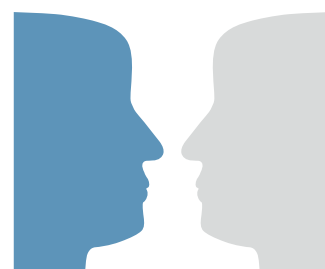


RättspsyK

# Årsrapport 2020

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



**RättspsyK**

Nationellt  
rättspsykiatriskt  
kvalitetsregister



# Årsrapport 2020

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK  
<https://rattpsyk.registercentrum.se>, [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se)

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

---

## Citera denna rapport:

Swedish National Forensic Psychiatric Register, RättspsyK (2020). Annual 2020. Gothenburg: Swedish National Forensic Psychiatric Register.

---

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK (2020). Årsrapport 2020. Göteborg: Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

ISSN 2001-3698  
Tryckår 2021

Formgivning och produktion: Valentin Experience.  
Tryck: DanagårdLITHO AB. Foto: Rättspsykiatri Västmanland/Sala, Helena Andersson. Bilden på sidan 78 är från Unsplash.

## Registerhållare

### Magnus Kristiansson

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

## Biträdande registerhållare

### Helena Andreasson

Psykiatrisjuksköterska Rättspsykiatri Skåne  
Helena.l.Andreasson@skane.se

## Författare

### Analysgruppen i RättspsyK

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

## 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 måttal . . . . .	8
Resultat . . . . .	11
Bortfall . . . . .	11
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott . . . . .	12
Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2020 . . . . .	13
Klinisk skattning av symtombilden . . . . .	14
Jämförelse av symtombild mellan RättspsyK och PsykosR . . . . .	15
Insikt i sin sjukdom och problematik . . . . .	15
Behandlingsmotivation . . . . .	15
Body Mass Index (BMI) . . . . .	16
Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR . . . . .	17
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi . . . . .	18
Skuldsituation . . . . .	19
Nätverk . . . . .	19
Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård . . . . .	20
Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård . . . . .	21
Vårdprocess . . . . .	23
Hälsofrämjande insatser . . . . .	23
Läkemedelsbehandling . . . . .	24
Missbruksbehandling . . . . .	28
Övriga stöd- och behandlingsinsatser . . . . .	28
Tvångsåtgärder . . . . .	31
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning . . . . .	32
Avslutande av rättspsykiatrisk vård . . . . .	33
Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård . . . . .	33
Patientgruppen i registret . . . . .	37
Verksamheterna i registret . . . . .	51
Redovisning på verksamhetsnivå . . . . .	52
Verksamhetscheferna reflekterar . . . . .	64
Registerhållarna reflekterar . . . . .	74
Forskning och validering . . . . .	76
Möjliga områden för utvecklingsprojekt . . . . .	77
Urval av publikationer med referens till RättspsyK . . . . .	78
Diskussion . . . . .	79
Vad är rättspsykiatrisk vård? . . . . .	80
Fakta om RättspsyK . . . . .	82
Täcknings- och anslutningsgrad . . . . .	85

# 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 hela tiden som indikatorerna togs fram hölls två årliga nationella möten med deltagare från hela landet där arbetet kontinuerligt förankrades. Ambitionen har varit att hålla nere antalet indikatorer, för att främja en hög anslutning, samtidigt som en allsidig belysning av verksamheten eftersträvats.

## Rapportens syfte

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

## Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är 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.

Utöver urvalet i denna rapport finns ett stort antal sammanställningar av insamlad data som kan göras och vara av intresse för verksamheten.

## Verksamheter med få patienter

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

## Årets tema

Årets tema, som beslutats av registrets styrgrupp, är öppenvård och samverkan. Utifrån det finns i år flera nya redovisningar för slutenvård och öppen vård. Öppenvården beskrivs ur flera aspekter, bland annat nätverk, läkemedelsbehandling och samverkan. Se vidare under ”Resultat” och ”Vårdprocess”. På verksamhetsnivå är sedan tidigare de flesta redovisningarna uppdelade på slutenvård och öppenvård.

## Måltal

I registret finns fyra måltal tänkta att fånga 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”.

## Bakgrundsdata hos nyregistrerade patienter över tid

Hur har patientgruppen som påbörjat sin vård varierat över tid? Nytt för i år! Läs mer under ”Patientgruppen i registret”.

## Hälsofrämjande insatser

Hur fördelar sig hälsofrämjande insatser mellan slutenvård och öppen vård? Vad består de av? Läs mer under ”Vårdprocess”.

Hur ser fördelningen mellan slutenvård och öppen vård ut på verksamhetsnivå? Nytt för i år! Läs mer under ”Redovisning på verksamhetsnivå”.

## 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?

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

## Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) fortsätter redovisningen av återfall i brott efter att vården avskrivits. Läs mer under ”Resultat”.

## Hur ser verksamheterna i registret ut?

Hur ser verksamheterna i registret ut vad avser t.ex. 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 2020. Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek. Där inte annat anges ingår såväl slutensom öppenvård i redovisningarna.

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.

” Öppenvården beskrivs ur flera aspekter, bland annat nätverk, läkemedelsbehandling och samverkan.

## Tillgång till årsrapporter och statistik på nätet

**Årsrapporter** På RättspsyK:s hemsida: <https://rattpsyk.registercentrum.se> väljer du fliken ”Om registret” där väljer du ”Analysgrupp”. På den sidan finns alla årsrapporter i PDF-format.

**Statistik** På RättspsyK:s hemsida: <https://rattpsyk.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 kontrollciffran, jämn siffra för kvinnor och ojämn för män.

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

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

# Sammanfattning

Registret har fyra måltal: Självskattad psykisk hälsa, Självskattad fysisk hälsa, Body Mass Index (BMI) och Återfall i brottslig gärning under pågående vård. Måltalet Återfall i brottslig gärning under pågående vård har uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått ett eller flera av måltalen.

Andelen verksamheter som uppnått måltal har ökat jämfört med föregående år. För BMI från 10 procent till 30 procent och för psykisk hälsa från 10 procent till 20 procent. Måltalet för fysisk hälsa har oförändrat inte nåtts av någon verksamhet. För återfall i brottslig gärning under pågående vård har andelen verksamheter som uppnått måltalet minskat från 57 procent till 48 procent.

Graden av måluppfyllelse på riksnivå och bland verksamheterna visar att:

- måltalet för psykisk hälsa, andel patienter som skattar sin psykiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent, uppnåddes inte på nationell nivå. Måltalet uppnåddes av fyra verksamheter.
- måltalet för fysisk hälsa, andel patienter som skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent, uppnåddes inte på nationell nivå och nåddes inte av någon verksamhet.
- måltalet andel patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård ska vara under 10 procent, uppnåddes på nationell nivå. Måltalet uppnåddes av 10 verksamheter.
- måltalet BMI, andel patienter med BMI lika med eller över 30 ska vara lägre än 37 procent, uppnåddes inte på nationell nivå. Måltalet uppnåddes av sex verksamheter.

Anslutningsgraden för registret på verksamhetsnivå var 96 procent med 24 av 25 verksamheter. På patientnivå var täckningsgraden 84 procent av patienterna i landet.

Antal uppföljda patienter i pågående vård ökade från föregående år med 127 patienter, sju procent, till 1932 patienter, varav 15 procent var kvinnor och 85 procent var män. Sedan 2013 har andelen uppföljda patienter ökat med 41 procent.

Under 2020 var antalet nyregistrerade patienter 306 stycken, vilket är 102 patienter fler än under 2019. Antalet avslutade patienter var lägre än föregående år, med en minskning från 156 patienter 2019 till 119 patienter 2020.

Vid en jämförelse av bakgrundsdata av nyregistrerade patienter under åtta år kan en ökande andel av patienterna yngre än 40 år, med missbrukshistorik och som var påverkade vid brottet, ses. En större andel patienter hade vidare dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP. Andelen patienter med schizofreni ökade något. Däremot minskade andelen med tidigare LRV-vård, liksom brott mot liv och hälsa (BrB 3–7 kapitlen), något.

Medianåldern var 40 år, oförändrat mot förra året.

Av kvinnorna hade nio procent och av männen 13 procent tidigare erhållit rättspsykiatrisk vård.

Närmare 61 procent av kvinnorna och 39 procent av männen var under 18 år vid sin första vårdkontakt för psykiatriska problem.

Vanligaste diagnosen för såväl kvinnor (46 procent) som män (52 procent) var schizofreni.

Somatisk sjuklighet finns hos drygt 42 procent av kvinnorna och drygt 34 procent av männen.

Barn under 18 år förekom hos 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen.

Vanligaste indexbrottet för såväl kvinnor (43 procent) som män (51 procent) var brott mot liv och hälsa.

Av kvinnorna var 78 procent och av männen 87 procent i pågående vård överlämnade till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP).

Av kvinnorna var 28 procent och av männen 51 procent påverkade av någon drog eller alkohol vid de gärningar man begått.

Missbrukshistorik fanns hos 52 procent av kvinnorna och 71 procent av männen.

Genom åren har en ökning setts av andelen individer som någon gång varit i kontakt med psykiatrisk vård innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller både kvinnor och män och under 2020 hade 96 procent av kvinnorna samt 92 procent av männen någon gång tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården.

Hälsofrämjande insatser gavs till ca 60 procent av såväl kvinnorna som männen i slutenvård och i öppen vård till 36 procent av kvinnorna och 40 procent av männen.


Vanligaste nätverkskontakten i såväl slutenvård som öppen vård var anhöriga, cirka 80 procent.

Medianvårdtiden för patienter med avskriven vård var 58 månader under perioden 2009–2020 och i pågående vård 59 månader 2020. Medianvårdtiderna skiljer sig

påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 24 och 82 månader. Medianvårdtiden vid avskriven vård har ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv, men från 2019 till 2020 minskade hela gruppens medianvårdtid från 60 till 58 månader. Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP, jämfört med de utan SUP.

Under 2020 vårdades 51 procent av alla patienter i riket enbart i slutenvård och 33 procent vårdades enbart i öppen vård. 16 procent av patienterna vårdades under året både i slutenvård och öppen vård.

Andelen patienter som bedömdes vara färdiga för öppenvård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård var 10 procent.

 Hälsofrämjande insatser gavs till cirka 60 procent av såväl kvinnorna som männen i slutenvård och i öppen vård till 36 procent av kvinnorna och 40 procent av männen.

# 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 2011<sup>1</sup>. 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-skala<sup>2</sup>.
- **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 gärning<sup>3</sup> 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 mål-dimension för åren 2019 och 2020. 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 2020 har fler verksamheter uppnått måltalen för psykisk hälsa och BMI jämfört med 2019. För psykisk hälsa är det fyra verksamheter (2019 var det en verksamhet) som har uppnått måltalet. Tidigare år har det som mest varit två verksamheter. För BMI är det sex verksamheter som har uppnått måltalet jämfört med två verksamheter år 2019.

För återfall i brottslig gärning under pågående vård är det färre verksamheter som uppfyller måltalet, jämfört med 2019, från 13 till 10 verksamheter.

Det har inte skett någon förändring av måltalet fysisk hälsa mellan åren 2019 och 2020 då ingen verksamhet har uppfyllt målet.

**Figur 1.** Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2019 och 2020.



<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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.

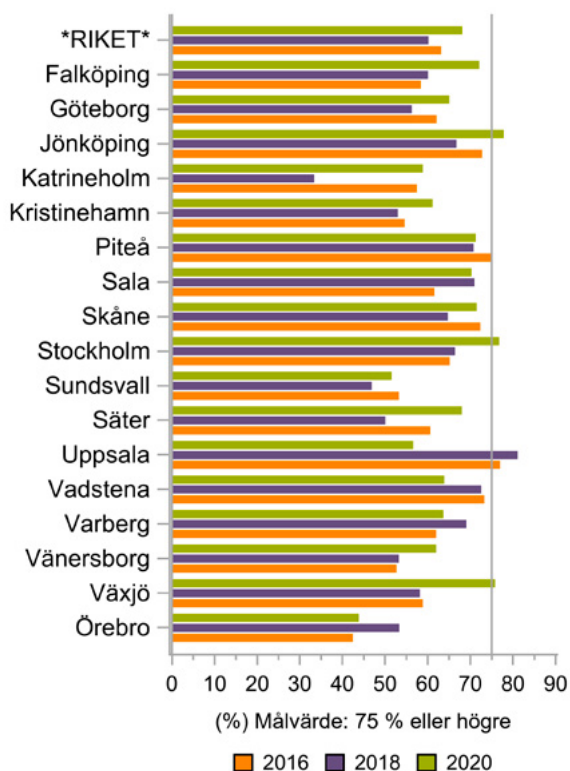
<sup>3</sup> För definition av återfall i brottslig gärning se kapitel "Resultat".



## Självskattad psykisk hälsa

För målpuppfyllnad 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. Måtalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2020 var dock andelen patienter som nådde måtalet 68 procent vilket är den högsta andelen sedan registrets start. Tidigare har andelen patienter som nått måtalet varit mellan 60 och 64 procent. Fyra verksamheter har uppnått måtalet, en av dem syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade.

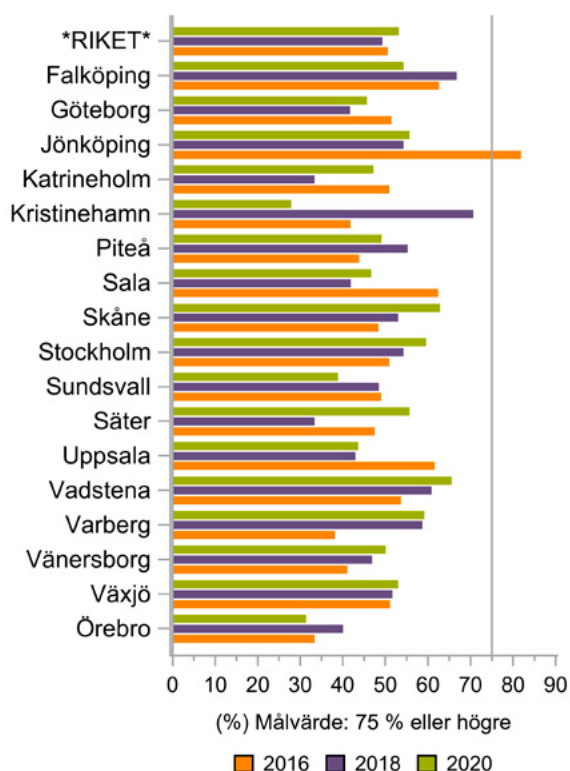
**Figur 2.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



## Självskattad fysisk hälsa

För målpuppfyllnad 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. Måtalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. Andelen patienter som nått måtalet har ökat från 50 till 53 procent år 2020. Det uppfattas vara ett av det svåraste måtalet för verksamheterna att uppnå. Av figuren framgår att en verksamhet uppfyllde måtalet år 2016.

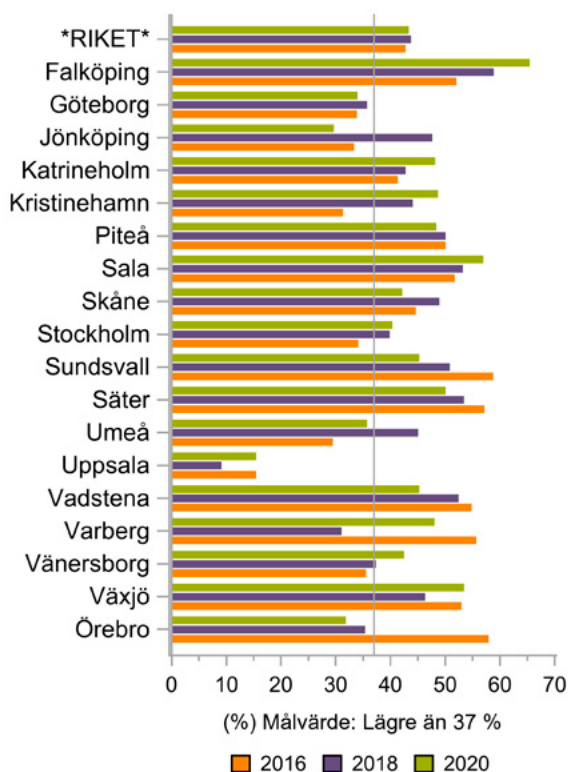
**Figur 3.** Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75.



## BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller över och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. Måltalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. På nationell nivå, mellan 2016–2020, har andelen patienter som uppnått måltalet inte förändrats nämnvärt. På verksamhetsnivå år 2016 var det nio verksamheter jämfört med sex verksamheter år 2020 som uppnått måltalet.

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



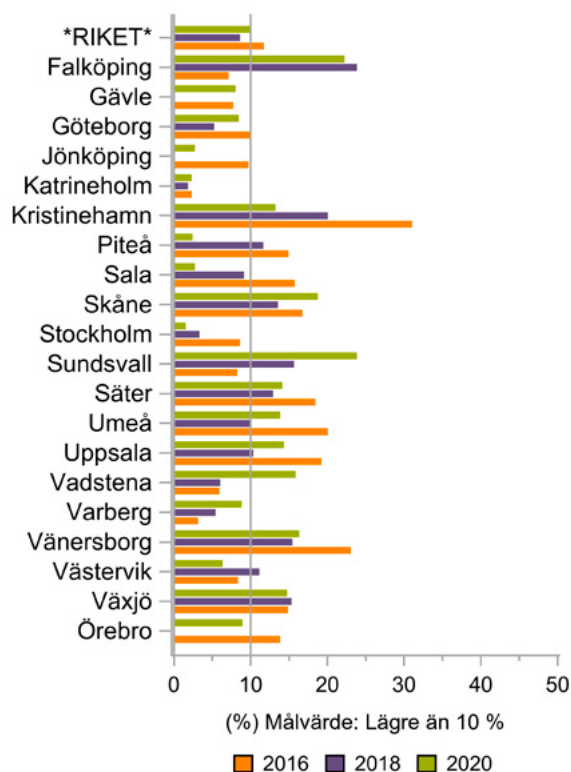
Sammanfattningsvis har under 2020 endast ett måltal (återfall i brottslig gärning under pågående vård) uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måltalen. Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Självskattad psykisk och fysisk hälsa är de två måltal med lägst andel verksamheter som uppnår måluppfyllelse. Man kan dock ana en viss ökning av andelen på nationell nivå jämfört med tidigare år.

## 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". På nationell nivå, mellan 2016–2020, har andelen minskat från 12 till 10 procent. Måltalet är uppnått på nationell nivå och i figuren visas 10 verksamheter som har uppnått måltalet.

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



På nationell nivå är det tredje året i rad som måltalet återfall i brottslig gärning under pågående vård uppnåtts. Sedan 2016 är det fem verksamheter som har uppnått måltalet fem år i rad.

# 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 skuld-situation, nätverk samt återfall i brottslig gärning under pågående vård och återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård.

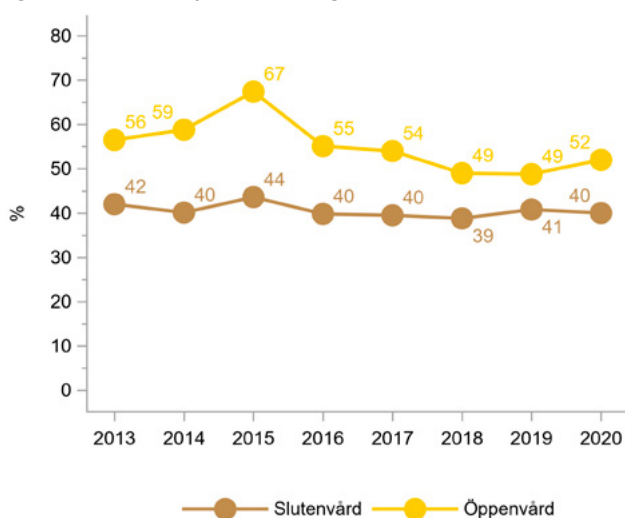
## Bortfall

RättspsyK har en hög anslutningsgrad då 24 av landets 25 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.

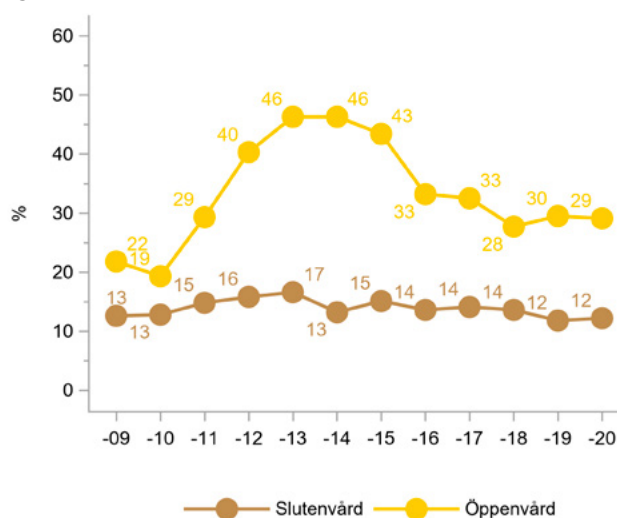
Data som ligger till grund för årsrapporten består i huvudsak av uppgifter som rapporteras av personalen men vissa uppgifter hämtas från patienterna via själv-

skattningar. 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 6. Bortfall, självskattningar\*.



Figur 7. Bortfall, BMI.



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

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

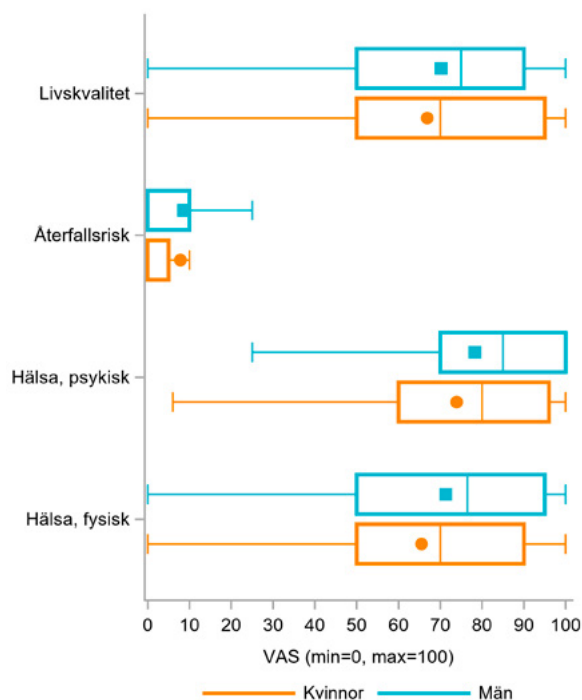
Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 8, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke. Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och är i 2020-års mätningar 29 procent, dvs. det finns uppgifter om vikten hos 71 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 50.

**Figur 8.** 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 2009–2020

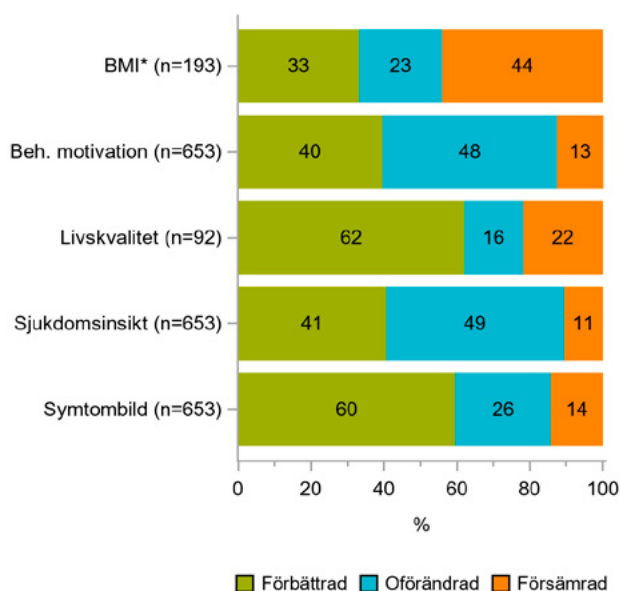
I registret följs fem indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Figur 9 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2020 (N= 653) dömts till vård och där vården avskrivits.

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

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

**Figur 9.** Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2020.



\* 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 9 visar har 44 procent av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. 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.

Av sammanlagt 162 patienter som hade ett BMI under 25 vid vårdens inledning ökade 33 (20 procent) av patienterna i vikt och passerade BMI 30 vilket bedöms, ur ett medicinskt perspektiv, som fetma. Samtidigt minskade 11 (17 procent) av 65 patienter som hade BMI över 30 då vården inleddes till under 30 då vården avskrevs.

### Behandlingsmotivation – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

Även för indikatorn behandlingsmotivation skattades nästan hälften av patienterna, 48 procent, som oförändrad. En analys visar att 42 procentenhet av de som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade ett ingångsvärde som antingen helt eller delvis behandlingsmotiverade. Eftersom 40 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (82 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

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

- Har behandlingsmotivation (21 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (21 procent)
- Saknar behandlingsmotivation (6 procent)

### Livskvalitet

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

### Sjukdomsinsikt – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För nästan hälften, 49 procent, av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. En analys visar att 37 procentenheter, av de 49 procent som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 41 procent förbättrade sin sjukdomsinsikt under vårdtiden innebär det att en majoritet (78 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

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

- Har sjukdomsinsikt (9 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (28 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (12 procent)

### Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För de 26 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 (8 procent)
- Måttliga symtom (8 procent)
- Påtagliga symtom (4 procent)
- Svåra symtom (1 procent)
- Mycket svåra symtom (1 procent)

### Klinisk skattning av symtombilden

Patienternas symtombild, och svårighetsgraden av denna, skattas av behandlande personal. Symtombilden skattas efter klinisk bedömning på en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI). Skalan fördelas på inga symtom, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra samt mycket svåra symtom. Bedömningen görs med referens till vissa sjukdomstillstånd, t.ex. schizofreni. Ofta har patienter en mer sammansatt problematik med t.ex. 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.

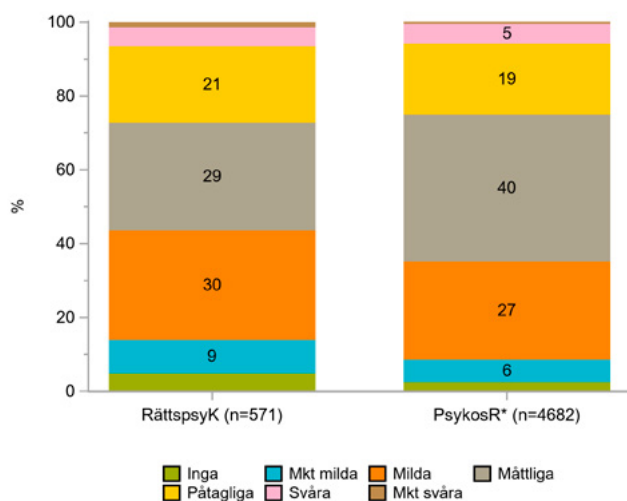
Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattas 35 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra, motsvarande siffror för kvinnor är 46 procent. Inga, mycket milda eller milda symtom rapporteras för männens del till 33 procent och för kvinnor 24 procent.

## Jämförelse av symtombild mellan RättspsyK och PsykosR

För andra året i rad jämför vi symtombilden mellan patienter som registreras i RättspsyK och i PsykosR. För att jämförelserna ska vara rättvisa presenteras siffrorna från RättspsyK enbart för de patienter som vårdas i öppenvård då det är patienter som behandlas i öppenvård som registreras i PsykosR. PsykosR använder, liksom RättspsyK, CGI-skalan för att bedöma symtomens svårighetsgrad. Siffrorna är inte könsfördelade. Siffrorna bygger på ett underlag som består av registreringar från 571 patienter från RättspsyK och 4 682 patienter från PsykosR. I jämförelse med förra årets rapport har underlaget för PsykosR ökat med 20 procent.

En något större andel patienter registrerade i RättspsyK (27 procent) bedöms ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom. Motsvarande siffror för patienter registrerade i PsykosR är 25 procent. Däremot bedöms en större andel (44 procent) inom RättspsyK ha milda, mycket milda eller inga symtom i jämförelse med PsykosR:s siffror på 35 procent. ”Mellankategorin” måttliga symtom är det som skiljer de båda kvalitetsregistren åt, 29 procent av patienterna i RättspsyK bedöms ha måttliga symtom, motsvarande siffror för PsykosR är 40 procent.

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



\* Databasversion 2021-02-01

## 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 har 21 procent bedömts ha sjukdomsinsikt och 53 procent delvis. Motsvarande siffror för slutenvården är 13 procent respektive 52 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 36 procent av bedömningarna, motsvarande siffror i öppenvård var 14 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 9 ”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 t.ex. 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 HCR-20, till sin hjälp.

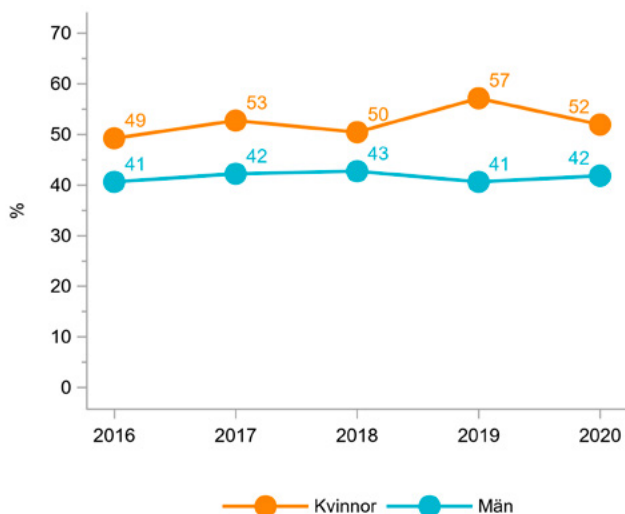
Liksom för insikt i sin sjukdom och problematik kan man förvänta sig att patienter som behandlas i öppenvård ska vara mer behandlingsmotiverade jämfört med patienter slutenvård, vilket också är fallet. I öppenvården har 38 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 49 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården är 26 respektive 51 procent.

## Body Mass Index (BMI)

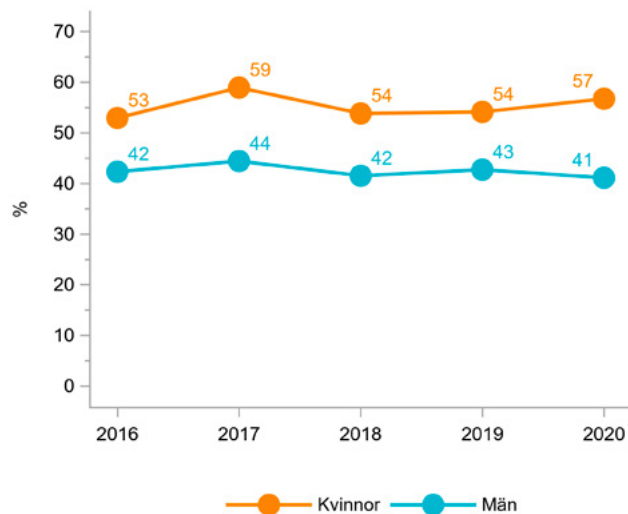
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Vi använder oss av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma. 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 sluten- som i öppenvård. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma fluktuerar något men har legat kring 50 procent under de senaste fem åren men ökar under 2019 till 57 procent. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma legat konstant över 50 procent.

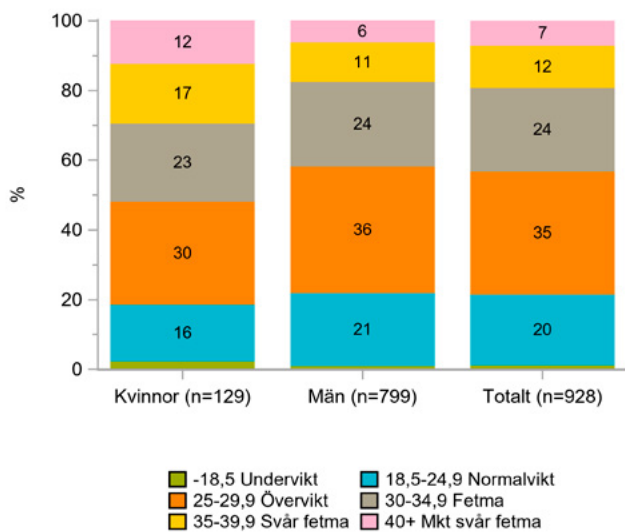
**Figur 11.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



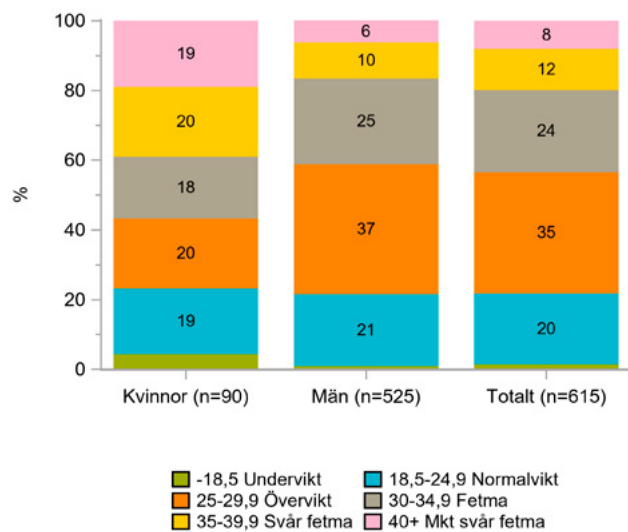
**Figur 12.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



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



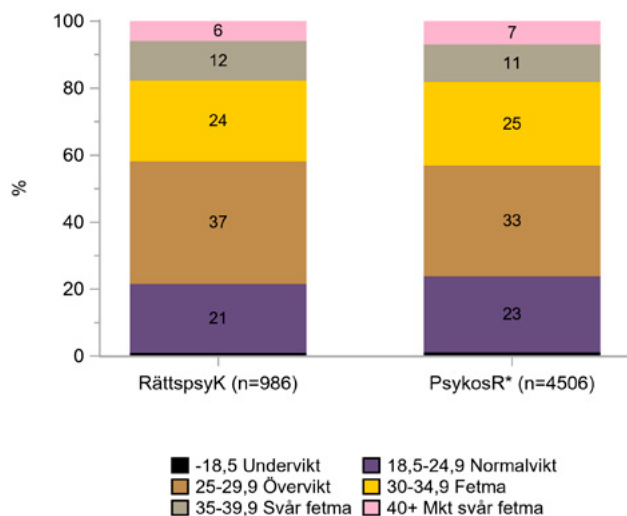
**Figur 14.** Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.





