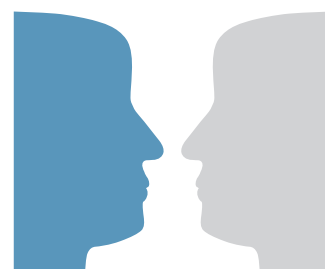


RättspsyK

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

Årsrapport 2012



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2012



RättspsyK
Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister
www.kcp.se

Landsting	Deltagande enheter
Dalarna	RPK Säter
Gävleborg	LRV-enheten Gävleborg
Halland	RPV Halland
Jämtland	Östersund psykiatri
Jönköping	RPV Jönköping
Kalmar	RPA Västervik
Kronoberg	RPK Landstinget Kronoberg
Norrbottnen	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 Göteborg RPV Vänersborg
Örebro	RPK Örebro
Östergötland	RPR Vadstena

Registerhållare

Frances Hagelbäck Hanson

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

Hans Andersson

Verksamhetsutvecklare, Leg ssk
Rättspsykiatri
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
hans.b.andersson@vgregion.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Hans Andersson
Benjamin Wasniowski
Marianne Ander
Alessio Degl'Innocenti
Lars Eriksson
Peter Karlberg
Malin Lotterberg
Håkan Cederberg
Bengt Persson
Kaj Forslund

Statistiker

Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
peter.gidlund@registercentrum.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

Utgivare

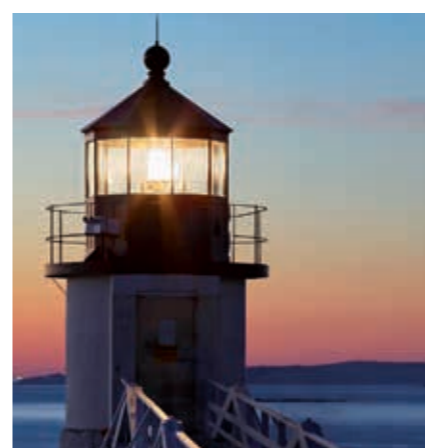
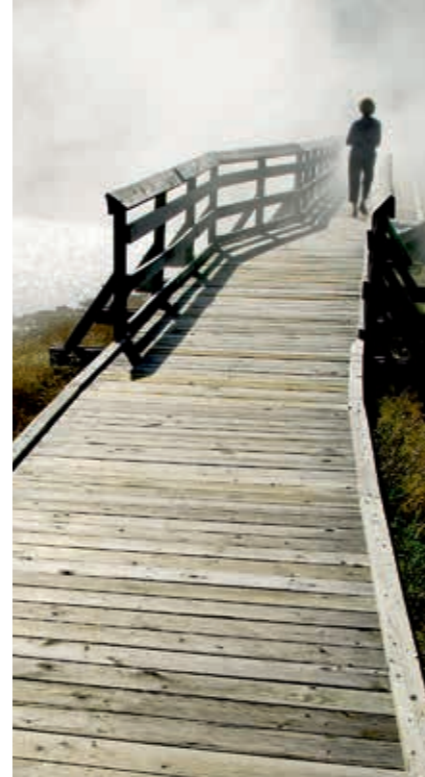
Frances Hagelbäck Hanson
Hans Andersson

Huvudman

Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISSN 2001-3698

Tryckår 2013



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	5
Vad är rättspsykiatrisk vård?	6
Syfte och måltal	7
Täckningsgrad	8
Verksamhetsnivå	8
Patientnivå	8
Patientgruppen i registret	9
Bakgrundsdata	10
Tidigare psykiatrisk vård	10
Tidigare missbruk	10
Indexbrott	11
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol	12
Vårdtid	12
Domslutsår	13
Sociala data	14
Färdig för eftervård	14
Samverkan och samverkansbehov	14
Behov av ekonomisk hjälp	14
Förändring av skuldsituation	15
Nätverk	15
Boendeform	15
Självskattningar	16
Hälsa	16
Livskvalitet	17
Risk för återfall i brott	17
Behandlingsdata	19
Resultat	19
GAF-skattning	19
GAF-värde	20
Klinisk skattning av symtombilden	20
BMI	21
Återfall i brottslig gärning	23
Återfall i brott	23
Process	24
Huvuddiagnos	24
Missbruksbehandling	25
Genomförd riskanalys	27
Farmakologisk behandling	28
Patientenkät	29
Insikt i sjukdom och problematik	29
Tvångsåtgärder	30
Genomförd funktions- och/eller behovsskattning	30
Brottsbearbetning	31
Behandling utifrån riskfaktorer	31
Redovisning på enhetsnivå	33
Diskussion	48
Utvecklingsarbete	50
Forskning och pågående studier	51
Fakta om RättspsyK	52
Registrerare i RättspsyK	52
Registrets styrgrupp	53
Analysgrupp	53
Registrets uppbyggnad	53

Inledning

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

Årsrapporten för 2012 är den femte sedan kvalitetsregistret startade på hösten 2008. Detta är andra året rapporten även finns i tryckt form. Årets rapport har utökats med ett antal figurer och tabeller utifrån vad verksamheter och beställare frågat efter. På enhetsnivå visas från i år i grafisk form förändring mellan åren 2011 och 2012 för fem indikatorer för att enkelt ge en bild av utvecklingen. Vidare visas resultat av vården, för ett antal indikatorer, från det att vården inleddes tills att den avslutades åren 2009–2012.

För första gången redovisas i år även återfall i brott första året efter det att domen om rättspsykiatrisk vård upphört. I årets rapport finns även redovisat den första vetenskapliga artikeln framtagen på data från RättspsyK. Genom att registret snabbt fick hög täckningsgrad, både vad gäller andel patienter och deltagande enheter, finns nu data för fyra hela år, 2009, 2010, 2011 och 2012. 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 eftersträvats.

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

På enhetsnivå kan materialet vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet. Där inte årtal anges i figurer och tabeller avses 2012. Om data saknas för någon enhet i en tabell anges detta med siffran 0.

För årsrapporterna 2011 och 2012 har det gjorts uttag på skilda vis ur registret varför vissa data inte stämmer överens vid en jämförelse mellan rapporterna. Detta innebär att siffrorna i 2011 års rapport inte alltid stämmer överens med data i årets rapport för 2011 och åren innan dess.

I registret finns det en problematik att följa upp patienter som avslutas till enheter som inte registrerar i RättspsyK. Detta innebär att värdefulla uppföljningsdata tappas bort. Det har visat sig att även omorganisationer kan ha denna effekt ibland. Rapporteringsformulär har därför vidareutvecklats för att i någon mån kompensera för detta.

Utöver denna redovisning av utfall finns RättspsyK också sedan några år med i Öppna Jämförelser, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) med fem indikatorer; återfall i brottslig gärning under pågående vård, andel patienter med BMI > 30, patientens självrappporterade hälsa, andel patienter med förbättrad symtombild och andel patienter med förbättrad skuldsituation. 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 andra 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

I rapporten redovisas resultat av vården för sex indikatorer för patienter som 2009-2012 dömts till vård och där vården avskrivits. Skuldsituationen förbättrades för 15 procent av patienterna och försämrades inte för någon. Funktionsförmågan (GAF) förbättrades för 70 procent. BMI minskade för drygt 40 procent och ökade för drygt 30 procent. Symtombilden förbättrades för drygt 50 procent och försämrades för 15 procent. De av patienterna självskattade indikatorerna hälsa och livskvalitet förbättrades för drygt 40 procent och försämrades för 30 procent (hälsa) respektive 25 procent (livskvalitet).

Täckningsgraden på patientnivå är fortsatt hög, mellan 84 och 94 procent. Osäkerheten i siffran beror på att det i dagläget i patientadministrativa registret PAR inte går att få fram hur många patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård utan där ingår även patienter som vårdas enligt LRV utan att vara dömda till det. Den högre siffran grundas på en endagsinventering av patienter dömda till rättspsykiatrisk vård. På enhetsnivå är täckningsgraden 100 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 (14 procent) än hos män (4,4 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 47,8 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knappt 29,5 procent av de kvinnliga var påverkade vid de gärningar man dömts för.

För ungefär en femtedel av patienterna är samverkansbehovet med externa aktörer inte tillgodosett. Detta gäller i något högre grad för kvinnor än för män. 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 ännu inte är tillgodosedda.

Skuldsituationen har förbättrats för en ökad andel kvinnor medan den för männen är densamma som året innan.

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.

Återfall i brottslig gärning i slutenvård för män håller sig på samma nivå som förra året, 14 procent medan det för kvinnor har ökat med 2,7 procent till 16,7 procent. I öppenvård är andelen män som återfallit 4,5 procent vilket är en minskning från förra året med 2,2 procent. För kvinnor i öppenvård är andelen närmast noll.

Andelen patienter som blivit dömda till brott ett år efter att vården avskrivits 2009 eller 2010 är strax under 10 procent.

Andelen patienter som bedöms färdiga för eftervård men ändå vårdas inneliggande är för männen nästan densamma mellan åren, (ca 6 procent) medan det för kvinnor visar en minskning med nära 4 procent till 5,9 procent.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder visar en sjunkande tendens för män. Drygt en tredjedel färre män har varit föremål för tvångsåtgärder 2012 jämfört med 2009. För kvinnor är nivån 2012 på knappt 21 procent endast något lägre än 2009 efter att åren däremellan varit som lägst knappt 18 procent.

För enskilda tvångsåtgärder har såväl bältesläggning som medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande minskat medan avskiljning ökat jämfört med 2011. Det är männen som står för minskningen av tvångsåtgärder medan ökningen omfattar såväl kvinnor som män. Inskränkande av elektronisk kommunikation är i stort sett lika mellan åren 2011 och 2012.

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, slutna 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 och definitiv utskrivning. Överföring till öppen rättspsykiatrisk vård måste dock prövas av en förvaltningsdomstol. En patient har 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

Syfte

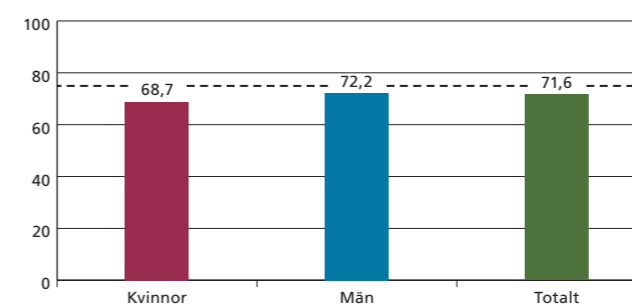
Det övergripande syftet med registret är att utifrån data ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning.

Måltal

För 2012 har tre måltal formulerats för registret med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatri.

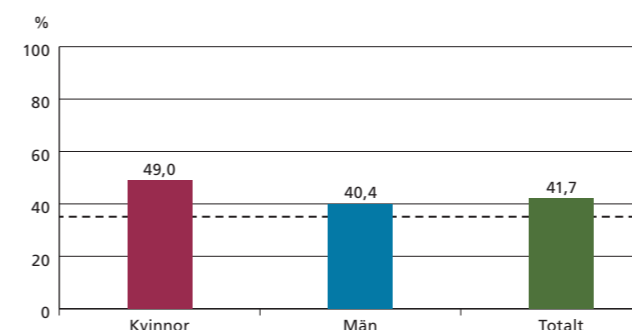
Måltalen är

1. Medelvärde i landet för patientens självskattade hälsa ska vara > 75 mätt med VAS-skala.



Måltalet för patientens självskattade hälsa har inte nåtts under 2012.

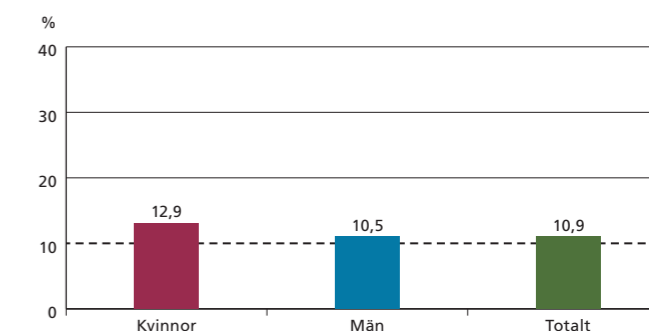
2. Andel patienter i landet med BMI¹ > 30 ska vara < 37 procent.



Måltalet för BMI har inte nåtts under 2012.

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

3. Andel patienter i landet som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara < 10 procent



Måltalet för återfall i brottslig gärning har inte nåtts under 2012.

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 måltalet.

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

Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

Samtliga 25 enheter i landet rapporterar till registret vilket ger en täckningsgrad på 100 procent.

Patientnivå

En täckningsgradsjämförelse mellan RättpsyK och det patientadministrativa registret PAR utförd av Register-service på Socialstyrelsen visar en täckningsgrad på 84 procent i riket. I den beräkningen ingår dock fler patienter som vårdas enligt LRV än vad som ingår i RättpsyK. Därmed är den egentliga täckningsgraden högre i RättpsyK än 84 procent.

Om täckningsgraden räknas ut på samma sätt som i tidigare årsrapporter dvs i jämförelse med hur många patienter som vid en endagsinventering 2008 beräknades finnas i rättspsykiatrisk vård, blir täckningsgraden istället 94 procent.

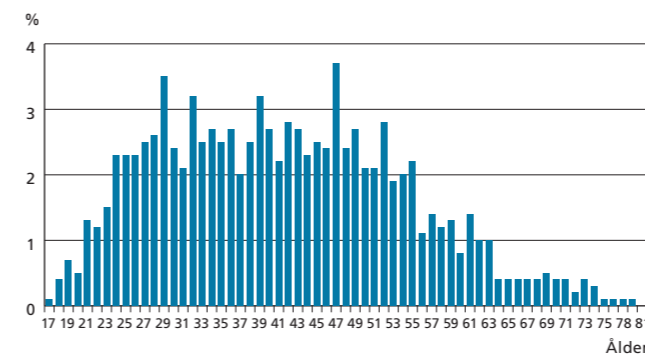
Sannolikt befinner sig den reella täckningsgraden någonstans mellan 84 procent och 94 procent.

I slutenvård är täckningsgraden 79 procent och i öppenvård 81 procent, fortfarande med för många patienter inkluderade i nämnaren varför den verkliga täckningsgraden är högre i såväl slutenvård som öppenvård.

Patientgruppen i registret

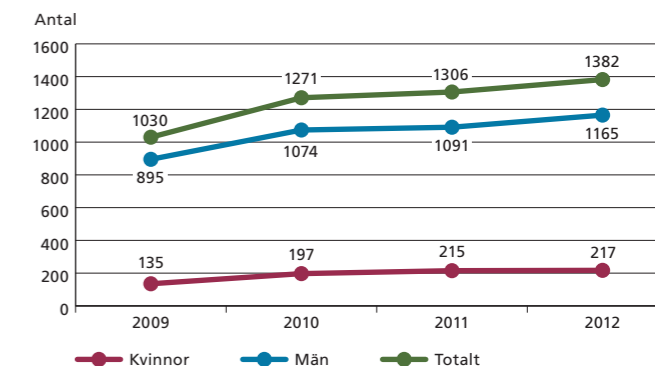
Ålder

Figur 1. Åldersfördelning i registret, andel.



Åldern på de rättspsykiatriska patienterna varierar mellan 17 och 81 år. Åldersgruppen 17–24 år utgör 9 procent av patientgruppen men är i många avseenden en grupp med stora behov. Andelen patienter över 55 år är 16 procent och även denna grupp har stora behov, inte minst på grund av somatisk sjukdom.

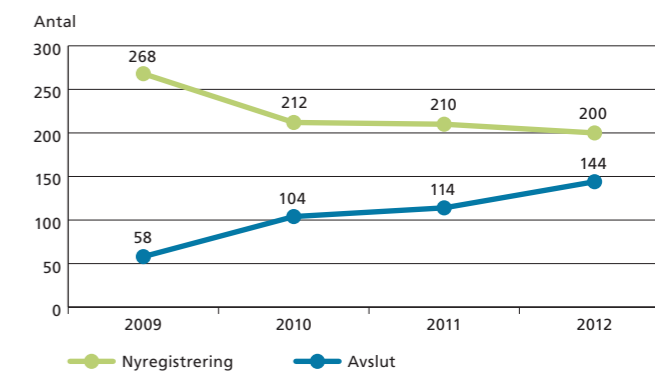
Figur 2. Antal uppföljda patienter.



Tabell 1. Uppföljda patienter.

	Män				Kvinnor			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Antal	895	1074	1091	1165	135	197	215	217
Andel (%)	86,9	84,5	83,5	84,3	13,1	15,5	16,5	15,7
Ålder (medelvärde)	40,3	40,9	40,7	41,6	39,1	39,9	39,8	40,1

Figur 3. Antal nyregistrerade och avslutade patienter åren 2009–2012.



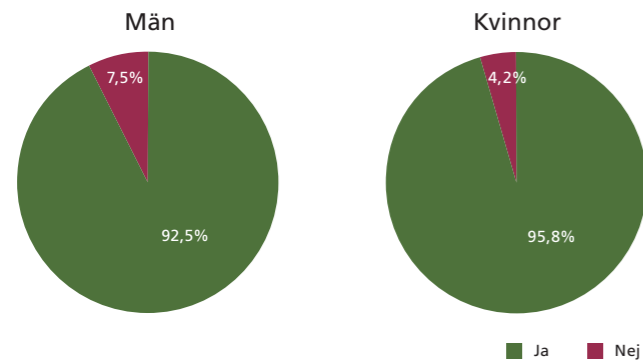
Bakgrundsdata

Tidigare psykiatrisk vård

Tabell 2. Antal patienter som tidigare fått psykiatrisk vård (andel anges inom parentes).

	Ja Antal	Nej Antal	Totalt Antal
Män	1048 (92,5)	85 (7,5)	1133
Kvinnor	207 (95,8)	9 (4,2)	216
Totalt	1255 (93,0)	94 (7,0)	1349

Figur 4. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk 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 haft kontakt med den psykiatriska vården. Detta gäller i något högre grad kvinnor än män.

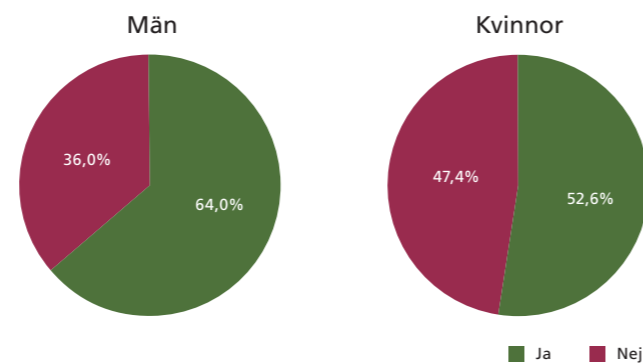
Tidigare missbruk

Utöver den psykiatriska problematiken har de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk. Två tredjedelar av männen och drygt hälften av kvinnorna har ett tidigare dokumenterat missbruk.

Tabell 3. Antal patienter med tidigare dokumenterat missbruk (andel anges inom parentes).

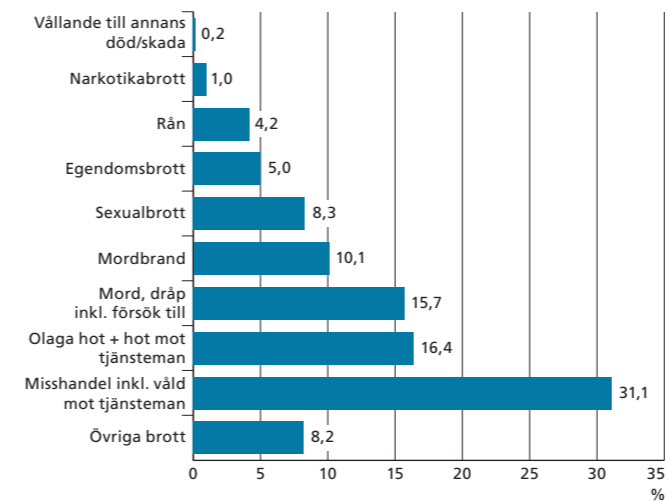
	Ja Antal	Nej Antal	Totalt Antal
Män	729 (64,0)	410 (36,0)	1139
Kvinnor	113 (52,6)	102 (47,4)	215
Totalt	842 (62,2)	512 (37,8)	1354

Figur 5. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.

