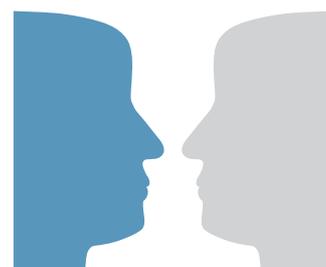


RättspsyK

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

Årsrapport 2011



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



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

Registerhållare

Frances Hagelbäck Hanson

Verksamhetschef, Chefsöverläkare
Rättspsykiatriska vårdkedjan
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
frances.hagelback-hansson@vgregion.se

Hans Andersson

Kvalitetssamordnare, Leg ssk
Rättspsykiatriska vårdkedjan
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
hans.b.andersson@vgregion.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Alessio Degl'innocenti
Bengt Persson
Benjamin Wasniowski
Hans Andersson
Inger Turtell
Kaj Forslund
Malin Lotterberg
Marianne Ander
Nina Möller
Peter Karlberg

Statistiker

Benjamin Häggqvist

Onkologiskt centrum
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
benjamin.haggqvist@oc.umu.se

Sektionsledare statistik

Ann-Marie Svensson

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
ann-marie.svensson@registercentrum.se

Projektledare

Anneli Ambring

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
anneli.ambring@registercentrum.se

Administratör

Anneli Torstensson

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
anneli.torstensson@registercentrum.se

Ansvarig utgivare

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISSN 2001-3698



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	5
Vad är rättspsykiatrisk vård?	6
Syfte och måltal	7
Täckningsgrad	7
Verksamhetsnivå	7
Patientnivå	7
Bakgrundsdata	8
Ålder	8
Tidigare psykiatrisk vård	8
Tidigare missbruk	8
Indexbrott	8
Huvuddiagnos	9
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol	10
Vårdtid	10
Sociala data	13
Färdig för eftervård	13
Samverkan och samverkansbehov	13
Behov av ekonomisk hjälp	13
Förändring av skuldsituation	14
Nätverk	14
Boendeform	14
Självskattningar	15
Hälsa	15
Livskvalitet	16
Risk för återfall i brott	16
Behandlingsdata	18
Resultat	18
GAF-skattning	18
Klinisk skattning av symtombilden	19
BMI	20
Återfall i brottslig gärning	20
Process	21
Får missbruksbehandling	21
Genomförd riskanalys	22
Farmakologisk behandling	23
Patientenkät	27
Insikt i sin sjukdom och problematik	27
Omfattning av tvångsåtgärder	27
Genomförd funktions- och eller behovsskattning	27
Brottsbearbetning	28
Behandling utifrån riskbeteende	28
Redovisning på enhetsnivå	30
Diskussion	40
Utvecklingsarbete	45
Pågående studier	45
Fakta om RättspsyK	46
Registrerare i RättspsyK	46
Styrgrupp	46
Analysgrupp	47
Registrets uppbyggnad	47

Inledning

Syftet med det rättspsykiatriska kvalitetsregistret är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård.

Årsrapporten för 2011 är den fjärde sedan kvalitetsregistret startade på hösten 2008. För första gången finns rapporten nu även i tryckt form.

Genom att registret snabbt fick hög täckningsgrad, både vad gäller andel patienter och deltagande enheter, finns nu data för tre hela år, 2009, 2010 och 2011. Detta gör att vi nu kan visa trender för ett antal indikatorer.

Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer började 2003 och har bedrivits 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 eftersträvs.

I rapporten redovisas inte data för färre än tio patienter för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att i en del sammanställningar kan enheter saknas beroende på litet antal patienter.

På enhetsnivå kan materialet vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet. I Stockholm genomfördes 1 januari 2011 en sammanslagning av alla verksamheter till en gemensam, Rättspsykiatri vård Stockholm. I årsrapporten har data även för 2010 som avser Stockholm ställts samman utifrån denna omorganisation för att underlätta jämförbarhet mellan åren. Data för de enskilda enheterna 2010 i Stockholm finns i årsrapporten för 2010.

På klinisknivå redovisas ett urval indikatorer med möjlighet till jämförelser mellan kliniker och mot ett riksgenomsnitt.

Utöver denna redovisning av utfall finns RättspsyK också sedan några år med i Öppna Jämförelser, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) med två variabler; återfall i brottslig gärning under pågående vård samt andel patienter med BMI > 30. I den sammanställningen redovisas utfall på landstings- och enhetsnivå för respektive variabel.

Tidigare och denna årsrapport samt klinikvisa rapporter finns att läsa och hämta på:

<http://www.cancercentrum.se/sv/INCA/kvalitetsregister/RattpsyK/>

Efter att RättspsyK nu varit igång några år, med hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten, kan styrgruppen trots det konstatera att det återstår en del arbete när det gäller att få verksamheterna att agera på sina data. Utifrån den kunskapen har styrgruppen under åren valt olika sätt att presentera årsrapporten för att göra den lättillgänglig och intressant för den enskilda verksamheten. Som en del i det arbetet kommer rapporten i år för första gången även i tryckt form och med utvecklad grafik. Det är styrgruppens förhoppning att rapportens innehåll och utformning ska bidra till att den blir läst, reflekterad kring och ge uppslag till förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Sammanfattning

Täckningsgraden är fortsatt hög, 89 procent av patienterna i rättspsykiatrisk vård finns med i RättspsyK. På enhetsnivå är täckningsgraden 96 procent.

Drygt 90 procent av patienterna har haft tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Detta gäller i något högre grad kvinnor än män.

Den vanligaste diagnosen är schizofreni med dess olika varianter både bland män och kvinnor. Dock föreligger könsskillnader. Andelen personlighetsstörningar är, åtminstone som huvuddiagnos, högre hos kvinnor (18 procent) än hos män (5 procent) medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 40 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knappt 25 procent av de kvinnliga var påverkade vid de gärningar man dömts för. Uppgift saknas dock för 19 procent respektive 16 procent.

För ungefär en femtedel av patienterna är samverkansbehovet med externa aktörer inte tillgodosett. Andelen patienter som har hela eller delar av sitt samverkansbehov tillgodosett är runt 95 procent. Samma patient kan alltså förekomma i båda grupperna, det vill säga att samverkansbehovet är tillgodosett vad gäller vissa behov medan andra inte ännu är tillgodosedda.

Andelen patienter med förbättrad skuldsituation har ökat något för kvinnor medan det för män visar en minskande andel.

Patienterna skattar själva tre indikatorer, hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. Såväl hälsa som livskvalitet skattas högre av män, medan det inte är någon skillnad mellan könen när det gäller risk för återfall i brott.

Under åren 2009 till 2011 har andelen patienter som återfaller i brott under pågående vård visar en sjunkande tendens, från ca 18 procent till ca 12 procent.

Andelen patienter som bedöms färdiga för eftervård men ändå vårdas inneliggande är låg, cirka 7 procent.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder visar en sjunkande tendens. För enskilda tvångsåtgärder är tendensen densamma förutom när det gäller andelen patienter som nekats elektronisk kommunikation där den ökar något. Detta gäller såväl för kvinnor som för män.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård

I likhet med de flesta andra länder finns i Sverige möjlighet att rättsligt särbehandla personer som gjort sig skyldiga till brott och som i samband med brottet varit psykiskt sjuka.

Undantaget från att döma till vanliga påföljder (fängelse, skyddstillsyn, böter, villkorlig dom, slutet ungdomsvård m.m.) anges i Brottsbalken 30 kap 6 §:

”Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning ska i första hand dömas till en annan påföljd än fängelse. Rätten får döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl.”

I Brottsbalkens 31 kap 3 § anges:

”Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.”

Med utgångspunkt från Brottsbalken kan den dömande instansen, vanligtvis en tingsrätt, besluta om ett psykiatriskt underlag för den påföljd som ska utdömas. Begäran om en psykiatrisk bedömning kan göras av parterna vid rättegången, åklagaren eller den tilltalade genom sin försvarare, men det är domstolen som beslutar.

Den rättspsykiatriska bedömningen sker för det mesta i två steg. Den aktuella domstolen begär ett läkarutlåtande av den tilltalade, ett så kallat § 7-intyg eller, med äldre språkbruk, ”liten sinnesundersökning”, vilken fungerar som ett ”gallringsinstrument” för vilka som ska gå vidare i bedömningsprocessen. Per år genomförs cirka 1 500 § 7 undersökningar i landet. Domstolen kan därefter begära att en rättspsykiatrisk undersökning, så kallad RPU eller ”stor sinnesundersökning”, som genomförs vid två statliga enheter, RPA Göteborg och RPA Huddinge, samt, enligt avtal med staten, vid Norrländska Universitetssjukhuset

i Umeå. En rättspsykiatrisk undersökning ska enbart genomföras då det föreligger klara bevis för att den tilltalade är skyldig till de brott som han eller hon är anklagad för och då fängelse ingår i straffskalan för den åtalade gärningen. Det genomförs cirka 500 ”stora” rättspsykiatriska undersökningar per år i Sverige.

Den rättspsykiatriska undersökningen syftar till att ge domstolen, utifrån formuleringarna i Brottsbalken, svar på frågorna:

- Förelåg en allvarlig psykisk störning vid gärningen?
- Föreligger en allvarlig psykisk störning och ett vårdbehov vid tidpunkten för den rättspsykiatriska undersökningen?

En rättspsykiatrisk undersökning genomförs under ganska kort tid: fyra veckor för en person som är häktad eller sex veckor för som inte är häktad.

Begreppet Allvarlig Psykisk Störning, APS, är ett juridiskt begrepp, men grundar sig på en medicinsk-psykiatrisk bedömning. Enligt regelverket beskrivs Allvarlig Psykisk Störning som tillstånd med psykotisk svårighetsgrad, oavsett etiologi, med något av symtomen förvirring, tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Man ska vid bestämning av det psykiska tillståndets allvar se till såväl art (diagnostisk kategori) som grad (symtomens påverkan på individen och den psykosociala funktionsförmågan).

Som anges i Brottsbalken kan den rättspsykiatriska vården ges med eller utan så kallad särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste formen, cirka 80 procent av patienterna, är med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att en lokal Förvaltningsrätt beslutar om friförmåner under vårdtiden (frigång och permission), överföring till öppen rättspsykiatrisk vård samt definitiv utskrivning från vården. Den rättspsykiatriska vården ska regelbundet prövas av Förvaltningsrätten var sjätte månad. Om vården sker utan särskild utskrivningsprövning beslutar chefsöverläkaren vid enheten om friförmåner, överföring till öppen vård och definitiv utskrivning. En patient har dock möjlighet att när som helst under vårdtiden vända sig till Förvaltningsrätten för att få sitt ärende prövat. Parterna har även möjlighet att vända sig till en högre instans (Kammarrätt och Regeringsrätt).

Syfte och måltal

Det övergripande syftet med registret är att utifrån data ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning.

För 2012 har tre måltal formulerats för registret med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatrin. För att bidra till att göra dessa kända omnämns de även i denna rapport för 2011.

Måltalen är:

1. Medelvärdet i landet för patientens självskattade hälsa ska vara >75 mätt med VAS-skala.
2. Andel patienter i landet med BMI¹ >30 ska vara <37 procent.
3. Andel patienter i landet som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara <10 procent

Dessa måltal ska ses som måltal för registret som helhet på nationell nivå. Den enskilda enheten kan sedan sätta sitt eget måltal oavsett om detta ligger över eller under det nationella måttalet.

En utgångspunkt i arbetet har varit att ha ett begränsat antal måltal som alla känner till, är utmanande, allsidiga och accepterade.

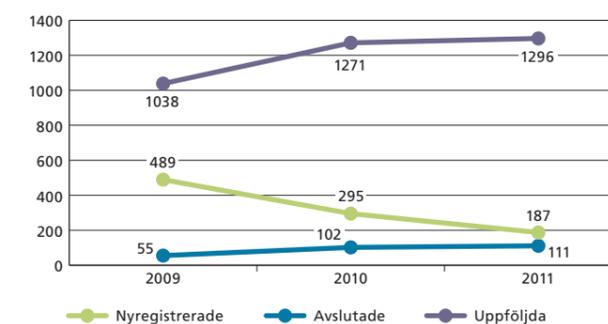
Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

Det är 24 av 25 möjliga enheter i landet som rapporterar till registret vilket ger en täckningsgrad på 96 procent.

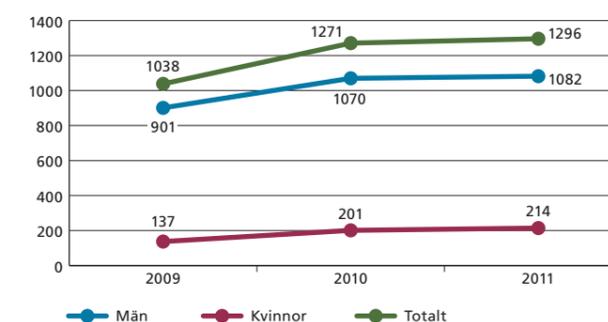
Patientnivå

Figur 1. Antal nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter åren 2009–2011.



Enligt en endagsinventering i maj 2008 av Socialstyrelsen vårdades 1 463 patienter i landet i rättspsykiatrisk vård. 2011 fanns 1 296 uppföljningsregistreringar gjorda vilket ger en täckningsgrad på 89 procent.

Figur 2. Antal uppföljda patienter uppdelat på kön.



Tabell 1. Uppföljda patienter uppdelat på kön.

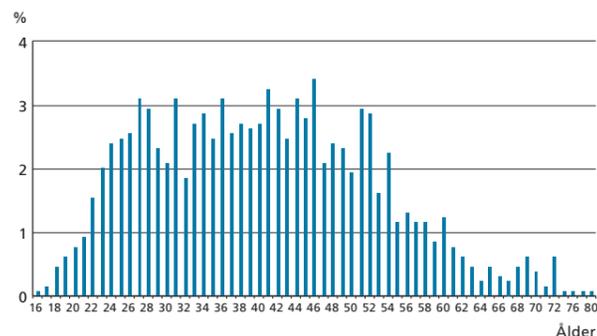
År	Män			Kvinnor		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Antal	901	1070	1082	137	201	214
Andel (%)	86,8	84,2	83,5	13,2	15,8	16,5
Ålder (medelvärde)	40,8	41,4	41,2	39,5	40,3	40,2

¹BMI, Body Mass Index, anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt (kg) dividerat med kroppslängden i kvadrat (m²).

Bakgrundsdata

Ålder

Figur 3. Åldersfördelning i registret, andel.

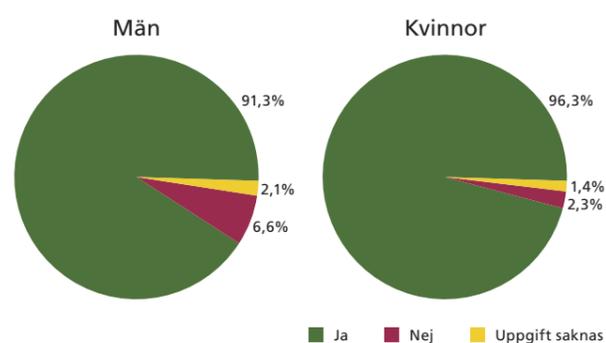


Åldern på de rättspsykiatriska patienterna varierar mellan 16 och 80 år. Majoriteten (55 %) är mellan 25 och 44 år. En mindre andel, 17 patienter är under 20 år men utgör i många avseenden en grupp med stora behov. Utöver psykiatriska och psykologiska behov föreligger exempelvis lagstadgade rättigheter såsom skolplikt. Andelen patienter över 55 år är cirka 43 procent och även denna grupp har stora behov, inte minst på grund av somatisk sjukdom.

Tidigare psykiatrisk vård

De individer som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. Även innan den brottslighet, som de dömts för har en stor andel (92 %) haft kontakt med den psykiatriska vården. Detta gäller i något högre grad kvinnor än män.

Figur 4. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård, år 2011.

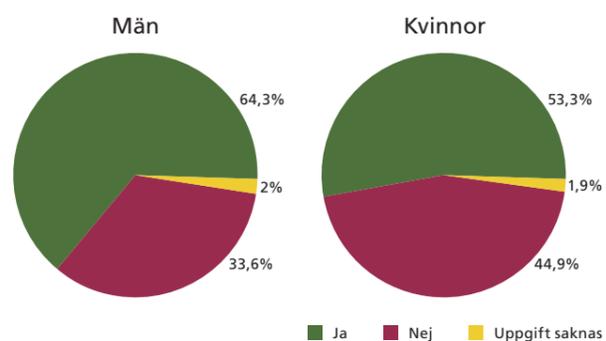


Tabell 2. Tidigare psykiatrisk vård. Uppdelat på kön.

Antal (%)	Ja	Nej	Uppgift saknas	Totalt
Män	988 (91,3)	71 (6,6)	23 (2,1)	1082 (100)
Kvinnor	206 (96,3)	5 (2,3)	3 (1,4)	214 (100)
Totalt	1194 (92)	76 (6)	26 (2)	1296 (100)

Tidigare missbruk

Figur 5. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk, år 2011.



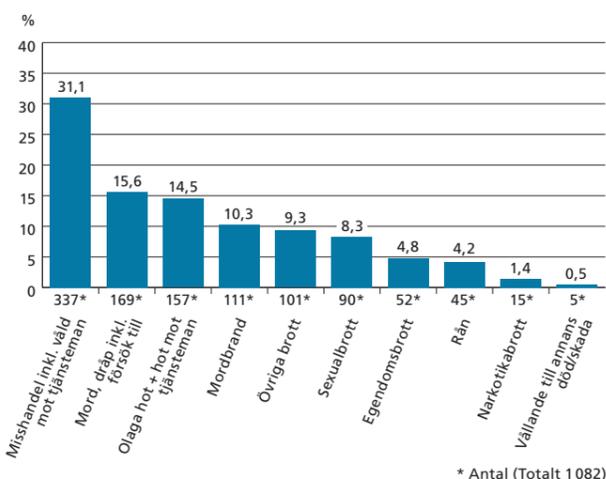
Tabell 3. Tidigare dokumenterat missbruk. Uppdelat på kön.

Antal (%)	Ja	Nej	Uppgift saknas	Totalt
Män	696 (64,3)	364 (33,6)	22 (2,0)	1082 (100)
Kvinnor	114 (53,3)	96 (44,9)	4 (1,9)	214 (100)
Totalt	810 (62)	460 (35)	26 (2)	1296 (100)

Utöver den psykiatriska problematiken uppvisar de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk. Två tredjedelar av männen (64 %) och drygt hälften av kvinnorna (54 %) har ett tidigare dokumenterat missbruk.

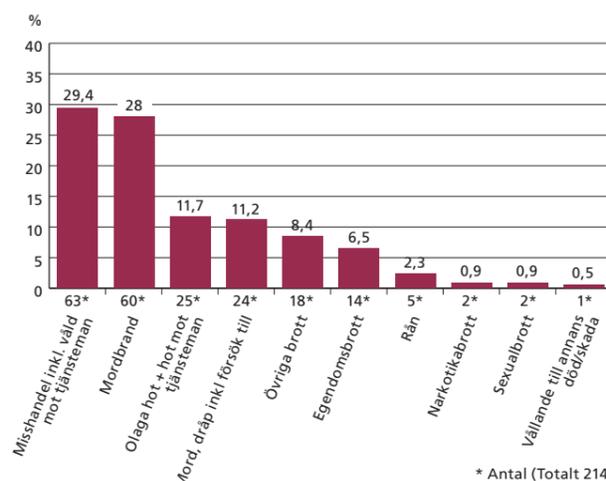
Indexbrott

Figur 6. De tio vanligaste indexbrotten för män, år 2011.



* Antal (Totalt 1082)

Figur 7. De tio vanligaste indexbrotten för kvinnor, år 2011.

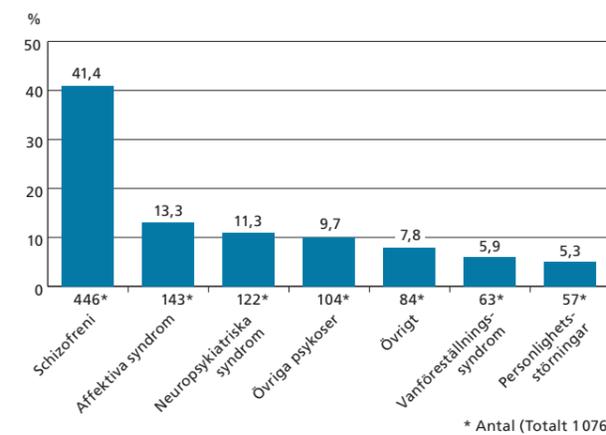


* Antal (Totalt 214)

Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Brottsligheten som de manliga rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot person (inklusive sexualbrott och rån) och omfattar drygt tre fjärdedelar av indexbrotten. Bland kvinnorna är brott mot person inte lika framträdande, men omfattar likväl drygt hälften av indexbrotten. Istället är det mordbrand – en ”klassisk” brottstyp i rättspsykiatriska sammanhang – som dominerar bland kvinnorna och utgör närmare en tredjedel av indexbrotten men även här är misshandel inklusive våld mot tjänsteman det vanligaste indexbrottet. Andelen sexualbrott är tämligen låg bland männen, cirka 8 procent, och är i det närmaste obefintlig bland kvinnorna.