## Jämförelser av BMI mellan RättpsyK och PsykosR

Figur 15. Andel patienter i respektive BMI-kategori.



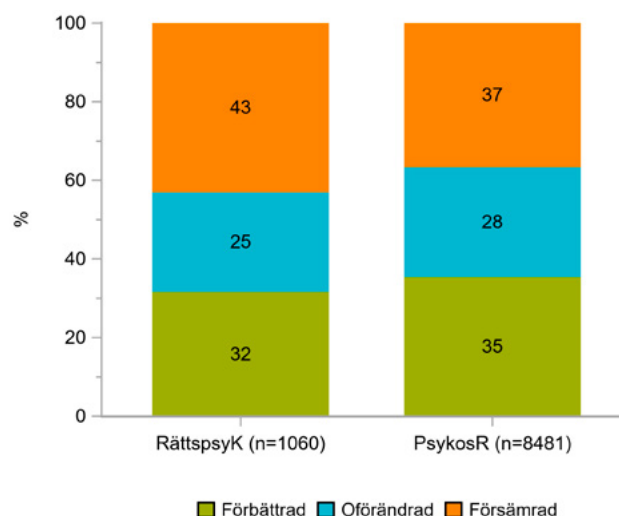
\* Databasversion 2021-02-01

Sedan rapporten 2014 har andelen patienter som var registrerade i RättpsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30 jämförts. Det har inte förelegat några betydande skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2020 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 RättpsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse.

Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (Folkhälsans utveckling 2020, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt

Figur 16. Förändring av BMI åren 2009–2020\*.



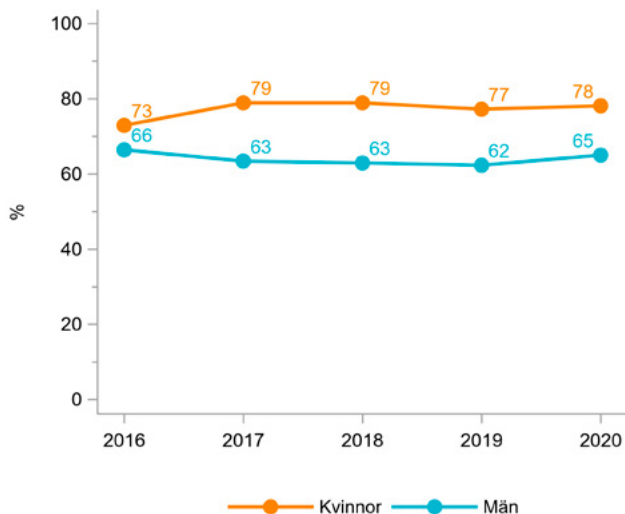
\* I båda registren ingår endast patienter där första BMI-värdet är över eller lika med 25. I RättpsyK ingår endast patienter med psykosdiagnos. Definition av förändring: Minst 2,5 % minskning eller ökning av BMI-värdet. Databasversion PsykosR: 2021-02-01.

(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 51 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. En större andel män (57 procent) än kvinnor (46 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 15 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.

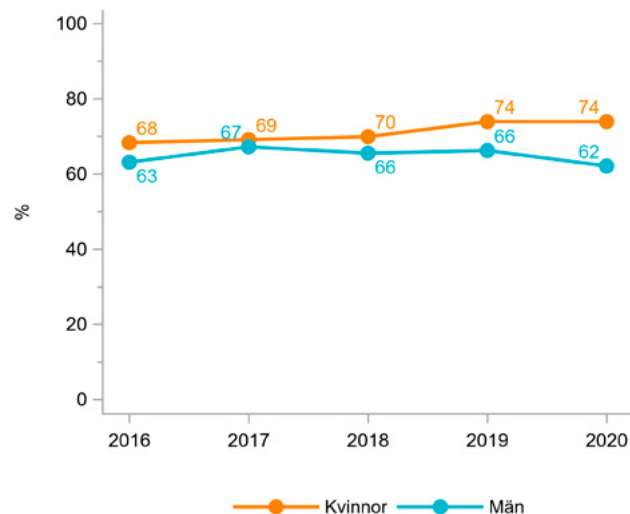
Över en tioårsperiod har endast marginella skillnader noterats mellan RättpsyK och PsykosR. Under 2019 finns det en tendens till ökad försämring bland patienter registrerade i RättpsyK. Andelen som försämrats ökade från 40 procent 2018 till 44 procent 2019 men ligger kvar på samma nivå 2020.

## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

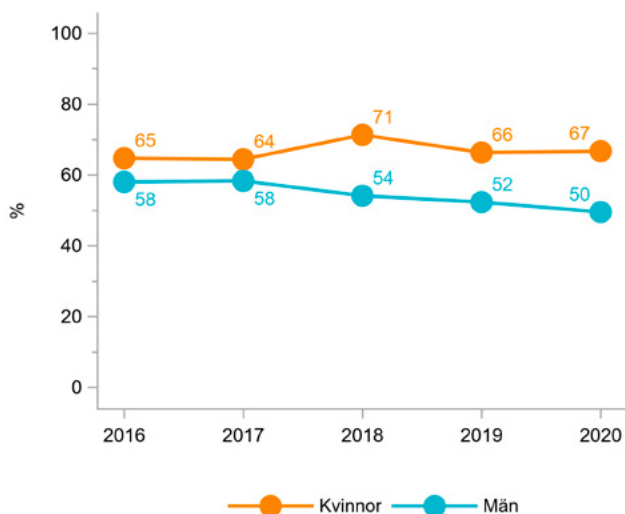
**Figur 17.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



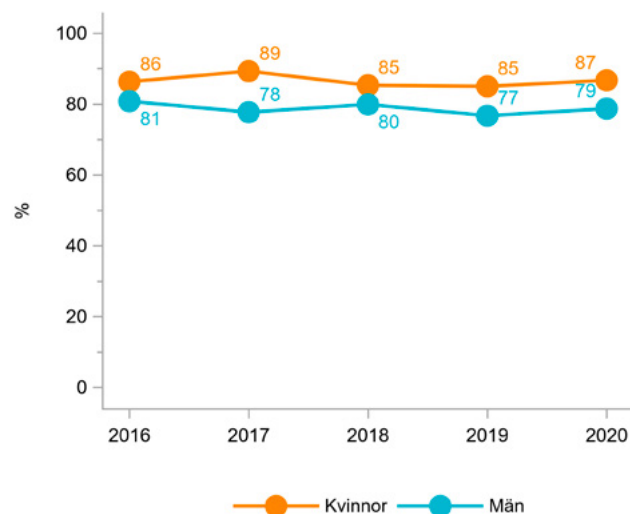
**Figur 18.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



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



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



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

## Skuldsituation

En klar majoritet av patienterna har behov av hjälp med att hantera sin ekonomi, såsom visas i figur 17 och 18. Flera av patienterna har dessutom skulder vid vårdens inledning eller får skulder under vårdtiden på grund av t.ex. obetalda vårdavgifter eller inköp via internet. Om det finns 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 förra årets rapport (2019) är svarsalternativen att skuldsituationen är ”förbättrad”, ”oförändrad” eller ”försämrade”. 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, dvs. om den är ”förbättrad”, ”oförändrad” eller ”försämrade”, enligt de svarsalternativ som finns.

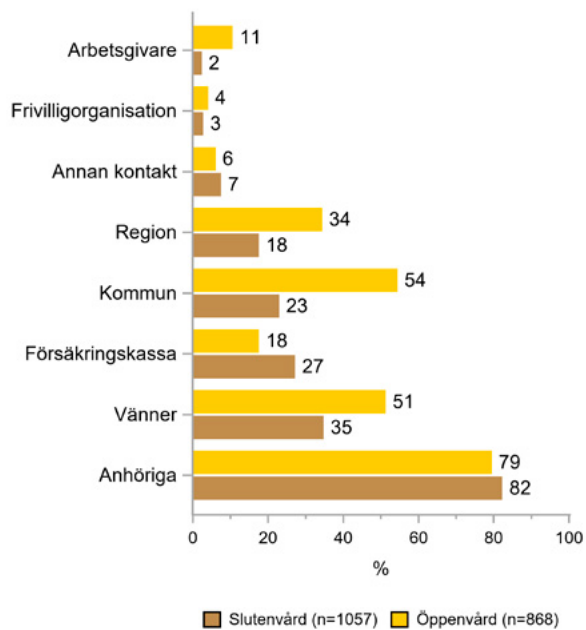
Under 2020 har 96 kvinnor registrerats varav det saknas uppgifter för 29 (30 procent). Av de resterande 67 kvinnorna så hade 33 (49 procent) förbättrat sin skuldsituation, 22 (33 procent) hade en oförändrad skuldsituation och 12 (18 procent) hade en försämrade skuldsituation. Bland männen saknas uppgifter från 238 personer vilket motsvarar 36 procent av de 668 registrerade männen. Av de resterande 430 så hade 186 (43 procent) förbättrat sin skuldsituation, 167 (39 procent) hade en oförändrad skuldsituation och 77 (18 procent) hade en försämrade skuldsituation.

I jämförelse med 2019 så har både fler kvinnor och män förbättrat sin skuldsituation under 2020. För att få en bild på förändringar och för att kunna dra slutsatser om eventuella förändringar, måste nuvarande svarsalternativ kunna följas över flera år.

## Nätverk

Ett fungerande nätverk är av betydelse under den pågående vårdtiden men kanske framförallt vid vårdens avskrivning. I 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. Det är första gången som redovisningen av nätverkskontakter fördelas mellan slutenvård och öppenvård. 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 21.** Fördelning av nätverkskontakter mellan slutenvård och öppenvård.



## Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

### Återfall i lagförda brott

Genom samarbete med Brå har vi siffror på att 13 procent lagfördes för något brott begånget under vårdtiden, både under sluten- och öppenvård (under perioden 2009–2017). Att lagföras innebär att åklagare vid domstol åtar sig för 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.

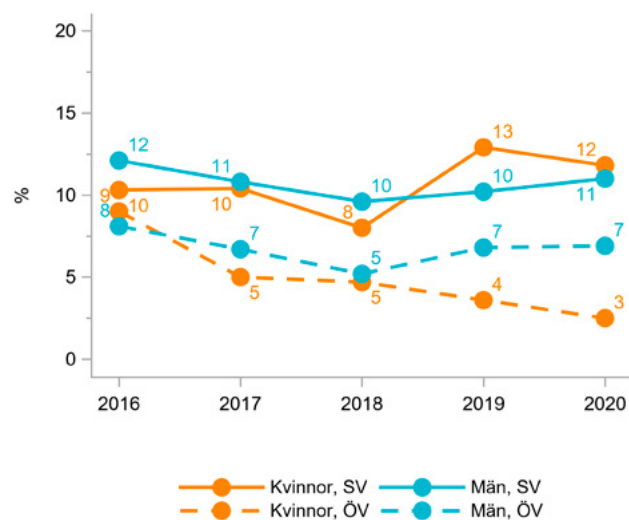
De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård. (Brå Kortanalys 2/2019, Brotts som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019).

### 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 22. De 13 procent som lagförts någon gång under perioden 2009–2017 är inte inkluderade i figuren.

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

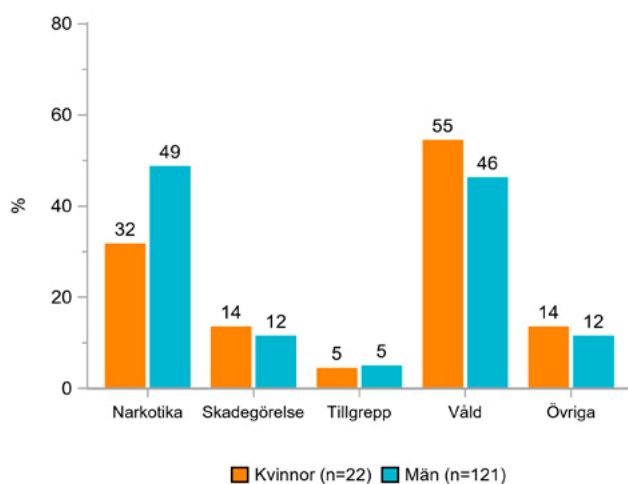


Återfall i brottslig gärning under pågående vård fluktuerar något för såväl kvinnor som män under femårsperioden 2016–2020. Under 2019 noterades en ökning bland kvinnor i slutenvården. Det rör sig dock om små tal och en skillnad på två personer ger en skillnad på flera procent omräknat i andel. Samtidigt minskar andelen kvinnor som begår brottslig gärning i öppenvård konstant under femårsperioden och under 2020 var det endast fyra kvinnor som begick en brottslig gärning. I slutenvård begick 21 kvinnor brottslig gärning. Bland män var siffrorna 121 i slutenvård och 55 i öppenvård.

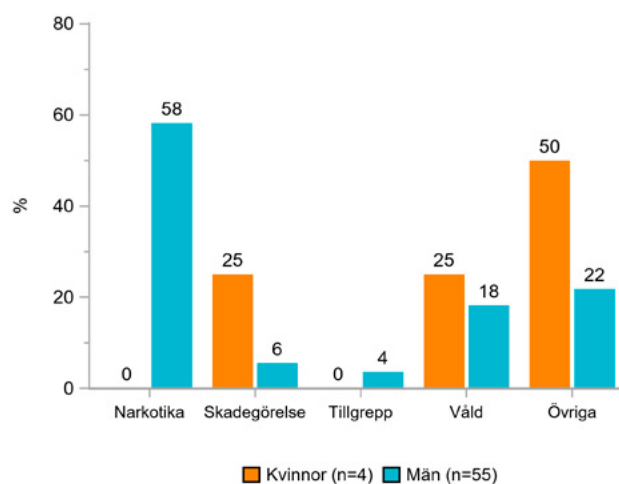
Återfall i brottslig gärning under pågående vård redovisas i fem kategorier som redovisas i figur 23 och 24.

Som syns i figurerna var det relativt stora skillnader i brottskategorier mellan sluten- och öppenvård. Narkotikabrott dominerar i öppenvården och det är mer sällan den brottsliga gärningen kategoriseras som våldsbrott. I slutenvård dominerar våldsbrott, såväl bland kvinnor som män.

**Figur 23.** Återfall i brottsling gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier, **slutenvård**.



**Figur 24.** 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 allvarligare 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

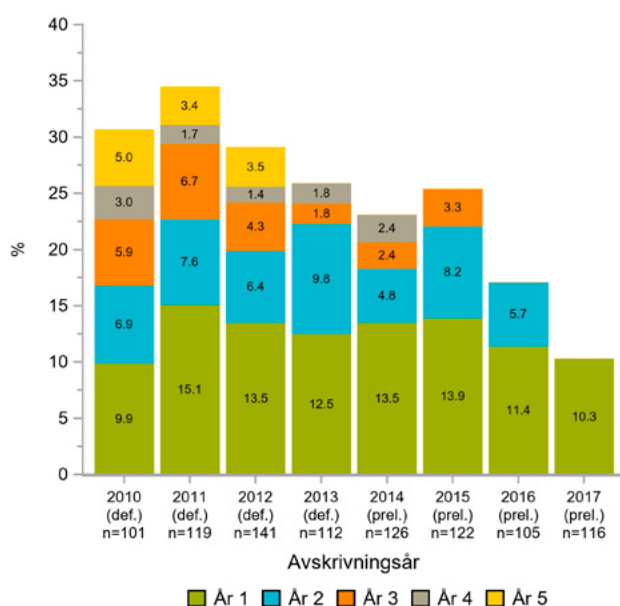
- 1) våldsbrott/brott mot person, BrB 3–7 kap.
- 2) brott mot förmögenhet, BrB 8–12 kap.
- 3) övriga brott

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

**Figur 25.** Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård, ackumulerade värden.



### Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Under åren 2010–2017 avskrevs sammanlagt 942 personer från LRV-vård, 166 kvinnor och 776 män. Av dessa återföll 100 personer (11 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård. Av dessa var 13 kvinnor (13 procent) och 87 män (87 procent). Andelen utskrivningar och återfallshändelser har varit stabil över åren 2010 till 2017, se figur 25.

Av dessa 100 personer hade 26 personer dömts för våldsbrott, 29 för förmögenhetsbrott och 45 för övriga brott.

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

Av de 26 personer som dömdes för våldsbrott (indexbrottet) återföll 15 (58 procent) i våldsbrott. Av de 29 personer som dömdes för brott mot förmögenhet (indexbrottet) återföll 11 (38 procent) i förmögenhetsbrott. Av de 45 personer som dömdes i kategorin övriga brott (indexbrottet) återföll 10 (22 procent) i övriga brott. Siffrorna visar att det är vanligast att återfalla i indexbrottet i de fall det rörde sig om våldsbrott. Totalt var återfall i våldsbrott den vanligaste brottstypen, vilket stod för 49 procent av återfallshändelserna.

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 100 personer som återföll registrerades för sammanlagt 427 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medelvärdet är 4,27 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser.

### Kommentar till siffrorna i figur 25

Siffrorna skiljer sig åt i figur 25 år från år. Anledningen är att registret är ”levande” dvs. den innehåller både preliminär och slutlig statistik. Data har fem års eftersläpning eftersom det är en lång process från brott till lagföring, vilket gör att uppgifter även ändras bakåt i tiden. I figuren anges när siffrorna är definitiva, dvs. efter fem år med (def.). Så länge siffrorna kan justeras och är preliminära anges detta med (prel.) under årtalen i figuren.

# 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 göras med försiktighet eftersom grupperna inte är helt jämförbara. I detta kapitel finns även analyser av vilka faktorer som är relaterade till avslutande av LRV.

## Hälsofrämjande insatser

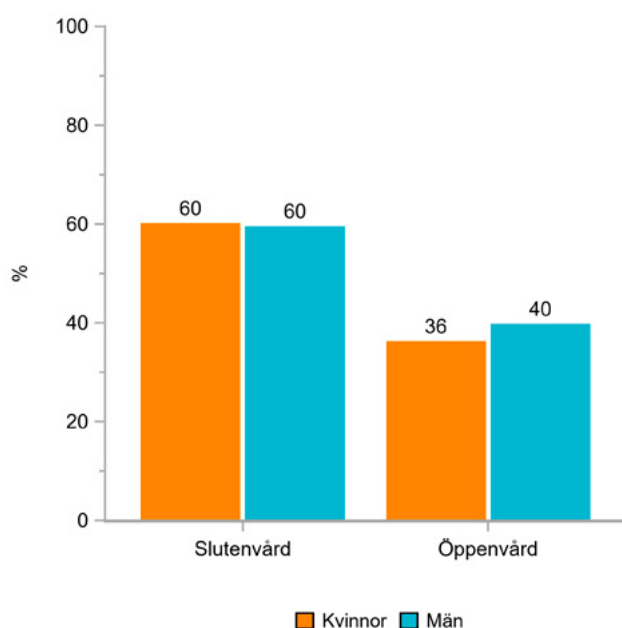
Patientgruppen har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som en hög förekomst av övervikt och fetma. Överviktsproblem för psykopatienter tillskrivs ofta medicinering med andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA) till exempel Risperidon, Olanzapin. Som framgår senare i detta kapitel så är övervikt inte kopplad till typen av antipsykotisk medicinering. Patienter behandlade med första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA), till exempel Haloperidol, Perfenazin, Zyklopentixol med flera, har lika stor förekomst av övervikt. Å ena sidan har SGA en påverkan på ämnesomsättning som kan öka vikten. Å andra sidan har FGA biverkningar i form av minskad rörlighet som skulle kunna bidra till viktuppgång. Patienter som behandlas med FGA har en högre användning av antikolinerga läkemedel som tyder på detta.

Den höga andelen patienter med övervikt och fetma visar på vikten av hälsofrämjande åtgärder. De senaste två åren finns därför inrapporterat vilka hälsofrämjande åtgärder patienterna erbjudits och genomfört.

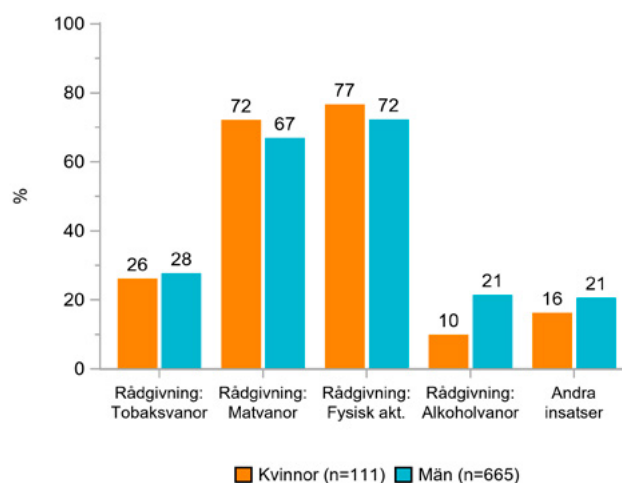
Som framgår av rapporteringen (figur 26) så erhåller 60 procent av patienterna i slutenvård någon form av hälsofrämjande insatser vilket är högre än för patienterna i öppenvård.

De vanligaste formerna av hälsofrämjande insatser är även i år rådgivning om matvanor och fysisk aktivitet (figur 27) vilket är relevant i förhållande till den höga förekomsten av övervikt och kroppssjukdomar. I rapporteringen finns även i år möjligheten att i fritext ange mer specifikt vilka hälsofrämjande åtgärder man genomfört. Av de insatser som anges i fritext i år så kan noteras betydligt fler aktiva insatser i form av fysisk aktivitet av olika slag. I fritexterna anges genomförd fysisk aktivitet för 83 individer jämfört med 32 föregående år. Eftersom detta är en fritextnotering utan fasta svarsalternativ finns anledning att tro att dessa insatser är mer frekventa än vad som framkommer i registret idag.

**Figur 26.** Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser.



**Figur 27.** Fördelning av hälsofrämjande insatser.



## Läkemedelsbehandling

Även i år har läkemedelsordinationer delats upp i två grupper. I tabell 1 återfinns de patienter som har en psykosdiagnos angiven (dvs. ICD 20.0-F29.9). I tabell 2 återfinns de patienter som inte har sådan diagnos.

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

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	56 av 173 (32.4)	321 av 1138 (28.2)	377 av 1311 (28.8)
Första generationens antipsykotika, peroralt	33 av 173 (19.1)	251 av 1138 (22.1)	284 av 1311 (21.7)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	45 av 173 (26.0)	328 av 1138 (28.8)	373 av 1311 (28.5)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	112 av 173 (64.7)	640 av 1138 (56.2)	752 av 1311 (57.4)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	58 av 173 (33.5)	425 av 1138 (37.3)	483 av 1311 (36.8)
Antidepressiva	65 av 173 (37.6)	341 av 1138 (30.0)	406 av 1311 (31.0)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	39 av 173 (22.5)	163 av 1138 (14.3)	202 av 1311 (15.4)
Stämningsstabiliserare (litium)	9 av 173 (5.2)	52 av 1138 (4.6)	61 av 1311 (4.7)
Beroendesjukdomar	14 av 173 (8.1)	105 av 1138 (9.2)	119 av 1311 (9.1)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	47 av 173 (27.2)	206 av 1138 (18.1)	253 av 1311 (19.3)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	82 av 173 (47.4)	452 av 1138 (39.7)	534 av 1311 (40.7)
ADHD	5 av 173 (2.9)	73 av 1138 (6.4)	78 av 1311 (5.9)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	49 av 173 (28.3)	276 av 1138 (24.3)	325 av 1311 (24.8)
Medel vid diabetes	24 av 173 (13.9)	130 av 1138 (11.4)	154 av 1311 (11.7)
Övriga somatiska sjukdomar	124 av 173 (71.7)	679 av 1138 (59.7)	803 av 1311 (61.3)
Ingen somatisk medicinering	43 av 173 (24.9)	390 av 1138 (34.3)	433 av 1311 (33.0)
Ingen psykofarmaka	2 av 173 (1.2)	31 av 1138 (2.7)	33 av 1311 (2.5)
Antipsykotika	162 av 173 (93.6)	1051 av 1138 (92.4)	1213 av 1311 (92.5)

## Psykossjukdom

### Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan etablerad psykosdiagnos

I tabell 1 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter med etablerad psykosdiagnos noteras inte oväntat att 92 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 31 procent behandling med depotneuroleptika från första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA) och ytterligare 31 procent med depotneuroleptika från andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA). Dessa siffror är väsentligen de samma som förra året.

I tabell 2 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter utan psykosdiagnos är 67 procent av patienterna ordinerade antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 23 procent behandling med FGA depotneuroleptika och ytterligare 23 procent med SGA depotneuroleptika.

Vid jämförelser av neuroleptikaordinationer mellan slutenvårdspatienter och öppenvårdspatienter så ses inga skillnader.



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

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	26 av 115 (22.6)	70 av 499 (14.0)	96 av 614 (15.6)
Första generationens antipsykotika, peroralt	23 av 115 (20.0)	73 av 499 (14.6)	96 av 614 (15.6)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	12 av 115 (10.4)	85 av 499 (17.0)	97 av 614 (15.8)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	54 av 115 (47.0)	203 av 499 (40.7)	257 av 614 (41.9)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	26 av 115 (22.6)	80 av 499 (16.0)	106 av 614 (17.3)
Antidepressiva	58 av 115 (50.4)	175 av 499 (35.1)	233 av 614 (37.9)
Stämningssstabiliserare antiepileptika	47 av 115 (40.9)	96 av 499 (19.2)	143 av 614 (23.3)
Stämningssstabiliserare (litium)	10 av 115 (8.7)	44 av 499 (8.8)	54 av 614 (8.8)
Beroendesjukdomar	3 av 115 (2.6)	57 av 499 (11.4)	60 av 614 (9.8)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	28 av 115 (24.3)	78 av 499 (15.6)	106 av 614 (17.3)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	61 av 115 (53.0)	188 av 499 (37.7)	249 av 614 (40.6)
ADHD	14 av 115 (12.2)	49 av 499 (9.8)	63 av 614 (10.3)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	39 av 115 (33.9)	126 av 499 (25.3)	165 av 614 (26.9)
Medel vid diabetes	17 av 115 (14.8)	54 av 499 (10.8)	71 av 614 (11.6)
Övriga somatiska sjukdomar	92 av 115 (80.0)	307 av 499 (61.5)	399 av 614 (65.0)
Ingen somatisk medicinering	22 av 115 (19.1)	171 av 499 (34.3)	193 av 614 (31.4)
Ingen psykofarmaka	6 av 115 (5.2)	75 av 499 (15.0)	81 av 614 (13.2)
Antipsykotika	84 av 115 (73.0)	329 av 499 (65.9)	413 av 614 (67.3)

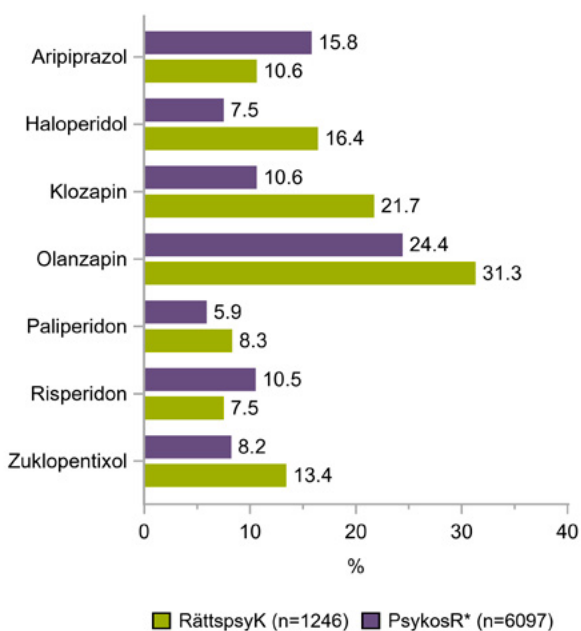
Att i stort sett samtliga patienter med etablerad psykosdiagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Mer oväntat är att 2/3 av alla patienter som inte har dokumenterad psykosdiagnos ordinerar antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas många förklaringar till detta. En möjlig förklaring kan vara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

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

### Antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri i jämförelse med PsykosR

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

**Figur 28.** Jämförelse av farmakologisk behandling mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



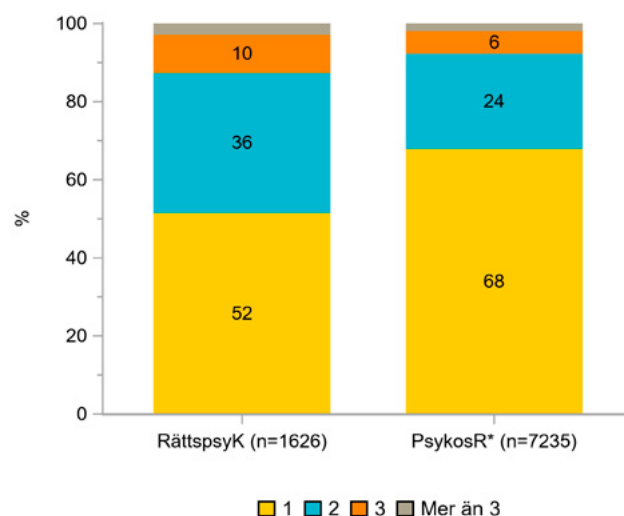
\* Databasversion 2021-02-01

Från figur 28 kan ses att inga större skillnader i användning av antipsykosmedel har inträffat senaste året. Som tidigare år noteras att rättspsykiatriska patienter har en betydligt större användning av Klozapin. Detta är rimligt om man dels antar att rättspsykiatrins patienter har svårare former av psykosjukdom liksom att de har en större risk för våldshandlingar under inflytande av sjukdomen. Klozapin är inte bara rekommenderat vid svårbehandlad schizofren sjukdom, hög suicidalrisk utan även vid våldsproblematik.

### Polyfarmaci för antipsykosbehandlade patienter, jämförelse med PsykosR

I psykosbehandling anses generellt att man ska sträva efter så kallad monoterapi avseende antipsykotisk behandling, dvs. helst inte ha mer än ett antipsykotiskt läkemedel. Det är dock väl känt att detta inte är fallet för ett stort antal patienter, inte bara inom rättspsykiatri utan även i andra vårdsammanhang.

**Figur 29.** Antal antipsykotiska läkemedel per patient registrerade i RättspsyK och PsykosR.



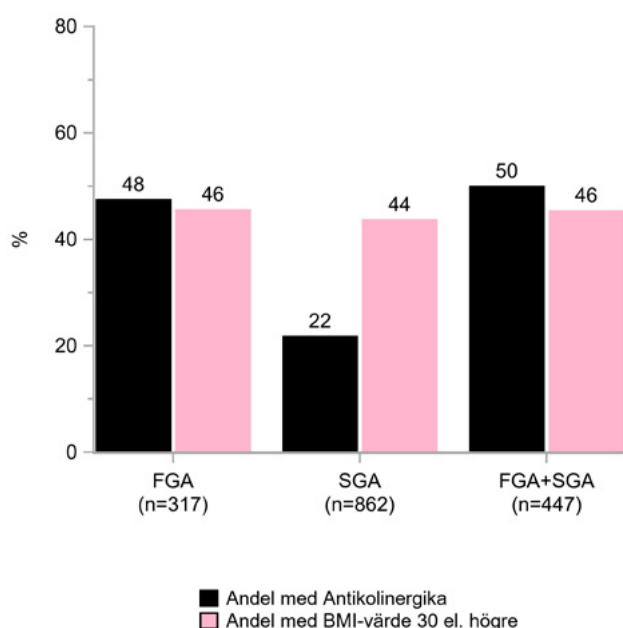
\* Databasversion 2021-02-01

I figur 29 framgår att polyfarmaci vid behandling med antipsykosläkemedel är vanligt, både hos patienter inom rättspsykiatrisk vård, såväl som inom psykosvård utanför rättspsykiatri. Av figuren framgår att polyfarmaci med antipsykosmedel är betydligt vanligare inom rättspsykiatrisk vård jämfört med annan psykosvård. Av figuren kan noteras att 48 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri har mer än ett antipsykosläkemedel medan motsvarande siffra för patienter i annan psykosvård är 32 procent.

