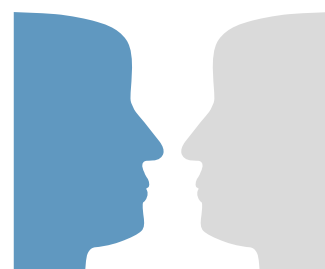


**RättspsyK**

# Årsrapport 2016

PDF-version

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



**RättspsyK**

Nationellt  
rättspsykiatriskt  
kvalitetsregister



# Årsrapport 2016

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK  
www.psykiatriregister.se, www.kvalitetsregister.se

Landsting	Deltagande verksamheter
Dalarna	RPK Säter
Gävleborg	LRV-enheten Gävleborg
Halland	RPV Halland
Jönköping	RPV Jönköping
Kalmar	RPA Västervik
Kronoberg	RPK Landstinget Kronoberg
Norrbottn	Piteå Rättspsykiatri Malmfältens psykiatri
Skåne	Rättspsykiatri i Skåne
Stockholm	Rättspsykiatri Vård Stockholm
Sörmland	Regionsjukhuset Karsudden Mälarsjukhuset Eskilstuna
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

### Camilla Skåån

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

### Kaj Forslund

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

## Författare

### Analysgruppen i RättspsyK

Camilla Skåån  
Marianne Ander  
Hans Andersson  
Helena Andreasson  
Victoria Andrén  
Per Bülow  
Lars Eriksson  
Frances Hagelbäck Hanson  
Madeleine Hammar  
Peter Karlberg  
Malin Lotterberg  
Christian Marquez von Hage  
Benjamin Wriling

## Projektledare och statistiker

### Peter Gidlund

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

## Utgivare

Camilla Skåån  
Kaj Forslund

## Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen  
413 45 Göteborg

ISSN 2001-3698

Tryckår 2017



# Innehållsförteckning

Inledning . . . . .	4
Sammanfattning . . . . .	6
Syfte och måltal . . . . .	7
Resultat	
Bortfall . . . . .	10
Hälsa . . . . .	12
Livskvalitet . . . . .	13
Risk för återfall i brott . . . . .	13
Utfall av vården för några indikatorer . . . . .	14
"Idag lever jag det liv jag drömde om då", en berättelse . . . . .	15
Klinisk skattning av symtombilden . . . . .	18
Insikt i sin sjukdom och problematik . . . . .	18
Body Mass Index (BMI) . . . . .	19
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi . . . . .	20
Förändring av skuldsituation . . . . .	21
Nätverk . . . . .	21
Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård . . . . .	22
Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård . . . . .	23
Vårdprocess	
Genomförd riskanalys . . . . .	24
Behandling utifrån riskbeteende . . . . .	25
Tvångsåtgärder . . . . .	26
Brottsbearbetning . . . . .	27
Farmakologisk behandling . . . . .	27
Missbruksbehandling . . . . .	31
Samverkan och samverkansbehov . . . . .	32
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård . . . . .	33
Patientgruppen i registret . . . . .	34
Bakgrundsdata . . . . .	38
Verksamheterna i registret . . . . .	44
Redovisning på verksamhetsnivå . . . . .	45
Verksamhetscheferna reflekterar . . . . .	57
Forskning och utveckling . . . . .	65
Validering som ger resultat . . . . .	67
Diskussion . . . . .	70
Vad är rättspsykiatrisk vård? . . . . .	71
Fakta om RättspsyK . . . . .	72
Täckningsgrad . . . . .	74

# Inledning

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

## Rapportens syfte

RättspsyK har hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten. Styrgruppen kan trots det konstatera att det återstår en del arbete när det gäller att få verksamheterna att agera på sina data för att utveckla sin förmåga att tillgodose patienternas behov. 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.

## Hur ser ledningen på verksamhetens data?

Även inför årets rapport har analysgruppen bett alla verksamhetschefer att reflektera på data för sin verksamhet från förra årets rapport, dels utifrån något av RättspsyK:s måttal, dels utifrån någon annan variabel i rapporten. Läs mer under ”Verksamhetscheferna reflekterar”.

## Idag lever jag det liv jag drömde om då

Läs intervjun med en före detta patient om erfarenheterna av vården inom rättspsykiatri. Intervjun utgår från de indikatorer registret använder för att följa utfallet av vården. Läs mer under ”Idag lever jag det liv jag drömde om då”.

## Andel enheter som uppfyller respektive mål

I årets rapport flyttas redovisningen av måluppfyllelse på verksamhetsnivå fram i rapporten och redovisas under ”Syfte och måttal”. Som i tidigare rapport redovisas data på verksamhetsnivå under ”Redovisning på verksamhetsnivå”.

## Vårdtid

Nytt för år är att även spridning i vårdtid redovisas. Läs mer under ”Bakgrundsdata”.

## Återfall i brott

I rapporten redovisas, i samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå), andel personer som återfallit i brott. Uppföljningen har hittills varit ett år men från och med i år redovisas uppföljningen upp till tre år efter vårdens upphörande. Läs mer under ”Resultat”.

## Jämförelse med PsykosR för BMI

Registret fortsätter att jämföra sig med Nationellt kvalitetsregister för psykosvård (PsykosR) för indikatorn Body Mass Index (BMI). Läs mer under ”Resultat” respektive ”Vårdprocess”.

## Utökad jämförelse med andra kvalitetsregister kring farmakologisk behandling

Liksom tidigare år görs jämförelser kring farmakologisk behandling med PsykosR. I årets rapport utökas jämförelsen med ytterligare två register, Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (Bipolär) samt Svenskt beroenderegister (SBR). Läs mer under ”Vårdprocess”.

## Stödperson

I årets rapport redovisas andelen patienter med utsedd stödperson per verksamhet i slutna och öppna vård. Läs mer under ”Redovisning på verksamhetsnivå”.

## ”Som tidigare år görs jämförelser kring farmakologisk behandling med PsykosR. I år utökas jämförelsen med ytterligare två kvalitetsregister, Bipolär och SBR.”

### Utökad redovisning i sluten och öppen vård

I årets rapport sker redovisning genomgående, där data för detta finns, uppdelad på sluten- och öppen vård på verksamhetsnivå eftersom dessa patientgrupper skiljer sig åt i ett stort antal avseenden. Därmed kan också förändringar i respektive vårdform följas över tid.

### Utvecklingsarbete

Ett landsomfattande förbättringsarbete skedde under 2015 med inriktning på att förbättra patientens ekonomi. En uppföljning genom telefonintervjuer har genomförts och redovisas under ”Forskning och utveckling”.

### Uppdelning i med respektive utan särskild utskrivningsprövning

För ett antal variabler redovisas data för patienter med respektive utan särskild utskrivningsprövning (SUP). Nytt för i år. Läs mer under ”Patientgruppen i registret”, ”Bakgrundsdata” samt ”Vad är rättspsykiatrisk vård?”.

### Täckningsgrad

Täckningsgraden är fortsatt hög 88,6 procent. Läs mer under ”Täckningsgrad”.

### Redovisning av data

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än tio patienter för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att materialet i en del sammanställningar kan verksamheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter. På verksamhetsnivå kan i 2016 års rapport data vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet. Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2016.

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

### Bortfallet minskar

Glädjande kan konstateras att bortfallet för så väl patienternas självskattningar som BMI minskar, Läs mer under ”Resultat”.

### Årsrapporten som App

I föregående rapport nämndes ambitionen att kunna ge ut årets rapport i form av en App. Av olika skäl fick det arbetet avslutas. Dock kvarstår ambitionen och RättspsyK kommer att undersöka möjligheterna och intresset för en App.



# Sammanfattning

Av registrets fyra måltal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, BMI och återfall i brottslig gärning under vårdtiden) har inget uppnåtts under året.

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer (skuldsituation, sjukdomsinsikt, BMI, symtombild och av patienten skattad livskvalitet) för patienter som 2009–2016 dömts till vård och där vården avskrivits. Dessa har förbättrats för mellan 25 procent (skuldsituation) och 60 procent (skattad livskvalitet). Indikatorerna har försämrats för mellan 6 procent (skuldsituation) och 48 procent (BMI).

Patienterna skattar sin psykiska hälsa högre än den fysiska. Livskvalitet skattas relativt högt, i intervallet 71–100 skattar sig cirka hälften av såväl kvinnor som män.

När det gäller självskattad risk för återfall i brott, är det 77 procent av männen och 81 procent av kvinnorna som skattar risk för återfall i brott inom intervallet 0–10 på en VAS skala mellan 0–100.

Bortfallet har under 2016 minskat påtagligt för så väl patienternas självskattningar som för personalens registrering av BMI. Framförallt är detta tydligt i den öppna vården, men minskat bortfall kan även ses i den slutna vården.

Täckningsgraden på verksamhetsnivå är 96 procent och på patientnivå visar en täckningsgradsanalys utförd av Registerservice vid Socialstyrelsen en täckningsgrad på 88,6 procent.

Drygt 90 procent av patienterna har haft tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Fortsatt gäller det i högre grad kvinnor än män. Andelen patienter som tidigare dömts och vårdats enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ligger på cirka 11 procent (kvinnor) och 16 procent (män).

Diagnosen schizofreni med dess olika varianter är vanligast både bland kvinnor och män.

Medianvårdtiderna vid olika brott för patienter med avslutad vård under åren 2009–2016 varierar mellan 2 till 14 år. För patienter i pågående vård ligger motsvarande siffror mellan 3 och 7 år.

Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med brottet, särskilt våldsbrott. Det framgår att nära hälften av de manliga patienterna och en fjärdedel av de kvinnliga var påverkade vid de gärningar man begått.

Andelen patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling, har från år 2012 ökat från nära 70 procent till drygt 85 procent för männen och från närmare 60 procent till drygt 74 procent för kvinnor.

Andelen kvinnor som varit föremål för tvångsåtgärder har mellan åren 2012–2016 legat runt 20 procent. För män noteras en ökning mellan 2012–2015 men som under 2016 minskat till 15 procent.

# Syfte och måltal

RättspsyK har fyra måltal. Två av dessa bygger på patientrapporterade data. Måltalen är antagna av registrets styrgrupp och är tänkta att fånga viktiga aspekter av vården.

## Måltalen är:

- Andelen patienter som skattar sin psykiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent
- Andelen patienter som skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent.
- Andelen patienter med Body Mass Index (BMI) över eller lika med 30 ska vara mindre än 37 procent.
- Andelen patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård ska vara mindre än 10 procent.

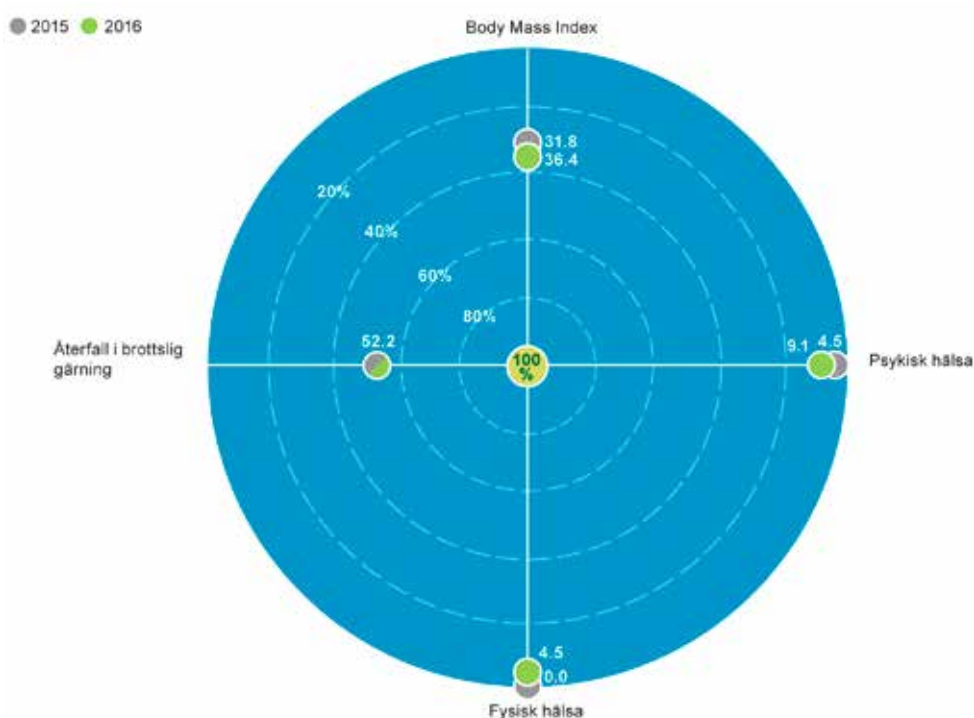
Det övergripande syftet med registret är att ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning. Syftet är också att ge en bild av den rättspsykiatriska vården och den rättspsykiatriska patientgruppen för såväl personal och patienter som utomstående med intresse för den rättspsykiatriska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

I redovisningen nedan visas i vilken utsträckning respektive verksamhet nått respektive måltal. Där framgår också måluppfyllelsen på nationell nivå. Punkterna i måltavlan visar hur stor andel av verksamheterna som har uppfyllt det nationella målet inom respektive måldimension för åren 2015 och 2016. Ju närmre centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika måltalet.

Jämfört med år 2015 har fler verksamheter uppfyllt måltalen i tre av de fyra måldimensionerna; psykisk hälsa, fysisk hälsa och BMI. Lika stor andel verksamheter har uppfyllt måltalet för återfall i brottslig gärning 2015 som 2016. Dock är det fråga om små rörelser mellan åren.

För måltalet psykisk hälsa, jämfört med år 2015, har andelen verksamheter, som uppfyller måltalet, ökat från 4,5 procent till 9,1 procent. Måltalet för fysisk hälsa har under 2016 uppnåtts av 4,5 procent av verksamheterna, medan ingen verksamhet uppnådde måltalet 2015.

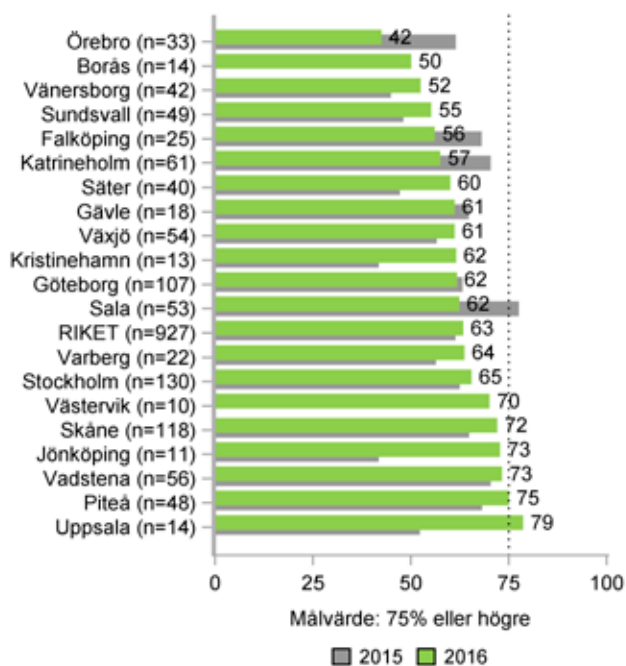
Figur 1. Andel verksamheter som uppfyller respektive måltal, 2015 och 2016.



## Självskattad psykisk hälsa

På nationell nivå skattade patienterna i genomsnitt sin psykiska hälsa till 63 på en VAS-skala<sup>1</sup>. Kvinnor skattade i genomsnitt sin psykiska hälsa till 60 och män till 64 på en VAS-skala. Detta innebär att måltalet för psykisk hälsa inte nåtts. Jämfört med år 2015 var andelen något högre för riket och för män, medan andelen var något lägre för kvinnor.

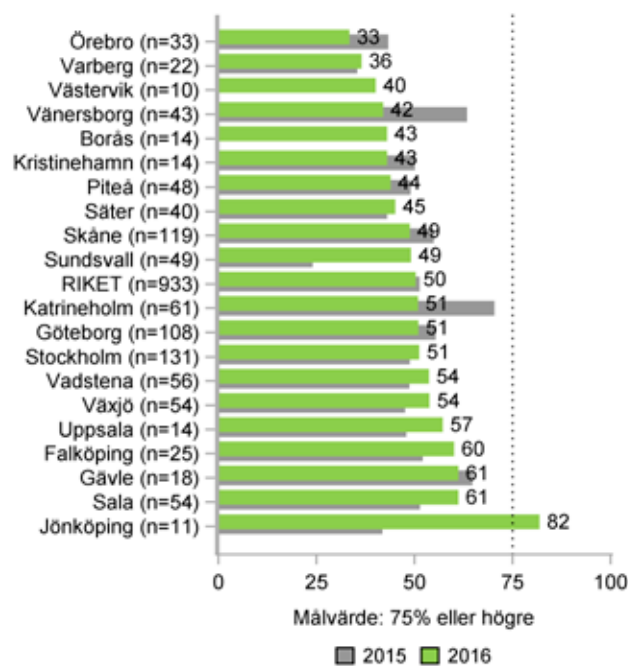
**Figur 2.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa över eller lika med 75.



## Självskattad fysisk hälsa

På nationell nivå skattade patienterna i genomsnitt sin fysiska hälsa till 50 på en VAS-skala. Nivåerna var lika mellan könen. Detta innebär att måltalet för fysisk hälsa inte nåtts. Jämfört med år 2015 var andelen något lägre på nationell nivå för män, medan andelen var något högre för kvinnor.

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



Notabelt är att genomgående skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska.

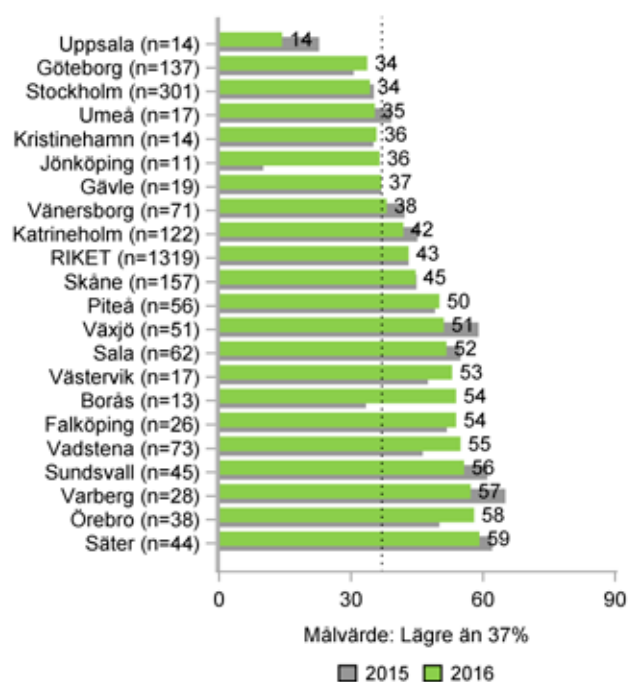
<sup>1</sup> VAS (Visuell Analog Skala, 1–100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse



## BMI

På nationell nivå var BMI över eller lika med 30 för i genomsnitt 43 procent av patienterna. För kvinnor var andelen 52 procent och för männen 41 procent i genomsnitt. Detta innebär att måltalet för BMI inte nåtts. Jämfört med år 2015 var andelarna konstanta för såväl riket som för kvinnor och män.

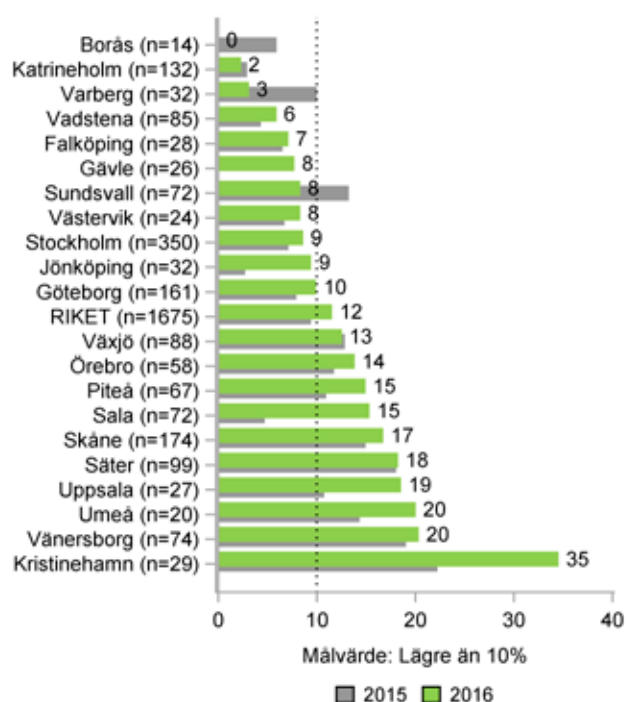
**Figur 4.** Andel patienter med BMI över eller lika med 30.



## Återfall i brottslig gärning under vårdtiden

Andelen patienter som återföll i brottslig gärning på nationell nivå var totalt 12 procent. För män var andelen 12 procent och för kvinnor 11 procent. Detta innebär att måltalet för återfall i brottslig gärning under vårdtiden inte nåtts. Jämfört med år 2015 har andelarna ökat med 2 procent såväl totalt som för män och för kvinnor med 1 procent.

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



Sammanfattningsvis är målnivåerna satta så att de, utifrån aktuella värden, ska vara utmanande och samtidigt möjliga att nå. Vidare ska antalet mål vara få för att underlätta att de ska kunna vara kända av alla. Under 2016 har inte något måltal uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå visar dock grafen att ett antal verksamheter uppfyller måltalen. Mer information finns att läsa under rubriken ”Redovisning på verksamhetsnivå.”

Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå. En reflexion man kan göra är om dessa måltal på nationell nivå är alltför högt satta för att vara realistiska.

Varje verksamhet kan naturligtvis, utöver dessa, sätta sina egna mål som stöd i sitt förbättringsarbete.

Eftersom måltalen berör viktiga aspekter av vården kan resultatet ses som en utmaning för verksamheterna att arbeta vidare med, inte minst genom det kunskapsutbyte i olika former som RättspsyK ger möjligheter till.

# Resultat

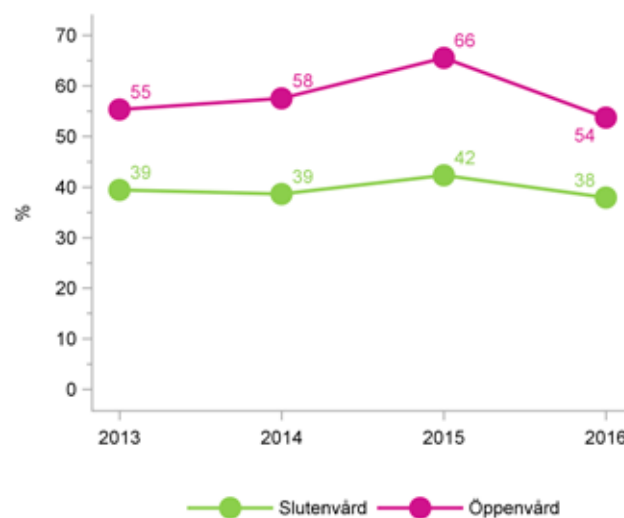
Resultatdelen består av skattningar genomförda av både personal och patienter. Patienten erbjuds att fylla i fyra självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur patienten själv upplever sin aktuella situation i fyra olika hänseenden; psykisk hälsa,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

## Bortfall

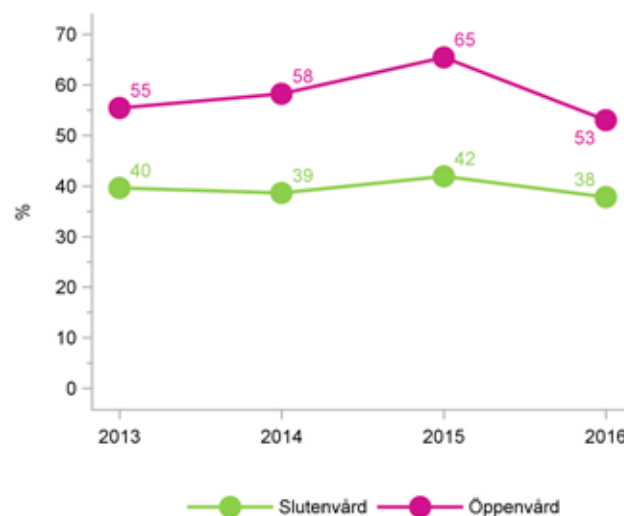
RättspsyK har en hög täckningsgrad då 24 av landets 25 verksamheter rapporterar in uppgifter, vilket innebär att rapporten innehåller någon form av data från, i princip, samtliga patienter som vårdas, eller har vårdats, på rättspsykiatriska verksamheter i Sverige. Det innebär dock inte att data är komplett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

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

Figur 6. Bortfall, självskattad psykisk hälsa.



Figur 7. Bortfall, självskattad fysisk hälsa.

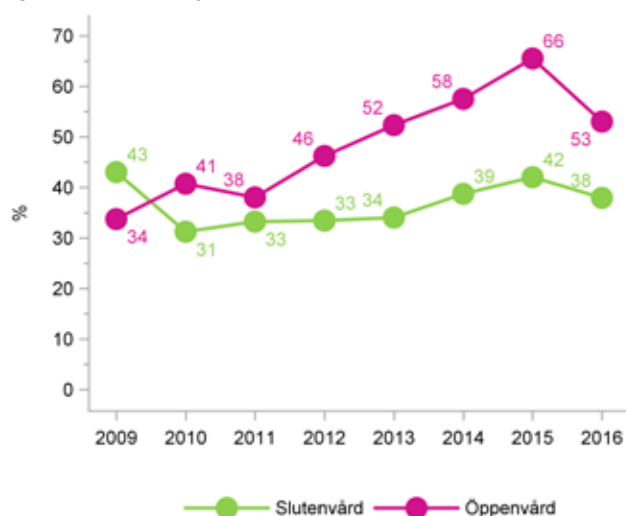


## Bortfallet har under 2016 minskat påtagligt.

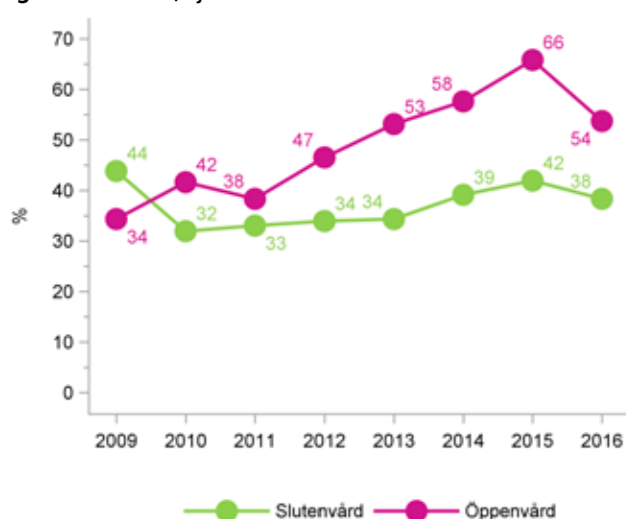
Självskattning av psykisk och fysisk hälsa påbörjades 2013, livskvalitet och återfall i brottslig gärning 2009, därav olika tidsspänn i tabellerna. Registreringsfrekvensen var som högst 2010 och faller sedan successivt fram till 2015. Under 2016 har registreringarna ökat något i så väl öppen- som slutenvård och når cirka 55 procent. Det är inga skillnader mellan de fyra olika självskattningsuppgifterna utan de följer samma mönster av bortfall, det vill säga de patienter som inte vill, eller kan, svara väljer att göra så på samtliga självskattningsfrågor. Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren ska göras med det relativa stora bortfallet i åtanke.

