverkan som pandemin och andra problem hade på oss alla. Vi konstaterar att det under 2022 följdes upp fler patienter än någonsin tidigare.

Analysgruppens arbete med årsrapporten för 2021 genomfördes helt digitalt och resulterade i en årsrapport för 2021 som kom verksamheterna till del i mitten av april. Temat för rapporten var somatisk sjuklighet, somatisk läkemedelsbehandling och hälsofrämjande insatser.

Styrgruppen har haft fem möten under 2022 och samtliga genomfördes digitalt.

Under 2022 har ytterligare en region anslutit sig till RättspsyK. Det är Blekinge som nu bedriver rättspsykiatrisk vård i en sådan omfattning att de vill vara med och registrera i registret. Det har tidigare varit att patienter hemmahörande i Blekinge främst vårdats i Växjö och registrerats där. Vi är mycket glada att Blekinge nu från och med hösten 2022 finns med och välkomnar dom särskilt till RättspsyK.

All insamlade data för 2022 har hanterats via vår ”nya” IT-plattform Stratum. Under året har Registercentrum Västra Götaland tillsammans med bland annat registrets kansli fortsatt arbetat intensivt för att anpassa plattformen till våra behov och för att passa registrets arbetssätt.

Glädjande nog nådde antalet ansökningar om datauttag den högsta nivån för registret under 2021. Under 2022 har antalet ansökningar om datauttag ur RättspsyK minskat från toppnoteringen 22 datauttag 2021 till 10 datauttag 2022. De som begär ut data är verksamheter men även media har önskat data från registret och använt detta i olika artiklar och produktioner. För forskningsändamål har data lämnats ut till flera forskare vid olika forskningsinstitutioner. Registret levererar även data till Brå och SKR.

Registret har under några år sett ett ökat intresse för att begära ut data för forskningsändamål och det resulterade i att det publicerats sju forskningsartiklar 2022 i vetenskapliga tidskrifter som refererar till och använder registrets data i forskningen.

Ett fortsatt givande samarbete har skett med Brottsförebyggande rådet då vi utökat den data som Brå levererar vseende återfall i brott. Samarbetet och samverkan med de andra nationella kvalitetsregistren inom psykiatri, NPK har fortsatt och utvecklats under året. Vi har haft täta avstämningsmöten och har deltagit i tre workshops som anordnats gemensamt.

Socialstyrelsen har under år 2021–2022 haft ett regeringsuppdrag att se över förutsättningar för våra register och se vilken data som samlas in som överlappas av data som Socialstyrelsen samlar in samt se hur registren kan stödjas på både kort och lång sikt. Detta arbete blev klart och redovisades av Socialstyrelsen i april 2022. Det konstaterades att data i RättspsyK i ganska stor utsträckning inte går att finna i något annat nationellt register. Vi bedömer detta som att det finns starka skäl att ha ett specifikt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Registret har under 2022 inlett ett samarbete med Vetenskapsrådet för att kunna ansluta till deras verktyg RUT (Register Utiliser Tool). Syftet med RUT är att samla in så många register som möjligt och beskriva deras variabler. Detta för att göra det lättare för forskare och andra intresserade att se vilka data som finns i de olika registren. För RättspsyKs del är det också ett krav för att kunna nå den högsta certifieringsnivån som gäller för kvalitetsregister. Ytterligare ett krav för att nå högsta certifieringsnivå är att registret presenterar sin data på Vården i siffror – VIS. Det arbetas nu med en lösning för att göra det möjligt. Vi har ambitionen att anslutningen till RUT och visning av data skall vara klar under 2023.

När det gäller de två årliga nationella mötena som sedan registrets start har hållits vår och höst och som lagt grunden till ett gott samarbete blev 2022 års möten både fysiskt och digitalt. För första gången på över två år genomfördes vårens möte i maj i Stockholm. Mötesvärd var Vänersborg och totalt 63 personer som deltog. Under mötet presenterade Lina Norrbin, leg psykolog/doktorand, sin forskning under rubriken ”Assessment of functional status in forensic mental health users – current practices”. Det beslutades vid mötet att även om pandemin inte lägger hinder i vägen för fortsatta fysiska möten så ska vi framgent bara ha ett fysiskt nationellt möte (på våren) i RättspsyK och ett digitalt möte på hösten.