### Biverkningar antipsykotiska läkemedel

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

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

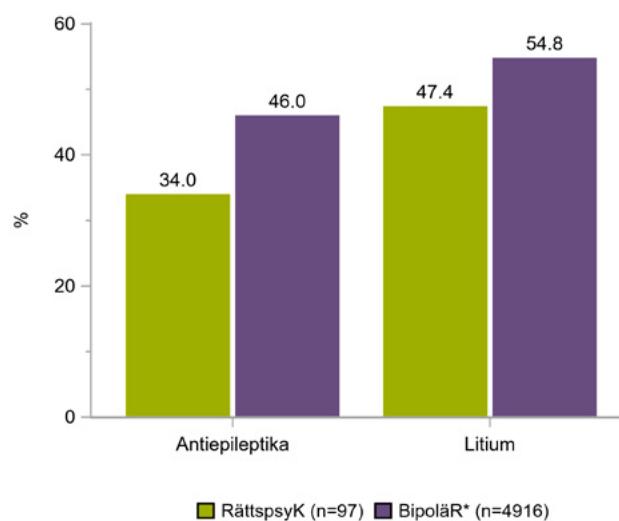


I figur 30 kan noteras, inte oväntat att patienter med behandling med FGA har ett avsevärt större användande av antikolinerga läkemedel mot biverkningar av extrapyridal karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant är att andelen patienter med minst 30 i BMI inte skiljer sig mellan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

### Bipolär sjukdom

Användningen av antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel är av intresse. Totalt sett använder 33 procent av patienterna antidepressiva läkemedel med en viss övervikt för kvinnor.

**Figur 31.** Andel patienter som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i RättspsyK och BipolärR.



\* Databasversion 2021-01-25

Som framgår ur figur 31 så använder 34 procent av patienter med bipolär sjukdom inom rättspsykiatri anti-epileptika som ofta används som stämningsstabiliserande. Många patienter har dock epilepsisjukdom vilket kan förvirra bilden något. 47 procent av patienter med bipolär diagnos inom rättspsykiatri använde litium jämfört med 55 procent av patienterna i kvalitetsregistret BipolärR. Skillnaden är påtaglig men kan inte entydigt förklaras av de data som föreligger.

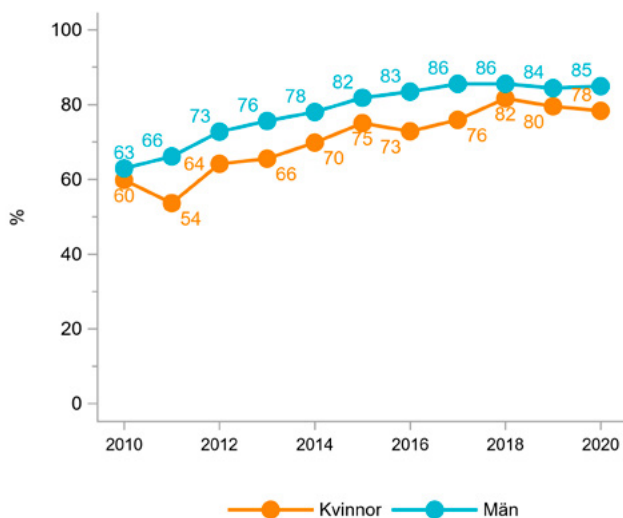
### Kroppssjukdomar

Som framgår i avsnittet om patientkaraktäristika så har en avsevärd andel av patienterna somatisk sjuklighet. Sammantaget kan från tabellerna 1 och 2 noteras att 25 procent av patienterna medicinerar med läkemedel för kardiovaskulära sjukdomar inkluderande läkemedel mot högt blodtryck och blodfettssänkare, 12 procent med läkemedel för diabetes. Totalt sett medicinerar 67 procent av patienterna för somatisk sjukdom. Dessa siffror är höga om man skulle jämföra med befolkningen i stort men har inte väsentligen förändrats sedan föregående mätningar.

I fritextfälten om somatisk sjukdom har rapportörerna angivit att 37 patienter har hepatit C smitta eller därmed sammanhängande sjuklighet. Eftersom detta inte varit ett förvalt alternativ är siffran troligen gravt underskattad. Eftersom hepatit C numer är relativt okomplicerat att behandla i samverkan med infektionskliniker och, som obehandlat kan ha allvarliga konsekvenser i framtiden bör detta uppmärksammas mer systematiskt inom den rättspsykiatriska vården.

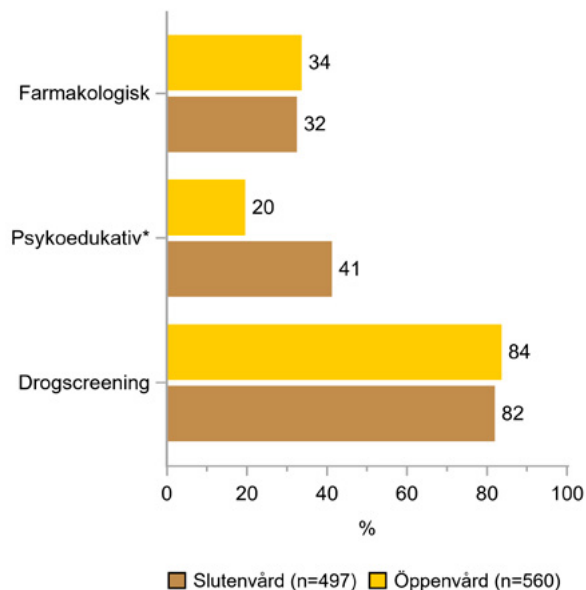
## Missbruksbehandling

**Figur 32.** Andel patienter som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



Insatserna med missbruksbehandling har ökat under det senaste decenniet. De senaste åren har nivån av insatser stabiliserats på ca 80 procent utan större skillnad mellan könen.

**Figur 33.** Andel patienter som erhållit missbruksbehandling.



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

Som noteras i figur 33 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 bio-feedback eller om det är en ren kontrollåtgärd. Övriga behandlingsformer som noterats, dvs. psykoedukativa och farmakologiska är av betydligt mer begränsad omfattning. Detta är i sig inte oväntat. Å ena sidan är merparten av patienterna inte exponerade för alkohol och droger i sin slutenvård. Å andra sidan är missbruksbehandling för rättspsykiatriska patienter inte bara nationellt utan även internationellt ett utvecklingsområde, dvs. evidensbaserade behandlingsprogram saknas.

## Övriga stöd- och behandlingsinsatser

### 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 brottutlösande faktorer och riskmiljöer samt att känslomässigt kunna bearbeta de upplevelser det medfört. I vissa delar av landet finns lokalt utarbetade brottsbearbetningsmanualer men metoderna varierar. Tillvägagångsätt 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 rättspsykiatrin och SOU 2006:100 för övrig psykiatri.

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

Begreppet har dock aldrig tillfredsställande kunnat definieras och än mindre har någon forskning funnits att hänvisa till. Det har lett till att olika verksamheter har gjort försök att definiera innehåll och begrepp. För att inom rättspsykiatri få en samsyn har flertalet arbetsgrupper med representanter från många verksamheter arbetat med frågan och förslag har tagits fram. Man börjar mer och mer luta mot att istället använda begreppet brottskartläggning. Själva ordet brottsbearbetning har dock fått ett starkt fäste. För lekmän och politiker kan det tyckas vara självklart att detta är ett viktigt syfte med vården och uppfyllandet av samhällsuppdraget att förhindra återfall i brottslighet av allvarligt slag. Å andra sidan kan man hävda att hela innehållet i den rättspsykiatriska vården har detta syfte. 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 2020.

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

### 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 34 procent av patienterna en utsedd stödperson. Ingen skillnad kunde noteras mellan patienter i slutenvård eller öppenvård. Däremot hade betydligt fler kvinnor en stödperson (41 procent) jämfört med män (33 procent). Den dominerande orsaken till att stödperson inte utsetts var att patienten avböjt sådant stöd. För patienter i öppenvård var detta anledningen i 94 procent av fallen. Motsvarande siffra för slutenvården var 81 procent. Men, för slutenvårdens patienter anges att tillsättande pågick för ytterligare 10 procent av patienterna.

### Samverkan med andra aktörer

I denna redovisning kan samma patient förkomma 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 årets redovisning fokuseras på öppenvård respektive slutenvård.

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

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Fungerande samverkan, %
Slutenvård	Kvinnor	146	79.5
	Män	911	78.0
	<b>Totalt</b>	1057	78.2
Öppenvård	Kvinnor	142	96.5
	Män	726	93.7
	<b>Totalt</b>	868	94.1
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	288	87.8
	Män	1637	85.0
	<b>Totalt</b>	1925	85.4

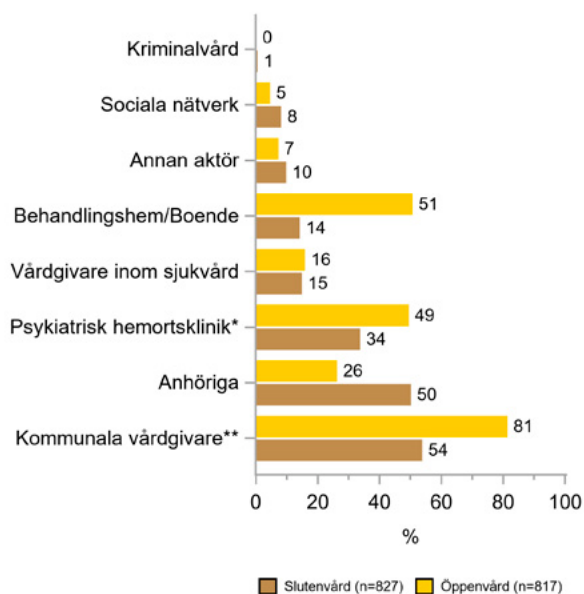
**Tabell 4.** Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Icke tillgodosett samverkansbehov, %
Slutenvård	Kvinnor	146	26.7
	Män	911	19.9
	<b>Totalt</b>	1057	20.8
Öppenvård	Kvinnor	142	2.8
	Män	726	5.5
	<b>Totalt</b>	868	5.1
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	288	14.9
	Män	1637	13.5
	<b>Totalt</b>	1925	13.7

I tabell 3 ses hur stor andel av patienterna som har någon fungerande samverkan med extern aktör. Ingen större skillnad noteras mellan könen. Däremot ses en stor skillnad mellan de öppna respektive slutna vårdformerna. Patienter i öppenvård har till 94 procent någon fungerande samverkan med extern aktör, jämfört med 78 procent för patienter som fortsatt vårdas i slutenvård. Motsvarande skillnad ses när man rapporterar brist på samverkan med en relevant extern aktör, tabell 4. För patienter i slutenvård noteras för 21 procent av patienterna att det saknas samverkan med en väsentlig aktör. För öppenvårdspatienterna är den siffran väsentligen lägre, endast fem procent.

När dessa siffror bryts ner per aktör ses stora skillnader mellan öppen och sluten vård. För patienter i öppenvård ser man att det finns en fungerande samverkan för merparten av patienterna i form av samverkan med behandlingshem och kommunala vårdgivare, figur 34. Kopplingen är inte onaturlig 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 35. För patienter i slutenvård är de största icke tillgodosedda samverkansbehoven den med kommunala vårdgivare och behandlingshem. Siffrorna i figurerna 34 och 35 kan inte helt förklaras.

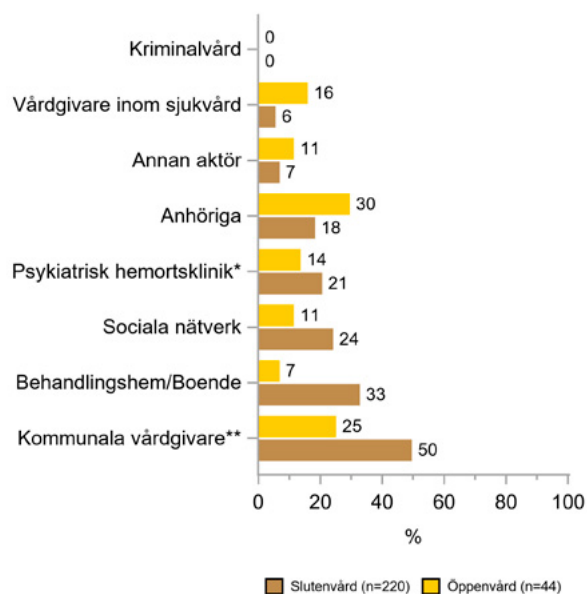
**Figur 34.** Andel patienter med fungerande samverkan per aktör efter vårdform.



\* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård  
 \*\* Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Å ena sidan kan det handla om att det finns 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.

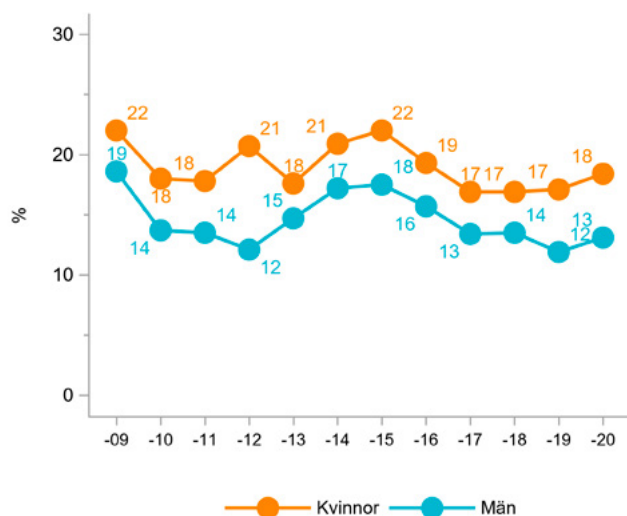
**Figur 35.** Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör efter vårdform.



\* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård  
 \*\* Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

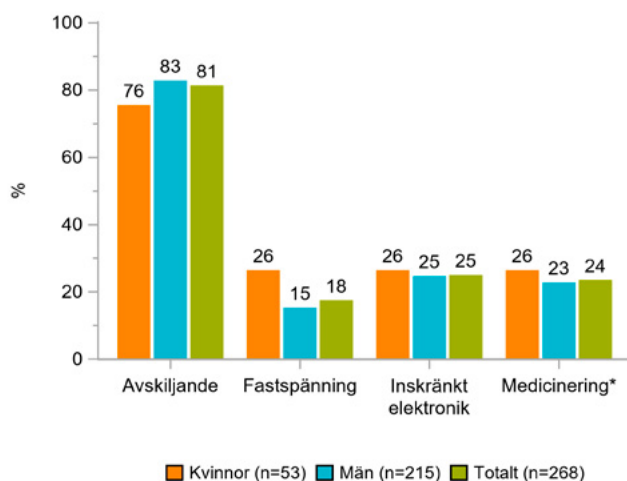
## Tvångsåtgärder

**Figur 36.** Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.



Som framgår av figur 36 så har andelen patienter som behövt tvångsåtgärder enligt LRV varierat över åren. Som noterades i tidigare rapporter så fann man att det fanns en nedgång från 2015 och framöver. I tidigare rapporter kommenteras att detta kan ha varit ett uttryck för en förändring i lagstiftningen 2014 där man ändrat reglerna för elektronisk kommunikation där nu mer generella regler gäller för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Den förändring som kan noteras är att det mellan 2015 till 2017 varit en nedgång av tvångsåtgärder som de senaste tre åren varit stabil.

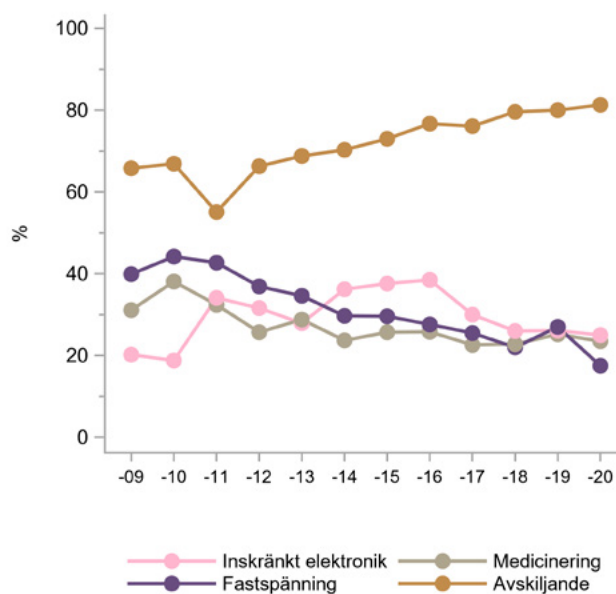
**Figur 37.** Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



\* Utförd under fastspänning eller fasthållande

När man betraktar andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder så ser profilen av tvångsåtgärder väsentligen ut som förra året (figur 37). Viss variation ses för kvinnor, men antalet kvinnor i materialet är så pass lågt att det inte går att dra slutsatser av variationerna. Som tidigare är avskiljande den vanligaste åtgärden medan fastspänning, inskränkt elektronik och tvångsmedicinering ligger oförändrat.

**Figur 38.** Fördelning av tvångsåtgärder mellan 2009–2020.



Intressant är att betrakta de olika typer av tvångsåtgärder patienter blivit föremål för. I figur 38 ses att andelen patienter som blir föremål för avskiljande ökar sakta medan andelen patienter som blir föremål för ingripande insatser som fastspänning och tvångsmedicinering minskar.

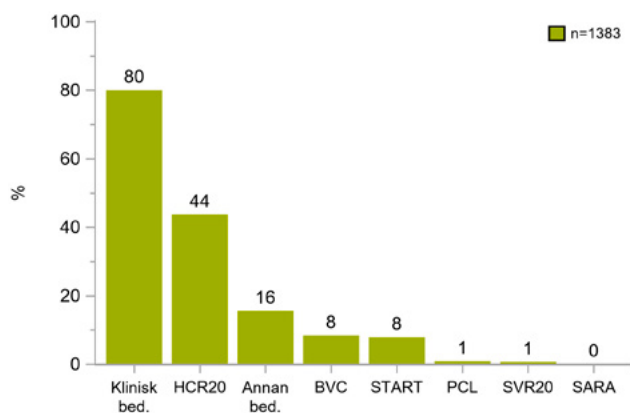
## Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

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 behandlande, vårdande, rehabiliterande och begränsande åtgärder. Därav är det centralt för rättspsykiatri att genomföra riskbedömningar för återfall i allvarlig brottslighet likväl som insatser för att minska risken av sådan brottslighet genom behandlande insatser.

### Genomförda riskbedömningar

Under 2020 gjordes riskbedömningar på minst 80 procent av patienterna. Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 44 procent av fallen vilket är en bedömningsmetod som avser långtidsprediktion av återfall i allvarlig brottslig gärning och även omfattar i sin senare version, HCR-20 v3, handläggningsstrategier för att minska återfallsrisken. Oklart är varför inte fler har bedömts med denna metod. Men, eftersom många patienter har mycket långa vårdtider så är det möjligen inte meningsfullt att genomföra denna typ av bedömning oftare än så.

**Figur 39.** Andel patienter som bedömts med respektive riskbedömningsmetod.



### Behandling utifrån riskfaktorer

Till årsrapporten rapporteras vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Som förebyggande insatser anges farmakologisk behandling för 93 procent, struktur i vardagen för 73 procent, stöd och träning för 26 procent, psykoedukativa insatser för 22 procent samt specifika psykoterapeutiska behandlingar för 11 procent av patienterna. I fritextsvaren anges 1881 individuella svar. Med en preliminär klassificering av dessa svar noteras att 20 procent anger socialt stöd i boende, 58 procent angav psykoterapeutiska eller psykosociala behandlingar och 13 procent specificerade specifika beroendebehandlingar. Sammantaget kan noteras att omfattande insatser genomförs för att reducera risken för återfall.

## Aktuella riskbedömningsinstrument

### Beskrivning av riskbedömningsinstrument

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

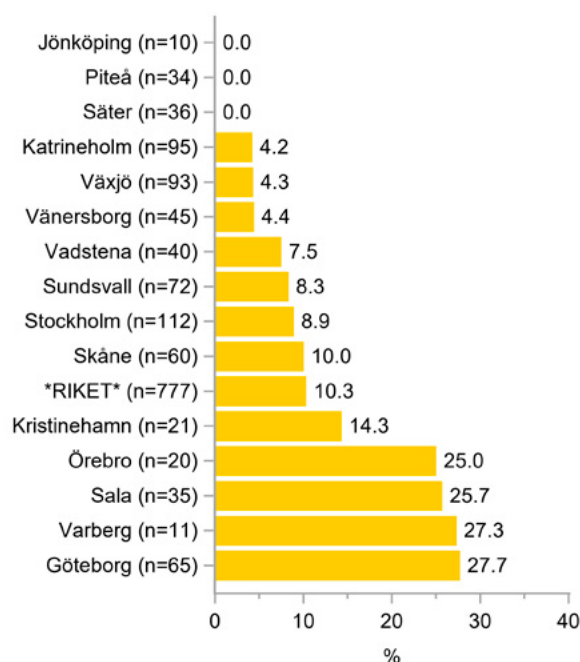


## Avslutande av rättspsykiatrisk vård

### 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 var 10 procent (N=78) (figur 40). Den vanligaste angivna orsaken var brist på boende (56 procent). I 12 procent anges brister i samverkan som orsak. Dessa siffror har varit tämligen konstanta sedan 2013.

**Figur 40.** Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



## Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård

Då RättspsyK nu har inrapporterade data sedan mer än tio år så kan analyser göras av hur länge patienter vårdas 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 mellan 2009 och 2020 är 95 månader. Detta betyder att hälften av patienterna har en vårdtid på minst 95 månader. Analyser har gjorts av hur olika relevanta insamlade uppgifter påverkar vårdtidens längd.

### Bakgrundsdata i förhållande till avslut av LRV

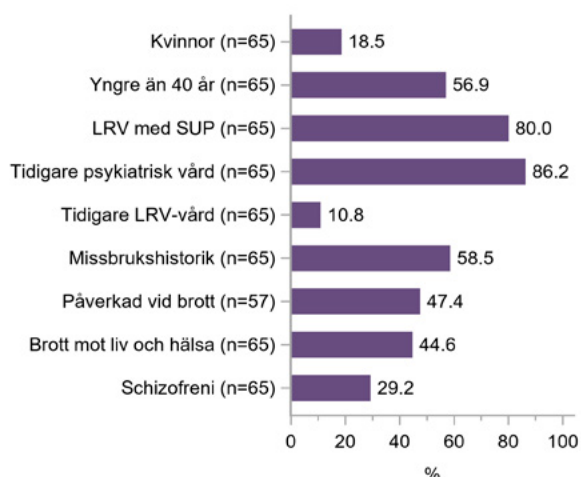
När man döms till LRV finns viss bakgrundsinformation. Utvald sådan information har analyserats i s.k. Cox regression för att utröna huruvida dessa är relaterade till längden av LRV. De bakgrundsdata som tagits in i analysen är: kön, ålder vid intagning (yngre eller äldre än 40 år), dömd till LRV med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

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

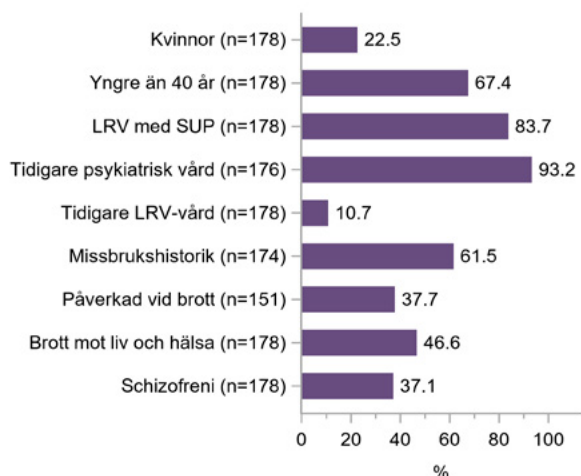
Däremot blir vårdtiden längre för yngre patienter (yngre än 40 år vid vårdtidens början), om man är dömd till LRV med särskild utskrivningsprövning, om man är tidigare dömd till LRV och har en känd missbrukshistorik innan vården inleddes.

Skillnaderna illustreras grafiskt i figur 41 och 42. I dessa två figurer ses i den så kallade "fyraårsgruppen" patienter som påbörjat vård under åren 2013 och 2014 och som efter fyra år fortfarande vårdades men som var utskrivna inom sex år. I "sexårsgruppen" återfinns de patienter som påbörjade vård samma år, 2013 och 2014, men som fortfarande vårdas efter sex år.

**Figur 41. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.**

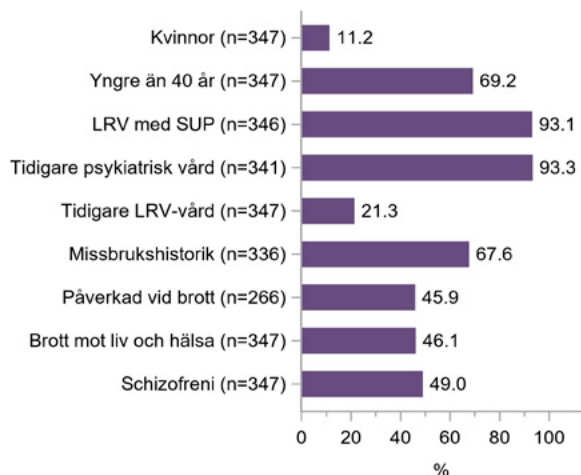


**Figur 42. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.**



Skillnaderna mellan fyra- och sexårsgruppen och de patienter som fortfarande vårdas efter 10 år är ytterligare accentuerad, se figur 43.

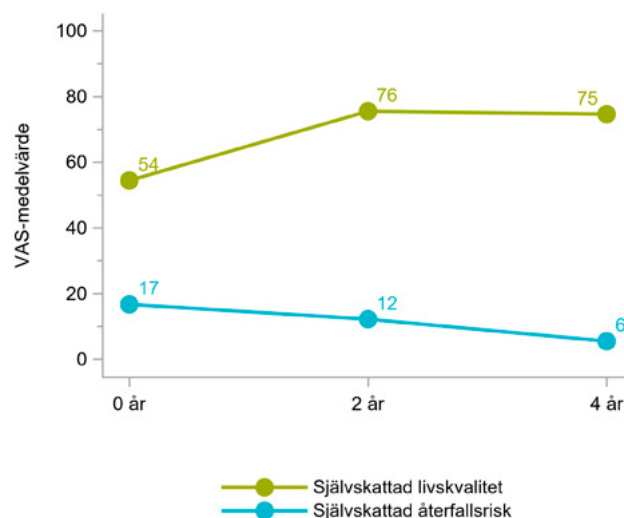
**Figur 43. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin.**



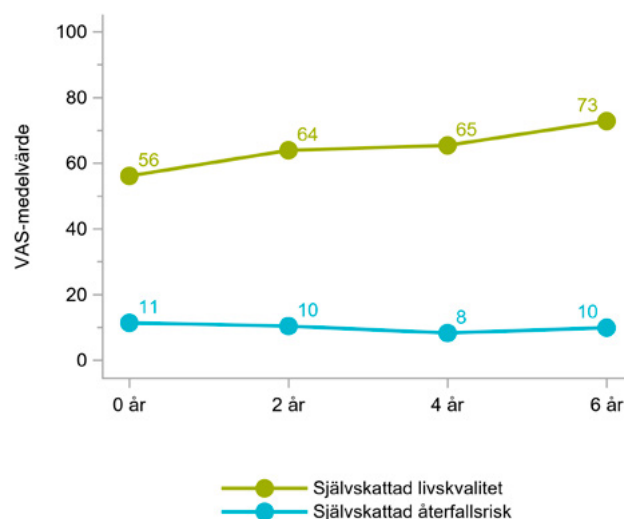
## Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

Årligen samlas uppgifter om självskattningar och indikatorer i vården in. Med de här bredvid beskrivna fyra- och sexårsgrupperna kan man följa utvecklingen av dessa indikatorer. Mönstret för självskattad livskvalitet och återfallsrisk ser likartad ut som föregående år, figur 44 och 45. Livskvaliteten förefaller att stiga över tid vilket även kan noteras för patienter som vårdats sedan före 2009, figur 46.

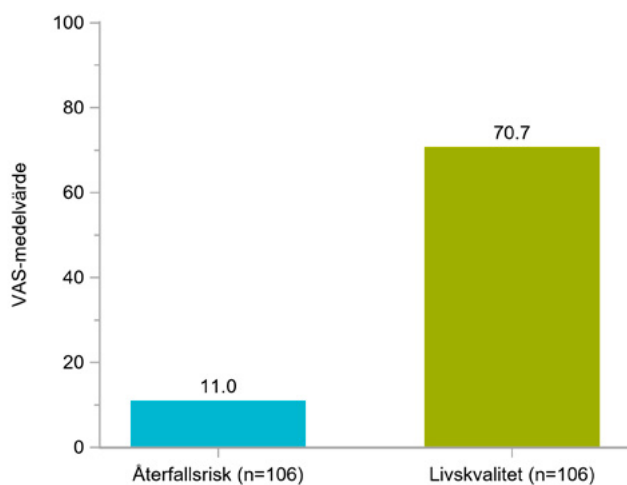
**Figur 44. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.**



**Figur 45. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.**

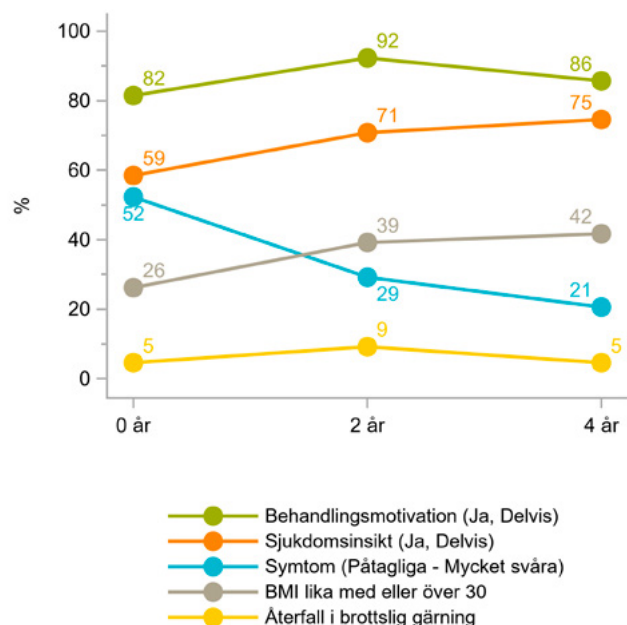


**Figur 46.** Självskattningar, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.

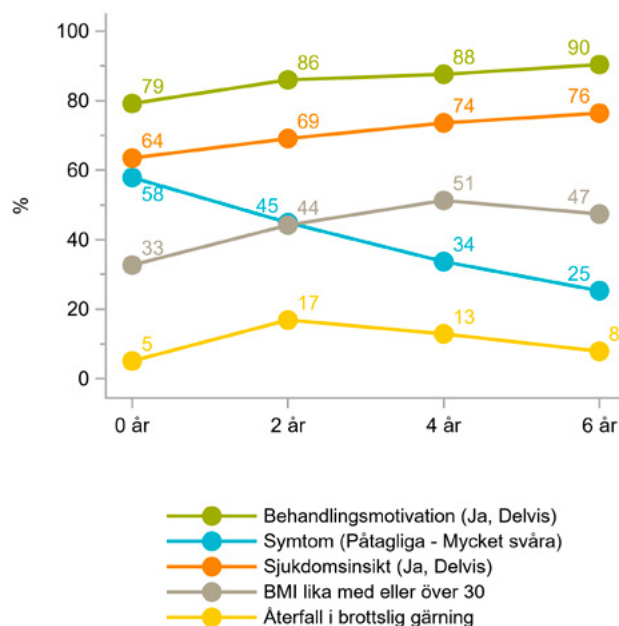


I figurerna 47 och 48 ses förändringarna i viktiga variabler över tid i fyra- och sexårsgrupperna. I båda grupperna ses över tid en påtaglig minskning av ffa symtomtryck (dvs. allvarlighetsgrad av symtom). Tydligast är den i fyraårsgruppen där endast 18 procent har svårt symtomtryck medan det i sexårsgruppen vid fyra års vård är 38 procent som har högt symtomtryck.