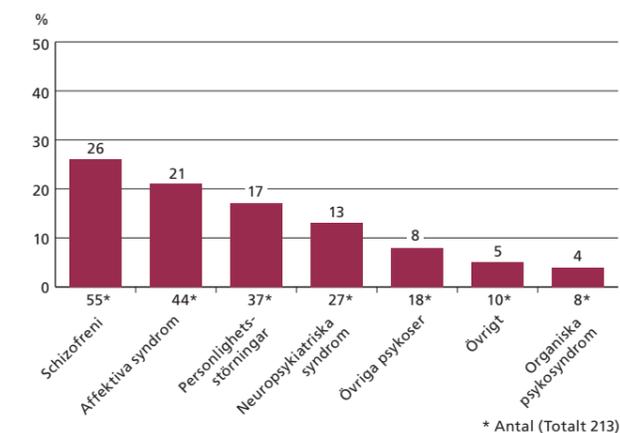
Huvuddiagnos

Figur 8. De sju vanligaste diagnoserna för män, år 2011.



* Antal (Totalt 1076)

Figur 9. De sju vanligaste diagnoserna för kvinnor, år 2011.



* Antal (Totalt 213)

De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiagnoser som patienterna uppvisar. Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både män och kvinnor. En absolut majoritet av patienterna uppvisar en psykisk störning med psykotisk valör (inklusive affektiva störningar).

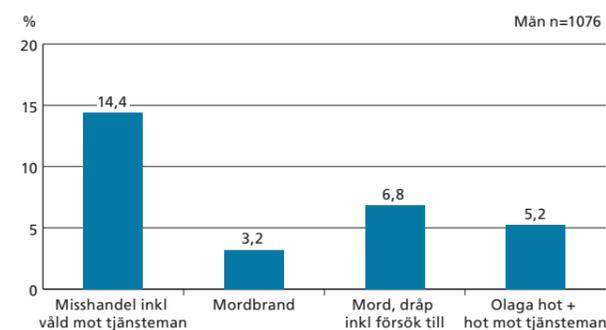
Det föreligger vissa könsskillnader. Andelen personlighetsstörningar är, åtminstone som huvuddiagnos, högre hos kvinnor (17 %) än hos män (5 %) medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

Andelen patienter som har mental retardation som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar enbart 3 procent, men är likväl en patientgrupp som medför många problem att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö.

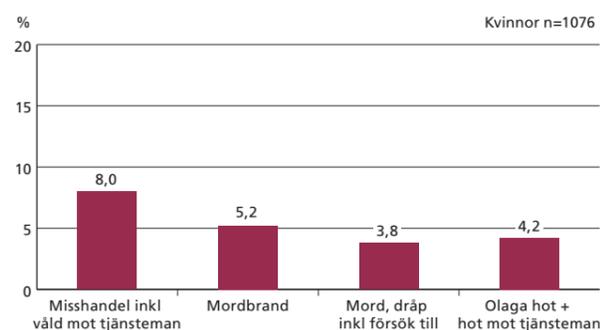
Neuropsykiatriska störningar har mött ökad uppmärksamhet under senare år och utgör cirka 12 procent.

Flera av patienterna har missbruk och psykisk samsjuklighet vilket innebär att man förutom en psykosdiagnos har en missbruksdiagnos (alkohol, narkotika eller medicin och ofta i kombination).

Figur 10. Indexbott vid diagnos schizofreni år 2011 – män.

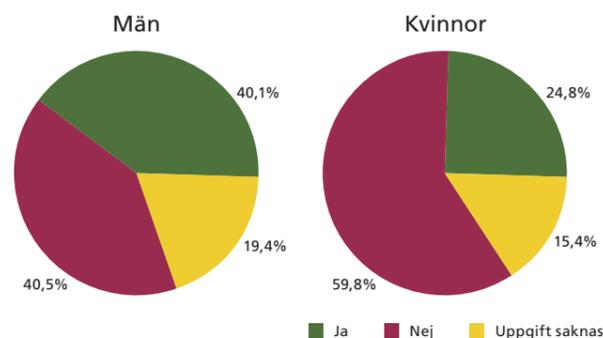


Figur 11. Indexbott vid diagnos schizofreni år 2011 – kvinnor.



Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol

Figur 12. Andel patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid brottet.



Tabell 4. Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol. Uppdelat på kön.

Antal (%)	Ja	Nej	Uppgift saknas	Totalt
Män	434 (40,1)	438 (40,5)	210 (19,4)	1 082 (100)
Kvinnor	53 (24,8)	128 (59,8)	33 (15,4)	214 (100)
Totalt	487 (38)	566 (44)	243 (19)	1 296 (100)

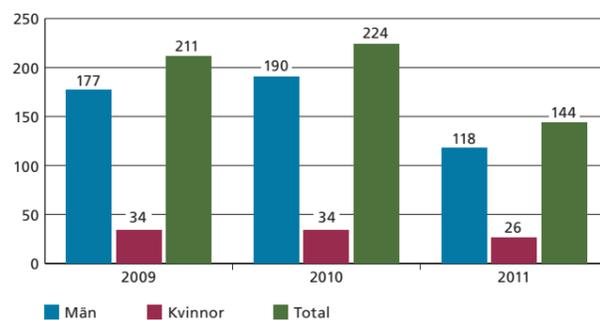
Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 40 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knappt 25 procent av de kvinnliga var påverkade vid de gärningar man dömts för. Uppgift saknas dock för 19 procent respektive 16 procent.

Vårdtid

Avslutade vårdepisoder 2009–2011

Nedanstående sammanställningar bygger på avslutade vårdepisoder under åren 2009–2011. I vissa av diagrammen kan en del poster ha utelämnats på grund av att antalet individer varit för få. Anledningen har dels varit att det funnits risk för identifiering, dels att medianvärdet kunnat bli missvisande om alltför få individer ingått. Gränsvärdet för antalet individer i en post har varit färre än tio. Detta innebär att summan inte alltid blir densamma vid de olika sammanställningarna av medianvårdtider. I en del av diagrammen anges antalet individer i en post vertikalt till vänster om namnet på posten, exempelvis ”485 Män”.

Figur 13. Antal avslutade vårdepisoder i hela landet åren 2009–2011.

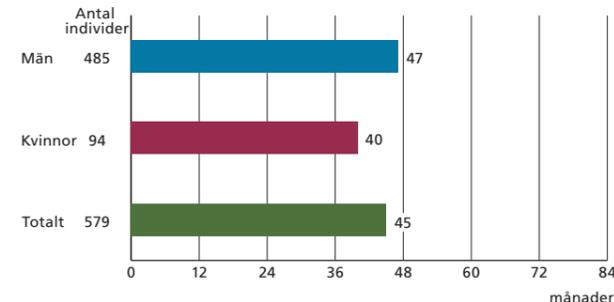


Sammanlagt 579 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården i Sverige under åren 2009–2011. Andelen kvinnor, 94 individer, utgör drygt 16 procent av det totala antalet patienter och antalet män som blev definitivt utskrivna under de tre åren är 485. Under åren 2009 och 2010 avslutades drygt 200 vårdepisoder per år (211 år 2009 och 224 år 2010), medan antalet 2011 låg under 150, vilket är anmärkningsvärt lägre. Det är i synnerhet ett lägre antal män som skrevs ut från vården under 2011.

Medianvårdtider för individer som blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2011

Beräkningen bygger på uppgifter från de sammanlagt 579 avslutade vårdepisoder, d v s då patienten blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården. Vårdtiden är i allmänhet mellan tre och fyra år och medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 45 månader, drygt tre och ett halvt år. Det föreligger en viss skillnad mellan vårdtiden för män respektive kvinnor, där männens vårdtid i genomsnitt är ett drygt halvår längre.

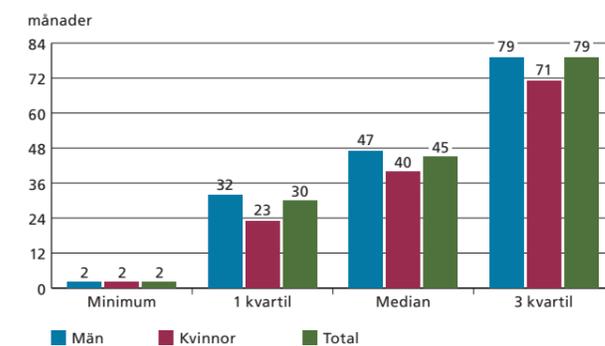
Figur 14. Medianvårdtider åren 2009–2011.



Vårdtiden varierar påtagligt. Kortaste vårdtid för såväl män som kvinnor är drygt två månader. Tre fjärdedelar av patienterna vårdas mer än två och ett halvt år (30,24 månader) med något längre vårdtid för män än för kvinnor.

En fjärdedel av de manliga patienterna vårdas mer än sex och ett halvt år (78,62 månader) och en fjärdedel av kvinnorna sex år, i det närmaste, eller mer (71,29 månader). Längst vårdtid för män är nästan 33 år (393,49 månader) och för kvinnor 20 år (240,16 månader).

Figur 15. Vårdtid i månader för avslutade vårdepisoder.

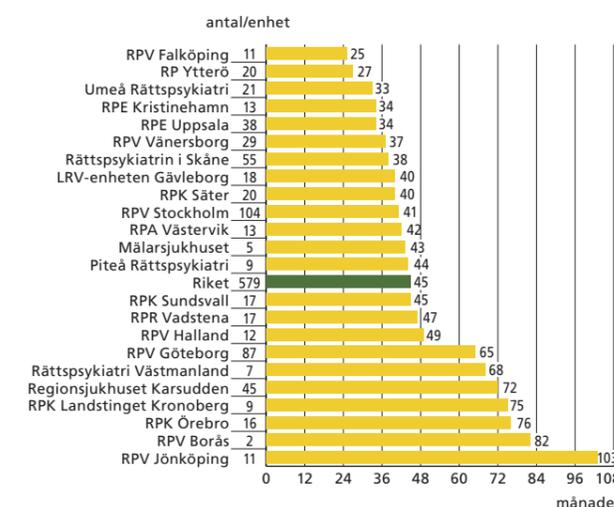


Medianvårdtider vid olika rättspsykiatriska vårdenheter

Sammantaget under de tre åren 2009–2011 skiljer sig medianvårdtiden påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 25 månader (drygt 2 år) och 103 (drygt 7,5 år). För landet som helhet ligger vårdtiden, som tidigare nämnts på 45 månader eller knappt fyra år.

Medianvårdtiderna vid regionklinikerna, Säter, Sundsvall, Vadstena, Karsudden och Växjö, särskiljer sig inte anmärkningsvärt från de andra enheterna. Det finns anledning att misstänka att flera avslutade vårdepisoder vid ”hemortsenheter” innehållit vårdtillfällen vid någon av regionklinikerna. (Regionkliniken i Växjö saknas då antalet individer som skrevs ut åren 2009–2011 var färre än tio.)

Figur 16. Medianvårdtider vid olika enheter.

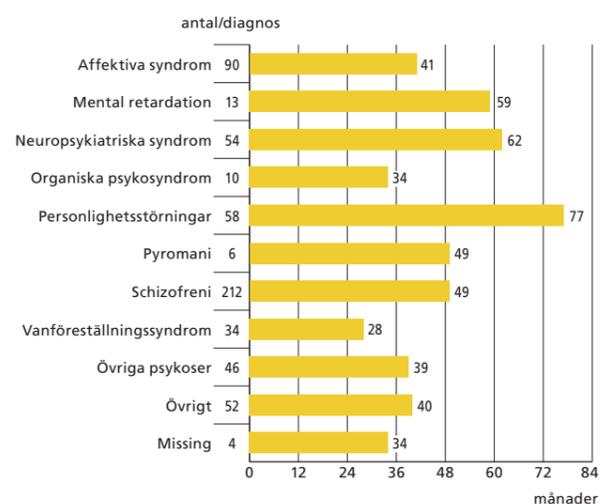


Medianvårdtid vid olika diagnoser

Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Längst vårdtider noteras vid i synnerhet personlighetsstörningar men även vid psykisk utvecklingsstörning och neuropsykiatriska syndrom (autismspektrumstörning och Aspergers syndrom). Det tycks som om den rättspsykiatriska vården och kanske psykiatri i allmänhet har bättre behandlingsmöjligheter och därmed bättre behandlingsresultat och kortare vårdtider vid organiska psykostillstånd, affektiva störningar, vanföreställningsyndrom och schizofreni än vid exempelvis personlighetsstörning. Vårdtiderna vid den ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart sex individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

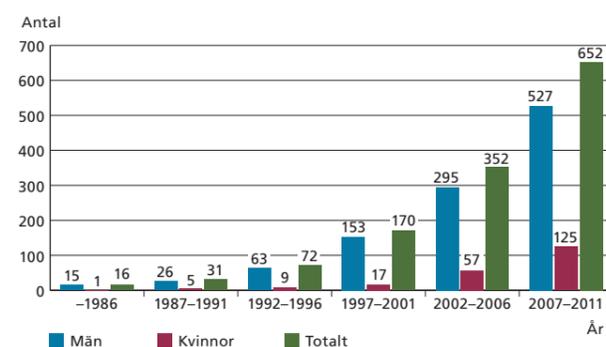
En anledning till de långa vårdtiderna vid personlighetsstörning skulle eventuellt kunna vara att det i denna patientgrupp finns mer av missbruk, vilket kan förlänga vårdtiden.

Figur 17. Medianvårdtider vid olika diagnostyper.



Domslutsår

Figur 18. Domslutsår för patienter som vårdades 2011.

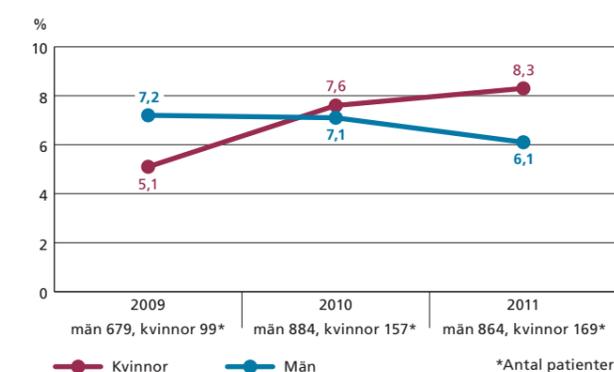


Grafen visar, i femårsintervaller, vilket år patienter, som är under vård, dömdes till rättspsykiatrisk vård.

Sociala data

Färdig för eftervård

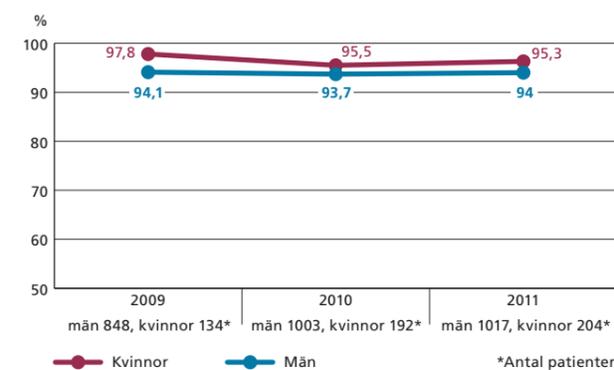
Figur 19. Andel patienter som vårdas i dyngsvård trots att patienten bedöms vara färdig för eget boende/annan vårdform.



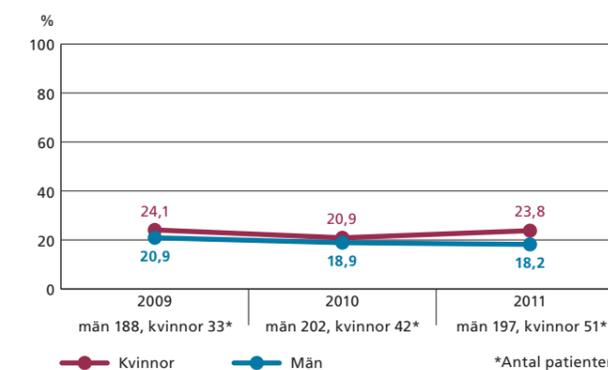
Figur 19 visar hur stor andel rättspsykiatriska patienter som fortfarande vårdas inlaggande trots att de bedömts kunna vårdas i öppnare vårdform. Totala andelen patienter som bedömts vara färdiga för eftervård men ändå vårdas inlaggande är låg, för 2011 cirka 7 procent.

Fungerande samverkan och samverkansbehov

Figur 20. Andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.



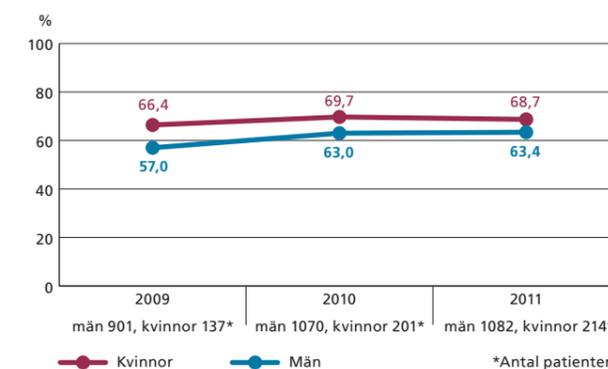
Figur 21. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett.



Andel patienter med fungerande samverkan och andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett framgår av figur 20 och 21. Samma patient kan förekomma i båda graferna, det vill säga att samverkansbehovet är tillgodosett vad gäller vissa behov medan andra inte ännu är tillgodosedda.

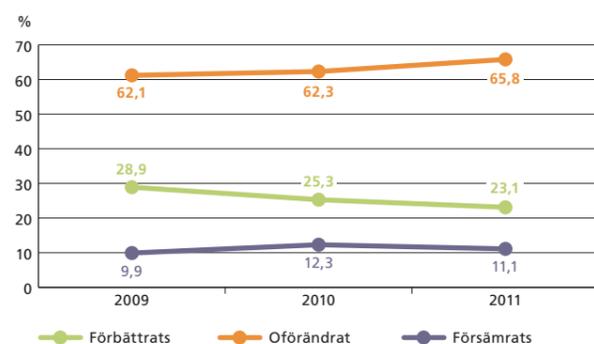
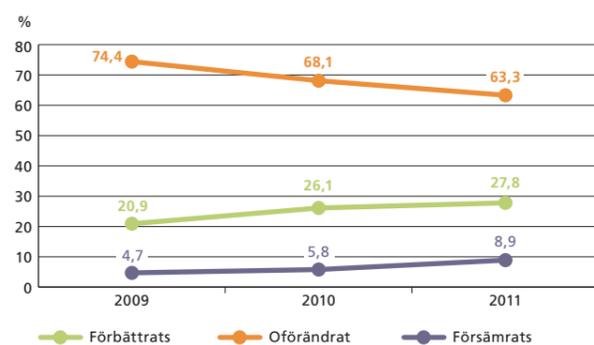
Behov av ekonomisk hjälp

Figur 22. Andel som är i behov av ekonomisk hjälp 2011.



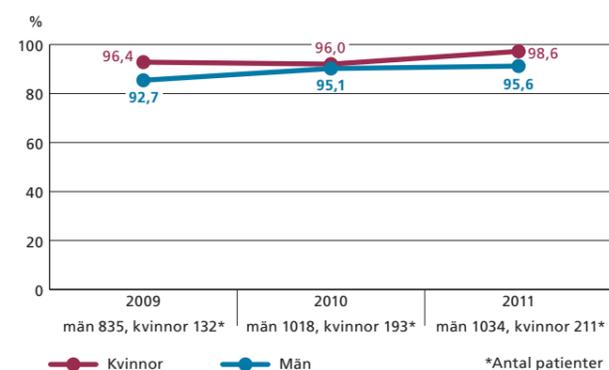
Andelen patienter som har behov av hjälp för att hantera sin ekonomi är stor vilket framgår av figur 22.

Förändring av skuldsituation

Figur 23a. Andel patienter med förändrad skuldsituation – män.**Figur 23b.** Andel patienter med förändrad skuldsituation – kvinnor.