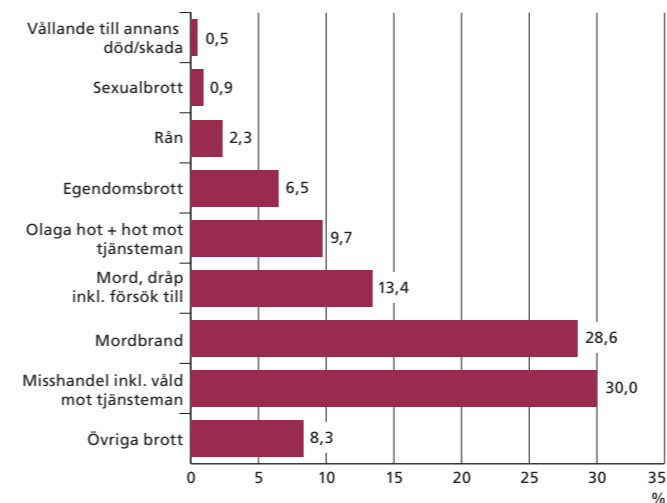


Indexbrott

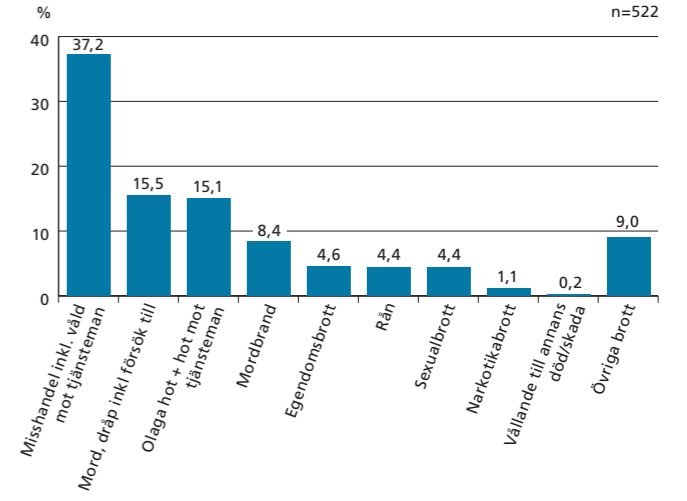
Figur 6. Indexbrott för män. n=1162



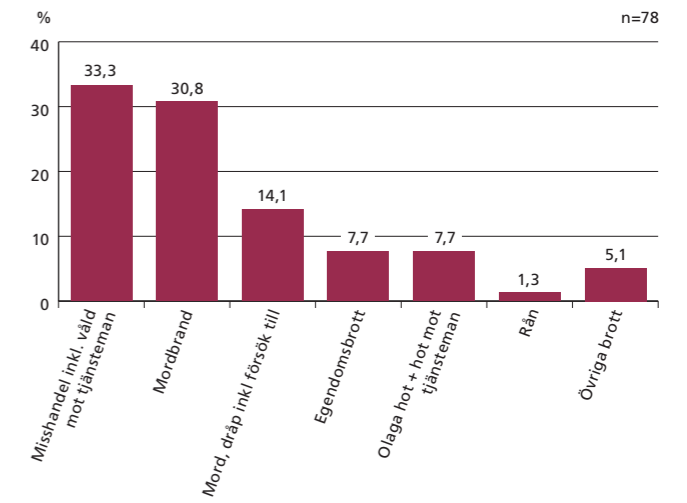
Figur 7. Indexbrott för kvinnor. n=217



Figur 8. Indexbrott vid diagnos schizofreni – män. n=522



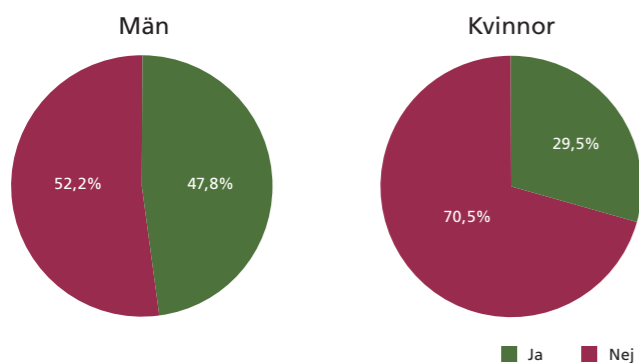
Figur 9. Indexbrott vid diagnos schizofreni – kvinnor. n=78



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.

Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol

Figur 10. Andel patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid brottet.



Tabell 4. Antal patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid brottet (andel anges inom parentes).

	Ja	Nej	Totalt
Män	449 (47,8)	491 (52,2)	940
Kvinnor	54 (29,5)	129 (70,5)	183
Totalt	503 (44,8)	620 (55,2)	940

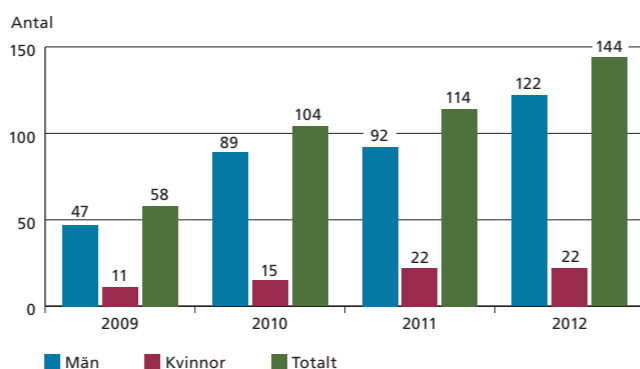
Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 48 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knapp 30 procent av de kvinnliga var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

Vårdtid

Avslutade vårdepisoder 2009–2012

Nedanstående sammanställningar bygger på avslutade vårdepisoder under åren 2009–2012. 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 summorna inte alltid blir desamma vid de olika sammanställningarna av medianvårdtider.

Figur 11. Antal avslutade vårdepisoder åren 2009–2012.

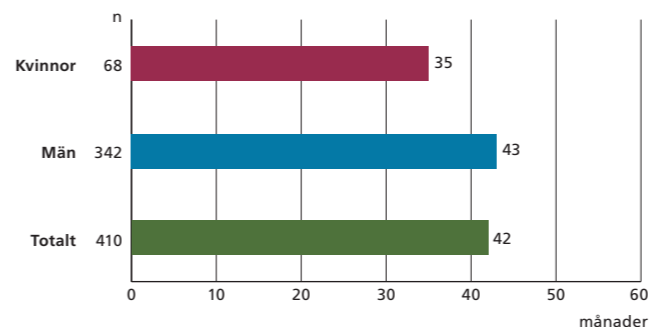


Sammanlagt 410 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården i Sverige under åren 2009–2012. Andelen kvinnor, 68 individer, utgör drygt 16 procent av det totala antalet patienter och antalet män som blev definitivt utskrivna under de tre åren är 342. Det kan tyckas anmärkningsvärt att antalet patienter som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården ökar kontinuerligt över åren, men detta beror sannolikt på att flera patienter som skrevs ut de första åren inte hade registrerats i Rättspsykiatri och därför inte är med i sammanställningen.

Medianvårdtider för individer som blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2012

Beräkningen bygger på uppgifter från sammanlagt 410 avslutade vårdepisoder, dvs. då patienten blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 42 månader, 3,5 år. Det föreligger en viss skillnad i vårdtiden för män respektive kvinnor, där männens vårdtid i genomsnitt är åtta månader längre.

Figur 12. Medianvårdtid för patienter med avslutad vård under åren 2009–2012.

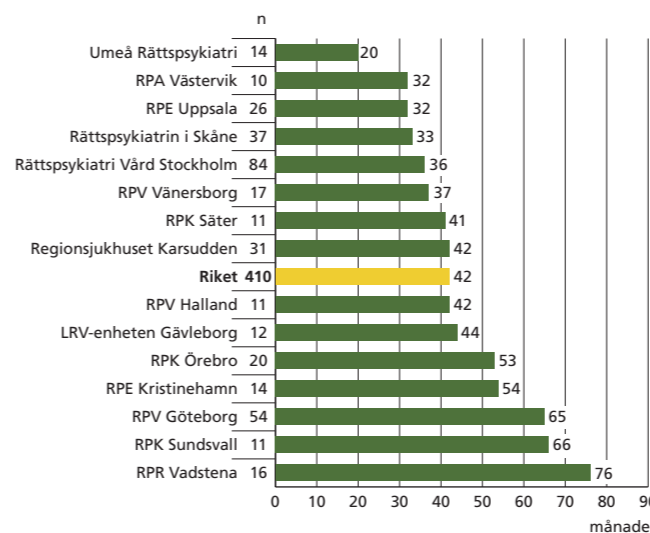


Medianvårdtider vid olika rättspsykiatriska vårdenheter

Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 20 månader (drygt 1,5 år) och 76 månader (drygt 6 år). För landet som helhet ligger vårdtiden, som tidigare nämnts på 3,5 år (42 månader).

Medianvårdtiderna vid regionklinikerna, Säter, Karsudden, Sundsvall, Vadstena, särskiljer sig inte anmärkningsvärt från de andra enheterna även om de sistnämnda har de längsta vårdtiderna. Alltför få avslutade vårdepisoder finns registrerade från Växjö. I figuren nedan redovisas inte enheter med färre än tio avslutade vårdepisoder.

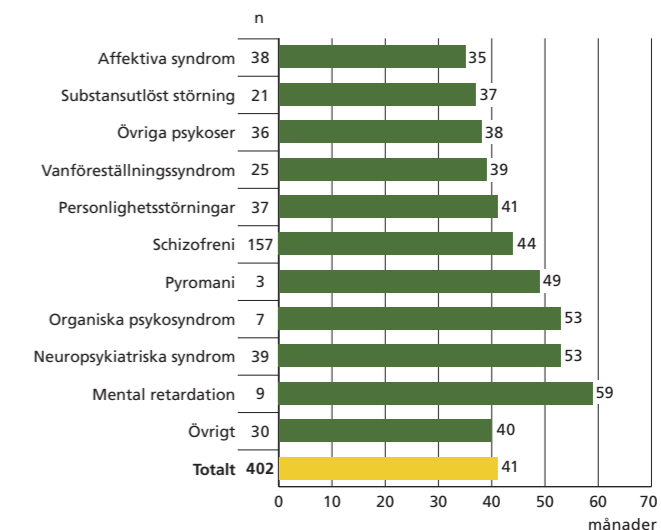
Figur 13. Medianvårdtider vid olika enheter, 2009–2012.



Medianvårdtid vid olika diagnoser

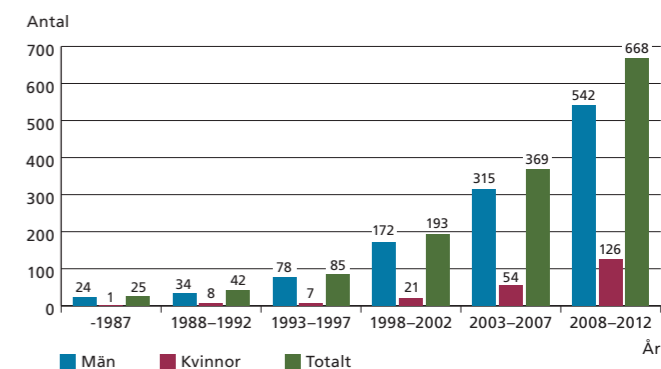
Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Längst vårdtider noteras vid psykisk utvecklingsstörning (närmare fem år) och organiska psykosyndrom. Vårdtiderna vid den ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart tre individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

Figur 14. Medianvårdtid vid olika diagnostyper för patienter med avslutad vård under åren 2009–2012.



Domslutsår

Figur 15. Domslutsår för patienter som vårdades 2012.



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

Sociala data

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Tabell 5. Patienter som vårdats i dygnsvård trots att patienten bedöms vara färdig för eget boende/annan vårdform (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	50 (7,2)	699	65 (7,0)	934	57 (6,0)	946	69 (6,7)	1023
Kvinnor	5 (4,9)	102	12 (7,4)	163	18 (9,6)	187	11 (5,9)	186

Tabell 5 visar hur stor andel rättspsykiatriska patienter som fortfarande vårdas i slutenvård trots att de bedömts kunna vårdas i öppnare vårdform, öppen rättspsykiatrisk vård. Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men som ändå vårdas är låg.

Samverkan och samverkansbehov

Tabell 6. Antal patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer (andel anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	845 (94,4)	895	1008 (93,9)	1074	1027 (94,1)	1091	1077 (93,2)	1155
Kvinnor	132 (97,8)	135	188 (95,4)	197	205 (95,3)	215	203 (94,4)	215

Tabell 7. Antal patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett (andel anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	190 (21,2)	895	203 (18,9)	1074	200 (18,3)	1091	191 (16,5)	1155
Kvinnor	34 (25,2)	135	41 (20,8)	197	51 (23,7)	215	45 (20,9)	215

Andel patienter med fungerande samverkan och andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett framgår av Tabell 6 och 7. Samma patient kan förekomma i båda tabellerna, det vill säga att samverkansbehovet är tillgodosett vad gäller vissa behov medan andra behov ännu inte har tillgodosetts.

Behov av ekonomisk hjälp

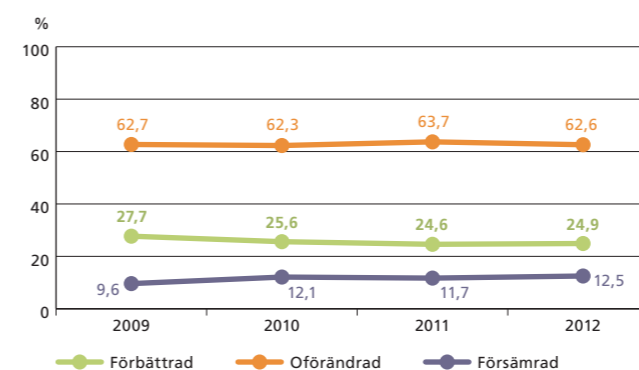
Tabell 8. Patienter som är i behov av ekonomisk hjälp (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	514 (57,4)	895	677 (63,0)	1074	694 (63,6)	1091	716 (62,0)	1155
Kvinnor	89 (65,9)	135	138 (70,1)	197	146 (67,9)	215	156 (72,6)	215

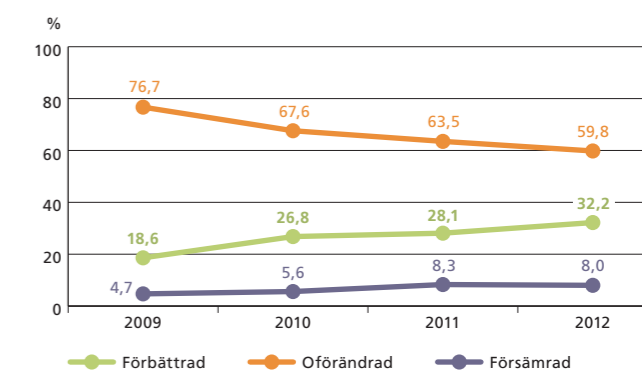
Andelen patienter som har behov av hjälp för att hantera sin ekonomi är stort vilket framgår av Tabell 8.

Förändring av skuldsituation

Figur 16a. Andel män med förändrad skuldsituation.



Figur 16b. Andel kvinnor med förändrad skuldsituation.



Figur 16a och 16b beskriver andelen patienter vars skuldbörda har minskat, är oförändrad eller har försämrats.

Nätverk

Tabell 9. Antal patienter som har tillgång till nätverk (andel anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	830 (92,7)	895	1022 (95,2)	1074	1043 (95,6)	1091	1092 (93,7)	1165
Kvinnor	130 (96,3)	135	189 (95,9)	197	212 (98,6)	215	212 (97,7)	217

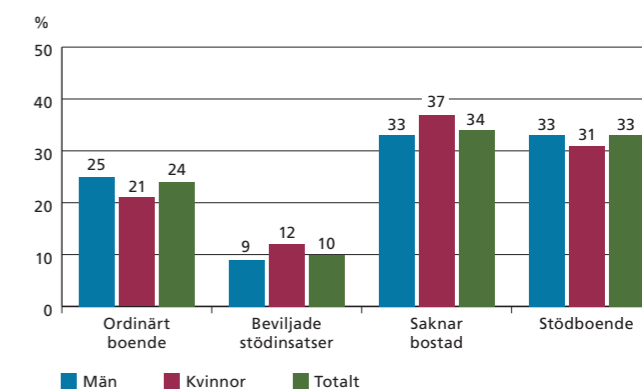
Andelen patienter med tillgång till ett nätverk är hög, över 90 procent vilket framgår av Tabell 9.

Boendeform

Tabell 10. Fördelning av boendeform (andel anges inom parentes).

År		Ordinärt boende	Beviljade stödsinsatser	Saknar bostad	Stödboende	Totalt
2009	Män	196 (22,1)	74 (8,3)	362 (40,8)	256 (28,8)	888
	Kvinnor	28 (21,2)	10 (7,6)	53 (40,2)	41 (31,1)	132
	Totalt	224 (22,0)	84 (8,2)	415 (40,7)	297 (29,1)	1020
2010	Män	269 (25,1)	102 (9,5)	378 (35,3)	322 (30,1)	1071
	Kvinnor	41 (25,9)	13 (6,6)	63 (32,0)	70 (35,5)	197
	Totalt	297 (25,2)	115 (9,1)	441 (34,8)	392 (30,9)	1268
2011	Män	272 (25,2)	109 (10,1)	363 (33,6)	336 (31,1)	1080
	Kvinnor	41 (19,1)	20 (9,3)	83 (38,6)	71 (33,0)	215
	Totalt	313 (24,2)	129 (10,0)	446 (34,4)	407 (31,4)	1295
2012	Män	248 (24,8)	106 (9,3)	379 (33,1)	376 (32,8)	1145
	Kvinnor	44 (20,7)	25 (11,7)	79 (37,1)	65 (30,5)	213
	Totalt	328 (24,2)	131 (9,6)	458 (33,7)	441 (32,5)	1358

Figur 17. Andel patienter uppdelat på boendeform under pågående vård.



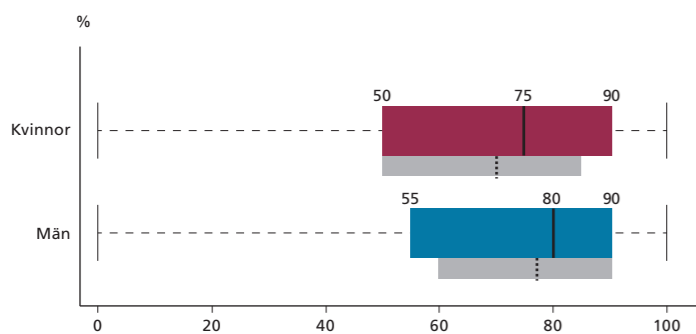
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i Tabell 10 och Figur 17. I tabell och figur ingår både inläggande patienter och patienter som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård vilket gör att andelen patienter med boendeform stödboende utgör cirka 30 procent.

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

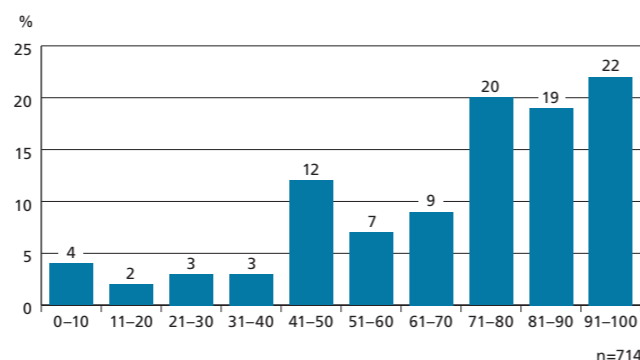
Figur 18a. Patientens skattade hälsa på VAS-skala.



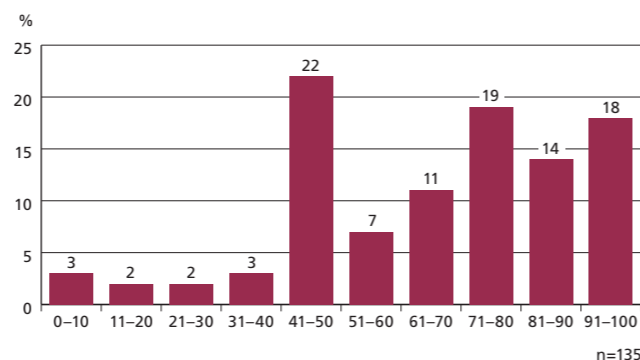
Patientens skattning av sin hälsa enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin hälsa som lägre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning. De skuggade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

— Medelvärde 2012
 - - - Medelvärde 2011

Figur 18b. Patientens skattade hälsa på VAS-skala – män.

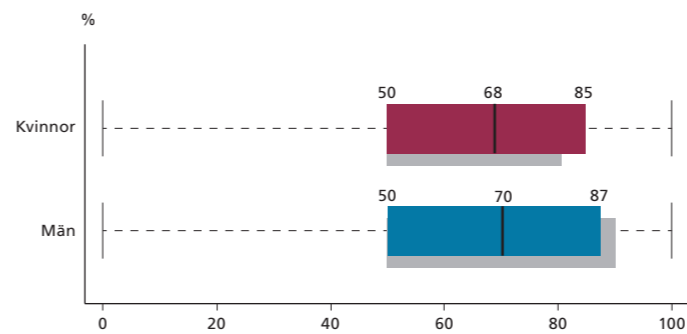


Figur 18c. Patientens skattade hälsa på VAS-skala – kvinnor.



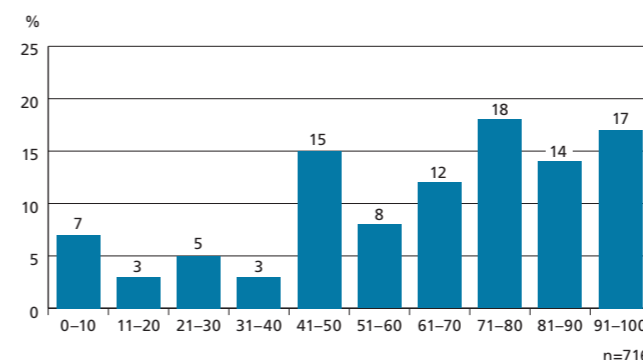
Livskvalitet

Figur 19a. Patientens skattade livskvalitet på VAS-skala.

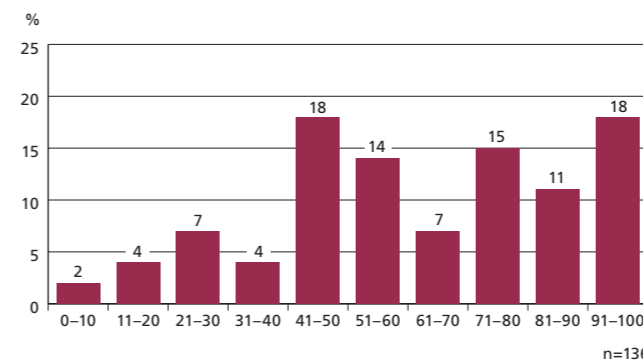


Patientens skattning av sin livskvalitet enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin hälsa som lägre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning. De skuggade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

Figur 19b. Patientens skattade livskvalitet på VAS-skala – män.

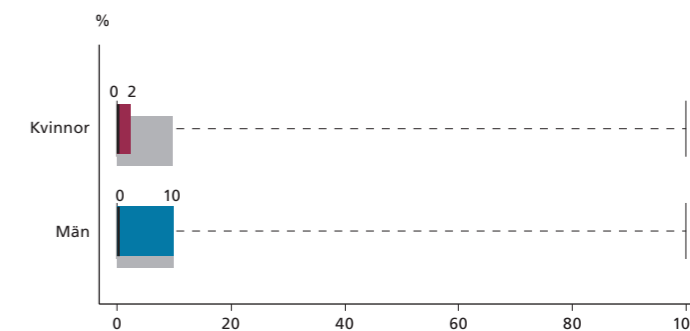


Figur 19c. Patientens skattade livskvalitet på VAS-skala – kvinnor.