Bortfallet för mätning av BMI är mindre och har inte minskat i samma omfattning som självskattade uppgifter. År 2009 var registreringsfrekvensen 85 procent vilket minskade succesivt till 72 procent 2015 men ökar till 77 procent i årets rapport, 2016. Det är inom öppenvården som registreringar av BMI har ökat. Generellt sett är bortfallet större i öppenvård än i slutenvård.

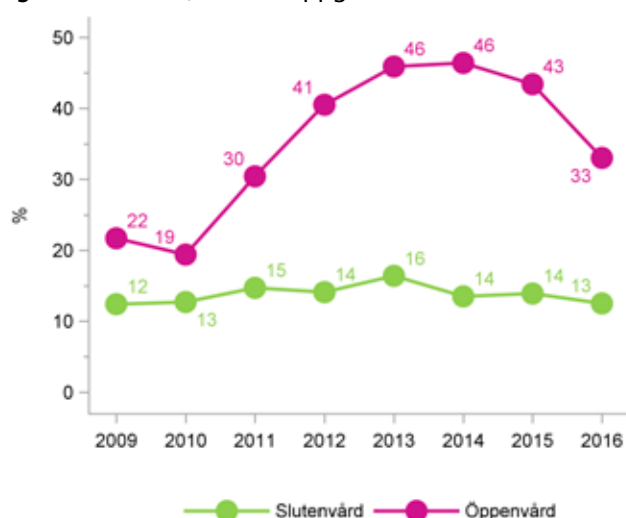
Figur 8. Bortfall, självskattad livskvalitet.



Figur 9. Bortfall, självskattad risk för återfall i brott.

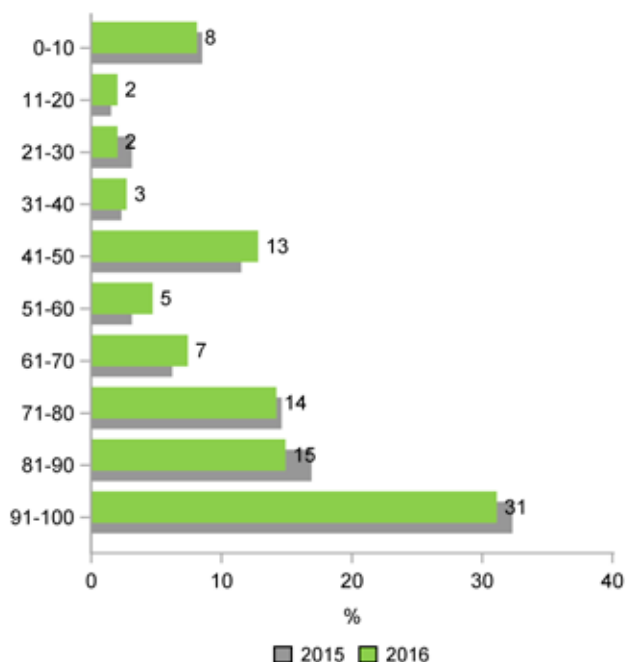


Figur 10. Bortfall, saknad uppgift om BMI.

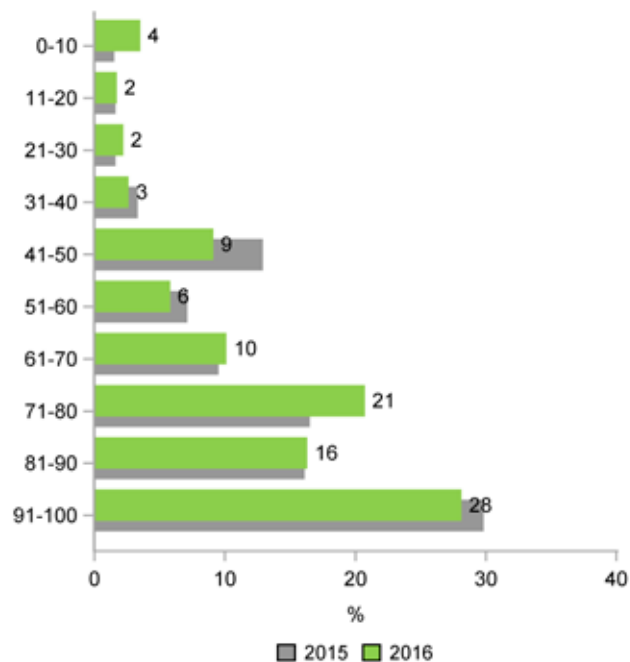


## Hälsa

**Figur 11.** Andel patienter som skattat sin **psykiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **kvinnor**.

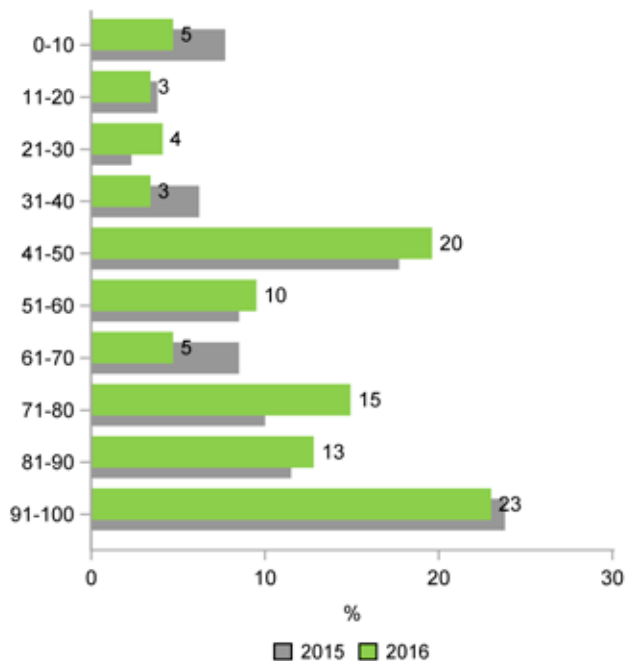


**Figur 12.** Andel patienter som skattat sin **psykiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **män**.

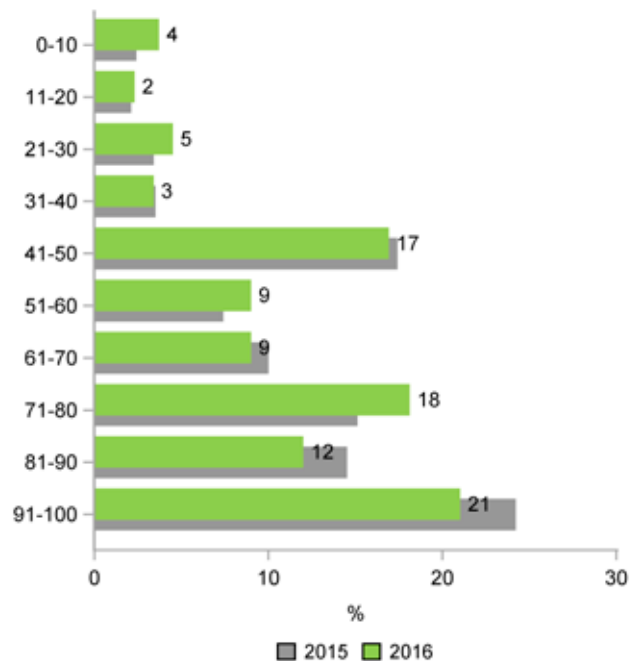


Den psykiska hälsan skattas relativt högt av både kvinnor och män. Skattningarna mellan åren visar på en marginell skillnad.

**Figur 13.** Andel patienter som skattat sin **fysiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **kvinnor**.



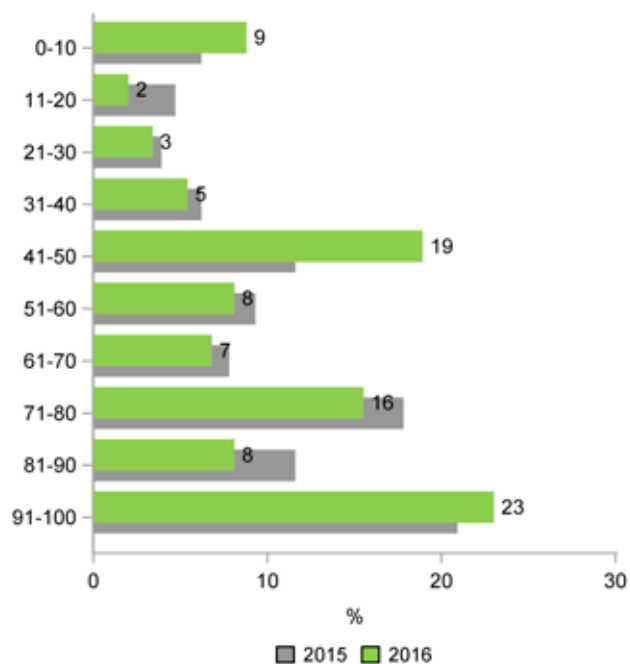
**Figur 14.** Andel patienter som skattat sin **fysiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **män**.



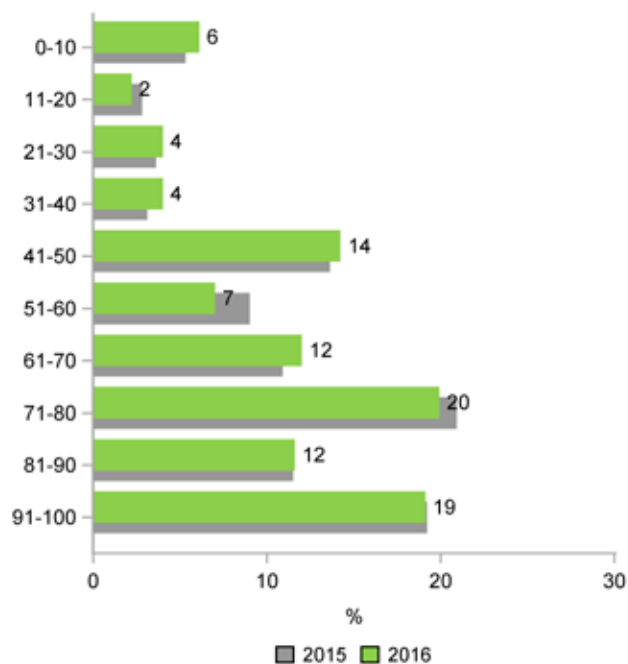
Kvinnor och män skattar sin upplevelse av fysisk hälsa relativt lika. Patienterna skattar sin fysiska hälsa förhållandevis högt och skillnaderna mellan åren är marginell.

## Livskvalitet

**Figur 15.** Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, **kvinnor**.



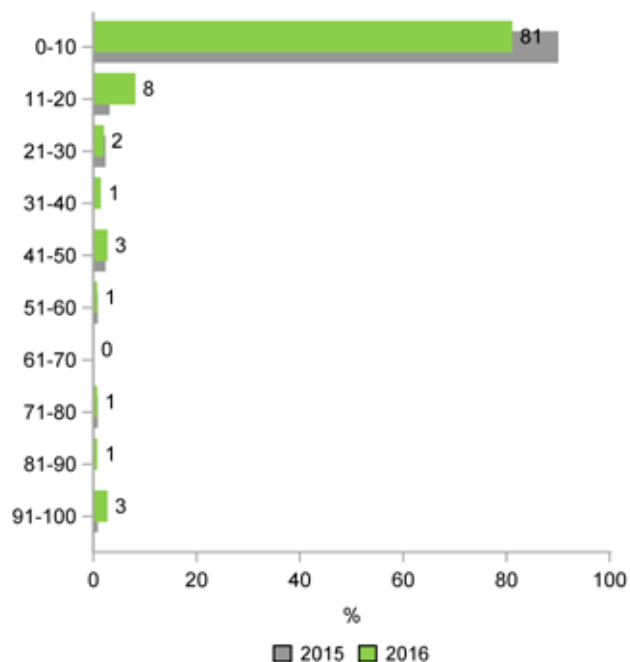
**Figur 16.** Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, **män**.



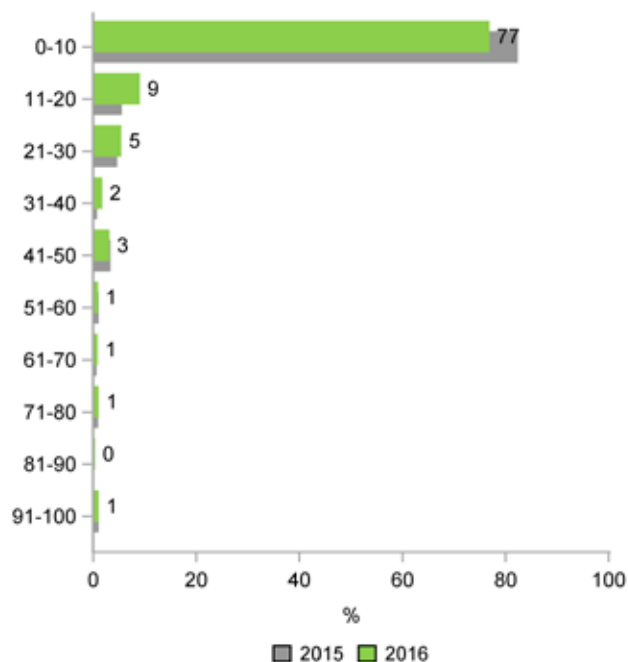
Skattningen visar på en spridning i upplevelsen av livskvalitet hos patienterna. Patienternas egen skattning av livskvalitet är relativt hög för både kvinnor och män.

## Risk för återfall i brott

**Figur 17.** Andel patienter som skattat sin risk i återfall i brott i respektive intervall på VAS-skala, **kvinnor**.



**Figur 18.** Andel patienter som skattat sin risk i återfall i brott i respektive intervall på VAS-skala, **män**.



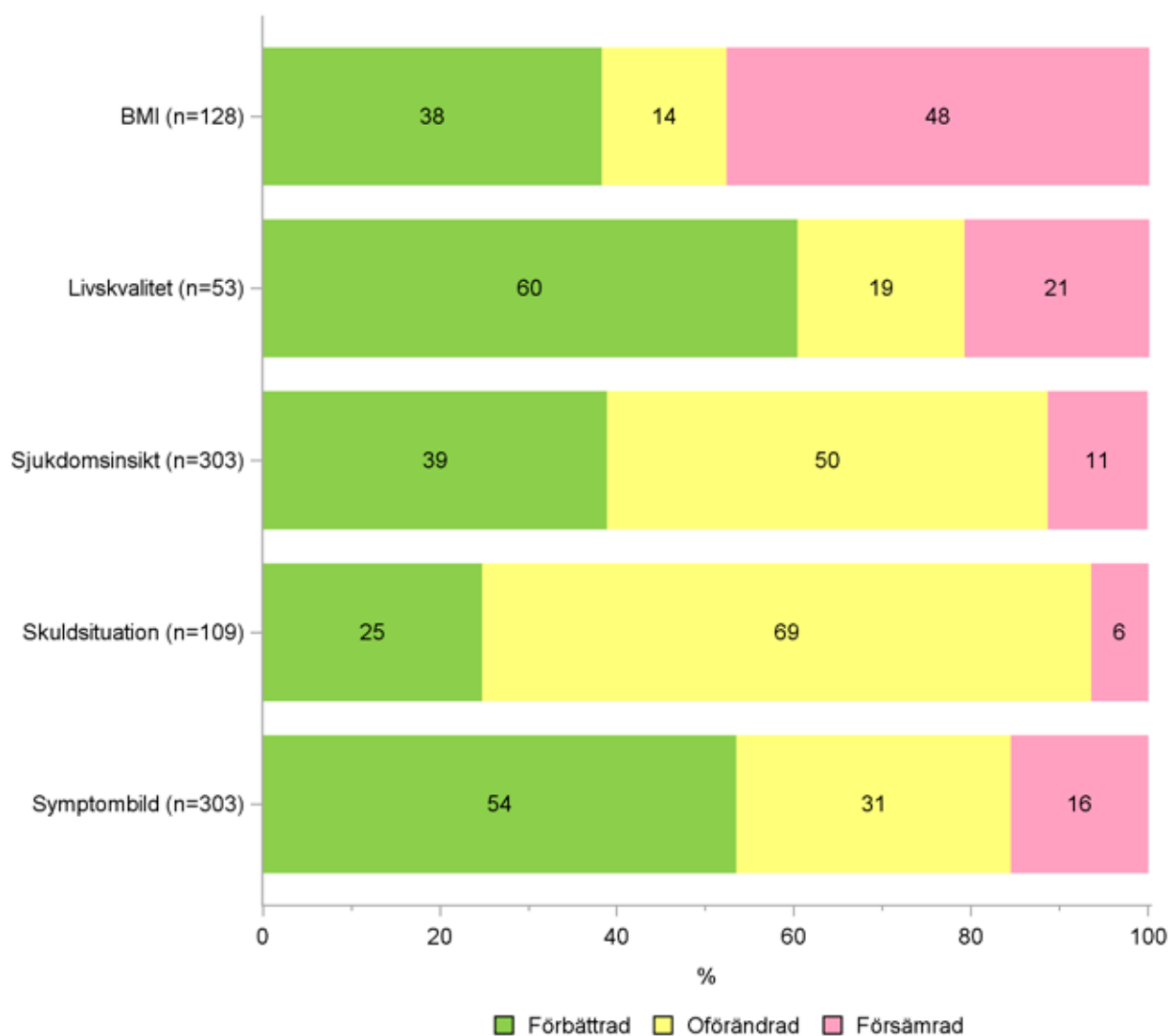


## Utfall av vården för några indikatorer

I registret följs ett antal indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. I 2015-års rapport utgick GAF och ersattes av indikatorn sjukdomsinsikt. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (patientens skuldsituation, BMI, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Grafen visar, för ett antal indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom intervallet 2009–2016 dömts till vård och där vården avskrivits. Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits.

**Figur 19.** Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2016.



En större andel av patienterna har skattats av personalen, respektive skattat sig själva, som förbättrade.

Undantaget är indikatorn BMI där fler har en försämrad situation vid utskrivningstillfället i jämförelse med vårdens början.

# ”Idag lever jag det liv jag drömde om då”

Text och bild: Anna Matzinger

**Mikael Åsberg beskriver sin tid inom rättspsykiatri som tuff på många sätt. Men den gav honom också nyttiga insikter och en stigande motivation till att ta sig därifrån. ”Mitt viktigaste råd till personalen är att ta till vara och uppmuntra patienternas egna idéer. Att engagera sig i något kan verkligen göra situationen bättre”, säger han.**

Vi träffas vid tågstationen i Borås. Mikael bor en bit utanför stadskärnan, i ett hus tillsammans med sin fru och deras två barn. I garaget står förutom bilen också två motorcyklar. För många år sedan, när Mikael vistades på Restad Gård, var drömmen om att en gång ha just körkort, motorcykel och hus en stor anledning till att han orkade kämpa för att komma vidare.

2003 dömdes Mikael till rättspsykiatrisk vård efter att ha knivskadat en man som han trodde hade muckat gräl med honom på krogen. I bakgrunden fanns en stökig uppväxt där Mikael bland annat blivit misshandlad som liten och så tidigt han kunde flyttat hemifrån.

I de tidiga vuxenåren klarade han sig okej; han hade bostad och jobb och ett bra nätverk med vänner. Men också en växande social fobi och aggressionsutbrott som blev allt svårare att manövrera.

– Jag kunde till exempel inte åka buss utan att dricka lite först och de enda gångerna jag gick ut på stan var när jag gick på krogen, för då var det såklart också alkohol inblandat, berättar han.

Vi promenerar genom centrum till lunchrestaurangen, där ägaren bullrigt och glatt hälsar på Mikael. Förutom sitt jobb på en tråhandel arbetar Mikael också extra som snickare i sin svärfars firma, och har hjälpt till att renovera restaurangen.

– Det var något jag bestämde mig för tidigt, att jag skulle ha ett jobb igen när den rättspsykiatriska vården var avslutad. Under min tid på Restad Gård hade jag aldrig svårt med motivationen, jag satte upp mål för mig själv som att ha jobb, bostad och körkort inom en viss tid efter avslutad vård, säger Mikael.

## Praktisk träning vore bra

Den första tiden som patient beskriver Mikael dock som mycket tuff.

– Apropå indikatorn "livskvalitet" så skulle jag säga att den för mig den första tiden var lika med noll. Jag som var van vid att gå upp sex och jobba hela dagen skulle plötsligt inte längre göra det. Det tog ett tag att vänja sig vid, säger Mikael.

Efter en tid vaknade dock motivationen hos Mikael och tillsammans med några andra patienter började de ta initiativ för att förbättra vistelsen på Restad Gård.

– I personalrummet stod det ett pingisbord som bara personalen använde, och dessutom väldigt sällan, så där satte vi in datorer istället och ordnade LAN. Jag fick också bra kontakt med en av vårdarna som var träningsintresserad precis som jag och tillsammans fick vi gå till brandstationen och träna några gånger i veckan, säger Mikael.

Tyvärr var träningen på brandstationen ett arrangemang som inte höll så länge.

– Personalen tyckte att jag blev för stor och stark, inte minst med tanke på min aggressionsproblematik, och stängde ner mina möjligheter till det. Det kändes tungt och jag var väldigt arg i samband med det, säger Mikael.

Just Mikael's aggressionsutbrott hörde till den symptombild han arbetade med under tiden på Restad Gård.

– Det där med sjukdomsinsikt är svårt. Man måste gräva djupt i sig själv och jag var under många år mycket frustrerad. Jag kände mig inte sjuk, i alla fall inte så sjuk att jag skulle sitta inlåst. Under min tid på Restad fick jag samtala med en psykolog ungefär en gång i veckan och fick så småningom, bland andra, diagnosen personlighetsklyvning. Det var bra, fast jag tycker att det borde varit en mycket större del praktisk träning. För mig hade det till exempel varit nyttigt att få träna på att få bort mina sociala fobier, som att åka buss och så. Men någon sådan träning blev jag aldrig erbjuden, säger Mikael.

## Chock med skadestånd

Också när det gäller den ekonomiska biten saknade Mikael en del stöd under vårdtiden. Han hade en anställning när han blev dömd och fick därför ersättning från Försäkringskassan under tiden på Restad Gård. Han hade därför inga problem med att betala vårdavgiften och kunde också spara en del.

Under rättegången blev han dömd att betala ett skadestånd på drygt 100 000 kronor – men den vetskaper lyfte varken personalen eller Mikael som ett område att arbeta med under vårdtiden. Istället blev han bryskt påmind om det fem dagar efter att den rättspsykiatriska vården avslutats.

– Jag fick ett brev hem om att jag skulle betala 104 000 kronor om två veckor. Och det var ju en rejäl chock kan jag säga. Jag hade kontakt med socialen då så jag gick dit och de hjälpte mig att sätta upp en avbetalningsplan. Och det gick ju bra eftersom jag hade jobb, men tänk om jag inte hade haft det? Eller om jag blivit så rädd för det där beskedet att jag bara lagt det i en byrålåda och låtsats som inget, vilket jag tror att många som inte har någon att vända sig till gör? När man kommer ut har man en väldigt skör situation och en sån här sak kan verkligen förstöra den totalt, säger Mikael.

Mikael tycker också att träningen för att sköta vardagsekonomi borde vara bättre inom den rättspsykiatriska vården.

– När jag kom ut hade jag inte en aning om hur en internetbank funkar och hur man betalar räkningar och så. Jag gick med allt till socialen och så fick de hjälpa mig där, säger Mikael.

### Viktigt med ordning

Något som däremot fungerade bättre var stödet när Mikael skulle börja arbetsträna och ordna ett jobb utanför kliniken.

– Jag började som kock på Holmängens arbetslivs- inriktade rehabilitering 2004 och trivdes bra. Det handlade ju om att bygga upp en tillit och ett förtroende och det gör man bara ett steg i taget. Det gällde att ha tålamod, säger Mikael.

Mikael trivdes bra och ökade gradvis sin arbetstid tills han var uppe i motsvarande en heltid. Han fick också tillgång till en träningslägenhet. När den rättspsykiatriska vården avslutades 2005 fick han hjälp av kommunens Företagsteam att ordna en praktikplats på en trävaruhandel – där han fortfarande är kvar.

– Jag var hela tiden öppen med min bakgrund och ville inte dölja något. Istället handlade det om att visa att jag hade koll på läget nu, bevisa att jag kunde vara en tillgång på en arbetsplats. Och det har ju funkat, säger Mikael.

Sammantaget tycker Mikael att tiden på Restad Gård var bitvis både tung och frustrerande – men kanske också en nödvändighet för det liv han skapat sig idag.

– Idag lever jag det liv jag drömde om då och jag vill rikta ett tack till personalen på Restad som hjälpte mig så gott de kunde. Erfarenheterna har självklart satt sina



” Mitt viktigaste råd till personalen är att ta till vara och uppmuntra patienternas egna idéer. Att engagera sig i något kan verkligen göra situationen bättre ”

spår, men de har också gett mig mycket. Jag dricker ingen alkohol förutom kanske en öl hemma då och då. Och jag är fortfarande otroligt nogga med min ekonomi, betalar alltid räkningar i tid och köper inget extra förrän jag verkligen vet att vi har pengar. Min fru blir lite tokig på mig ibland. Men har man en gång lyckats få ordning på sitt liv så vill man för inget i världen tillbaka till kaoset igen, säger Mikael.



### **Mikaels tips till den rättspsykiatriska vården**

– Varje patient borde ha ett team med tre vårdare omkring sig. En som kan hjälpa till om man behöver hjälp att sköta sin ekonomi, en som har hand om kontakter med nätverk och närstående om man är i behov av hjälp med det och en som har hand om tiden efter avslutad vård. På så vis riskerar inga viktiga saker att falla mellan stolarna.