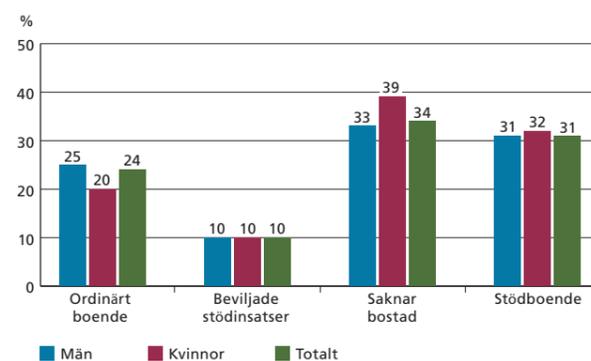
Figur 23 beskriver andelen patienter där skuldbördan minskat, är oförändrad och försämrats.

Nätverk

Figur 24. Andel patienter som har ett nätverk.

Andelen patienter med tillgång till nätverk är hög, över 90 procent vilket framgår av figur 24.

Boendeform

Figur 25. Andel patienter som har tillgång till olika boenden under pågående vård, år 2011.**Tabell 5.** Boendeform uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	Ordinärt boende	Beviljade stödinsatser	Saknar bostad	Stödboende	Uppgift saknas	Totalt
2009	Män	201 (22,3)	75 (8,3)	359 (39,8)	259 (28,7)	7 (0,8)	901 (100)
	Kvinnor	29 (21,2)	10 (7,3)	54 (39,4)	42 (30,7)	2 (1,5)	137 (100)
	Totalt	230 (22,2)	85 (8,2)	413 (39,8)	301 (29,0)	9 (0,9)	1038 (100)
2010	Män	270 (25,2)	102 (9,5)	376 (35,1)	319 (29,8)	3 (0,3)	1070 (100)
	Kvinnor	54 (26,9)	13 (6,5)	64 (31,8)	70 (34,8)	0 (0,0)	201 (100)
	Totalt	324 (25,5)	115 (9,0)	440 (34,6)	389 (30,6)	3 (0,2)	1271 (100)
2011	Män	272 (25,1)	107 (9,9)	361 (33,4)	332 (30,7)	10 (0,9)	1082 (100)
	Kvinnor	42 (19,6)	21 (9,8)	83 (38,8)	68 (31,8)	0 (0,0)	214 (100)
	Totalt	314 (24,2)	128 (9,9)	444 (34,3)	400 (30,9)	10 (0,8)	1296 (100)

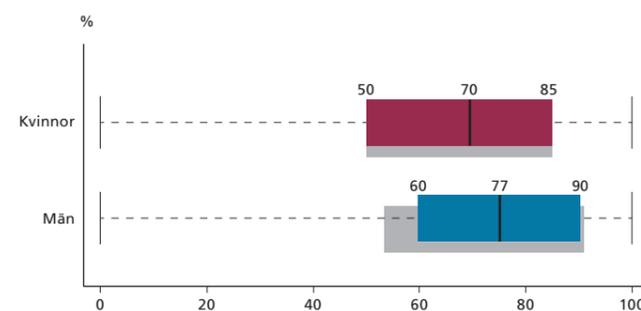
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figur 25. I grafen ingår både inlagda patienter och patienter som vårdas enligt lagen om

öppen rättspsykiatrisk vård vilket gör att andelen patienter med boendeform stödboende utgör cirka 30 procent.

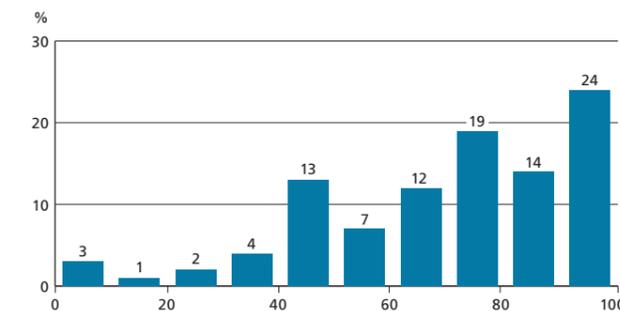
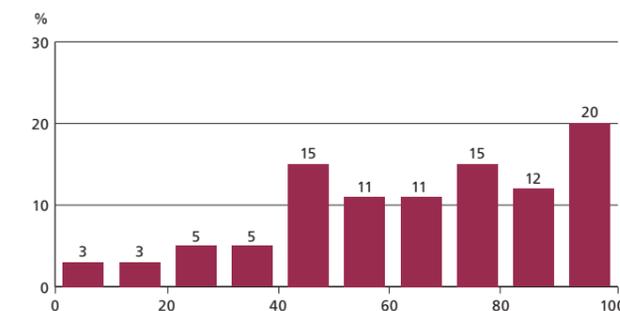
Självskattningar

Patienten erbjuds att fylla i tre stycken självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur individen själv upplever sin aktuella situation i tre olika hänseenden; hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. I detta avsnitt vägs ingen annan information in än den som individen själv lämnar. Personalen gör inte någon bedömning av den skattning patienten gör. Skattningarna som används är vetenskapligt framtagna och är hämtade från Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM)¹.

Hälsa

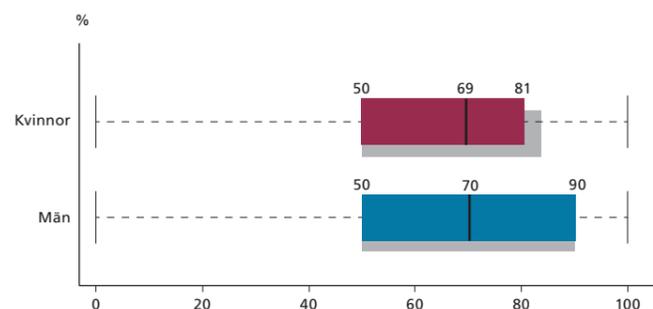
Figur 26a. Patientens skattning av sin hälsa, VAS-skala, år 2011.

Patientens skattning av sin hälsa enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin hälsa som lägre än boxens undre gräns och 25% har uppskattat den som högre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning. De skuggade boxarna visar föregående års skattningar.

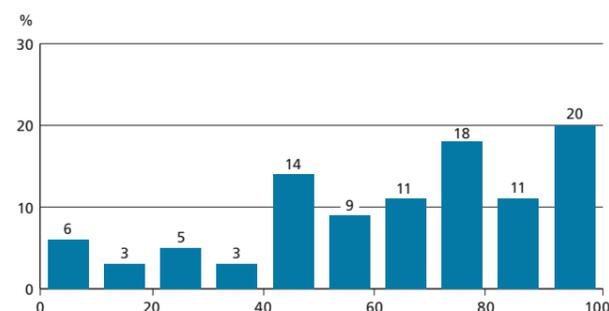
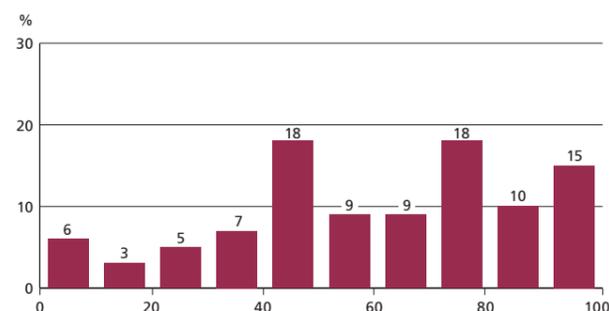
Figur 26b. Hälsa VAS-skala, män år 2011.**Figur 26c.** Hälsa VAS-skala, kvinnor år 2011.

¹SORM är ett riskhanteringsinstrument utvecklat vid Centrum för våldsprevention, Karolinska Institutet, Stockholm.

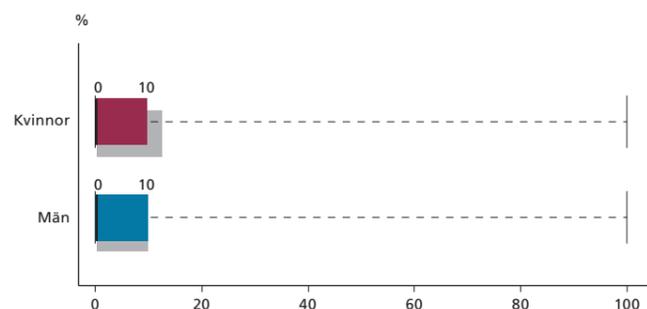
Livskvalitet

Figur 27a. Patientens skattning av sin livskvalitet, VAS-skala, år 2011.

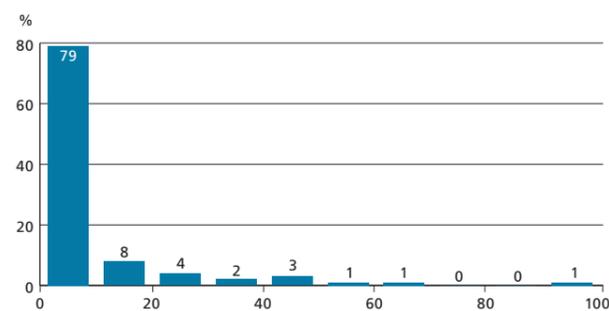
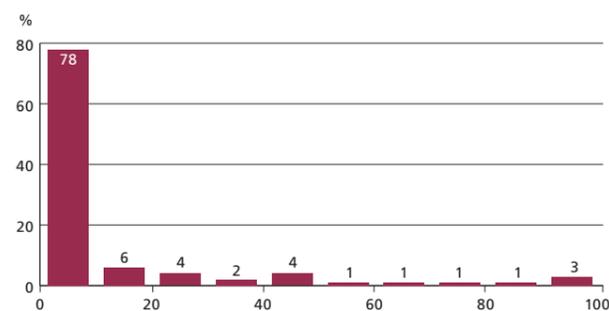
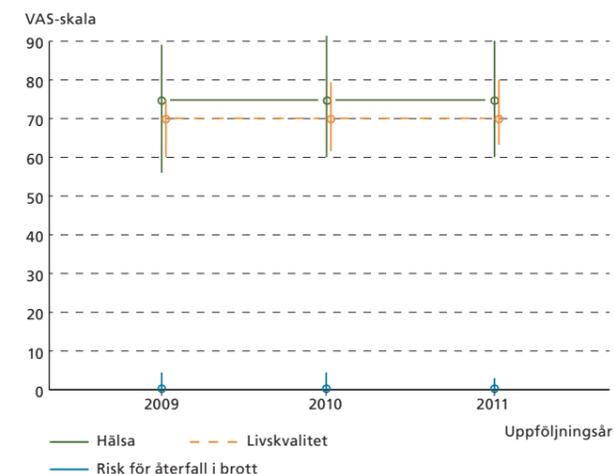
Patientens skattning av sin livskvalitet enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin livskvalitet som lägre än boxens undre gräns och 25% har uppskattat den som högre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning. De skuggade boxarna visar föregående års skattningar.

Figur 27b. Livskvalitet VAS-skala, män år 2011.**Figur 27c.** Livskvalitet VAS-skala, kvinnor år 2011.

Risk för återfall i brott

Figur 28a. Patientens skattning av sin risk för återfall i brott, år 2011.

Patientens skattning av sin risk för återfall enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin risk för återfall som lägre än boxens undre gräns och 25% har uppskattat den som högre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning. De skuggade boxarna visar föregående års skattningar.

Figur 28b. Risk för återfall i brott VAS-skala, män år 2011.**Figur 28c.** Risk för återfall i brott VAS-skala, kvinnor år 2011.**Figur 29.** Patienternas självskattning av sin hälsa, sin livskvalitet samt sin risk för återfall i brott, år 2011.

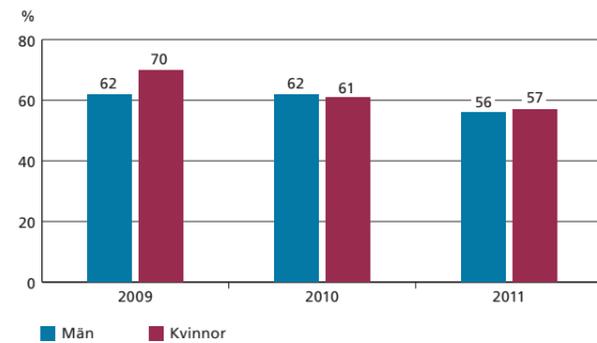
Medianvärdet av självskattningarna för hälsa, livskvalitet samt risk för återfall i brott. De lodräta linjerna visar skattningarnas spridning. En lång linje visar en stor spridning av resultatet av självskattningarna medan en kort linje visar ett samlat resultat.

Självskattningarna för 2011 visar att patienternas egen upplevelse av sin hälsa (figur 26) samt sin livskvalitet (figur 27) är god både för kvinnor och för män. Den egna skattningen av risk för återfall i brott (figur 28) under pågående vårdeperiod har både kvinnor och män skattat som mycket låg och i vissa fall obefintlig. I figur 29 görs en jämförelse av medianvärdena av skattningarna för de tre variablerna mellan åren. Mellan åren kan endast små förändringar ses.

Behandlingsdata

Resultat

Figur 30. Andel patienter med genomförd GAF-skattning¹ år 2011.



¹GAF: Global Assessment of Functioning Scale, som är en global funktionsskattningsskala i två delar där man gör en bedömning av symtom och allmän funktionsnivå.

Figur 31. Fördelning av GAF-värde för uppföljningar 2011.



Tabell 6. Skattade GAF-värden uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Totalt
2009	Män	5 (0,9)	19 (3,4)	77 (13,8)	196 (35,2)	120 (21,5)	90 (16,2)	36 (6,5)	12 (2,2)	2 (0,4)	0 (0,0)	901 (100)
	Kvinnor	0 (0,0)	4 (4,2)	16 (16,7)	28 (29,2)	27 (28,1)	13 (13,5)	6 (6,2)	2 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	137 (100)
	Totalt	5 (0,8)	23 (3,5)	93 (14,2)	224 (34,3)	147 (22,5)	103 (15,8)	42 (6,4)	14 (2,1)	2 (0,3)	0 (0,0)	1038 (100)
2010	Män	9 (1,4)	25 (3,8)	85 (12,8)	205 (30,9)	167 (25,2)	113 (17,0)	45 (6,8)	14 (2,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	1070 (100)
	Kvinnor	0 (0,0)	9 (7,3)	22 (17,9)	46 (37,4)	22 (17,9)	17 (13,8)	7 (5,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	201 (100)
	Totalt	9 (1,1)	34 (4,3)	107 (13,6)	251 (31,9)	189 (24,0)	130 (16,5)	52 (6,6)	14 (1,8)	1 (0,1)	0 (0,0)	1271 (100)
2011	Män	4 (0,7)	26 (4,3)	68 (11,3)	200 (33,2)	155 (25,7)	95 (15,8)	41 (6,8)	13 (2,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	1082 (100)
	Kvinnor	3 (2,5)	6 (5,0)	19 (15,7)	44 (36,4)	31 (25,6)	10 (8,3)	7 (5,8)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	214 (100)
	Totalt	7 (1,0)	32 (4,4)	87 (12,0)	244 (33,7)	186 (25,7)	105 (14,5)	48 (6,6)	14 (1,9)	1 (0,1)	0 (0,0)	1296 (100)

GAF-skattning

Den diagnostiska taxonomin DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV) belyser psykisk problematik utifrån fem dimensioner, så kallade axlar. Den femte axeln avser att ge ett numeriskt värde på den psykosociala funktionsförmågan, ett GAF-värde (Global Assessment of Functioning). Skalans värden ligger på en poängskala mellan ett och hundra (1-100) där värdet 100 anger bäst fungerande. Bedömaren har möjlighet att ange noll (0) då en skattning av olika anledningar inte går att genomföra.

Den psykosociala funktionsnivån belyses ur två aspekter: psykiatriska symtom (t.ex. nervositet, depressiva besvär, vanföreställningar, hallucinationer) och social funktionsförmåga (t.ex. arbetsförmåga, socialt kontaktnät, ADL-funktioner). Ibland görs en gradering av var och en av dessa aspekter, ibland görs en sammanvägd gradering. Om gradering görs av båda aspekterna ska det lägsta värdet gälla som indikator på psykosocial funktionsförmåga. Gradering av psykosocial funktionsförmåga utförs på de flesta rättspsykiatriska vårdenheter. Vem som utför graderingen och i vilka sammanhang kan skifta mellan enheterna och också inom en enhet. Vid den rättspsykiatriska undersökningen kommer GAF-värdet, då den undersökte bedöms ha ett vårdbehov och rekommenderas att bli överlämnad till rättspsykiatrisk vård, i de flesta fall att ligga omkring eller under 40.

Strax under 60 procent av patienterna skattas enligt den globala funktionsskalan GAF.

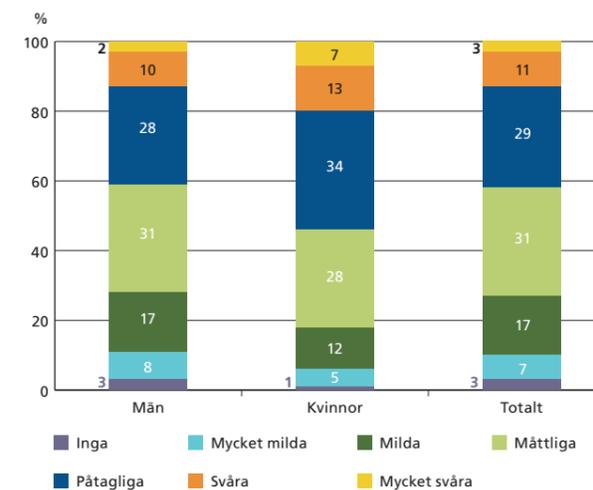
GAF-värde

Liksom år 2009 och år 2010 erhåller en majoritet av patienterna vid uppföljningen 2011 ett GAF-värde i intervallet 31-40, vilket innebär uttalade funktions-svårigheter och/eller viss störning av realitetsprövning/kommunikationsförmåga.

Vid uppföljningen 2011 jämfört med år 2010 noteras att andelen kvinnor som skattats i intervallet 41-50 har ökat (differens 7,1 %) samtidigt som andelen kvinnor med skattningar i intervallet 51-60 har minskat med ungefär samma andel (differens 5,5 %). Således skattas en större andel kvinnor ha en försämrad symtombild och/eller funktionsnivå enligt GAF.

Klinisk skattning av symtombilden

Figur 32. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader för 2011.



Tabell 7. Skattad svårighetsgrad av symtom uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	Inga	Mycket milda	Milda	Måttliga	Påtagliga	Svåra	Mycket svåra	Totalt
2009	Män	30 (3,3)	52 (5,8)	154 (17,1)	265 (29,4)	278 (30,9)	95 (10,5)	27 (3,0)	901 (100)
	Kvinnor	4 (2,9)	9 (6,6)	20 (14,6)	39 (28,5)	40 (29,2)	18 (13,1)	7 (5,1)	137 (100)
	Totalt	34 (3,3)	61 (5,9)	174 (16,8)	304 (29,3)	318 (30,6)	113 (10,9)	34 (3,3)	1038 (100)
2010	Män	46 (4,3)	75 (7,0)	181 (16,9)	350 (32,7)	285 (26,6)	103 (9,6)	30 (2,8)	1070 (100)
	Kvinnor	4 (2,0)	12 (6,0)	26 (12,9)	50 (24,9)	58 (28,9)	32 (15,9)	19 (9,5)	201 (100)
	Totalt	50 (3,9)	87 (6,8)	207 (16,3)	400 (31,5)	343 (27,0)	135 (10,6)	49 (3,9)	1271 (100)
2011	Män	32 (3,0)	85 (7,9)	188 (17,4)	339 (31,3)	306 (28,3)	111 (10,3)	21 (1,9)	1082 (100)
	Kvinnor	2 (0,9)	11 (5,1)	26 (12,1)	60 (28,0)	72 (33,6)	27 (12,6)	16 (7,5)	214 (100)
	Totalt	34 (2,6)	96 (7,4)	214 (16,5)	399 (30,8)	378 (29,2)	138 (10,6)	37 (2,9)	1296 (100)

Den kliniska skattningen av problembildens svårighetsgrad ligger vid uppföljningen 2011 stabilt jämfört med år 2009 och år 2010. Symtombilden skattas fortsatt vara måttligt till påtagligt svår för cirka 60 procent av patienterna. En större andel kvinnor än män bedöms ha en

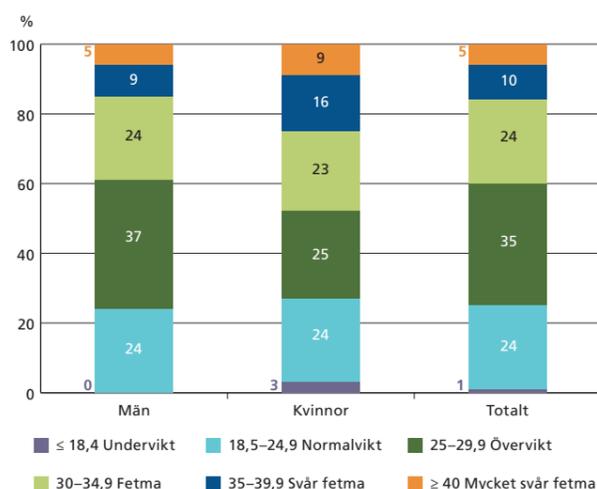
svår eller mycket svår symtombild vid uppföljningen 2011. Detta förefaller vara en trend som håller i sig sett till resultaten både år 2009 och år 2010. Registrerat GAF-värde indikerar samma trend, med en större andel kvinnor än män i de lägre intervallerna (v.g. se tabell 6).