Vid höstens digitala nationella möte som genomfördes i november var Jönköping mötesvärd och presenterade sin verksamhet. Jelda Acar och Linn Salomonsson presenterade sin uppsats ”Trygghet, stöd och effektiva vårdprocesser – finns det en relation mellan nätverk, samverkan, ej fungerande samverkan och vårdtid på svenska rättspsykiatriska kliniker? Under mötet presenterade även Brå återfallsdata.

Om vi blickar framåt så hoppas vi att pandemin nu definitivt släpper sitt grepp om tillvaron och att vi kan gå vidare in i det nya normala. För oss innebär det att vi får möjlighet att ses fysiskt igen, kanske inte med samma frekvens som innan pandemin men att möjlighet finns. De fysiska träffarna vid våra nationella möten och andra konferenser och sammanhang tror vi är viktiga för att utveckla vårt register och den rättspsykiatriska vården. Vi ska naturligtvis ta med de goda erfarenheterna och kunskaperna att ses även digitalt in i framtiden då det ger oss än mer möjligheter till samverkan och utbyte av goda idéer.

Under 2022 planerade registret att fortsätta arbetet med variabelöversyn via arbetsgruppen och utveckla vår statistikvisning via hemsidan tillsammans med Registercentrum Västra Götaland. Dessa förhoppningar grusades av den pågående pandemin och arbetet fortgick på sparlåga. Vi tar nu nya tag i frågan om variabelöversyn och planerar för en utvecklingsdag i maj 2023 där analys och styrgrupp och särskilt inbjudna kommer träffas och diskutera våra variabler och indikatorer i syfte att utveckla registret. Vi hoppas även att arbetet med en valideringsmanual kommer att ta fart under 2023.

Det är allas vår ambition att fortsätta utveckla registret och årsrapporten i takt med vår tid; som vi tycker håller en hög kvalitet, och som förhoppningsvis ger underlag för verksamhetsutveckling och inspiration och möjlighet till forskning till gagn för våra patienter och uppdragsgivare.

Avslutningsvis hoppas vi att 2023 innebär mer normaliserade förhållanden och ger oss möjlighet till fler sociala kontakter och fysiska möten, diskussioner och dialoger men också förståelse och respekt för människors olika perspektiv och åsikter.

Hälsningar i februari 2023 från

*Magnus Kristiansson och
Helena Andreasson*



Forskning och validering

Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmanar till att registret används för forskning. Framtagna rutiner kring datauttag kan erhållas av styrgruppen och på hemsidan rattspysyk.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 24 verksamheter besökts för validering och sedan 2017 har åtta verksamheter haft ett uppföljande besök.

Arbetet sker tillsammans med registrerarna som navigerar i patientjournalen och på kvalitetsregistrets plattform samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs. Slumpmässiga val av ett par registreringar, ett eller två nyregistreringsformulär och cirka tre till fyra 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 registrerarna för avstämning och när det är klart skickas det slutgiltiga dokumentet till både registrerare och verksamhetschef.

Sedan start har registret haft två årliga nationella användarmöten där alla anslutna verksamheter bjuds in för att delta. Uppslutningen på dessa möten har varit mycket god med i snitt 50 deltagare per tillfälle där nästan alla verksamheter har varit 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. I år genomfördes vårens nationella möte i Stockholm och höstens nationella möte i form av webinarium.

Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 12 verksamheter utspridda över hela landet.

Registret har ett kansli som består av tre erfarna registre-rare 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 och diagnoskod 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 uppdaterats kontinuerligt. För indikatorn symtom har en film tagits fram för att underlätta för användarna bedöma svårighetsgraden av symtom.

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.

Under året har arbete pågått med att utveckla de hjälpmedel som kansliet har för sitt arbete med att stötta registrerarna med de problem som kan uppstå vid registreringarna med mera.

Valideringsmanual för registret är tänkt att tas fram. En beskrivning av hur registret arbetar med validering i form av till exempel utbildning av registrerare, validering mot källdata, logiska kontroller vid inmatning, lokal monitorering, beskrivning av variabler, spårbarhet och dokumentation samt bortfall.