– Det borde finnas nationella riktlinjer för hur patienterna informeras om och tränas i att sköta sin ekonomi. Utan en stabil ekonomi blir det väldigt svårt att skapa sig ett liv efter frisläppandet.

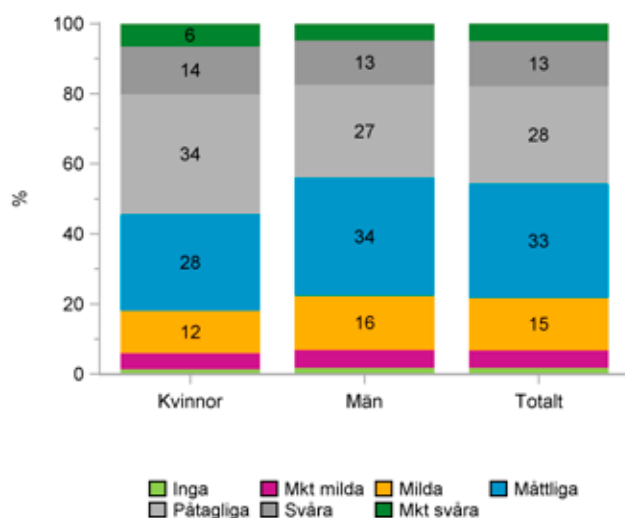
– Uppmuntra alltid patienternas egna initiativ och engagemang. En grej som verkar liten för vårdarna kan ha stor betydelse för den som är inlåst hela dagarna. Gör allt som står i er makt för att hjälpa patienten att genomföra sina önskemål!



## Klinisk skattning av symtombilden

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

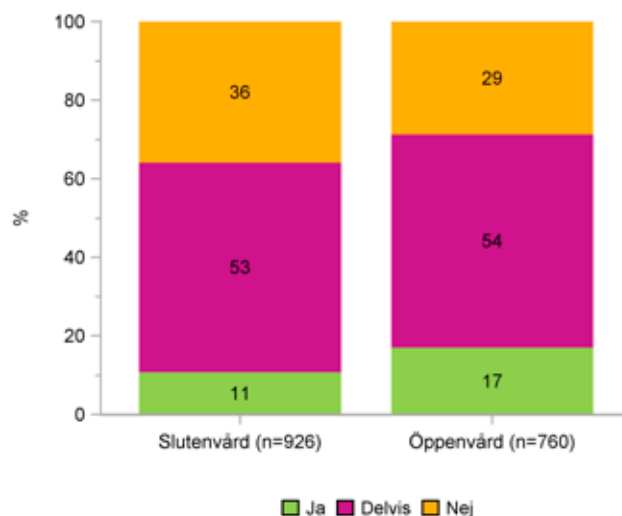
**Figur 20.** Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad.



I figuren ovan visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på kvinnor, män och totalt. Andelen kvinnor vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra var 54,3 procent vilket är en ökning i jämförelse med 2104 (45,9 procent) och 2015 (48,2 procent). Vad denna ökning beror på är okänt. Samma symtomskattningsskala, CGI-skalan, har använts vid samtliga tillfällen. Andelen män vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra var 43,2 procent och har legat på samma nivå de tre senaste åren. Att kvinnornas symtom skattas som svårare jämfört med männens har varit genomgående de senaste fem åren och skillnaden mellan könen har ökat sedan 2014.

## Insikt i sin sjukdom och problematik

**Figur 21.** Fördelning av sjukdomsinsikt vid uppföljning.



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

Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste 6 åren. Den andel som bedöms ha insikt uppgår till cirka 15 procent och andelen med delvis insikt cirka 55 procent. I år redovisas värdet fördelat mellan öppen- och slutenvård. Skillnaderna är att en större andel patienter som vårdas i öppenvård har insikt i sin sjukdom och problematik i jämförelse med patienter som vårdas i slutenvård. Och vice versa, en större andel patienter som vårdas i slutenvård saknar insikt i sin sjukdom och problematik i jämförelse med patienter som vårdas i öppenvård.

Patientens insikt i sin sjukdom och övrig problematik bedöms ofta kliniskt av patientens vårdgivare. Vid 33 procent av bedömningarna används skattningssinstrument. Frekvensen och val av dessa varierar stort i landet. Vanligtvis används faktorn ”Insikt” i det strukturerade riskbedömningsinstrumentet HCR-20v3 (Historical Clinical Risk Management-20 version 3).

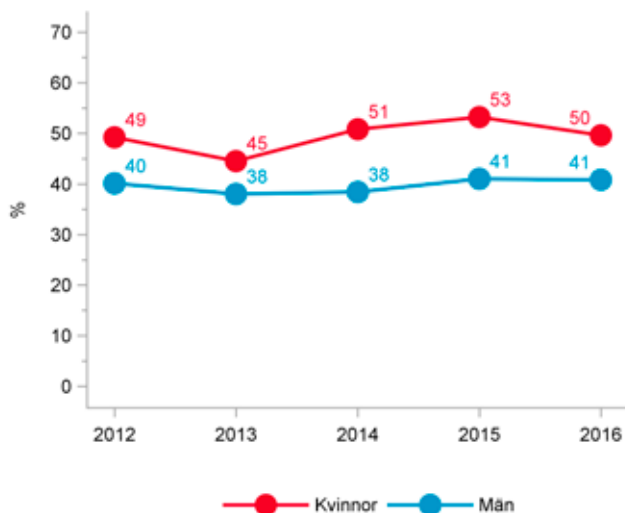


## Body Mass Index (BMI)

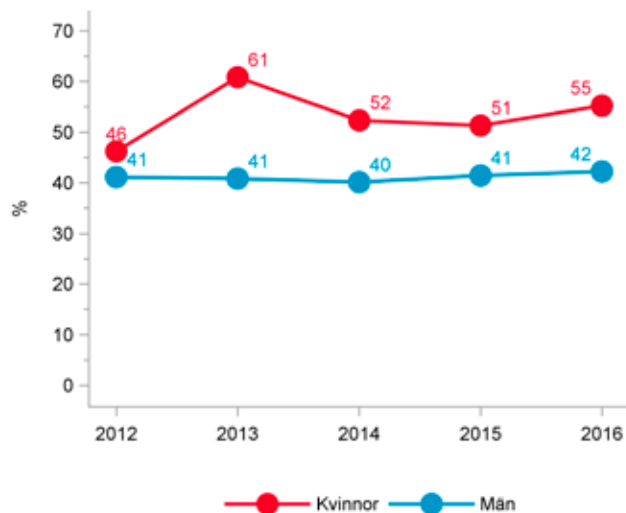
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Detta ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig,

normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma.

**Figur 22.** Andel patienter med BMI över eller lika med 30, slutenvård.



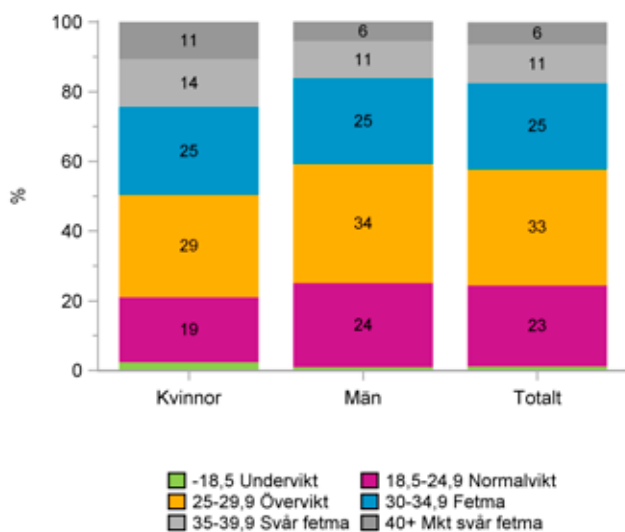
**Figur 23.** Andel patienter med BMI över eller lika med 30, öppenvård.



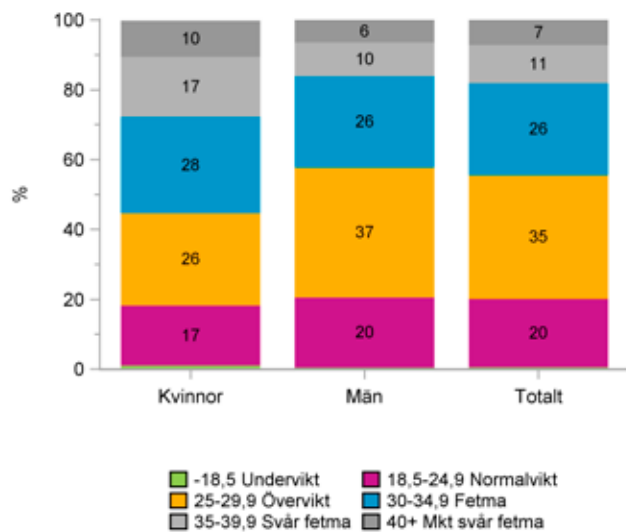
Fetma (BMI ≥ 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna ligger på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl slutensom i öppenvård. Andelen kvinnor som vårdas i slut-

vård och bedöms lida av fetma fluktuerar något men ligger kring 50 procent under de senaste fem åren. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma legat konstant över 50 procent, för 2016 är den siffran 55 procent.

**Figur 24.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.

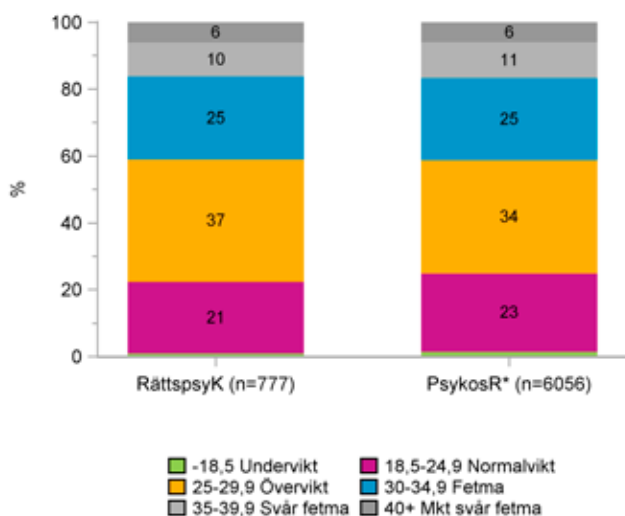


**Figur 25.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



### Jämförelse av BMI mellan RättspsyK och PsykosR

**Figur 26.** Jämförelse av BMI mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



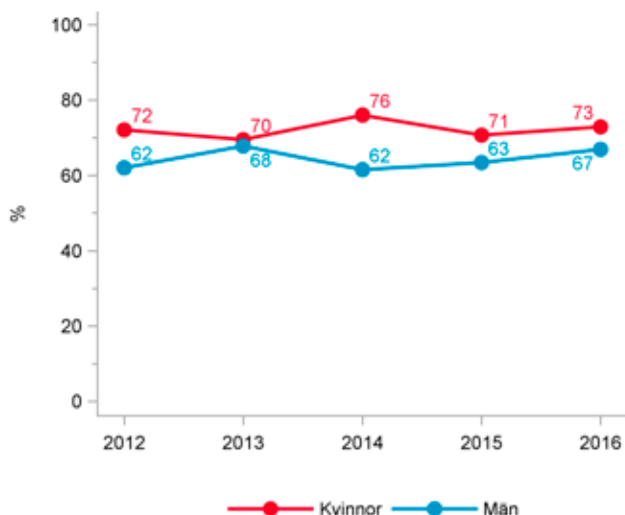
\* Databasversion 2017-03-02

I såväl 2014 som 2015 års rapporter jämfördes andelen patienter som var registrerade i RättspsyK respektive PsykosR med BMI  $\geq 30$ . Det förelåg då inga signifikanta skillnader. I 2016 års registreringar har 41 procent av patienterna i RättspsyK ett BMI  $\geq 30$  jämfört med 42 procent i PsykosR. Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättspsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse. Siffrorna gäller för 2016.

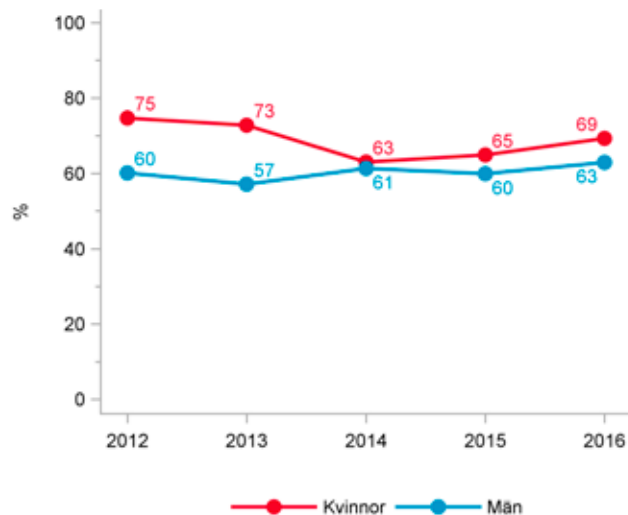
Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2016, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av fetma (BMI  $\geq 30$ ) i befolkningen. Andelen personer, båda könen mellan 18-64 år, med ett BMI  $\geq 30$  har ökat från 11 till 14 procent mellan åren 2014 och 2016.

### Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

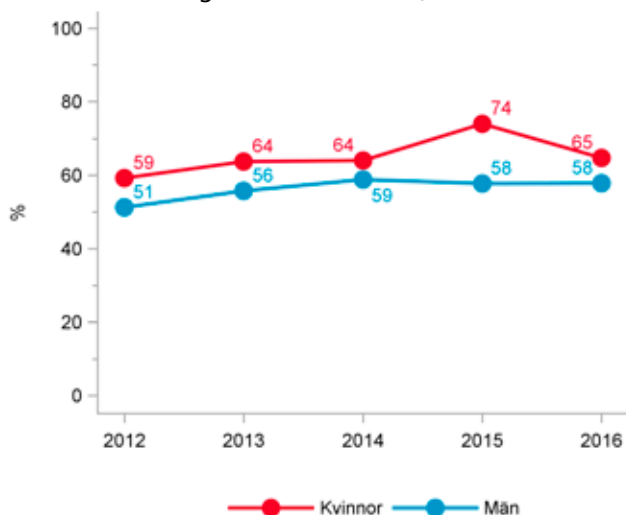
**Figur 27.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



**Figur 28.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.

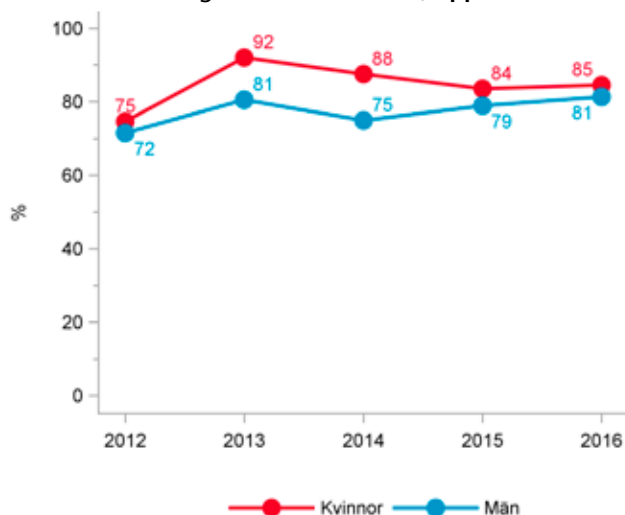


**Figur 29.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**



Mellan 60 och 70 procent av patienterna är i behov av hjälp för att hantera sin ekonomi vilket är en siffra som hållit sig relativt konstant över åren. Detta är förenligt med tidigare visade resultat<sup>2</sup>.

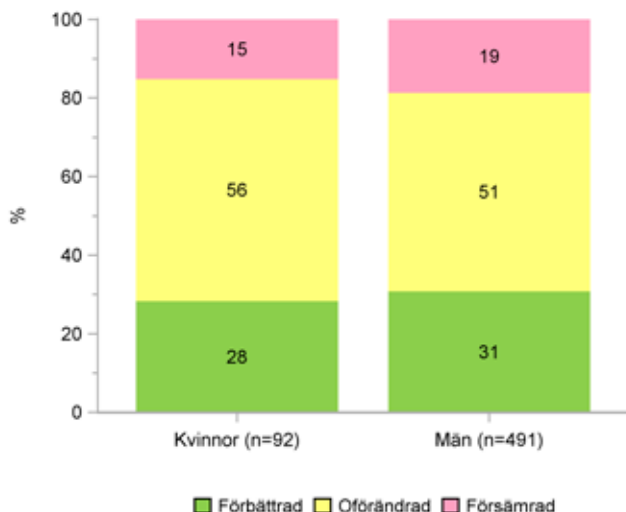
**Figur 30.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**



Under perioden 2010–2015 ökade andelen patienter som fått hjälp av god man/förvaltare kontinuerligt. Under 2016 förändras trenden för kvinnor i slutenvården. För de kvinnor som var i behov av hjälp för att hantera sin ekonomi minskade andelen som fick hjälp från god man/förvaltare med cirka 10 procent, från 74 till 65.

## Förändring av skuldsituation

**Figur 31.** Förändring av skuldsituation.



För båda könen gäller att skuldsituationen hållit sig nästan konstant under perioden 2010–2015. Under 2016 har andelen som förbättrat sin ekonomi ökat något med cirka 4 procent, för båda könen. Samtidigt har dock andelen kvinnor som försämrat sin ekonomi ökat från 8–9 procent under de senaste fem åren, till 15 procent 2016. Även bland männen har en något högre andel försämrat sin ekonomi, en ökning med cirka 4 procent.

## Nätverk

Andelen patienter som själva uppbär kontakten med ett nätverk är hög, över 90 procent, en siffra som varit konstant de senaste 6 åren. Ingen skillnad syns mellan könen.

<sup>2</sup> Gustafsson E et. al. Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 Oct; 19(8):729-37.

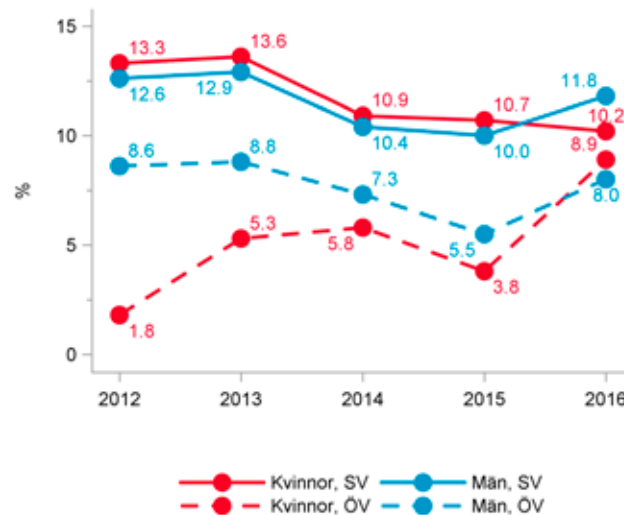
## Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Med återfall i brottslig gärning avses brottslighet som personalen på de registrerande verksamheterna fått kännedom om, utan tillgång till belastningsregistret. Det rör sig om de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polisanmält misstänkt brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal.

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

Sedan 2014 är underlagen till återfall i brottslig gärning beräknade på ett nytt sätt och kan inte jämföras med tidigare rapporter. Tidigare har varje patient klassificerats som vårdad antingen i slutenvård eller i öppenvård, klassificering har gjorts utifrån aktuell vårdform vid registreringstillfället. I praktiken kan dock en patient ha vårdats i både slutenvård och öppenvård under det senaste året. Från och med årsrapporten avseende år 2015 tas hänsyn till detta vid beräkningarna.

**Figur 32.** Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i slutenvård och öppenvård.



Återfall i brottslig gärning under vårdtiden minskade något för såväl kvinnor som män under femårsperioden 2012 - 2016. Under 2016 har andelen som återfallit i brottslig gärning ökat för båda könen som vårdades i öppenvård. Denna ökning beror möjligen på en mer noggrann rapportering.

Återfall i brottslig gärning redovisas i två kategorier: våldsbrott och övriga brott, vilket följer såväl registrets som Brå:s kategoriseringar. Då en person kan vara registrerad för båda typerna av återfall överstiger procentsatsen 100. I slutenvård var 136 patienter registrerade för återfall i brottslig gärning, i öppenvård 72. I slutenvård klassificerades 51 procent av brotten som våldsbrott, 58 procent som övriga. För patienter i öppenvården var skillnaden större mellan våldsbrott och övriga brott, 22 procent klassificerades som våldsbrott 83 procent som övriga.

## Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från tidigare rubrik ”Återfall i brottslig gärning” hämtas data under denna rubrik från brottsregistret och innehåller brott som lagförts. Detta är möjligt genom ett samarbete mellan det rättspsykiatriska kvalitetsregistret (RättspsyK) och Brottsförebyggande rådet (Brå). Under denna rubrik redovisar vi återfall i brott upp till 3 år efter avslutad LRV-vård. Avslutad LRV-vård innebär att personen inte har kontakt med vare sig den slutna – eller öppna rättspsykiatriska vården men kan ha vård och stöd av både allmänpsykiatrisk klinik och kommunens socialtjänst.

### Brottets art

För att få en uppfattning om brottets art delas brotten upp i a) brott mot person och b) övriga brott. Dessa två kategorier följer Brå:s kategorisering. En mer detaljerad redovisning av brottens art ser vi som överflödigt i ett kvalitetsregister. Brott mot person definieras som brott mot enskilda personer eller en persons intressen. Det rör sig i huvudsak om våldsbrott som mord och misshandel, sexualbrott, hot och trakasserier, mordbrand samt personrån. Alla andra former av brott definieras som ”övriga brott”.

### Index- respektive återfallsbrott

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

### Återfall 1 år efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Observera att återfall 1 år efter avslutad LRV-vård gäller varje enskild individs avslut. Om till exempel en persons LRV-vård avskrives den 12 november 2011 så är uppföljningstiden 1 år fram till och med den 12 november 2012.

**Tabell 1.** Återfall i brott 1 år efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Avslutsår	Antal personer som återfallit i brott	Antal personer där rättspsykiatrisk vård avslutats	%
2014	12	106	11.3
2013	14	112	12.5
2012	16	125	12.8
2011	15	108	13.9
2010	9	102	8.8

Under åren 2011-2013 avskrevs 345 personer från LRV-vård, 51 kvinnor och 294 män. Av dessa återföll 46 personer (13 procent) i brott. Av dessa var 5 kvinnor (10 procent) och 40 män (14 procent). Detta är jämförbart med perioden 2010-2012 då 12 procent registrerades för återfall.

I 12 av de 46 registrerade återfallen var indexbrottet brott mot person. Återfallen för denna grupp fördelas mellan 5 fall av återfall i indexbrottet d.v.s. brott mot person och resterande 7 övriga brott.

I 34 av återfallen var indexbrottet övriga brott. Återfallen för denna grupp fördelas mellan indexbrottet övriga brott i 19 fall och resterande 15 brott mot person.

### Återfall 1, 2 och 3 år efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Nytt för i år är redovisning av återfall i brott upp till tre år efter avslutad rättspsykiatrisk vård.

**Tabell 2.** Andel personer som återfallit i brott 1, 2 och 3 år efter avslutad rättspsykiatrisk vård

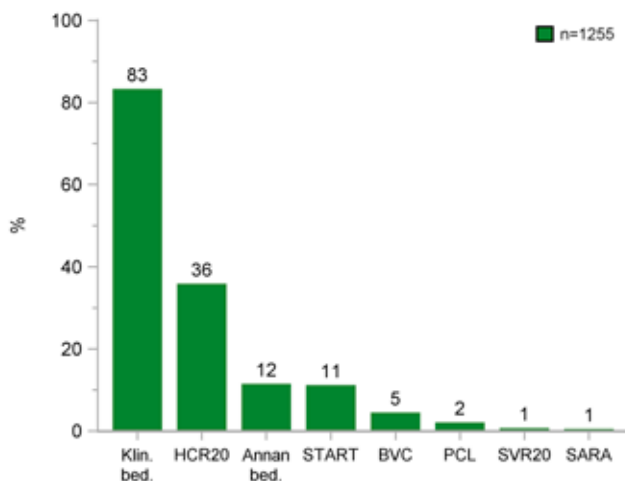
Avslutsår	1 år, %	2 år, %	3 år, %
2010 (n=102)	8.8	15.7	21.6



# Vårdprocess

## Genomförd riskanalys

**Figur 33.** Andel patienter som bedömts med respektive riskbedömningsmetod.



Risk- och farlighetsanalyser har genomförts på drygt 80 procent av de patienter som följts upp i registret. Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare används i störst utsträckning. Av de strukturerade bedömningsinstrumenten är HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) det vanligast förekommande. Användningen har minskat över åren men man kan nu se en liten uppgång under året med 4 procent och ligger nu på 36 procent.

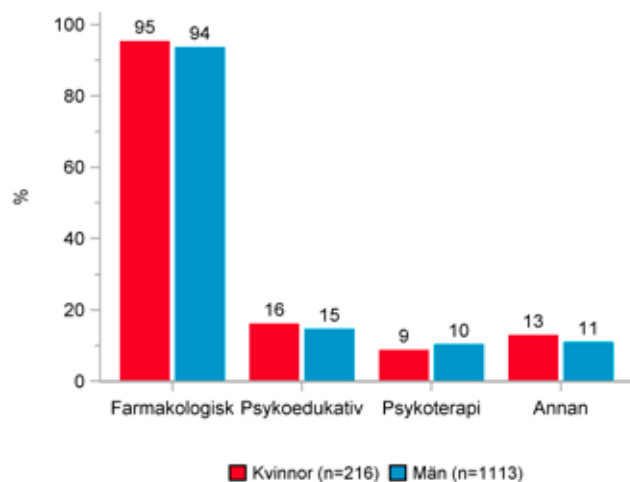
### Här följer en beskrivning av instrumenten

- 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.
- 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.
- Bröset Violence Checklist (BVC) är ett instrument för att identifiera patienter med risk för aggressionsgenombrott. Instrumentet används av skötare, behandlingsassistenter och sjuksköterskor. Skattning sker under 24 timmar och vid risk för aggressionsutbrott finns åtgärdsförslag att tillgå. Användningsområden är förutom att identifiera risk för aggressionsgenombrott, våldsprevention, underlag för beslut och vårdtyngdsmätning.
- 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.<sup>1</sup>
- START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) är ett strukturerat instrument för bedömningar av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, avvikning och egen offerrisk inom kortare tidsram (dagar, veckor, månader). Bedömningen görs utifrån kliniska, dynamiska riskfaktorer och skyddsfaktorer.

(2005<sup>1</sup>; Boer, Hart, Kropp, och Webster, 1997<sup>1</sup> Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, Canada: The British Columbia Institute on Family Violence.)