BMI

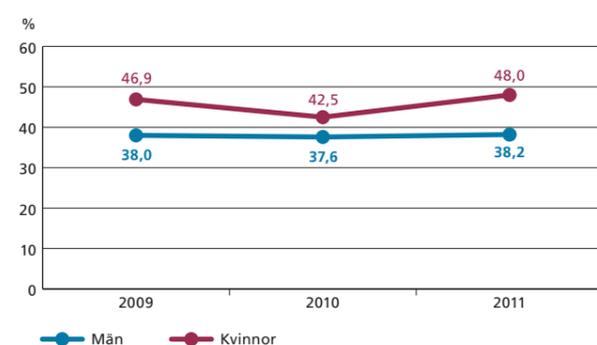
Tabell 8. BMI uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	<=18,4	18,5–24,9	25–29,9	30–34,9	35–39,9	>=40	Totalt
2009	Män	4 (0,5)	196 (25,5)	278 (36,1)	187 (24,3)	69 (9,0)	36 (4,7)	901 (100)
	Kvinnor	0 (0,0)	34 (29,1)	28 (23,9)	21 (17,9)	19 (16,2)	15 (12,8)	137 (100)
	Totalt	4 (0,5)	230 (25,9)	306 (34,5)	208 (23,4)	88 (9,9)	51 (5,7)	1038 (100)
2010	Män	6 (0,7)	237 (25,7)	333 (36,1)	220 (23,9)	84 (9,1)	42 (4,6)	1070 (100)
	Kvinnor	4 (2,4)	43 (26,1)	48 (29,1)	31 (18,8)	26 (15,8)	13 (7,9)	201 (100)
	Totalt	10 (0,9)	280 (25,8)	381 (35,1)	251 (23,1)	110 (10,1)	55 (5,1)	1271 (100)
2011	Män	4 (0,5)	212 (23,9)	332 (37,5)	214 (24,2)	82 (9,3)	42 (4,7)	1082 (100)
	Kvinnor	5 (3,0)	41 (24,3)	42 (24,9)	39 (23,1)	27 (16,0)	15 (8,9)	214 (100)
	Totalt	9 (0,9)	253 (24,0)	374 (35,5)	253 (24,0)	109 (10,3)	57 (5,4)	1296 (100)

Figur 33. Värden för BMI utifrån WHO:s definition, år 2011.



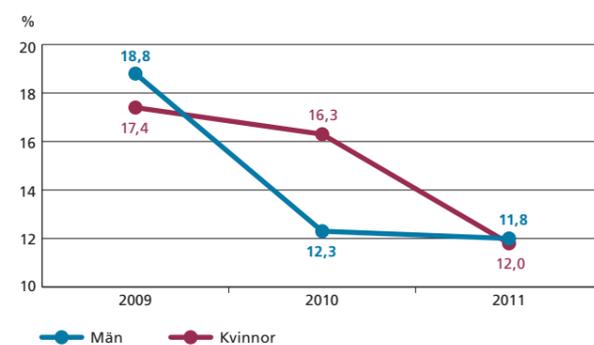
Figur 34. Andel patienter med BMI ≥ 30.



Närmare 40 procent av patienterna har ett BMI över 30. Fördelningen är densamma som föregående år.

Återfall i brottslig gärning

Figur 35. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under slutenvårdstiden.

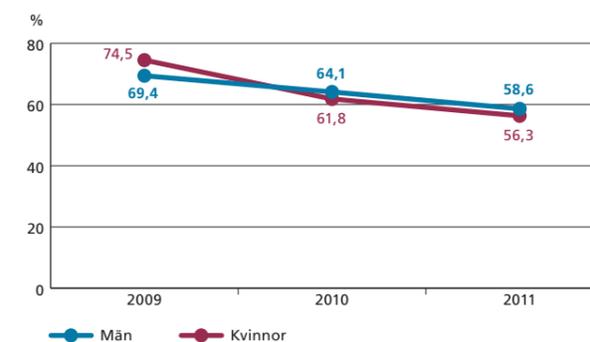


Då de registrerande enheterna inte har tillgång till belastningsregistret illustrerar figur 35 de återfall i brottslig gärning som dessa fått kännedom om, det vill säga de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polisanmält nytt begånget brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal. Det föreligger en marginell skillnad kvinnor och män emellan avseende återfall i brottslig gärning år 2011. Jämför man den totala andelen registrerade återfall i brottslig gärning år 2011 med föregående registreringar noteras en nedåtgående trend, och en minskning om cirka 7,5 procent sedan 2009.

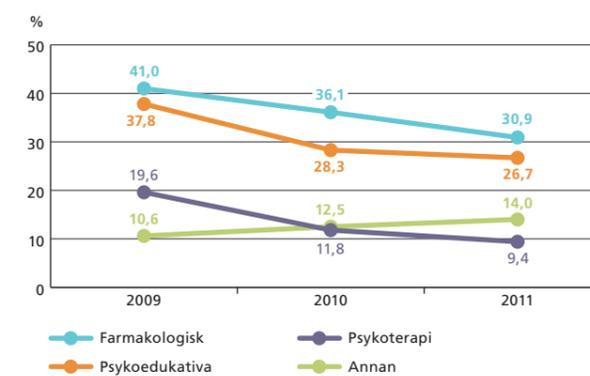
Process

Får missbruksbehandling

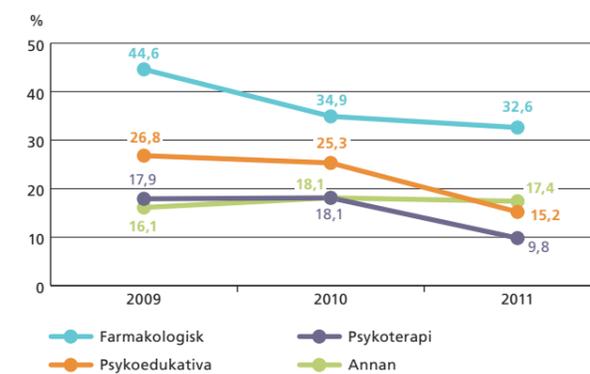
Figur 36a. Andel patienter med missbruksdiagnos som får missbruksbehandling.



Figur 36b. Missbruksbehandling bland beroende patienter uppdelat på uppföljningsår – män.



Figur 36c. Missbruksbehandling bland beroende patienter uppdelat på uppföljningsår – kvinnor.



Tabell 9. Missbruksbehandling bland beroende patienter uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	Farmakologisk	Psykoterapi	Psykoedukativa	Annan
2009	Män	182 (41,0)	87 (19,6)	168 (37,8)	47 (10,6)
	Kvinnor	25 (44,6)	10 (17,9)	15 (26,8)	9 (16,1)
	Totalt	207 (41,4)	97 (19,4)	183 (36,6)	56 (11,2)
2010	Män	208 (36,1)	68 (11,8)	163 (28,3)	72 (12,5)
	Kvinnor	29 (34,9)	15 (18,1)	21 (25,3)	15 (18,1)
	Totalt	237 (36,0)	83 (12,6)	184 (27,9)	87 (13,2)
2011	Män	170 (30,9)	52 (9,4)	147 (26,7)	77 (14,0)
	Kvinnor	30 (32,6)	9 (9,8)	14 (15,2)	16 (17,4)
	Totalt	200 (31,1)	61 (9,5)	161 (25,0)	93 (14,5)

Drygt 50 procent av patienterna med missbruksdiagnos erhöj under 2011 någon form av behandling för sin problematik. En lägre andel kvinnor än män erhöj missbruksbehandling. Farmakologisk missbruksbehandling, följt av psykoedukativa behandlingsprogram, utgör de vanligaste interventionerna, vilket är en fördelning som känns igen från föregående registreringar. Psykoterapi erbjuds i minskad utsträckning.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007)¹, liksom av de rapporter som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2001)^{2,3} sammanställer, framkommer vilka farmakologiska och psykosociala behandlingsinsatser som har bäst stöd vid missbruk- och beroendeproblematik och följaktligen rekommenderas som insatser inom vård. Vid samtidig psykisk ohälsa, rekommenderas att insatser inriktade på missbruket eller beroendet bör utformas i samordning med behandling för den psykiska störningen. Personer med samtidig psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroendesjukdom utgör en heterogen grupp, framför allt när det gäller den psykiska sjukdomen eller störningen. Denna heterogenitet gör att behandlingsinsatserna måste kunna möta patienternas olika förutsättningar och problembilder. Ett flertal specifika psykosociala behandlingsmetoder och läkemedel är vetenskapligt dokumenterat effektiva mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika.

¹ Socialstyrelsen. (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.

² Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsuppsammanställning Vol. 1. (SBU-rapport, 156:1). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

³ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsuppsammanställning Vol. 2. (SBU-rapport, 156:II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Farmakologisk behandling av missbruks- eller beroende-problematik är en behandlingsform som är baserad på läkemedel. Än så länge är inte omfattningen preparat som används vid till exempel alkoholmissbruk/-beroende och samtidig psykisk sjukdom/störning så stor. Till de vanligaste preparaten hör disulfiram (Antabus®) och acamprosat (Campral®).

Psykoterapi vid missbruks- och beroendeproblematik innefattar bland annat manualbaserade program som bygger på kognitiv beteendeterapi. Även strukturerad interaktionell terapi, strukturerad modern terapi med dynamisk referensram samt motivationshöjande behandling är terapeutiska interventioner som visat sig ha gynnsam effekt vid diverse missbruks- och beroendetillstånd.

Psykopedagogisk behandling syftar till att ge patienten kunskaper och strategier så att denne bättre ska kunna hantera sin problematik och sin tillvaro. Hit hör till exempel kunskaper om sjukdomen i sig, tillgängliga behandlingsmöjligheter samt biverkningar av mediciner, men också faktisk träning i problemlösning och i att känna igen ”tidiga” varningstecken på återfall. Vidare ingår så kallad social färdighetsträning, dvs. träning i hantera och anpassa sitt eget känsloläge, läsa av andras känsloläge, uppfatta icke-verbala signaler, samt kunna kommunicera på ett begripligt sätt för andra.

(SBU, 2001; Socialstyrelsen, 2007)

Genomförd riskanalys

Tabell 10. Riskbedömning av patient där det förekommit. Uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	HCR 20	SARA	SVR 20	VRAG	PCL	Klinisk bedömning	Annan
2009	Män	329 (56,4)	5 (0,9)	4 (0,7)	0	116 (19,9)	426 (73,1)	41 (7,0)
	Kvinnor	50 (56,8)	1 (1,1)	0 (0,0)	0	18 (20,5)	61 (69,3)	5 (5,7)
	Totalt	379 (56,5)	6 (0,9)	4 (0,6)	0	134 (20,0)	487 (72,6)	46 (6,9)
2010	Män	410 (56,9)	5 (0,7)	9 (1,2)	0	135 (18,8)	501 (69,6)	110 (15,3)
	Kvinnor	73 (56,2)	2 (1,5)	0 (0,0)	0	36 (27,7)	88 (67,7)	22 (16,9)
	Totalt	483 (56,8)	7 (0,8)	9 (1,1)	0	171 (20,1)	589 (69,3)	132 (15,5)
2011	Män	351 (50,1)	1 (0,1)	11 (1,6)	0	98 (14,0)	498 (71,1)	138 (19,7)
	Kvinnor	71 (53,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	18 (13,5)	89 (66,9)	22 (16,5)
	Totalt	422 (50,7)	1 (0,1)	11 (1,3)	0	116 (13,9)	587 (70,5)	160 (19,2)

Av tabell 10 framgår att riskanalyser har genomförts på drygt 70 procent av patienterna, det vill säga i samma utsträckning som tidigare. Inga könsskillnader framkommer. Klinisk bedömning används i störst utsträckning, följt av HCR-20 (Historical Clinical and Risk management). En sänkning noteras emellertid avseende användningen av HCR-20 jämfört med båda föregående registreringar (differens cirka sex procent). Även PCL (Psychopathy Checklist) används i mindre utsträckning (differens cirka sex procent).

Samtliga instrument som framgår av tabell 10 har bidragit till att ge risk- och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund och en mer strukturerad tillämpning, än vad som tidigare har varit fallet.

Beskrivning av riskbedömningsinstrument:

- PCL (Psychopathy Checklist) togs initialt fram som ett diagnostiskt hjälpmedel men har även visat sig fungera bra för att predicera våldshandlingar hos individer med psykopati.
- VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) är enbart avsett för riskbedömning och har en utslutande prediktionistisk utgångspunkt. VRAG-bedömning görs en gång per individ och upprepas inte eftersom erhållet värde inte kan förändras.
- HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) används för bedömning av risk för framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/eller sjukdomar och kan innehållsmässigt ses som en utvidgning av VRAG. Instrumentet kan användas för såväl riskbedömning som riskhantering men är inriktat på prevention.
- SARA (Spousal Assault Risk Assessment) är en klinisk 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 bedömningsmetod eller ett bedömningsförfarande, snarare än ett test eller en skala. Metoden är lämplig i fall där en individ har begått eller påstås ha begått en sexuell våldshandling. (SBU, 2005; Boer, Hart, Kropp, och Webster, 1997)

Farmakologisk behandling

När man ser på användningen av olika läkemedelsgrupper under perioden 2009–2011 kan man generellt konstatera mycket små förändringar i stort sett utan några klara trender.

Användningen av antidepressiva läkemedel ligger på en relativt konstant nivå vilket väl knappast är förvånande. Här har inga nya potenta läkemedel tillkommit och andelen patienter med en depressionsproblematik är förmodligen relativt oförändrad.

Läkemedelsbehandling av beroendeproblem ligger också konstant och tycks till och med ha minskat något under senaste året. Beaktande hur stor andel patienter som finns med sådana diagnoser är detta intressant och kan visa på en underbehandling.

Farmakologisk behandling av ADHD ökar och här kan vi se en klar trend. Fortfarande får dock andelen anses låg i förhållande till vad man borde kunna förvänta i denna patientgrupp.

Vad gäller antipsykotika-användningen är förändringarna små men ändå intressanta. Modernare andra – generationspreparat ökar men depotberedningarna ligger konstant.

Där har emellertid kommit nya preparat som förmodligen kommer att visa sig först i 2012 års statistik. De äldre preparaten minskar vad gäller depotberedningarna men ökar snarast något peroralt vilket kan tyckas anmärkningsvärt när de äldre preparaten upplevs vara på väg ut inom allmänpsykiatri och även internationellt. Detta kan vara förklaringen till att även antikolinergika-användningen ökar något vilket kan tyda på ökad biverkningsproblematik.

Beroendeframkallande anxiolytika minskar medan andra anxiolytika ökar vilket förmodligen är en effekt av medveten strävan att undvika eller i varje fall minska beroendeproblematik.

Vad gäller stämningsstabiliserare verkar antiepileptika ligga relativt konstant medan användningen av litium ökat något.

Användningen av somatiska mediciner ökar något. Huruvida detta beror på en större somatisk problematik eller en ökad vakenhet bl a vad gäller metabola problem, hyperton, blodfetter och diabetes är svårt att säga.

Tabell 11. Antal förskrivna somatiska läkemedel vid senaste uppföljningen uppdelat på kön och år.

2009			2010			2011		
Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
1 233	274	1 507	1 630	492	2 122	1 671	530	2 201

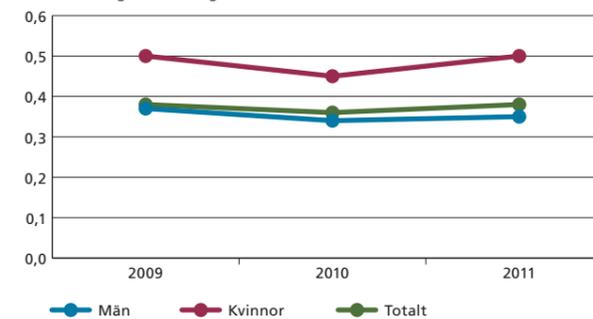
Tabell 12. Antal och andel förskrivna psykofarmaka vid senaste uppföljningen uppdelat på kön och år.

	2009						2010						2011					
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Anti-depressiva	331	11,8	68	14,7	399	12,2	365	10,8	91	11,6	456	11,0	381	11,1	106	12,9	487	11,5
Läkemedel vid ADHD	68	2,4	8	1,7	76	2,3	96	2,8	19	2,4	115	2,8	112	3,3	20	2,4	132	3,1
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	335	11,9	44	9,5	379	11,6	408	12,1	65	8,3	473	11,4	411	12,0	71	8,7	482	11,4
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	326	11,6	71	15,3	397	12,1	363	10,8	120	15,3	483	11,6	333	9,7	89	10,9	422	10,0
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	322	11,5	53	11,4	375	11,5	419	12,4	95	12,1	514	12,4	462	13,5	128	15,6	590	13,9
Läkemedel vid beroendesjukdomar	114	4,1	14	3,0	128	3,9	141	4,2	30	3,8	171	4,1	132	3,9	30	3,7	162	3,8
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	341	12,1	37	8,0	378	11,6	397	11,8	70	8,9	467	11,2	377	11,0	68	8,3	445	10,5
Första generationens antipsykotika, per-oral	176	6,3	30	6,5	206	6,3	217	6,4	64	8,2	281	6,8	226	6,6	56	6,8	282	6,7
Stämningsstabiliserare antiepileptika	156	5,6	39	8,4	195	6,0	187	5,5	56	7,1	243	5,8	180	5,3	66	8,0	246	5,8
Stämningsstabiliserare (litium)	46	1,6	11	2,4	57	1,7	63	1,9	18	2,3	81	1,9	60	1,8	20	2,4	80	1,9
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	88	3,1	7	1,5	95	2,9	103	3,1	17	2,2	120	2,9	105	3,1	22	2,7	127	3,0
Andra generationens antipsykotika, per-oral	505	18,0	81	17,5	586	17,9	613	18,2	140	17,8	753	18,1	639	18,7	144	17,6	783	18,5
Totalt	2 808	100,0	463	100,0	3 271	100,0	3 372	100,0	785	100,0	4 157	100,0	3 418	100,0	820	100,0	4 238	100,0

Figur 37. Genomsnittlig förskrivning av läkemedel per patient angiven senaste uppföljningen uppdelad på kön och år.