**Figur 47.** Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.

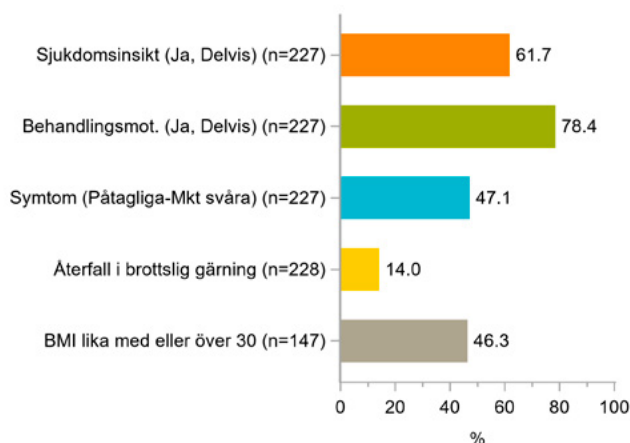


**Figur 48.** Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Skillnaderna är ännu tydligare när man ser till den grupp som intagits före 2009 och fortfarande vårdas. För den gruppen förekommer högt symtomtryck 47 procent liksom att sjukdomsinsikten är avsevärt lägre jämfört med de övriga grupperna, figur 49.

**Figur 49.** Indikatorer, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



## Årligen bedömda indikatorer i förhållande till avslut av LRV

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

Indikator	Grupp		p-värde*
	4 år (n=63)	6 år (n=178)	
Behandlingsmotivation [Ja, delvis]	85.7 %	87.6 %	0.667
Symtom [Påtagliga-Mycket svåra]	20.6 %	33.7 %	0.057
Sjukdomsinsikt [Ja, Delvis]	74.6 %	73.6 %	1.000
Återfall i brottslig gärning	4.6 %	12.9 %	0.098

\* Fischers exakta test, dubbelsidigt

Årligen samlas uppgifter in om indikatorer i vården av betydelse. I tabell 5 ses en jämförelse mellan de ovan nämnda fyra- och sexårsgrupperna avseende rapporterad behandlingsmotivation, symtomtryck (dvs. allvarlighetsgrad av symtom), rapporterad sjukdomsinsikt samt förekomst av brottslig gärning såsom rapporterat senaste året. Dessa faktorer speglar aktuella förhållanden i dessa två grupper efter fyra år. Den ena gruppen (fyraårsgruppen) blev utskriven inom ytterligare två år. Den andra gruppen som kallas för sexårsgruppen bedömdes efter fyra år och består av de individer som efter ytterligare två år inte var utskrivna. Skillnaderna som ses i tabell 5 visar att den viktigaste faktorn för att inte bli utskriven efter fyra år

var symtomtryck. Av de som blev utskrivna efter fyra år, inom ett par år, så hade endast 21 procent högt symtomtryck vid fyra års rapporteringstillfälle. Däremot hade 34 procent av de som fortfarande inte var utskrivna efter sex år ett högt symtomtryck vid fyra års rapporteringstillfälle. Detta indikerar att patienter med svåra symtom blir kvar inom LRV-vården längre. Rapporterad behandlingsmotivation och rapporterad sjukdomsinsikt hade ingen påverkan på utskrivning. Däremot fanns en trend att de som begått brott rapporterat vid fyraårsrapporteringen kvarstannade i vård minst sex år. 13 procent av dem som inte var utskrivna vid sex år hade vid fyra års rapporteringen minst ett uppgivet brott under pågående LRV, att jämföra med endast fem procent av dem som vid fyra år blev utskrivna inom sex år efter vårdens påbörjande.

Sammantaget visar de uppgifter som registret samlat in under mer än 10 år vilka faktorer som är associerade med utskrivning från LRV och indikerar hur den rättspsykiatriska vården tillsammans med förvaltningsrätterna bedömer betydelsen olika faktorer vid beslut om fortsättning eller avslut av LRV. Dessa indikatorer ger vid handen att associationer mellan sjuklighet och riskfaktorer visar att den rättspsykiatriska vården och Förvaltningsrätterna överlag agerar i enlighet med evidens i förhållande till rättspsykiatrins s.k. ”dubbla” uppdrag, dvs. att både rehabilitera människor med allvarlig psykisk störning och samtidigt ta ansvar för samhällets krav på skydd mot återfall i våldsbrott.

# Patientgruppen i registret

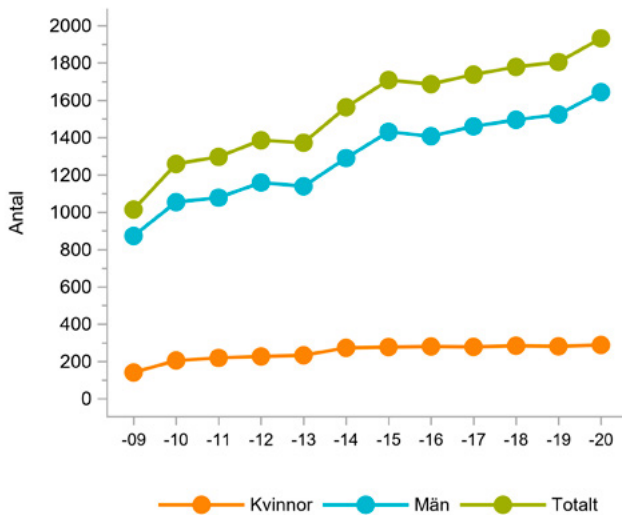
## Inklusions- och exklusionskriterier

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

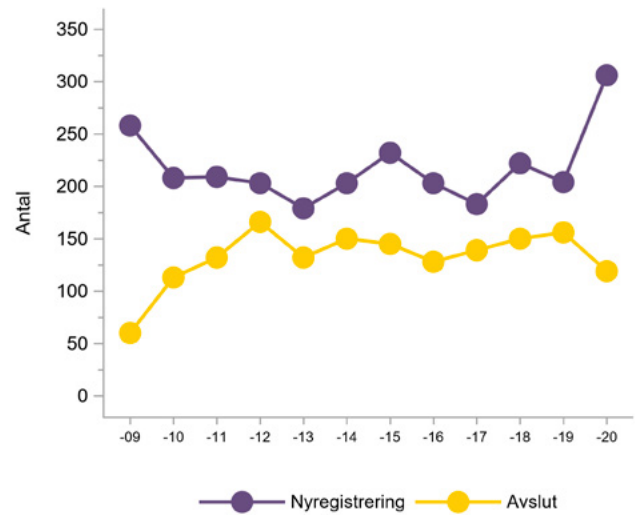
Exklusionskriterier är att patienten blir definitivt utskriven, det vill säga att LRV-domen upphör eller att patienten avlider alternativt att patienten själv begär utträde ur registret.

## Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 50. Antal uppföljda patienter.

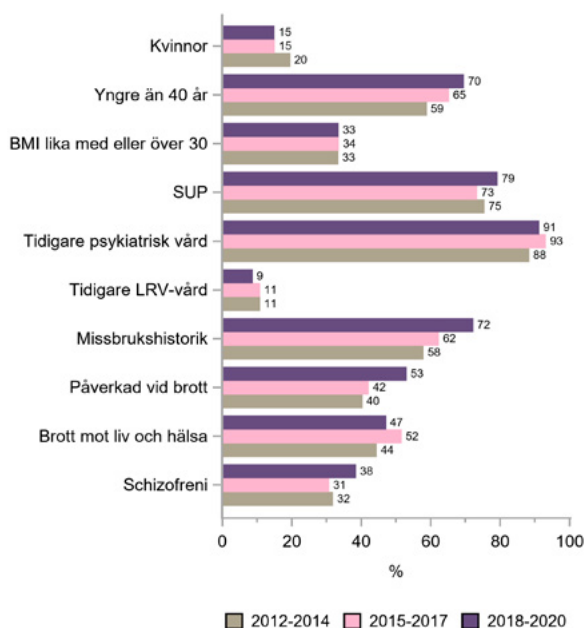


Figur 51. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2013 ökat med 41 procent. Ökningen mellan 2019 och 2020 är 127 patienter, vilket motsvarar sju procent. Av patienter uppföljda under 2020 är 15 procent kvinnor och 85 procent män. Totalt följdes 1932 patienter upp under 2020.

Figur 52. Bakgrundsdata för nyregistrerade patienter.

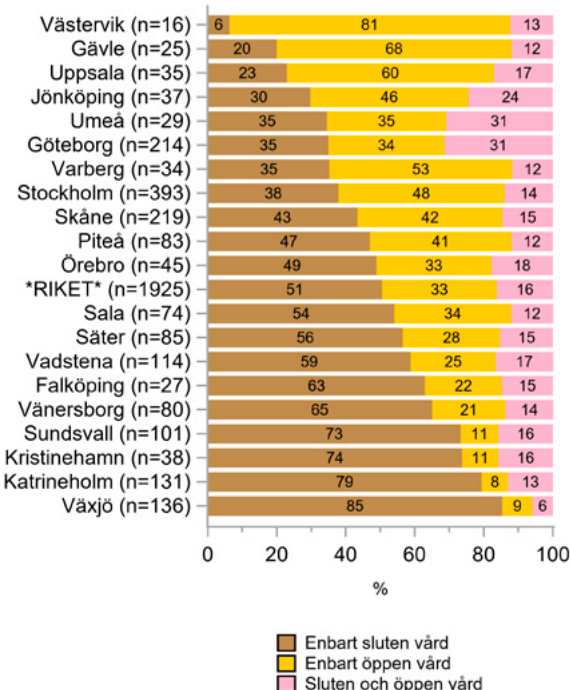


Nyregistrerade patienter under perioden 2018–2020 var i större utsträckning än tidigare år yngre än 40 år vid registrering. Vidare hade en större andel än tidigare en dokumenterad missbrukshistorik, en större andel hade schizofreni som huvuddiagnos och en större andel hade dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP.

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 2020 var antalet nyregistrerade patienter 306 patienter, vilket är 102 patienter fler än under 2019. Antalet avslutade patienter är lägre än föregående år, med en minskning från 156 patienter 2019 till 119 patienter 2020. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 89 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Den vanligaste dödsorsaken är ”yttre orsaker”, av vilka de vanligaste är självmord och handlingsrättshandlingar och förgiftning. Näst vanligast var cirkulationsorganens sjukdomar, följt av tumörer. Yttre orsaker som dödsorsak verkar vara vanligare hos gruppen i registret än hos befolkningen som helhet, men utöver detta finns stora likheter mellan de båda grupperna. Under perioden 2009–2020 har 32 patienter avlidit till följd av suicid.

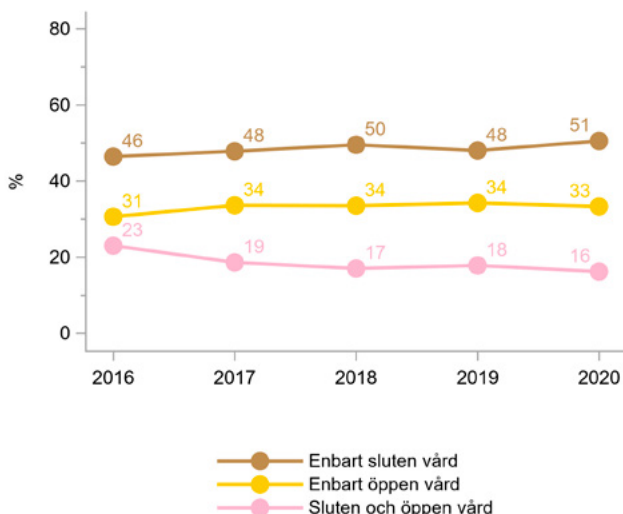
Fördelning mellan sluten- och öppenvård

Figur 53. Fördelning mellan sluten- och öppenvård.



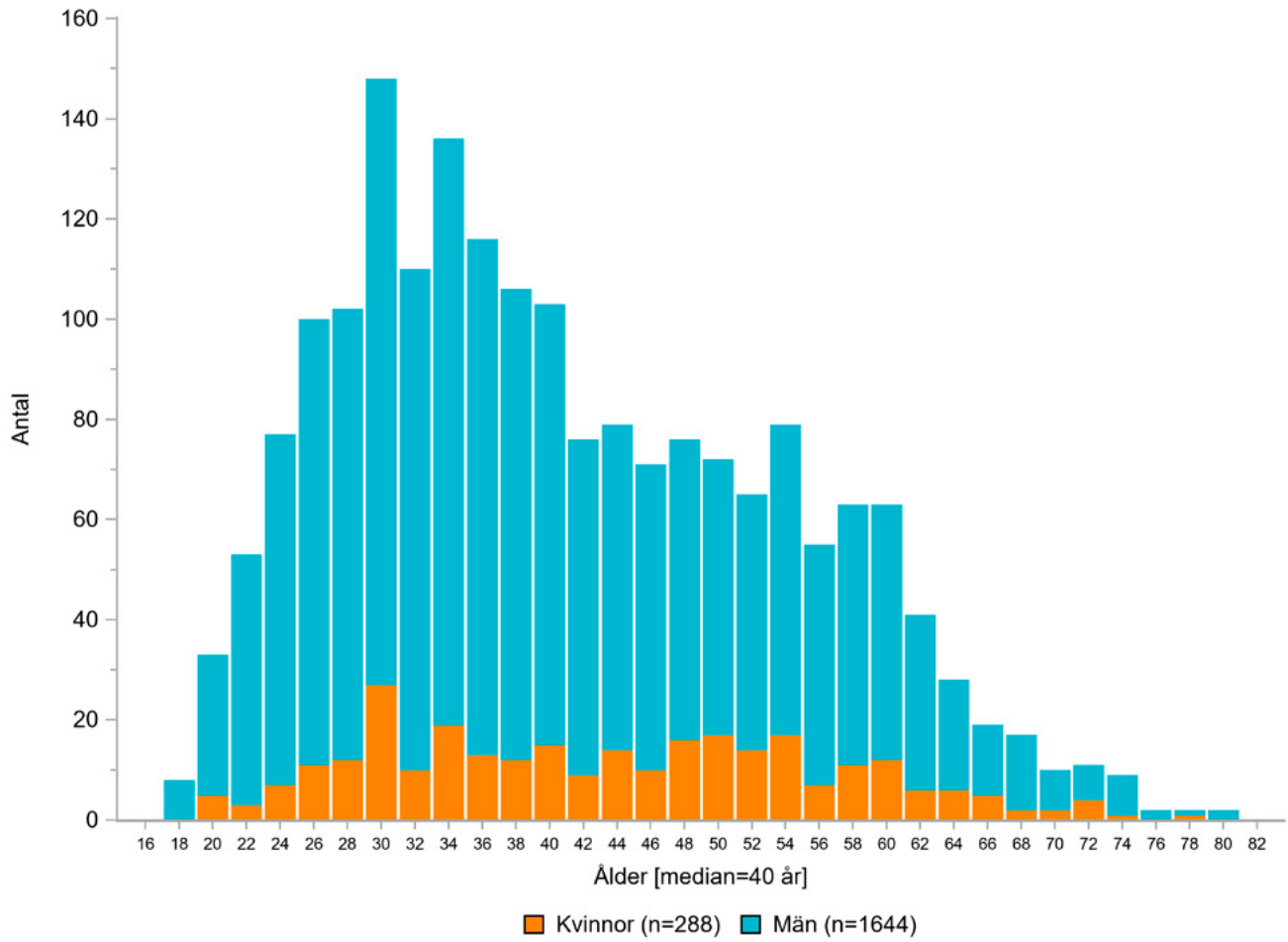
Under 2020 vårdades 51 procent av alla patienter i riket enbart i slutenvård och 33 procent vårdades enbart i öppenvård. 16 procent av patienterna vårdades under året både i sluten- och öppenvård, denna fördelning har varit stabil de senaste fem åren.

Figur 54. Fördelning mellan sluten- och öppenvård 2016–2020.



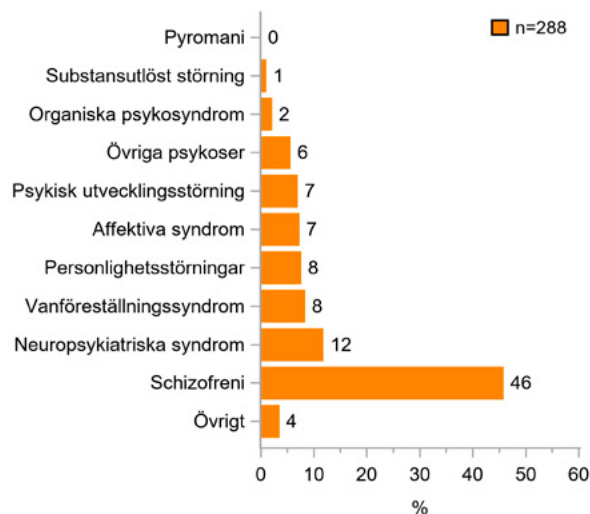
## Ålder

Figur 55. Åldersfördelning i registret.

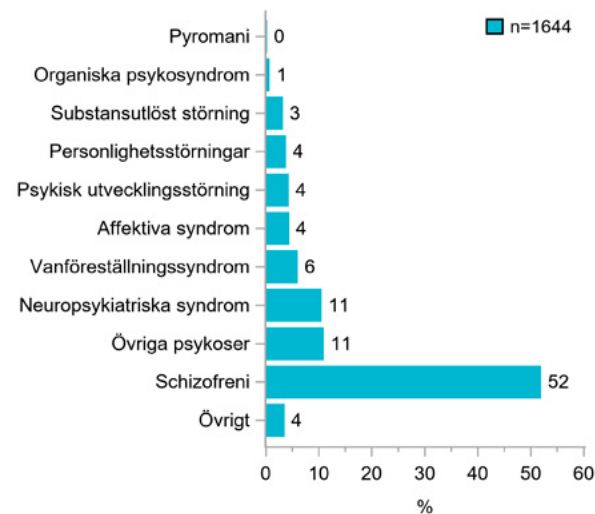


## Huvuddiagnos

Figur 56. Huvuddiagnos enligt ICD-10\*, kvinnor.



Figur 57. 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.

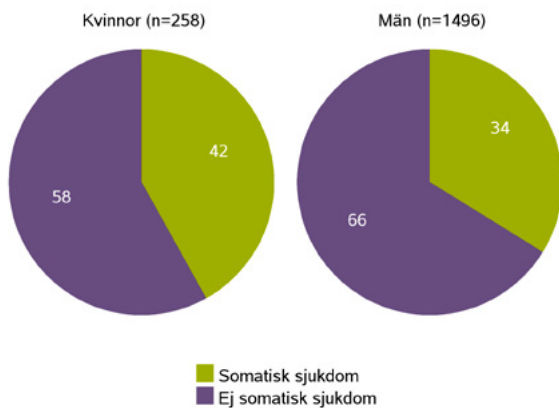
Andelen patienter som har diagnosen mental retardation (intellektuell funktionsnedsättning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom

ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar endast 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 11–12 procent av både kvinnor och män. Som bidiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

Fördelningen av huvuddiagnoser har varierat relativt lite under de år som registret varit i bruk, både för kvinnor och män. 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 46 procent 2020.



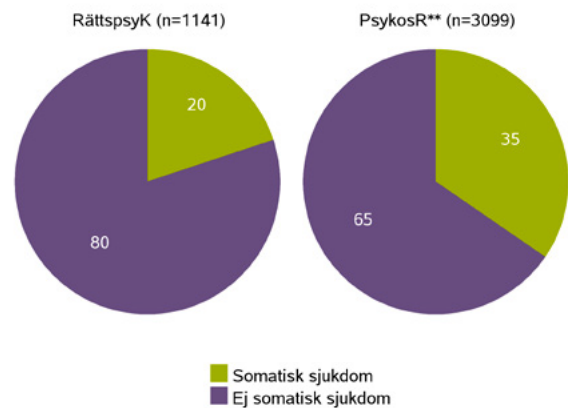
**Figur 58.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*.



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

En stor del av patienterna har förutom sin psykiatriska diagnos även någon somatisk sjukdom. Mest framträdande är detta förhållande för kvinnor där 42 procent har någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra för män är 34 procent.

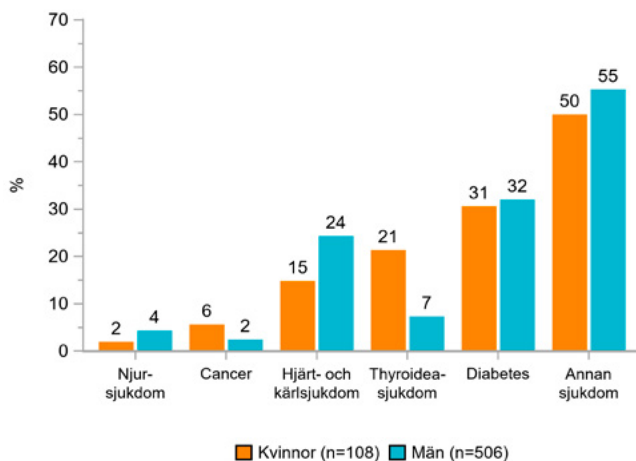
**Figur 60.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\* registrerade i RättspsyK och PsykosR.



\*Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom.  
\*\*Databasversion 2021-02-01

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. 35 procent av patienterna i PsykosR har en somatisk sjukdom, jämfört med endast 20 procent av patienterna i RättspsyK har det.

**Figur 59.** Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.



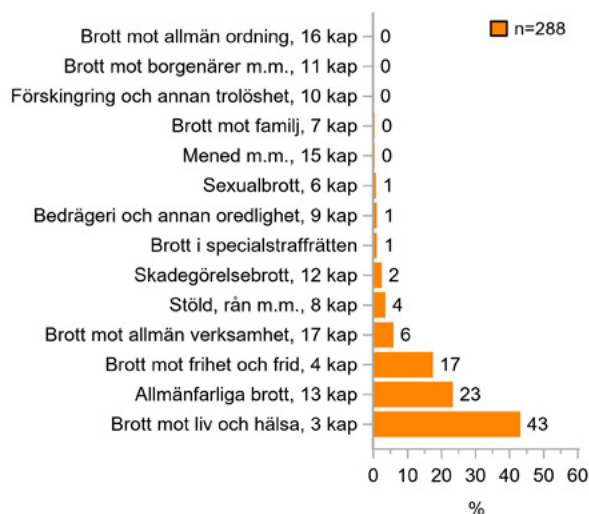
Hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes är relativt vanligt hos både män och kvinnor, men hjärt- och kärlsjukdom är ännu vanligare hos män än hos kvinnor. I gruppen thyroideasjukdomar är det stor övervikt av kvinnor, där 21 procent av kvinnorna har denna sjukdomsbild men endast sju procent av männen.

I gruppen med ”annan sjukdom” återfinns bl.a. hepatit C som den vanligaste somatiska åkomman. Under senare år har möjligheten till behandling mot detta ökat och fler patienter erhåller behandling. En annan vanlig somatisk diagnos som återfinns i denna kategori är KOL.

## Indexbrott

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

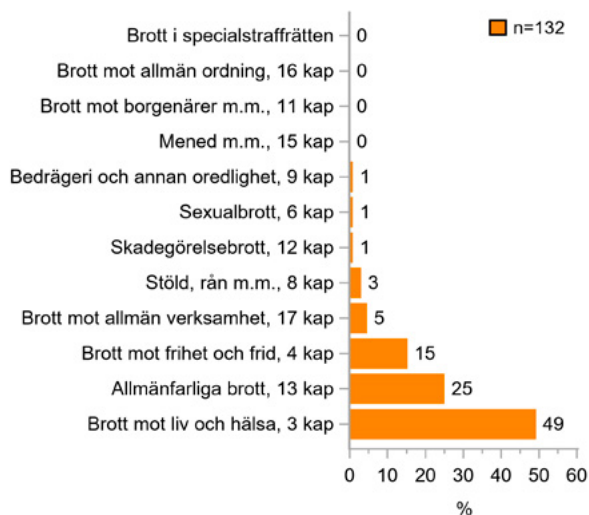
Figur 61. Indexbrott, kvinnor.



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.

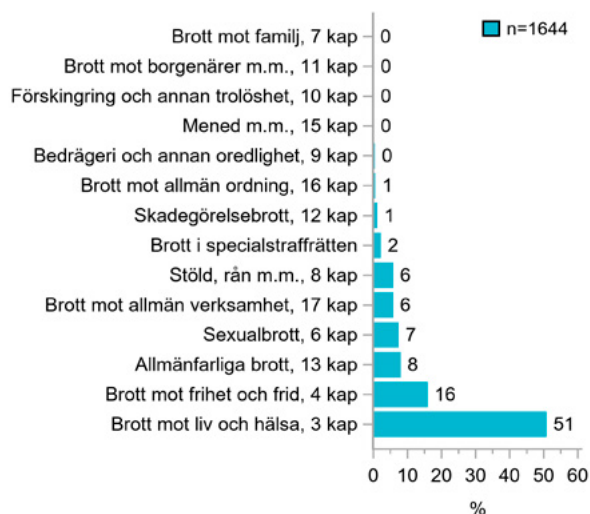
Det vanligaste för både kvinnor och män är att ha något av brotten från kap 3, Brott mot liv och hälsa, som indexbrott. I detta kapitel ingår bl.a. mord, dråp och misshandel. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot liv och hälsa (inklusive sexualbrott och rån), och hälften av alla patienter har något av brotten i kap 3 som indexbrott.

Figur 63. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, kvinnor.



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

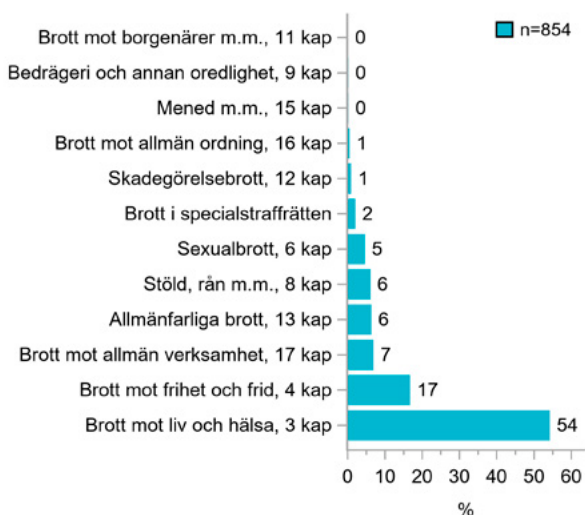
Figur 62. Indexbrott, män.



Det vanligaste av brotten, både inom kap 3 och totalt, är misshandel inklusive våld mot tjänsteman. Av alla som dömts för något brott mot liv och hälsa har 75 procent dömts för misshandel. Betydligt färre är dömda för mord, dråp eller försök därtill. Bland kvinnor är mordbrand det näst vanligaste brottet, medan 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 och en tydlig förändring gäller tendensen att mord och dråp (inklusive försök därtill) minskar som indexbrott.

Figur 64. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, män.

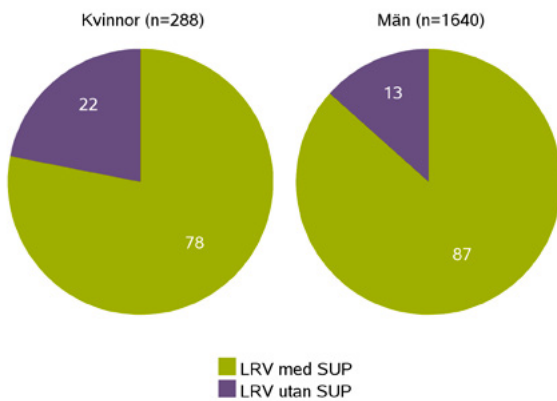


\* ICD-10-kod F20, F21 och F25.

## Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

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

Figur 65. Andel patienter med respektive utan SUP.



Drygt 78 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP.

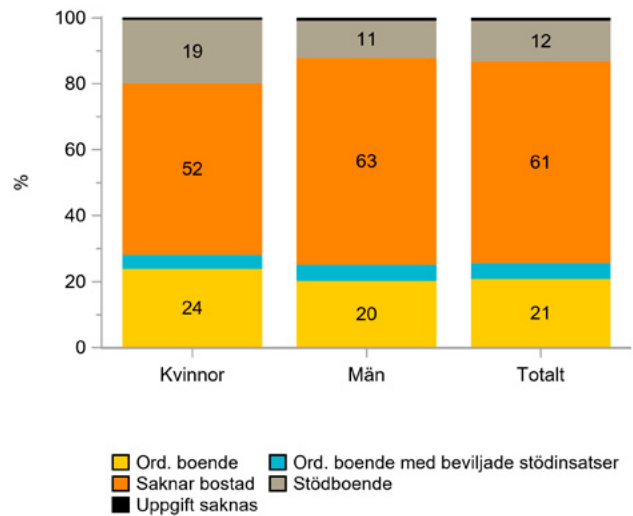
## Barn

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.

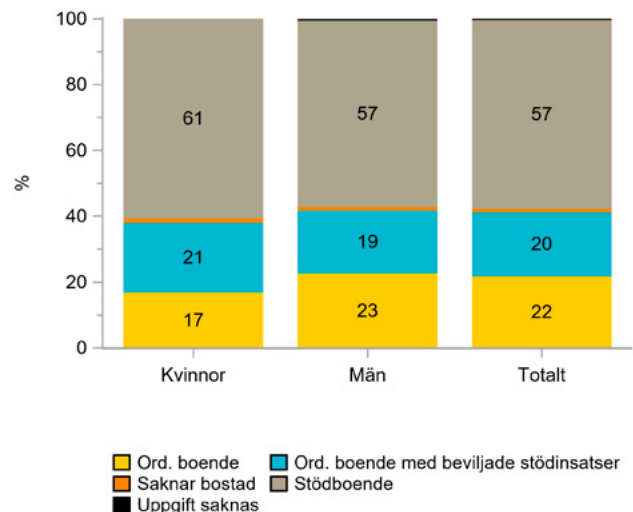
Barn under 18 år förekommer hos 14 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Det är något vanligare att kvinnorna i patientgruppen än männen har barn och 18 procent av kvinnorna jämfört med knappt 14 procent av männen har barn under 18 år.

## Boendeform

Figur 66. Boendeform under pågående slutenvård.



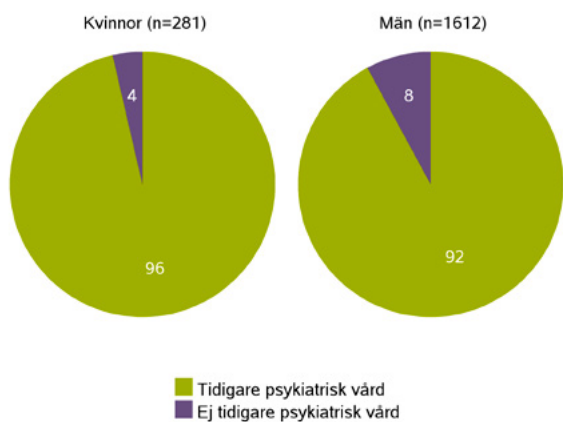
Figur 67. Boendeform under pågående öppenvård.



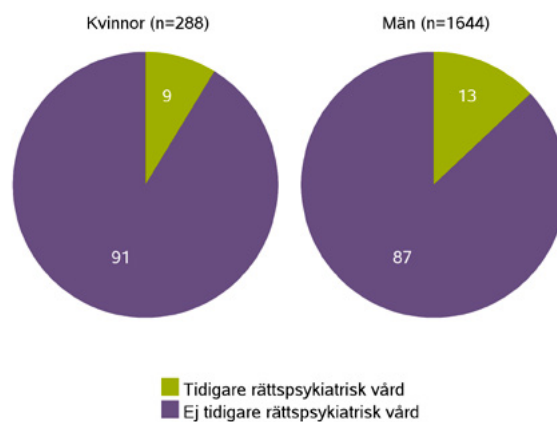
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna. Ordinärt boende definieras som att patienten själv står på kontraktet. Med stödboende avses korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

## Tidigare psykiatrisk vård

**Figur 68.** Andel patienter som fått psykiatrisk vård någon gång innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



**Figur 69.** Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.

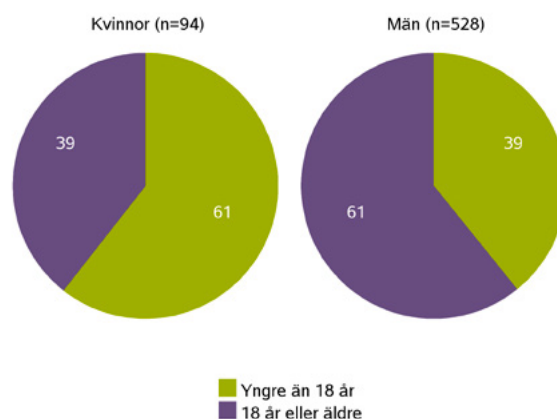


De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor, och en mycket stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. En liten del av patienterna har tidigare vårdats enligt LRV och det är vanligare att män än kvinnor tidigare har vårdats enligt LRV (13 procent jämfört med nio procent av kvinnorna).

Genom åren har en ökning setts av personer som varit i kontakt med psykiatrisk vård någon gång innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller 96 procent av kvinnorna och 92 procent av männen.