## Behandling utifrån riskbeteende

**Figur 34.** Behandlingsform utifrån identifierat riskbeteende.

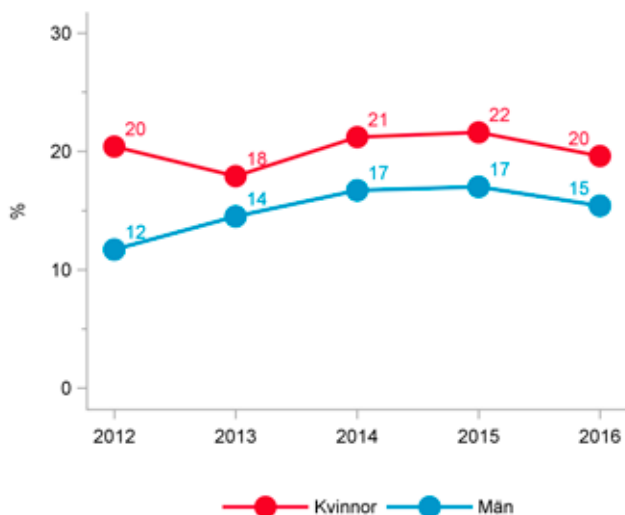


I figuren framgår behandlingsinsatser utifrån identifierat riskbeteende. Givetvis kan flera olika typer av insatser användas samtidigt. Farmakologisk behandling anges för ca 95 procent av patienterna vilket varit relativt konstant över åren. Andelen som anges behandlas med psykoterapi och psykoedukativa metoder har stadigt sjunkit över åren. Särskilt markant är detta för psykoterapi där andelen ungefär halverats över en sexårsperiod och där vi nu är nere på cirka 10 procent.

Som annan behandling utöver ovanstående metoder anges samtal i olika former som den vanligaste.

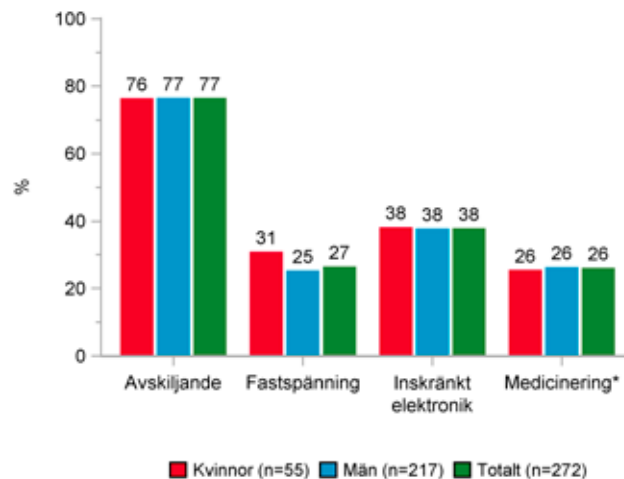
## Tvångsåtgärder

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



Andelen kvinnor ligger runt 20 procent över åren och andelen män har ökat från 12 till 15 procent. Observera att en förändring i lagstiftningen 2014 förändrat reglerna vad gäller elektronisk kommunikation där nu mer

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



\* Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande

generella begränsningar får ske för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Som framgår var den vanligaste tvångsåtgärden avskiljande.

**Tabell 3.** Antal patienter som varit föremål för tvångsåtgärder efter typ av åtgärd (andel anges inom parentes).

År	Kön	Fastspänning	Avskiljande	Medicinering*	Inskränkt elektronik
2016	Kvinnor (n=55)	17 (30.9)	42 (76.4)	14 (25.5)	21 (38.2)
	Män (n=217)	55 (25.3)	166 (76.5)	57 (26.3)	82 (37.8)
	<b>Totalt (n=272)</b>	<b>72 (26.5)</b>	<b>208 (76.5)</b>	<b>71 (26.1)</b>	<b>103 (37.9)</b>
2015	Kvinnor (n=60)	29 (48.3)	45 (75.0)	23 (38.3)	18 (30.0)
	Män (n=243)	63 (25.9)	174 (71.6)	57 (23.5)	97 (39.9)
	<b>Totalt (n=303)</b>	<b>92 (30.4)</b>	<b>219 (72.3)</b>	<b>80 (26.4)</b>	<b>115 (38.0)</b>
2014	Kvinnor (n=58)	23 (39.7)	39 (67.2)	19 (32.8)	15 (25.9)
	Män (n=216)	56 (25.9)	151 (69.9)	47 (21.8)	84 (38.9)
	<b>Totalt (n=274)</b>	<b>79 (28.8)</b>	<b>190 (69.3)</b>	<b>66 (24.1)</b>	<b>99 (36.1)</b>
2013	Kvinnor (n=42)	21 (50.0)	26 (61.9)	17 (40.5)	10 (23.8)
	Män (n=165)	47 (28.5)	117 (70.9)	42 (25.5)	49 (29.7)
	<b>Totalt (n=207)</b>	<b>68 (32.9)</b>	<b>143 (69.1)</b>	<b>59 (28.5)</b>	<b>59 (28.5)</b>
2012	Kvinnor (n=46)	23 (50.0)	34 (73.9)	11 (23.9)	16 (34.8)
	Män (n=136)	45 (33.1)	87 (64.0)	34 (25.0)	40 (29.4)
	<b>Totalt (n=182)</b>	<b>68 (37.4)</b>	<b>121 (66.5)</b>	<b>45 (24.7)</b>	<b>56 (30.8)</b>

\* Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande

## Brottsbearbetning

Andel patienter som har en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 28 procent, lika för kvinnor och män. Detta är en minskning med 7 procent från föregående år.

Brottsbearbetning skulle kort kunna beskrivas som en riktad insats, enskilt eller i grupp, där huvudsyftet är att patienten får vetskap om brottet, förstår och kan förutse brottsutlösande faktorer och riskmiljöer samt att känslö-

mässigt kunna bearbeta de upplevelser det medfört. I vissa delar av landet finns lokalt utarbetade brottsbearbetningsmanualer men metoderna varierar. Tillvägagångssätt och kompetens varierar och utförs ofta av psykolog, men ibland även av läkare, sjuksköterskor och skötare. Patienter kan under både kortare och längre perioder vara för sjuka för att en brottsbearbetande insats ska vara meningsfull.

## Farmakologisk behandling

**Tabell 4.** Antal patienter som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

År	Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
2016	Första generationens antipsykotika, depotsprutor	89 av 281 (31.7)	399 av 1 413 (28.2)	488 av 1 694 (28.8)
	Första generationens antipsykotika, per oralt	50 av 281 (17.8)	258 av 1 413 (18.3)	308 av 1 694 (18.2)
	Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	47 av 281 (16.7)	237 av 1 413 (16.8)	284 av 1 694 (16.8)
	Andra generationens antipsykotika, per oralt	131 av 281 (46.6)	721 av 1 413 (51.0)	852 av 1 694 (50.3)
	Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	108 av 281 (38.4)	494 av 1 413 (35.0)	602 av 1 694 (35.5)
	Anti-depressiva	130 av 281 (46.3)	506 av 1 413 (35.8)	636 av 1 694 (37.5)
	Stämningsstabiliserare antiepileptika	86 av 281 (30.6)	239 av 1 413 (16.9)	325 av 1 694 (19.2)
	Stämningsstabiliserare (litium)	24 av 281 (8.5)	68 av 1 413 (4.8)	92 av 1 694 (5.4)
	Beroendesjukdomar	26 av 281 (9.3)	168 av 1 413 (11.9)	194 av 1 694 (11.5)
	Lugnande och sömnmedicin med beroendepotential	75 av 281 (26.7)	300 av 1 413 (21.2)	375 av 1 694 (22.1)
	Lugnande och sömnmedicin utan känd beroendepotential	108 av 281 (38.4)	460 av 1 413 (32.6)	568 av 1 694 (33.5)
	ADHD	23 av 281 (8.2)	133 av 1 413 (9.4)	156 av 1 694 (9.2)
	Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	75 av 281 (26.7)	363 av 1 413 (25.7)	438 av 1 694 (25.9)
	Medel vid diabetes	36 av 281 (12.8)	165 av 1 413 (11.7)	201 av 1 694 (11.9)
	Övriga somatiska sjukdomar	195 av 281 (69.4)	769 av 1 413 (54.4)	964 av 1 694 (56.9)
2015	Första generationens antipsykotika, depotsprutor	99 av 278 (35.6)	439 av 1 433 (30.6)	538 av 1 711 (31.4)
	Första generationens antipsykotika, per oralt	71 av 278 (25.5)	257 av 1 433 (17.9)	328 av 1 711 (19.2)
	Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	51 av 278 (18.3)	198 av 1 433 (13.8)	249 av 1 711 (14.6)
	Andra generationens antipsykotika, per oralt	135 av 278 (48.6)	730 av 1 433 (50.9)	865 av 1 711 (50.6)
	Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	98 av 278 (35.3)	499 av 1 433 (34.8)	597 av 1 711 (34.9)
	Anti-depressiva	129 av 278 (46.4)	487 av 1 433 (34.0)	616 av 1 711 (36.0)
	Stämningsstabiliserare antiepileptika	85 av 278 (30.6)	231 av 1 433 (16.1)	316 av 1 711 (18.5)
	Stämningsstabiliserare (litium)	23 av 278 (8.3)	73 av 1 433 (5.1)	96 av 1 711 (5.6)
	Beroendesjukdomar	31 av 278 (11.2)	165 av 1 433 (11.5)	196 av 1 711 (11.5)
	Lugnande och sömnmedicin med beroendepotential	88 av 278 (31.7)	307 av 1 433 (21.4)	395 av 1 711 (23.1)
	Lugnande och sömnmedicin utan känd beroendepotential	100 av 278 (36.0)	475 av 1 433 (33.1)	575 av 1 711 (33.6)
	ADHD	25 av 278 (9.0)	152 av 1 433 (10.6)	177 av 1 711 (10.3)
	Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	65 av 278 (23.4)	334 av 1 433 (23.3)	399 av 1 711 (23.3)
	Medel vid diabetes	26 av 278 (9.4)	161 av 1 433 (11.2)	187 av 1 711 (10.9)
	Övriga somatiska sjukdomar	183 av 278 (65.8)	749 av 1 433 (52.3)	932 av 1 711 (54.5)

### Medicinering på somatiska indikationer

Över 60 procent av patienterna har någon medicin för somatiska symtom. I gruppen behandlas 26 procent med läkemedel mot kardiovaskulära tillstånd inkluderande medel mot högt blodtryck och blodfettssänkande medel. Läkemedel vid diabetes i form av insulin eller perorala antidiabetika har 12 procent av patienterna.

### Antidepressiva och stämningsstabiliserare

När det gäller användningen av antidepressiva läkemedel kan vi konstatera en klar könsskillnad med 46 procent för kvinnorna och 36 procent för männen och ännu större blir skillnaden för stämningsstabiliserare som tas av 31 procent av kvinnorna och 17 procent av männen.

### Medicinering vid ADHD

Medicinering mot ADHD är fortsatt låg i relation till vad man borde förvänta sig i den aktuella patientgruppen och ligger nu på 9 procent utan någon könsskillnad. En försiktighet utifrån förekomsten av missbruksproblematik och samsjuklighet med psykostillstånd kan vara en förklaring.

### Läkemedel vid missbruk och beroende

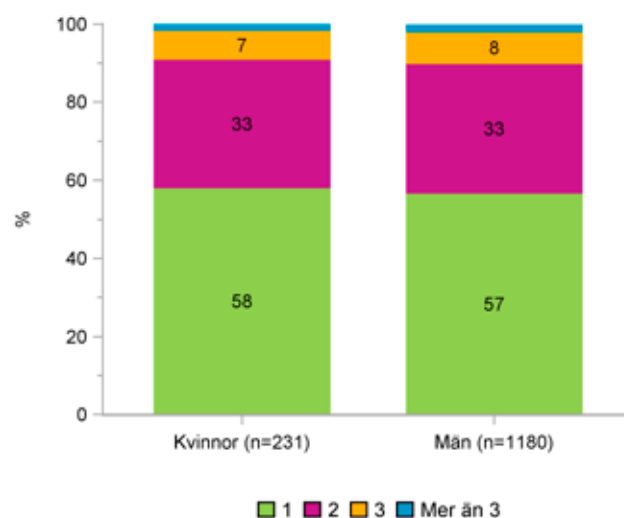
Användningen av specifika medel för att minska sug efter droger är låg, inte mer än 11 procent, utan någon könsskillnad. Detta är anmärkningsvärt beaktande hur stor andel av patientgruppen som bedöms ha en missbruksproblematik och hur många i gruppen som på annan plats (figur 43) anges få farmakologisk behandling.

### Antipsykotika

De största läkemedelsgrupperna är antipsykotika som delats upp efter om de tillhör första eller andra generationens läkemedel och om de ges peroralt (tablett, kapslar, flytande) eller som långverkande injektioner. En långsam utveckling kan skönjas här där nu hälften av patienterna får de nyare läkemedlen peroralt och 17 procent i form av långverkande injektioner.

I riktlinjer för antipsykotikabehandling rekommenderas oftast så kallad monoterapi, det vill säga att man bör hålla sig till ett antipsykotiskt läkemedel. Hur detta förhåller sig i patientgruppen framgår i figur 37.

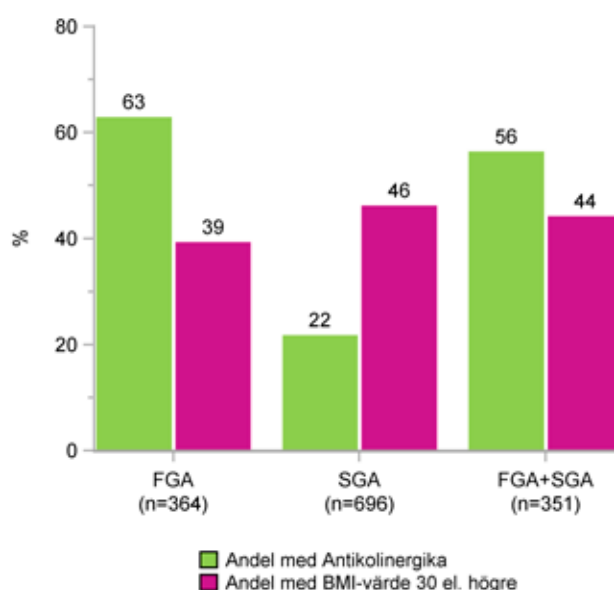
Figur 37. Antal antipsykotiska läkemedel per patient.



Som synes hade 58 procent av kvinnorna och 57 procent av männen monoterapi. Andelen kvinnor och män som behandlas med två antipsykotiska preparat är 33 procent vilket ofta kan vara rimligt utifrån biverkningsprofiler och förväntade synergistiska effekter. Endast 9 respektive 10 procent står på tre eller fler antipsykotika, det vill säga en polyfarmaci av mer avancerat slag.

Första generationens (FGA) och andra generationens (SGA) antipsykotika förknippas med olika biverkningsprofiler. FGA ger mer av neurologiska, extrapyramidala biverkningar som kan kräva behandling med antikolinerga läkemedel vilka i sin tur har betydande kognitiva bieffekter som kan försvåra rehabilitering. SGA har förknippats med viktuppgång och diabetesrisk. Hur det ser ut för de rättspsykiatriska patienterna framgår i figuren nedan.

Figur 38. Andel patienter med BMI  $\geq$  30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp.

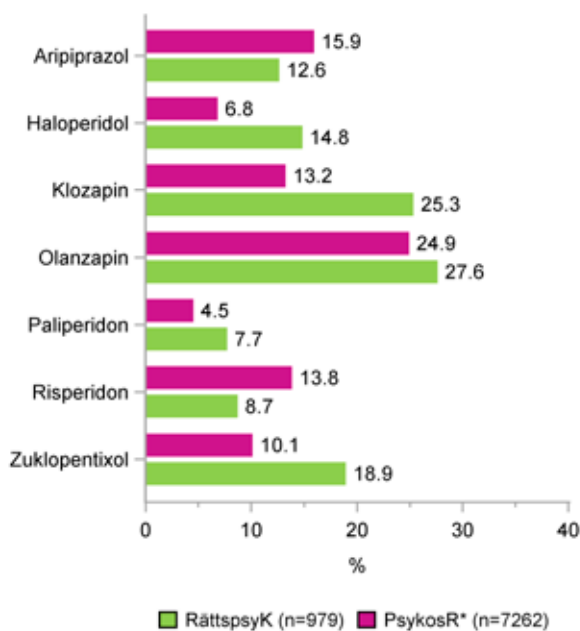


Patienter som behandlas med FGA får också ofta (63 procent) antikolinerga biverkningsmediciner. För patienterna med SGA är motsvarande andel drygt 20 procent. Andelen patienter under antipsykotikbehandling med ett BMI över 30 är hög, och förväntat högst i gruppen med SGA.

### Farmakologisk behandling i jämförelse med PsykosR och Socialstyrelsens nationella riktlinjer

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

**Figur 39.** Jämförelse av behandling med antipsykotiska läkemedel mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



\* Databasversion 2017-03-02

För både PsykosR och RättspsyK är Olanzapin det mest använda. Klozapin, som särskilt rekommenderas vid suicidalitet och till svårbehandlade patienter har en hög användning inom båda grupperna.

Den största skillnaden kan vi se vad gäller användningen av de äldre läkemedlen (FGA) där Zuklopentixol och, Haloperidol har en betydligt högre användning inom rättspsykiatri.

Patienterna i PsykosR har således oftare läkemedel ur den nyare gruppen (SGA) och oftare monoterapi (cirka 80 procent mot RättspsyK cirka 57 procent).

Det kan vara intressant att konstatera att Zuklopentixol som av Socialstyrelsen rankas lågt i riktlinjerna bland annat på grund av bristande vetenskaplig dokumentation har så hög användning inom båda grupperna.

Socialstyrelsens formulering vad gäller användning av biverkningsmediciner av antikolinerg typ som enligt figur 38 ges till över 60 procent av patienterna med FGA-läkemedel är också intressant i sammanhanget:

*”Det förekommer att man försöker minska de extrapyramidala biverkningarna / / med tillägg av så kallade antikolinerga läkemedel. Tillägg av de antikolinerga läkemedlen biperiden och trihexyfenidyl i syfte att motverka extrapyramidala biverkningar tillhör dock inte modern behandling. Det på grund av läkemedlets risk för biverkningar i form av minnessvårigheter, vilket ytterligare kan sänka patientens funktionsnivå”.*

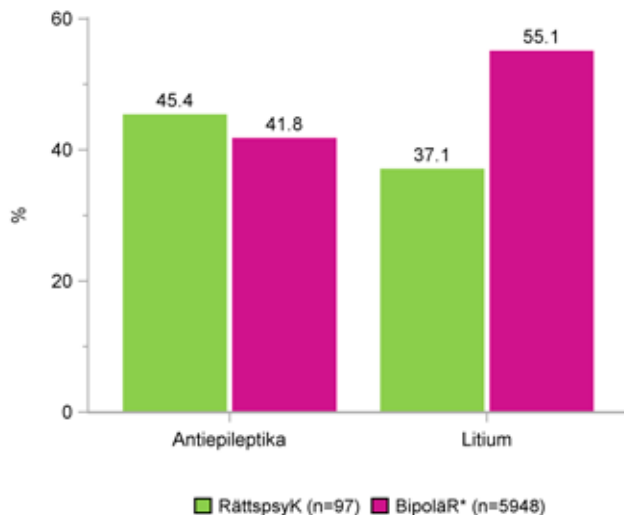
(Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling, s. 27 Socialstyrelsen 2014).

Huruvida den höga användningen av de äldre (FGA) läkemedlen är en följd av terapitraditioner eller de rättspsykiatriska patienternas speciella behov och problematik är något som bör diskuteras. Som tidigare anförts har utvecklingen mot en modernare farmakologi varit långsam.



## Farmakologisk behandling av patienter med bipolär- respektive beroendediagnos i jämförelse med Bipolär och SBR

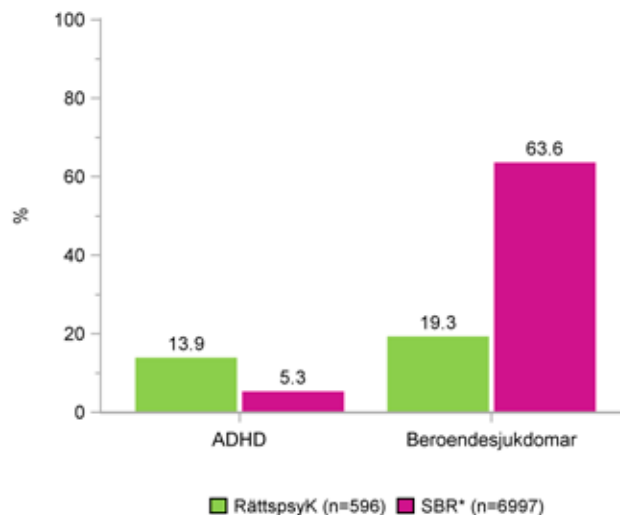
**Figur 40.** Jämförelse av behandling med stämningsstabiliserande läkemedel mellan patienter registrerade i RättspsyK och Bipolär.



\* Databasversion 2017-02-01

Trots att litium i europeisk terapitradition ses som ett förstahandsmedel är användningen av antiepileptika större.

**Figur 41.** Jämförelse av behandling med läkemedel för ADHD och beroendesjukdomar mellan patienter registrerade i RättspsyK och SBR.

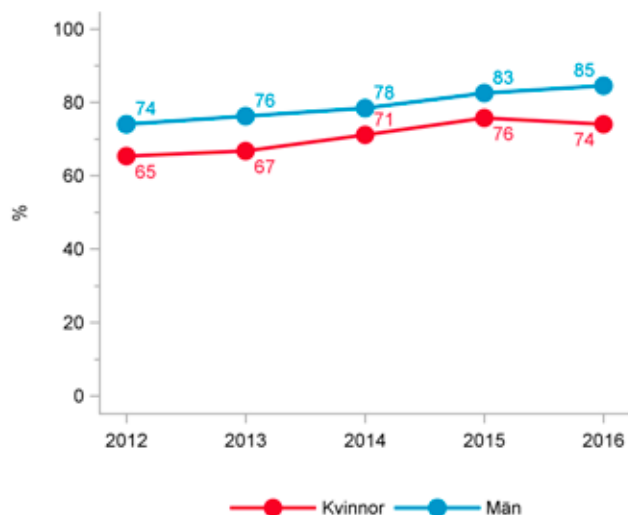


\* Databasversion 2017-03-07

Användningen av medel vid ADHD är högre inom RättspsyK medan SBR-patienterna oftare får läkemedel med specifik beroende/missbruksindikation.

## Missbruksbehandling

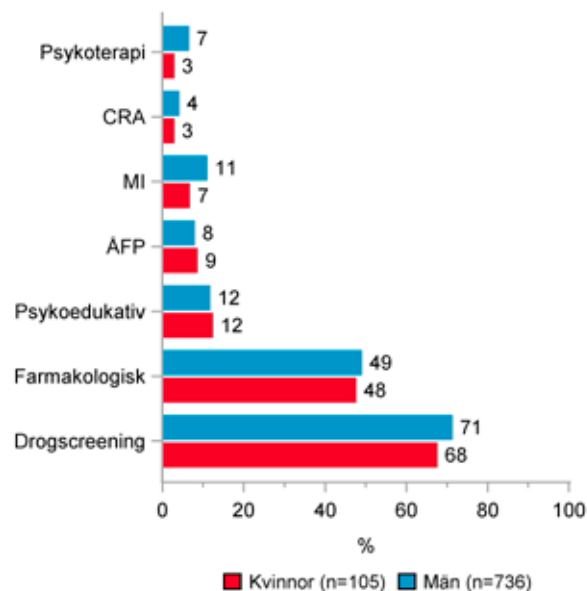
**Figur 42.** Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



Fler patienter än tidigare år anges få missbruksbehandling. Vi kan se en ökning från 2012 till 2016 med cirka 10 procent och nu anges 74 procent av kvinnorna och 85 procent av männen få behandling.

I de nationella riktlinjerna framhålls drogscreening som en metod för behandling vilket borde ha påverkat resultatet. Att andelen inte är 100 procent förklaras möjligtvis av att inte alla patienter med missbruksdiagnos har ett pågående missbruk.

**Figur 43.** Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos.



En hög andel av både kvinnor (48 procent) och män (49 procent) anges få farmakologisk missbruksbehandling. Det kan då inte enbart avse specifika läkemedel för beroendetillstånd. Förmodligen registrerar man här även exempelvis antipsykotisk, stämningsstabiliserande eller annan medicinering som förväntas ge effekt på grundsjukdomen och därmed även påverka missbruksproblematiken. Drogscreening utförs för cirka 70 procent av patienterna.

## Samverkan och samverkansbehov

Vid denna redovisning kan samma patient förekomma i flera kategorier. Detta innebär att en patient kan ha fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan ha behov av ytterligare samverkan som ännu

ej är tillgodosedda. Till exempel kan en patient ha fungerande samverkan med kommunen avseende boende, men ha behov av ytterligare samverkan med samma aktör avseende arbetsrehabilitering.

**Tabell 5.** Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

	Fungerande samverkan	%
Kvinnor	259 av 280	92.5
Män	1 308 av 1 406	93.0
Totalt	1 567 av 1 686	92.9

**Figur 44.** Andel patienter med fungerande samverkan per aktör.



\*\* Behandlingshem/behandlingsboende

\*\* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

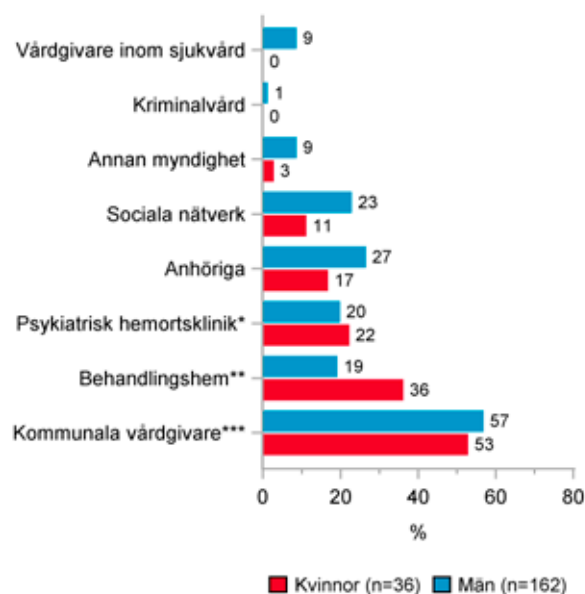
\*\*\* Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet"

Andelen patienter som har fungerande samverkan med externa aktörer är fortsatt hög. Högst andel har en fungerande samverkan med kommunala aktörer.