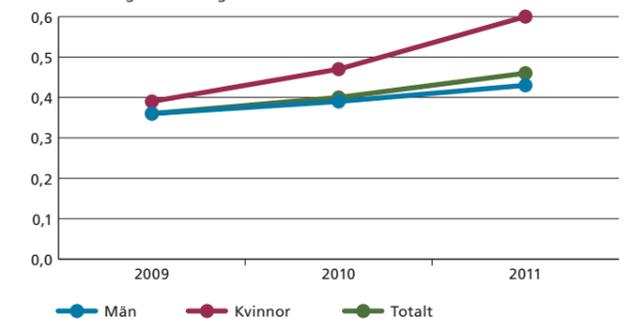
Anti-depressiva

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



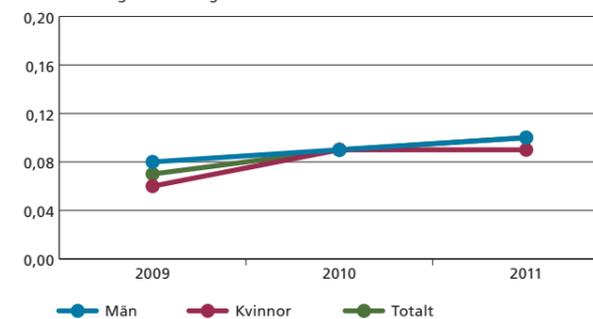
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



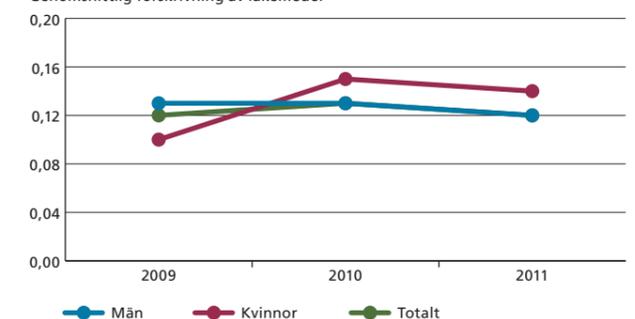
Läkemedel vid ADHD

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



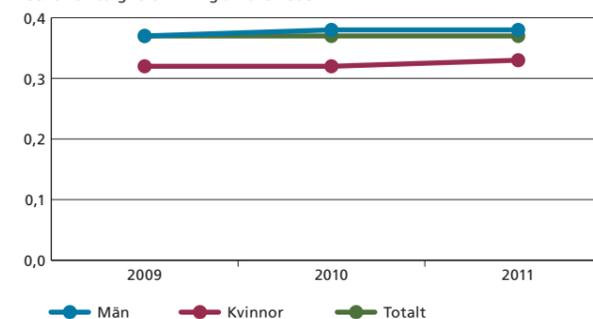
Läkemedel vid beroendesjukdomar

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



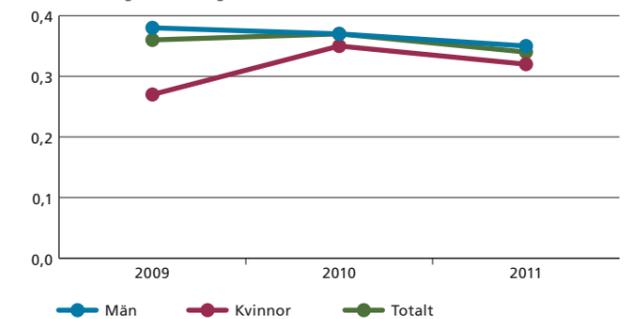
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



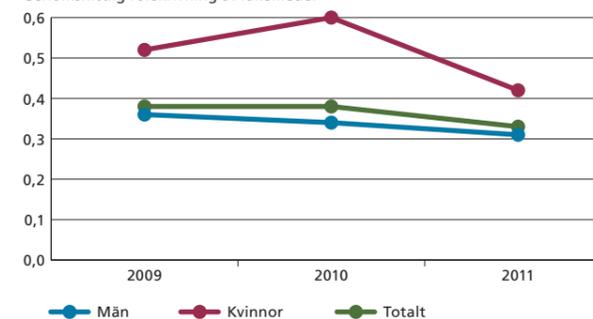
Första generationens antipsykotika, depotsprutor

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



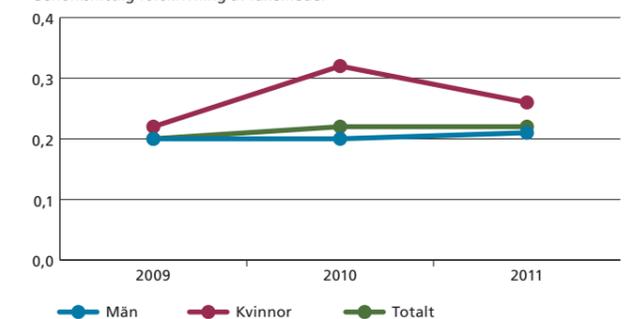
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel



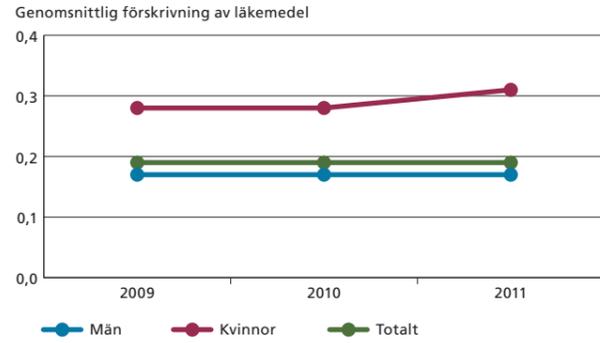
Första generationens antipsykotika, per-oral

Genomsnittlig förskrivning av läkemedel

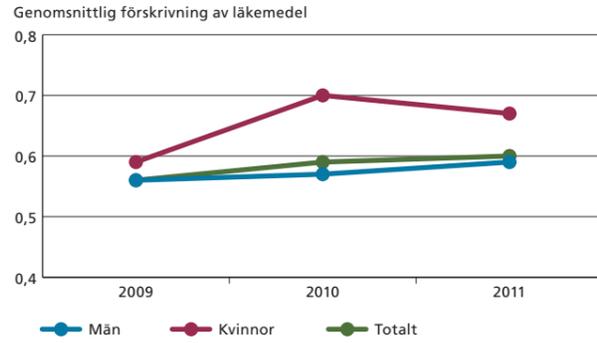


Figur 37 forts. Genomsnittlig förskrivning av läkemedel per patient angiven senaste uppföljningen uppdelad på kön och år.

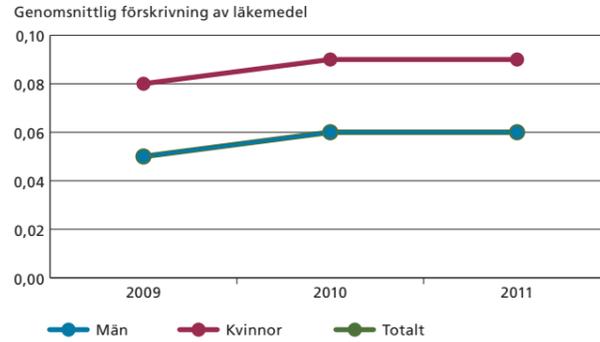
Stämningsstabilisereare antiepileptika



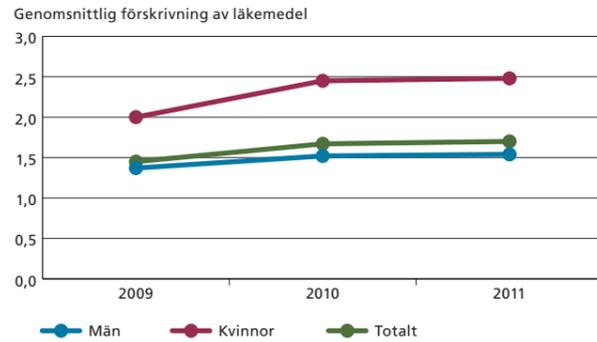
Andra generationens antipsykotika, per-oral



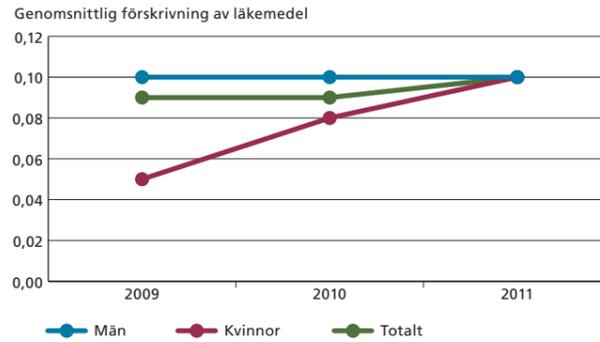
Stämningsstabilisereare (litium)



Somatiska läkemedel

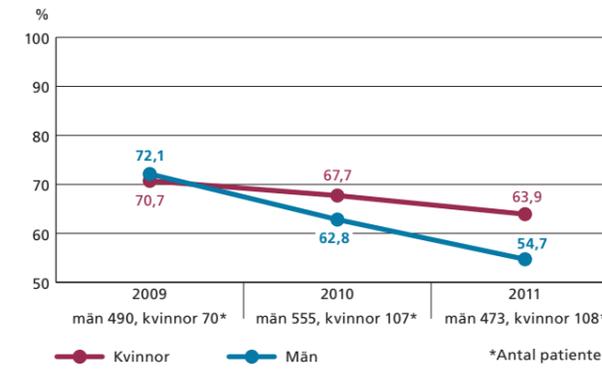


Andra generationens antipsykotika, depotsprutor



Patientenkät

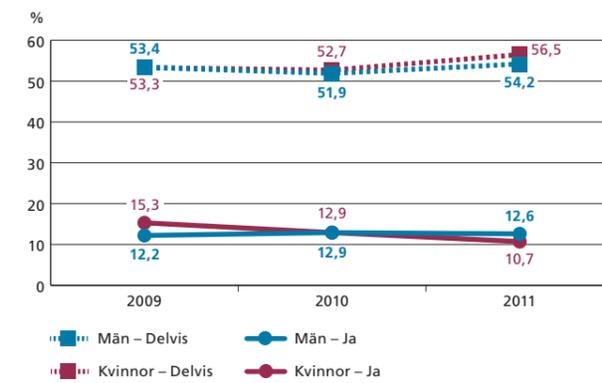
Figur 38. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.



Grafen visar andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät som rör vården. Enkäten kan vara både nationell eller lokal.

Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 39. Andel patienter som bedöms ha helt eller delvis insikt i sin sjukdom fördelat på män och kvinnor.



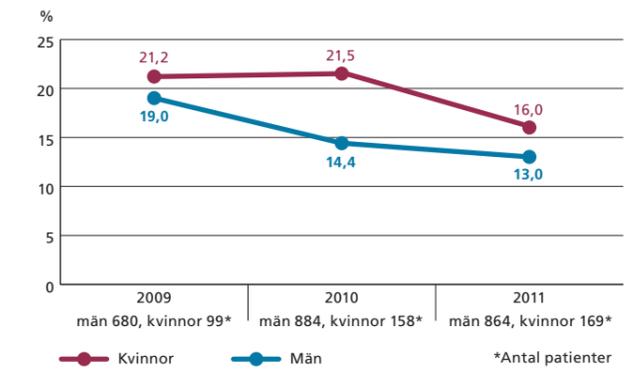
Bedömningen görs av kliniskt verksam personal. Detta kan göras både kliniskt och/eller med hjälp av ett instrument.

Tvångsåtgärder

Tabell 13. Omfattning av tvångsåtgärder.

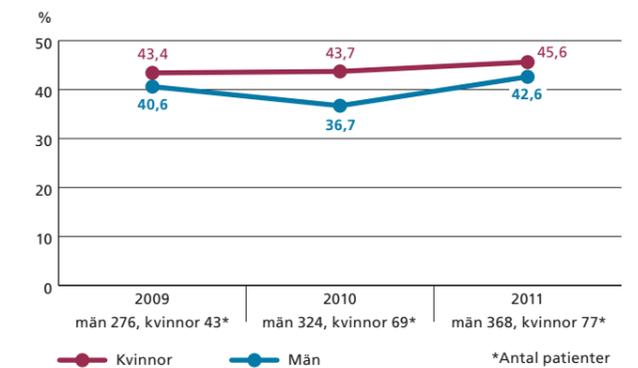
År	Antal (%)	Fast-spänning	Avskiljning	Tvångs-med	Nekats elektronisk kommunikation
2009	Män	64 (26,4)	107 (44,2)	48 (19,8)	37 (15,3)
	Kvinnor	14 (29,8)	19 (40,4)	13 (27,7)	4 (8,5)
	Totalt	78 (27,0)	126 (43,6)	61 (21,1)	41 (14,2)
2010	Män	56 (18,3)	105 (34,3)	51 (16,7)	29 (9,5)
	Kvinnor	25 (37,9)	21 (31,8)	19 (28,8)	11 (16,7)
	Totalt	81 (21,8)	126 (33,9)	70 (18,8)	40 (10,8)
2011	Män	59 (16,4)	82 (22,8)	47 (13,1)	43 (12,0)
	Kvinnor	20 (22,5)	18 (20,2)	14 (15,7)	18 (20,2)
	Totalt	79 (17,6)	100 (22,3)	61 (13,6)	61 (13,6)

Figur 40. Andel patienter som någon gång under vårdtiden varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 6 eller 8.



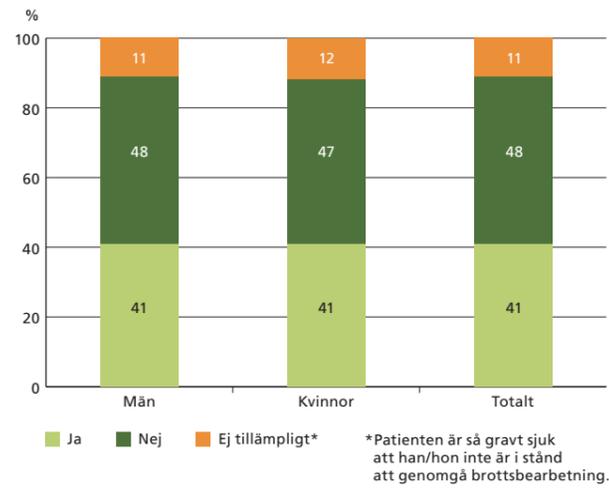
Funktions och/eller behovskattning

Figur 41. Andel patienter med bedömt funktions-tillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter sedan förra skattningstillfället.



Brottsbearbetning

Figur 42. Andel patienter som får brottsbearbetning.



Tabell 14. Pågående eller genomförd brottsbearbetning. Uppdelat på kön och uppföljningsår.

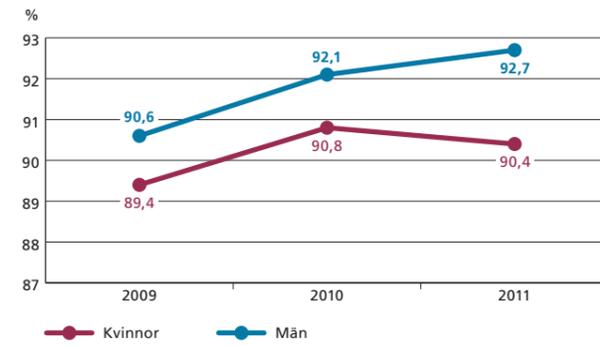
År	Antal (%)	Ja	Nej	Ej tillämpligt*	Uppgift saknas
2009	Män	308 (45,3)	298 (43,8)	73 (10,7)	1 (0,1)
	Kvinnor	44 (44,4)	38 (38,4)	17 (17,2)	0 (0,0)
	Totalt	352 (45,2)	336 (43,1)	90 (11,6)	1 (0,1)
2010	Män	335 (37,9)	431 (48,8)	118 (13,3)	0 (0,0)
	Kvinnor	71 (44,9)	61 (38,6)	25 (15,8)	1 (0,6)
	Totalt	406 (39,0)	492 (47,2)	143 (13,7)	1 (0,1)
2011	Män	354 (41,0)	417 (48,3)	93 (10,8)	0 (0,0)
	Kvinnor	69 (40,8)	79 (46,7)	21 (12,4)	0 (0,0)
	Totalt	423 (40,9)	496 (48,0)	114 (11,0)	0 (0,0)

*Patienten är så gravt sjuk att han/hon inte är i stånd att genomgå brottsbearbetning.

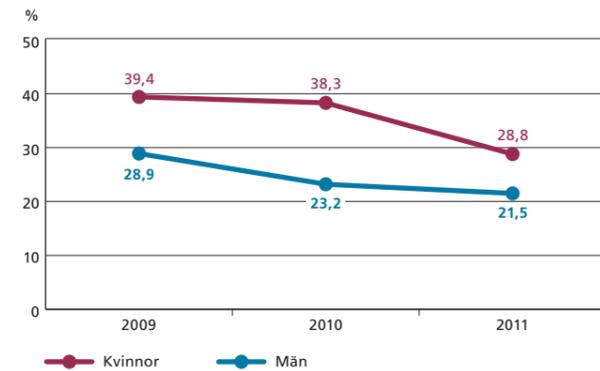
Behandling utifrån riskbeteende

Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer. Grafen visar andelen patienter som fått eller får behandling utifrån identifierade riskfaktorer utifrån genomförd riskanalys.

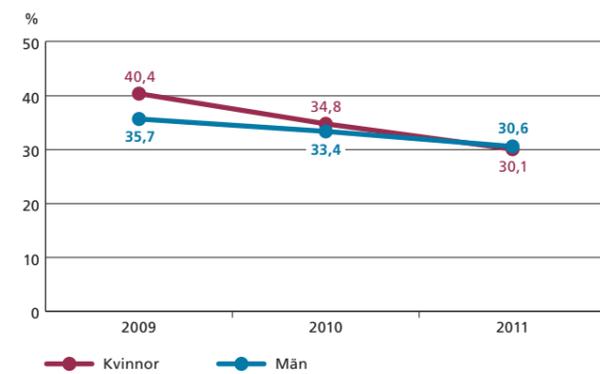
Figur 43a. Behandling – Farmakologisk.



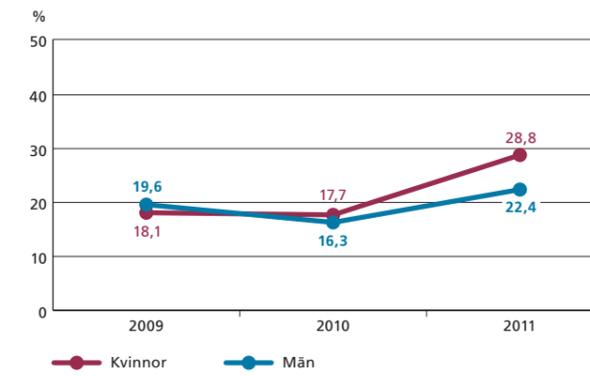
Figur 43b. Psykoterapi.



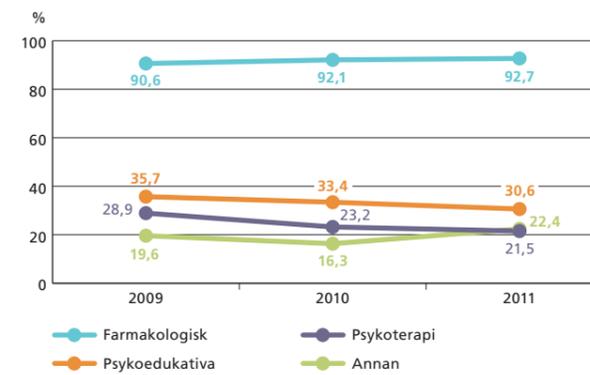
Figur 43c. Psykoedukativametoder.



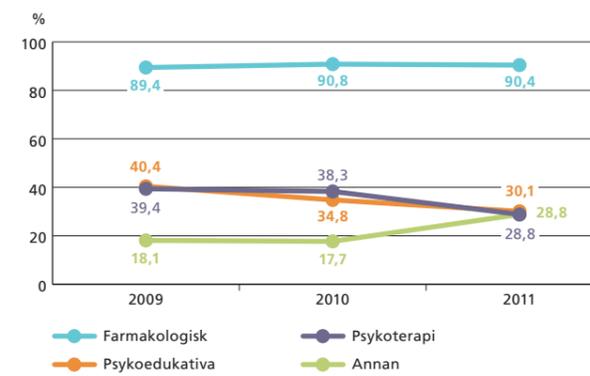
Figur 43d. Annan.



Figur 44a. Män.



Figur 44b. Kvinnor.



Tabell 15. Behandling av patient utifrån riskbeteende där det förekommit. Uppdelat på kön och uppföljningsår.