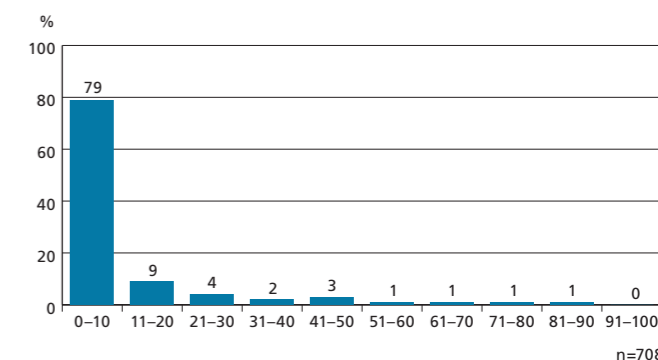
Risk för återfall i brott

Figur 20a. Patientens skattning av sin risk för återfall i brott på VAS-skala.

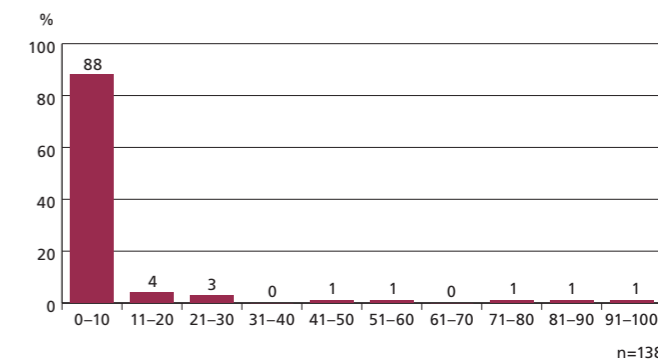


Patientens skattning av sin risk för återfall i brott enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Den översta grafen visar skattningarnas min- och maxvärden. Den färgade boxen täcker in 50% av svaren. 25% har uppskattat sin hälsa som lägre än boxens övre gräns. Linjen i boxen anger de svarandes medianskattning.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

Figur 20b. Patientens skattade risk för återfall i brott på VAS-skala – män.

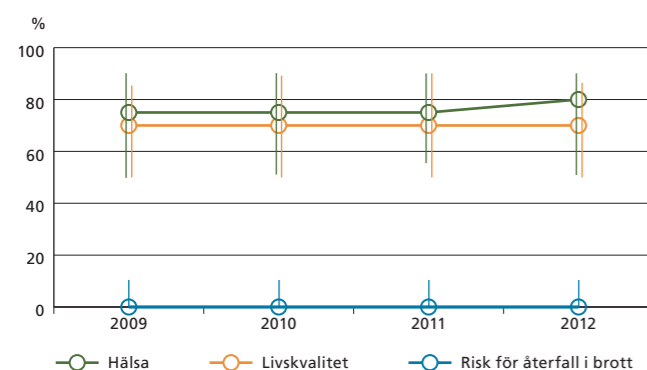


Figur 20c. Patientens skattade risk för återfall i brott på VAS-skala – kvinnor.



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

Figur 21. Patientens självskattning av sin hälsa, livskvalitet samt risk för återfall i brott.



Man kan notera en något ökad skattning av hälsan 2012 jämfört med föregående år. För övriga självskattningar är resultaten likvärdiga med åren 2009–2011.

Självskattningarna för 2012 visar att patienternas egen upplevelse av sin hälsa (Figur 18a–c) samt sin livskvalitet (Figur 19a–c) är god både för kvinnor och för män. Den egna skattningen av risk för återfall i brott (Figur 20a–c) under pågående vårdepisod har både kvinnor och män skattat som mycket låg och i vissa fall obefintlig. I Figur 21 görs en jämförelse av medianvärdena av skattningarna för de tre variablerna mellan åren.

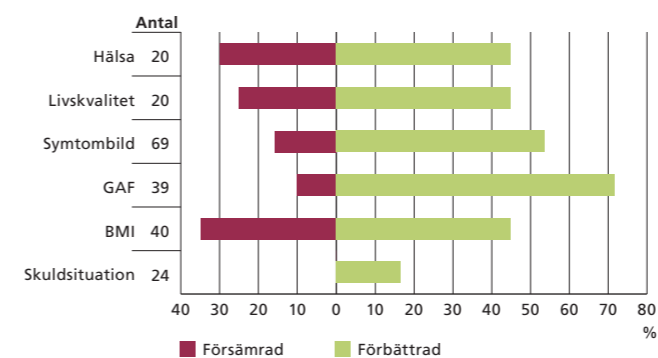
Behandlingsdata

Resultat

Utfall av vården för några indikatorer

I figuren visar grön stapel andel patienter där indikatorn förbättrats och på motsvarande sätt visar röd stapel andel patienter där indikatorn försämrats. När det gäller BMI är för majoriteten av patienterna ett minskat BMI önskvärt och ett ökat BMI inte önskvärt. På gruppnivå betraktas därför andel patienter med minskat BMI som en förbättring och ökat BMI som en försämring i figuren.

Figur 22. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under åren 2009–2012.



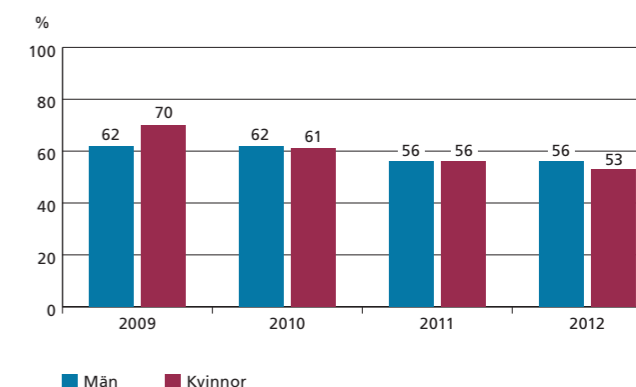
Figuren visar, för ett antal indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom intervallet 2009–2012 dömts till vård och där vården avskrivits. Skillnaden som staplarna visar är mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits. I figuren visas i staplar endast andel patienter där en förändring skett mellan åren. Det innebär att det för varje indikator finns en grupp patienter där ingen förändring skett.

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 undersökta bedöms ha ett vårdbehov och rekommenderas att bli överlämnad till rättspsykiatrisk vård, i de flesta fall att ligga omkring eller under 40.

Figur 23. Andel patienter med genomförd GAF-skattning¹.



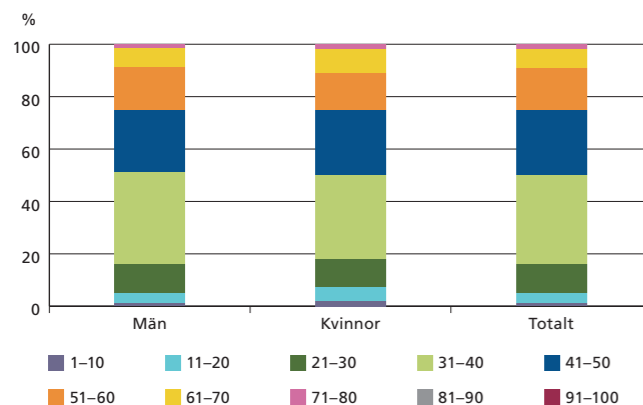
¹GAF: Global Assessment of Functioning Scale, som är en global funktions-skattningsskala i två delar där man gör en bedömning av symtom- och allmän funktionsnivå.

Tabell 11. Fördelning av skattade GAF-värden (andel patienter anges inom parentes).

År		1-10	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)	76 (13,8)	193 (35,0)	122 (22,1)	90 (16,3)	34 (6,2)	11 (2,0)	2 (0,4)	0	552
	Kvinnor	0	4 (4,2)	16 (16,8)	28 (29,5)	26 (27,4)	13 (13,7)	6 (6,3)	2 (2,1)	0	0	95
	Totalt	5 (0,8)	23 (3,6)	92 (14,2)	221 (34,2)	148 (22,9)	103 (15,9)	40 (6,2)	13 (2,0)	2 (0,3)	0	647
2010	Män	9 (1,4)	26 (3,9)	81 (12,2)	208 (31,2)	169 (25,4)	113 (17,0)	45 (6,8)	14 (2,1)	1 (0,2)	0	666
	Kvinnor	0	10 (8,3)	21 (17,5)	46 (38,3)	19 (15,8)	17 (14,2)	7 (5,8)	0	0	0	120
	Totalt	9 (1,1)	36 (4,6)	102 (13,0)	254 (32,3)	188 (23,9)	130 (16,5)	52 (6,6)	14 (1,8)	1 (0,1)	0	786
2011	Män	4 (0,7)	26 (4,3)	68 (11,2)	204 (33,6)	155 (25,5)	95 (15,7)	41 (6,8)	13 (2,1)	1 (0,2)	0	607
	Kvinnor	3 (2,5)	6 (5,0)	20 (16,7)	44 (36,7)	31 (25,8)	8 (6,7)	7 (5,8)	1 (0,8)	0	0	120
	Totalt	7 (1,0)	32 (4,4)	88 (12,1)	248 (34,1)	186 (25,6)	103 (14,2)	48 (6,6)	14 (1,9)	1 (0,1)	0	727
2012	Män	7 (1,1)	24 (3,7)	72 (11,0)	225 (34,5)	159 (24,4)	109 (16,7)	44 (6,7)	11 (1,7)	1 (0,2)	0	652
	Kvinnor	2 (1,7)	6 (5,2)	13 (11,3)	37 (32,2)	29 (25,2)	16 (13,9)	10 (8,7)	2 (1,7)	0	0	115
	Totalt	9 (1,2)	30 (3,9)	85 (11,1)	262 (34,2)	188 (24,5)	125 (16,3)	54 (7,0)	13 (1,7)	1 (0,1)	0	767

Man kan notera att andelen patienter som skattas enligt GAF-skalan minskat år från år och nu 2012 inte omfattade mer än drygt hälften av patienterna.

Figur 24. Fördelning av GAF-värde för uppföljningar.



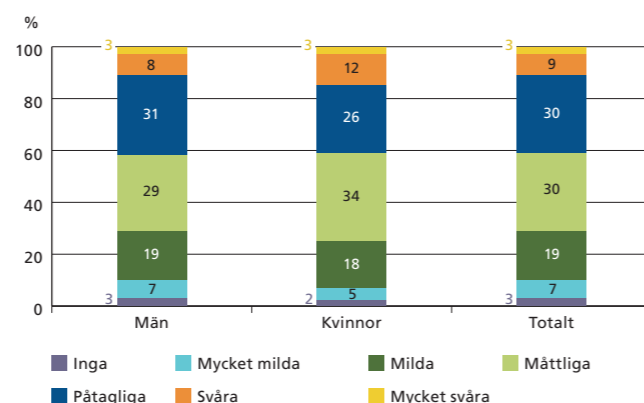
GAF-värde

Liksom åren 2009–2011 utgör år 2012 intervallet 31–40 den största undergruppen med cirka en tredjedel av patienterna, vilket innebär uttalade funktionssvårigheter och/eller viss störning av realitetsprövning/kommunikationsförmåga. Mer än hälften av patienterna skattas under nivå 40.

Vid uppföljningen 2012 jämfört med år 2011 noteras att andelen kvinnor som skattats i intervallet 51–60 eller högre har ökat. Detta kan tolkas som att en större andel kvinnor har en förbättrad symtombild och/eller funktionsnivå enligt GAF.

Klinisk skattning av symtombilden

Figur 25. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader.

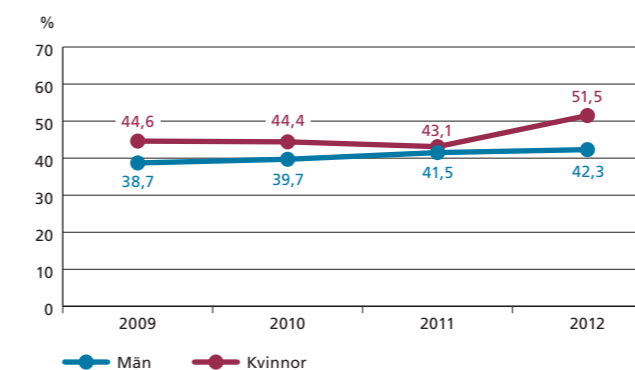
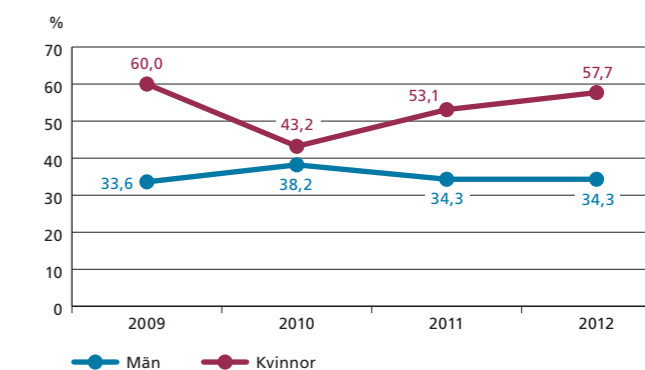


Tabell 12. Fördelning av skattad svårighetsgrad av symtom (andel patienter anges inom parentes).

		Inga	Mycket milda	Milda	Måttliga	Påtagliga	Svåra	Mycket svåra	Totalt
2009	Män	29 (3,2)	50 (5,6)	153 (17,1)	264 (29,5)	276 (30,8)	95 (10,6)	28 (3,1)	895
	Kvinnor	4 (3,0)	9 (6,7)	19 (14,1)	38 (28,1)	41 (30,4)	18 (13,3)	6 (4,4)	135
	Totalt	33 (3,2)	59 (5,7)	172 (16,7)	302 (29,3)	317 (30,8)	113 (11,0)	34 (3,3)	1030
2010	Män	45 (4,2)	75 (7,0)	185 (17,2)	350 (32,6)	288 (26,8)	101 (9,4)	30 (2,8)	1074
	Kvinnor	4 (2,0)	12 (6,1)	26 (13,2)	48 (24,4)	57 (28,9)	31 (15,7)	19 (9,6)	197
	Totalt	49 (3,9)	87 (6,8)	211 (16,6)	398 (31,3)	345 (27,1)	132 (10,4)	49 (3,9)	1271
2011	Män	32 (2,9)	85 (7,8)	187 (17,1)	344 (31,5)	310 (28,4)	111 (10,2)	22 (2,0)	1091
	Kvinnor	2 (0,9)	12 (5,6)	26 (12,1)	59 (27,4)	74 (34,4)	26 (12,1)	16 (7,4)	215
	Totalt	34 (2,6)	97 (7,4)	213 (16,3)	403 (30,9)	384 (29,4)	137 (10,5)	38 (2,9)	1306
2012	Män	39 (3,4)	83 (7,2)	218 (18,9)	333 (28,8)	353 (30,6)	93 (8,1)	36 (3,1)	1155
	Kvinnor	5 (2,3)	11 (5,1)	38 (17,7)	72 (33,5)	56 (26,0)	26 (12,1)	7 (3,3)	215
	Totalt	44 (3,2)	94 (6,9)	256 (18,7)	405 (29,6)	409 (29,9)	119 (8,7)	43 (3,1)	1370

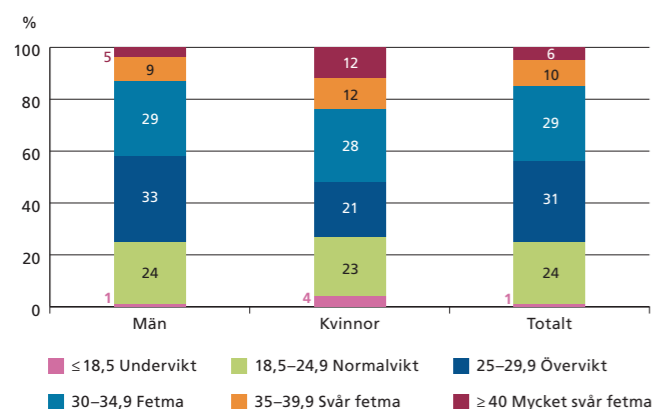
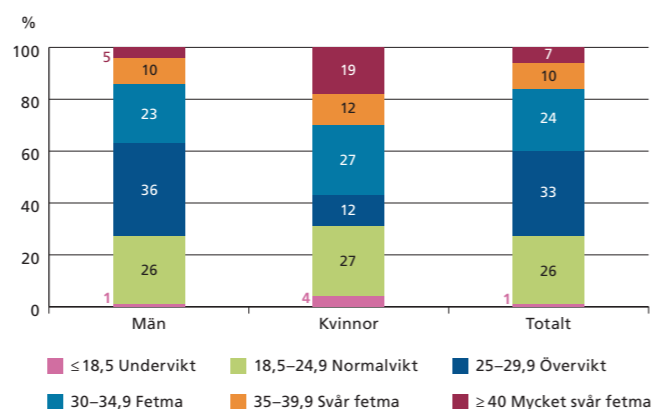
Den kliniska skattningen av problembildens svårighetsgrad ligger vid uppföljningen 2012 stabilt jämfört med åren 2009–2011. Symtombilden skattas fortsatt vara måttlig till mycket svår för cirka 70 procent av patienterna.

BMI

Figur 26a. Andel patienter med BMI ≥ 30 i slutenvård.Figur 26b. Andel patienter med BMI ≥ 30 i öppenvård.

För såväl kvinnor som män i slutenvård visas en stadigt ökande andel, för kvinnor är ökningen påtaglig.

För män i öppenvård är andelen konstant mellan åren medan den för kvinnor visar en ökande trend.

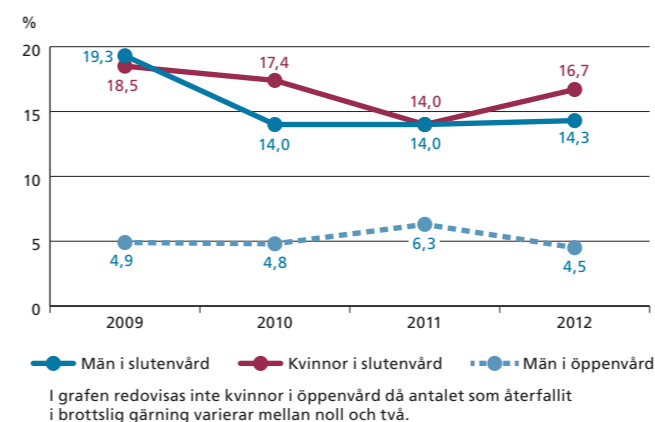
Figur 27a. Värderna för BMI utifrån WHO:s definition, slutenvård.**Figur 27b.** Värderna för BMI utifrån WHO:s definition, öppenvård.**Tabell 13.** BMI utifrån WHO:s definition, slutenvård. (Andel anges inom parentes).

		≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2009	Män	2 (0,4)	120 (25,3)	169 (35,6)	114 (24,0)	45 (9,5)	25 (5,3)	475
	Kvinnor	–	25 (33,8)	16 (21,6)	10 (13,5)	16 (21,6)	7 (9,5)	74
	Totalt	2 (0,4)	145 (26,4)	185 (33,7)	124 (22,6)	61 (11,1)	32 (5,8)	549
2010	Män	2 (0,4)	132 (24,4)	193 (35,6)	138 (25,5)	52 (9,6)	25 (4,6)	542
	Kvinnor	2 (2,2)	24 (26,7)	24 (26,7)	13 (14,4)	18 (20,0)	9 (10,0)	90
	Totalt	4 (0,6)	156 (24,7)	217 (34,3)	151 (23,9)	70 (11,1)	34 (5,4)	632
2011	Män	2 (0,4)	120 (23,6)	175 (34,4)	126 (24,8)	56 (11,0)	29 (5,7)	508
	Kvinnor	4 (3,7)	32 (29,4)	26 (23,9)	22 (20,2)	17 (15,6)	8 (7,3)	109
	Totalt	6 (1,0)	152 (24,6)	201 (32,6)	148 (24,0)	73 (11,8)	37 (6,0)	617
2012	Män	3 (0,6)	122 (24,0)	168 (33,1)	145 (28,5)	47 (9,3)	23 (4,5)	508
	Kvinnor	4 (3,9)	24 (23,3)	22 (21,4)	29 (28,2)	12 (11,7)	12 (11,7)	103
	Totalt	7 (1,1)	146 (23,9)	190 (31,1)	174 (28,5)	59 (9,7)	35 (5,7)	611

Tabell 14. BMI utifrån WHO:s definition, öppenvård. (Andel anges inom parentes).

		≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2009	Män	1 (0,8)	31 (25,4)	49 (40,2)	31 (25,4)	8 (6,6)	2 (1,6)	122
	Kvinnor	–	2 (20,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	–	2 (20,0)	10
	Totalt	1 (0,8)	33 (25,0)	51 (38,6)	35 (26,5)	8 (6,1)	4 (3,0)	132
2010	Män	2 (0,8)	63 (25,6)	87 (35,4)	55 (22,4)	25 (10,,2)	14 (5,7)	246
	Kvinnor	1 (2,7)	9 (24,3)	11 (29,7)	9 (24,3)	6 (16,2)	1 (2,7)	37
	Totalt	3 (1,1)	72 (25,4)	98 (34,6)	64 (22,6)	31 (11,0)	15 (5,3)	283
2011	Män	1 (0,4)	61 (24,6)	101 (40,7)	59 (23,8)	17 (6,9)	9 (3,6)	248
	Kvinnor	–	5 (15,6)	10 (31,3)	7 (21,9)	7 (21,9)	3 (9,4)	32
	Totalt	1 (0,4)	66 (23,6)	111 (39,6)	66 (23,6)	24 (8,6)	12 (4,3)	280
2012	Män	2 (0,8)	64 (25,5)	89 (35,5)	58 (23,1)	25 (10,0)	13 (5,2)	251
	Kvinnor	1 (3,8)	7 (26,9)	3 (11,5)	7 (26,9)	3 (11,5)	5 (19,2)	26
	Totalt	3 (1,1)	71 (25,6)	92 (33,2)	65 (23,5)	28 (10,1)	18 (6,5)	277

Återfall i brottslig gärning

Figur 28. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i öppen- och slutenvård.

I figuren redovisas inte kvinnor i öppenvård då antalet som återfallit i brottslig gärning varierar mellan noll och två.

Återfall i brottsling gärning under vårdtiden för män håller sig på samma nivå som föregående år medan det för kvinnorna sker en viss ökning. I öppenvård är andelen återfall för män något mindre än föregående år. För kvinnor i öppenvård är andelen återfall närmast noll.

Då de registrerande enheterna inte har tillgång till belastningsregistret illustrerar figuren de återfall i brottsling 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.