**Tabell 6.** Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

	Ikke tillgodosett samverkansbehov	%
Kvinnor	36 av 280	12.9
Män	162 av 1 406	11.5
Totalt	198 av 1 686	11.7

**Figur 45.** Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör.



\* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

\*\* Behandlingshem/behandlingsboende

\*\*\* Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet"

Andelen kvinnor som har ett icke tillgodosett behov av samverkan har minskat från 24 procent 2011 till 13 procent 2016, medan det för män har skett en liten ökning. Kommunen är den aktör med vilken det är vanligast att det finns ett icke tillgodosett samverkansbehov. Det är också den aktör med vilken det är vanligast med fungerande samverkan. Detta beror på att kommunen är rättspsykiatriens vanligaste samverkanspartner.

## Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård under 2016 var 11 procent. Det har visat sig att det i landet inte finns någon entydig definition för när en patient ska anses vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns inte heller någon samsyn kring hur länge det är acceptabelt att en patient som bedömts vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård kvarstannar inom slutenvård, innan detta är att betrakta som ett problem. Dessa faktorer gör det svårt att dra några vittgående slutsatser utifrån

siffran ovan. Siffran ger en fingervisning om hur svårt det upplevs att säkerställa nödvändiga strukturer för fungerande öppenvård.

I de fall där patienten bedömts som färdig för öppenvård utan att detta kan tillgodoses ges också möjlighet att ange en eller flera orsaker: brist på boende, brist på samverkan eller annan. Som vanligaste orsak anges brist på boende. Denna orsak har angetts i allt högre utsträckning för varje år sedan 2010.

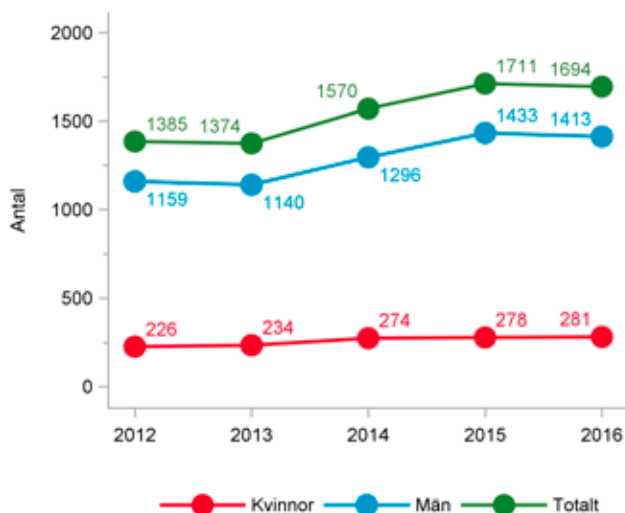
# Patientgruppen i registret

## Inklusions- och exklusionskriterier

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

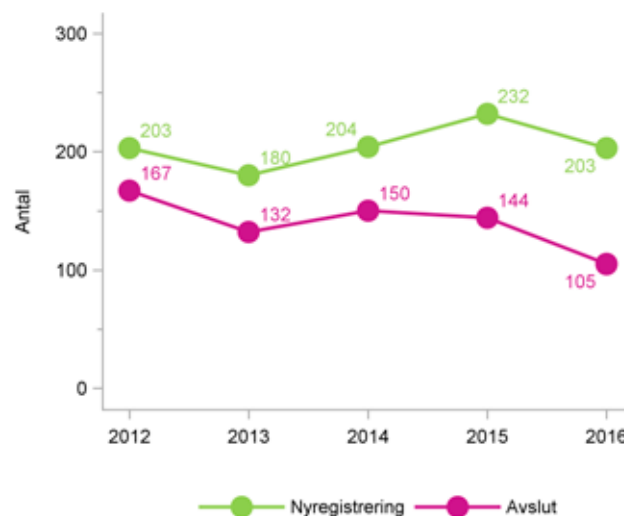
## Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

**Figur 46.** Antal uppföljda patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2012 ökat med dryga 20 procent. Fördelningen är relativt konstant med närmare 20 procent kvinnor och 80 procent män. En marginell minskning av män ses under 2016.

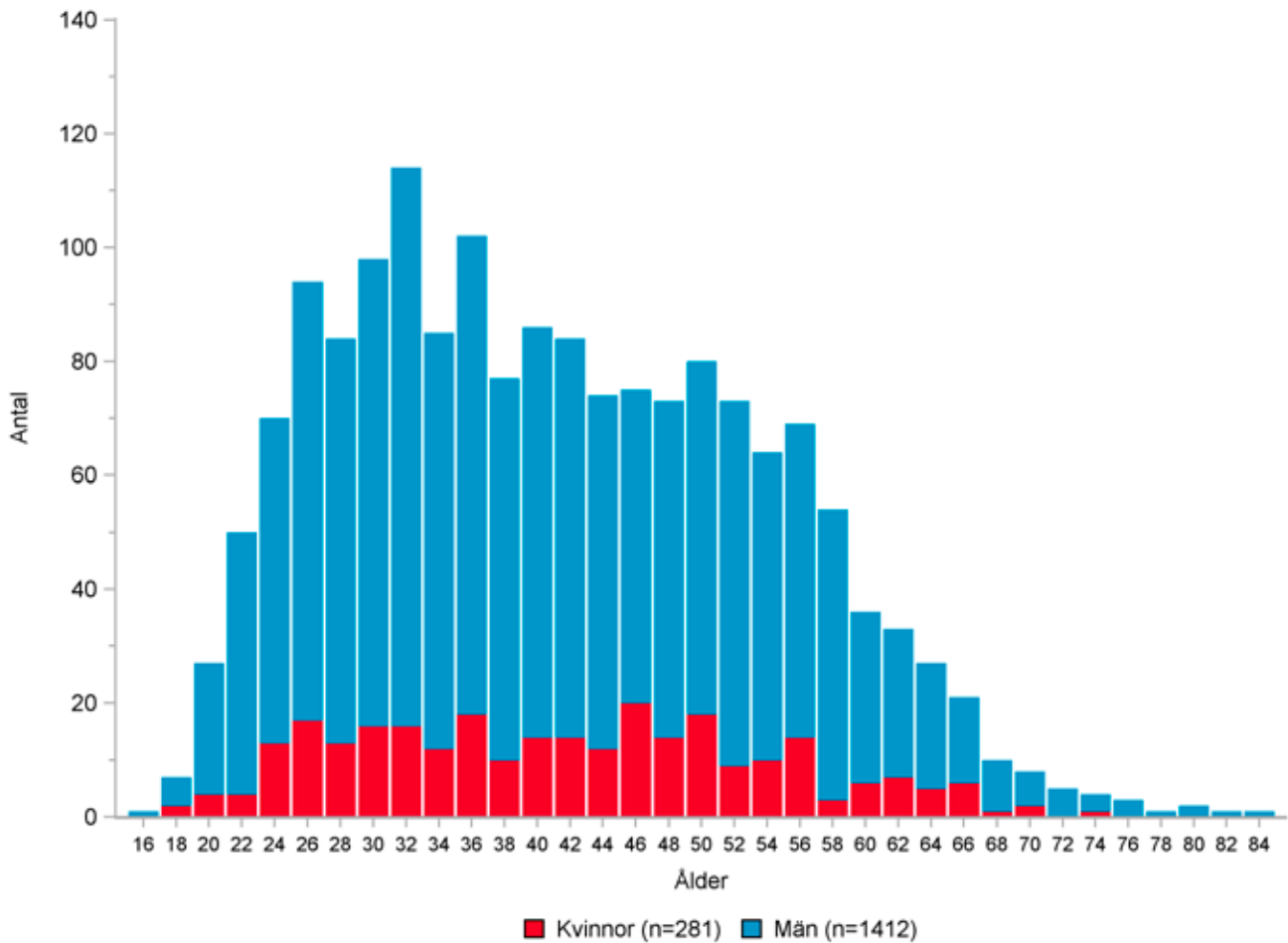
**Figur 47.** Antal nyregistrerade och avslutade patienter under åren 2012–2016.



Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid ej hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2016 har antalet nyregistrerade minskat med 13 procent och avslutade patienter har minskat med 27 procent i jämförelse med 2015. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 90 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker.

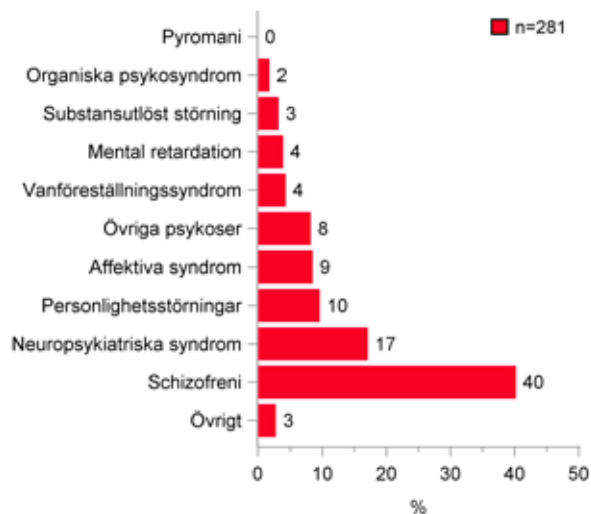
## Ålder

Figur 48. Ålderfördelning i registret, kvinnor och män.

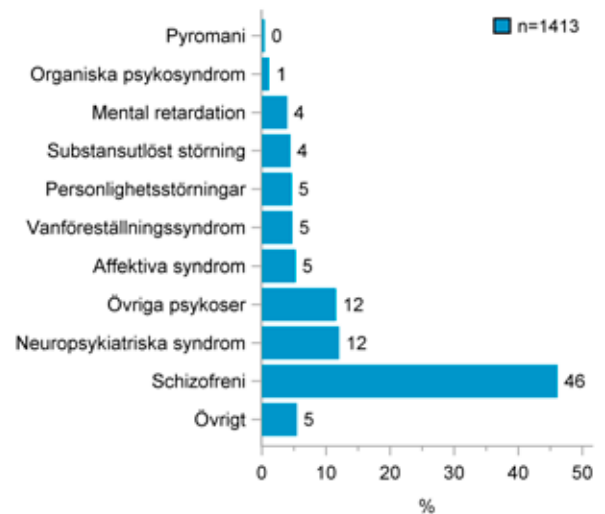


## Huvuddiagnos

Figur 49. Huvuddiagnos, kvinnor.



Figur 50. Huvuddiagnos, män.



De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiag-

noser som redovisas. Med huvuddiagnos avses den diagnos som patienten skrivits in under och som oftast ger



störst funktionsnedsättning. Det är dock inte ovanligt att inskrivningsdiagnoserna förändras under vårdtiden efter fördjupade diagnostiska utredningar. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

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

Figurerna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Personlighetsstörningar är som huvuddiagnos vanligare hos kvinnorna medan schizofrenidiagnos är något vanligare bland männen.

## Indexbrott

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

**Figur 51. Indexbrott, kvinnor.**



Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot person (inklusive sexual-

Andelen patienter som har en mental retardation (intellektuell funktionsnedsättning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar cirka 4 procent, men är likväl en patientgrupp som medför många svårigheter att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan neuropsykiatriska störningar utgöra utmaningar som inte liknar majoritetsgruppen med psykosjukdomar. Denna grupp utgör nu cirka 17 procent av kvinnorna och 12 procent av männen. Som biddiagnoser är de dessutom med stor säkerhet betydligt vanligare.

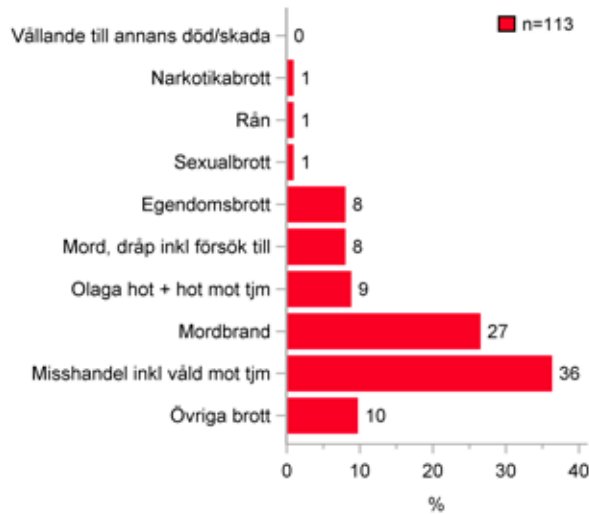
**Figur 52. Indexbrott, män.**



brott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjänsteman är det vanligaste indexbrottet hos både kvinnor och män, drygt 35 procent.

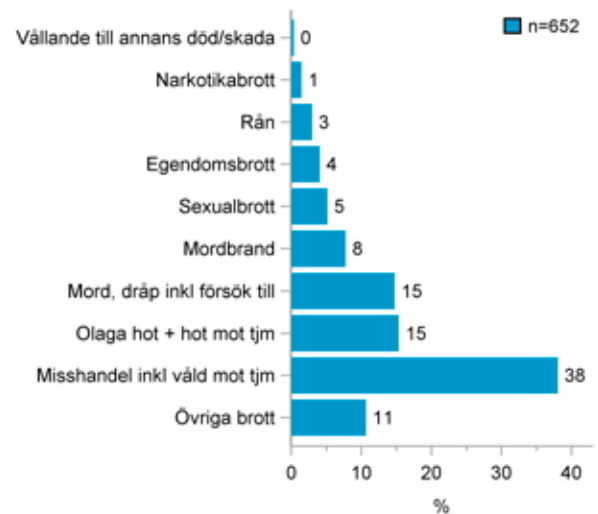
Bland kvinnor är mordbrand det näst vanligaste brottet. Andelen sexualbrott är nästan obefintlig bland kvinnor och 9 procent bland män.

**Figur 53.** Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, kvinnor.



\* ICD-10-kod F20

**Figur 54.** Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, män.

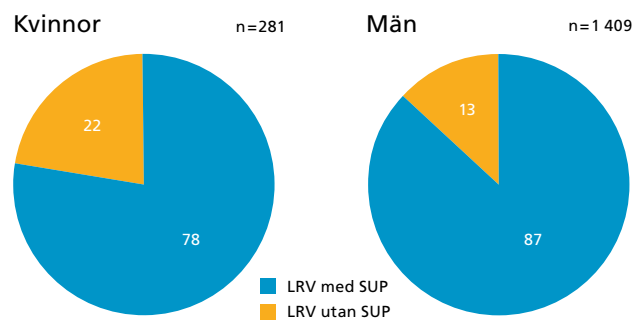


\* ICD-10-kod F20

## Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

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

**Figur 55.** Andel patienter med respektive utan SUP.



Det framgår att 78 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2016 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP.

# Bakgrundsdata

## Barn

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

Barn under 18 år förekommer hos knappt 13 procent av de rättspsykiatriska patienterna. Andelen patienter med barn under 18 år har ökat något under de senaste åren.

## Boendeform

**Figur 56.** Boendeform under pågående vård.

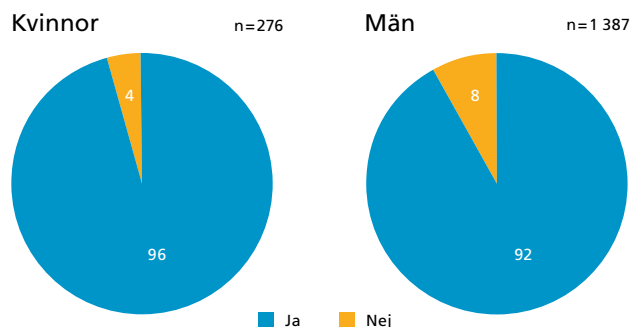


Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figuren.

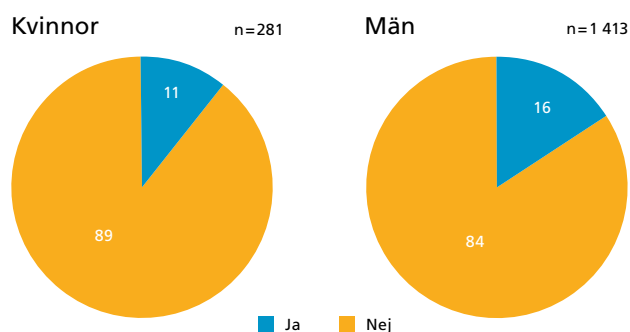
I figuren ingår både ineliggande patienter och patienter som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård. Cirka 1/3 av patienterna har boende med eller utan beviljade stödinsatser, 1/3 har stödboende och 1/3 saknar bostad. Resultaten är i stort likvärdiga med föregående år. Män saknar bostad i något högre utstäckning än kvinnor.

## Tidigare psykiatrisk vård

**Figur 57.** Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



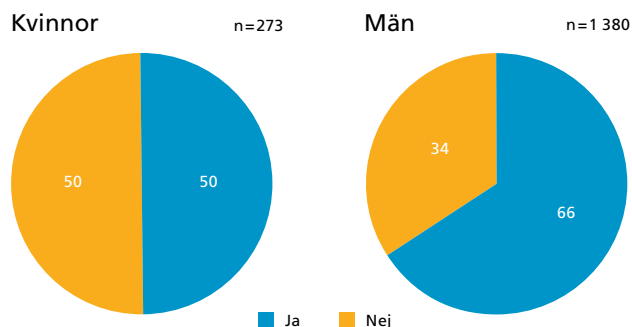
**Figur 58.** Andel patienter som tidigare vårdats enligt LRV.



De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. En stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. Detta gäller i högre grad kvinnor än män, även om skillnaden är relativt liten. En mindre andel har dömts till vård enligt LRV vid tidigare tillfälle, i denna grupp utgör männen en något större andel än kvinnorna.

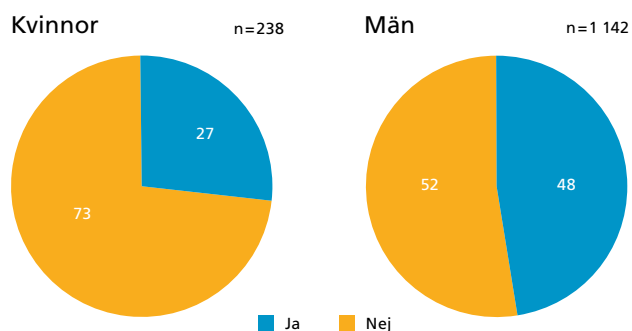
## Tidigare missbruk

**Figur 59.** Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



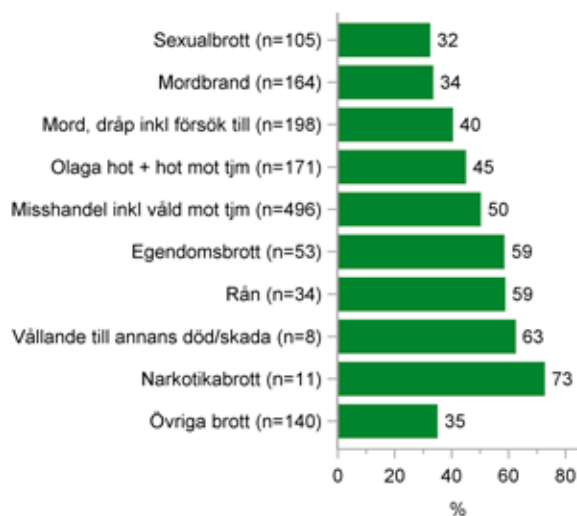
## Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

**Figur 60.** Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet.



Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att drygt 27 procent av kvinnorna och närmare 48 procent av männen var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

**Figur 61.** Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter brottsgrupp.

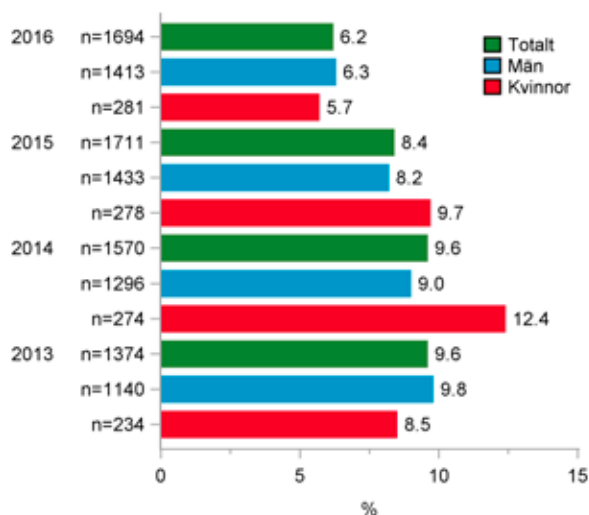


Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som även är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var hälften av alla patienter påverkade av någon drog eller alkohol.

## Vårdtid

### Avslutade vårdepisoder 2013–2016

Figur 62. Andel avslutade vårdepisoder.

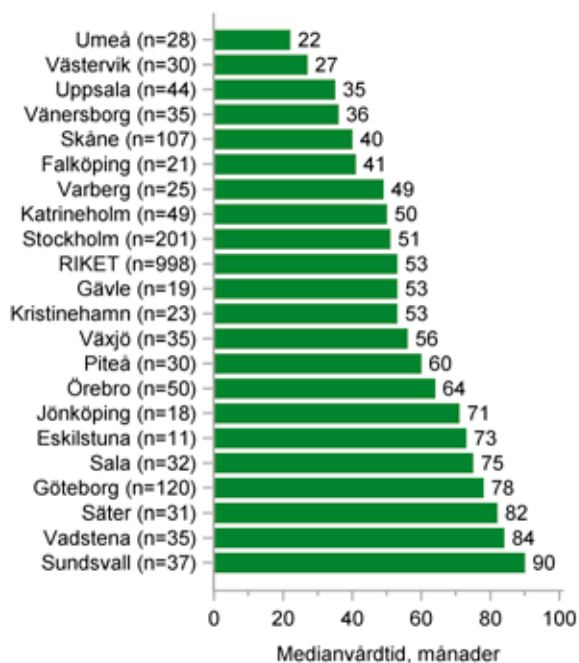


Sammanlagt 531 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården under åren 2013–2016. Av dessa är antalet kvinnor 97 vilket motsvarar drygt 18 procent. Antalet män som blev utskrivna under de fem åren är följaktligen 434. Antalet patienter som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården har ökat kontinuerligt över åren till och med 2012 men de senaste fyra åren har utskrivningar totalt minskat.

### Medianvårdtider för patienter som blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2016

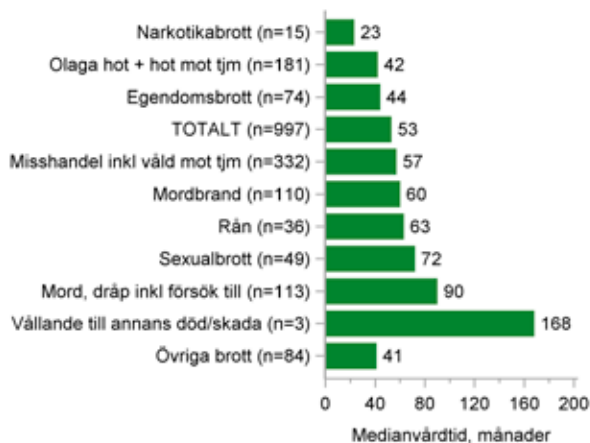
Sammanlagt 998 patienter har blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården mellan åren 2009–2016. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 53 månader, (4 år och 5 månader). Det föreligger en viss skillnad i vårdtiden för män respektive kvinnor, där männens medianvårdtid i genomsnitt är drygt 6 månader längre än kvinnornas under perioden 2009–2016.

Figur 63. Medianvårdtid för patienter med avslutad vård mellan 2009–2016.



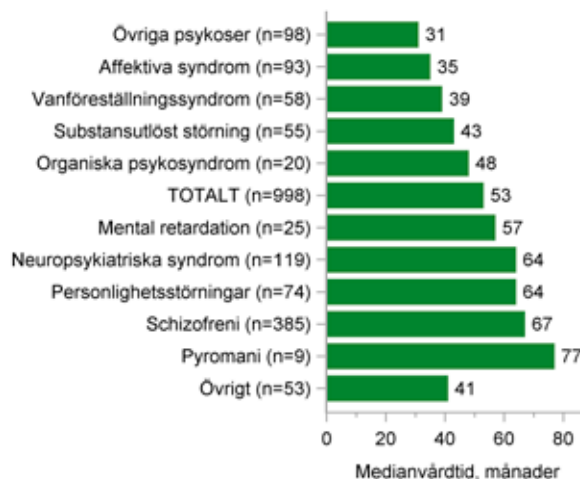
Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 22 månader (knappt 2 år) och 90 månader (7 år och 6 månader). De varierande medianvårdtiderna kan eventuellt förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig något åt och att man därför delvis hanterar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

**Figur 64.** Medianvårdtid efter **brottsgrupp** för patienter med avslutad vård under åren 2009–2016.



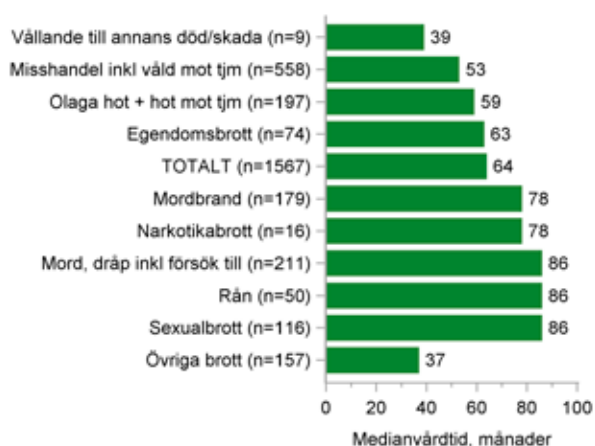
Stor variation på medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avslutad vårdtid. Den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman har medianvårdtid på 57 månader (cirka 4 år och 7 månader).