Möjliga områden för utvecklingsprojekt

Analysgruppen har tagit fram exempel på möjliga områden och frågeställningar 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

Datauttag från RättspsyK har 2022 efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Sveriges kommuner och Regioner (SKR)
 - Uppdrag psykisk hälsa
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen
 - Avdelning Kunskapsstöd
- Rättspsykiatriska verksamheter
 - Rättspsykiatri i Skåne
 - RPV Vänersborg
- Forskningsinstitutioner
 - CELAM
 - Karolinska institutet KI
- Övriga
 - Studenter
 - Media

Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter

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

Uppsalaprojektet ”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 RättspsyK publicerade 2022

Andersson, P., Tistad, M., Eriksson, Å., Enebrink, P., & Sturidsson, K. (2022). Implementation and evaluation of Illness Management and Recovery (IMR) in mandated forensic psychiatric care – Study protocol for a multicenter cluster randomized trial. *Contemporary clinical trials communications*, 27, 100907.

<https://doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100907>

Edberg, H., Chen, Q., Andiné, P., Larsson, H., & Hirvikoski, T. (2022). Crimes and sentences in individuals with intellectual disability in a forensic psychiatric context: A register-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000718>

Edberg, H., Chen, Q., Andiné, P., Larsson, H., & Hirvikoski, T. (2022). Criminal recidivism in offenders with and without intellectual disability sentenced to forensic psychiatric care in Sweden – A 17-year follow-up study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1011984. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1011984>

Forsman, J., Cornish, R., & Fazel, S. (2022). Integrating static and modifiable risk factors in violence risk assessment for forensic psychiatric patients: a feasibility study of FoVOx. *Nordic journal of psychiatry*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2084158>

Noland, E., Strandh, M., & Klötz Logan, F. (2022). The reconvictions of mentally disordered offenders – how, when, and where?. *BMC psychiatry*, 22(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03912-4>

Selenius, H., Fälth, L., Svensson, I., & Strand, S. (2022). Educational needs among women admitted to high secure forensic psychiatric care. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 22(3), 269–284. <https://doi.org/10.1080/24732850.2021.1973234>

Söderberg, A., Wallinius, M., Munthe, C., Rask, M., & Hörberg, U. (2022). Patients' Experiences of Participation in High-Security, Forensic Psychiatric Care. *Issues in mental health nursing*, 43(7), 683–692. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2033894>

Nyman, M. (2022). Risk Assessments in Forensic Psychiatry: Consequences and Experiences for Patients and Nurses. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet, 2022. Gothenburg. Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/72561>

Laporte, N. (2022). Self-harm in young violent offenders and forensic psychiatric patients. Diss. (sammanfattning) Department of Clinical Sciences, Lund. Lund University, Faculty of Medicine. Hämtad från https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/117598857/Thesis_framework.pdf

Acar, J., & Salomonsson, L. (2022). Trygghet, stöd och effektiva vårdprocesser: finns det en relation mellan nätverk, samverkan, ej fungerande samverkan och vårdtid på svenska rättspsykiatriska kliniker? Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-102012>

Asplund, E., & Nyman, W. (2022). Upplevelser av aktivitet och arbetsterapeutiska interventioner hos rättspsykiatriska patienter: En litteraturstudie. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-103210>

Aurosell, M., & Göransson, P. (2022). Den ofrivillige patienten: Sjuksköterskans upplevelse av patienters delaktighet i den rättspsykiatriska vården. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:rk:diva-4445>

Danielsson, A., & Johansson, K. (2022). Medveten om trauma: Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda psykiskt trauma hos patienter inom rättspsykiatrisk vård. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-478617>

Jonsson, J., & Forsberg, B. (2022). Att få en meningsfull vardag: Patienters erfarenheter av fysisk aktivitet inom rättspsykiatrisk slutenvård. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:mdh:diva-58226>

Stan, R. (2022). Relationer, stöd och delaktighet inom rättspsykiatrin: En kvalitativ studie om patienters och professionellas upplevelser av relationer, stöd och delaktighet. Hämtad från <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=9099016&fileId=9099017>