Återfall i brott

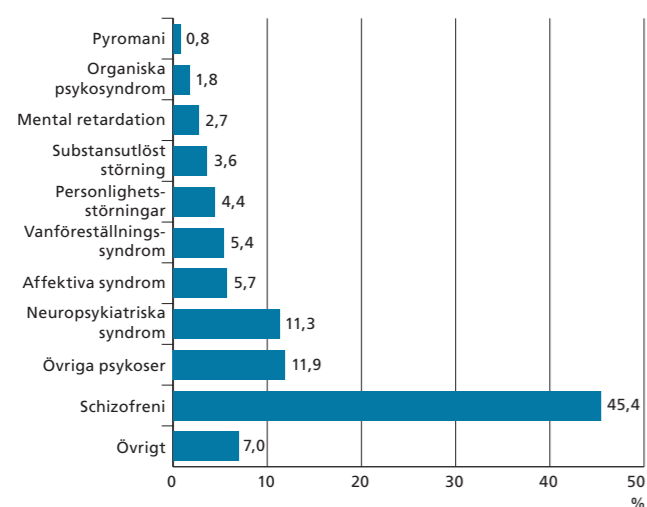
För första gången kan RättsspsyK i år genom samarbete med Brottsförebyggande rådet, BRÅ, redovisa återfall i brott under ett år efter det att vården avskrivits. Data avser patienter där vården avskrevs under 2009 och 2010 och som var registrerade i RättsspsyK. För 2009 var andelen patienter som återföll i brott 7 procent och för 2010 var andelen 9 procent. Dock är det mycket små tal för 2009 (46 patienter) vilket innebär att siffran ska tas med stor försiktighet. För 2010 var antalet patienter 102 st. Data-uttaget ur registret är gjort under 2012 på annat sätt än i årets rapport varför siffran för avslutade patienter avviker från motsvarande data i rapporten.

Motsvarande andel återfall i brott ett år efter påföljderna fängelse är 49 procent och slutna ungdomsvård 54 procent.

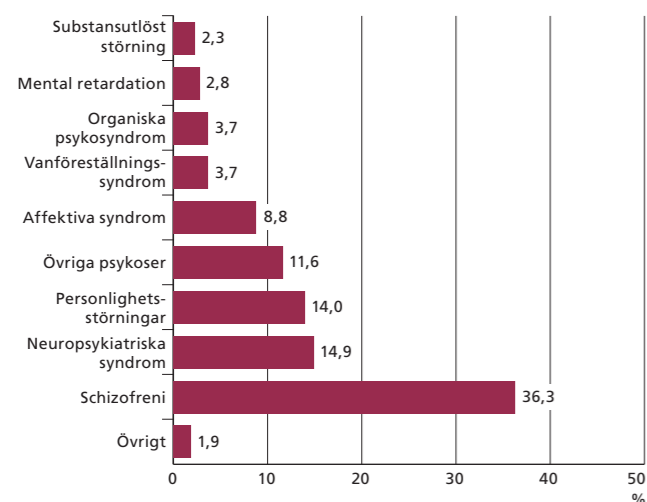
Process

Huvuddiagnos

Figur 29. Diagnoser för män. n=1155



Figur 30. Diagnoser för kvinnor. n=215



De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiagnoser som redovisas. 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 än hos män medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

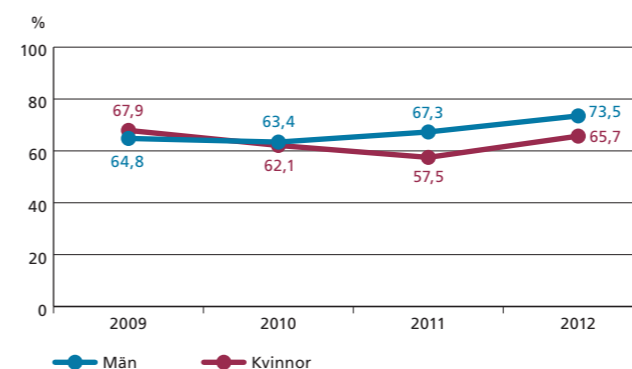
Andelen patienter som har mental retardation som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar enbart 3 procent, men är likväl en patientgrupp som medför många svårigheter att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö.

Neuropsykiatriska störningar har mött ökad uppmärksamhet under senare år och utgör ca tio procent.

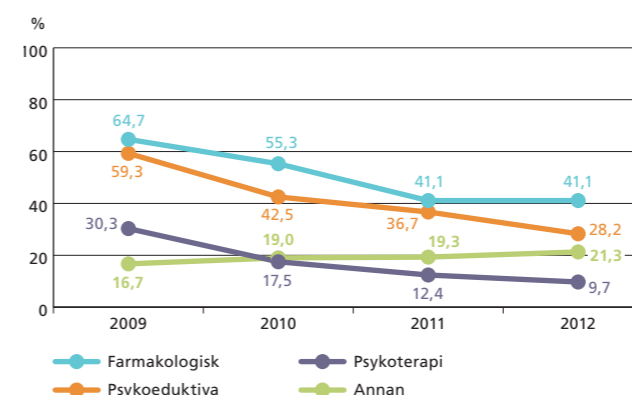
Flera av patienterna har missbruk och psykisk samsjuklighet vilket innebär att man förutom en psykosdiagnos har en missbruksdiagnos (alkohol, narkotika eller läkemedel och ofta i kombination).

Missbruksbehandling

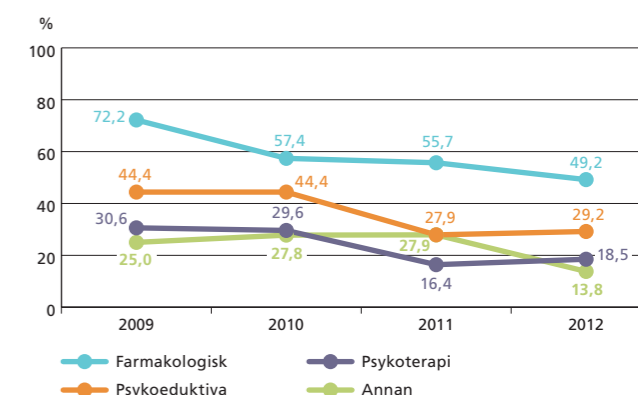
Figur 31. Andel patienter med missbruksdiagnos som erhållit missbruksbehandling.



Figur 32a. Erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos – män.



Figur 32b. Erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos – kvinnor.



Tabell 15. Antal missbruksbehandlingar bland patienter med missbruksdiagnos (andel anges inom parentes).

		Farmakologisk	Psykoterapi	Psykoeduktiva	Annan	Antal unika patienter*
2009	Män	194 (64,7)	91 (30,3)	178 (59,3)	50 (16,7)	300 (64,8)
	Kvinnor	26 (72,2)	11 (30,6)	16 (44,4)	9 (25,0)	36 (67,9)
	Totalt	220 (65,5)	102 (30,4)	194 (57,7)	59 (17,6)	336 (65,1)
2010	Män	224 (55,3)	71 (17,5)	172 (42,5)	77 (19,0)	405 (63,4)
	Kvinnor	31 (57,4)	16 (29,6)	24 (44,4)	15 (27,8)	54 (62,1)
	Totalt	255 (55,6)	87 (19,0)	196 (42,7)	92 (20,0)	459 (63,2)
2011	Män	179 (41,1)	54 (12,4)	160 (36,7)	84 (19,3)	436 (67,3)
	Kvinnor	34 (55,7)	10 (16,4)	17 (27,9)	17 (27,9)	61 (57,5)
	Totalt	213 (42,9)	64 (12,9)	177 (35,6)	101 (20,3)	497 (65,9)
2012	Män	208 (41,1)	49 (9,7)	143 (28,3)	108 (21,3)	506 (73,5)
	Kvinnor	32 (49,2)	12 (18,5)	19 (29,2)	9 (13,8)	65 (65,7)
	Totalt	240 (42,0)	61 (10,7)	162 (28,4)	117 (20,5)	571 (72,6)

*Patienten har fått en eller flera behandlingsalternativ.

Drygt 70 procent av patienterna med missbruksdiagnos erhöill under 2012 någon form av behandling för sin problematik. En lägre andel kvinnor än män erhöill missbruksbehandling. Farmakologisk missbruksbehandling, följt av psykoedukativa behandlingsprogram, utgör de vanligaste interventionerna, vilket är en fördelning som känns igen från föregående år. 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.

Farmakologisk behandling av missbruks- eller beroendeproblematik 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 läkemedel, men också att känna igen "tidiga" varningstecken på återfall. Vidare ingår så kallad social träning i att hantera 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 16. Antal riskbedömningar (andel anges inom parentes).

		HCR 20	SARA	SVR 20	VRAG	PCL	Klinisk bedömning	Annan	Antal unika patienter*
2009	Män	334 (55,7)	5 (0,8)	4 (0,7)	0	117 (19,5)	441 (73,5)	42 (7,0)	600 (86,2)
	Kvinnor	50 (55,6)	1 (1,1)	0	0	18 (20,0)	63 (70,0)	6 (6,7)	90 (89,1)
	Totalt	384 (55,7)	6 (0,9)	4 (0,6)	0	135 (19,6)	504 (73,0)	48 (7,0)	690 (86,6)
2010	Män	424 (56,6)	5 (0,7)	9 (1,2)	0	137 (18,3)	517 (69,0)	113 (15,1)	749 (81,6)
	Kvinnor	77 (57,0)	2 (1,5)	0	0	36 (26,7)	91 (67,4)	22 (16,3)	135 (84,4)
	Totalt	501 (56,7)	7 (0,8)	9 (1,0)	0	173 (19,6)	608 (68,8)	135 (15,3)	884 (82,0)
2011	Män	380 (50,4)	1 (0,1)	11 (1,5)	0	104 (13,8)	530 (70,3)	139 (18,4)	754 (80,6)
	Kvinnor	76 (53,5)	0	0	0	19 (13,4)	94 (66,2)	22 (15,5)	142 (78,0)
	Totalt	456 (50,9)	1 (0,1)	11 (1,2)	0	123 (13,7)	624 (69,6)	161 (18,0)	896 (80,2)
2012	Män	284 (34,5)	2 (0,2)	10 (1,2)	0	85 (10,3)	581 (70,6)	249 (30,3)	823 (81,6)
	Kvinnor	64 (39,5)	1 (0,6)	0	0	15 (9,3)	108 (66,7)	35 (21,6)	162 (88,5)
	Totalt	348 (35,3)	3 (0,3)	10 (1,0)	0	100 (10,2)	689 (69,9)	284 (28,8)	985 (82,6)

* Patienten har blivit bedömd med en eller flera metoder.

Av Tabell 16 framgår att riskanalyser har genomförts på drygt 80 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 föregående registreringar. Även PCL (Psychopathy Checklist) används i mindre utsträckning.

Samtliga instrument som framgår av Tabell 16 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 uteslutande prediktionsutgångspunkt. 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. 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)

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

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

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

Farmakologisk behandling

Tabell 17. Antal patienter som förskrivits läkemedel (andel anges inom parentes).

	2010			2011			2012		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
Anti-depressiva	339 (31,6)	81 (41,1)	420 (33,0)	353 (32,4)	95 (44,2)	448 (34,3)	354 (30,4)	96 (44,2)	450 (32,6)
ADHD	90 (8,4)	16 (8,1)	106 (8,3)	101 (9,3)	19 (8,8)	120 (9,2)	108 (9,3)	17 (7,8)	125 (9,0)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	393 (36,6)	62 (31,5)	455 (35,8)	396 (36,3)	67 (31,2)	463 (35,5)	402 (34,5)	66 (30,4)	468 (33,9)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	288 (26,8)	77 (39,1)	365 (28,7)	268 (24,6)	70 (32,6)	338 (25,9)	244 (20,9)	74 (34,1)	318 (23,0)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	339 (31,6)	65 (33,0)	404 (31,8)	378 (34,6)	90 (41,9)	468 (35,8)	356 (30,6)	81 (37,3)	437 (31,6)
Beroendesjukdomar	110 (10,2)	18 (9,1)	128 (10,1)	95 (8,7)	19 (8,8)	114 (8,7)	122 (10,5)	15 (6,9)	137 (9,9)
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	388 (36,1)	66 (33,5)	454 (35,7)	366 (33,5)	66 (30,7)	432 (33,1)	379 (32,5)	59 (27,2)	438 (31,7)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	183 (17,0)	55 (27,9)	238 (18,7)	201 (18,4)	51 (23,7)	252 (19,3)	207 (17,8)	57 (26,3)	264 (19,1)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	170 (15,8)	48 (24,4)	218 (17,2)	170 (15,6)	58 (27,0)	228 (17,5)	185 (15,9)	61 (28,1)	246 (17,8)
Stämningsstabiliserare (litium)	63 (5,9)	18 (9,1)	81 (6,4)	60 (5,5)	19 (8,8)	79 (6,0)	59 (5,1)	26 (12,0)	85 (6,2)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	102 (9,5)	16 (8,1)	118 (9,3)	105 (9,6)	22 (10,2)	127 (9,7)	117 (10,0)	24 (11,1)	141 (10,2)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	524 (48,8)	107 (54,3)	631 (49,6)	539 (49,4)	111 (51,6)	650 (49,8)	560 (48,1)	110 (50,7)	670 (48,5)
Somatiska sjukdomar	596 (55,5)	143 (72,6)	739 (58,1)	630 (57,7)	159 (74,0)	789 (60,4)	629 (54,0)	153 (70,5)	782 (56,6)

Över 93 procent av patienterna tar läkemedel, 91 procent någon form av psykofarmaka. Könsskillnaderna är små med något högre läkemedelsanvändning bland de kvinnliga patienterna.

Mer än hälften av patienterna (56,6 procent) tar någon form av läkemedel för somatiska symtom. Här ligger kvinnorna klart högre med drygt 70 procent.

Vad gäller användningen av olika psykofarmaka kan generellt sägas att utvecklingen sedan 2009 varit minimal. Det är svårt att se några klara trender och introduktionen av nya preparat har inte avsatt sig i några påtagliga förändringar.

Cirka en tredjedel av patienterna behandlas med anti-depressiva läkemedel, en andel som varit i stort sett oförändrad. Kvinnorna ligger drygt 10 procent högre än männen.

Medicinering vid ADHD vilket framför allt avser centralstimulantia har ökat marginellt till drygt 9 procent vilket nog fortfarande får betraktas som lågt beaktande patientgruppen.

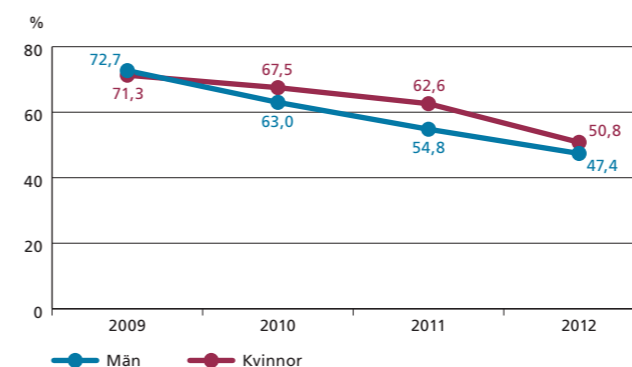
Vad gäller antipsykotika kan konstateras att förändringarna är små och att första generationens depotpreparat endast har minskat marginellt och att de nyare depotpreparaten ligger relativt konstant trots introduktionen av nya preparat med gynnsammare biverkningsprofil

Beroendeframkallande anxiolytika fortsätter att minska något till förmån för icke beroendeframkallande läkemedel. Förändringen är inte stor men trenden fortsätter och står förmodligen för en medveten strävan att minska läkemedelsberoende.

Vad gäller farmakologisk behandling av beroendetillstånd är emellertid andelen fortfarande låg, cirka 10 procent, vilket är anmärkningsvärt med tanke på hur hög andel av patientgruppen som har en missbruks/beroende-problematik.

Patientenkät

Figur 33. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.



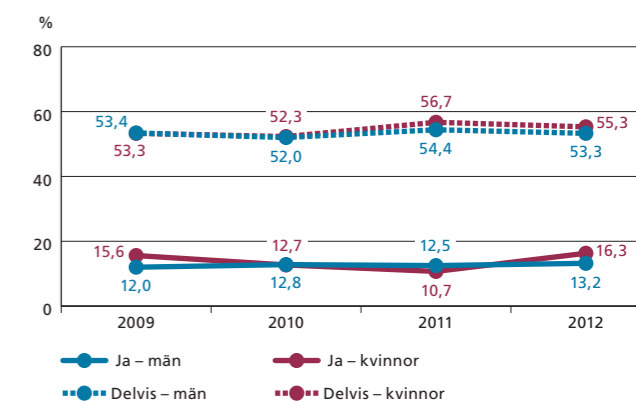
Tabell 18. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	506 (72,7)	696	578 (63,0)	918	512 (54,8)	935	478 (47,4)	1009
Kvinnor	72 (71,3)	101	108 (67,5)	160	114 (62,6)	182	93 (50,8)	183

Andelen patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät fortsätter att sjunka för tredje året i rad. På tre år har andelen minskat med en fjärdedel och förra året hade hälften av patienterna möjlighet att besvara en patientenkät.

Insikt i sjukdom och problematik

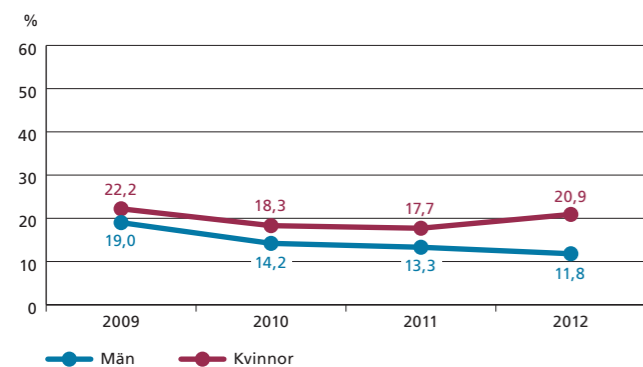
Figur 34. Andel patienter som bedöms ha helt eller delvis insikt i sin sjukdom.



Endast ett mindre antal patienter bedöms ha god insikt i sin problematik, cirka 15 procent. Det framkommer inga könsskillnader. Å andra sidan anses drygt hälften av patienterna delvis ha insikt i sin problematik. Även här är könsskillnaderna små. Sammantaget bedöms cirka två tredjedelar av patienterna ha god eller viss insikt i sin psykiska problematik, vilket innebär att en knapp tredjedel saknar insikt. Skillnaderna mellan åren är marginella.

Tvångsåtgärder

Figur 35. Andel patienter som någon gång under vårdtiden varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19–20.



Antalet patienter som varit föremål för tvångsåtgärder är relativt konstant, dock har antalet registrerade patienter ökat varför andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder sjunkit.

Andelen män som någon gång under sin vårdtid varit föremål för tvångsåtgärder visar en nedåtgående trend, för kvinnor är andelen mer konstant. Drygt en tredjedel färre män har varit föremål för tvångsåtgärder 2012 jämfört med 2009.

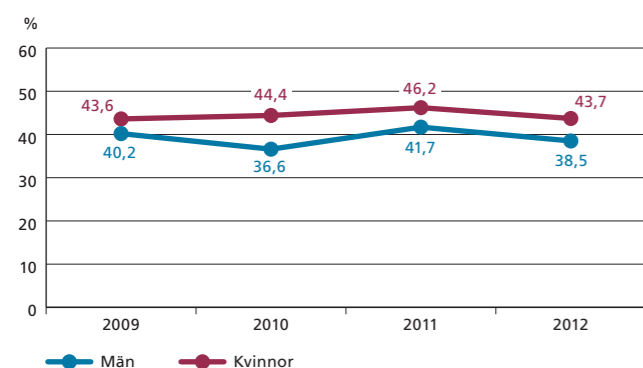
Tabell 19. Omfattning av tvångsåtgärder (andel patienter anges inom parentes).

	Bältesläggning	Avskiljande	Medicinering*	Inskränkande av elektronisk kommunikation	Antal unika patienter	
2009	Män	64 (38,1)	108 (65,1)	48 (29,1)	37 (23,1)	170 (19,0)
	Kvinnor	13 (43,3)	18 (62,1)	12 (41,4)	4 (13,8)	30 (22,2)
	Totalt	77 (38,9)	126 (64,6)	60 (30,9)	41 (24,7)	200 (19,4)
2010	Män	56 (36,6)	105 (69,1)	50 (32,9)	29 (19,2)	153 (14,2)
	Kvinnor	24 (68,6)	19 (54,3)	19 (54,3)	9 (25,0)	36 (18,3)
	Totalt	80 (42,6)	124 (66,3)	69 (36,9)	38 (20,3)	189 (14,9)
2011	Män	60 (42,0)	83 (58,0)	47 (33,6)	43 (30,1)	145 (13,3)
	Kvinnor	20 (52,6)	17 (44,7)	14 (36,8)	17 (44,7)	38 (17,7)
	Totalt	80 (44,2)	100 (55,2)	61 (34,3)	60 (33,1)	183 (14,0)
2012	Män	45 (34,9)	89 (65,9)	35 (27,1)	40 (30,8)	136 (11,8)
	Kvinnor	23 (52,3)	33 (73,3)	11 (25,0)	16 (36,4)	45 (20,9)
	Totalt	68 (39,3)	122 (67,8)	46 (26,6)	56 (32,2)	181 (13,2)

*Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande

Genomförd funktions och/eller behovskattning

Figur 36. Andel patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter.



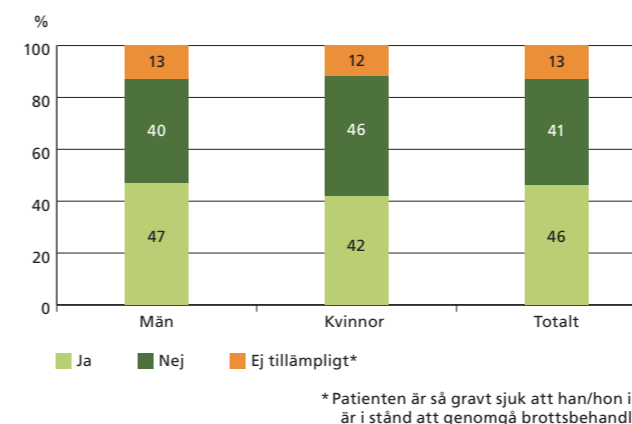
Tabell 20. Antal patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	696 (40,2)	696	918 (36,6)	918	935 (41,7)	935	1009 (38,5)	1009
Kvinnor	101 (43,6)	101	160 (44,4)	160	182 (46,2)	182	183 (43,7)	183

Över tid finns en tendens till att en större andel av de kvinnliga patienterna blir bedömda utifrån sitt funktions-tillstånd jämfört med de manliga patienterna.