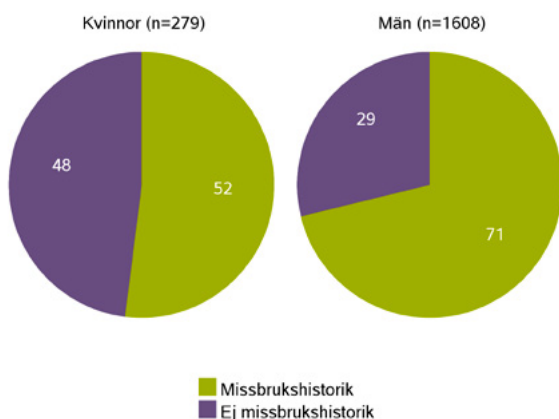
Av de som innan den rättspsykiatriska vården haft kontakt med psykiatrin hade 61 procent av kvinnorna och 39 procent av männen haft kontakt med psykiatrin innan 18 års ålder.

**Figur 70.** Ålder vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



## Tidigare missbruk

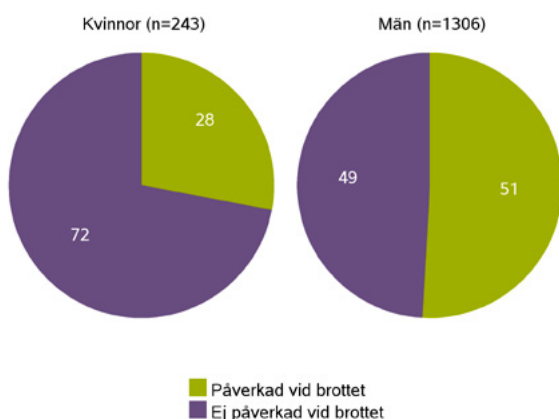
Figur 71. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



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 71 procent.

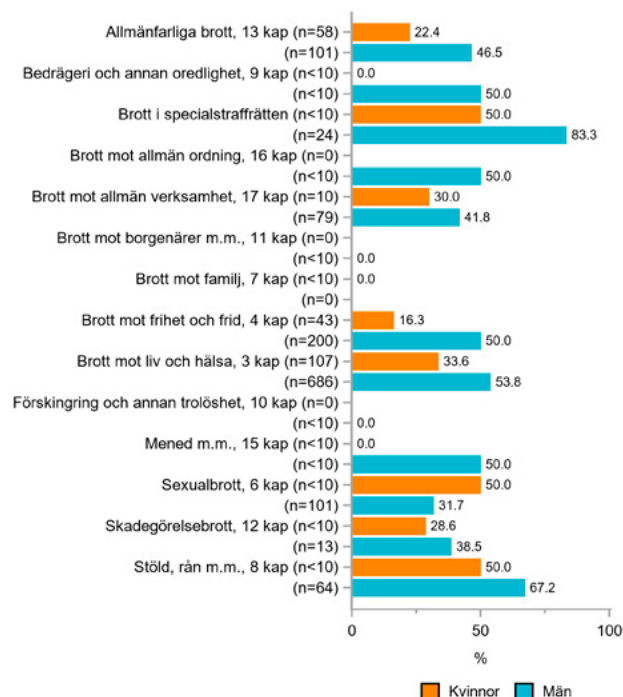
## Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

Figur 72. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet.



Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 28 procent av kvinnorna och 51 procent av männen var påverkade av någon drog/alkohol vid tillfället för indexbrottet.

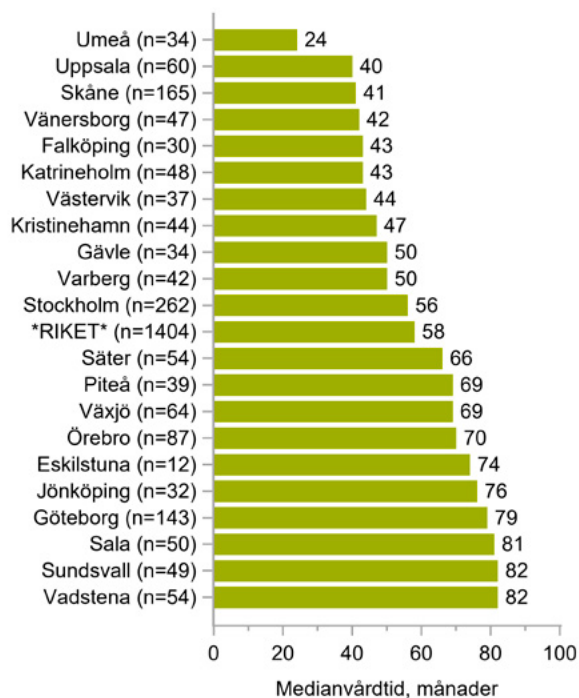
Figur 73. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter brottsgrupp.



Vid brott mot liv och hälsa inkluderande misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var 34 procent av kvinnorna och 54 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 (83 procent).

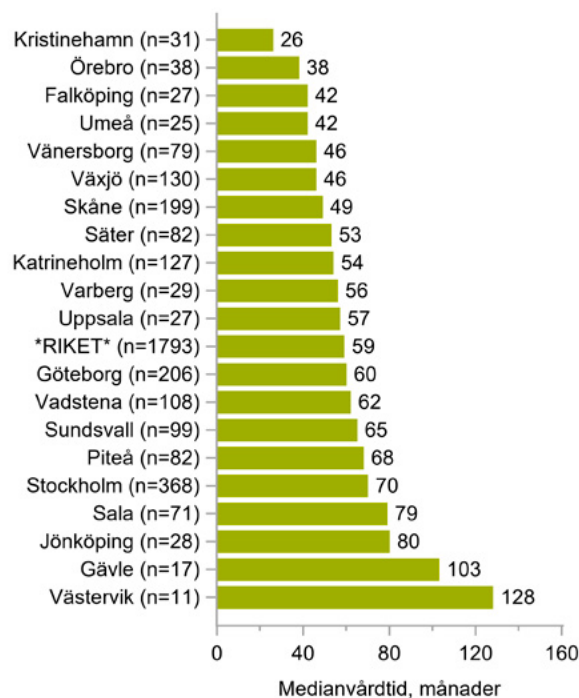
## Vårdtid

**Figur 74.** Medianvårdtid för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2020.



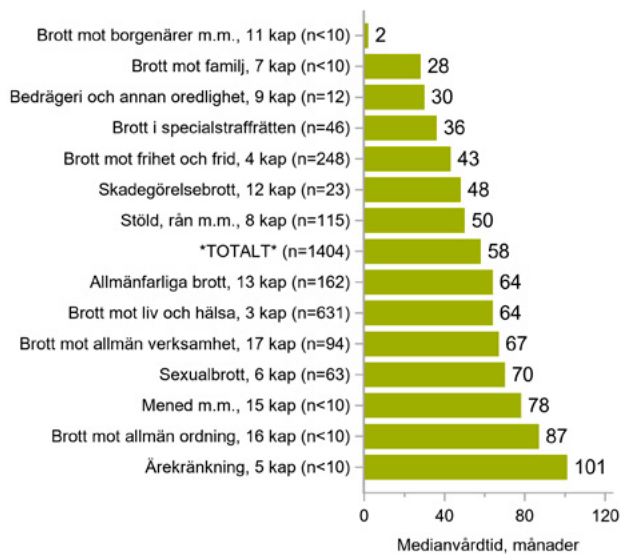
Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 24 månader (två år) och 82 månader (sex år och tio månader). Medianvårdtiden vid avskriven vård har ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv, men från 2019 till 2020 minskade hela gruppens medianvårdtid från 60 till 58 månader. De varierande medianvårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer

**Figur 75.** Medianvårdtid för patienter i pågående vård.



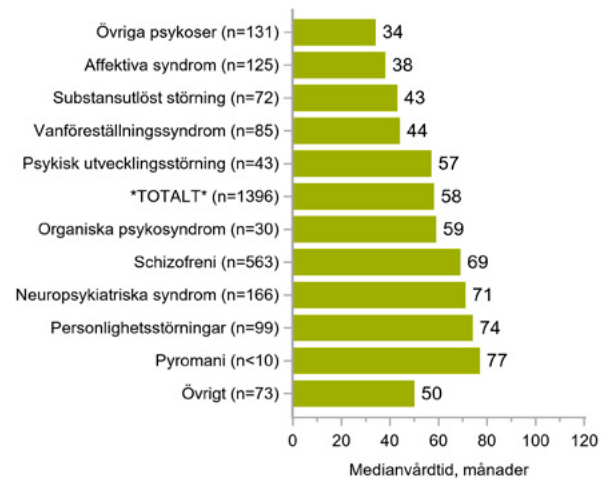
sig åt och att de därför delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkat resultaten i någon riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut, vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

**Figur 76.** Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2020.



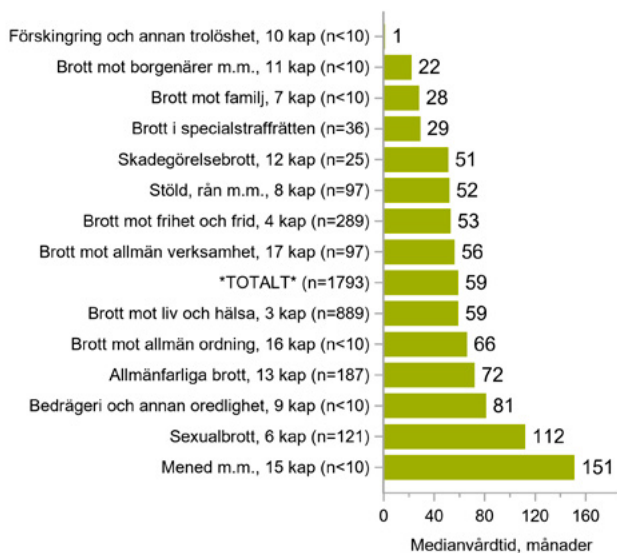
Medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avskriven vård varierar kraftigt. Den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, har en medianvårdtid på 64 månader (fem år och tre månader).

**Figur 77.** Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2020.



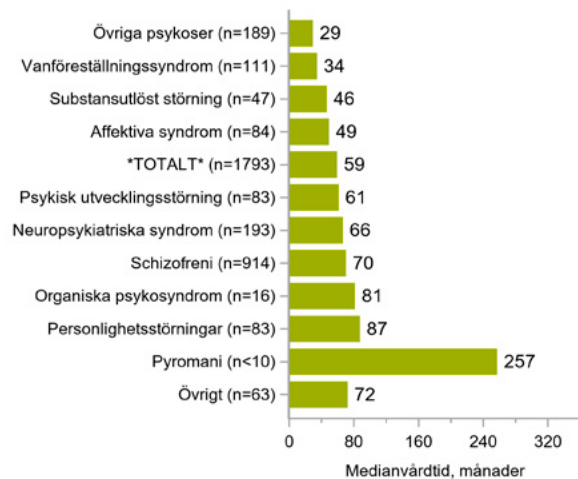
Längst medianvårdtid har de patienter som dömts för ärekränkning (101 månader), men då denna grupp är mycket liten bör detta tolkas med försiktighet.

**Figur 78.** Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående vård.



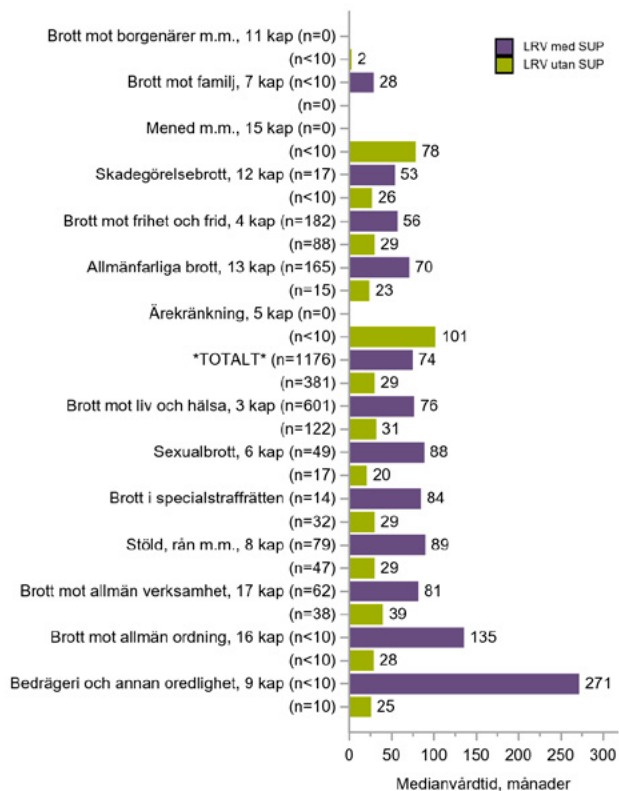
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter som tillhör brottsgruppen har en medianvårdtid på 59 månader i pågående vård. De patienter som har begått sexualbrott och har pågående vård har mycket långa vårdtider, där medianen under 2020 var 112 månader (nio år och fyra månader).

**Figur 79.** Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter i pågående vård.



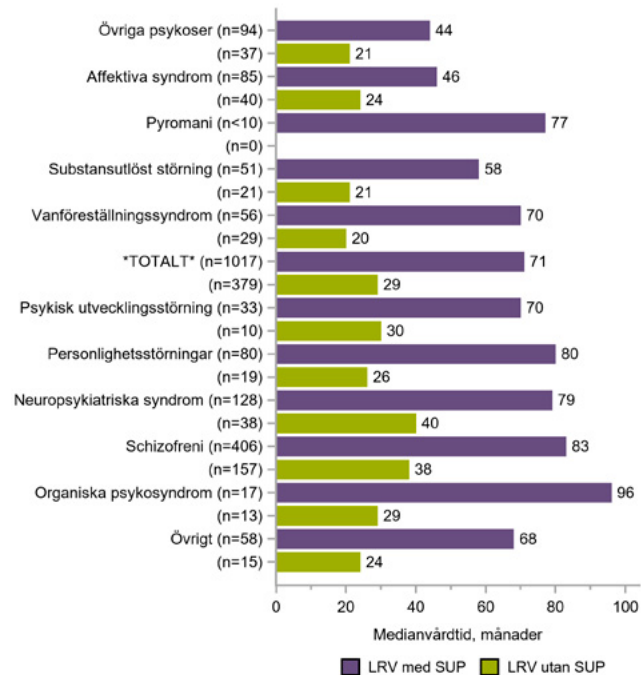
Medianvårdtiden för alla patienter tillhörande samtliga diagnosgrupper i pågående vård var 59 månader 2020, vilket är en minskning med fyra månader jämfört med 2019. För diagnosgruppen pyromani är medianvårdtiden extremt lång, 257 månader (21 år och fem månader), men detta baseras på ytterst få patienter.

**Figur 80. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2020.**



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.

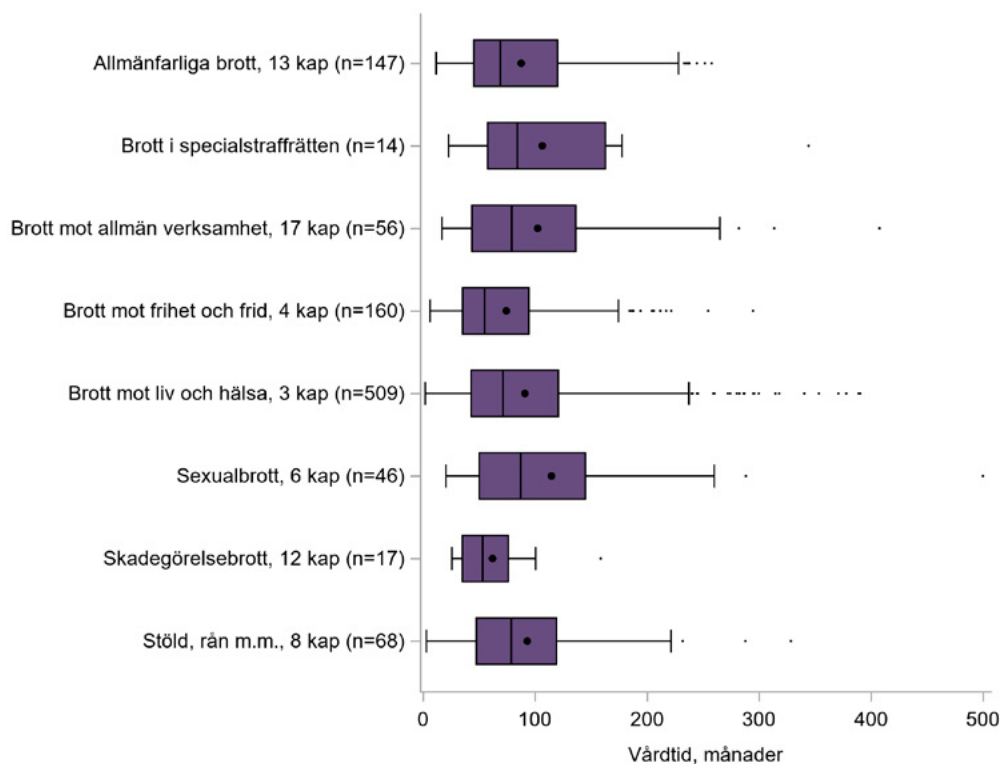
**Figur 81. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2020.**



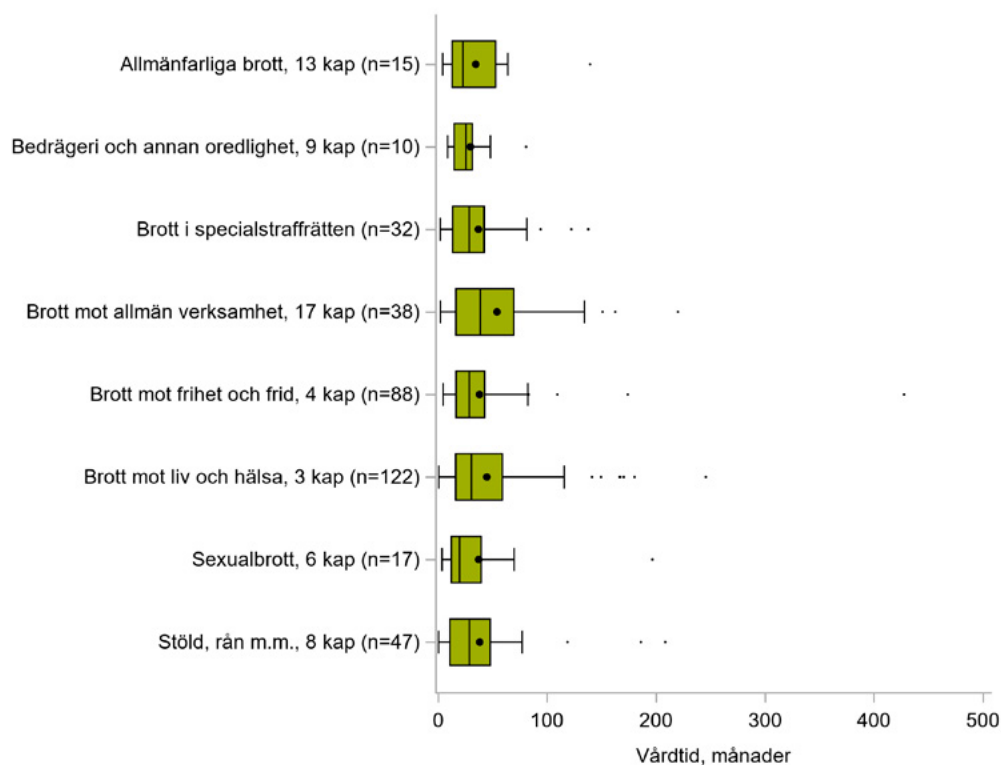
Även medianvårdtiden vid olika diagnosgrupper skiljer sig markant åt för patienter med och utan SUP. Schizofreni och organiska psykosyndrom kan noteras ha långa vårdtider på 83 månader respektive 96 månader om SUP föreligger jämfört med 38 respektive 29 månader om SUP inte föreligger. Jämförelsevis långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom och personlighetsstörningar.



**Figur 82.** Spridning av vårdtid för patienter **med SUP** där vården avskrivits under åren 2009–2020, per **brottsgrupp**.

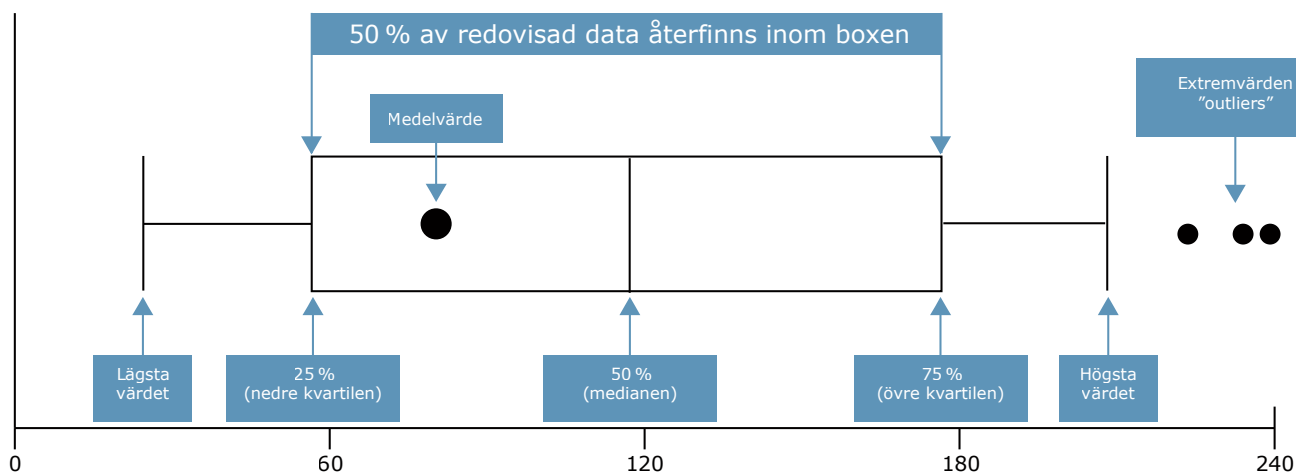


**Figur 83.** Spridning av vårdtid för patienter **utan SUP** där vården avskrivits under åren 2009–2020, per **brottsgrupp**.



I de två figurerna ovan illustreras spridningen i vårdtid bland patienter med och utan SUP uppdelade efter indexbrottets brottsstyp i en Box Plot. Se sidan 50 för läsanvisning.

## 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" visas som prickar. Samtlig registrerad data redovisas.

# Verksamheterna i registret

Tabell 6. Verksamheterna i registret.

Landskap	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna avseende 2020				Uppgifter från registret, 2020				
		Antal slutenvårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Upptagsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medelålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	70	R	2,3	Uppsala-Örebroregionen	Säter	86	41.0	8.1	62.4
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle sjukhus	25	42.5	4.0	28.0
Halland	Varberg	12	L	2	Halland	Varbergs sjukhus	34	45.2	29.4	38.2
Jönköping	Jönköping	12	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	37	45.9	18.9	37.8
Kalmar	Västervik	12	L	2,3	Kalmar län	Västervik	16	48.3	25.0	12.5
Kronoberg	Växjö	121	R	1,2,3	Södra regionen	Växjö	137	37.0	10.2	86.8
Norrbottnen	Piteå	44	L	2,3	Norrbottnen / avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	83	42.4	22.9	50.6
Skåne	Skåne	91	L	2,3	Region Skåne	Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	220	41.0	15.0	47.5
Stockholm	Stockholm	216	L	1,2,3	Stockholms län	Helix, Huddinge, Karolinska, Löwenströmska	393	43.4	19.8	40.7
Sörmland	Katrineholm	143	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	131	38.5	16.0	81.7
	Mälarsjukhuset	0		-	Sörmland		< 10			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	35	42.0	2.9	25.7
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	Värmland	Kristinehamn	38	37.5	7.9	76.3
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	29	40.9	17.2	34.5
	Skellefteå	3	L	3	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 10			
Västernorrland	Sundsvall	101	R	1,2	Region Västernorrland / avtal Jämtland, Gävleborg	Sundsvall	101	38.8	13.9	79.2
Västmanland	Sala	55	L	1,2	Västmanland	Sala	74	43.8	8.1	58.1
	Borås	0	L	-	Södra Älvsborg		< 10			
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	27	41.7	7.4	63.0
	Göteborg	96	L	1,2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	218	41.4	11.9	44.9
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	80	40.5	13.8	75.0
Örebro	Örebro	25	L	2,3	Örebro län	Örebro	45	45.3	15.6	55.6
Östergötland	Vadstena	86	R	1,2,3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	114	39.0	15.8	59.6
TOTALT		1 233					1 932	41.3	14.9	54.9

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

\*\* Regionsjukvård (R) eller Länsjukvård (L)

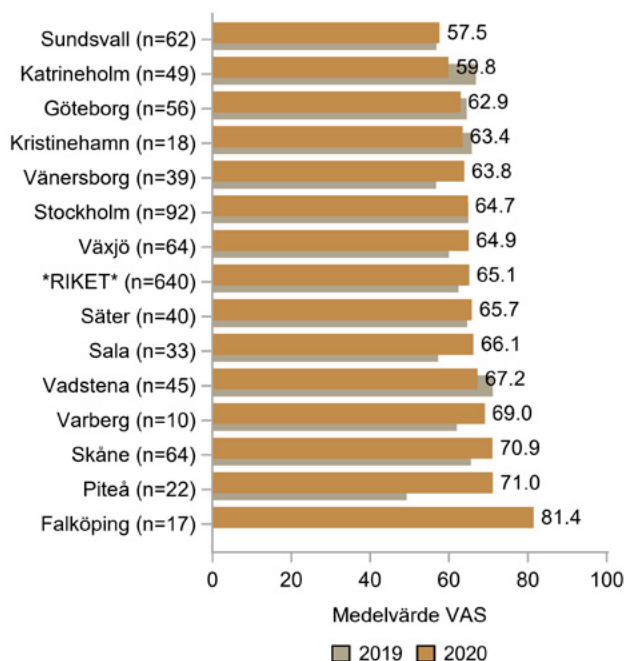
\*\*\* Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§)

# Redovisning på verksamhetsnivå

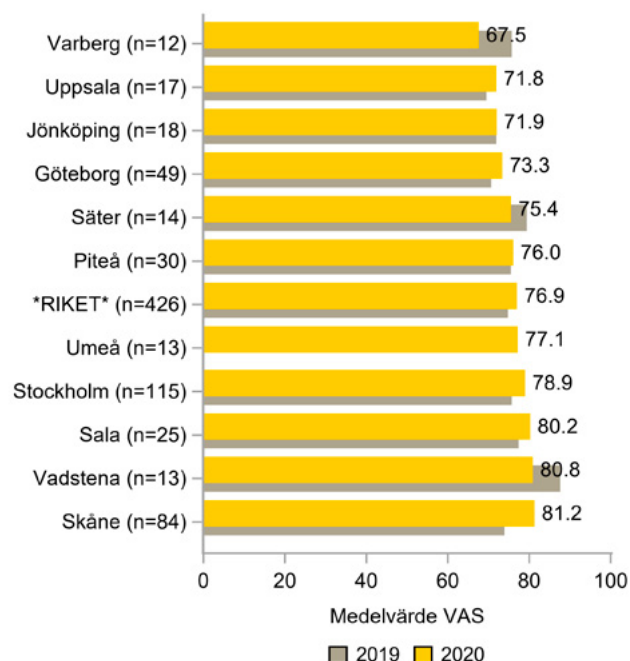
Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågs av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som kan förbättras. För att underlätta att se förbättringsområden är figurerna uppdelade i sluten- respektive öppenvård. Resultat redovisas endast 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 2020. Nytt för i år är att figurer för nätverk, hälsofrämjande insatser, missbruksbehandling och somatiska sjukdomstillstånd redovisas. Verksamheterna uppmanas att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

## Självskattad livskvalitet

**Figur 84.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, slutenvård.

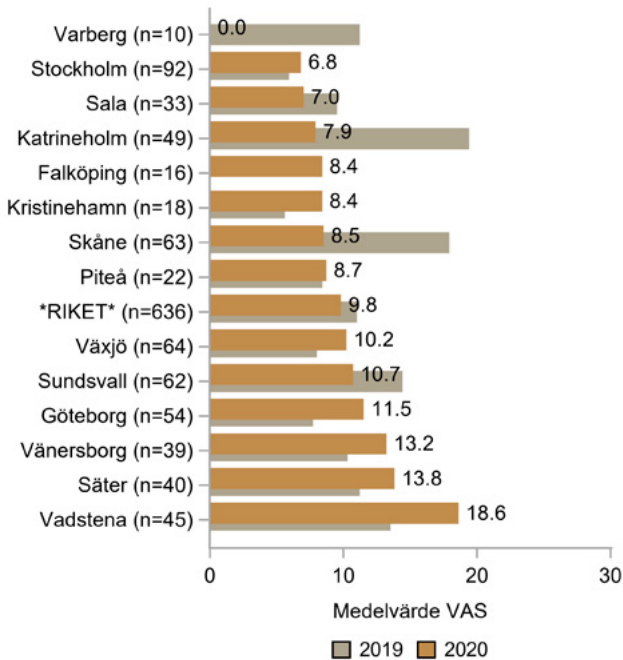


**Figur 85.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, öppenvård.

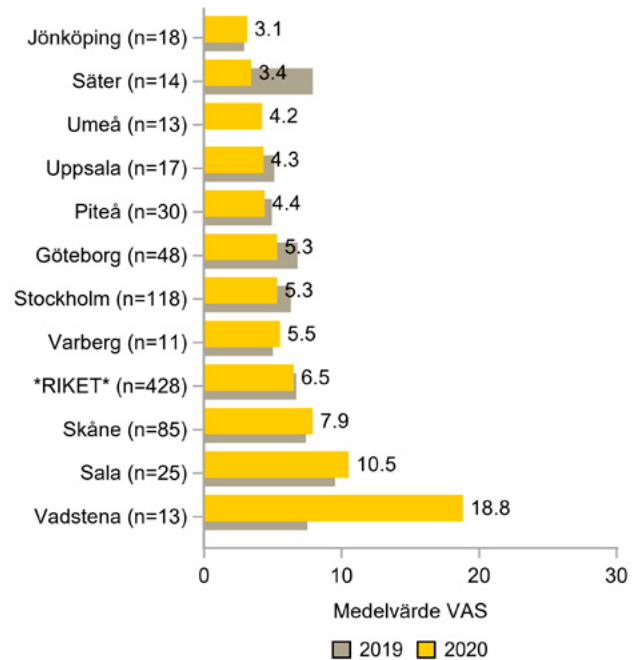


## Självskattad risk för återfall i brott

**Figur 86.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **slutenvård**.

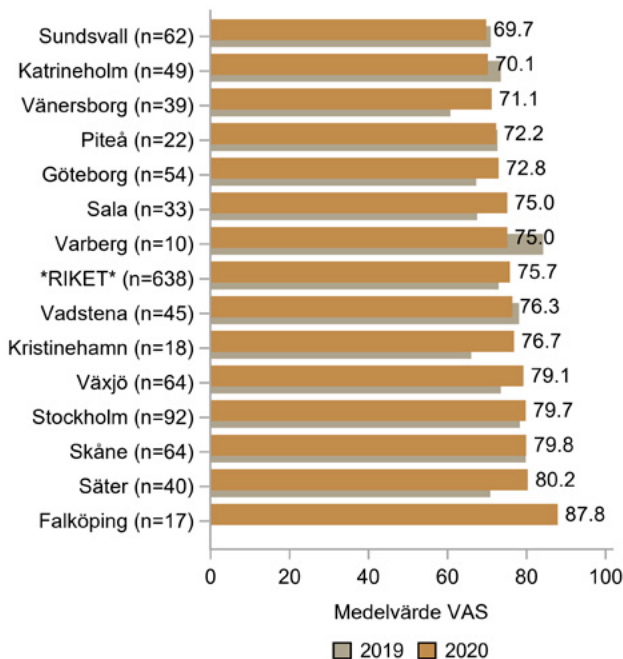


**Figur 87.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **öppenvård**.

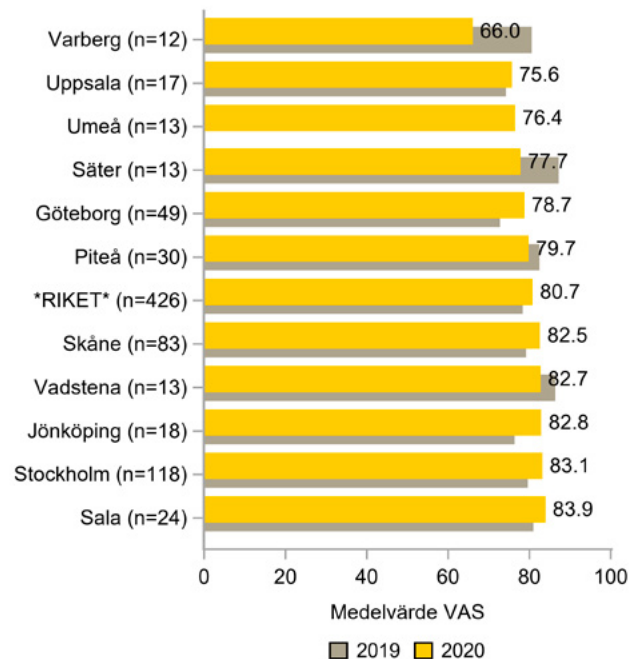


## Självskattad psykisk hälsa

**Figur 88.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **slutenvård**.

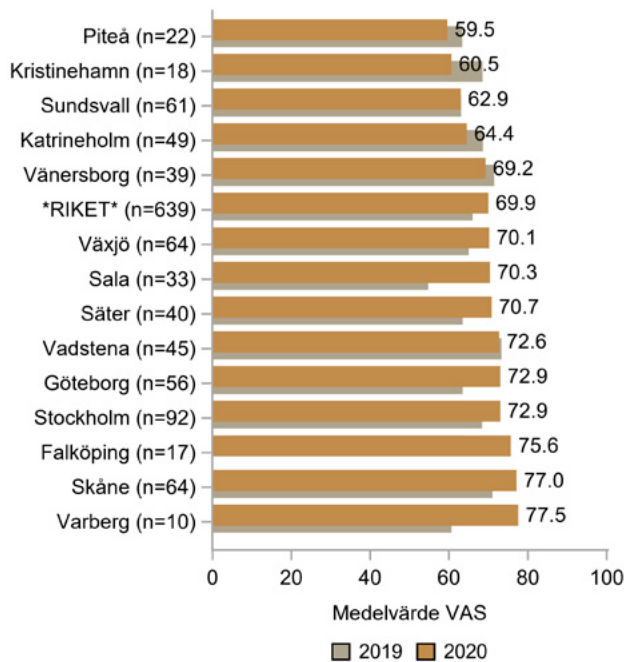


**Figur 89.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **öppenvård**.

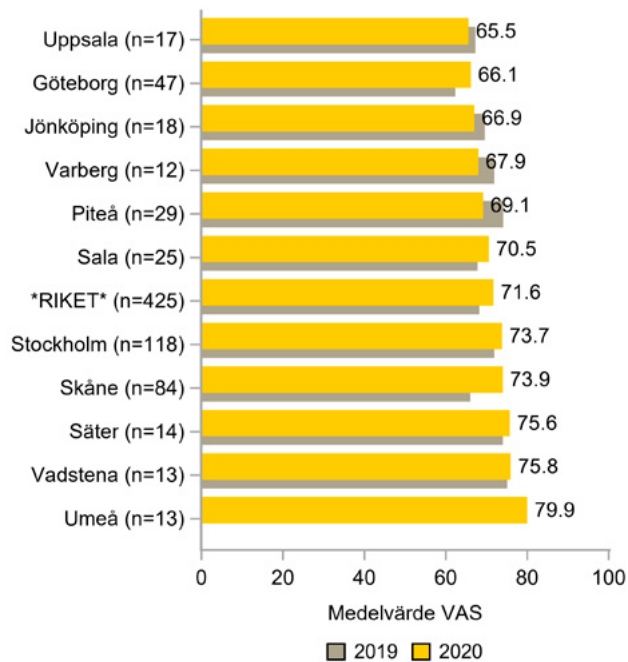


## Självskattad fysisk hälsa

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



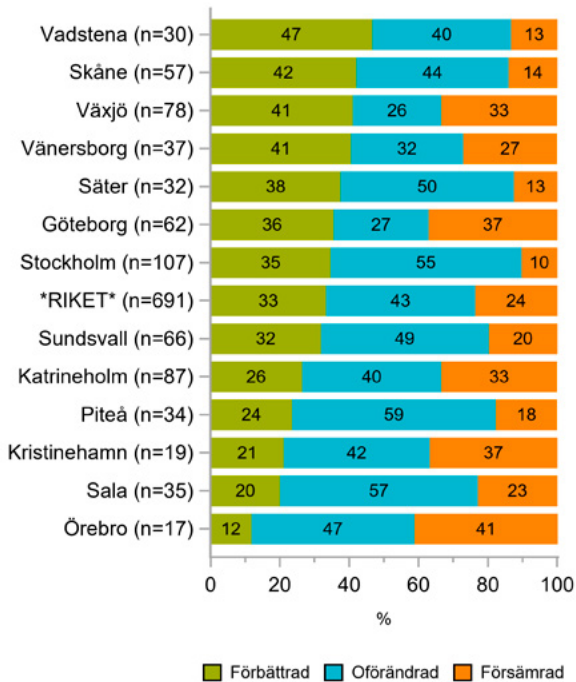
**Figur 91.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, öppenvård.