År	Antal (%)	Farmakologisk	Psyko-terapi	Psykoeduka-tiva metoder	Annan
2009	Män	586 (90,6)	187 (28,9)	231 (35,7)	127 (19,6)
	Kvinnor	84 (89,4)	37 (39,4)	38 (40,4)	17 (18,1)
	Totalt	670 (90,4)	224 (30,2)	269 (36,3)	144 (19,4)
2010	Män	751 (92,1)	189 (23,2)	272 (33,4)	133 (16,3)
	Kvinnor	128 (90,8)	54 (38,3)	49 (34,8)	25 (17,7)
	Totalt	879 (91,9)	243 (25,4)	321 (33,6)	158 (16,5)
2011	Män	744 (92,7)	173 (21,5)	246 (30,6)	180 (22,4)
	Kvinnor	141 (90,4)	45 (28,8)	47 (30,1)	45 (28,8)
	Totalt	885 (92,3)	218 (22,7)	293 (30,6)	225 (23,5)

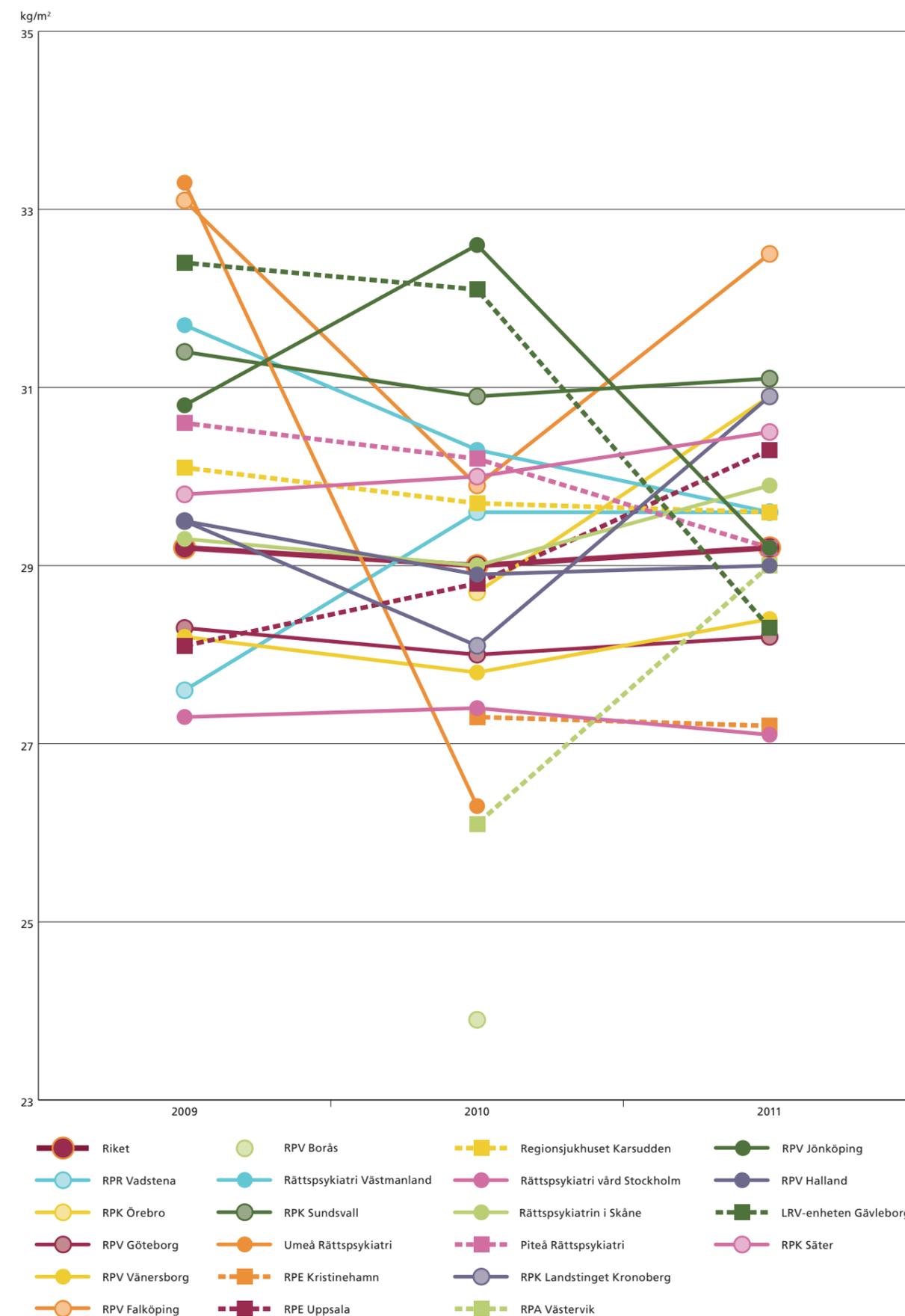
Redovisning på enhetsnivå

I följande figurer redovisas resultat endast för enheter med minst 10 patienter registrerade.

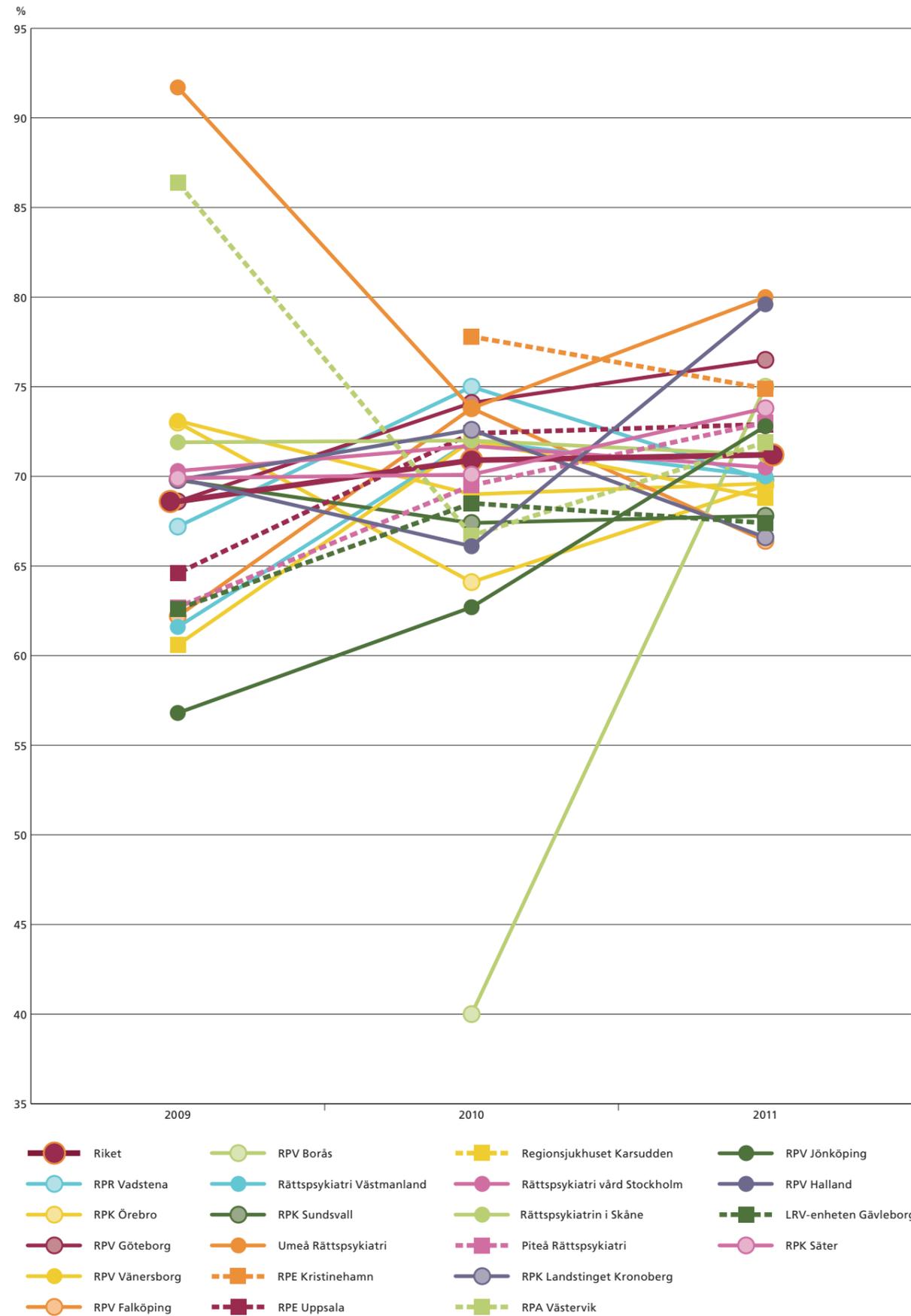
Tabell 16. Uppföljda patienter fördelat på kön och enhet, år 2011.

Enhet	Män			Kvinnor			Totalt	
	Antal	Andel %	Ålder (medelvärde)	Antal	Andel %	Ålder (medelvärde)	Antal	Ålder (medelvärde)
RPK Säter	79	86,8	39,1	12	13,2	40,6	91	39,3
LRV-enheten Gävleborg	24	96,0	44,7	1	4,0	29,9	25	44,1
RPV Halland	23	79,3	39,0	6	20,7	37,5	29	38,7
RPV Jönköping	19	100,0	41,8	0	0,0		19	41,8
RPA Västervik	11	73,3	41,1	4	26,7	40,1	15	40,8
RPK Landstinget Kronoberg	48	82,8	41,1	10	17,2	29,7	58	39,1
Piteå Rättspsykiatri	43	79,6	44,3	11	20,4	44,5	54	44,4
Malmöfältens psykiatri	0			0			0	
Rättspsykiatri i Skåne	83	85,6	42,7	14	14,4	43,3	97	42,8
Rättspsykiatri vård Stockholm	148	83,1	41,7	30	16,9	40,2	178	41,5
Regionsjukhuset Karsudden	117	82,4	38,7	25	17,6	36,6	142	38,3
Mälarsjukhuset	4	66,7	45,5	2	33,3	50,5	6	47,2
RPE Uppsala	28	96,6	38,9	1	3,4	23,0	29	38,4
RPE Kristinehamn	21	75,0	42,6	7	25,0	39,4	28	41,8
Umeå Rättspsykiatri	4	80,0	38,0	1	20,0	67,9	5	43,9
RPA Skellefteå	0			0			0	
RPK Sundsvall	69	81,2	39,0	16	18,8	41,7	85	39,5
Rättspsykiatri Västmanland	32	76,2	40,1	10	23,8	43,4	42	40,9
RPV Borås	8	88,9	40,9	1	11,1	49,8	9	41,9
RPV Falköping	23	95,8	44,6	1	4,2	56,2	24	45,2
RPV Vänersborg	54	73,0	40,5	20	11,6	47,7	74	43,9
RPV Göteborg	152	88,4	43,3	20	11,6	47,7	172	43,9
RPK Örebro	42	79,2	43,4	11	20,8	40,2	53	42,7
RPR Vadstena	50	82,0	38,1	11	18,0	36,6	61	37,8
Riket	1082	83,5	41,2	214	16,5	40,2	1296	41,0

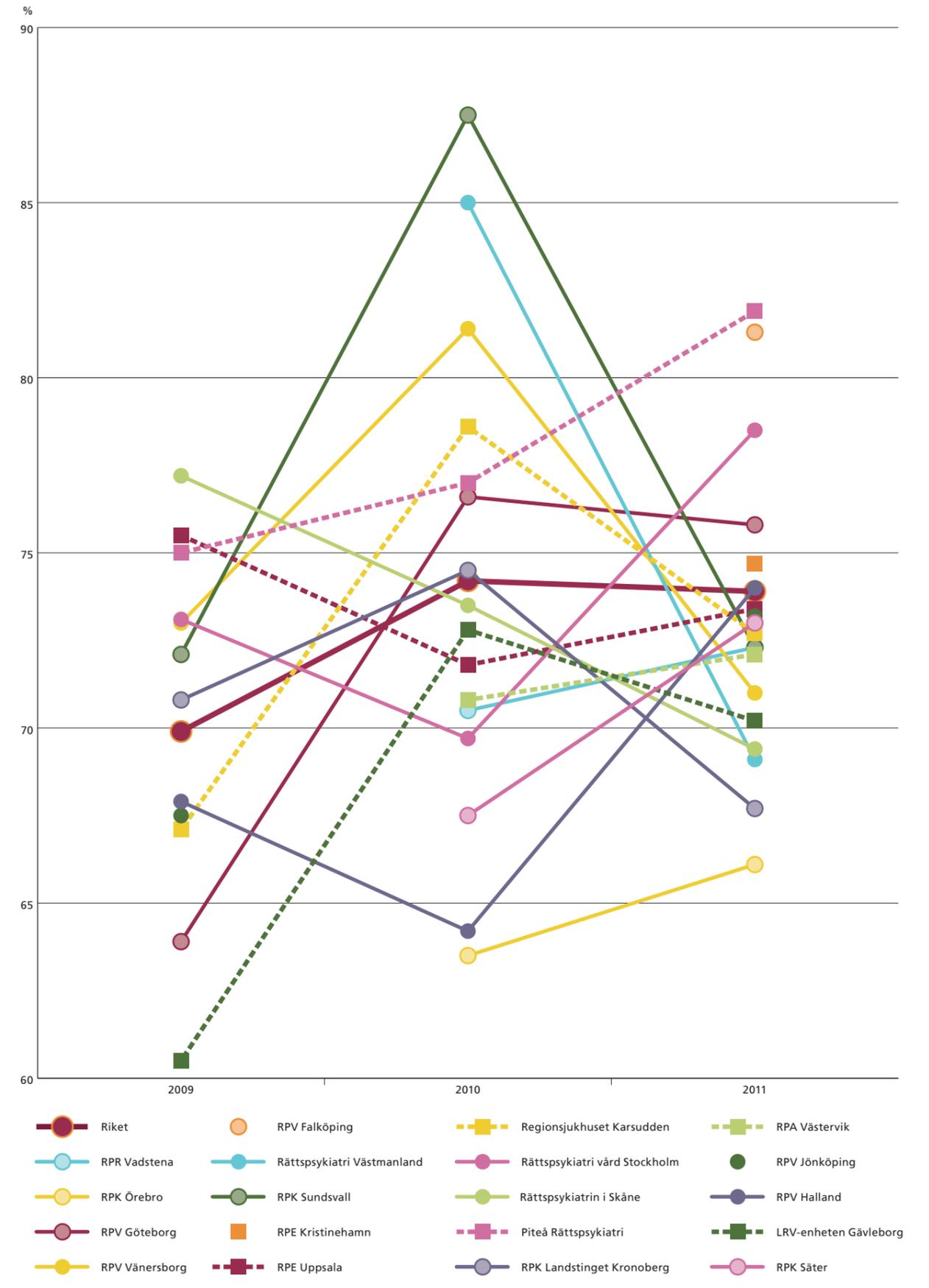
Figur 45. BMI i slutenvården fördelat på enhet.



Figur 47. Patientens skattade hälsa i slutenvården på enhetsnivå.



Figur 48. Patientens skattade hälsa i öppenvården på enhetsnivå.



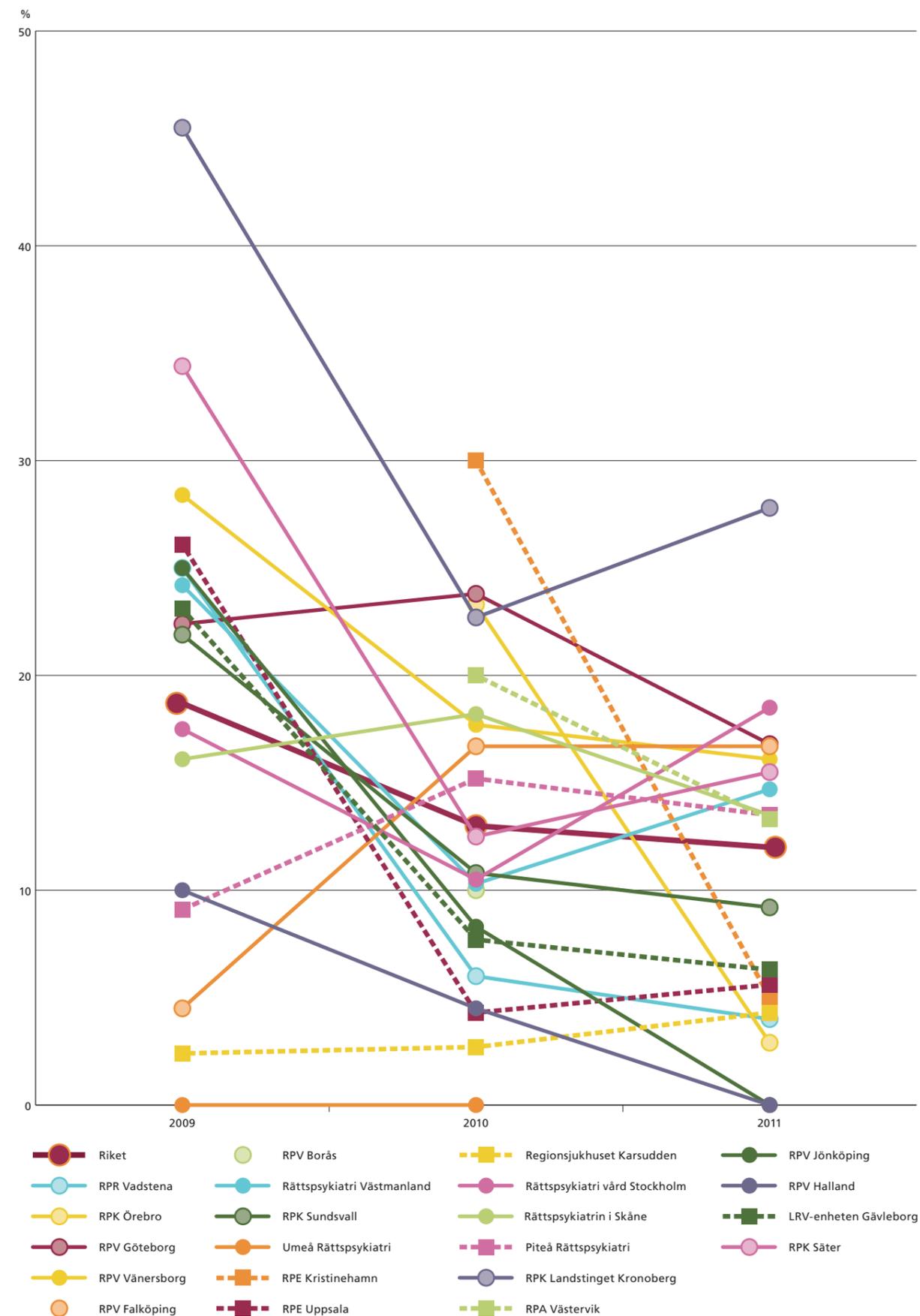
Tabell 19. Patientens skattade hälsa i slutenvården på enhetsnivå.

Enhet	2009		2010		2011	
	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)
RPK Säter	32	69,9	72	70,1	84	73,8
LRV-enheten Gävleborg	13	62,6	13	68,5	16	67,4
RPV Halland	20	69,9	22	66,1	27	79,6
RPV Jönköping	16	56,8	12	62,7	17	72,8
RPA Västervik	8		30	66,7	15	71,9
RPK Landstinget Kronoberg	33	69,8	44	72,6	54	66,6
Piteå Rättspsykiatri	22	62,7	46	69,5	37	73,0
Malmöfältens psykiatri	0		0		0	
Rättspsykiatri i Skåne	62	71,9	77	72,0	89	71,2
Rättspsykiatri vård Stockholm	177	70,3	133	71,7	119	70,5
Regionsjukhuset Karsudden	166	60,6	150	72,0	141	68,8
Mälarsjukhuset	0		0		5	
RPE Uppsala	23	64,6	23	72,4	18	72,9
RPE Kristinehamn	0		10	77,8	20	74,9
Umeå Rättspsykiatri	10	91,7	13	73,8	5	
RPA Skellefteå	0		0		0	
RPK Sundsvall	64	69,8	65	67,4	65	67,8
Rättspsykiatri Västmanland	33	61,6	39	72,0	34	70,0
RPV Borås	1		10	40,0	8	
RPV Falköping	22	62,2	18	73,8	18	66,4
RPV Vänersborg	67	73,1	62	69,0	62	69,6
RPV Göteborg	125	68,6	101	74,1	101	76,5
RPK Örebro	5		43	64,1	34	69,5
RPR Vadstena	28	67,2	50	75,0	50	69,8
Riket	927	68,6	1033	70,9	1019	71,2

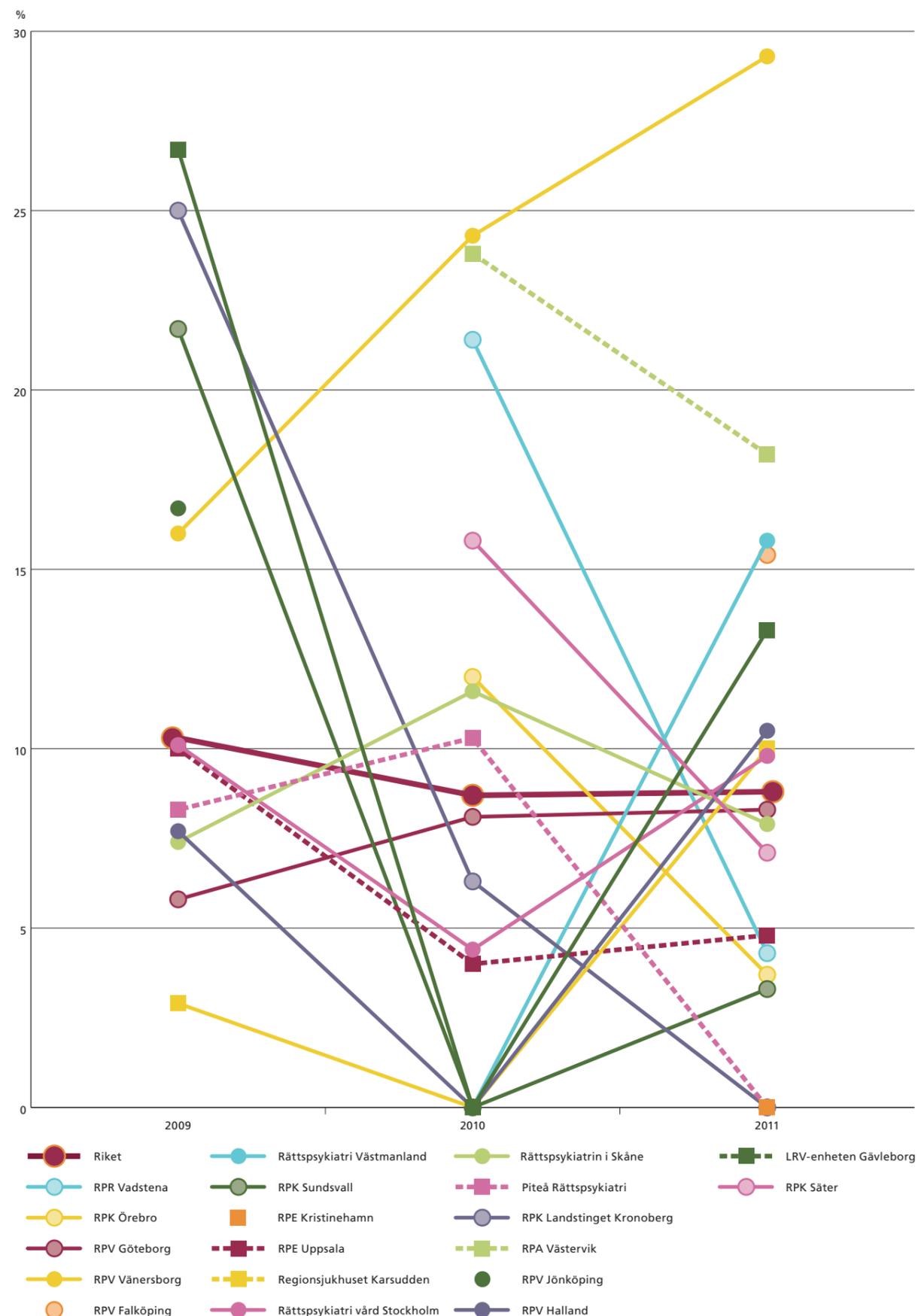
Tabell 20. Patientens skattade hälsa i öppenvården på enhetsnivå.