Brottsbearbetning

Figur 37. Andel patienter med pågående eller genomförd brottsbearbetning.



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

Andelen patienter som under sin vårdtid genomgått brottsbearbetning synes konstant ligga under 50 procent. En problematik kring indikatorn är att det i dagläget inte finns någon enhetlig definition på innebörd av brottsbearbetning.

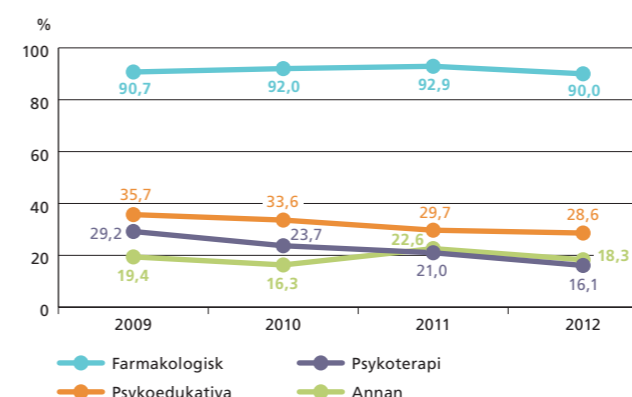
Tabell 21. Antal patienter med pågående eller genomförd brottsbearbetning (andel anges inom parentes).

	Ja	Nej	Ej tillämpligt*	Totalt	
2009	Män	309 (45,7)	295 (43,6)	72 (10,7)	676
	Kvinnor	45 (45,5)	37 (37,4)	17 (17,2)	99
	Totalt	354 (45,7)	332 (42,8)	89 (11,5)	775
2010	Män	337 (38,0)	431 (48,6)	118 (13,3)	886
	Kvinnor	72 (45,9)	60 (38,2)	25 (15,9)	157
	Totalt	409 (39,2)	491 (47,1)	143 (13,7)	1043
2011	Män	351 (40,3)	430 (49,4)	90 (10,3)	871
	Kvinnor	68 (40,2)	82 (48,5)	19 (11,2)	169
	Totalt	419 (40,3)	512 (49,2)	109 (10,5)	1040
2012	Män	438 (46,9)	376 (40,3)	119 (12,8)	933
	Kvinnor	74 (42,0)	81 (46,0)	21 (11,9)	176
	Totalt	512 (46,2)	457 (41,2)	140 (12,6)	1109

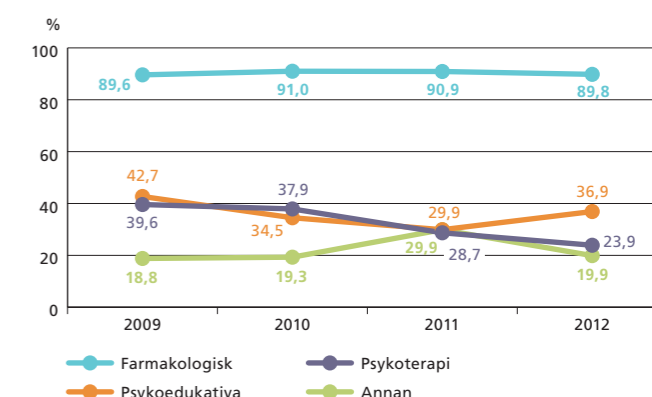
*Patienten är så gravt sjuk att han/hon inte är i stånd att genomgå brottsbearbetning

Behandling utifrån riskfaktorer

Figur 38a. Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer – män.



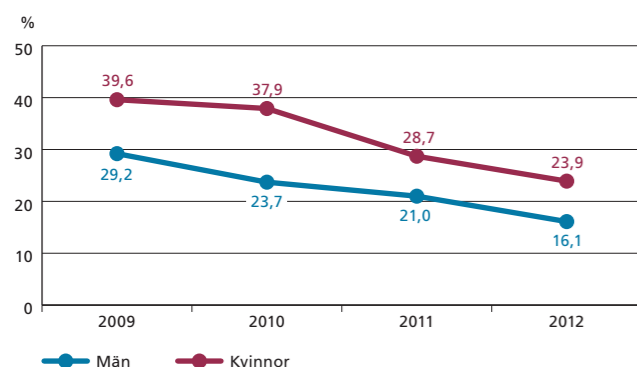
Figur 38b. Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer – kvinnor.



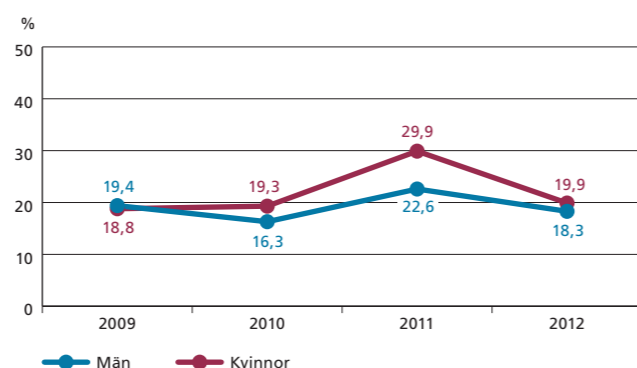
Tabell 22. Antal behandlade patienter med riskbeteende (andel patienter anges inom parentes).

		Farmakologisk	Psykioterapi	Psykoedukativa metoder	Annan	Antal unika patienter
2009	Män	602 (90,7)	194 (29,2)	237 (35,7)	129 (19,4)	664 (95,4)
	Kvinnor	86 (89,6)	38 (39,6)	41 (42,7)	18 (18,8)	96 (95,0)
	Totalt	688 (90,5)	232 (30,5)	278 (36,6)	147 (17,3)	760 (95,4)
2010	Män	777 (92,0)	200 (23,7)	284 (33,6)	138 (16,3)	845 (92,0)
	Kvinnor	132 (91,0)	55 (37,9)	50 (34,5)	28 (19,3)	145 (90,6)
	Totalt	909 (91,8)	255 (25,8)	334 (33,7)	166 (16,8)	990 (91,8)
2011	Män	802 (92,9)	181 (21,0)	256 (29,7)	195 (22,6)	863 (92,3)
	Kvinnor	149 (90,9)	47 (28,7)	49 (29,9)	49 (29,9)	164 (90,1)
	Totalt	951 (92,6)	228 (22,2)	305 (29,7)	244 (23,8)	1027 (91,9)
2012	Män	832 (90,0)	149 (16,1)	264 (28,6)	169 (18,3)	924 (91,6)
	Kvinnor	158 (89,8)	42 (23,9)	65 (36,9)	35 (19,9)	176 (96,2)
	Totalt	990 (90,0)	191 (17,4)	329 (29,9)	204 (18,5)	1 100 (92,3)

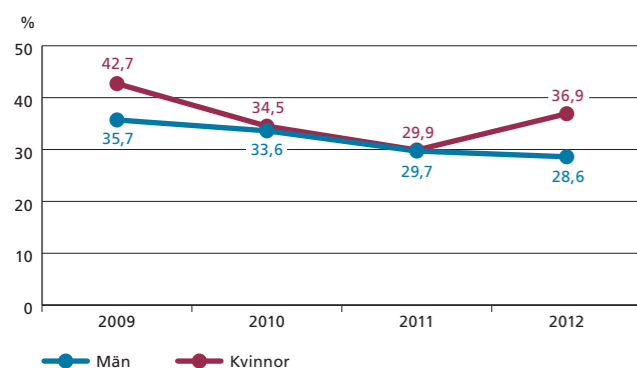
Figur 39a. Andel patienter som behandlas med psykoterapi.



Figur 39c. Andel patienter som behandlas på annat sätt.



Figur 39b. Andel patienter som behandlas med psykoedukativa metoder.



Redovisning på enhetsnivå

Tabell 23. Ålder och könsfördelning för uppföljda patienter på enhetsnivå.

	Män		Kvinnor		Totalt			
	Antal	Ålder (medelvärde)	Antal	Ålder (medelvärde)	Antal	Ålder (medelvärde)	Andel kvinnor	Andel slutenvård*
LRV-enheten Gävleborg	21	42,6	0		21	42,6		40,0
Malmfältens psykiatri	0		0		0			
Mälarsjukhuset	<10		0		<10			0,0
Piteå Rättpsykiatri	<10		<10		<10		25,0	33,3
Regionsjukhuset Karsudden	128	38,5	31	36,4	159	38,1	19,5	94,2
RPA Skellefteå	<10		0		<10			
RPA Västerвик	31	44,3	<10		40	44,6	22,5	56,8
RPE Kristinehamn	17	40,5	<10		22	40,5	22,7	59,1
RPE Uppsala	19	41,2	<10		21	40,7	9,5	42,1
RPK Landstinget Kronoberg	66	41,1	10	39,3	76	40,9	13,2	86,0
RPK Sundsvall	53	39,5	12	43,6	65	40,3	18,5	49,2
RPK Säter	67	39,9	14	39,8	81	39,9	17,3	68,8
RPK Örebro	48	44,5	11	40,0	59	43,7	18,6	59,6
RPR Vadstena	51	38,3	14	36,9	65	38,0	21,5	68,9
RPV Borås	<10		<10		10	41,7	10,0	0,0
RPV Falköping	24	43,8	<10		26	44,9	7,7	52,4
RPV Göteborg	150	44,1	25	46,4	175	44,4	14,3	51,6
RPV Halland	24	42,1	<10		28	41,7	14,3	60,0
RPV Jönköping	19	40,4	0		19	40,4		27,8
RPV Vänersborg	55	40,2	18	34,8	73	38,8	24,7	73,0
Rättpsykiatri Vård Stockholm	199	43,0	27	42,1	226	42,9	11,9	52,7
Rättpsykiatri Västmanland	42	40,0	11	43,8	53	40,8	20,8	42,0
Rättpsykiatri i Skåne	116	42,5	17	36,4	133	41,7	12,8	68,0
Umeå Rättpsykiatri	13	43,1	<10		16	40,2	18,8	62,5
Östersund psykiatri	<10		0		<10			
Riket	1 165	41,6	217	40,1	1 382	41,4	15,7	62,0

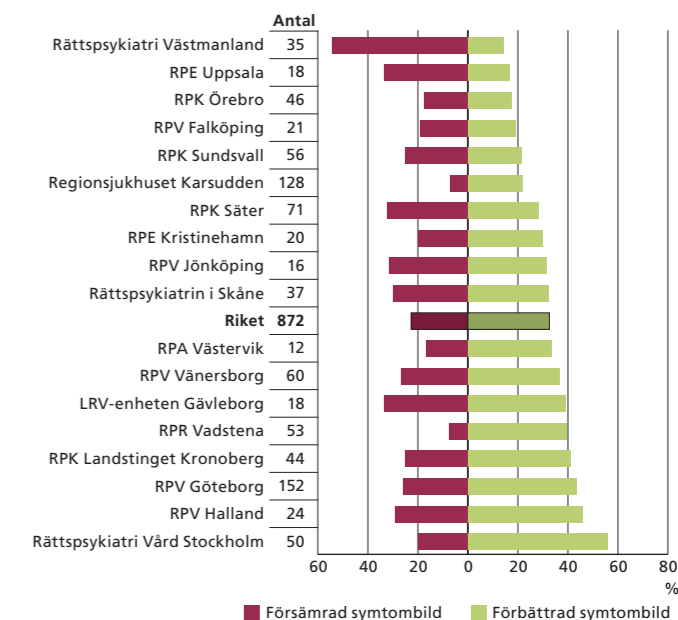
* Där uppgift kunnat hämtas i registret

På enhetsnivå redovisas resultat endast för enheter med minst 10 patienter registrerade.

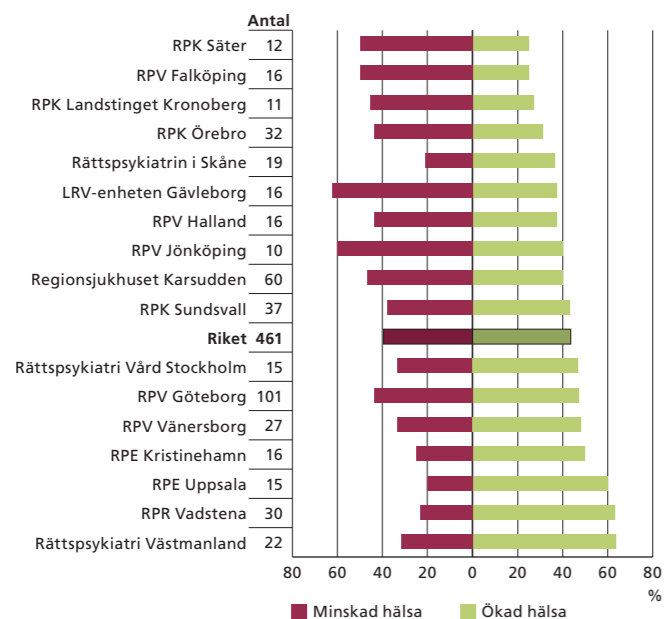
Nytt i årets rapport är redovisning per enhet av andel patienter som förbättrats respektive försämrats mellan åren 2011 och 2012 för indikatorerna symtombild, självrapporterad hälsa, BMI, återfall i brott och skuld-situation. I figurerna visas i staplar endast andel patienter där en förändring skett mellan åren. Det innebär att det för varje enhet kan finnas en grupp patienter där ingen förändring skett.

Symtombilden mäts på en sjugradig skala med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

Figur 40. Andel patienter med förbättrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2011 och 2012.

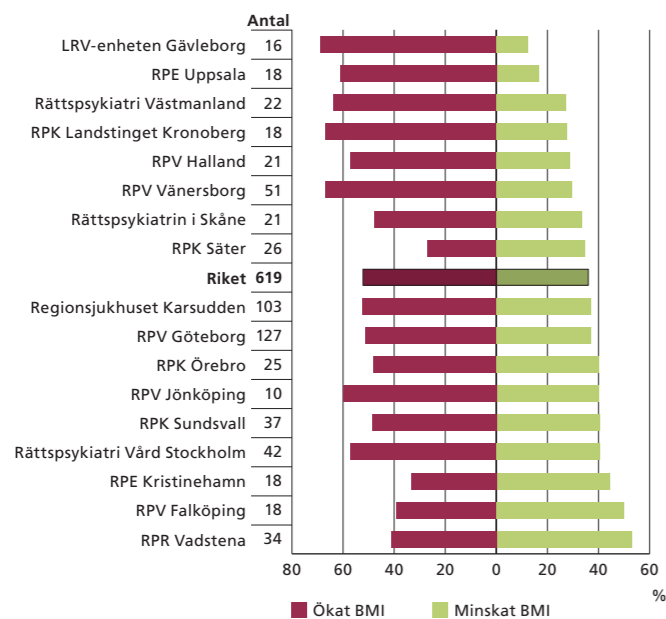


Figur 41. Andel patienter med självrapporterad ökad respektive minskad hälsa mellan åren 2011 och 2012.



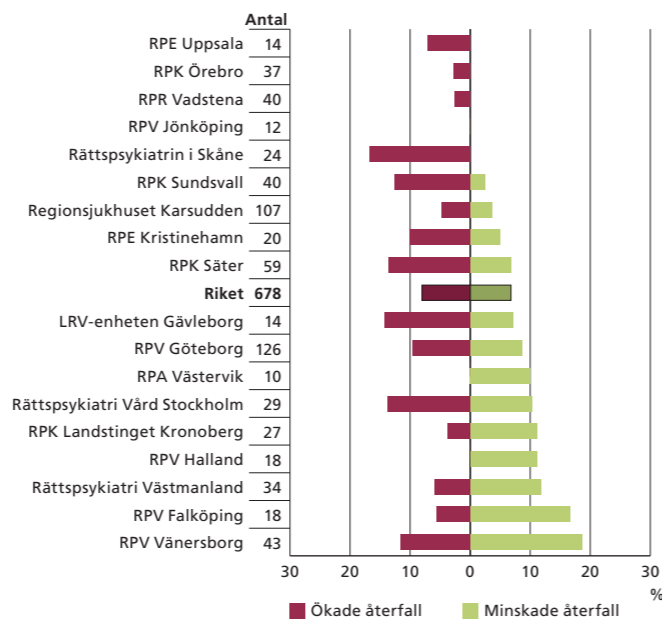
Patientens självrapporterade hälsa mäts på en VAS-skala mellan 0–100. Varje förändrat värde mellan mätningarna redovisas i figuren som en förändring.

Figur 42. Andel patienter med ökad respektive minskad BMI mellan åren 2011 och 2012.



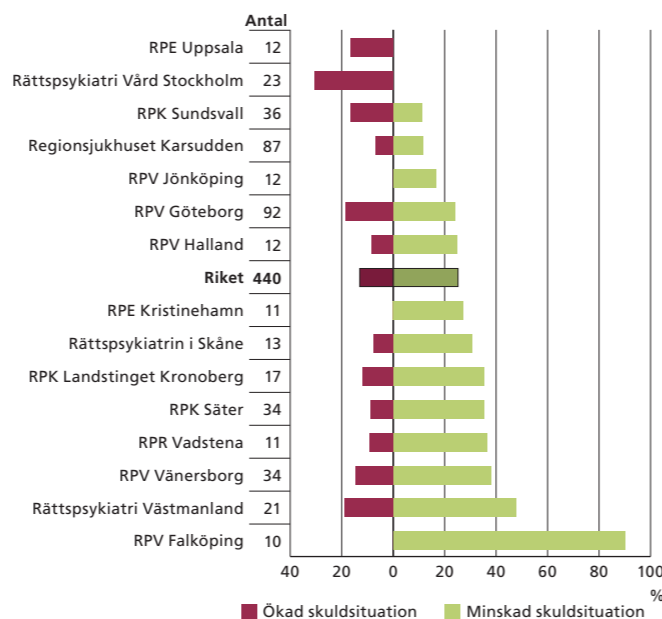
I figuren redovisas varje förändring mellan mätningarna på minst en decimal. Som förbättring (grön stapel) redovisas ett minskat BMI vilket gäller för de flesta patienter och på motsvarande sätt som försämring ett ökat BMI (röd stapel). I det enskilda fallet kan dock ett ökat BMI vara en förbättring.

Figur 43. Andel patienter med ökade respektive minskade återfall i brottslig gärning mellan åren 2011 och 2012.



I figuren redovisas ett minskat antal återfall i brottslig gärning som en förbättring (grön stapel) och på motsvarande sätt ett ökat antal återfall som en försämring (röd stapel).

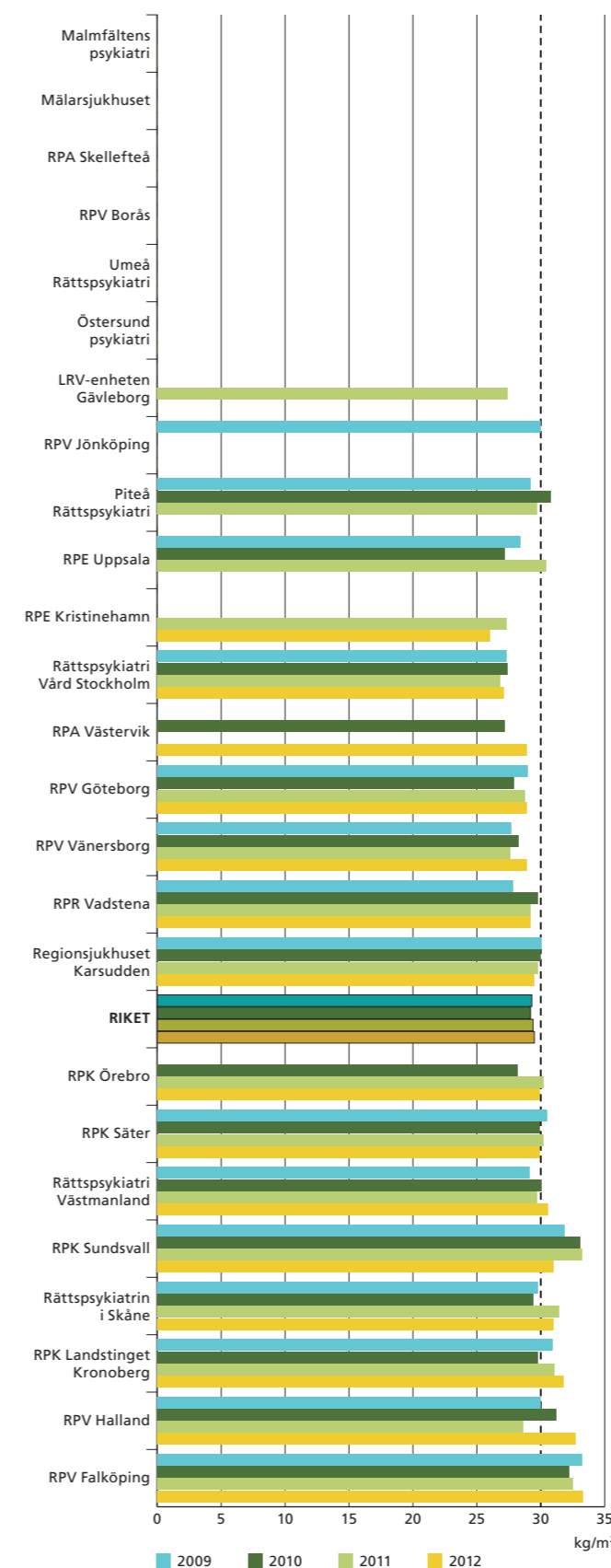
Figur 44. Andel patienter med förbättrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2011 och 2012.