Diskussion

I årets rapport syns att inga måltal är uppfyllda på nationell nivå. Tvärtom syns en negativ utveckling avseende måltalen på flera områden, vilket gör det tydligt att det finns utvecklingsområden inom svensk rättspsykiatri. Temat för denna årsrapport är stöd och hjälp. Det är ett tema som kan tolkas på olika sätt, men som verksamheternas reflektioner visar är det av stor vikt för många aspekter av den rättspsykiatriska vården. Exempel på indikatorer som på olika sätt speglar behov och förekomst av stöd och hjälp är andelen patienter med behov av hjälp att hantera sin ekonomi, boendeform under slutet och öppenvård och förekomst av god man eller förvaltare. Resultaten visar bland annat att det finns relativt många patienter som bedömts behöva hjälp att hantera sin ekonomi men inte har god man/förvaltare, vilket ytterligare framhäver vikten av att verksamheterna aktivt jobbar med frågor kopplade till stöd och hjälp.

Även om det material som visas i rapporten generellt är trögriktigt finns vissa rörelser och trender. Vissa förändringar har spårbara orsaker, som förändringar i fördelningen mellan tvångsätgärder. I september 2021 genomfördes en förändring i föreskrifterna avseende tvångsätgärder, och under 2022 syntes tendenser till minskat antal avskiljningar med en motsvarande ökning av antal fastspänningar och tvångsmedicineringar. Att följa denna utveckling ska bli intressant, men kräver att längre tid passerat sedan förändringarna började gälla. Andra förändringar i rapportens resultat är dock mer svårtydda och utan uppenbara bakomliggande faktorer. Ett exempel på en sådan förändring är att andelen patienter med svår fetma verkar öka, trots ett stort fokus från verksamheterna på somatisk hälsa och hälsofrämjande insatser. Kanske är det denna utveckling som lett till ett ökat intresse för forskning på området patienters övervikt, och kommande forskningsstudier inom området.

Överlag är det glädjande att mycket forskning bedrivs kring rättspsykiatriska patienter. Detta hanteras i denna rapport genom att avsnittet ”Urval av publikationer med referens till RättspsyK” i år omvandlats till ”Urval av publikationer med referens till RättspsyK som publicerats under 2022”, då mängden referenser ökat stadigt under de senaste åren! Det är glädjande att registrets innehåll verkar användas både i avhandlingar, vetenskapliga artiklar, myndighetsrapporter och studentarbeten. Denna stora mängd nyproducerad kunskap ger också goda möjligheter för den

som så önskar att fördjupa sig i områden som tas upp mer ytligt i rapporten. Ett exempel på sådan kunskap är exempelvis att även om många av återfallsbrotten för patienter efter den rättspsykiatriska vårdens upphörande är våldsbrott, så är extremt få av dessa brott de allvarligaste våldsbrotten. Andra områden där vetenskapliga artiklar om rättspsykiatri publicerats under året är bland annat patienter med intellektuell funktionsnedsättning, patienters upplevelser av delaktighet, riskbedömning och självskadebeteende (se sidan 89 för referenser).

Några justeringar av vad som redovisas har gjorts inför årets rapport. En sådan förändring är att införa redovisning av en fördelning av de olika brotten som ingår i ”Brott mot liv och hälsa”, då denna kategori brott både är den vanligaste vad gäller indexbrott och har en stor spridning av brottens allvarlighetsgrad, från dödligt våld till ringa misshandel och vållandebrott. Denna nya redovisning görs både för indexbrott och i relation till vårdtider och visar tydligt att de allvarligaste brotten är mindre vanliga som indexbrott och kopplade till betydligt längre vårdtider.