**Figur 65.** Medianvårdtid efter **diagnosgrupp** för patienter med avslutad vård mellan 2009–2016.



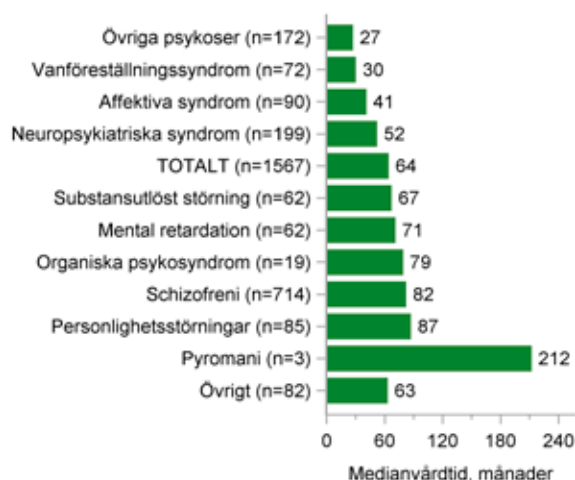
Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Schizofreni noteras ha lång vårdtid (cirka 5 år och 6 månader) och strax efter kommer neuropsykiatriska syndrom och personlighetsstörningar. Den långa vårdtiden vid den relativt ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart nio individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

**Figur 66.** Medianvårdtid efter **brottsgrupp** för patienter i pågående vård.



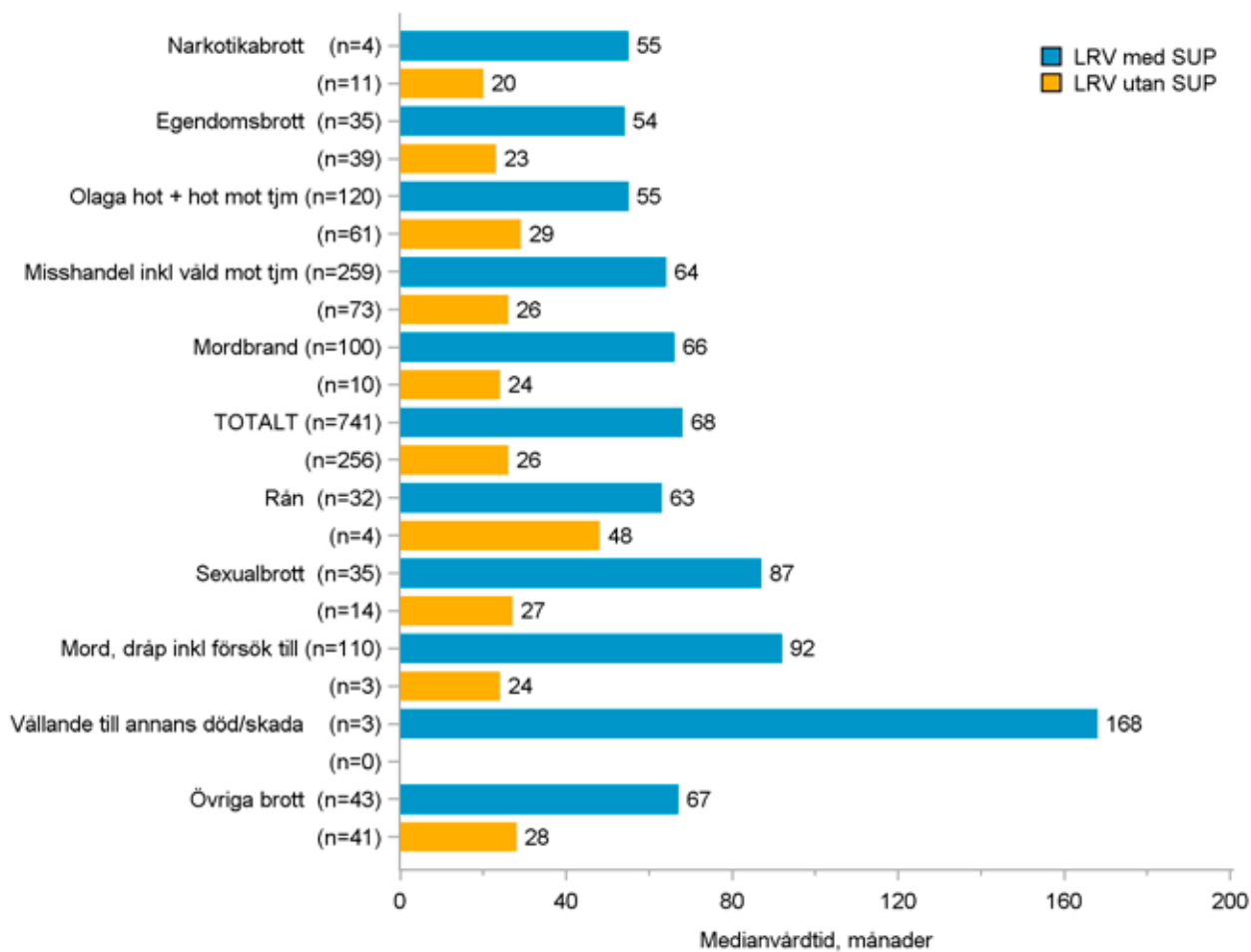
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman. Grupperna mord/dråp, inklusive försök till, samt rån och sexualbrott är de som hittills har vårdats längst.

**Figur 67.** Medianvårdtid efter **diagnosgrupp** för patienter i pågående vård.





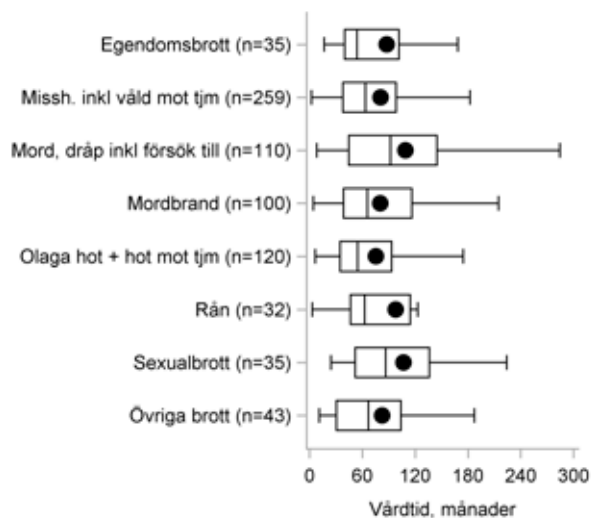
**Figur 68.** Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avslutad vård under åren 2009–2016.



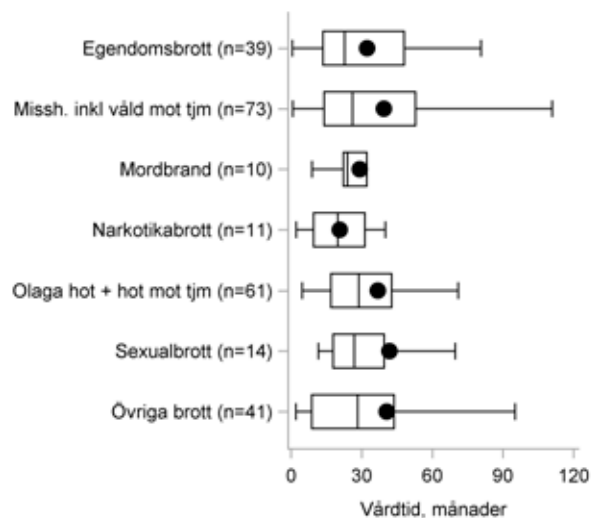
Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP. Detta gäller oavsett brottsrubricering. Skillnaden kan delvis förklaras utifrån att risk för återfall i brotts-

lighet av allvarligt slag bedömts föreligga hos dessa patienter av rätten. Vidare är frågan om att avsluta vården föremål för prövning i förvaltningsrätten.

**Figur 69.** Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vården avslutats under åren 2009–2016, per brottsgrupp.



**Figur 70.** Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vården avslutats under åren 2009–2016, per brottsgrupp.



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

#### Förklaring: Box Plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil (Q1), median och övre kvartil (Q3) och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet som ligger inom 1,5 mellankvartilavstånd (Q3- Q1) från Q1. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida om boxen det högsta värdet som ligger inom 1,5 mellankvartilavstånd från Q3. Avvikande värden eller "Outliers" definieras här som värden som ligger mer än 1,5 mellankvartilavstånd från Q1 respektive Q3. Avvikande värden visas inte i graferna i denna rapport.

# Verksamheterna i registret

Tabell 7. Verksamheterna i registret.

Landsting	Verksamhet*	Antal vårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Uppgifter från verksamheterna			Uppgifter från registret, 2016			
					Vårdform	Uppagningsområde	Lokalisering	Antal patienter	Medel-ålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	63	R	2,3	SjÖ	Uppsala-Örebroregionen / avtal Gävleborg	Säter	99	41.3	17.2	60.6
Gävleborg	Gävle	10	L	3	SjÖ	Gävleborg	Gävle Sjukhus	26	42.9	3.8	42.3
Halland	Varberg	12	L	2	SjÖ	Halland	Varbergs sjukhus	32	42.5	28.1	40.6
Jönköping	Jönköping	12	L	3	SjÖ	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	32	41.5	18.8	40.6
Kalmar	Västervik	10	L	2,3	SjÖ	Kalmar län	Västervik	26	43.8	30.8	30.8
Kronoberg	Växjö	118	R	1,2,3	SjÖ	Södra regionen	Växjö	89	39.2	12.4	80.7
Norrbottn	Piteå	53	L	2,3	SjÖ	Norrbottn / avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmifälten	67	41.8	26.9	38.8
Skåne	Skåne	91	L	2,3	SjÖ	Region Skåne	Malmö, Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	178	42.4	14.6	50.6
Stockholm	Stockholm	186	R	1,2,3	SjÖ	Stockholms län	Helix, Flemingsberg, Löwenströmska	351	43.7	19.7	42.2
Sörmland	Katrineholm	128	R	2	SjÖ	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	134	37.5	18.7	84.3
	Eskilstuna		L		Ö	Sörmland	Eskilstuna	< 10			
Uppsala	Uppsala	12	L	2	SjÖ	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	27	36.5	7.4	44.4
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	SjÖ	Värmland	Kristinehamn	29	39.2	17.2	82.8
Västerbotten	Umeå	14	L	2	SjÖ	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	20	38.4	20.0	50.0
Västerbotten	Skellefteå	40	L	3	SjÖ	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 10			
Västernorrland	Sundsvall	101	R	2,3	SjÖ	Region Västernorrland / avtal Jämtland, Hälsingland	Sundsvall	72	38.8	12.5	63.9
Västmanland	Sala	55	L	2,3	SjÖ	Västmanland	Sala	74	42.8	9.5	60.3
	Borås		L		Ö	Södra Älvsborg	Borås	16	40.2	25.0	0.0
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	SjÖ	Skaraborg	Falköping	28	41.1	10.7	60.7
	Göteborg	96	L	1,2	SjÖ	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	164	44.3	10.4	50.3
	Vänersborg	54	L	2	SjÖ	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	75	39.9	16.0	67.6
Örebro	Örebro	25	L	3	SjÖ	Örebro län	Örebro	58	44.2	17.2	48.3
Östergötland	Vadstena	72	R	2,3	SjÖ	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	85	38.8	18.8	68.2
Totalt								1 693	41.6	16.6	54.9

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

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

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

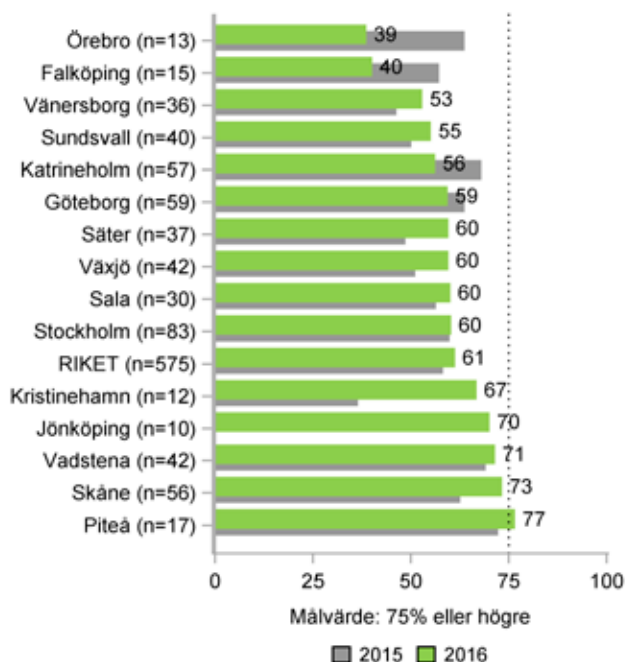
# Redovisning på verksamhetsnivå

Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågats av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som behöver förbättras. Resultat redovisas endast för verksamheter med minst 10 patienter registrerade. Då verksamheterna i landet skiljer sig i storlek, varierar också antalet patienter per verksamhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan när man läser materialet. Figurerna är i år uppdelade sluten- respektive öppenvård i större utsträckning för att underlätta för verksamheterna att se förbättringsområden. Nytt för i år är att andelen patienter med utsedd stödperson redovisas. Verksamheterna uppmantras att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

## Måltal

Fyra måltal har formulerats för registret som helhet på nationell nivå med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatrin. De fyra måltalen är psykisk hälsa, fysisk hälsa, Body Mass Index (BMI) samt återfall i brottslig gärning. Som enskild verksamhet kan man sätta ett eget måltal för att trigga till förbättring och utveckling.

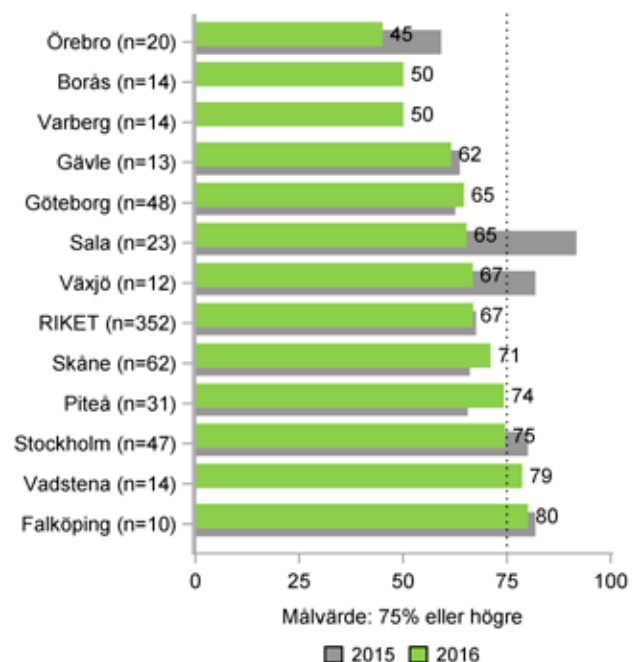
**Figur 71.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa över eller lika med 75, slutenvård.



## Måltal Psykisk hälsa

Andelen patienter som skattar sin psykiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala (0–100) ska vara minst 75 procent.

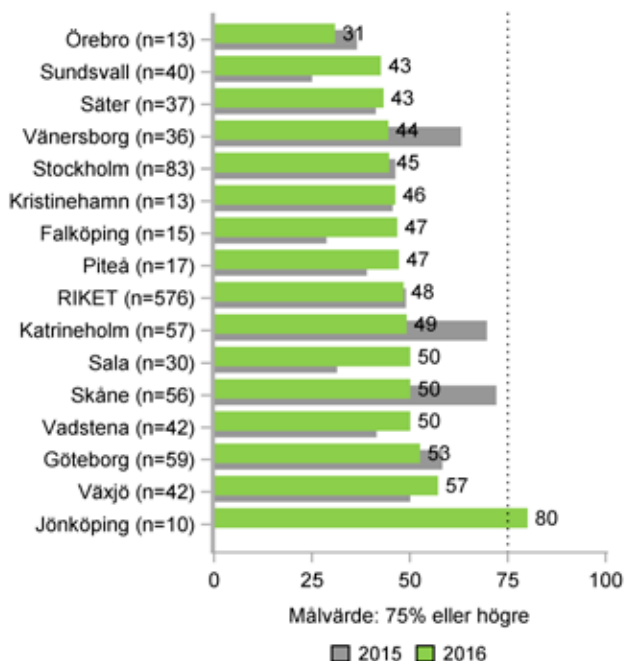
**Figur 72.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa över eller lika med 75, öppenvård.



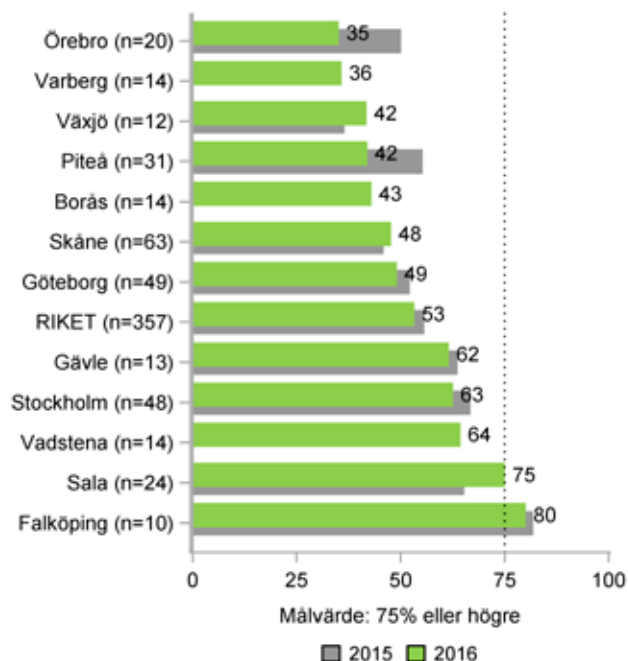
### Måltal Fysisk hälsa

Andelen patienter som skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala (0–100) ska vara minst 75 procent.

**Figur 73.** Andel patienter med självskattad fysisk hälsa över eller lika med 75, slutenvård.



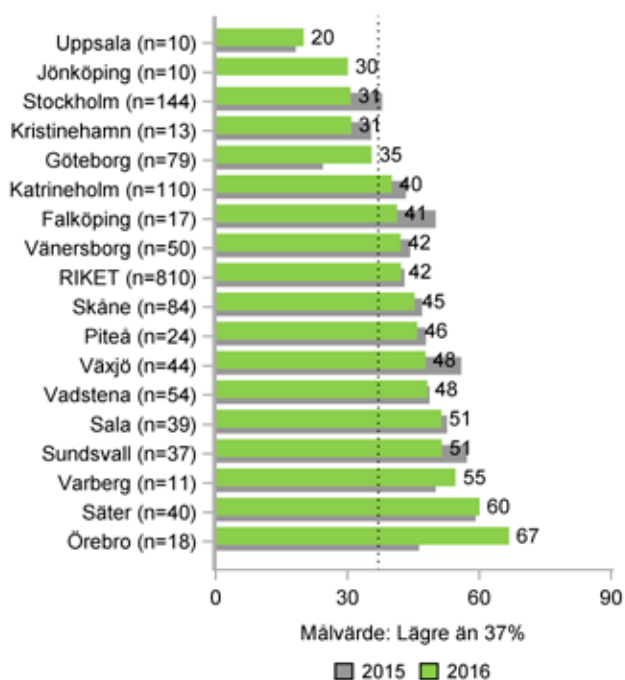
**Figur 74.** Andel patienter med självskattad fysisk hälsa över eller lika med 75, öppenvård.



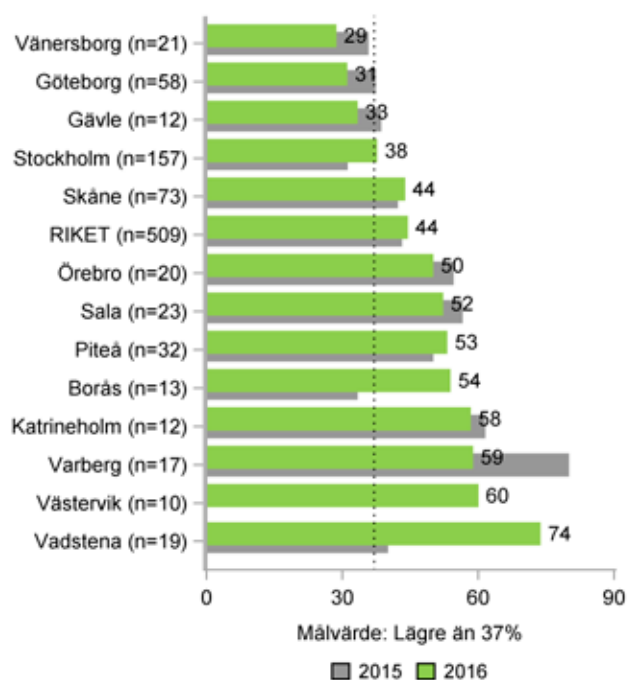
### Måltal Body Mass Index (BMI)

Andelen patienter på verksamheterna med Body Mass Index (BMI) över eller lika med 30 ska vara mindre än 37 procent.

**Figur 75.** Andel patienter med BMI över eller lika med 30, slutenvård.



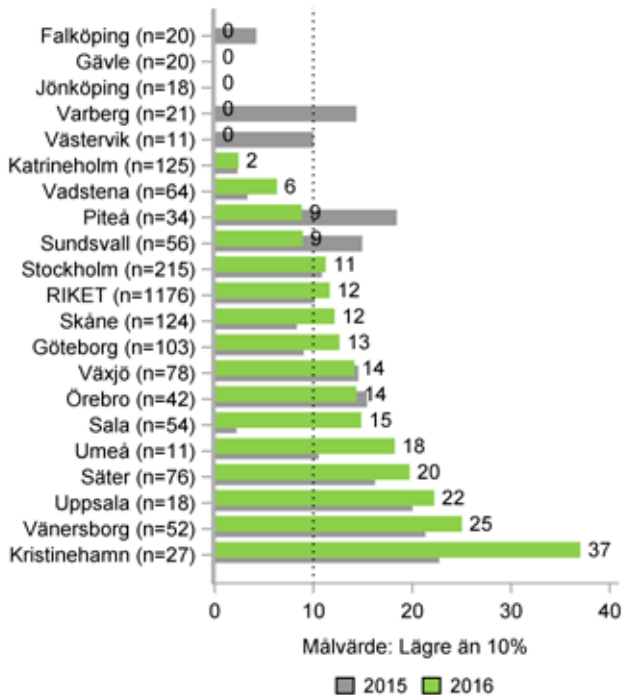
**Figur 76.** Andel patienter med BMI över eller lika med 30, öppenvård.



### Måltal Återfall i brottslig gärning under pågående vård

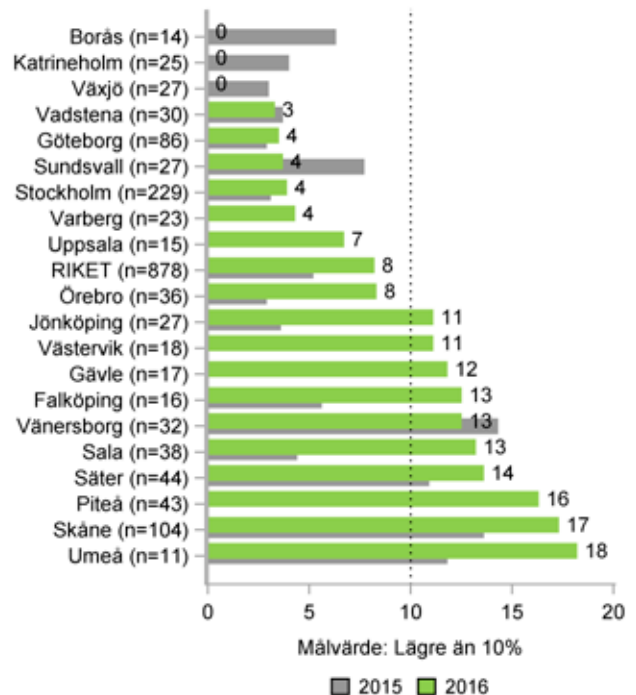
Andelen patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård ska vara mindre än 10 procent. Med

**Figur 77.** Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **slutenvård**.



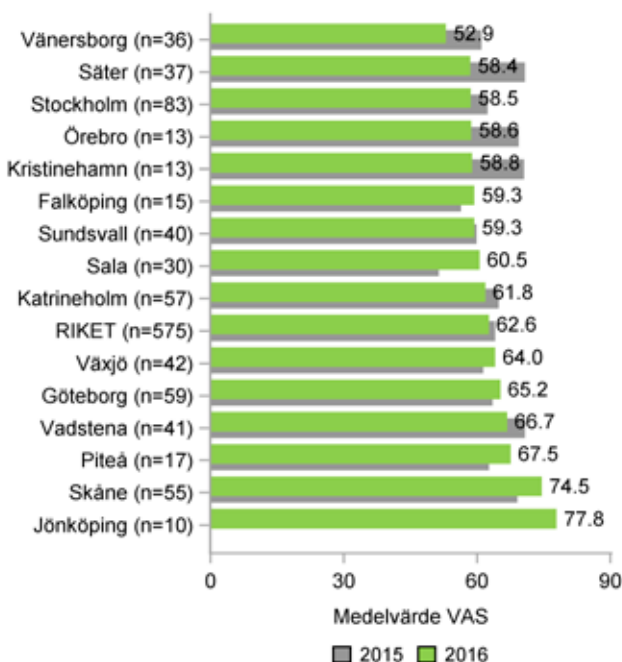
”brottslig gärning” avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller att grund för polisanmälan föreligger. Samma patient kan förekomma i båda grupperna, slutenvård och öppenvård.

**Figur 78.** Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **öppenvård**.

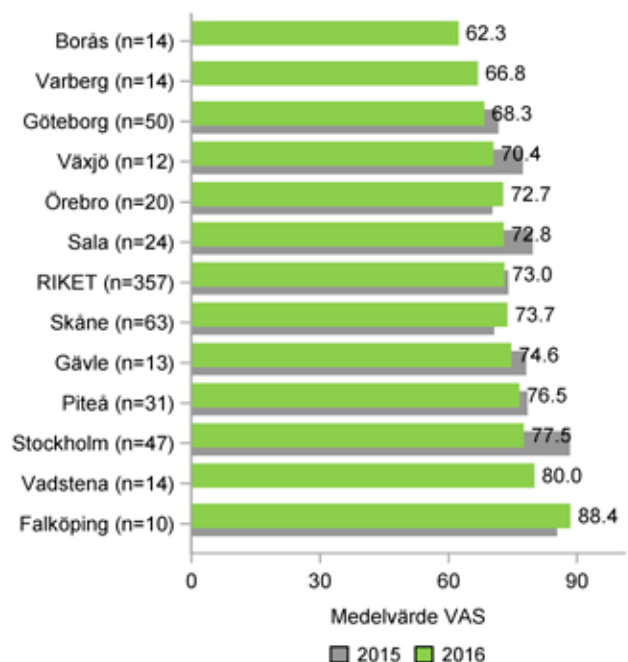


### Livskvalitet

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



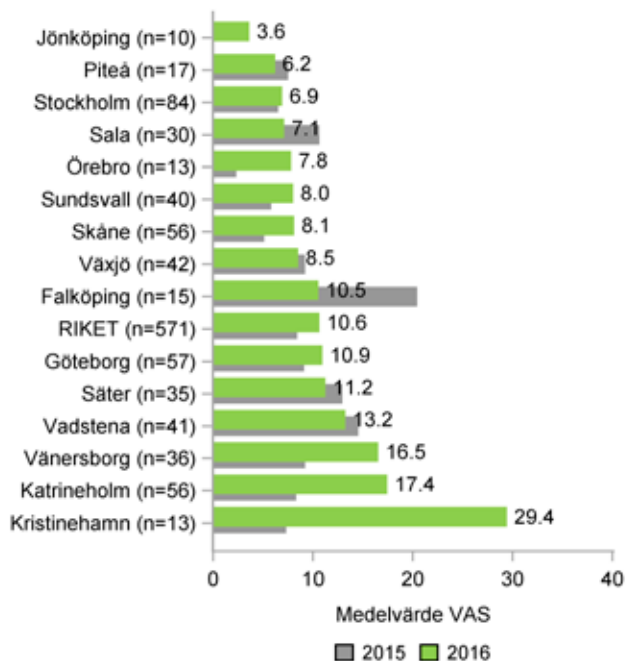
**Figur 80.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning, **öppenvård**.