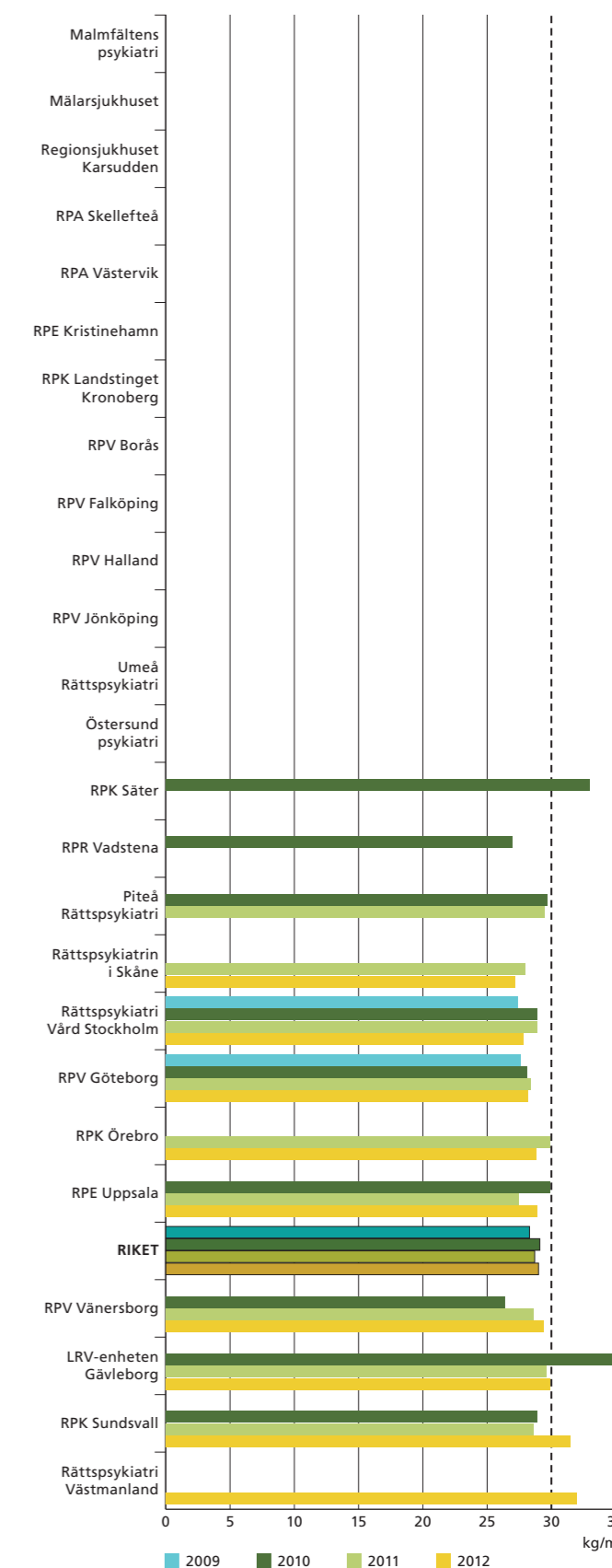
I figuren redovisas skillnaden i skuldsituation mellan åren 2011 och 2012.

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

Figur 45. Genomsnittligt BMI per enhet i slutenvården.



Figur 46. Genomsnittligt BMI per enhet i öppenvården.



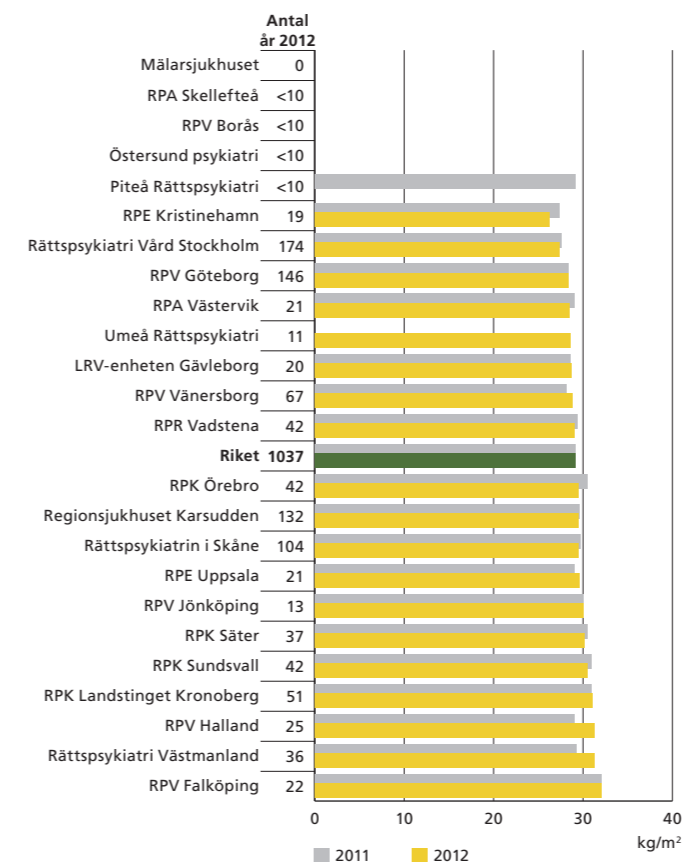
Tabell 24. Genomsnittligt BMI per enhet i slutenvården.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)
LRV-enheten Gävleborg	<10		<10		10	27,4	<10	
Malmfältens psykiatri	0		0		0			
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	16	29,2	34	30,8	24	29,7	<10	
Regionsjukhuset Karsudden	126	30,1	118	30,0	116	29,8	113	29,5
RPA Skellefteå	0		0		0		0	
RPA Västervik	<10		12	27,2	<10		12	28,9
RPE Kristinehamn	0		<10		17	27,3	13	26,0
RPE Uppsala	15	28,4	14	27,2	12	30,4	<10	
RPK Landstinget Kronoberg	11	30,9	18	29,8	21	31,1	39	31,8
RPK Sundsvall	34	31,9	22	33,1	30	33,2	22	31,0
RPK Säter	14	30,5	46	29,9	41	30,2	30	29,9
RPK Örebro	<10		15	28,2	20	30,2	21	29,9
RPR Vadstena	23	27,8	37	29,8	38	29,2	35	29,2
RPV Borås	0		0		0		0	
RPV Falköping	19	33,2	12	32,2	12	32,5	11	33,3
RPV Göteborg	71	29,0	90	27,9	81	28,8	73	28,9
RPV Halland	16	30,0	10	31,2	13	28,6	13	32,7
RPV Jönköping	13	30,0	<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	33	27,7	37	28,3	39	27,6	45	28,9
Rättspsykiatri Vård Stockholm	97	27,3	68	27,4	65	26,8	83	27,1
Rättspsykiatri Västmanland	15	29,1	29	30,1	28	29,7	15	30,6
Rättspsykiatri i Skåne	25	29,8	44	29,4	36	31,4	57	31,0
Umeå Rättspsykiatri	<10		<10		<10		<10	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	549	29,3	632	29,2	617	29,4	611	29,5

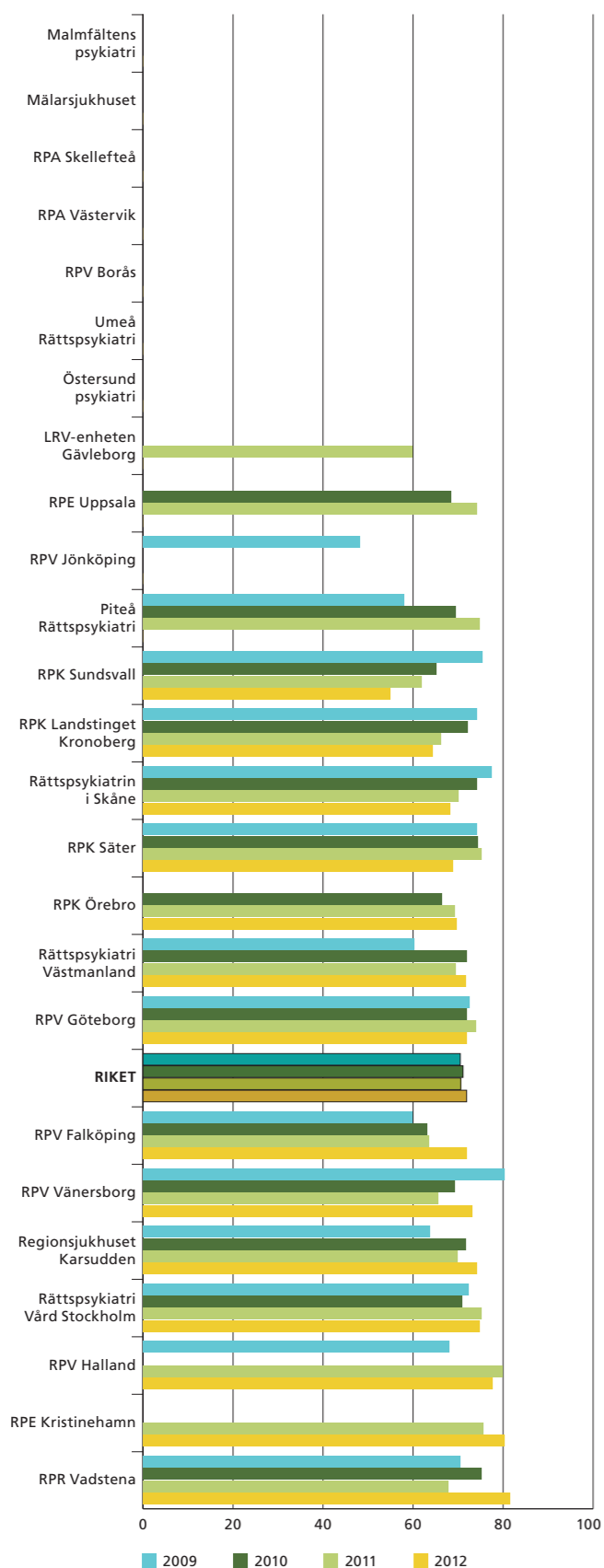
Tabell 25. Genomsnittligt BMI per enhet i öppenvården.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)
LRV-enheten Gävleborg	<10		12	35,0	11	29,6	12	29,9
Malmfältens psykiatri	0		<10		0		0	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	<10		19	29,7	25	29,5	<10	
Regionsjukhuset Karsudden	0		<10		0		<10	
RPA Skellefteå	0		0		0		0	
RPA Västervik	<10		<10		<10		<10	
RPE Kristinehamn	0		0		<10		<10	
RPE Uppsala	<10		17	29,9	13	27,5	11	28,9
RPK Landstinget Kronoberg	<10		0		0		0	
RPK Sundsvall	<10		19	28,9	26	28,6	16	31,5
RPK Säter	0		11	33,0	<10		<10	
RPK Örebro	<10		<10		11	29,9	16	28,8
RPR Vadstena	0		10	27,0	<10		<10	
RPV Borås	<10		<10		<10		<10	
RPV Falköping	0		<10		<10		<10	
RPV Göteborg	42	27,6	54	28,1	64	28,4	61	28,2
RPV Halland	<10		<10		<10		<10	
RPV Jönköping	<10		<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	<10		11	26,4	14	28,6	12	29,4
Rättspsykiatri Vård Stockholm	39	27,4	86	28,9	52	28,9	53	27,8
Rättspsykiatri Västmanland	<10		0		<10		18	32,0
Rättspsykiatri i Skåne	<10		<10		13	28,0	25	27,2
Umeå Rättspsykiatri	<10		0		0		<10	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	132	28,3	283	29,1	280	28,7	277	29,0

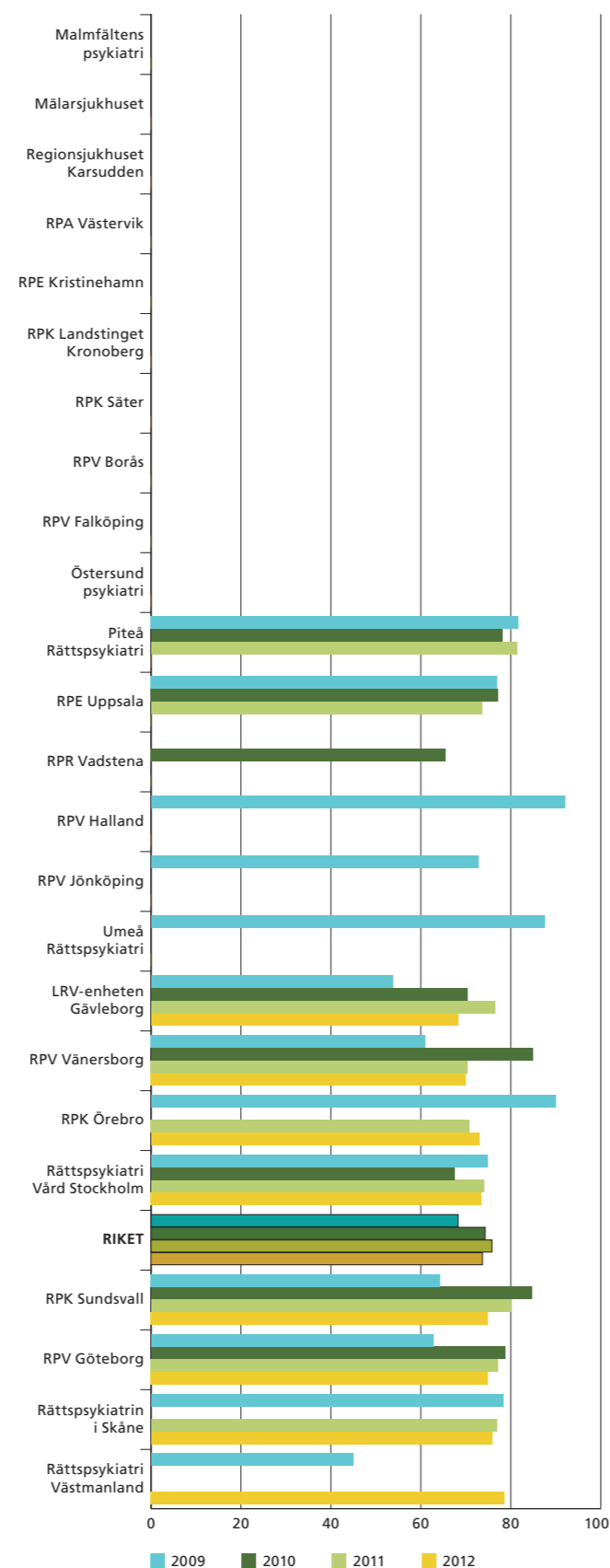
Figur 47. Medelvärde av patienternas BMI vid uppföljning 2011 respektive 2012.



Figur 48. Patientens skattade hälsa i slutenvård.



Figur 49. Patientens skattade hälsa i öppenvård.



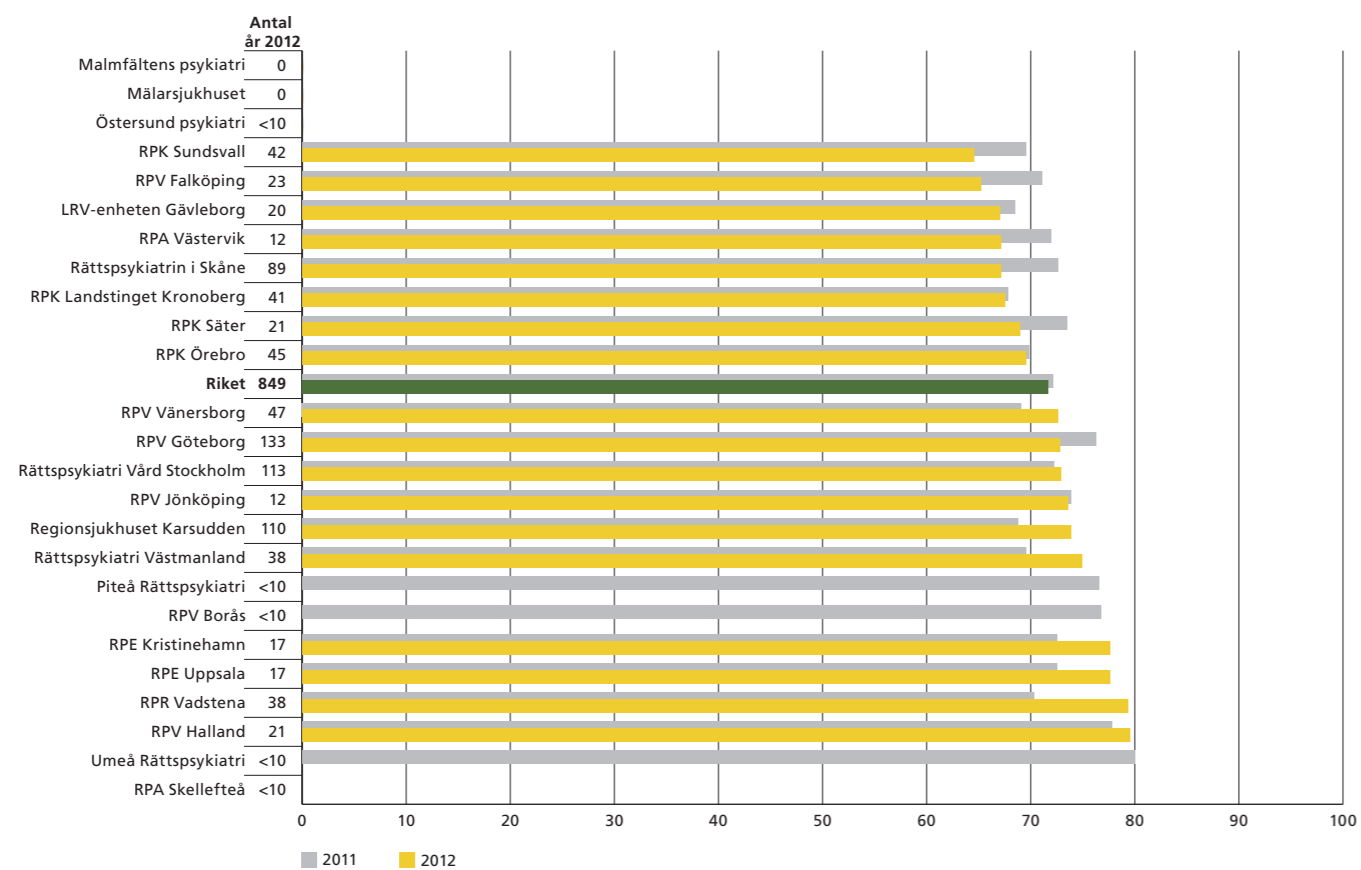
Tabell 26. Patientens skattade hälsa i slutenvård.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel
LRV-enheten Gävleborg	<10		<10		10	59,9	<10	
Malmöfältens psykiatri	0		0		0		0	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	15	58,1	26	69,5	19	74,7	0	
RPA Skellefteå	0		0		0		0	
RPA Västervik	<10		<10		<10		<10	
RPE Kristinehamn	0		<10		15	75,6	11	80,4
RPE Uppsala	<10		11	68,5	11	74,1	<10	
RPK Landstinget Kronoberg	10	74,2	14	72,1	13	66,2	28	64,3
RPK Sundsvall	34	75,5	24	65,2	30	61,9	22	54,9
RPK Säter	12	74,2	38	74,3	28	75,2	20	68,9
RPK Örebro	<10		20	66,4	19	69,2	25	69,6
RPR Vadstena	22	70,5	34	75,1	37	67,9	30	81,6
RPV Borås	0		0		0		0	
RPV Falköping	17	59,9	11	63,2	11	63,6	10	72,0
RPV Göteborg	61	72,5	74	72,0	68	73,9	65	71,9
RPV Halland	12	68,1	<10		12	80,0	11	77,7
RPV Jönköping	11	48,1	<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	25	80,3	32	69,3	24	65,6	29	73,1
Regionsjukhuset Karsudden	13	63,8	83	71,8	77	69,8	95	74,1
Rättspsykiatri Västmanland	17	60,2	26	71,9	25	69,4	17	71,8
Rättspsykiatri Vård Stockholm	58	72,4	42	70,9	44	75,1	55	74,7
Rättspsykiatrin i Skåne	26	77,5	34	74,1	31	70,0	49	68,3
Umeå Rättspsykiatri	<10		<10		<10		<10	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	359	70,5	496	71,1	485	70,6	495	71,9

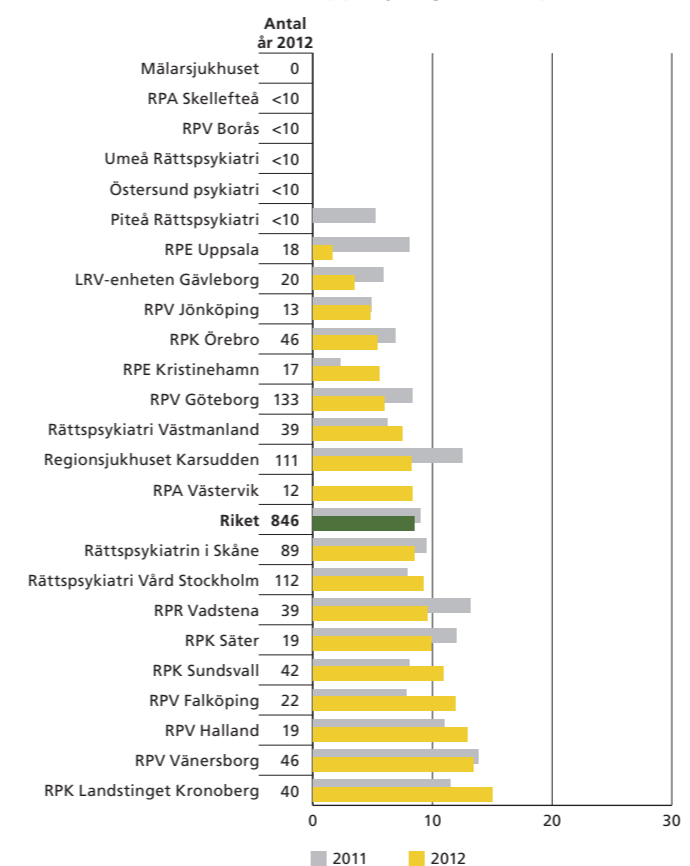
Tabell 27. Patientens skattade hälsa i öppenvård.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel	Antal	Medel
LRV-enheten Gävleborg	<10		<10	70,3	10	76,5	12	68,3
Malmöfältens psykiatri	0		<10		0		0	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	<10		<10	78,1	21	81,4	<10	
RPA Västervik	0		<10		<10		<10	
RPE Kristinehamn	0		0		<10		<10	
RPE Uppsala	<10		<10	77,2	12	73,6	<10	
RPK Landstinget Kronoberg	0		<10		<10		0	
RPK Sundsvall	10	64,3	19	84,6	26	80,0	16	74,9
RPK Säter	0		<10		<10		<10	
RPK Örebro	<10		<10		19	70,8	15	73,0
RPR Vadstena	0		10	65,5	<10		<10	
RPV Borås	0		<10		<10		<10	
RPV Falköping	0		<10		<10		<10	
RPV Göteborg	41	62,7	51	78,7	55	77,2	59	74,9
RPV Halland	<10		<10		<10		<10	
RPV Jönköping	<10		<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	<10		<10	84,9	14	70,4	10	70,0
Regionsjukhuset Karsudden	0		0		0		<10	
Rättspsykiatri Västmanland	<10		<10		<10		18	78,6
Rättspsykiatri Vård Stockholm	32	74,8	25	67,4	27	74,0	29	73,5
Rättspsykiatrin i Skåne	<10		<10		15	76,9	22	75,8
Umeå Rättspsykiatri	<10		<10		0		<10	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	112	68,3	207	74,3	250	75,8	235	73,7