En trend som syntes även föregående år, men fortsatte under 2022, är att nyregistrerade patienter i högre utsträckning än tidigare år är yngre än 40 år, har en missbrukshistorik, diagnosen schizofreni och döms till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (LRV med SUP). På sikt kan det få stor betydelse för vilka insatser som behöver prioriteras. Det är också relevant utifrån att vi vet att vårdtiden blir längre för de som är yngre än 40 år vid inskrivning, dömda till LRV med SUP och har känd missbrukshistorik innan vården inleddes – det är alltså just denna grupp som nyregistreras, och det återstår att se vad detta i framtiden kommer att innebära för de rättspsykiatriska vårdtiderna. Analyserna gjorda avseende de så kallade fyra- och sexårsgrupperna visar dock tydligt att den viktigaste faktorn för att bli (eller inte bli) utskriven efter fyra år är symtomtrycket. Att symtomtrycket är så avgörande för utskrivning betyder att systemet för vårdens upphörande fungerar, och att de patienter som skrivs ut är just de patienter som har lågt symtomtryck. Detta visar också att god rättspsykiatrisk vård har betydelse, eftersom vårdens insatser här på ett tydligt sätt kan kopplas till om patienter kan skrivas ut eller inte.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (LRV)

Omfattar fyra 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 § 7undersökning 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 fyra 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 sex veckor.

Rättspsykiatrisk undersökning får endast genomföras om det föreligger bevis för att den tilltalade är skyldig och då minimistraflet 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, Brotts 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. Självförvållat rus utgör heller inte en APS.

Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket genomfördes år 2022, 1 138 § 7-utredningar och 537 stora undersökningar RPU.

Antalet stora undersökningar RPU har ökat mellan åren 2021 till 2022 och närmar sig nu i antal de siffror som sågs innan pandemin. Antalet har ökat från 495 under 2021 till 537 under 2022. Under årens lopp har det varierat och var i slutet på 1990-talet drygt 600 RPU undersökningar. Av de undersökta år 2022 bedömdes 52 procent lida av en allvarlig psykisk störning (APS). Denna andel var lika stor som år 2021.

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 från slutenvård 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 fyra månaders vårdtid och därefter var sjätte månad.

Sedan 1 september 2008 kan slutenvården under vissa förutsättningar övergå till Öppen Rättspsykiatrisk Vård – ÖRV. Prövning sker var sjätte 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 RättspsyK

Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt vid respektive verksamhet samt registreras på RättspsyK:s plattform av verksamhetens utsedda registrerare. Vid registrering, som sker i webbaserade formulär, finns automatiska kontroller samt instruktioner med syfte att minimera felaktiga data. Flerparten registrerare 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 bygger på händelser och vårdinterventioner från 2021/2022 och som registrerats under 2022.

Registrerare i RättspsyK

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Alexandru Isbasoiu, Camilla Johansson Lipowska
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Regionsjukhuset Karsudden	Ann-Katrin Andersson, Alexandra Asserstam, Erik Blomqvist, Sandra Brännman, Fredrik Dahlström, Sigrid Furèn, Alexandra Mrak, Linda Rosenlund
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson, Christian Persson
RPE Kristinehamn	Sara Henriksson, Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Åsa Antonsen, Wanjiru Gathogo
RPK Region Kronoberg/Växjö	Lena Holstein Ferrau, Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Johanna Rovio, Ilona Wadell
RPK Säter	Klara Brandt, Maria Eriksson, Anette Meili, Matilda Morelius, Sofia Sjörs
RPK Örebro	Tessa Krona
RPR Vadstena	Thérèse Andersson, Madeleine Carlsson, Peter Karlberg
RPV Blekinge	Christer Andersson, Carola Friberg, Roger Palmqvist
RPV Borås	Jeanette Bergman, Anders Leion
RPV Falköping	Thérèse Almgren, Frida Lundquist
RPV Göteborg	Marianne Ander, Marie Berntsson, Susanna Enblom, Susanne Frid, Mari Johansson, Susanne Rosén
RPV Halland	Ingela Hägg, Juan-Carlos Zamorano
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt, Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Annie Hultman, Camilla Skåån
Rättspsykiatri Västmanland/Sala	Emma Ejvind, Anna Johansson
Rättspsykiatri i Skåne	Emma Andersson, Helena Andreasson, Susanne Fredriksson, Emma Sjö Dahl, Linda Svensson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Jan Andersson, Zaklina Blazevska, Anna Boström, Aicha Elouagari, Josefine Englund, Jenny Gustavsson, Tuss Gustavsson, Robert Harris, Thomas Håkansson, Helene Höglund, Malin Källman, Elin Linder, Kjell Samuelsson, Mikaela Tobysdotter
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2022