Enhet	2009		2010		2011	
	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)
RPK Säter	7		38	67,5	42	73,0
LRV-enheten Gävleborg	15	60,5	15	72,8	15	70,2
RPV Halland	13	67,9	15	64,2	19	74,0
RPV Jönköping	12	67,5	9		14	73,2
RPA Västervik	7		21	70,8	11	72,1
RPK Landstinget Kronoberg	12	70,8	16	74,5	15	67,7
Piteå Rättspsykiatri	12	75,0	29	77,0	31	81,9
Malmöfältens psykiatri	0		2		0	
Rättspsykiatri i Skåne	27	77,2	43	73,5	38	69,4
Rättspsykiatri vård Stockholm	109	73,1	137	69,7	92	78,5
Regionsjukhuset Karsudden	69	67,1	58	78,6	40	72,7
Mälarsjukhuset	0		0		4	
RPE Uppsala	10	75,5	25	71,8	21	73,4
RPE Kristinehamn	0		5		21	74,7
Umeå Rättspsykiatri	8		8		2	
RPA Skellefteå	0		0		0	
RPK Sundsvall	23	72,1	18	87,5	30	72,3
Rättspsykiatri Västmanland	8		17	85,0	19	69,1
RPV Borås	1		2		7	
RPV Falköping	6		8		13	81,3
RPV Vänersborg	25	73,0	37	81,4	41	71,0
RPV Göteborg	103	63,9	111	76,6	121	75,8
RPK Örebro	1		25	63,5	27	66,1
RPR Vadstena	9		28	70,5	23	72,3
Riket	477	69,9	667	74,2	646	73,9

Figur 49. Andel som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året.



Figur 50. Andel som återfall i brottslig gärning i öppenvård det senaste året.



Tabell 21. Andel som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året.

Enhet	2009		2010		2011	
	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)
RPK Säter	32	34,4	72	12,5	84	15,5
LRV-enheten Gävleborg	13	23,1	13	7,7	16	6,3
RPV Halland	20	10,0	22	4,5	27	0,0
RPV Jönköping	16	25,0	12	8,3	17	0,0
RPA Västervik	8		30	20,0	15	13,3
RPK Landstinget Kronoberg	33	45,5	44	22,7	54	27,8
Piteå Rättspsykiatri	22	9,1	46	15,2	37	13,5
Malmöfältens psykiatri	0		0		0	
Rättspsykiatri i Skåne	62	16,1	77	18,2	89	13,5
Rättspsykiatri vård Stockholm	177	17,5	133	10,5	119	18,5
Regionsjukhuset Karsudden	166	2,4	150	2,7	141	4,3
Mälarsjukhuset	0		0		5	
RPE Uppsala	23	26,1	23	4,3	18	5,6
RPE Kristinehamn	0		10	30,0	20	5,0
Umeå Rättspsykiatri	10	0,0	13	0,0	5	
RPA Skellefteå	0		0		0	
RPK Sundsvall	64	21,9	65	10,8	65	9,2
Rättspsykiatri Västmanland	33	24,2	39	10,3	34	14,7
RPV Borås	1		10	10,0	8	
RPV Falköping	22	4,5	18	16,7	18	16,7
RPV Vänersborg	67	28,4	62	17,7	62	16,1
RPV Göteborg	125	22,4	101	23,8	101	16,8
RPK Örebro	5		43	23,3	34	2,9
RPR Vadstena	28	25,0	50	6,0	50	4,0
Riket	927	18,7	1033	13,0	1019	12,0

Tabell 22. Andel som återfall i brottslig gärning i öppenvård det senaste året.

Enhet	2009		2010		2011	
	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)	Antal	Medel (%)
RPK Säter	7		38	15,8	42	7,1
LRV-enheten Gävleborg	15	26,7	15	0,0	15	13,3
RPV Halland	13	7,7	15	0,0	19	10,5
RPV Jönköping	12	16,7	9		14	7,1
RPA Västervik	7		21	23,8	11	18,2
RPK Landstinget Kronoberg	12	25,0	16	6,3	15	0,0
Piteå Rättspsykiatri	12	8,3	29	10,3	31	0,0
Malmöfältens psykiatri	0		2		0	
Rättspsykiatri i Skåne	27	7,4	43	11,6	38	7,9
Rättspsykiatri vård Stockholm	109	10,1	137	4,4	92	9,8
Regionsjukhuset Karsudden	69	2,9	58	0,0	40	10,0
Mälarsjukhuset	0		0		4	
RPE Uppsala	10	10,0	25	4,0	21	4,8
RPE Kristinehamn	0		5		21	0,0
Umeå Rättspsykiatri	8		8		2	
RPA Skellefteå	0		0		0	
RPK Sundsvall	23	21,7	18	0,0	30	3,3
Rättspsykiatri Västmanland	8		17	0,0	19	15,8
RPV Borås	1		2		7	
RPV Falköping	6		8		13	15,4
RPV Vänersborg	25	16,0	37	24,3	41	29,3
RPV Göteborg	103	5,8	111	8,1	121	8,3
RPK Örebro	1		25	12,0	27	3,7
RPR Vadstena	9		28	21,4	23	4,3
Riket	477	10,3	667	8,7	646	8,8

Diskussion

Även om rättspsykiatrisk vård enligt gällande lag är en påföljd är den inte att betrakta som ett straff i konventionell mening utan syftar till att den psykiska hälsan förbättras och att risken för återfall i brott påtagligt minskar. En förbättrad psykisk hälsa innebär att symtomen mildras och att funktionsnivån ökar. De psykiatriska sjukdomar och störningar som betraktas som allvarliga i lagens mening är i många fall livslånga, men med adekvat behandling och stöd från såväl anhöriga som professionella aktörer (sjukvård, kommun etc) kan symtomen mildras, funktionsförmågan förbättras och därigenom ge förutsättningar för ett liv med god livskvalitet.

Det diagnostiska panoramat har utifrån teori och praktik förändrats avsevärt genom tiderna. Flera av de rättspsykiatriska patienterna har vårdats under lång varför det ofta funnits anledning till omvärdering av enskilda patienters diagnos. Man kan till exempel misstänka att antalet individer med neuropsykiatrisk problematik utöver eller istället för exempelvis en psykosdiagnos är betydande.

Det finns även anledning att misstänka att andelen missbrukare är högre än vad de registrerade siffrorna anger. Diagnosen hämtas från den rättspsykiatriska utredningen. Om en klar allvarlig psykisk störning konstateras så penetreras inte alltid missbruket fullt ut i denna utredning.

Bedömning av allvaret i de psykiatriska symtomen bygger på kliniska värderingar, men för att få en ökad samstämmighet är det värdefullt att använda scheman eller skattningsskalor.

Ett sådant skattningsinstrument är GAF-skalan (Global Assessment of Functioning) som ingår i DSM (Diagnostic and Statistical Manual), som är en sedan många år internationellt använd taxonomi över psykiska störningar. GAF-skalan är avsedd att ge ett värde mellan 1 och 100, men skattningen bygger på en subjektiv bedömning. Det är viktigt att skattarna blir ”kalibrerade” för att nå tillfredsställande interbedömarerelabilitet.

Ett annat sätt att värdera symtom är att göra en bedömning av mer kvalitativ art där man har att bedöma symtomen i olika nivåer. För att öka tillförlitligheten i bedömningarna gäller även här att öka interbedömarerelabiliteten och ett förbättringsprojekt har initierats (filmerna). Ett intressant resultat i aktuella data är att den globala funktionsnivån skattas lägre och symtombilden bedöms svårare hos kvinnor än män. I en avhandling vid Psykologiska Institutionen vid Stockholms Universitet når forskaren slutsatserna att kvinnor oftare än män bedöms vara allvarligt psykiskt störda samt att det finns en systematisk snedvridning i rättspsykiatriska undersökningar där kön hade betydande påverkan på beslut om allvarlig psykisk störning bland kliniker och domare (Yourstone, 2008).

Ett tredje sätt att värdera psykisk hälsa att låta patienten själv värdera sitt tillstånd. I RättspsyK får patienten värdera sin hälsa enligt en SORM-skala där man kan avläsa värden mellan 1 och 100. Skattningen är subjektiv och är påverkad av flera faktorer där patientens önskan att framstå som frisk kan spela en betydande roll.

En avgörande del av rättspsykiatrisk vård är att risken för återfall i brott minskar. Självfallet kan risken för att göra en brottslig handling aldrig uteslutas. Detta gäller såväl dömda som tidigare ostraffade personer.

Ett sätt att värdera risken för återfall i brott är att notera om brottslig gärning begåtts av patienten under vårdtiden. Om en olaglig handling begåtts under vårdtiden är detta en viktig indikation på risk för återfall i brott ute i samhället. Ett problem i registreringen är att det inom psykiatrisk och i synnerhet rättspsykiatrisk vård funnits en tradition att ignorera ”mildare” lagöverträdelser såsom hot, skadegörelse eller narkotikainnehav. Denna tradition kan skilja sig avsevärt mellan olika enheter.

Ett annat sätt är att, i likhet med psykisk hälsa, låta patienten själv värdera sin risk för återfall. Återigen är ett problem att patienten vill värdera sin egen risk som låg. Detta kan bero på ett medvetet och manipulativt tänkande men också bero på bristande insikt.

Inte sällan tecknas bilden att det är svårt att få ut rättspsykiatriska patienter i öppna vårdformer. Det visar sig dock att endast är ca 7 procent av de som bedöms kunna vårdas i rättspsykiatrisk öppenvård fortfarande är i slutenvård. Tendensen är att andelen kvinnor ökar medan den minskar för männen. Kanske är det så att det är arbetet med att få ut dessa patienter som stannar kvar i minnet?

När det gäller samverkan med externa aktörer följs i registret såväl om det finns samverkansbehov som är tillgodosett som om det finns samverkansbehov som inte är tillgodosedda. Exempelvis kan det vara så att det finns fungerande samverkan med en del av kommunens verksamhet medan det finns samverkansbehov med en annan del som inte är tillgodosett. Samma patient kan alltså förekomma i båda grupperna. För drygt 90 procent av patienterna finns en fungerande samverkan med externa aktörer vilket är värt att notera men för en tredjedel finns det behov som inte ännu inte är tillgodosedda. Här finns ett stort och viktigt förbättringsområde.

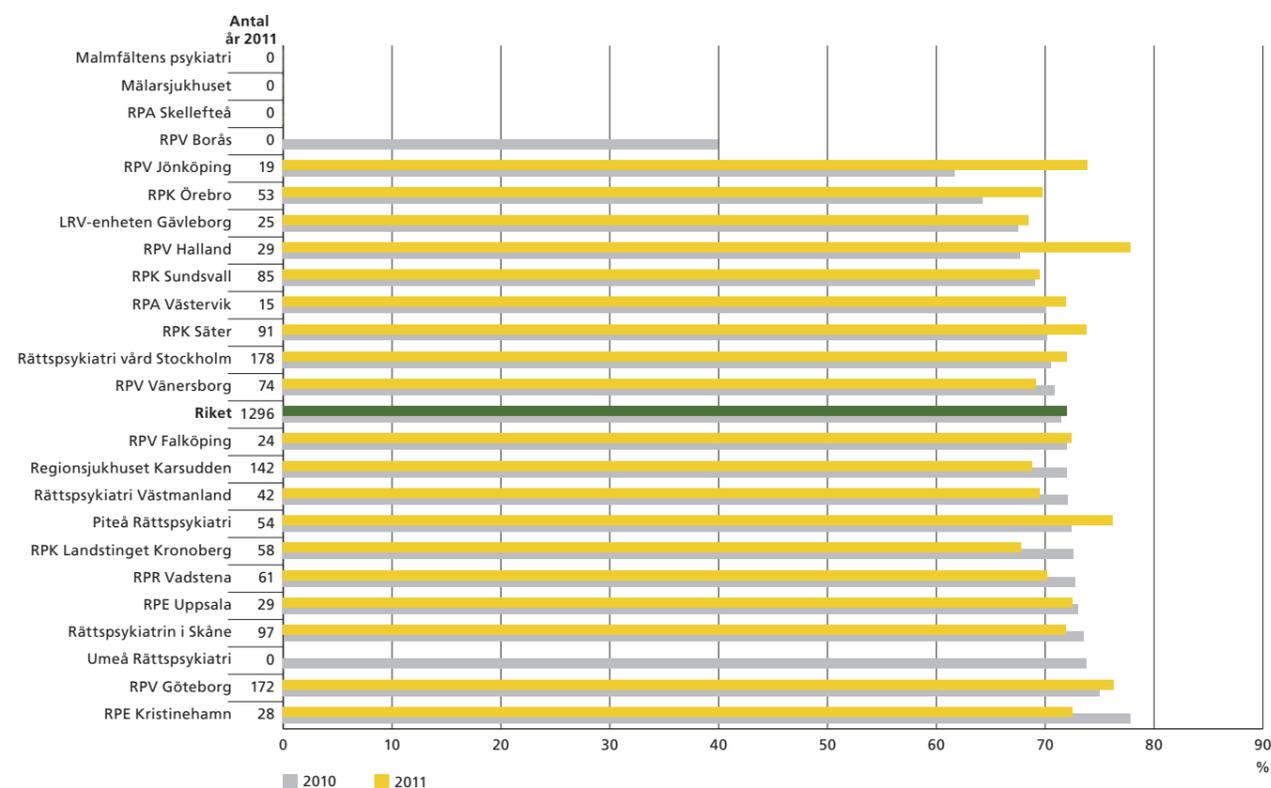
Under åren 2009 och 2010 avslutades drygt 200 vård-episoder per år (211 år 2009 och 224 år 2010), medan antalet 2011 låg under 150, vilket är anmärkningsvärt lägre. Det är i synnerhet ett färre antal män (35 % färre) än kvinnor (knapp 25 %), som skrevs ut från vården under 2011. Anledningen är svår att se utan en mer grundlig analys av data. En orsak skulle kunna vara att andelen som döms till rättspsykiatrisk vård under senare år har minskat något, vilket kan ha inneburit svårare psykisk problematik och därmed längre vårdtider.

Vårdtiden är i allmänhet mellan tre och fyra år och medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 45 månader, drygt tre och ett halvt år. Männen tid inom vården är i genomsnitt ett drygt halvår längre än kvinnornas. Variationen i vårdtid är betydande. Kortaste vårdtid för såväl män som kvinnor är två månader, vilket kan tyckas kort tid för en person som lider av en allvarlig psykisk störning. I en jämförelse med allmänpsykiatrin är inte denna kortaste vårdtid anmärkningsvärd och den psykiatriska vården kan ibland vara framgångsrik även vid initialt svåra psykiska tillstånd.

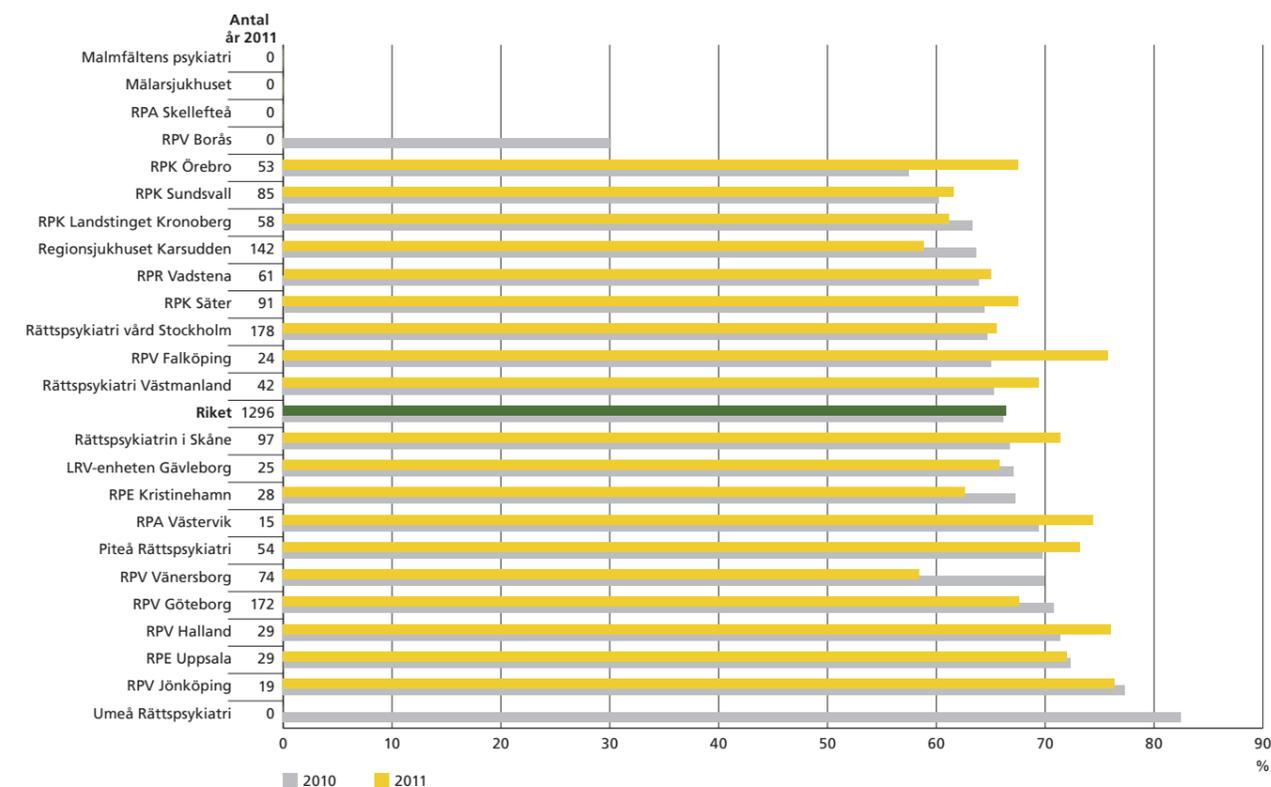
I jämförelse med den korta vårdtiden vid enstaka fall måste noteras att en fjärdedel av männen vårdas mer än sex och ett halvt år och en fjärdedel av kvinnorna sex år eller mer. Längst vårdtid hade en man som vårdats i nästan 33 år. För kvinnor är den längsta vårdtiden 20 år. Man bör då hålla i minnet att vårdtiden för fortsatt vårdade patienter kan vara längre än så.

Variationen vid olika diagnoskategorier är avsevärd. Längst vårdtider noteras vid i synnerhet personlighetsstörningar men även vid psykisk utvecklingsstörning och neuropsykiatriska syndrom. Det tycks, utifrån dessa data, som om den rättspsykiatriska vården och kanske psykiatrin i allmänhet har bättre behandlingsmöjligheter och därmed bättre behandlingsresultat och kortare vårdtider vid psykotiska tillstånd än vid störningar utan dominerande psykosymtom. En orsak till de långa vårdtiderna vid personlighetsstörning skulle eventuellt kunna vara att det i denna patientgrupp kan finnas mer av missbruk, vilket kan ha betydelse för vården och förvaltningsrätternas vilja att skriva ut patienten.