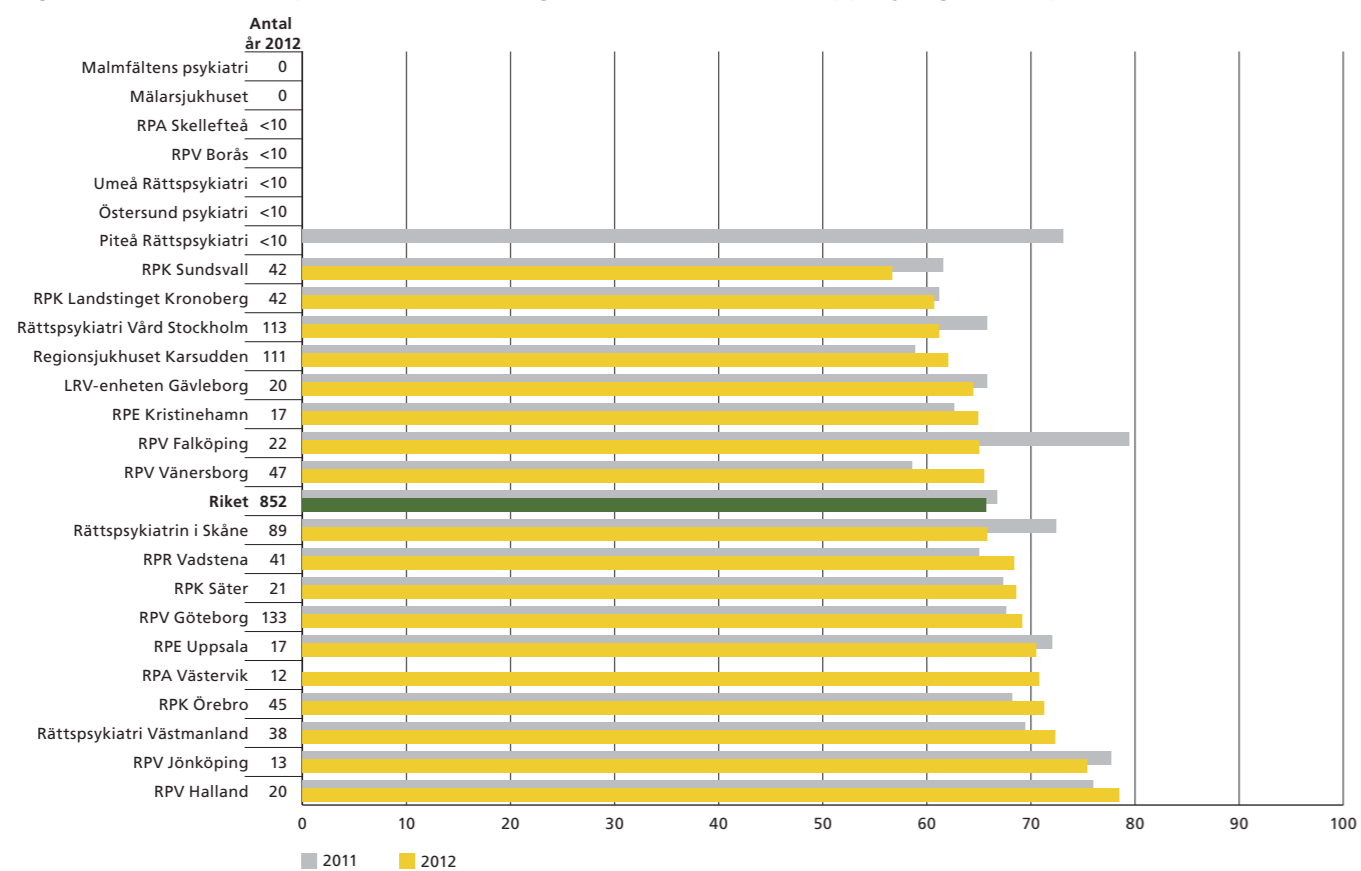
Figur 50. Medelvärde av patienternas skattningar av sin hälsa vid uppföljning 2011 respektive 2012.



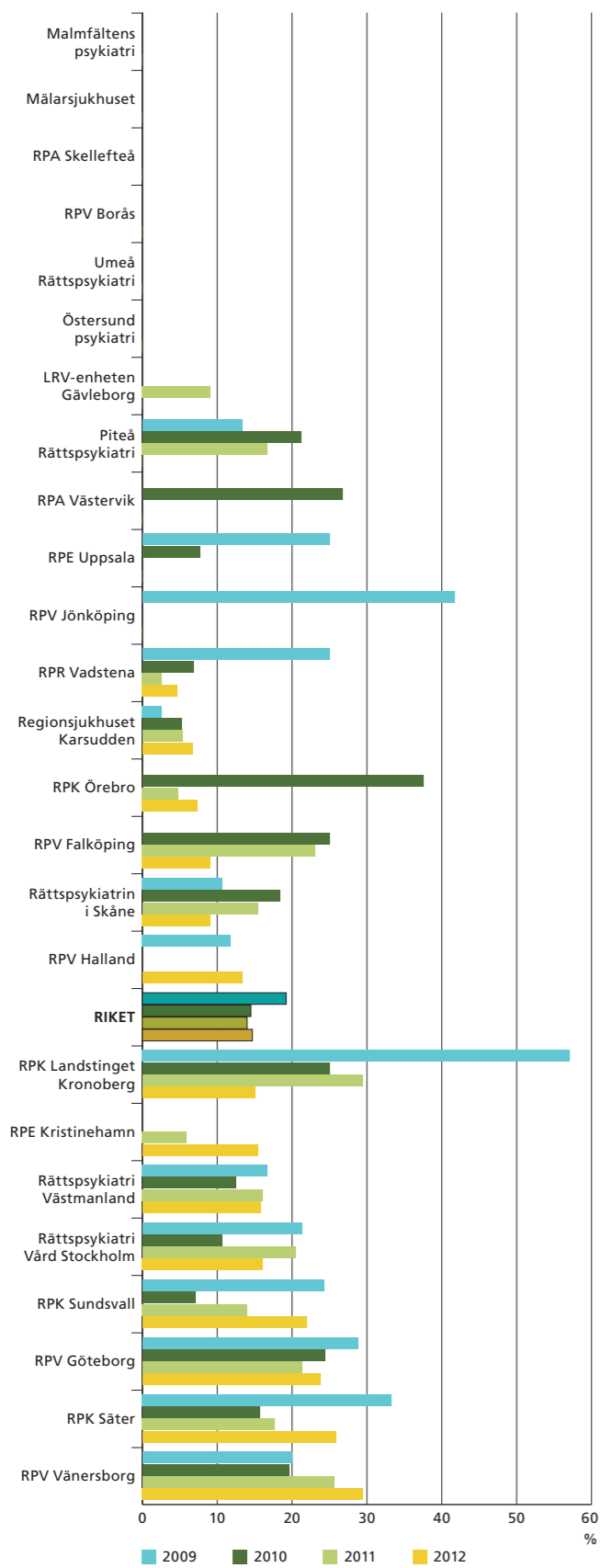
Figur 52. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott vid uppföljning 2011 respektive 2012.



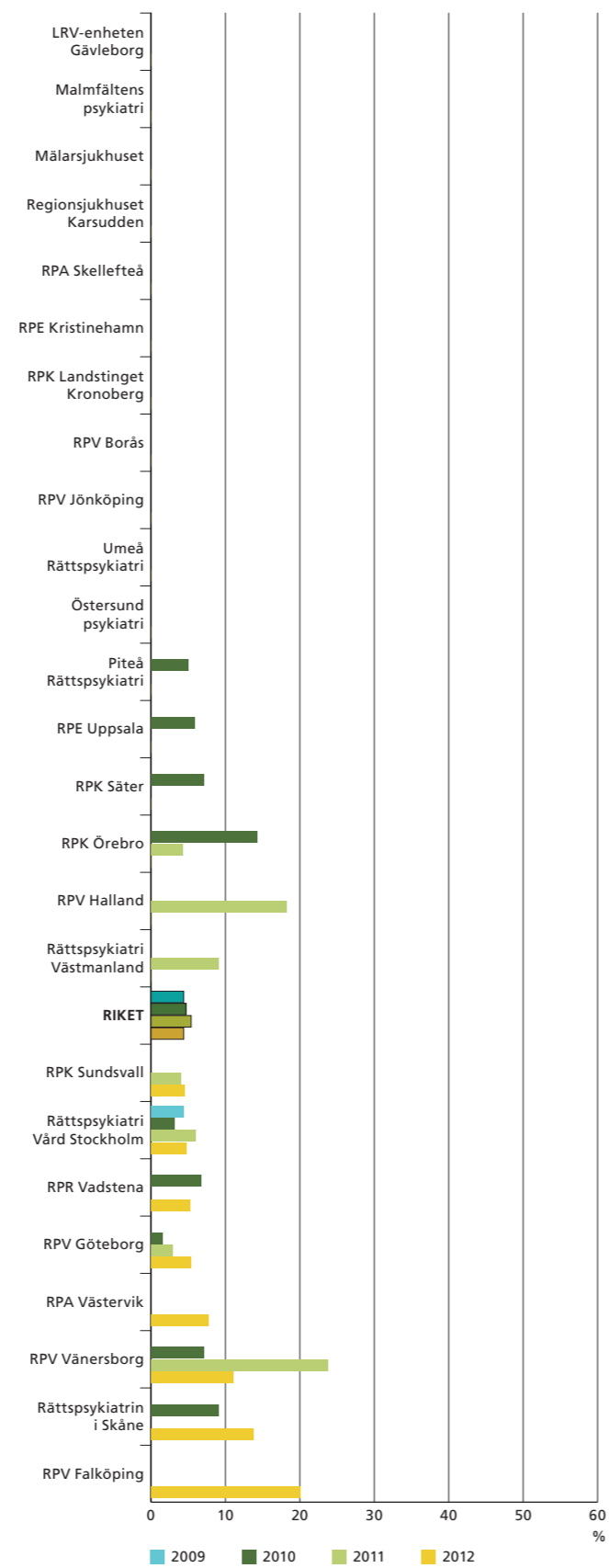
Figur 51. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning 2011 respektive 2012.



Figur 53. Andel som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året.



Figur 54. Andel som återfallit i brottslig gärning i öppenvård det senaste året.



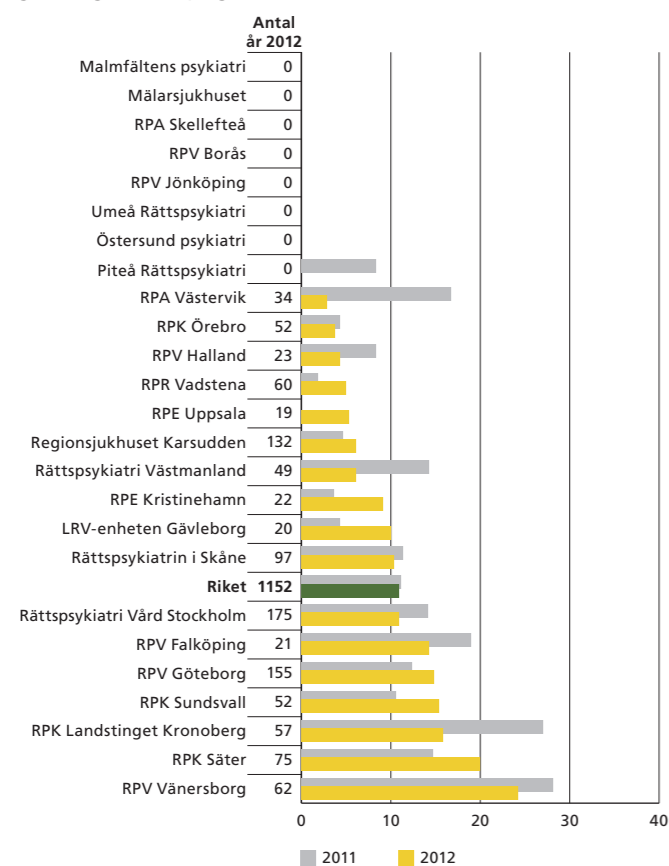
Tabell 28. Andel som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
LRV-enheten Gävleborg	<10		0		11	9,1	<10	
Malmöfältens psykiatri	0		0		0		0	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	15	13,3	33	21,2	24	16,7	0	
Regionsjukhuset Karsudden	151	2,6	135	5,2	130	5,4	119	6,7
RPA Skellefteå	0		0		0		0	
RPA Västervik	<10		15	26,7	0		0	
RPE Kristinehamn	0		<10		17	5,9	13	15,4
RPE Uppsala	16	25,0	13	7,7	0		<10	
RPK Landstinget Kronoberg	21	57,1	28	25,0	34	29,4	53	15,1
RPK Sundsvall	37	24,3	28	7,1	43	14,0	32	21,9
RPK Säter	15	33,3	51	15,7	62	17,7	58	25,9
RPK Örebro	<10		16	37,5	21	4,8	27	7,4
RPR Vadstena	24	25,0	44	6,8	39	2,6	43	4,7
RPV Borås	0		0		0		0	
RPV Falköping	0		12	25,0	13	23,1	11	9,1
RPV Göteborg	80	28,8	90	24,4	80	21,3	80	23,8
RPV Halland	17	11,8	0		0		15	13,3
RPV Jönköping	12	41,7	<10		0		0	
RPV Vänersborg	35	20,0	46	19,6	39	25,6	44	29,5
Rättspsykiatri Vård Stockholm	108	21,3	85	10,6	73	20,5	93	16,1
Rättspsykiatri Västmanland	18	16,7	32	12,5	31	16,1	19	15,8
Rättspsykiatri i Skåne	28	10,7	49	18,4	52	15,4	66	9,1
Umeå Rättspsykiatri	0		0		0		0	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	621	19,2	717	14,5	713	14,0	722	14,7

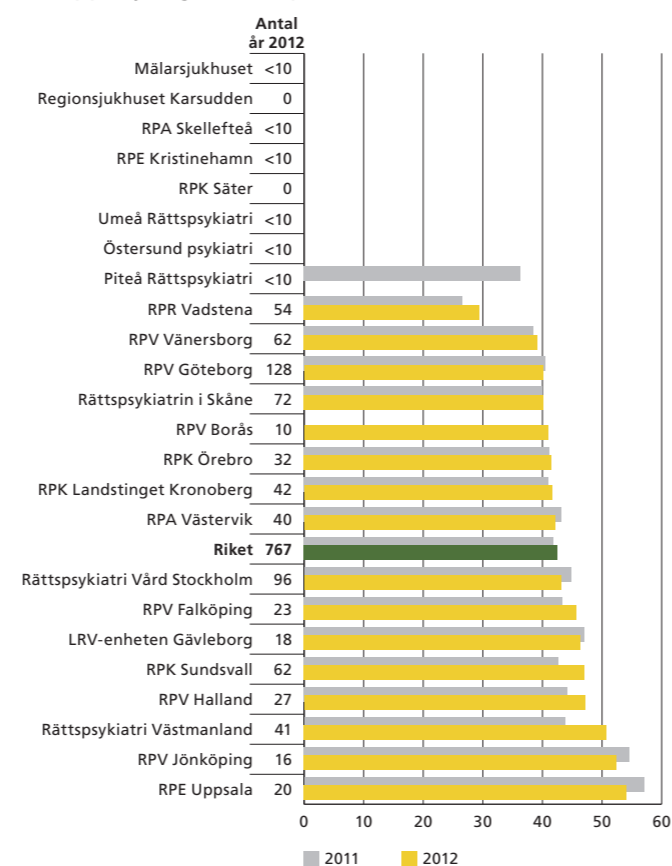
Tabell 29. Andel som återfallit i brottslig gärning i öppenvård det senaste året.

	2009		2010		2011		2012	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
LRV-enheten Gävleborg	<10		0		0		0	
Malmöfältens psykiatri	0		0		0		0	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	0		20	5	0		0	
Regionsjukhuset Karsudden	0		0		0		0	
RPA Skellefteå	0		0		0		0	
RPA Västervik	0		<10		<10		13	7,7
RPE Kristinehamn	0		0		0		0	
RPE Uppsala	<10		17	5,9	0		0	
RPK Landstinget Kronoberg	0		0		0		0	
RPK Sundsvall	<10		0		25	4	22	4,5
RPK Säter	0		14	7,1	0		0	
RPK Örebro	0		14	14,3	24	4,2	0	
RPR Vadstena	0		15	6,7	0		19	5,3
RPV Borås	0		<10		<10		0	
RPV Falköping	0		<10		<10		10	20,0
RPV Göteborg	0		64	1,6	70	2,9	74	5,4
RPV Halland	0		0		11	18,2	0	
RPV Jönköping	0		0		0		0	
RPV Vänersborg	<10		14	7,1	21	23,8	18	11,1
Rättspsykiatri Vård Stockholm	45	4,4	98	3,1	67	6	86	4,7
Rättspsykiatri Västmanland	0		0		11	9,1	0	
Rättspsykiatri i Skåne	0		11	9,1	0		29	13,8
Umeå Rättspsykiatri	0		0		0		0	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	160	4,4	341	4,7	368	5,4	430	4,4

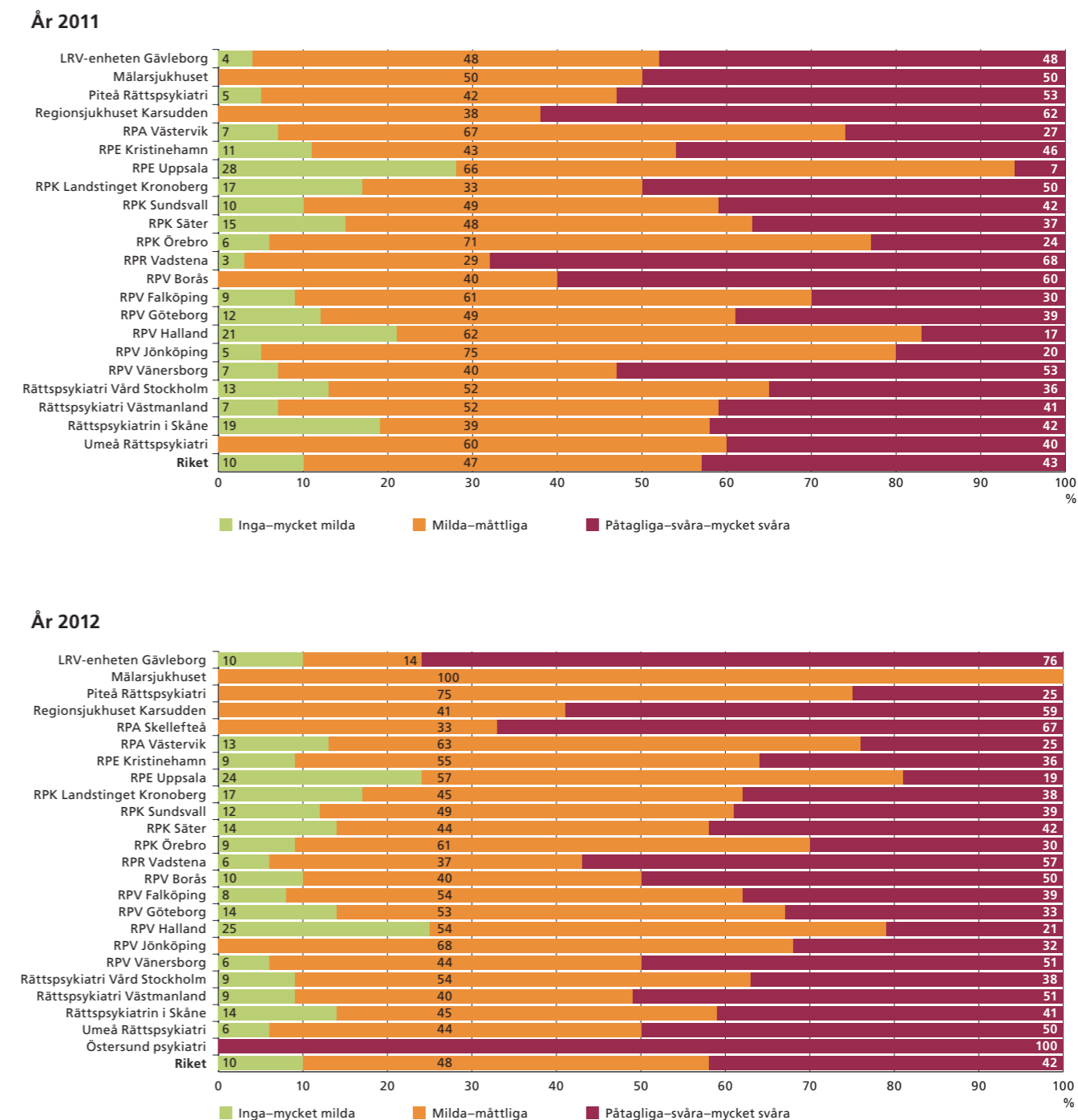
Figur 55. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård 2011 och 2012.