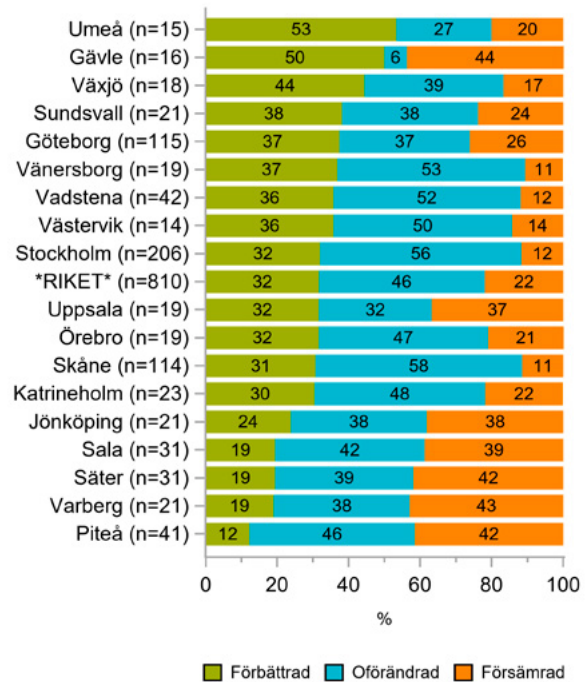
## Klinisk skattning av symtombilden

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

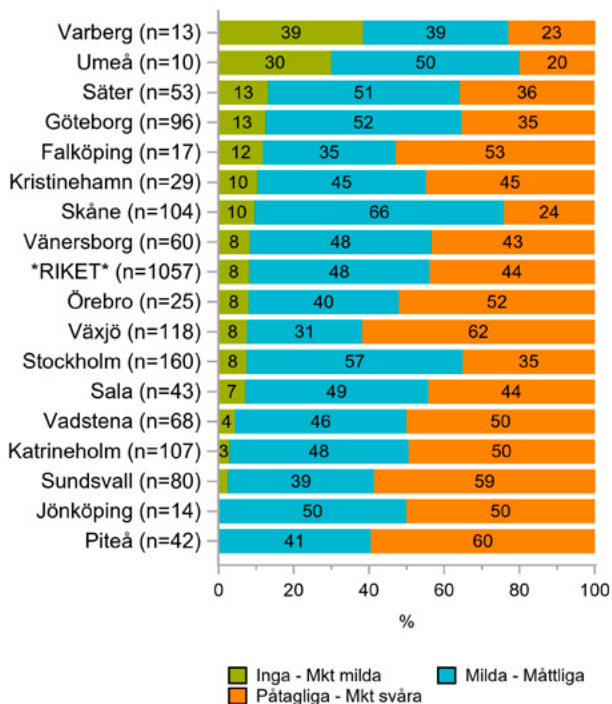
**Figur 92.** Förändring av symtombild mellan åren 2019 och 2020, slutenvård.



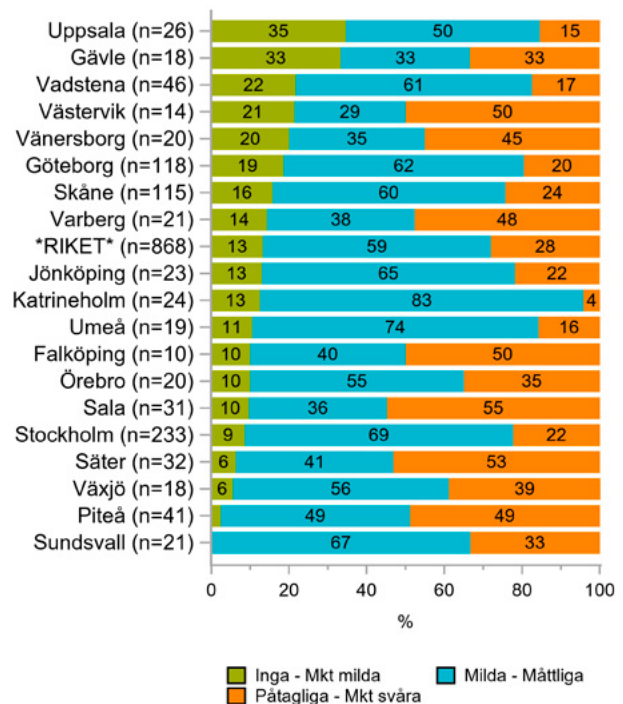
**Figur 93.** Förändring av symtombild mellan åren 2019 och 2020, öppenvård.



**Figur 94.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, slutenvård.



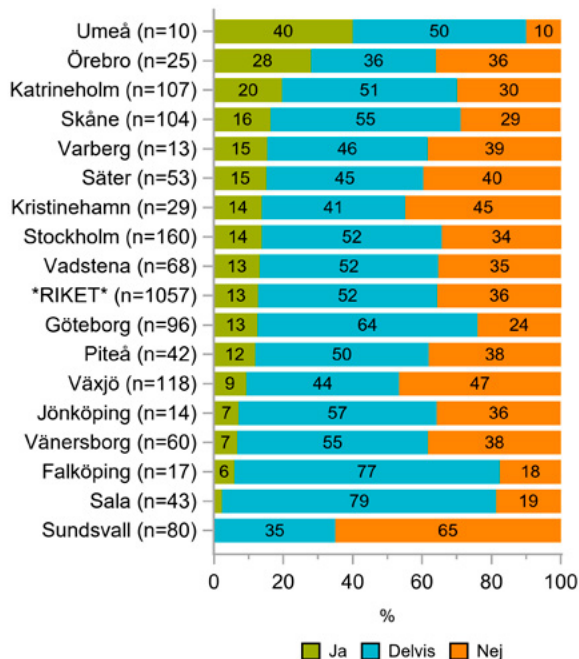
**Figur 95.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



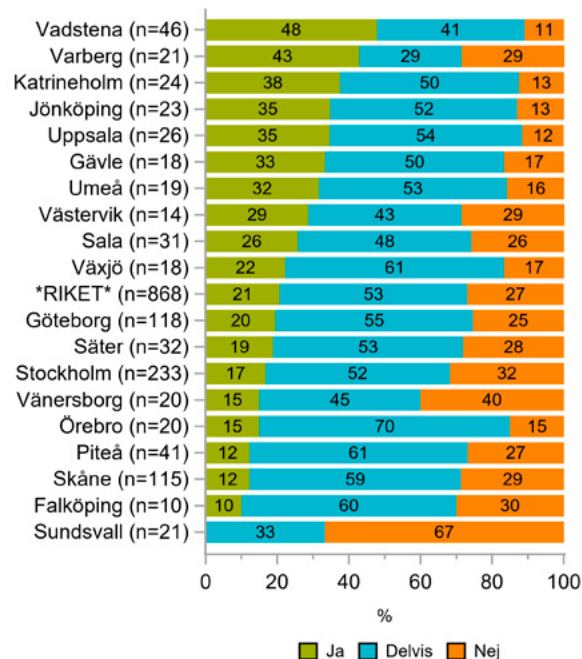
## Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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.

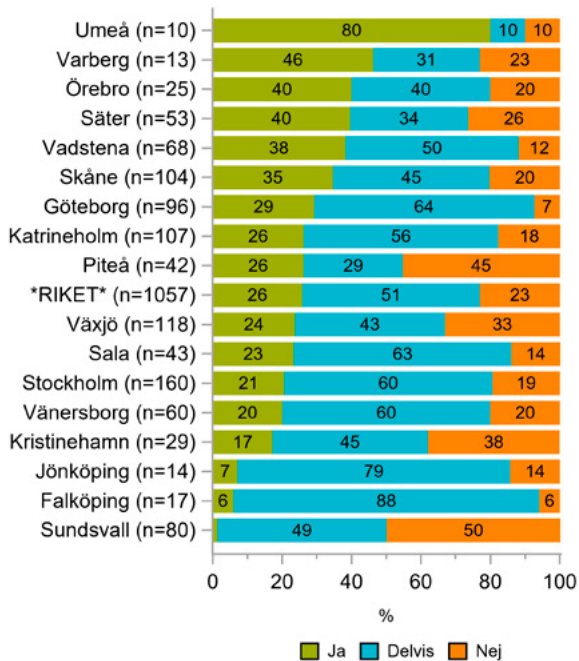
**Figur 96.** Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



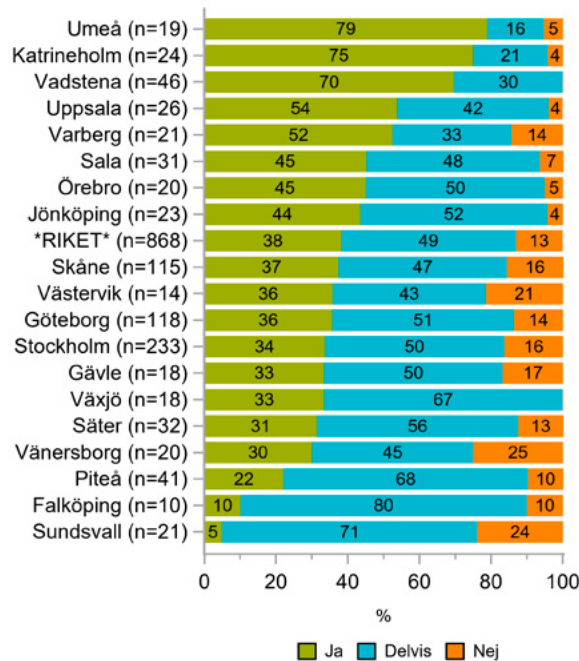
**Figur 97.** Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



**Figur 98.** Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.



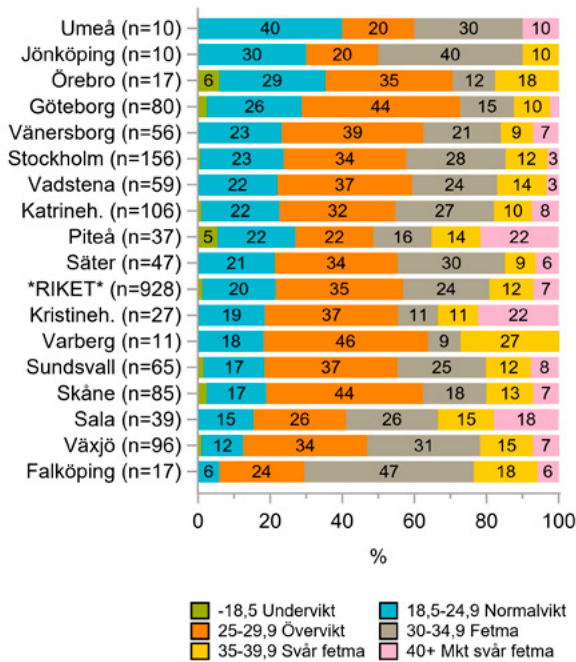
**Figur 99.** Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.



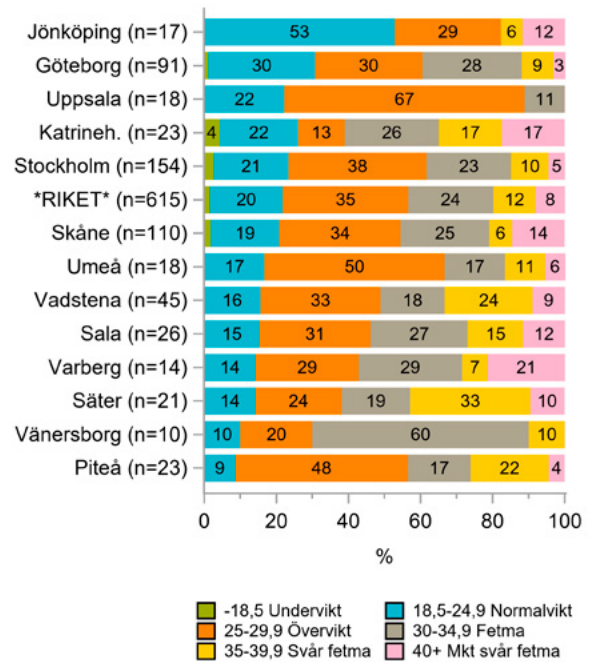


## Body Mass Index (BMI)

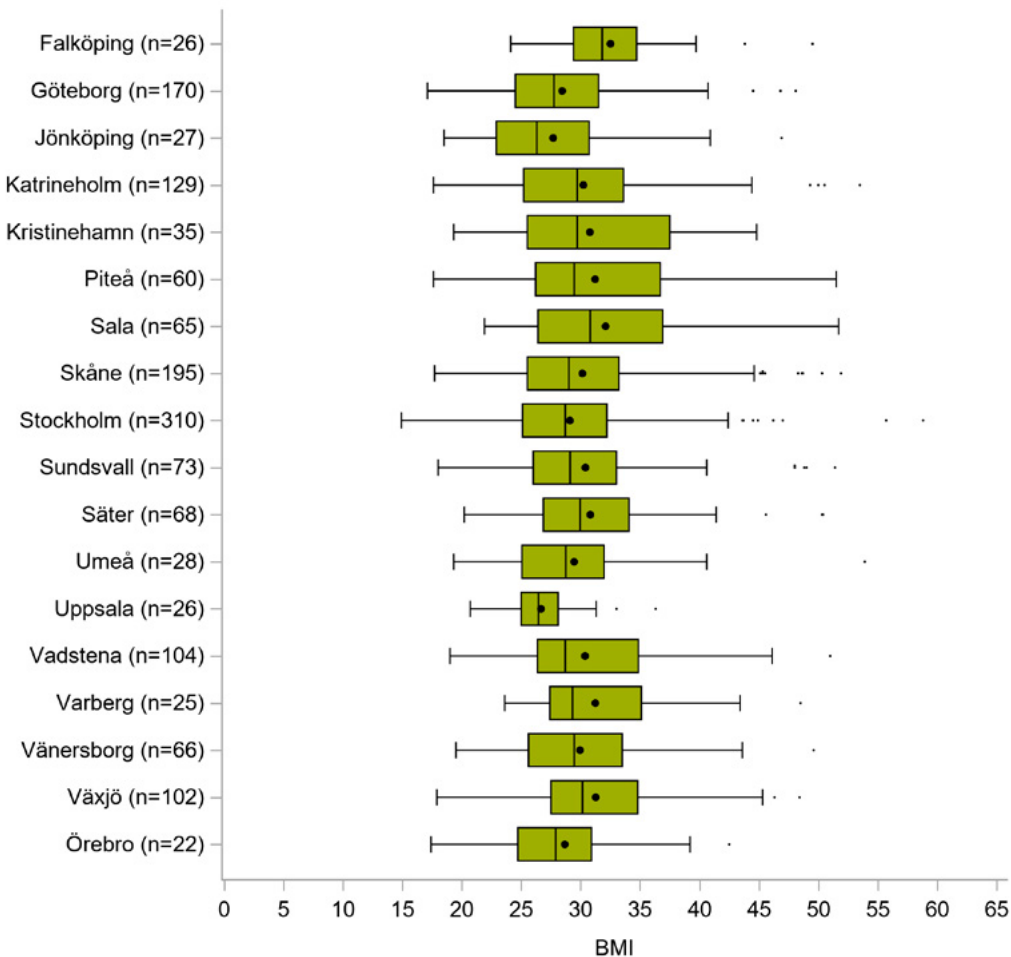
Figur 100. Andel patienter i respektive BMI-kategori, slutenvård.



Figur 101. Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.

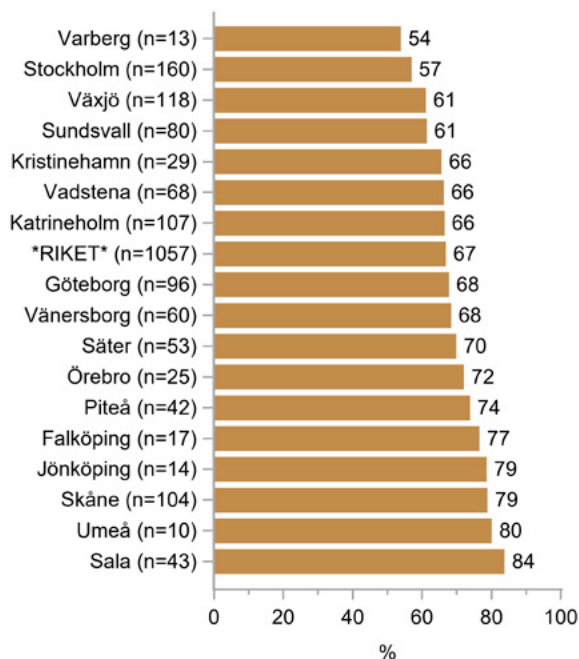


Figur 102. Spridning, BMI i patientgruppen, slut- och öppenvård.

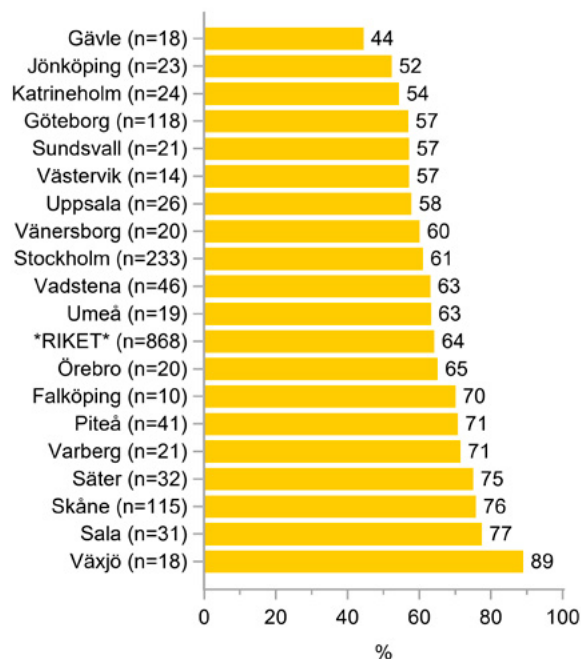


## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

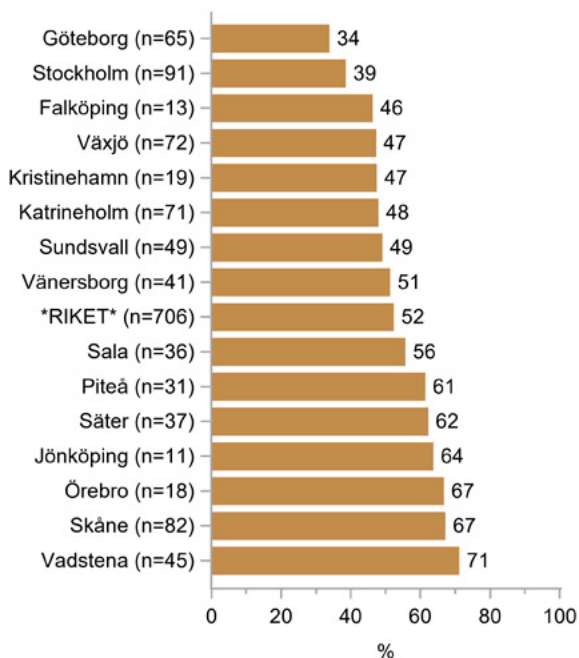
**Figur 103.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård.**



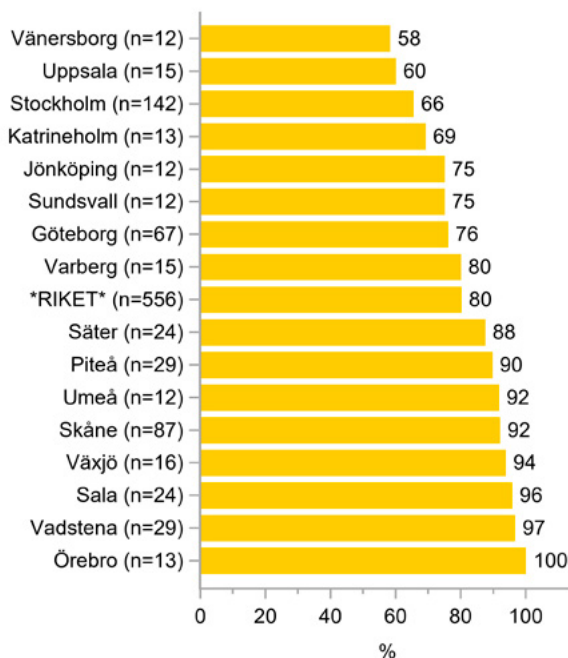
**Figur 104.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård.**



**Figur 105.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**

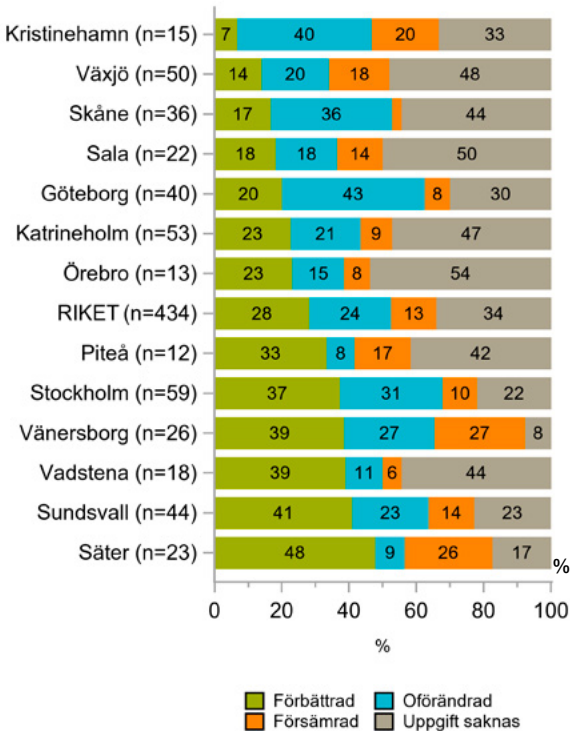


**Figur 106.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**

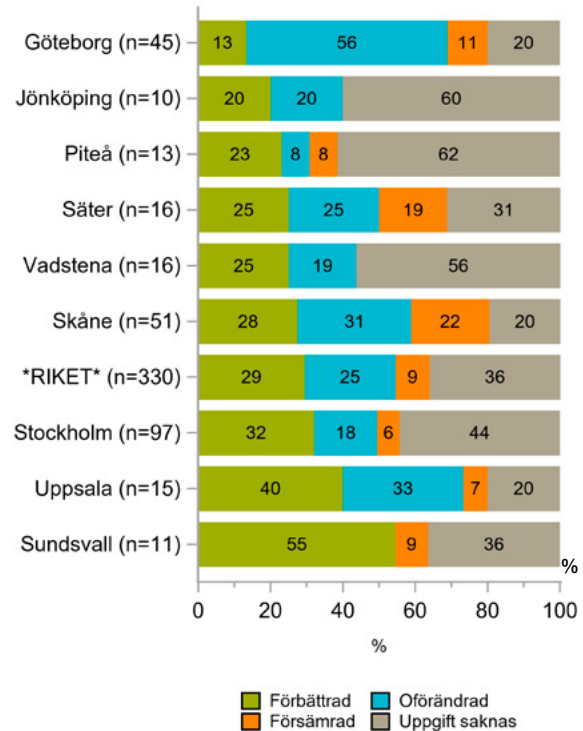


## Skuldsituation

Figur 107. Förändring av skuldsituation, slutenvård.



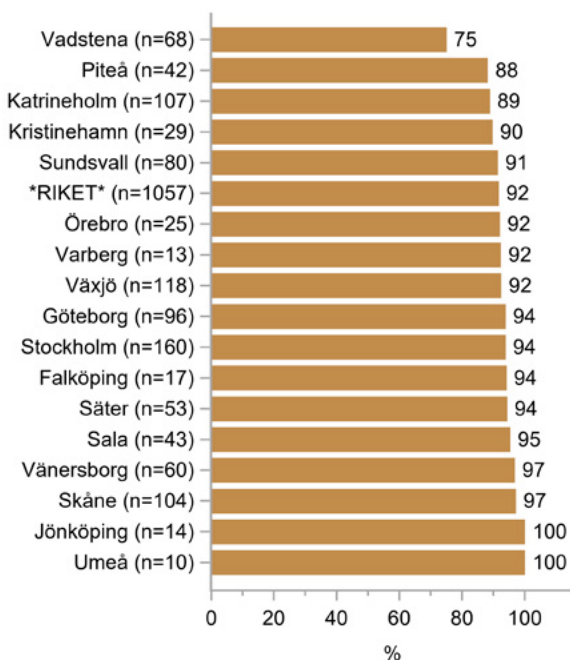
Figur 108. Förändring av skuldsituation, öppenvård.



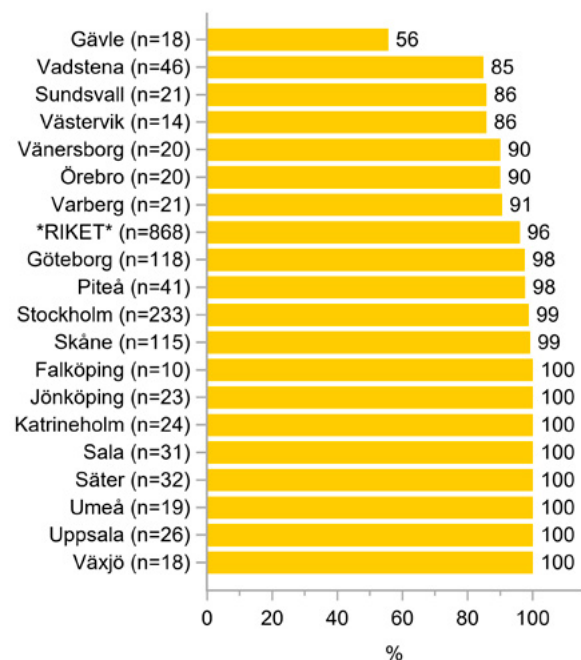
## Nätverk

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

Figur 109. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer, slutenvård.



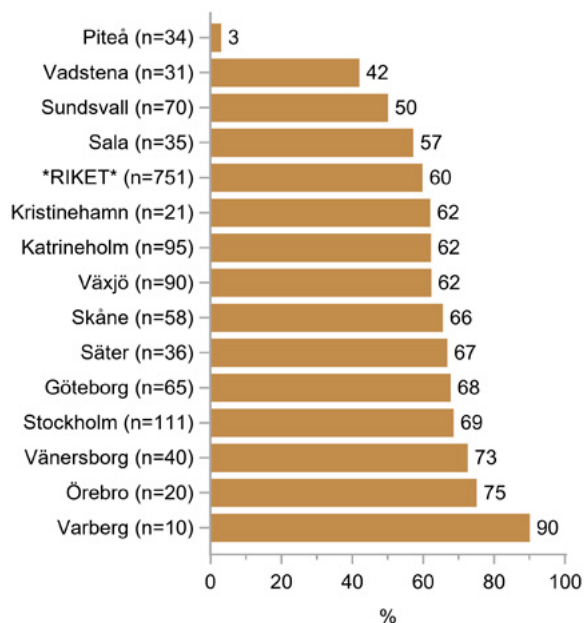
Figur 110. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer, öppenvård.



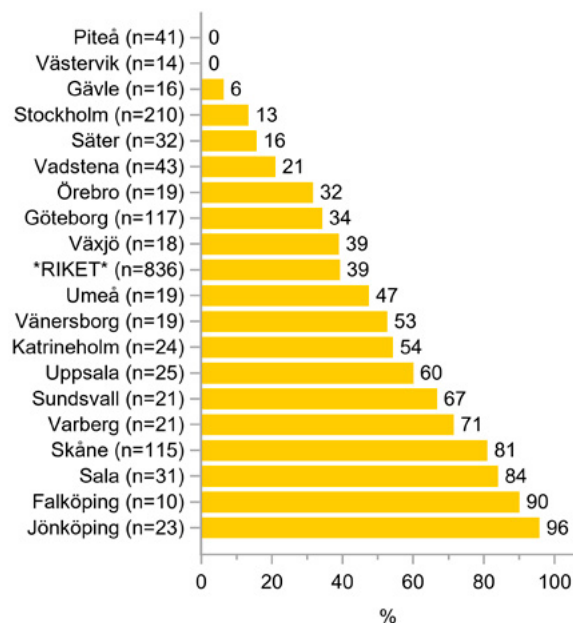
## Hälsofrämjande insatser

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

**Figur 111.** Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, **slutenvård.**



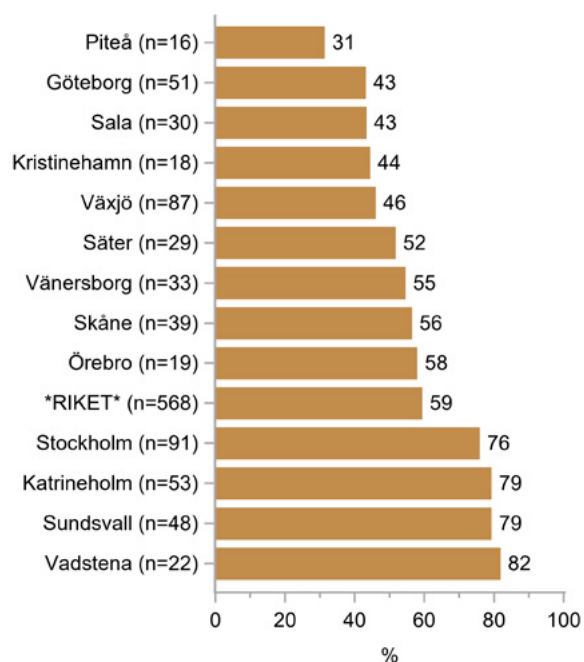
**Figur 112.** Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, **öppenvård.**



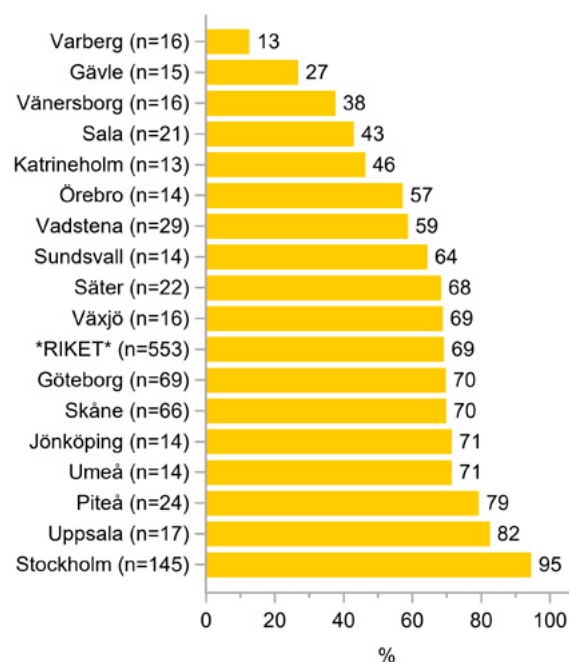
## Missbruksbehandling

Missbruksbehandling som avses är farmakologisk behandling, psykoterapi, psykoedukativa metoder, återfallsprevention, MI, CRA och/eller drogscreening.