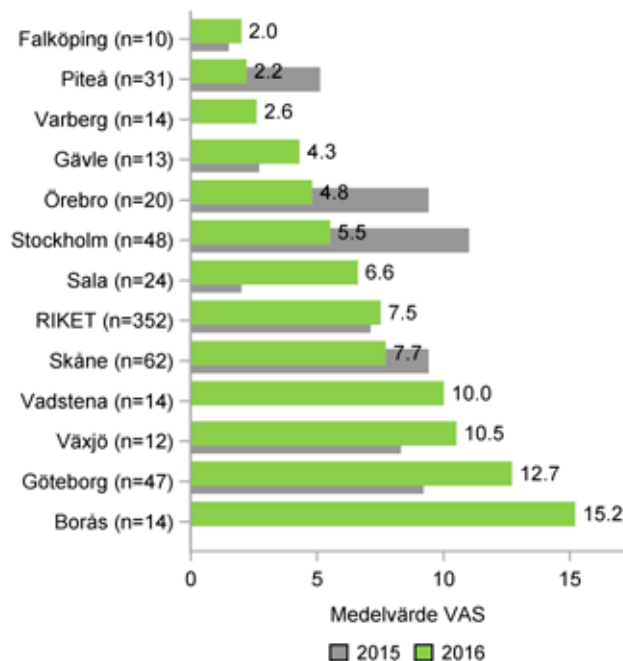


## Risk för återfall i brott

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



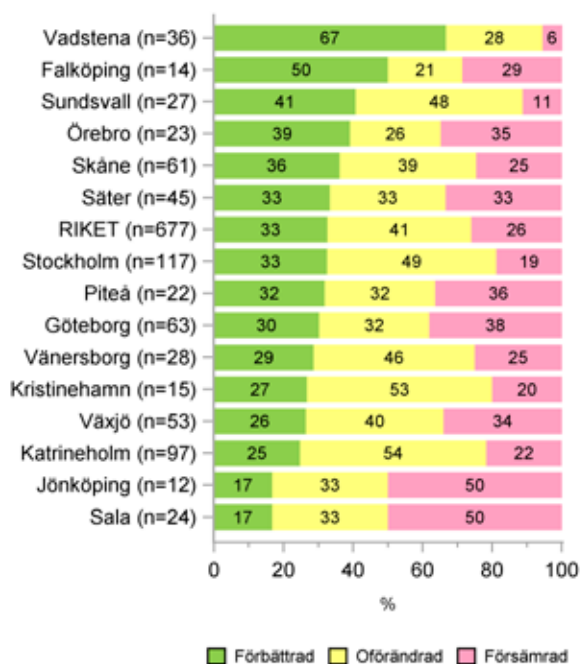
**Figur 82.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, **öppenvård**.



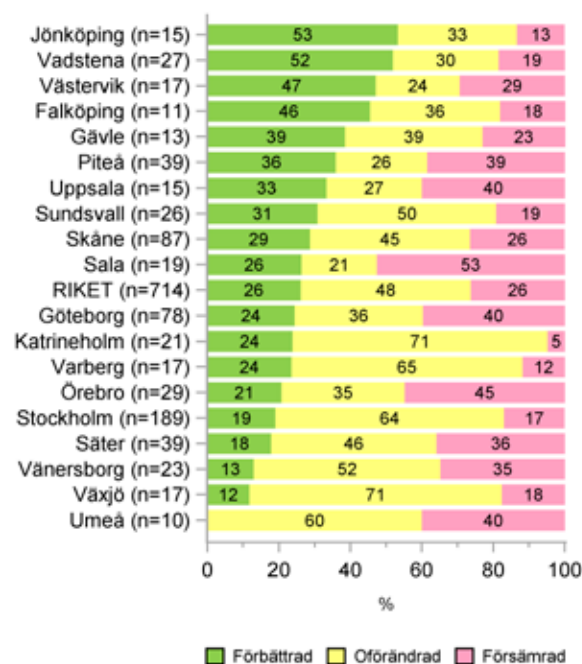
## Klinisk skattning av symtombilden

Behandlingsteamet runt patienten skattar symtombilden på en sjugradig skala (CGI-skalan) 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.

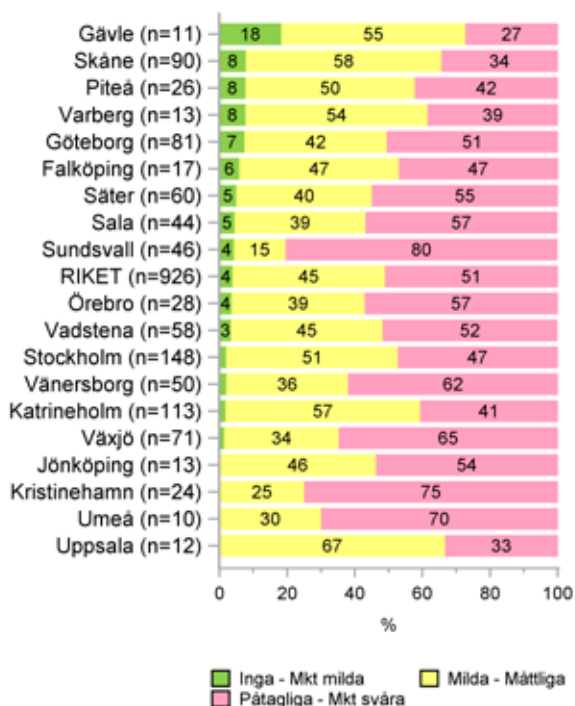
**Figur 83.** Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2015 och 2016, slutenvård.



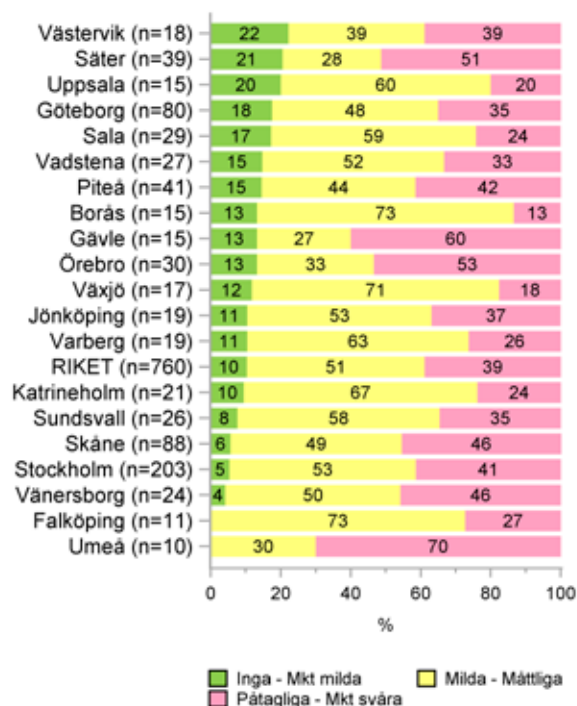
**Figur 84.** Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2015 och 2016, öppenvård.



**Figur 85.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning, slutenvård.



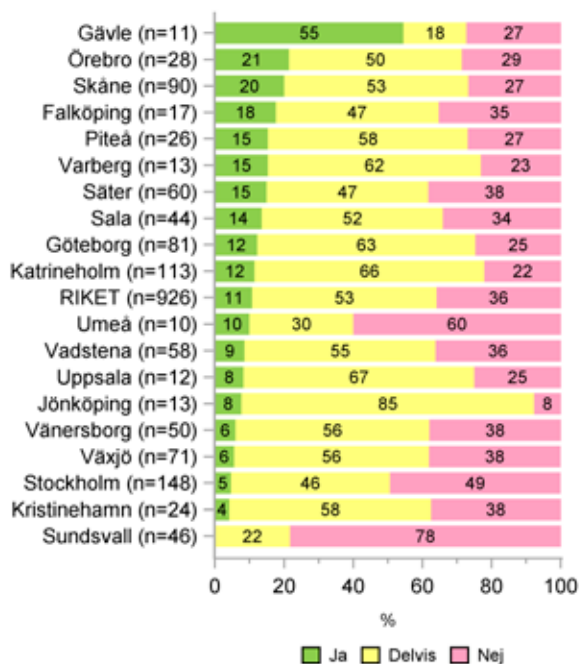
**Figur 86.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning, öppenvård.



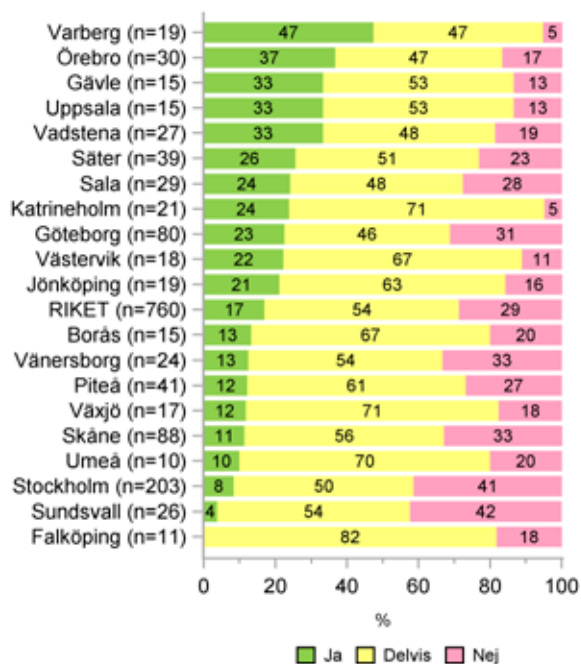
## Insikt i sin sjukdom och problematik

Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik bedöms av behandlingsteamet runt patienten. Det kan göras både kliniskt och/eller med hjälp av ett bedömningsinstrument.

**Figur 87.** Fördelning av sjukdomsinsikt vid uppföljning, slutenvård.



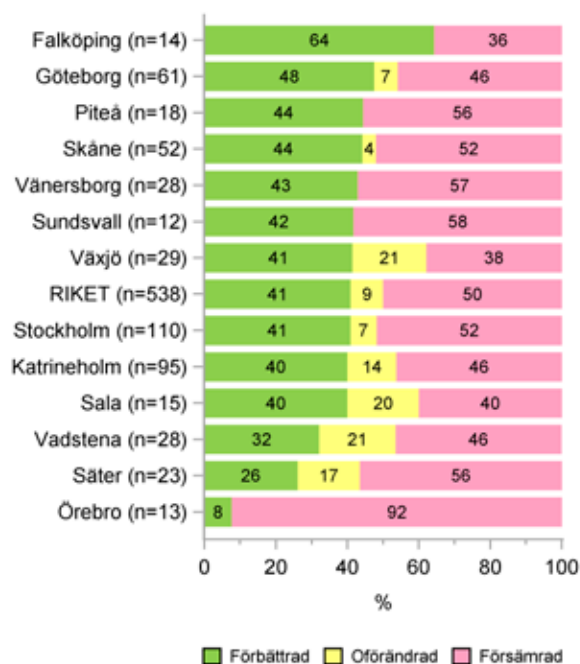
**Figur 88.** Fördelning av sjukdomsinsikt vid uppföljning, öppenvård.



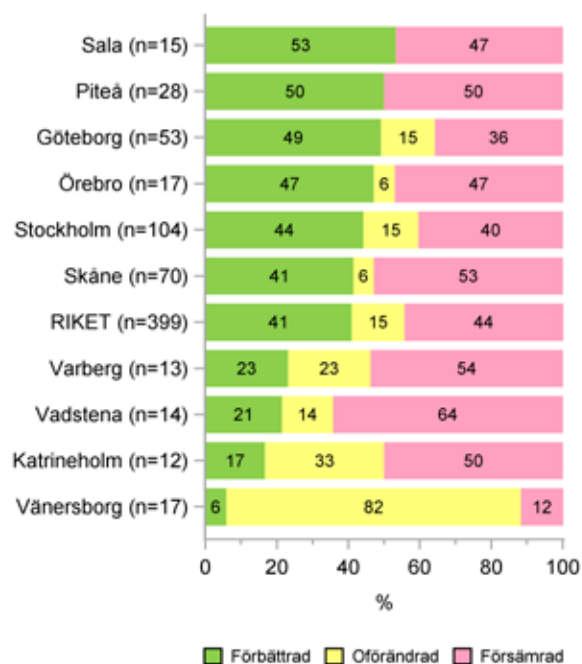
## Body Mass Index (BMI)

I figurerna redovisas varje förändring för samma individ mellan mätningarna med minst en decimal. Som förbättring (grön stapel) redovisas ett minskat BMI och försämring (rosa stapel) redovisas ett ökat BMI. I det enskilda fallet kan dock ett ökat BMI innebära en förbättring.

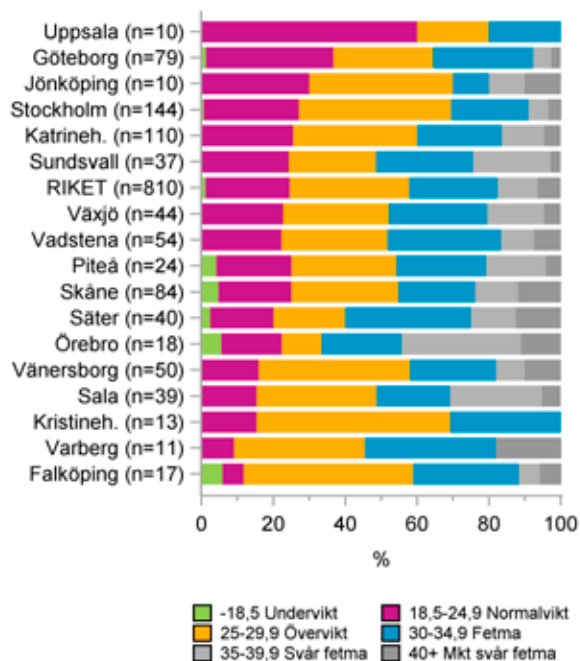
**Figur 89.** Andel patienter med förbättrat, oförändrat respektive försämrat BMI mellan åren 2015 och 2016 i slutenvård.



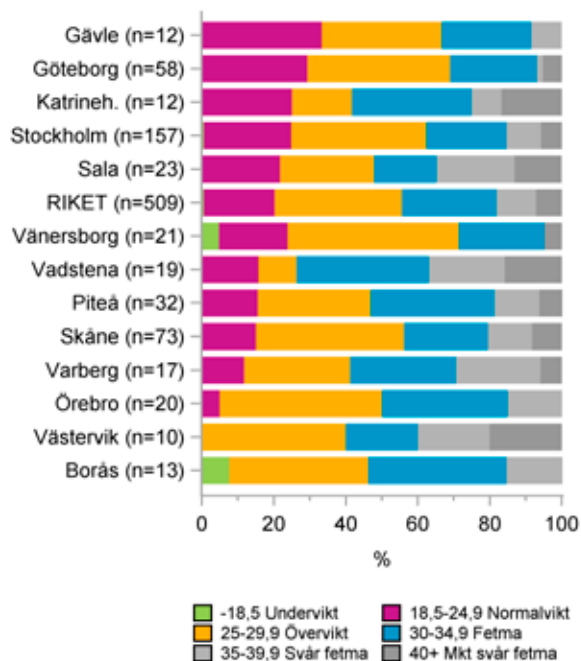
**Figur 90.** Andel patienter med förbättrat, oförändrat respektive försämrat BMI mellan åren 2015 och 2016 i öppenvård.



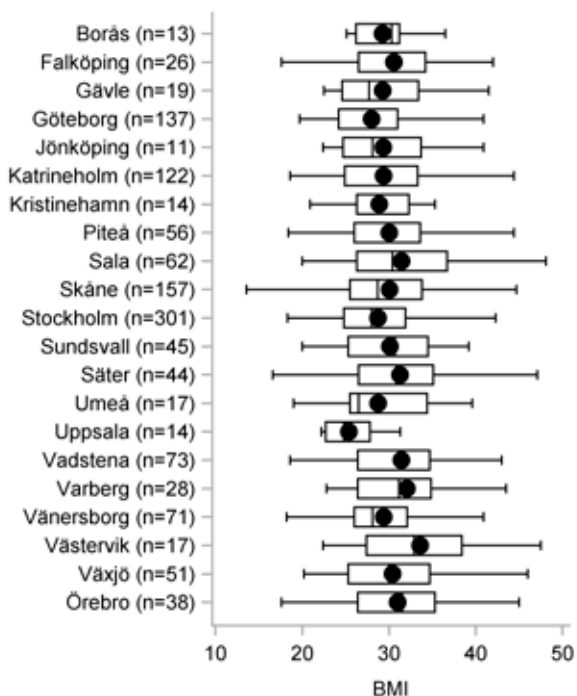
**Figur 91.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, **slutenvård**.



**Figur 92.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, **öppenvård**.



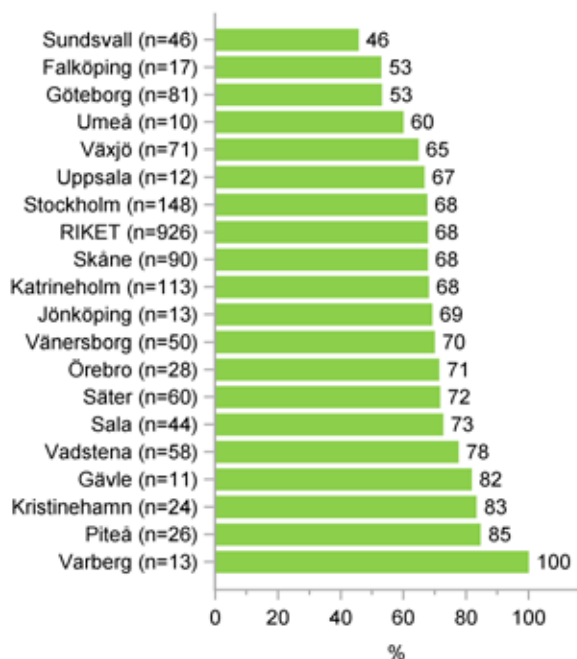
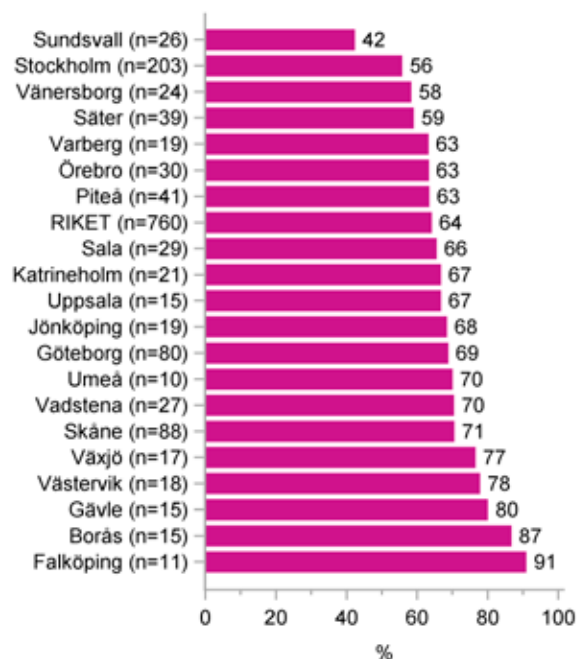
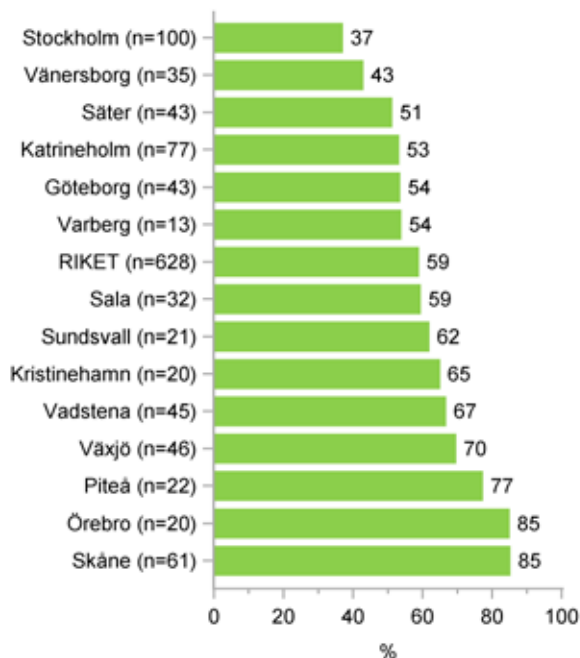
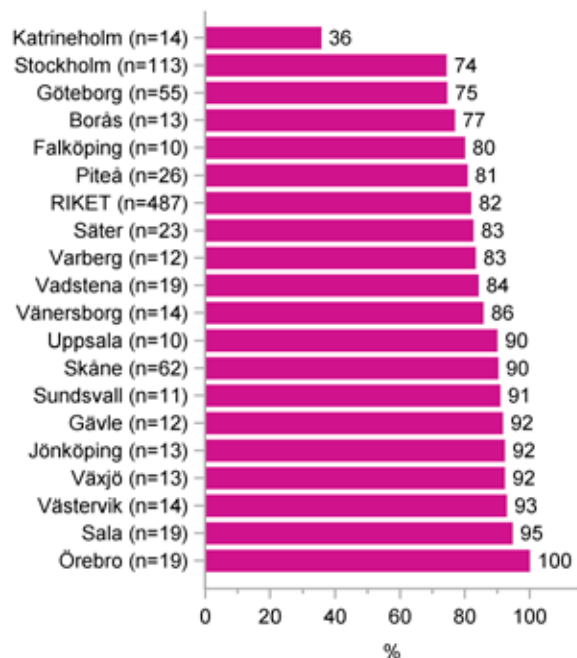
**Figur 93.** Fördelning av BMI bland patienter i **pågående** vård.



**Förklaring: Box Plot**

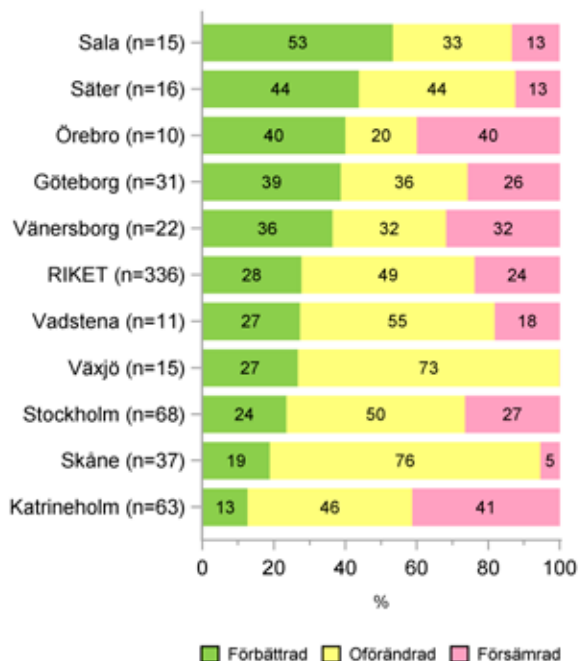
Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil (Q1), median och övre kvartil (Q3) och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet som ligger inom 1,5 mellankvartilavstånd (Q3- Q1) från Q1. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida om boxen det högsta värdet som ligger inom 1,5 mellankvartilavstånd från Q3. Avvikande värden eller "Outliers" definieras här som värden som ligger mer än 1,5 mellankvartilavstånd från Q1 respektive Q3. Avvikande värden visas inte i graferna i denna rapport.

## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

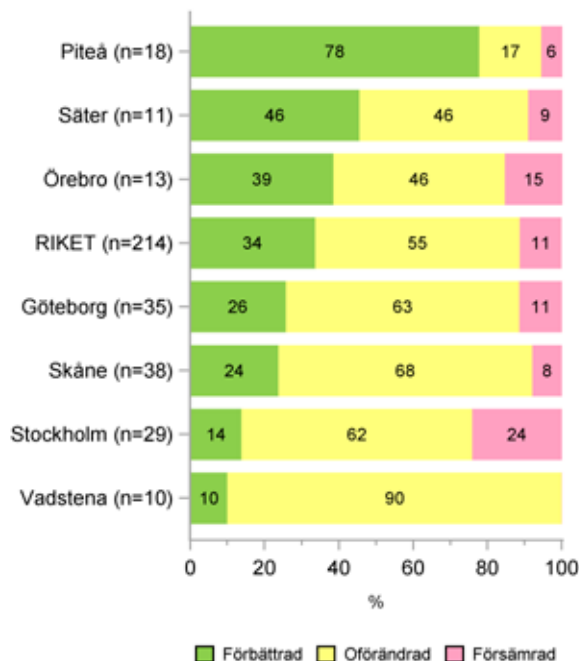
**Figur 94.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård**.**Figur 95.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård**.**Figur 96.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård**.**Figur 97.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård**.

## Förändring av skuldsituation

**Figur 98.** Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2015 och 2016 i slutenvård.



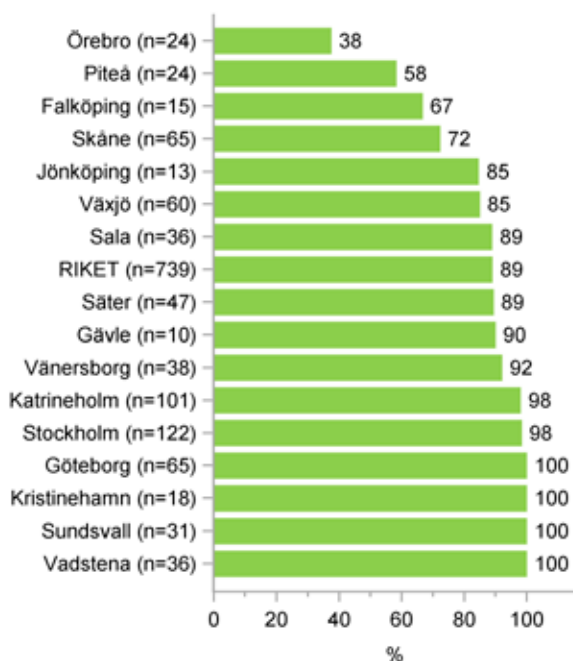
**Figur 99.** Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2015 och 2016 i öppenvård.