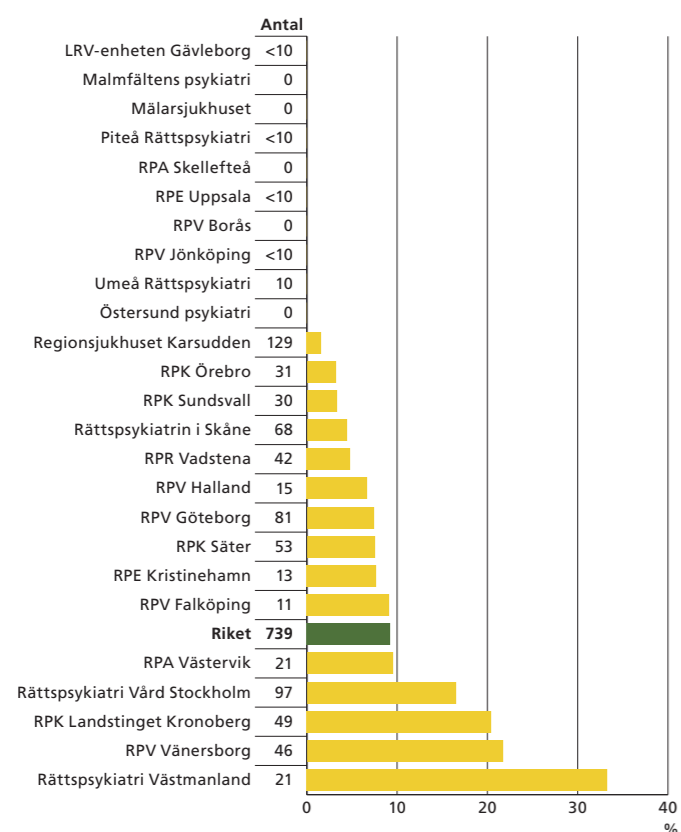
Figur 56. Medelvärde av GAF-skattningar vid uppföljning 2011 respektive 2012.



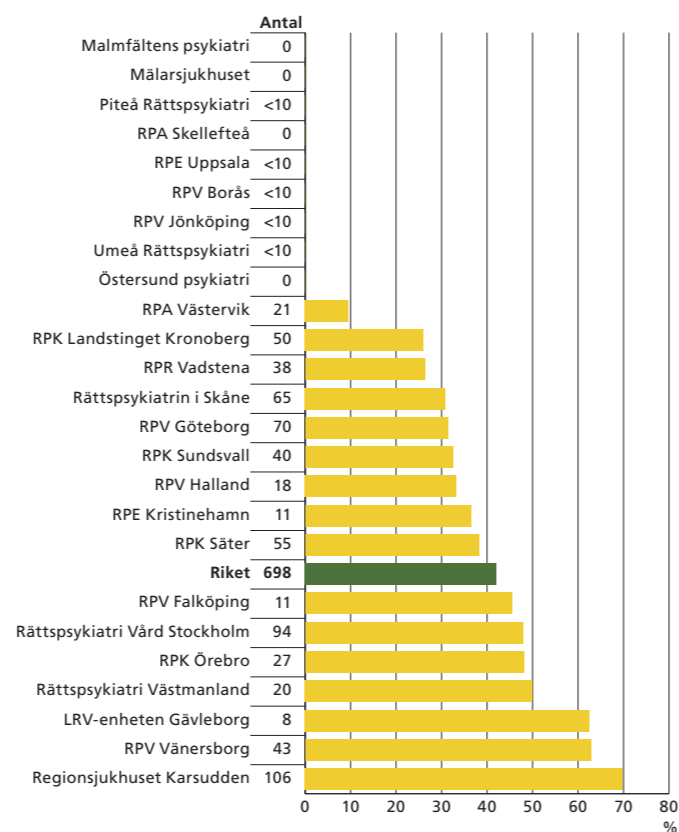
Figur 57. Fördelningen av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning 2011 och 2012.



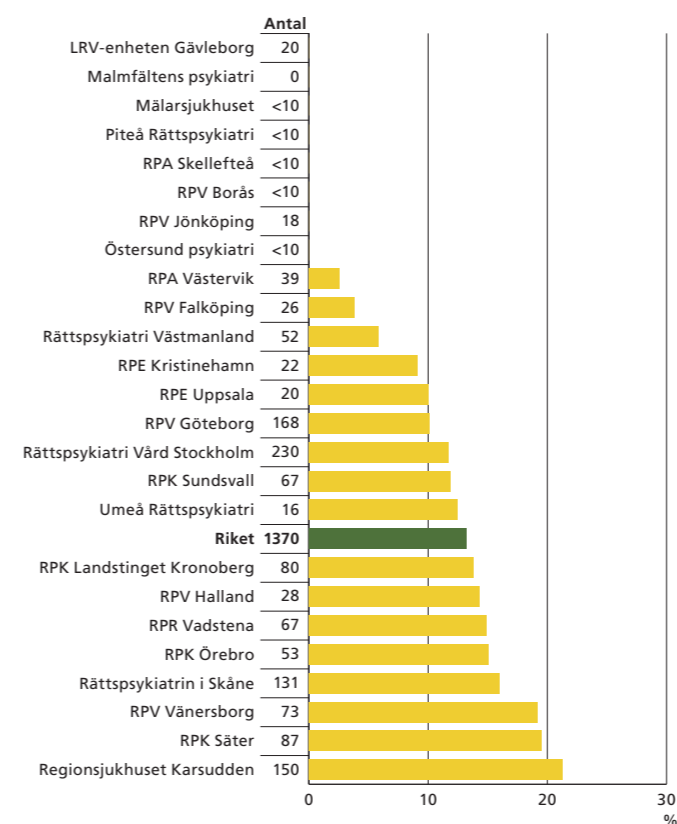
Figur 58. Andel patienter som är färdiga för eftervård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård, 2012.



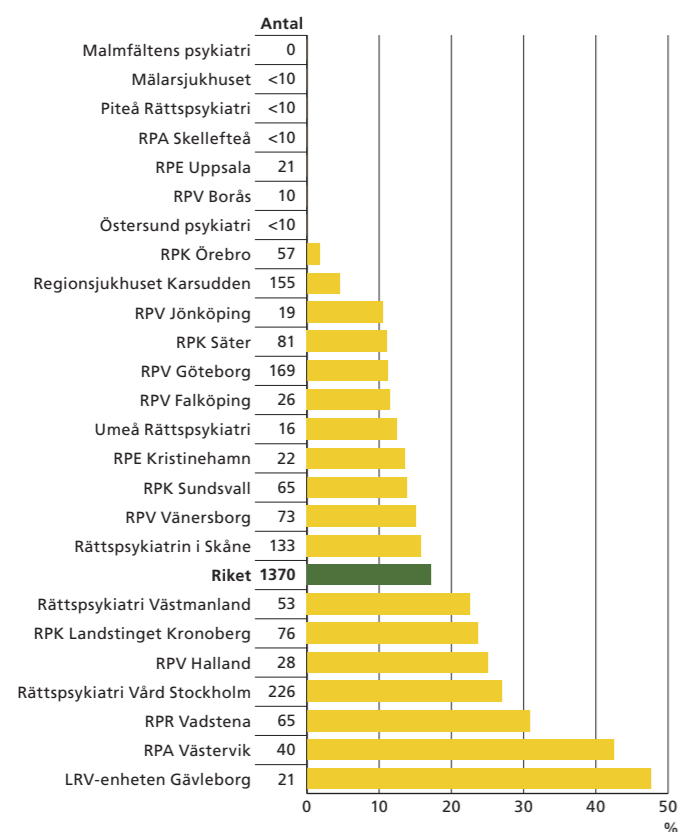
Figur 60. Andel patienter med indragna friförmåner, 2012.



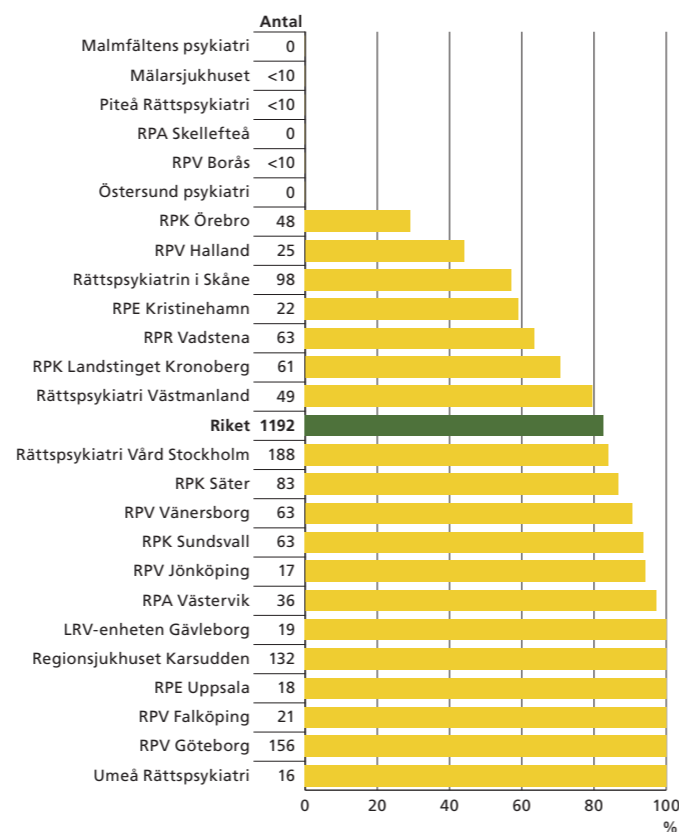
Figur 62. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19-20, 2012.



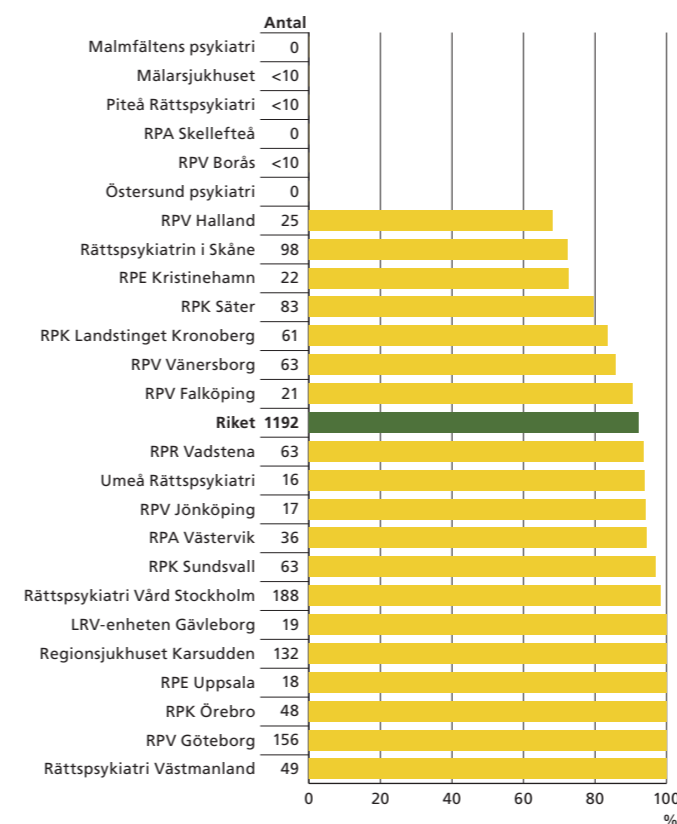
Figur 59. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, 2012.



Figur 61. Andel patienter med genomförd riskanalys, 2012.



Figur 63. Andel patienter som fått behandling utifrån riskbeteende, 2012.



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 förutsättningar skapas 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 tid 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 spridd 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 interbedömare-reliabilitet. Man kan i årets rapport konstatera att andelen GAF-skattningar fortsätter att minska vilket är beklagligt.

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 interbedömare-reliabiliteten och som ett resultat av ett förbättringsprojekt finns nu en DVD på varje enhet där olika svårighetsgrader på symtom åskådliggörs som en grund för diskussion i teamet. 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 (i normala fall) 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 kan 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 8 procent av dem som bedöms kunna vårdas i rättspsykiatrisk öppenvård fortfarande är i slutenvård. Kanske är det så att det är arbetet med att få ut dessa patienter som stannar kvar i minnet?

Det faktum att knappt hälften av patienterna uppges ha fått brottsbearbetning under vårdtiden borde leda till eftertanke. Alternativet att patienten inte kan tillgodogöra sig en sådan ligger på 13 procent medan 41 procent inte fått någon brottsbearbetning. Det saknas en vedertagen definition på brottsbearbetning vilket försvårar värderingen av svaren som ju på de registrerande klinikerna kan ha getts olika innebörd. Likaså kan uppfattningen av i vilken form brottsbearbetning ska genomföras, exempelvis vilka yrkeskategorier som kan delta variera. I RättspsyK har detta problem uppmärksamats och ett arbete kring brottsbearbetning har initierats.

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.

Variationen av vårdtid vid olika diagnoskategorier är avsevärd. Längst vårdtider noteras vid i synnerhet psykisk utvecklingsstörning, neuropsykiatriska syndrom och organiska psykossyndrom. Det tycks, utifrån dessa data, som om den rättspsykiatriska vården och kanske psykiatri i allmänhet har bättre behandlingsmöjligheter och därmed bättre behandlingsresultat och kortare vårdtider vid psykotiska tillstånd än vid störningar utan dominerande psykossymtom. Å andra sidan är vårdtiden för personlighetsstörningar lika lång som för hela populationen.

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.

Med stöd av medel från SKL har ett arbete med att validera indata inletts i syfte att få en uppfattning om hur väl data på enheten stämmer överens med data i registret. Vidare ger arbetet kunskap om hur olika indikatorer uppfattas vilket ger ett mycket värdefullt bidrag till förbättringsarbete när det gäller instruktioner i registreringsformulär. Inför starten av arbetet hämtades värdefulla synpunkter via nätverksarbete med Registercentrum i Västra Götalandsregionen. Arbetet genomförs av två personer från styrgruppen, Malin Lotterberg och Marianne Ander.

Ett brett förbättringsarbete är i full gång med stöd av medel från SKL. Arbetet kallas "Rätt insatser för patientens bästa" och 10 enheter deltar. Med stöd av data från registret har viktiga förbättringsområden identifierats. Förbättringsarbetet genomförs i genombrottsliknande arbetsformer med regelbundna träffar på nationell nivå och mellanliggande arbete på den egna kliniken. I arbetet deltar Memeologen från Västerbottens läns landsting som metodstöd.

Forskning och pågående studier

Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmuntrar till att registret används för forskning. Det finns framtagna rutiner för detta som kan erhållas av styrgruppen.

Vetenskaplig artikel

Det övergripande syftet med den första vetenskapliga artikeln med data från RättspsyK¹ är att systematiskt beskriva innehållet i kvalitetsregistret. Så vitt vi vet så är detta det enda rikstäckande rättspsykiatriska Patientregistret i världen. Tack vare dess storlek, med upprepade årliga mätningar och höga inklusionsnivå som omfattar 89 procent av alla svenska rättspsykiatriska patienter, borde detta väl spegla de gängse behandlingstraditioner och resultat av rättspsykiatrisk behandling i Sverige. De specifika syftena är¹ att systematiskt bistå med data från en patientgrupp som inkluderar: i) grundläggande demografiska karakteristika, boendeförhållanden, kriminalitetsrelaterade faktorer, samt annan relevant bakgrundsinformation, ii) psykiatriska diagnoser och sjukdomsrelaterade faktorer, och iii) läkemedelsanvändning.

Resultaten visar att 1 476 (bortfall 4 procent; N=61) rättspsykiatriska patienter blev bedömda i RättspsyK under 2010; 85 procent var män och resten kvinnor. Cirka 60 procent hade en schizofrenidiagnos och fler män än kvinnor hade denna diagnos. Så många som 70 procent av patienterna hade en historia av att vara knutna till psykiatrisk öppenvård innan de blev rättspsykiatriska patienter. Medelåldern vid första kontakten med psykiatrisk behandling var runt 20 års åldern för båda könen. Fler än 63 procent av de rättspsykiatriska patienterna hade en missbruksanamnes med högre proportion bland män än kvinnor. Så många som 38 procent av alla rättspsykiatriska patienter begick brotten under inflytande av alkohol eller andra droger. Detta var oftare fallet för män än för kvinnor. Både män och kvinnor var huvudsakligen dömda för brott mot liv och hälsa (t.ex. mord, misshandel). Kvinnor var däremot i större utsträckning dömda för t.ex. mordbrand och män i större utsträckning för sexbrott.

Under 2010 var så många som 70 procent av alla undersökta rättspsykiatriska patienter i Sverige tidigare dömda för brott och män i större utsträckning än kvinnor. Slutligen, det vanligaste förskrivna läkemedlet för båda könen var antipsykotiska preparat, även om kvinnor i större utsträckning var förskrivna andra läkemedel som antidepressiva, antiepileptika och anxiolytika.

Examensuppsats

Data från kvalitetsregistret användes för en psykolog-examensuppsats vid Karolinska Institutet: Edman, M. & Spåls, A. (2013). "Time use among Swedish forensic psychiatric patients".

Syftet med studien var att undersöka innehållet i den rättspsykiatriska vården med fokus på hur patienter använder sin tid. Alla patienter inom den rättspsykiatriska vården vid Löwenströmska sjukhuset (N=72) tillfrågades om deltagande. 26 patienter (36 procent) deltog i studien. En bortfallsanalys visade att prevalensen av psykossjukdom var lägre bland studiedeltagarna än bland icke-deltagarna (50 procent; 87 procent, p=0,0014) och att studiedeltagarna var yngre än icke-deltagarna (M=36,0; M=44,3, p=0,093). Inga signifikanta skillnader sågs mellan studiedeltagare och icke-deltagare med avseende på kön, förekomst av missbruksdiagnos eller förekomst av våldsbrott som indexbrott.

Studiedeltagarna intervjuades om vad de gjort under det senaste dygnet innan intervjun. Data samlades in på 15-minutersnivå och kodades i fem huvudkategorier. Resultaten visade en genomgående låg aktivitetsnivå bland studiedeltagarna.

Aktivitet, huvudkategori	Tid, genomsnitt
Sömn och nattvila	9,46 timmar
Ostrukturerade aktiviteter, t.ex. TV, datorspel och läsning	8,73 timmar (varav TV 3,08 timmar)
Dagliga rutiner, t.ex. måltider och hygien	4,57 timmar (varav vila 1,76 timmar)
Strukturerade aktiviteter, t.ex. studier och promenader med personal	0,99 timmar
Behandling, t.ex. läkarsamtal och arbetsterapi	0,25 timmar (varav arbetsterapi 0,24 timmar)

¹ First Report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR); Alessio Degli Innocenti, Linda B Hassing, Ann-Sophie Lindqvist, Hans Andersson, Lars Eriksson, Frances Hagelback Hanson, Nina Möller, Thomas Nilsson, Björn Hofvander & Henrik Anckarsäter (In press). International Journal of Law and Psychiatry.

Analys genomfördes för att upptäcka om aktivitetsnivån kunde vara kopplad till faktorer som psykosdiagnos, personlighetsstörning, missbruk, tidigare våldsbrott och hög risk för återfall i våldsbrott. Inga skillnader upptäcktes med avseende på någon av dessa faktorer.

Resultaten av studien diskuterades bland annat utifrån psykologisk forskning om sambanden mellan aktivitetsnivå och välbefinnande. Författarna beskrev också behandlingsstrategier som skulle kunna minska risken för återfall i våldsbrott, t.ex. missbruksvård, DBT och familjeinterventioner.

Rapporten kan rekvideras från Åsa Eriksson, Karolinska Institutet, asa.eriksson@ki.se.

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 CELAM (Centre för Ethics, Law and Mental Health) vid 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 Skellefteå	Helena Edvardsson
RPA Västervik	Lena Koffed
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Tina Plensäll
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnheim
RPK Sundsvall	Jenny Hernell
RPK Sundsvall	Lars-Henrik Larsson
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Sofia Eklund
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 Vård Stockholm	Anneli Byström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Rolando Cartagena
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ulrika Freijdh
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Niclas Gustafsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Angela Karlson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Gunilla Karlsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Martin Åkersten
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatri i Skåne	Christel Bergström
Rättspsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Hansson
Rättspsykiatri i Skåne	Jessica Jonsson
Rättspsykiatri i Skåne	Irena Lind
Rättspsykiatri i Skåne	Gunilla Löfwall
Rättspsykiatri i Skåne	Pernilla Persson
Rättspsykiatri i Skåne	Camilla Sandberg
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Swedin
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson
Östersund Psykiatri	Elin Andersson

Registrets styrgrupp

- Frances Hagelbäck Hanson, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Registerhållare
- Hans Andersson, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare, Registerhållare
- Benjamin Wasniowski, Avd 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättspsyK
- Alessio Degl'Innocenti, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef, Docent
- Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- Bengt Persson, Rättspsykiatri, Skåne, Malmö, Psykolog
- 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
- Martin Carlsson, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Psykolog
- Bengt Jarl, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Psykolog
- Håkan Cederberg, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, Systemutvecklare
- Lars-Göran Berg, Piteå rättspsykiatriska avdelning, Öjebyn, Enhetschef
- Benjamin Häggqvist, Onkologiskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, Statistiker
- Peter Tjelander, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Psykolog

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:

- Hans Andersson, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Kvalitetssamordnare, Registerhållare
- Benjamin Wasniowski, Avd 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättspsyK
- Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- Alessio Degl'Innocenti, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef, Docent
- Lars Eriksson, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Överläkare
- Peter Karlberg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare
- Malin Lotterberg, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- Bengt Persson, Rättspsykiatri, Skåne, Malmö, Psykolog
- Håkan Cederberg, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, Systemutvecklare
- Kaj Forslund, Rättspsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef

Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt på varje klinik och matas in av handläggare. Vid datainmatningen, som sker i webbaserade 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, alla ändringar loggas och sparas.

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska 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 löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas. Detta innebär att 2012 års rapport bygger på data som registrerats under 2011 och 2012.

Exempel på webbformulär som används vid datainsamling

RättspsyK Rättspsykiatriskt kvalitetsregister

Årsuppföljning av patientärende

Patientuppgifter från befolkningsregister

Personnummer

Efternamn

Förnamn

Gatuadress

Postnummer

Initierat av

Ifyllande klinik/enhet

Registreringsdatum

Vårdform

I vilken vårdform vårdas patienten vid skattningstillfället?

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

Missbruksbehandling

Har patienten erhållit missbruksbehandling under vårdtiden?

Farmakologisk behandling

Psykioterapi

Psykoedukativa metoder

Annan behandling specificera

Risicanalys

Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället?

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?

Behandling utifrån riskbeteende

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

Farmakologisk behandling

Psykioterapi

Psykoedukativa metoder

Annan behandling specificera

Brottsbearbetning

Är brottsbearbetning pågående/genomförd?

Om ja, specificera metod

Indexbrott/brott

Indexbrott

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?

Om ja, specificera

Alkohol Läkemedel Anabola steroider

Narkotika Lösningsmedel Övrigt

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



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