**Figur 113.** Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2020, **slutenvård.**



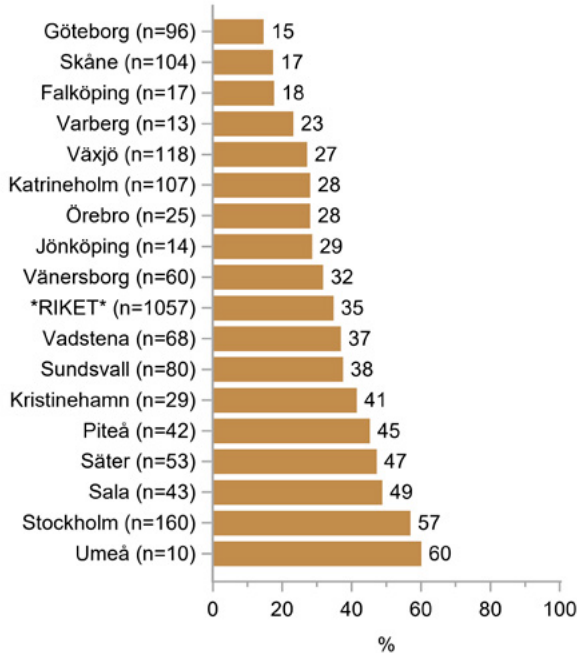
**Figur 114.** Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2020, **öppenvård.**



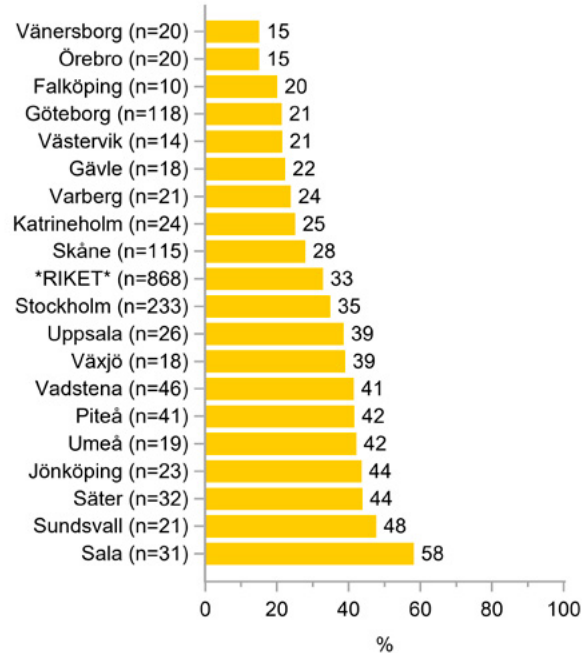
## Stödperson

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

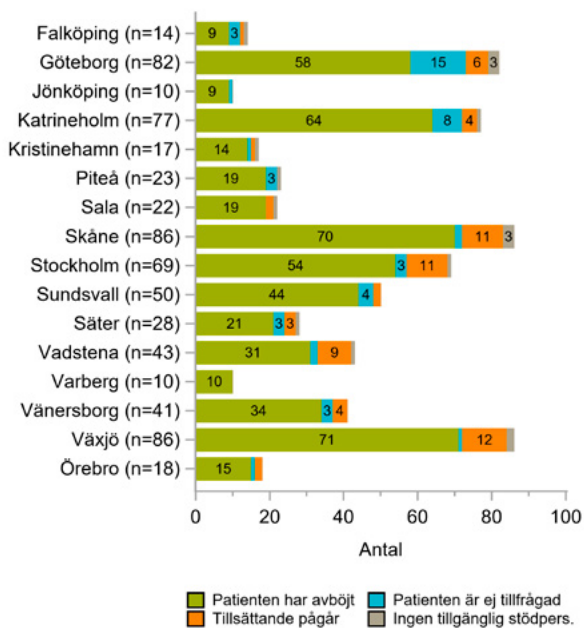
**Figur 115.** Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



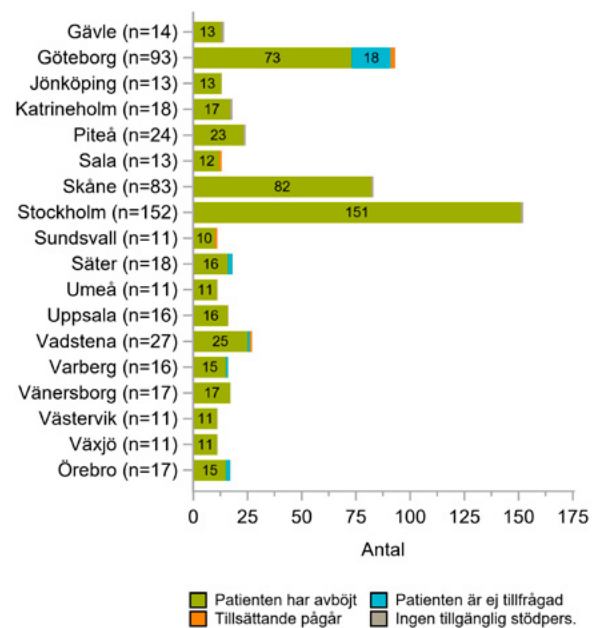
**Figur 116.** Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



**Figur 117.** Orsak till att stödperson inte utsetts, slutenvård\*.



**Figur 118.** Orsak till att stödperson inte utsetts, öppenvård\*.



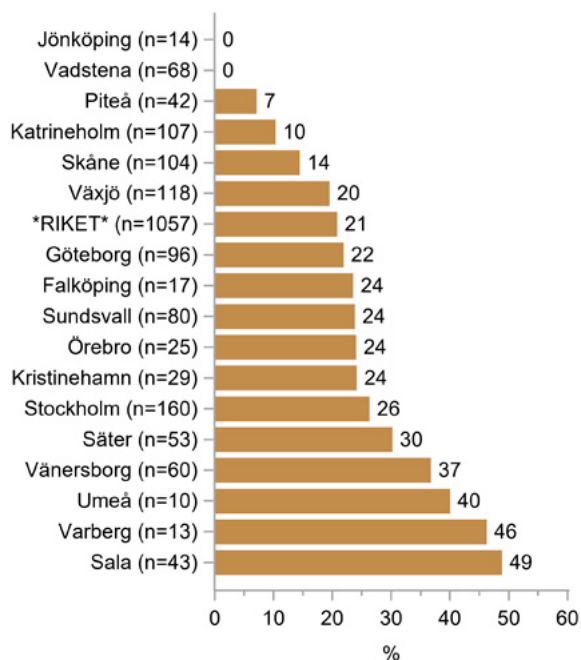
\* RIKET (n=690).

\* RIKET (n=583).

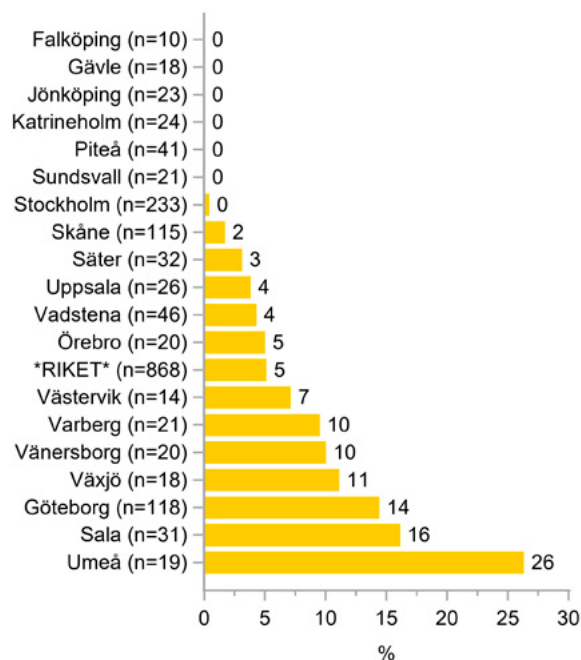
## Samverkan och samverkansbehov

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 eftersträvansvärt att ha ett lågt värde.

**Figur 119.** Andel patienter där samverkanbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **slutenvård**.



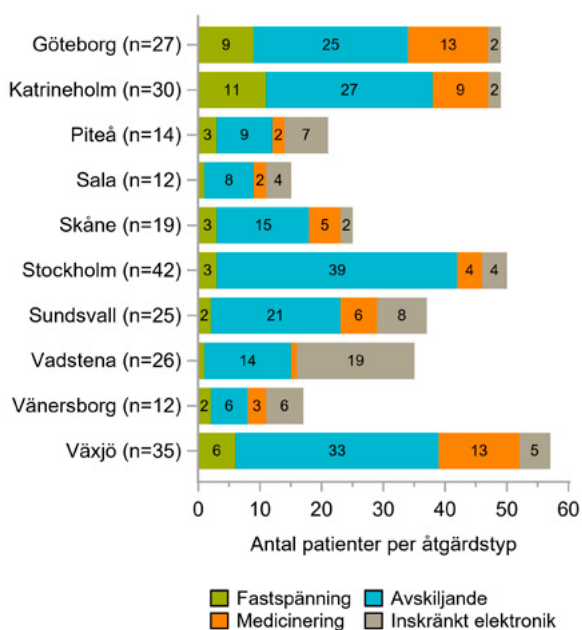
**Figur 120.** Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **öppenvård**.



## Tvångsåtgärder

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

**Figur 121.** Antal patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd fördelat på typ av tvångsåtgärd\*.

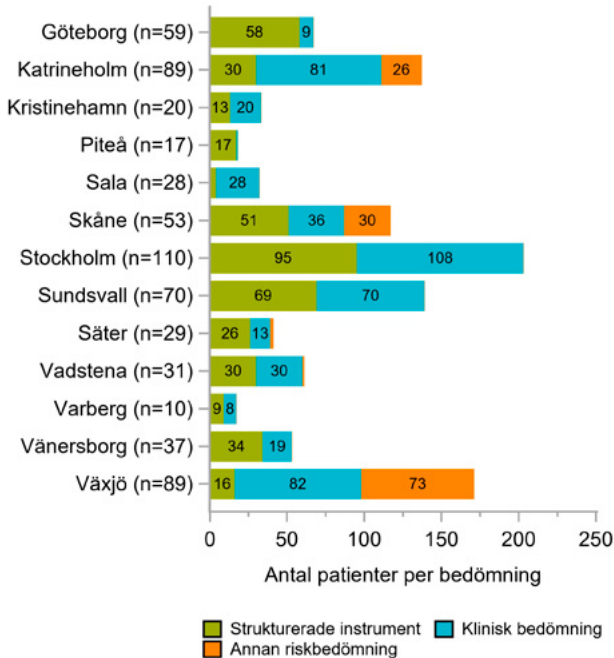


\* RIKET (n=268).

## Genomförd riskbedömning

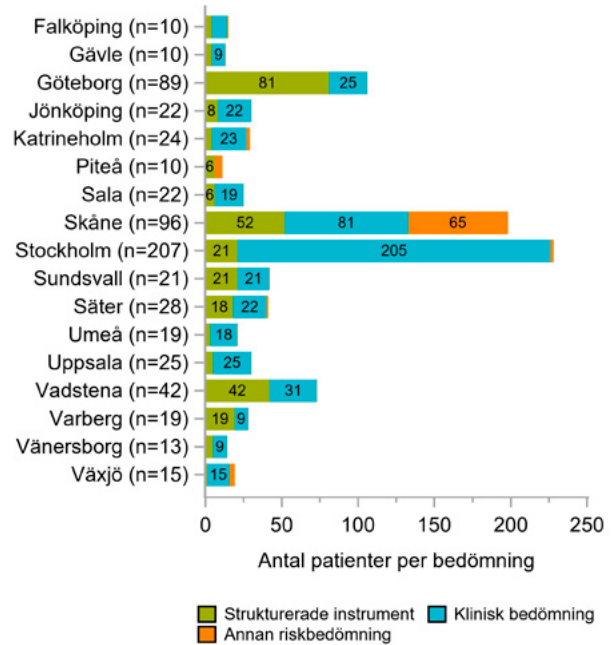
För samma patient kan man ha registrerat mer än en metod. Strukturerade instrument som avses är; HCR-20, SARA, SVR-20, START, BVC samt olika versioner av PCL.

**Figur 122.** Antal patienter med genomförd riskbedömning, slutenvård.\*



\* RIKET (n=681)

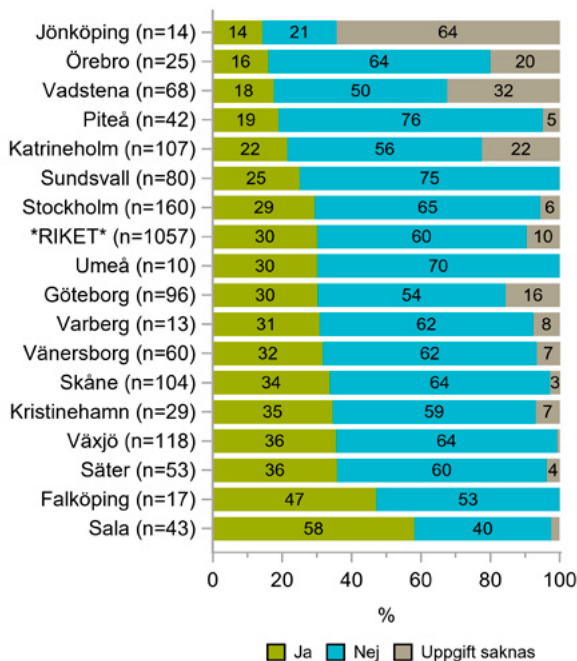
**Figur 123.** Antal patienter med genomförd riskbedömning, öppenvård.\*



\* RIKET (n=702)

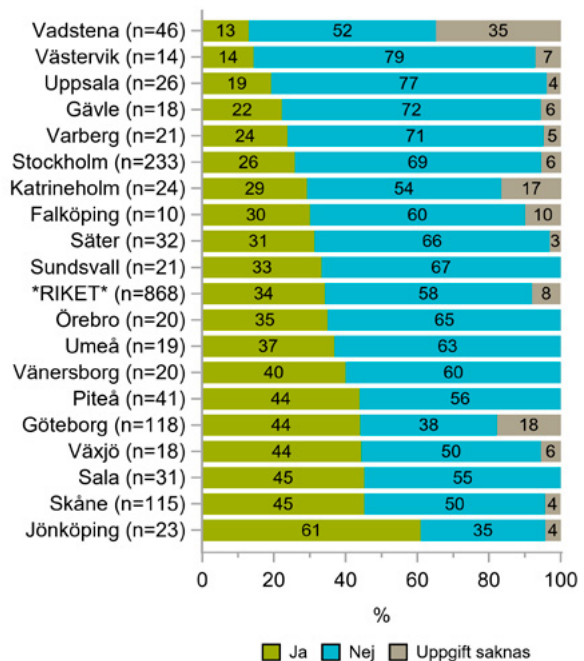
## Somatiska sjukdomstillstånd

**Figur 124.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*, slutenvård.



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

**Figur 125.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*, öppenvård.



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

# Verksamhetscheferna reflekterar

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

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

## REFLEKTION KRISTINEHAMN

### Hur använder vi årsrapporten?

Årsrapporten används ofta som underlag och referens vid föreläsningar, studiebesök samt vid introduktion av sjuksköterskestudenter och utbildningsläkare. Rapporten används också som underlag för kommande små och stora utvecklingsarbeten inom verksamheten, då vi både kan jämföra utvecklingen av parametrar inom vår egen klinik över tid samt jämföra med andra kliniker i landet. Under 2020 påbörjades ett större utvecklingsarbete i verksamheten som till stora delar fokuserar på vårdprocessen samt vårdens innehåll. Här har vi stor nytta av årsrapporten då vi i projektet arbetar med att utveckla områden som årsrapporten berör. Bland annat hoppas vi att vidtagna och planerade utvecklingsområden på sikt kommer att leda till att patienterna självsattar psykisk och fysisk hälsa högre än tidigare.

### BMI

En jämförelse mellan årsrapporterna under de senaste åren visar en allt högre andel patienter med högt BMI. Detta har lett till flera åtgärder under året.

- Vi har börjat med individuella ordinationer i form av fysisk aktivitet på recept
- Riktade motionspermissioner
- Utvecklingsarbete där arbetsterapeuterna fått ett riktat uppdrag att arbeta med måltider och måltidsmiljön
- Rekrytering av dietist pågår (i samarbete med övriga psykiatriska verksamheter i regionen)
- Arbete med att knyta en fysioterapeut till verksamheten pågår

### Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Gällande parametern andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård, har vi under 2020 arbetat med att förbättra förutsättningarna för utskrivning från rättspsykiatrisk slutenvård. I samarbete med Värmlands kommuner och allmänpsykiatri har vi tagit fram en riktlinje för samverkan vid utskrivning från rättspsykiatrisk vård. I riktlinjen finns bl.a. plan för kommunikation och avstämningar med hemkommun och andra aktörer under hela vårdtiden, från intagningskedet till utsluss och slutligen avskrivna LRV-vård. Riktlinjen beskriver också vilka underlag som kommunen kan behöva för att kunna fatta erforderliga beslut kring insatser. I samband med att riktlinjen togs fram hade vi även driftsättning av ett för rättspsykiatri nytt digitalt kommunikationssätt, där vi på ett enkelt sätt kan meddela oss med externa aktörer såsom patientens hemkommun.

Under hösten 2020 har vi även genomfört flera digitala workshops med utbildning för kommunpersonal och personal inom allmänpsykiatri i Värmland. Syftet med dessa workshops har varit att sprida information kring rättspsykiatri, den rättspsykiatriska vårdprocessen samt den framtagna riktlinjen för samverkan vid utskrivning.

Monica Gustavsson, verksamhetschef  
Christina Karlsson, chefsöverläkare  
Victoria Dalgård, verksamhetsutvecklare  
Rättspsykiatri Kristinehamn



## REFLEKTION FRÅN REGION-SJUKHUSET KARSUDDEN

Trots att det vore befriande och trevligt att inte skriva något om Covid-19 i denna text, så känns det ogörligt. 2020 var ett år som inget annat och viruset har påverkat verksamhetens alla delar, även de delar som är kopplade till kvalitetsregistret och arbetat med utveckling av vården. Det har varit ett år som inneburit ständiga omställningar och omprioriteringar för att hantera smittspridning och trygga vår kärnprocess – att leverera god, säker och jämlik rättspsykiatrisk vård.

Regionsjukhuset Karsudden fortsätter arbeta mot målbilden – Ett sjukhus för framtiden. Sjukhusets uppdrag, i sin mest nedkokade form, är att rusta patienterna för deras framtid. En grundbult i detta uppdrag är att skapa delaktighet. Personcentrerad rättspsykiatrisk vård kräver att patienten ges möjlighet att vara med i planeringen och utformandet av sin vård.

I samråd med patientrådet på sjukhuset bestämdes att 2020 skulle bli ett aktivitetsår. Tillsammans hade vi fokus på att utveckla aktiviteter som skulle bidra till att främja hälsosamma levnadsvanor. Tidigt 2020, innan coronan slog till, startar vi ett pilotprojekt som hade som mål att minska utvecklingen av ohälsosamma levnadsvanor och bidra till ökad upplevelse av psykisk och fysisk hälsa. Trots att coronasituationen starkt påverkade flera parametrar i projektet, så ser vi positiva resultat som gör att vi kommer att fortsätta arbetet och även öka våra insatser under 2021.

Det är utmanande att finna personcentrerade arbetsätt som kan påverka hur patienterna skattar sin fysiska och psykiska hälsa under vårdtiden och som kan bli till goda levnadsvanor även efter slutenvårdstiden. Kvalitetsregistret stödjer oss att identifiera behovet av insatser som främjar hälsosamma levnadsvanor och upplevelsen av livskvalitet. Vi ser nyttan av att kunna jämföra data och få inspiration av kvalitetsregistret när vi upprättar nya mål. Det är spännande att följa utvecklingen och vi ser att resultaten från kvalitetsregistret kommer till allt större användning när vi planerar förbättringsarbeten inom sjukhuset.

Verksamhetsområdeschef  
Jörgen Bragner  
Regionsjukhuset Karsudden

## REFLEKTION FRÅN VERKSAMHETSCHEF RPK SÄTER

Under 2020 har kliniken arbetat fortsatt med att utöka vårdinnehållet på vårdavdelningarna där omvårdnadspersonal ansvarar för en del av insatserna. IMR – Illness Management and Recovery, yoga och värderingsövningar sker strukturerat på samtliga vårdavdelningar.

2018 påbörjades implementeringen av Vårdprocessen 2.0 på kliniken och det arbetet ser vi idag är implementerat. Syftet med en likvärdig vårdprocess är att patienterna ska erhålla likvärdig vård med likvärdigt tillgängssätt när det gäller kartläggningar, utredningar och insatser.

Kliniken använder sig av RättspsyKs kvalitetsregister genom att jämföra, både den egna verksamheten med föregående år för att se om de insatser och åtgärder gett effekt. Jämförelser sker med andra verksamheter samt riket också för att se vart kliniken befinner sig i förhållande med andra.

De senaste åren har den självskattade psykiska hälsan ökat vilket vi bedömer kan ha att göra med den ökning av vårdinsatser som kliniken infört. Samma gällande den självskattade fysiska hälsa där vi kan se en effekt som tros ha samband med en mer strukturerad införsel av aktiviteter inom området fysisk hälsa.

Kvalitetsregistret ger också en överblick hur det ser ut inom den rättspsykiatriska vården i Sverige och är ett bra verktyg för verksamhetsutvecklingen.

Camilla Sömsk  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatriska kliniken Säters

## REFLEKTION FRÅN VERKSAMHETSCHEFEN I ÖJEBYN

Om man tittar på de uppsatta måltal över tid, så ser man att i vår verksamhet ligger dessa siffror ganska konstanta. Gällande självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa, Body Mass Index (BMI) och återfall i brottslig gärning skiljer det sig inte så mycket från år till år. Att förändra dessa siffror och framförallt upplevelser får ses som ett långsiktigt projekt och mål.

Min senaste reflektion ägnade jag åt den rättspsykiatriska vårdprocessen, att fortsätta utveckla innehållet i den rättspsykiatriska vården. Vårt syfte med detta var flera. Patienterna ska känna sig delaktiga i sin vård och kunna påverka den så långt det är möjligt. Vården ska vara förutsägbar. Även personalen ska ges möjlighet att arbeta i en förutsägbar verksamhet.

Arbetet har fortgått visserligen modifierat eftersom vi behövde prioritera en pandemi. Senaste året har pandemin påverkat verksamheten oändligt mycket, en del förändringsarbeten fick nedprioriteras och andra kom att prioriteras högre.

Vi har prioriterat Yoga inom rättspsykiatrin, fortsatt arbete med den rättspsykiatriska vårdprocessen, hundterapi och riskbedömningar. Vi kommer även jobba prioritera metabola projekt. Vi hoppas att detta kommer visa sig i framtida måltal.

Pernilla Nordkvist  
Verksamhetschef  
Psykiatrin Länsregion Öjebyn

## REFLEKTION VÄSTERVIK

Vi läser och tar del av rapporten. Vi använder resultaten från rapporten för adekvata jämförelser med övriga enheter. I Västervik har vi en liten rättspsykiatrisk enhet och vi finns därför inte med i en del tabeller som redovisas. Utifrån resultaten för 2019 jämför vi oss med övriga regioner och utifrån det identifierar vi eventuella förbättringsområden. I nuläget har vi inte jobbat med de frågorna.

Christian Jansson  
Verksamhetschef  
Vuxenpsykiatri norr, Rättspsykiatrin

## REFLEKTIONER FRÅN RÄTTSPSYKIATRIN I REGION JÖNKÖPING

### Reflektion

Arbetet med registret har rullat på under året. Vi använder det allt mer i det dagliga arbetet både för att jämföra oss med andra regioner och för att utveckla vården i vår egen verksamhet. Kvalitetsregistret är idag en integrerad del i förbättrings- och utvecklingsarbetet på enheten. Samtlig nyanställd personal inklusive samtliga läkare på kliniken får en genomgång av kvalitetsregistret vid anställning. Medarbetarna på enheten får genomgång av registret fortlöpande. Även våra patienter ska ta del av rapporten och ges möjlighet att diskutera innehållet på de patientmöten vi har på enheten. En diskussion förs fortgående om hur data från kvalitetsregistret kan användas i arbetet med att utveckla verksamheten. Här behöver vi också arbeta mer offensivt med att ta ut data och följa upp verksamheten.

### Vårdtider

Ett av de områden som identifierats utifrån kvalitetsregistret är att rättspsykiatri i Jönköping har långa vårdtider. Medianvårdtiden för pågående vård är längst i landet. Ett utredningsarbete inleddes under 2020 för att försöka förstå varför det förhåller sig så. Regionens FoU – enhet har involverats i arbetet och tillsammans med medarbetare på enheten har det identifierats olika variabler som kan påverka vårdtiden. Kvalitetsregistret har delvis legat till grund för utredningsarbetet men ytterligare variabler har studerats exempelvis antal återinläggningar i slutenvård, antal genomförda strukturerade riskbedömning och antal utförda RPU. Resultatet är ännu inte presenterat men vi kan se att vårdtiderna har minskat senaste året.

Region Jönköping köper ett stort antal slutenvårdsplatser och har ett avtal med Region Östergötland. I stort sett samtliga dömda patienter inleder sin vård i Vadstena och överflyttas sedan till Jönköping i senare skedet av sin slutenvårdstid eller när öppenvård är aktuellt. Medianen för samtliga rättspsykiatriska patienter tillhörande Jönköping (inklusive Jönköpings patienter som vårdas i Vadstena) ligger mer i nivå med övriga regioner i landet. I kvalitetsregistrets rapport presenteras faktiska patienter vårdade i Jönköping. En egen reflektion är att vårt uppdrag i Jönköping, med inriktning på utslussning och öppenvård, påverkar medianvårdtiden.

### Rättspsykiatrisk öppenvård

Den rättspsykiatriska öppenvården i Jönköping har under året arbetat systematiskt med att utveckla samtliga patienters vårdplan med en tydligare inriktning på framtiden.

### Riskbedömningar

Arbetet med strukturerade riskbedömningar utvecklas ständigt och framtagandet av riskhanteringsplaner är ett område som prioriteras högt.

### Livskvalitet

Hur har patienters livskvalitetsskattning förändrats under pandemi? Här försöker vi att bedriva ett fortsatt arbete för ett aktivt liv för våra patienter trots begränsade och förändrade omständigheter.

### Skattningar

Vi arbetar bl.a. med återfallsprevention, psykoedukation utifrån psyk e-bas samt IMR. Vi deltar också i forskningsprojektet CAN-FOR och ser fram emot att framöver kunna erbjuda våra patienter även denna skattning.

**Somatisk hälsa** – Vitala parametrar enligt NEWS 2 dokumenteras och följs upp på samtliga patienter i slutenvården och vi arbetar aktivt med att utveckla friskvårdsinsatser för att förbättra patienternas somatiska hälsa.

### Multidisciplinära konferenser

Samtliga patienter i slutenvård och öppenvård har multidisciplinär konferens var 3:e månad. Här deltar hela vårdteamet runt patienten tillsammans med anhörig när patienten så önskar. Patientens delaktighet i sin egen vård anser vi är mycket viktigt.

Ulrika Wendel Hagstedt, Vårdenhetschef  
Linda Holm, Biträdande vårdenhetschef  
Mats Gynnerstedt, Psykiatrisjuksköterska öppenvård  
Staffan Hjelm, Psykiatrisjuksköterska slutenvård

## REFLEKTIONER FRÅN RPE UPPSALA

### **Nya typer av uppgifter i kvalitetsregistret – möjlighet till vägledning i arbetet**

Det är mycket spännande att kvalitetsregistret i Årsrapport 2019 väljer att börja analysera vilka variabler som möjligen kan predicera den rättspsykiatriska vårdtidens längd. Resultaten är intressanta, och denna typ av resultat kan ge en ledtråd till vilka omständigheter hos patienten som kräver längre vårdtid, eller som vården kanske hanterar mer eller mindre bra. Resultaten ger en impuls till reflektion hos oss ute i verksamheterna om vilka förklaringar som kan finnas till att det ser ut som det gör, och om vi behöver anpassa vårt arbete utifrån det.

Vi skriver samtidigt börja analysera eftersom eventuellt predicerande variabler kan väljas eller formuleras på olika sätt i en prediktionsmodell. Det är avseende psykiatrisk problematik exempelvis möjligt att "neuropsykiatrisk diagnos, ja/nej" hade kunnat vara kopplad till vårdtid, även om "schizofrenidiagnos, ja/nej" inte är det. Skillnaden är betydelsefull då beroende på hur frågan ställs, så kan svaret ge olika indikationer på behovet av exempelvis anpassningar av vården genom ökad kompetens om vissa diagnosgrupper.

Analysen i årsrapporten bygger på patienters bakgrundsdata. Det vore också intressant om framtida analyser, gjorda av någon instans, rymde hur olika interventioner under vården kan påverka vårdtidens längd. Sådana analyser skulle vara direkt tillämpbara för kliniskt arbete och verksamhetsstyrning, och registret skulle därmed verkligen nå syftet att "ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning" (Årsrapport 2019, s. 4).

### **Övrig praktisk användning av kvalitetsregistret i verksamheten**

Under många år nu har uppgifter från kvalitetsregistret varit tacksamma för oss att använda vid presentationer av verksamheten för nyanställda, studiebesök, vårdgrannar m.m.

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

## REFLEKTIONER VERKSAMHETS- OMRÅDE RÄTTSPSYKIATRI VID SAHLGRENSKA UNIVERSITETS- SJUKHUSET GÖTEBORG

Kvalitetsregister RättspsyK syftar, enligt text i årsrapport 2019, till att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård. Registret är tänkt att ge uppslag till reflektion, ytterligare förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Ledningsgruppen upplever att kvalitetsregistret är en källa som uppfyller ovan syfte. Det är värdefullt att kunna jämföra utfall från den egna verksamheten med utfall från andra verksamheter i riket. På så sätt fungerar årsrapporterna som en ytligt översiktlig jämförelsekälla nationellt. På områden där den egna verksamheten avviker kan finnas särskild anledning att närmare granska orsaker till detta.

Möjligheten att få datauttag från registret gällande den egna verksamheten ger visst underlag till djupare analys som i sin tur kan leda vidare till förbättringsarbete i verksamheten. Registret kan på så sätt fungera som något av en katalysator för att granska och utveckla den egna verksamheten.

Sammantaget verkar rättspsykiatri i riket stå inför liknande utmaningar. I de fall större variationer i utfall av olika variabler i registret uppträder är det sannolikt att detta delvis kan ses i ljuset av lokala förutsättningar. Dock kan en annan faktor spela in. Det är av stor vikt att variablerna i registret har så pass tydliga definitioner att tolkningar av efterfrågat inte varierar alltför stort.

Det finns i vissa fall anledning att i registrets rapporteringsformulär tydligare definiera vilka fakta som efterfrågas. Eventuellt kunde kontakter mellan registret och de olika rättspsykiatriska verksamheterna i syfte att försöka förtydliga vissa definitioner vara till nytta.