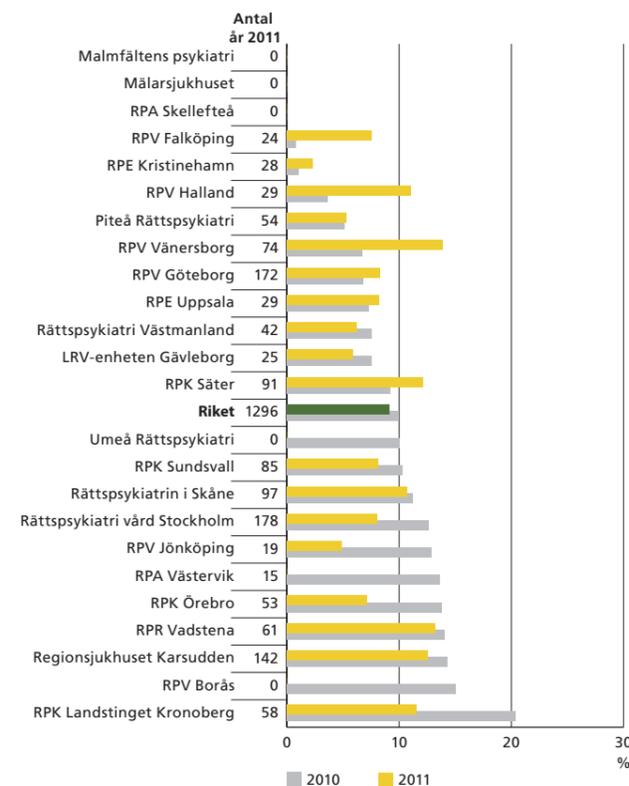
Figur 51. Medelvärde av patienternas skattningar av sin hälsa vid uppföljning 2010 respektive 2011.



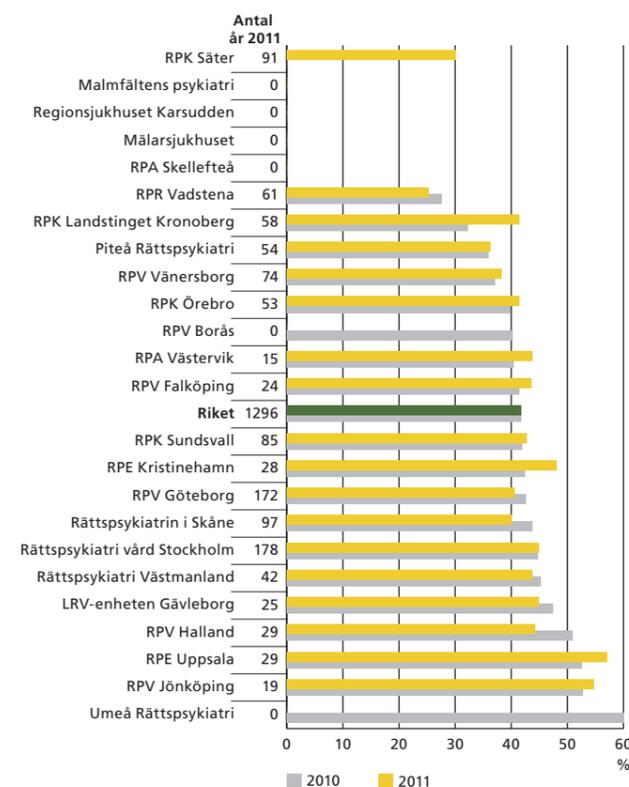
Figur 52. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning 2010 respektive 2011.



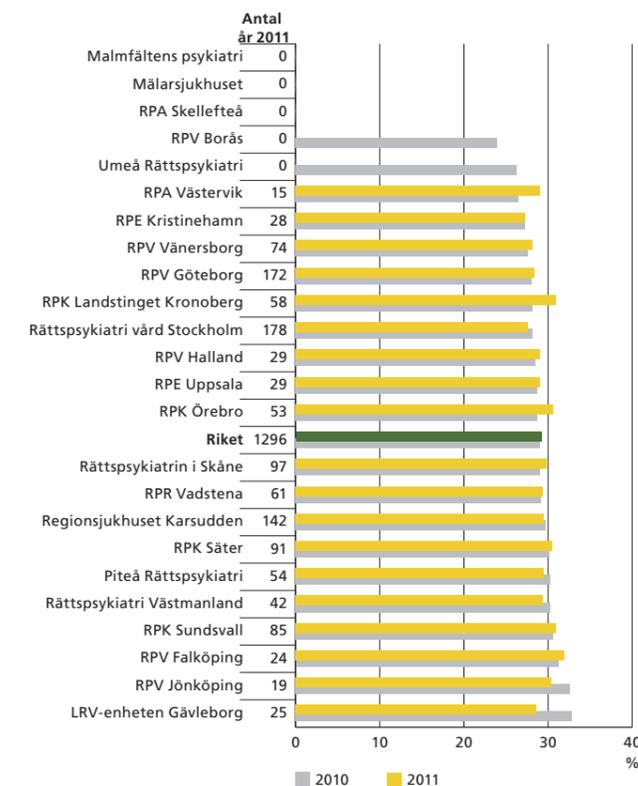
Figur 53. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott vid uppföljning 2010 respektive 2011.



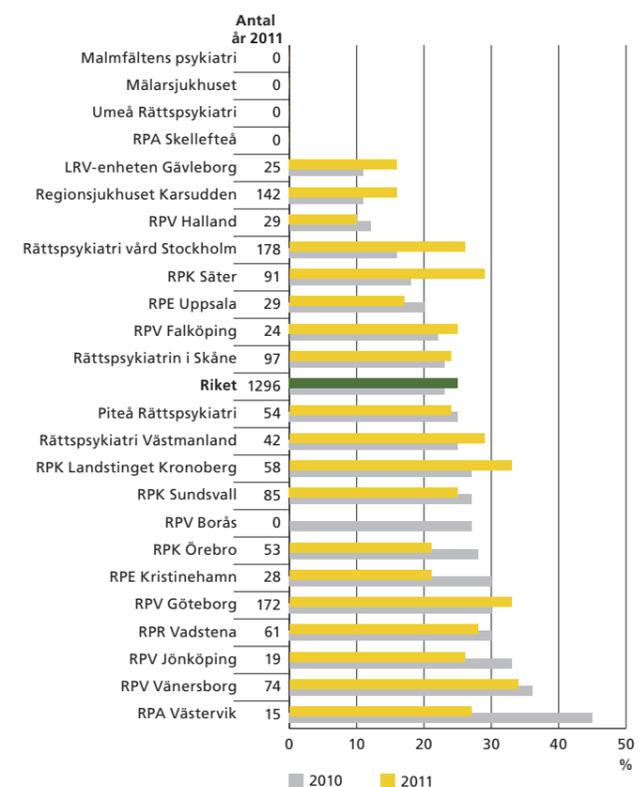
Figur 54. Medelvärde av GAF-skattningar vid uppföljning 2010 respektive 2011.



Figur 55. Medelvärde av patienternas BMI vid uppföljning 2010 respektive 2011.

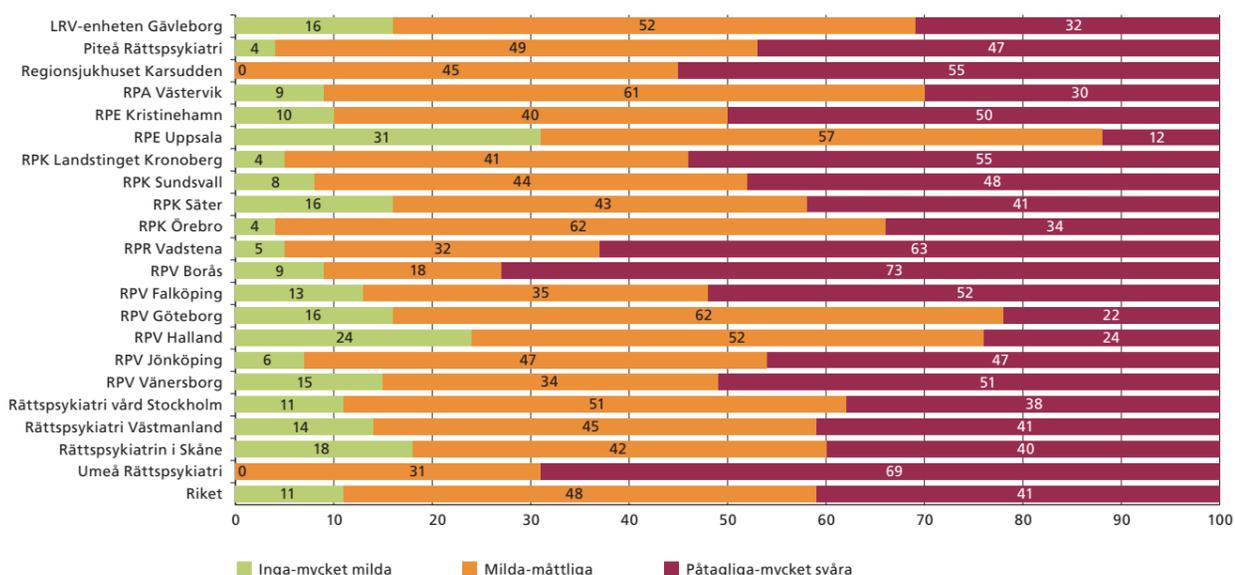


Figur 56. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård 2010 och 2011.

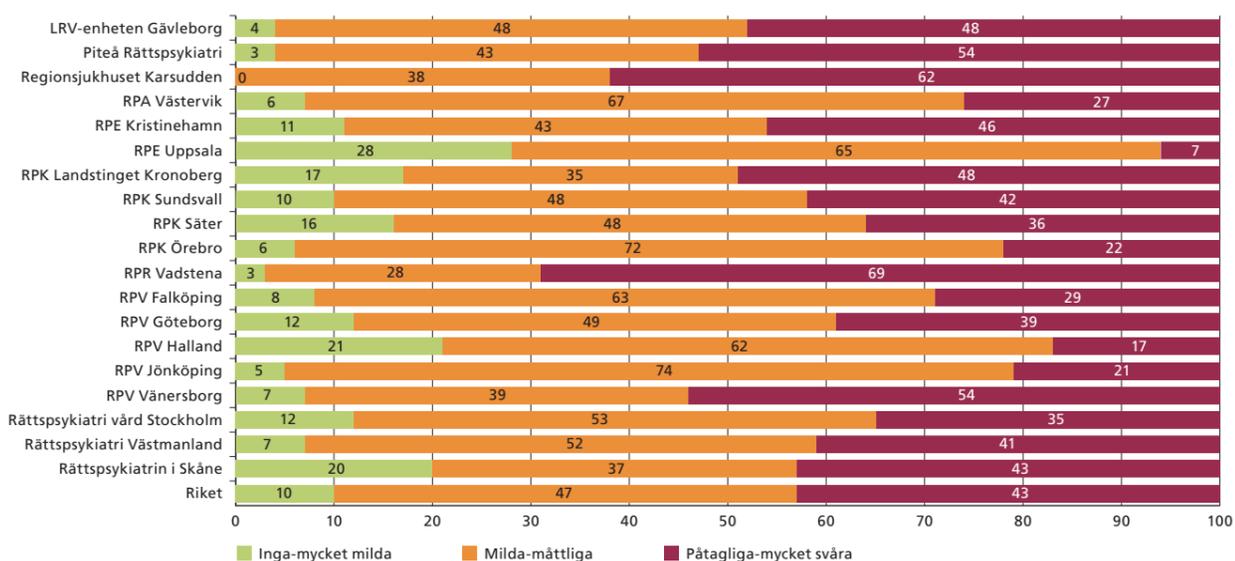


Figur 57. Fördelningen av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning 2010 och 2011.

År 2010



År 2011



Utvecklingsarbete

Utöver insamlade data och sammanställningar av dessa har kvalitetsregistret inneburit en helt ny arena att kommunicera mellan enheter i landet på ett sätt som inte funnits tidigare.

Exempel på utvecklingsarbete är ett gemensamt framtaget material kring innebörden i brottsbearbetning. Det har i sammanställningar av registerdata visat sig att det finns en bred flora av benämningar på vilken sorts brottsbearbetning patienterna får. Tanken med det påbörjade arbetet är att försöka enas om en variabel där brottsbearbetningen nivågraderas i tre steg.

För att validera indata har via medel från SKL en film tagits fram med tre nivåbeskrivningar av symtom, milda, medelsvåra och mycket svåra. Denna indikator valdes eftersom det i diskussioner med användare på nationella möten visade sig att den upplevdes som svår att tolka.

Ett omfattande utvecklingsarbete har startats upp med stöd av extrasatsningar från SKL.

Syftet är att åstadkomma beteendeförändring hos deltagande verksamheter så att förbättringsarbete utifrån data i RättspsyK blir en naturlig del i arbetssättet.

Arbetet består av tre delar, att validera indata i registret, att agera på utdata samt att utveckla återrapporteringen. För att validera indata kommer två deltagare i styrgruppen, Marianne Ander och Malin Lotterberg, att på ett antal utvalda kliniker genomföra monitorering av data på klinken gentemot vad som rapporterats in till RättspsyK. När det gäller att agera på utdata har ett arbete startats upp med drygt hälften av landets enheter som deltagare där viktiga förbättringsområden håller på att identifieras med stöd av utfallet i RättspsyK. Enheterna kommer att få stöd i att systematiskt arbeta med att förbättra sig på identifierade områden på den egna kliniken. För att utveckla återrapporteringen tas i år en tryckt version av årsrapporten fram med stöd av Registercentrum i Västra Götalandsregionen.

Pågående studier

RättspsyK innehåller många frågor, många individer och därmed mycket data. De studier som är på gång är godkända av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

De variabler som valts ur RättspsyK är sociodemografiska variabler (inklusive levnadsförhållanden), brottsrelaterade faktorer, psykiatriska diagnoser, sjukdomsrelaterade faktorer och läkemedelsanvändning.

Utifrån dessa ovan nämnda variabler har följande frågeställningar utarbetats:

1. Skiljer sig manliga och kvinnliga patienter åt i dessa variabler?
2. Rättspsykiatriska patienter med olika psykiatriska sjukdomar, skiljer de sig åt i dessa variabler?
3. Rättspsykiatriska patienter som begått våldsbrott jämfört med icke våldsbrott, skiljer de sig åt i dessa variabler?

Studierna leds av Alessio Degl'Innocenti, docent, enhetschef och styrgruppsmedlem, och bedrivs vid Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med Göteborgs Universitet.

Fakta om RättspsyK

Registrerare i RättspsyK

Enhet	
LRV-enheten Gävleborg	Ingrid Klasenius
LRV-enheten Gävleborg	Elisabeth Palmeby
Mälarsjukhuset	Åsa Wallén
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättspsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Malin Lotterberg
RPA Västervik	Lena Koffed
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Kristinehamn	Heini Nilsson
RPE Uppsala	Tina Plensäll
RPK Landstinget Kronoberg	Anita Sparf
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnheim
RPK Sundsvall	Gun-Mari Bäckman
RPK Sundsvall	Lars-Henrik Larsson
RPK Säter	Sofia Eklund
RPK Säter	Jessica Lyxell
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Örebro	Jimmy Björkman
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson
RPR Vadstena	Christine Rosén
RPV Borås	Camilla Johnsson
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Uno Törnqvist
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Anneli Bertilsson
RPV Jönköping	Thomas Jonsson
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
Rättspsykiatri i Skåne	Christel Bergström
Rättspsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättspsykiatri i Skåne	Irena Lind
Rättspsykiatri i Skåne	Gunilla Löfwall
Rättspsykiatri i Skåne	Yvonne Nilsson
Rättspsykiatri i Skåne	Pernilla Persson
Rättspsykiatri i Skåne	Camilla Sandberg
Rättspsykiatri i Skåne	Pernilla Törnqvist
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Anneli Byström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Rolando Cartagena
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Thomas Flygare
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ulrika Freijdh
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Niclas Gustafsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Angela Karlson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Gunilla Karlsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Diana Maluenda
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Martin Åkersten
Umeå Rättspsykiatri	Jonas Nordin
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

Styrgrupp

- Frances Hagelbäck Hanson, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Chefsöverläkare, Registerhållare
- Hans Andersson, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Kvalitetssamordnare, Registerhållare
- Alessio Degl'Innocenti, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef, Docent
- Marianne Ander, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Vårdsamordnare
- Bengt Persson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Psykolog
- Bengt Persson, Rättspsykiatri Skåne, Malmö, Psykolog
- Maud Righult, Rättspsykiatri Skåne, Malmö, Koordinator
- Kenth Persson, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Chefsöverläkare
- Malin Lotterberg, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- Jan Cederborg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef
- Caroline Millberg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena Administrativ chef
- Kaj Forslund, Rättspsykiatri vård, Stockholm, Verksamhetschef
- Annette Mill, Rättspsykiatri vård, Stockholm, Koordinator
- Lillemor Löfström, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Säkerhetsansvarig
- Martin Carlsson, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Psykolog
- Benjamin Wasniowski, Avd 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Gävle, Projektledare RättspsyK, Leg sjuksköterska

Analysgrupp

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

- Marianne Ander, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Vårdsamordnare
- Hans Andersson, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Kvalitetssamordnare, Registerhållare
- Alessio Degl'Innocenti, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef, Docent
- Kaj Forslund, Rättspsykiatri vård, Stockholm, Verksamhetschef
- Peter Karlberg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare
- Malin Lotterberg, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- Nina Möller, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg psykolog
- Bengt Persson, Rättspsykiatri Skåne, Malmö, Psykolog
- Inger Turtell, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm, Forskningssjuksköterska, Doktorand
- Benjamin Wasniowski, Avd 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Gävle, Projektledare RättspsyK, Leg sjuksköterska

Mycket värdefullt bidrag har även lämnats av överläkare Lars Eriksson, Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, när det gäller farmakologisk behandling.

Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt på varje klinik och matas in av handläggare. Vid datainmatningen, som sker i web-baserade formulär, finns kontroller som skall minimera felaktiga data. Många handläggare väljer att först samla in data på pappersformulär, där instruktioner för hur varje enskild indikator skall besvaras är beskrivet i hjälptext. Möjlighet att korrigera data i efterhand finns, men alla ändringar loggas och sparas.

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statiska data och kallas för grunddata. Detta är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering och datum då domen vinner laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner och utfallet av dessa. Data som är föränderliga registreras i normalfallet var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall. Detta innebär att 2011 års rapport bygger på data från 2010 och 2011 beroende på när under året 12-månadersuppföljningen är gjord. På motsvarande sätt har data för 2010 och 2009 insamlats.

Exempel på webbformulär som används vid datainsamling

RättspsyK Rättspsykiatriskt kvalitetsregister

Arsuppföljning av patientärende

Patientuppgifter från befolkningsregister

Personnummer Mantalskriven (LKF) 148013

Efternamn

Förnamn

Gatuadress

Postnummer

Initierat av Inrapportör

Ifyllande klinik/enhet

Registreringsdatum 2012-04-02

Vårdform

I vilken vårdform vårdas patienten vid skattningstillfället? Sluten vård

Om patienten sedan senaste skattningstillfället vårdats i både öppen och sluten vård, i vilken vårdform har patienten vårdats till största delen? Ej tillämpligt (fyl)

Missbruksbehandling

Har patienten erhållit missbruksbehandling under vårdtiden? Ej tillämpligt

Farmakologisk behandling

Psykoterapi

Psykoeducativa metoder

Annan behandling specificera

Risikanalyis

Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället? Ja

HCR 20

SARA

SVR 20

VRAG

PCL, PCL-SV, PCL-R

Klinisk bedömning

Annan riskbedömning specificera

Hur bedöms patientens risk och farlighet enligt användandet av något av ovanstående instrument efter intervention/behandling enligt gällande vårdplan? Låg

Behandling utifrån riskbeteende

Är behandling utifrån riskbeteende genomförd (med Ja menas även pågående)? Ja

Farmakologisk behandling

Psykoterapi

Psykoeducativa metoder

Annan behandling specificera

Brottsbearbetning

Är brottsbearbetning pågående/genomförd? Nej

Om ja, specificera metod

Indexbrott/brott

Indexbrott 1301 Mordbrand, grov mordbrand

Brott 2

Brott 3

Tidigare påföljder

Inga tidigare domar Tidigare dom, ej våldsbrott Tidigare dom, LRV, ej våldsbrott

Uppgift saknas Tidigare dom, våldsbrott Tidigare dom, LRV, våldsbrott

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

Om ja, specificera

Alkohol Läkemedel Anabola steroider

Narkotika Lösningemedel Övrigt

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



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

REGISTERCENTRUM VÄSTRA GÖTALAND REGISTERCENTRUM FÖR NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Registercentrum Västra Götaland är ett kunskapscentrum för kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Registercentrum har uppdrag från SKL att ge Nationella kvalitetsregister stöd med utveckling, drift och användning av kvalitetsregister. Här ingår även att främja kvalitetsutveckling och forskning med hjälp av register.

www.registercentrum.se