Magnus Kristiansson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Områdesdirektör, Registerhållare

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

Kaj Forslund, Stockholms läns sjukvårdsområde, Bitr. Närsjukvårdschef

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

Mattias Andersson, Rättspsykiatri Skåne
Administratör

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

Christina Blom, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

Jörgen Bragner, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Verksamhetsområdeschef

Ola Broström, (fr.o.m. 2022-09-07)
Rättspsykiatri Vård Stockholm, Verksamhetschef

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

Victoria Dalgård, Rättspsykiatri Värmland, Verksamhetsutvecklare

Emma Ejvind, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. Sjuksköterska

Anders Grawé, (fr.o.m. 2022-11-16)
Rättspsykiatriska kliniken, Säter, T.f. Verksamhetschef

Malin Källman, (fr.o.m. 2022-11-16)
Rättspsykiatri Vård Stockholm, Leg. Sjuksköterska

Ebba Noland, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Administratör

Tuiké Hirvenoja, (t.o.m. 2022-04-27)
Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef

Sofia Sjörs, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Klinikassistent

Veronica Stenberg, (fr.o.m. 2022-11-16)
Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Psykolog

Johan Stetsko, (t.o.m. 2022-09-07)
Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef

Peter Tjelander, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. Sjuksköterska

Registrets analysgrupp 2022

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, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Leg. Sjuksköterska, Områdesdirektör, Registerhållare

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

Mattias Andersson, Rättspsykiatri Skåne, Patientsäkerhetssamordnare

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

Kaj Forslund, Stockholms läns sjukvårdsområde, Bitr. Närsjukvårdschef, f.d. Registerhållare

Peter Karlberg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare

Tom Palmstierna, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Överläkare, Professor, Fakultet för medicin och helsevetenskap v/Norges teknisk-naturvetenskapelige universitet (NTNU), Avd Brøset Trondheim

Ebba Noland, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Fil. Mag. i kriminologi, doktorand i socialt arbete vid Umeå Universitet

Täcknings- och anslutningsgrad

Verksamhetsnivå

Anslutningsgraden var 96 procent, där 25 av 26 verksamheter i landet rapporterade till RättspsyK. Den verksamheten som inte rapporterade 2022 var Östersund.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av registerservice vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 85 procent på individnivå för år 2021 i riket.

Ny beräkningsmetod

Under 2022 har ett utvecklingsarbete genomförts tillsammans med registerservice på Socialstyrelsen avseende beräkning av täckningsgrad. Den metod som nu används skiljer sig från föregående år på så sätt att nu krävs även en registrering under det år som täckningsgradsberäkningen avser. Val av ny metod gör att tidigare täckningsgrader justerats.

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK för täckningsgradsåret 2021 består av patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2020 och med slut i mitten av 2021 och som hade en aktuell registrering i RättspsyK under 18-månadersperioden med start i mitten av 2020 fram till slutet av 2021. Urvalet ur patientregistret består av de patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2020 och med slut i mitten av 2021 och vårdades 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 de patienter som var inskrivna för rättspsykiatrisk vård enligt RättspsyK någon gång under ettårsperioden med start i mitten av året före täckningsgradsåret och med slut i mitten av det aktuella täckningsgradsåret och som hade en registrering i RättspsyK under de senaste 18 månaderna räknat bakåt från sista december det aktuella täckningsgradsåret. Nämnaren är de patienter som var inskrivna för rättspsykiatrisk vård enligt patientregistret och/eller RättspsyK någon gång under ettårsperioden med start i mitten av året före täckningsgradsåret och med slut i mitten av det aktuella täckningsgradsåret. Läs mer om metoden i Att beräkna täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister:

socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7049-metodbilaga.pdf

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

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



Varför heter det Röda Sten?

Enligt sägnen färgades stenen röd av blod när en svensk officer förföljd av danskarna vid deras landstigning dödades och hans blod sprutade över stenen. Enligt fakta ligger stenen där gränsen till Danmark gick innan Sverige erövrade Bohuslän och Halland.

Foto: Marianne Ander

Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

Vårdinsatserna har som mål 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 rattspsyk.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
- 