Eirini Alexiou  
Verksamhetschef, PhD  
Specialistläkare i psykiatri och rättspsykiatri

## REFLEKTIONER FRÅN ÖREBRO

Kvalitetsregistrets data används fortsatt för att jämföra verksamheten från år till år samt med övriga riket. Däremot har år 2020 bjudit på pandemiska utmaningar vilket tyvärr bidragit till att något mindre tid funnits för utvecklingsarbete samt analys och reflektion av årsrapporten för 2019. Men detta betyder i sin tur inte att verksamheten avstannat utan vi har istället som alla andra fått anpassa oss och arbeta med att förhålla oss till rådande situation.

Vad vi kan se i årsrapporten för 2019 så har Örebro något förändrade data jämfört med tidigare år beträffande vissa delar av självskattningarna som genomförs. En intressant aspekt som vi planerar att fortsätta följa. Under 2019 och fortsatt framåt har stor vikt lagts på arbetet med levnadsvanor där vi framgent hoppas kunna se resultat som avspeglar sig i kvalitetsregistrets data.

I verksamheten fortgår exempelvis arbetet med IMR, utbildning enligt R-ACT samt implementering av Safe-wards. I början av 2021 kommer vi dessutom öppna ytterligare en avdelning vilket gör att verksamheten återgår till den storlek den hade 2015 och tidigare.

Jimmy Björkman  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatri  
Region Örebro län

## REFLEKTIONER FRÅN REGION SKÅNE

Årsredovisningen från RättspsyK ger transparens inom vårt område och möjlighet till både verksamhetsområdesegna jämförelser över tid och jämförelser inom riket. Den årliga redovisningen ger uppslag till förbättringsarbete och har del i det kvalitetsarbete som bedrivs inom den skånska Rättspsykiatrin. Det finns ett stort värde i den insamlade datan över tid då det i många fall kan vara svårt att på annat sätt följa uppgifter som exempelvis "Medianvårdtiden för patienter med avskriven vård". Även om det gångna året präglats av en pandemi som tagit stort utrymme i anspråk, har ett arbete påbörjats för att synliggöra och sprida resultatet från årsrapporterna inom verksamhetsområdet vilket planeras fortsätta framöver.

Robert Rydbeck  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatri Region Skåne



Att som verksamhetschef integrera kvalitetsregistrets indikatorer i verksamhetsplanen kommer i en framtid skapa större förutsättningar att leda och styra kliniken i samma riktning och mot uppsatta mål och utvecklingsfrågor.

Christina Blom, Verksamhetschef, Rättspsykiatriska regionkliniken Vadstena

## REFLEKTION FRÅN VADSTENA

Rättspsykiatri i Sverige saknar gemensam huvudman, av den anledningen har ett gemensamt kvalitetsregister ett stort värde för ledning, styrning och utveckling av vården inom rättspsykiatri. I verksamhetschefens reflektion nedan kommenteras 2020 års användningsområde av registret men även på vilket sätt årsrapporten skulle kunna kompletteras och användas i framtida verksamhetsutveckling.

Kvalitetsregistret och årsrapportens presentation av statistik är lättöverskådlig och det är smidigt att jämföra den statistik som presenteras från den egna verksamheten men, även värdefullt att jämföra resultaten på ett nationellt plan. Det kan även användas för att följa upp förändring över tid relaterat till interventioner och åtgärder. Registrats presentation av statistik ger en tydlig och informativ bild av rättspsykiatri både på klinik- och nationell nivå. Rättspsykiatri årsrapport används i utvecklingsarbeten på kliniken och finns som stöd vid framtagandet av nyckelindikatorer för mål och strategi till kliniken verksamhetsplan.

Ett exempel är en av kliniken nyckelindikatorer för en proaktiv hälso- och sjukvård för att minska antalet patienter med högt BMI. Här arbetar en av kliniken avdelningar tillsammans med patienter i ett diskussionsforum om måltidssituationer för att öka patientens delaktighet gällande sin egen kost och hälsa. Men det vore även intressant att utveckla inrapporteringen av de hälsofrämjande insatserna av genomförda aktiviteter i mer specifika kategorier med fasta svarsalternativ. Idag rapporteras dessa insatser in via fritextnoteringar, men skulle det vara möjligt att utveckla registret för att tydligare visa en bild av vilka olika aktiviteter och omvårdnadsinsatser som ger resultat för patienten för att minska ett högt BMI?

Vårdtiden ökar för den rättspsykiatriska patienten, både för patienter inom slutenvård och öppenvård, vilket tydligt kan följas med hjälp av registret. För rättspsykiatri del upprättas tillsammans med kommunen en samordnad vårdplan när patienten är redo att avsluta sin slutenvårdstid. Trots detta vårdas fortsatt flera patienter ytterligare längre

perioder innan beslut fattas om utskrivning till öppen vård. Att utöka nyckeltalen genom att mäta antalet patienter som bedömts "färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård" samt anledningen till att patienterna fortsatt vårdas inom den rättspsykiatriska slutenvården är något som skulle kunna kompletteras i registret. Detta skulle ge rättspsykiatri möjlighet att analysera orsaker och ge underlag till diskussion med kommunerna med syfte att skapa en snabbare och kvalitetssäkrad utslussning för våra patienter.

Inom kliniken FoU enhet används Rättspsykiatri kvalitetsregister för att få en bild över hur representativ populationen i en studie är för den svenska rättspsykiatriska populationen. Genom att jämföra beskrivningen av studiepopulationen i internationella vetenskapliga artiklar och nationella riktlinjer ifrån andra länder med ett annat juridiskt system, med den som står i Rättspsykiatri, blir det även lättare att göra en värdering av hur väl populationerna överlappar och på så sätt hur överförbara och relevanta lärdomarna är för svensk rättspsykiatrisk vård.

Verksamheten planerar att i större omfattning presentera verksamhetens resultat och statistik ur kvalitetsregistrets årsrapport för samtliga yrkesprofessioner. Resultaten i årsrapporten kan användas i högre omfattning vid arbetsplatsträffar men även vid mer klinikgemensamma möten för strategisk diskussion av verksamhetens kvalitetsarbete gällande vårdens innehåll.

Att som verksamhetschef integrera kvalitetsregistrets indikatorer i verksamhetsplanen kommer i en framtid skapa större förutsättningar att leda och styra kliniken i samma riktning och mot uppsatta mål och utvecklingsfrågor.

Christina Blom  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatriska regionkliniken Vadstena

## REFLEKTION 2020 FRÅN RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

Året 2020 har, även om man tänker på kvalitetsregistret RättspsyK, präglats av Coronapandemin och dess effekter på både oss och vår arbetssituation. Vilka effekter pandemin fått på den vård vi ger eller hur patienterna uppfattar det vet vi väl inte så mycket om ännu.

När pandemin startade under våren 2020 gick det ganska snabbt efter det att de första tecknen blivit tydliga tills effekterna kom. Vi fick i stort sett släppa så mycket som möjligt av våra vanliga arbetsuppgifter och ägna oss åt pandemifrågor, möten fick omprioriteras, formerna för möten ändrades och hela vår arbetssituation kom att präglas av viruset och dess effekter. Vi uppmanades att nedprioritera arbete som inte var direkt nödvändigt för patientsäkerhet och omhändertagande. Allt som rörde kvalitetsregistret fick under denna period mindre uppmärksamhet än vanligt. Vi har haft flera utbrott på kliniken och det har naturligtvis präglat verksamheten. Trots det har registret fortlevt och det har samlats data, hållits möten, planerats och diskuterats om än i annan form och möjligen lite mer sällan än vanligt. Man kan väl se det som ett tecken på att registret överlever en prövning och att det arbete som utförs inom registret är så pass engagerande och viktigt att vi mår om att det ska fungera även när betingelserna ändras.

Aktiviteten kring registret när det gäller datauttag till forskare har glädjande nog ökat, en av orsakerna kan vara den satsning vi inom registrets ledning påbörjade för en tid sedan för att göra forskare mer medvetna om registrets alla data och försöka få till stånd ett utökat utnyttjande vilket ser ut att så här långt lyckats.

Arbetet med årsrapporten har skett i vanlig ordning och rapporten är lika användbar som alltid, inspirerande läsning och för varje gång alltmer intressanta fakta som framställs på ett sätt som gör det både läsvärt och användbart.

Under året har vi på kliniken sett en ökad efterfrågan på uppgifter från registret både inom klinikens ledning och från vår förvaltning. Vi har också i större utsträckning än vanligt haft användning av registerdata när vi ska svara på frågor från politikerna. Svar som vid flera tillfällen inte gått att få ur andra källor vilket är ett bra betyg till registret. Vi har numer registerdata till grund för en del av den rapportering vi varje år lämnar till förvaltningen i form av verksamhetsuppföljning.

Att registret har utvecklats i positiv riktning under de år som det funnits blir tydligt när man jämför den nytta vi idag har av registerdata med hur det var när vår klinik RPV startade för 10 år sedan. Ett jättejobb som lagts ner i registret som börjar komma till alltmer nytta i verksamheten. När man tänker tillbaka på året 2020 tycker jag att det som tydligast framträder när det gäller registret är att skillnaden i användbarhet och tillgänglighet är påtaglig, att mängden data har ökat men också vår vilja och förmåga att titta på och tolka de data vi alla samlat in.

2021-02-09  
Kaj Forslund  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatri Vård Stockholm



## REFLEKTION RÄTTSPSYKIATRISKA REGIONKLINIKEN I VÄXJÖ

Så som alltid tar vi del av kvalitetsregistrets årsrapport och sprider den på klinikens alla avdelningar. Biblioteket av årsrapporter börjar bli digert och det är intressant att bläddra även i föregående års rapporter för att följa förändringar. Tillsammans med den årliga rapporten "Psykiatri i siffror – Rättspsykiatri" ger årsrapporten en överblick av den svenska rättspsykiatriens storlek, dess patientgrupp samt vilka behov dessa patienter har. Dessa rapporter väcker självfallet även intresse hos vår forskningsenhet.

Trots ett 2020 som präglats av pandemin har Rättspsykiatriska regionkliniken fortsatt att aktivt arbeta för *Stärkt hälsa hos våra patienter*.

Med utgångspunkt i måltal, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, samt verksamhetens egna önskemål, genomförs ett tvärprofessionellt förbättringsprojekt i syfte att förbättra patienternas fysiska (och psykiska) hälsa. Den tvärprofessionella projektgruppen består av; specialist i allmän medicin, dietist, kostombud, patientambassadörer och representanter från regionens produktionskök. Projektgruppen har i samverkan med regionens produktionskök förändrat och förbättrat veckomenyn med nya och hälsosammare rätter.

Projektgruppen har under våren 2020 erbjudit patienter att medverka i hälsosamtal med läkare där hälsoparametrar så som vikt, längd, BMI, bukmått, blodfetter, blodsocker och blodtryck kontrollerats. Vid hälsosamtalen har Kostindex, Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor använts och dokumenterats. Resultatet av hälsosamtal och hälsokontroll används och jämförs mot resultatet av slutmätning under 2021. Parallellt införs en ny verksamhet gemensam struktur (hämtad från avdelning som prisats för bästa genombrottsprojekt) för samtliga måltidssituationer där skillnaderna bl.a består i vad som ur ett hälsofrämjande perspektiv ska serveras vardag och helg. Förhoppningsvis kommer resultatet av dessa hälsofrämjande insatser förbättra fysiska och psykiska hälsan hos patienter som vårdas i verksamheten, samt

kunna förevisas vid framtida registrerade måltal för Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö i Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Klinikens restriktioner under pandemin har begränsat möjligheter till besök och fysisk aktivitet i grupp så som bland annat vår omtyckta klinikfotboll. I en vårdmiljö som redan består av inskränkningar blir ytterligare restriktioner en pålagring och det är och har varit utmanande för våra patienter. Detta är ett viktigt perspektiv som ställer än större krav på den rättspsykiatriska vården och dess utbud/innehåll. Inte minst ställer det ytterligare krav på våra duktiga medarbetare.

Vi har under året arbetat fokuserat för att skapa än mer mening och sammanhang för patienterna. Patienterna har varit involverade i hur vi arbetar för att minska spridning av virus. Viss smitta bland personal har förekommit men under hela 2020 har kliniken inte haft en enda konstaterad smittad patient. Avdelningarnas vanligtvis regelbundna förbättringsmöten där patienternas idéer lyfts fram har fått ske under andra former.

Vi noterar en fallande kurva gällande tvångsåtgärder i årsrapporten. Vi har vid RPK Växjö gjort samma observation där vi kunnat följa en kraftig minskning de senaste åren. Sannolikt är det viktigaste skälet till fortsatt låg användning avseende tvångsåtgärder, att kliniken de senaste åren haft ett tydligt fokus på just minskning avseende tvångsåtgärder. Även fortlöpande utbildningsinsatser rörande detta har haft trolig effekt. Grafen som avhandlar hur stor andel av patienterna som är färdiga för öppenvård, men trots det vårdas i slutenvård, tycker vi är intressant. Då dessa siffror varit tämligen konstanta sedan 2013 skulle vi gärna se en analys av definition och resultat.

Tina Fogelklou, Rättspsykiatrichef  
Ann-Sofie Karlsson, chef för Enhet utveckling & lärande

# Registerhållarna reflekterar

”Hen kom som ett yrväder en marsafton med sjukdom och hade restriktioner och rekommendationer i en svångrem om halsen.”

Om Strindberg levit i dessa tider så hade han kanske börjat sitt epos på detta sätt. Som nyutbildad registerhållare i oktober 2019 kunde jag inte i min vildaste fantasi förutse hur det första året skulle bli.

Det började ju ganska normalt med tilldelning av medel från SKR med tillhörande budgetarbete och verksamhetsberättelse. Vi fick årsrapporten klar och den levererades till verksamheterna från vecka 13. Analysgruppen träffades fysiskt sista gången 9 mars 2020 och firade att årsrapporten var klar vilket också råkade sammanfalla med ”fössta tossdan i mass”. Sen blev inget som vanligt och 2020 års rapport har framställts helt via digitala möten.

Året som gått har varit intensivt och något som sticker ut är att trots eller tack vare Corona så har antalet uppföljda patienter i årets rapport ökat med över sju procent. År 2019 följde vi upp 1803 patienter och 2020 blev det 1932. Även antalet nyregistrerade patienter har ökat avsevärt. Antalet nyregistrerade patienter har stigit från 204 under 2019 till 306 under 2020.

Under våren fick registret en biträdande registerhållare då styrgruppen utsåg Helena Andreasson, som under många år arbetat inom registret i olika uppdrag. Helena är från Region Skåne och arbetar som psykiatrisjuksköterska vid den rättspsykiatriska öppenvården i Malmö.

Arbetet med att ta fram interna riktlinjer för olika uppdrag inom RättspsyK fortsatte under början av året och i maj fastställde styrgruppen ett antal riktlinjer. Nu finns riktlinjer för biträdande registerhållare, analysgrupp, validerare, kansli och handläggare. Dessa riktlinjer kan man hitta på hemsidan.

Antalet ansökningar om datauttag avseende registerdata har ökat under de senaste åren även om det blev en liten minskning under 2020. Totalt beviljades nio datauttag men vad som är glädjande är att tre av dessa avsåg forskning. De projekt som data beviljades till under 2020 drivs av forskare vid Karolinska institutet KI. Det är viktigt för registret att det förutom verksamhetsutveckling även bedrivs forskning på data då det ligger till grund för tilldelning av medel och vilken certifieringsnivå registret kan uppnå.

Registret har under många år haft avtal med två registercentra. Dels RC Väst i Göteborg men också RC Norr i Umeå. Det har varit framgångsrika samarbeten med båda dessa registercentra men under året fattades beslut om att RättspsyK enbart skall tillhöra ett centrum. Från 2021 tillhör registret endast RC Väst. Det finns flera orsaker till denna förändring men några är att få en samlad leverans av stöd och service men även den konsolidering av registercentrum som nu genomförs, där antalet ska minska på nationell nivå. CPUA ansvaret för RättspsyK finns via regionstyrelsen i Västra Götaland.

I samband med diskussion och beslutet om att endast tillhöra ett registercentrum så har även diskussioner att byta teknisk plattform för registret pågått. Nuvarande plattform INCA drivs via RC Norr. Då flera av de övriga psykiatriska kvalitetsregistren som har avtal med RC Väst har Stratum som sin plattform och att denna drivs och utvecklas av RC Väst så fattade styrgruppen i RättspsyK vid sitt möte i november beslut om att byta plattform från INCA till Stratum. En annan bidragande orsak till beslut om plattformbytet var att INCA behövde uppdateras för RättspsyK:s räkning.

Under flera år har ett arbete pågått tillsammans med RC Norr om att få till en öppen statistikvisning av registrets fyra måltal via vår hemsida som inte kräver inloggning och där man kan jämföra olika verksamheter. Efter ett intensivt arbete under hösten så kunde denna funktion lanseras i november och man kan nu via hemsidan, inte bara se samtliga årsrapporter, utan även se resultatet gällande de fyra måltalen för alla verksamheter som har tillräckligt många patienter registrerade.

Ett fortsatt givande samarbete har skett med Brottsförebyggande rådet och registret har levererat data till Brå likväl som vi erhållit registerspecifik data avseende återfall i brott efter avslutad vård under en längre uppföljningsperiod.

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 vårens möte inställt. Höstens möte kunde genomföras via Zoom med hjälp och stöd från SKR. Ett 50-tal personer deltog och vid

mötet presenterade både Thomas Nilsson från CELAM och Jonas Forsman et al från KI preliminära data från sina olika forskningsprojekt som baseras på registerdata. Efter mötet genomfördes en enkät där det framkom att forskningspresentationerna var uppskattade.

Ett fortsatt samarbete och intensifierad samverkan har skett med de övriga psykiatriska kvalitetsregistren via den så kallade NPK gruppen. Tyvärr fick den av SKR:s Nätverk för ledning och styrning utsedde samordnaren med uppdrag att samordna alla psykiatriska kvalitetsregister nytt arbete och rekrytering av en ersättare pågår. Detta har medfört att enskilda registerföreträdare har fått ta större ansvar för att intensifiera och hålla samarbetet igång.

Ett annat samarbetsforum som registret deltar i sker inom ramen för nationella kvalitetsregisterföreningen NKRf som engagerar större delen av samtliga nationella kvalitetsregister.

Andra övergripande frågor som varit aktuella under året har fortsatt varit frågan om finansiering av kvalitetsregister, där förslag om statsbidrag till registercentrum varit i fokus likväl som konsolidering av registercentrumverksamheten. Arbetet med nationella programområden NPO fortgår.

Som ett resultat av de restriktioner och rekommendationer som har varit rådande under året har inget fysiskt deltagande skett vid några konferenser eller seminarier av företrädare för registret. Men vid NSPH:s kunskapsdag om rättspsykiatri deltog företrädare för registret digitalt och presenterade registerdata med fokus på patientrapporterade mått.

Trots rådande omständigheter är det vår ambition att fortsätta utveckla registret samt årsrapporten som vi och andra tycker håller en hög kvalitet och förhoppningsvis ger underlag för verksamhetsutveckling och inspiration och möjlighet till forskning.

Avslutningsvis hoppas vi att 2021 innebär mer normaliserade förhållanden och ger oss möjlighet till fler sociala kontakter och fysiska träffar.

Magnus Kristiansson  
Helena Andreasson



# Forskning och validering

## Forskning

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

## Validering

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

Besök av verksamheter för validering av källdata startade år 2012. Två handläggare har av styrgruppen fått i uppdrag att med stöd av framtaget instrument genomföra monitorering/validering av samtliga deltagande verksamheter i registret fortlöpande. Sedan hösten 2012 har 23 verksamheter besökts för validering och sedan 2017 har sju verksamheter haft ett uppföljande besök.

Arbetet sker tillsammans med handläggarna som navigerar i patientjournalen och på kvalitetsregistrets plattform samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs. Slumpmässiga val av ett par registreringar, 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 handläggaren för avstämning och när det är klart skickas det slutgiltiga dokumentet till både handläggare och verksamhetschef.

Sedan start har registret haft två årliga nationella användarmöten där alla verksamheter bjuds in för att delta. Uppslutningen på dessa möten har varit mycket god med i snitt 60 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 ställdes vårens nationella möte in på grund av Covid-19 pandemin och höstens nationella möte genomfördes i form av webinarium. Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 13 verksamheter utspridda över hela landet.

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

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

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

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

# Möjliga områden för utvecklingsprojekt

Analysgruppen har tagit fram exempel på möjliga områden och frågeställningar 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 insatserns betydelse i utskrivningsprocessen

Karaktäristika utifrån könsperspektiv för valda indikatorer

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

### Intressenter som efterfrågat data 2020

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Sveriges kommuner och Regioner (SKR)
  - Uppdrag psykisk hälsa
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen
  - Avdelning Data och analys
- Rättspsykiatriska verksamheter
  - Rättspsykiatri Vård Stockholm
  - Rättspsykiatri i Skåne
  - RPV Borås
- Forskningsinstitutioner
  - Karolinska institutet KI
- Övriga
  - 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

Howner K, Andiné P, Engberg G, Ekström EH, Lindström E, Nilsson M, Radovic, S & Hultcrantz, M. (2020). Pharmacological Treatment in Forensic Psychiatry – A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 10:963. doi: 10.3389/fpsy.2019.00963.

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

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

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

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

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

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

Alexiou, E., Wijk, H., Ahlquist, G., Kullgren, A. & Degl' Innocenti, A. (2018). Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 56(5) 108-113. doi:10.1016/j.jflm.2018.04.006.

Howner K, Andiné P, Bertilsson G, Hultcrantz M, Lindström E, Mowafi F, Snellman, A & Hofvander, B. (2018). Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Frontiers in Psychiatry* 9:452. doi: 10.3389/fpsy.2018.00452.

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

Anna Löfgren Wilteus, A. Bartonek, F., Borg, J. & Bölte. (2016). Toward a new generation of quality registries for neurodevelopmental disorders: the example of NEUROPSYK. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* 4(3):141-146.

Emilsson, L., Lindahl, B., Köster, M., Lambe, M. & Ludvigsson J.F. (2014). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12303>.

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



# Diskussion

Bland verksamheterna ökade antalet som uppnådde två måltal, för BMI och psykisk hälsa. För BMI från 10 procent till 30 procent och för psykisk hälsa från 10 procent till 20 procent. När det gäller BMI visar registerdata att andelen patienter på riksnivå som får del av hälsofrämjande insatser har ökat från 45 procent till 60 procent. Det har under flera år arbetats med att förebygga och få ner höga BMI hos patienterna. Engagemanget bland personalen har varit stort. I flera av reflexionerna från verksamhetscheferna framgår att det arbetas aktivt med BMI. I registrets regi har vidare två projekt med till större delen inriktning på BMI genomförts för ett antal år sedan. Kan det vara så att ett tråget arbete i den kliniska vardagen under flera år till slut ger förbättringar? Kan det också vara så att hälsofrämjande insatser till en ökande andel av patienterna har förstärkt det pågående förbättringsarbetet med att minska högt BMI bland patienterna? När det gäller den fysiska hälsan nåddes inte måltalet av någon verksamhet. Patienterna skattar också genomgående sin fysiska hälsa som sämre än den psykiska. Här finns uppenbarligen ett stort förbättringsområde.

En reflektion är att patienterna kanske har lättare att se brister i sin fysiska hälsa än den psykiska. Måltalen är å andra sidan satta för patientgruppen som helhet. I registret visas, såväl för patienter med fyra års vårdtid som sex års vårdtid, att under vårdtiden förbättras sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation samtidigt som symtombilden förbättras. Tyvärr ökar också BMI för båda grupperna av patienter.

Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men vårdas trots detta fortfarande i slutenvård har ökat något från nio procent till 10 procent. För fem år sedan, år 2015, var andelen något högre, ungefär 11 procent. Variationen mellan verksamheterna är stor. Detta är en svårpåverkad utveckling som rimligen har flera orsaker. Den dominerande orsaken verkar utifrån erfarenhet ändå vara brist på lämpligt boende i kommunerna. Men även rutinerna för utskrivning kan behöva ses över. Från verksamheter där övergången till öppen rättspsykiatrisk vård inte är något problem vittnas om att man har en bra dialog mellan kommunen och rättspsykiatrin.

Om andelen patienter med stödboende år 2020 (57 procent) jämförs med motsvarande år 2015 (36 procent) har det skett en positiv utveckling. Även om man jämför ordinärt boende med beviljade stödsinsatser har i stor sett andelen fördubblats, från 11 procent 2015 till 20 procent år 2020. Ordinärt boende ligger däremot konstant på strax över 20 procent. Så även om det finns mycket att förbättra när det gäller att patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård också ska kunna få vård i öppen vård sker det över tid ändå förbättringar när det gäller patienternas boendesituation.

När det gäller patienternas skuldsituation i öppenvård kan en positiv utveckling noteras om en jämförelse görs för andelen som fått denna förbättrad jämfört med året innan. År 2017 förbättrades skuldsituationen för 10 procent av patienterna medan motsvarande siffra för 2020 är 29 procent. Även när det gäller patienternas ekonomi har det gjorts förbättringsarbeten i registrets regi. Rimligen har detta tillsammans med det dagliga kliniska arbetet lett till en ökad medvetenhet om vikten av att ha kontroll på patientens ekonomiska situation. Ett mått på detta är att andelen patienter där uppgift saknas om aktuell skuldsituation har minskat från 52 procent 2017 till 36 procent 2020. Naturligtvis är årets siffra på 36 procent fortfarande för hög, men utvecklingen går ändå åt rätt håll.

I årets rapport presenteras vilka nätverk patienterna upprätthåller fördelat på slutenvård och öppenvård. Föga förvånande så har patienter i öppenvård fler kontakter än de i slutenvården. Framförallt gäller det kontakter med region och kommun, där ansvaret för stöd och vård ökar i samband med överföring till öppenvård. Även kontakt med vänner är mer frekvent hos patienter i öppenvård vilket också är förväntat. Det är lättare att upprätthålla kontakten med vänner när vården sker i öppna former. Däremot är det, kanske lite överraskande, att kontakten med anhöriga, till och med är något högre, för patienter i slutenvård. Med tanke på att medelvårdtiden är nästan fem år i pågående vård är det positivt att kontakten med anhöriga upprätthålls. Erfarenhetsmässigt, och genom vetenskapliga studier, är kontakten med anhöriga en viktig faktor för en framgångsrik utslussningsprocess.

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

Vanligtvis är personen då intagen på en rättspsykiatrisk utredningsenhet under 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, Brott och Ansvar. Förslaget finns också med i utredningen SOU 2012:17 Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Någon lagändring har ännu inte kommit som en följd av dessa utredningar. Det är alltså inga lätta etiska frågor att hantera.

Den större rättspsykiatriska undersökningen skall till domstolen besvara frågorna:

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

Om de två översta rekvisiten gäller så överlämnas man till vård utan särskild utskrivningsprövning.

Om alla tre föreligger överlämnas man till vård med särskild utskrivningsprövning.

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

## Vad är allvarlig psykisk störning (APS)?

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

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

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

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



## Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket gjordes 2020 1 152 st. § 7-utredningar och 529 st. stora undersökningar RPU.

Antalet har ökat kraftigt de senare åren men inte under 2020 då pandemin påverkat möjligheten att genomföra framförallt RPU med personer på fri fot. Under årens lopp har det varierat och var i slutet på 90-talet drygt 600 st. Förr ledde knappt hälften av utredningarna till förslag om rättspsykiatrisk vård men under senare år har andelen stigit till närmare 55 procent.

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

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

## LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning – konsekvenser för vården

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

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

Under vården sker en regelbunden rättslig prövning i förvaltningsrätten. Den första efter 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 Rättpsyk

## Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2019/2020 och som registrerats under 2020.

## Handläggare i Rättpsyk

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
Piteå Rättpsykiatri	Anna-Karin Burman
Regionsjukhuset Karsudden	Amandha Kronvall
Regionsjukhuset Karsudden	Ann-Katrin Andersson
Regionsjukhuset Karsudden	Erik Blomqvist
Regionsjukhuset Karsudden	Fredrik Dahlström
Regionsjukhuset Karsudden	Peter Sköld
Regionsjukhuset Karsudden	Åsa Lundgren
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västerвик	Roger Andersson
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Region Kronoberg	Christel Karlsson
RPK Region Kronoberg	Emelie Lageson
RPK Region Kronoberg	Helena Lang
RPK Region Kronoberg	Lena Holstein Ferrau
RPK Region Kronoberg	Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Sundsvall	Johanna Rovio
RPK Säter	Klara Brandt
RPK Säter	Lena Jansson
RPK Säter	Maria Eriksson
RPK Säter	Maria Hellström
RPK Säter	Sofia Sjörs
RPK Örebro	Tessa Krona
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson

Verksamhet	Namn
RPR Vadstena	Thérèse Andersson
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Göteborg	Eva Runbom
RPV Göteborg	Johanna Wahll
RPV Göteborg	Mari Johansson
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Göteborg	Susanna Enblom
RPV Göteborg	Susanne Frid
RPV Halland	Ingela Hägg
RPV Halland	Johanna Hagström
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Annie Hultman
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri Västmanland	Emma Ejvind
Rättspsykiatri Västmanland	Victoria Andrén
Rättspsykiatrin i Skåne	Emma Andersson
Rättspsykiatrin i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatrin i Skåne	Linda Svensson
Rättspsykiatrin i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Anna Boström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Elin Linder
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Evelina Juujärvi
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Jan Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ljubica Medjed
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Malin Källman
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Robert Harris
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Thomas Håkansson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Tuss Gustavsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Zaklina Blazevska
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson
Umeå Rättspsykiatri	Åsa Lundgren

## Registrets styrgrupp 2020

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

**Helena Andreasson**, Rättsspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

**Kaj Forslund**, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef

**Marianne Ander**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

**Mattias Andersson**, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Handläggare

**Victoria Andrén**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. psykolog, doktorand Verksamhetsutvecklare t.o.m. 2020-09-25.

**Emma Eijvind**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. Sjuksköterska fr.o.m. 2020-09-25.

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

**Christina Blom**, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

**Jörgen Bragner**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Verksamhetsområdeschef

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

**Victoria Dalgård**, Rättsspsykiatri Värmland, Verksamhetsutvecklare

**Bengt Eriksson**, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, T.f. Verksamhetschef

**Tuiké Hirvenoja**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef

**Sofia Sjörs**, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter, Klinikassistent

**Camilla Sömsk**, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef

**Peter Tjelander**, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. Sjuksköterska

**Benjamin Wriling**, Gävle, Leg. sjuksköterska, f.d. Projektledare RättsspsyK

## Registrets analysgrupp 2020

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

**Magnus Kristiansson**, Rättsspsykiatri Vård Stockholm, Leg. sjuksköterska, Bitr. Verksamhetschef, Registerhållare

**Helena Andreasson**, Rättsspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

**Marianne Ander**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

**Hans Andersson**, Göteborg, Leg. Sjuksköterska, f.d. Registerhållare

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

**Kaj Forslund**, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef, f.d. Registerhållare

**Frances Hagelbäck Hanson**, Leg. Läkare, specialist i psykiatri och rättsspsykiatri, f.d. Registerhållare

**Peter Karlberg**, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare

**Tom Palmstierna**, Rättsspsykiatri Vård Stockholm, Överläkare, Professor, Fakultet för medicin og helsevitenskap v/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Avd Brøset Trondheim

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

**Benjamin Wriling**, Gävle, Leg. sjuksköterska, f.d. Projektledare RättsspsyK

# Täcknings- och anslutningsgrad

## Verksamhetsnivå

Anslutningsgraden var 96 procent, där 24 av 25 verksamheter i landet rapporterade till RättspsyK. Den verksamheten som inte rapporterade 2020 var Östersund.

## Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av registerservice vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 84 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2019:

[socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6489.pdf](https://socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6489.pdf)

## Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK består av patienter som var aktuella under 2019, med inskrivningsdatum senast 31 december 2019. Urvalet ur patientregistret består av de patienter som vårdades 2019 med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J. Analysen har genomförts på individnivå, om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är antalet patienter i RättspsyK. Nämnaren är totala antalet patienter som förekommer i något av registren RättspsyK eller patientregistret.

## Vårdformer

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

## 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

Lutra gånggrift i Falköping. Foto: Greger Karlsson



Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling.

**Indexbrott/brott**

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

**Tidigare påföljder**

Inga tidigare domar

**Påverkad vid brottet**

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

Alkohol	<input checked="" type="checkbox"/>
Narkotika	<input type="checkbox"/>
Läkemedel	<input type="checkbox"/>
Lösningsmedel	<input type="checkbox"/>
Anabola steroider	<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>

**Dokumenterad historia av missbruk**

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

**Tidigare psykiatrisk vård**

Tidigare psykiatrisk vård?

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård	<input checked="" type="checkbox"/>
Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård	<input checked="" type="checkbox"/>
Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare	<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?

**Domslut**

Datum för dom saknas

Datum för dom i brottsmålet

Typ av domslut



## Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

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

Startår 2008 [rattpsyk.registercentrum.se](http://rattpsyk.registercentrum.se) [kvalitetsregister.se](http://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
- 