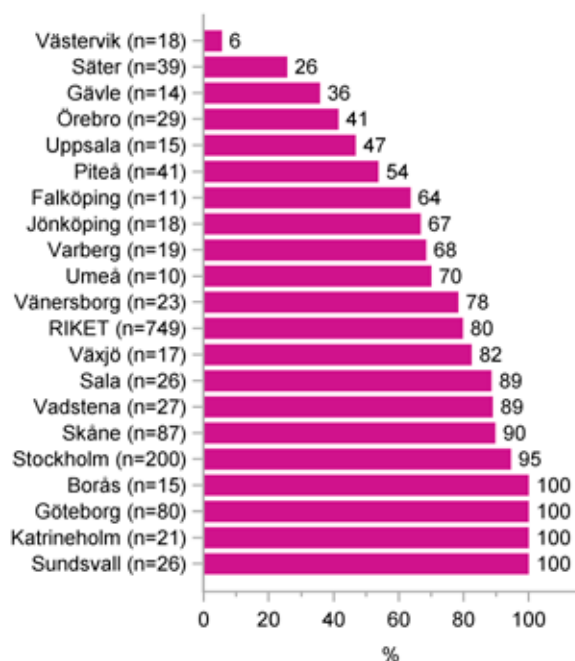
## Genomförd riskanalys

Metoder som registreras förutom klinisk bedömning samt annan riskbedömning är; HCR 20, SARA, SVR 20, START, BVC samt olika versioner av PCL.

**Figur 100.** Andel patienter med genomförd riskanalys, slutenvård.



**Figur 101.** Andel patienter med genomförd riskanalys, öppenvård.

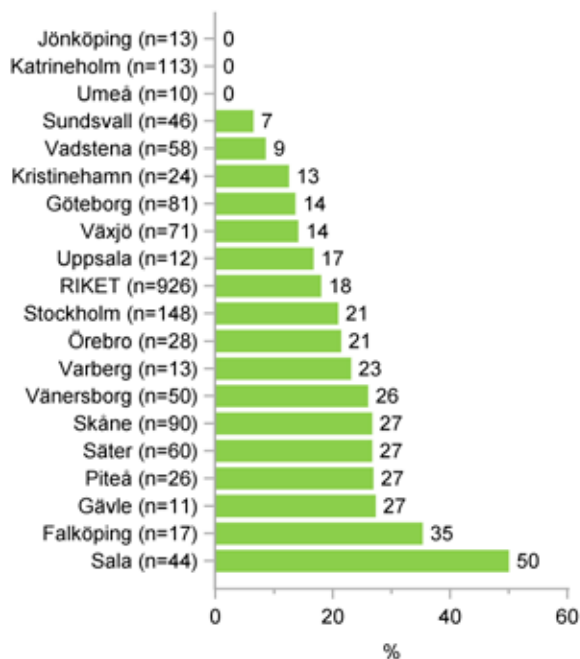




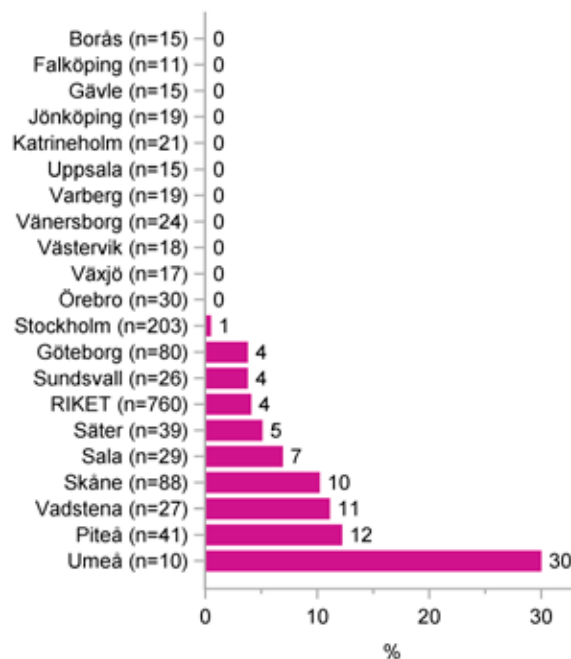
## Samverkan och samverkansbehov

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

**Figur 102.** Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, **slutenvård.**

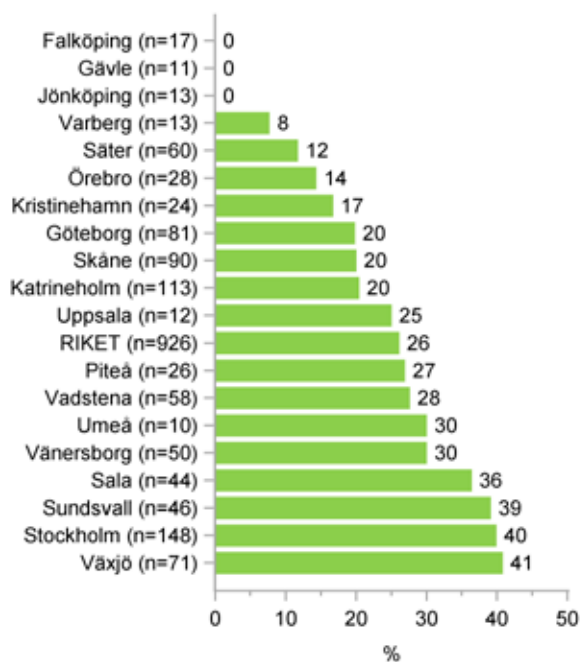


**Figur 103.** Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, **öppenvård.**



## Tvångsåtgärder

**Figur 104.** Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19–20.

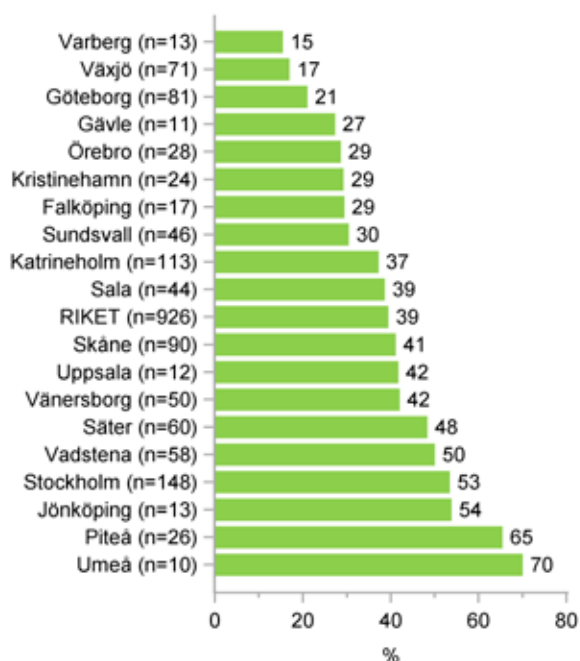


Tvångsåtgärder som avses är fastspänning, avskiljande, läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande samt inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård.

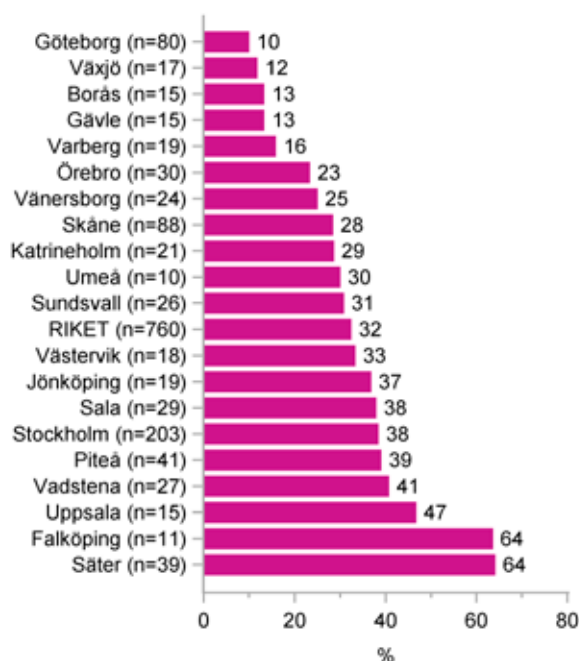
## Stödperson

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

**Figur 105.** Andel patienter med utsedd stödperson i slutenvård.

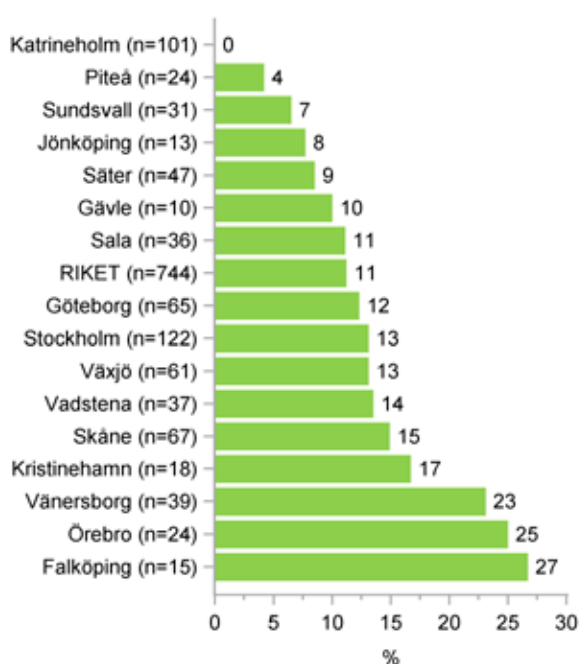


**Figur 106.** Andel patienter med utsedd stödperson i öppenvård.



## Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

**Figur 107.** Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



# Verksamhetscheferna reflekterar

**Analysgruppen har bett respektive verksamhetschef reflektera kring:**

Utvecklingen för sin verksamhet kring minst ett av RättspsyK:s måltal.

Utvecklingen för sin verksamhet kring minst en av de övriga indikatorerna i årsrapporten.

## VÄXJÖ

Patienterna på kliniken har skattat sin fysiska hälsa bättre 2015 än för 2014. Det gäller för såväl slutenvård som öppenvård. Slutenvårdspatienterna skattar för 2015 något högre än riksnittet.

Vi har under 2016 satsat mer på att skapa meningsfulla aktiviteter till patienterna. Aktivitetsgrupper har tillskapats och vi har tillsatt resurser för att kunna göra större gruppaktiviteter så som gemensamma fotbollsträningar, då all personal hjälper till oavsett på vilken avdelning de arbetar. Vi tror att en meningsfull tillvaro skapar den bästa grunden för både fysisk som psykisk hälsa. Under 2017 satsar vi därför på mer aktiviteter, bland annat ska vi starta upp ett orangeri med tillhörande odlingsbäddar som ska drivas tillsammans med patienterna. Dessutom kommer det att införskaffas lite djur så som höns och eventuellt kaniner.

Kliniken ligger för 2015 på ungefär samma andel med genomförd riskanalys som riksnittet. Detta är vi inte nöjda med varpå vi under 2016 har infört ett nytt bedömningsinstrument för att screena våldsriskerna på kliniken och låtit samtliga avdelningar utbildas i detta riskbedömningsinstrument. Utifrån vår profil är vår målsättning att samtliga patienter ska ha en genomförd riskanalys. Under 2017 kommer kliniken arbeta vidare med riskhanteringsplaner vilka är en förlängning av riskbedömningarna.

*Med vänliga hälsningar*

*Andreas Söderberg på uppdrag av Tina Fogelklou  
Rättspsykiatriska Regionkliniken Växjö*

## GÖTEBORG

Kvalitetsregistret är för verksamheten och mig som verksamhetschef väldigt användbart. Dels finns det mått som kan användas i kliniken utvecklingsplan och dels finns det mått som passar i förbättringsarbete. I princip finns all data man kan önska sig, det gäller bara att söla. Det är också väldigt trevlig läsning med reportage med fotografier på personer och berättelser från dessa.

*Vänligen Alessio*

*Alessio Degl' Innocenti*

*Verksamhetschef, docent, leg psykolog*

*Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

*Rättspsykiatri/Rågården*

*Besöksadress: Rågårdsvägen 5, 424 57 Gunnilse*

*Postadress: 416 85 Göteborg*

*alessio.deglinnocenti@vgregion.se*

*<https://www.youtube.com/watch?v=8uQaVyZZRdY>*

## FÖRBÄTTRINGSARBETEN INOM JÖNKÖPINGSKLINIKEN RELATERAT TILL DATA I KVALITETSREGISTRET

### BMI

- Handlingsplaner för motion och friskvård
- Utbildning för patienter av vårdlaget, kostombud, dietist samt sjukgymnast.

Vi har fört en diskussion om vilka insatser som kan och bör göras för att minska patienternas lidande relaterat till kost och motion. Även om patienten inte ser sin kost/motionsnivå som ett lidande så tror vi att det på sikt kommer ge sämre förutsättningar att klara prövningar på livets väg. Att förhindra uppkomsten eller lindra förloppet är en vinst både ekonomiskt och mänskligt. Somatiska sjukdomar som kommer utav osunda vanor är vanligt i patientgruppen med psykosjukdomar.

Gamla och nya vanor är svåra att ändra på och fysiska och psykiska faktorer påverkar personens aktivitetsutförande och delaktighet i en vardag. För att klara av livsförändringar behöver personer med psykisk sjukdom kontinuerliga och långsiktiga insatser.

Många av våra patienter har en extrem högkolhydratkost och vill ofta handla godis samt läsk i stora mängder. Vår tanke är att det minst sagt gränsar till ett sockerberoende om det nu finns någon sådan vedertagen term

Det är ingen snabb fix så vi förespråkar en vettig utbildningsinsats för patienterna.

### Ett sundare liv

Är ett program om kost och motion. Det handlar om hur patienter inom psykiatri kan få ett bättre liv med hjälp av sundare kostvanor och motion. Syftet med programmet är att med konkreta råd uppmuntra till en sundare livsstil och därigenom öka livskvaliten och förebygga livsstilssjukdomar. Programmet kan genomgåas individuellt eller i grupp.

- För patienter inom psykiatri
- Hjälp till en sundare livsstil
- Goda råd om kost
- Inspiration till mer motion
- Materialet är gratis

### Våra konkreta förslag **Kost**

- Se över inköpen till nyttigare alternativ. Mer frukt och mindre ljust bröd som exempel
- Begränsa mängden av en vara som vi serverar
- Erbjud fruktsallad eller grönsaker med dipp istället för chips och godis
- Vårdlaget lyfter upp frågan om kost/motion med patienten. En del av vårdplanen.

### Våra konkreta förslag **motion**

- Använda oss av det som finns på vår enhet. Gym, pingis, slingan på området.
- Promenader
- Utflykter (ej focus på mat)
- Badminton, innebandy.
- Minimera bilåkandet. Använda kommunala färdvägar
- Utflyktsgruppen mer hälsomedveten i planering av aktivitet.
- Anpassa nivåerna/grupperna efter förmåga. Ibland separata grupper eller individuellt då vissa aldrig följer med de som är mer aktiva. (snigelgrupp).

Vi tror inte att det handlar om att begränsa smörgåsar till kvällsmaten utan att försöka ta ett helhetsgrepp på faktorerna kost och motion.

Vi är helt klara på att årliga hälsokontroller bör göras och även följas upp och utvärderas. Att till exempel jämföra BMI mellan olika år. Även att koppla in dietist samt sjukgymnast tror vi ibland kan behövas i ett tidigare skede.

### EKONOMI

- Få fram aktuella skuldsaldon hos kronofogden.
- Hjälpa patienten att skapa/hålla en rimlig budget. Försöka motivera.
- Utbildning i ekonomi. Kurator bör ha genomgångar med patienten angående privatekonomi. Bli erbjuden en information om skuldsanering, god man och förvaltarskap.
- Aktuellisera förvaltarskap/god man i ett tidigt skede
- Uppföra en vardagsbudget samt vikten av att betala sin vårdavgift.
- Många pt har en negativ bild av att andra hjälper till med ekonomin. Tycker att vi lägger oss i samt att det begränsar deras livföring.

*Mats Gynnerstedt och Staffan Hjelm  
Handläggare i RättspsyK*



## RPK SÄTER

### 1. Utvecklingen för din enhet kring minst ett av RättspsyK:s måltal?

Utifrån registret har Rättspsykiatriska kliniken i Säter uppmärksammat en negativ utveckling av BMI där 52 % av patienterna mellan åren 2014 och 2015 har ett försämrat (höjt) värde. Under 2015 hade endast 11,6 % av patienterna i slutenvård ett normalt BMI. Med en uppstart av ett hälsoprojekt på kliniken, som syftar till att patienterna reflekterar över sina livsstilsval samt att själva initiera till önskade förändringsområden, arbetar kliniken för att komma till rätta med detta. Ett förhållningssätt enligt MI används som en grund för att ge mer hållbara resultat över tid för att patienten ska hitta egen motivation till förändring. Utfallet är att invänta vid nästkommande rapport.

Under 2017 arbetar kliniken vidare mot det uppsatta målet för BMI. Detta genom att belysa problemområden som överdödighet och somatiska sjukdomar som psykisk ohälsa kan medföra och där risken finns att problemområden också blir oupptäckta.

### 2. Utvecklingen för din enhet kring minst en av de övriga indikatorerna i årsrapporten?

Kliniken deltog i RättspsyK's tidigare projekt kring patienternas ekonomi och skuldsituation, vilket har gett utdelning. Jämfört mellan åren 2014 och 2015 har hela 37 % av patienterna förbättrat sin skuldsituation och endast 11,1 % av patienterna har fått en försämrad situation.

Efter projektet har kliniken startat en "patientskola" där klinikens behandlingsteam/omvårdnadspersonal arbetar med att synliggöra och tydliggöra vikten av att, även under vårdtiden, sköta sin ekonomi för att ha ett bättre utgångsläge vid utslussning längre fram i vårdprocessen. Rutiner har utvecklats kring en fördjupande och en enklare kartläggning av patienternas ekonomiska förutsättningar. Arbetet med detta fortsätter och kommer även att beröra andra ämnen efter hand och utifrån patienternas önskemål.

*Med vänlig hälsning*

*Sofia Eklund*

*Administrativ samordnare/Medicinsk sekreterare,*

*Rättspsykiatriska kliniken Säter*

*Central kodare, Landstinget Dalarna*

## RÄTTSPSYKIATRI VÄSTMANLAND

Utifrån registerdata kan konstateras att behandlingsteamet runt patienten noterar en förbättring av symtombilden för drygt hälften av samtliga registrerade patienter. Vi kan också se avsevärt förbättrade värden vid en jämförelse mellan åren 2014 och 2015. Värdena av behandlingsteamets kliniska skattningar avseende symtombilden överensstämmer väl med patienternas självskattning av psykisk hälsa, där registrets målvärde på 75 % har uppnåtts.

Dessvärre är det svårare att uppnå målvärdet för självskattad fysisk hälsa, trots satsning på olika hälsofrämjande aktiviteter och insatser, där vi konstaterar en marginell tillbakagång jämfört med föregående år. Den fysiska patienthälsan är därför prioriterad för vidare aktivt arbete. En del i detta arbete är att rekrytering av somatisk läkare är planerad inom närmsta framtid. Kliniken har ett hälsoteam som genom olika insatser arbetar för att befrämja hälsa hos både patienter och personal. Interventioner för att öka patienters munhälsa har påbörjats i samarbete med tandvården. Samarbetet har bland annat inneburit att tandläkare utbildad personal angående munhälsa och tandvård. En annan vidtagen åtgärd är att samtliga patienter inom slutenvården nu erbjuds daglig fluorsköljning och också ska erbjudas en kostnadsfri tandvårdsbedömning. Då alla patienter inte kontinuerligt prioriterar egna inköp av munhygienartiklar, har kliniken beslutat sig för att stå för inköp av tandborstar och tandkräm. Registerdata möjliggör att även fortsättningsvis bedriva högkvalitativ vård samt utveckla riktade relevanta interventioner mot potentiella förbättringsområden.

*Bengt Jarl*

*Resultatområdes-, verksamhetschef*

*Rättspsykiatri Västmanland, Sala*

*bengt.jarl@regionvastmanland.se*

## UPPSALA

### BMI

Rättspsykiatriska Enheten i Uppsala har sedan åtminstone ett par år tillbaka uppfyllt måtalet avseende andelen patienter med BMI över eller lika med 30. Vi noterar att vi är en bland de enheter i landet med lägst andel patienter över denna gräns, såväl avseende heldygns- som öppenvård. Vi noterar också att andelen patienter över gränsen sjunkit ytterligare mellan åren 2014 och 2015. Vi är naturligtvis glada över detta, och vi tror att det till del beror på att vi genomfört förbättringsprojekt med fokus på denna kvalitetsindikator.

Samtidigt noterar vi på en relaterad indikator att vi är den enhet i landet som har den största andelen patienter med försämrat BMI under samma tidsperiod. Vi inser därför att vi bör vara ödmjuka inför möjligheten att den låga andelen patienter med BMI under 30 kan komma sig av ex. naturliga variationer i vilka patienter som för närvarande råkar vårdas på enheten. Det vill säga det finns en möjlighet att data beskriver patienter som haft ett förhållandevis lågt BMI-värde vid vårdens början, och att dessa patienter alltså befinner sig under BMI 30 trots att en stor andel försämrats i sin viktsituation. Vi noterar i sammanhanget också att även om andelen med BMI över eller lika med 30 är låg i en nationell jämförelse, så befinner sig en betydande andel – mer än varannan – av våra patienter för den beskrivna perioden i BMI-kategorin 25–29,9 och lider alltså av övervikt. Därmed kan fortsatta viktmissiga försämringar, även små sådana, resultera i att andelen med BMI 30 eller däröver snabbt bli mycket större.

Sammantaget drar vi slutsatsen att vi inte kan vila i uppfattningen att måtalet för BMI är uppfyllt, om än

detta till synes med viss marginal. Istället behöver vi fortsätta att följa utvecklingen noga. Fortsatt bör vi försöka främja våra patienters hälsa genom att exempelvis erbjuda information om kost och motion, och genom att bjuda in till samtal om konsekvenserna av ett alltför högt BMI.

### Livskvalitet

Även livskvalitet ingick i ett tidigare förbättringsarbete på enheten. Vi hade då uppmärksammat att trenden över tid på denna indikator var negativ, med minskat medelvärde på gruppnivå från år till år under åtminstone fem års tid. Vi hade under denna femårsperiod också rört oss från att ligga förhållandevis väl till i en nationell jämförelse, till att ligga under rikssnittet.

Olika försök att öka patienternas uppfattade livskvalitet implementerades i form av bland annat skapande av mer hemtrevliga besöksrum, ökad känsla av medbestämmande i vården med mera.

Kvalitetsregistrets årsrapport för 2015 glädde oss därför eftersom den visade att den fleråriga negativa trenden avseende uppfattad livskvalitet hade brutits. Fortsatt befinner vi oss emellertid under rikssnittet, och det står klart att förbättringsutrymmet är stort.

*Hoppas att dessa reflektioner är till nytta för arbetet med årsrapporten!*

*Med vänliga hälsningar*

*Registratorerna vid Rättspsykiatriska Enheten i Uppsala*



## PITEÅ

### Fysisk/psykisk hälsa

Andelen patienter som skattat sin hälsa över 75 % enligt VAS-skalan har sjunkit något jämfört med året innan. Nedgången något större vad gäller den fysiska hälsan. Generellt kan det vara värt att reflektera över anledningen till att det psykiska måendet skattas betydligt högre än det fysiska! Finns det incitament för enskilda patienter att skatta sig högt?

### BMI

Ett område som är svårt att påverka i önskad riktning. En viss försämring bland öppenvårdspatienterna, medan resultatet för slutenvårdspatienterna är oförändrade. Detta trots flera aktiva hälsosatsningar som "livsstil kost och motion", som utgör en viktig punkt i klinikens eget vårdprogram. Vi har även tagit hjälp av en dietist, för riktad utbildning till personalen, i syfte att mera motiverat och fokuserat stötta patienterna utifrån ett hälsoperspektiv. Även patienterna har erbjudits samtal med dietist.

### Återfall i brottslig gärning

Vad gäller denna parameter har vi närmat oss målvärdet utifrån en jämförelsevis hög nivå. Utifrån stora skillnader i hur klinikerna bedömer och registrerar dessa data, känns det dock osäkert vilken vikt det går att lägga vid denna statistik.

### Ekonomi

Positivt med det ekonomiprojekt som genomfördes under 2015. Ett viktigt och eftersatt område som har stor betydelse för patienternas förutsättningar att lyckas återgå till ett normalt fungerande liv. För vår del har det resulterat i en 12:e punkt i vårt vårdprogram.

Akkumulerad skuld på grund av obetalda vårdavgifter, har varit en ekonomisk börda för många patienter. Att

aktivt bevaka frågan i varje enskilt fall, och tydliggöra konsekvenserna som blir av detta, har gett bra resultat för många av våra patienter.

### Genomförd riskanalys

För vår del ett klart förbättringsområde. Kliniska riskbedömningar som gjorts har i många fall hamnat under annat sökord än risk, varför dessa ej fångats i statistiken. En "bantad" version av HCR 20 har tagits fram vid kliniken, i syfte att kunna göra en strukturerad riskskattning var 6:e månad för alla ÖRV patienter. Detta möjliggörs då våra öppenvårdsteam besöker ÖRV patienterna regelbundet, ett flertal gånger varje år. En ökning av resurserna för HCR skattning av slutenvårdspatienterna planeras för 2017.

### Detta verkar vara en generell trend:

Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare används i störst utsträckning. Av de strukturerade bedömningsinstrumenten är HCR-20 det vanligast förekommande, men användningen har minskat över åren för att nu vara nere på cirka 30 %. Att vid sidan av klinisk bedömning även kategorin "annan" ökar kan tyda på en ökad användning av lokalt utvecklade instrument.

De strukturerade instrumenten har bidragit till att ge risk och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund, men minskar ändå vilket kan vara ett tecken på att man i den kliniska vardagen finner dem svårare använda. Här bör vi förbättra oss och ska ge stöd för bättre bedömningar.

*Rolf Stenvall*

*Verksamhetschef*

*Psykiatrin Läns gemensamt Öjebyn*

*Tel 072-707 75 44*





## FALKÖPING

Som grund för arbetet med kvalitetsregister har vi gjort en koppling till verksamhetsplanen för Skaraborgs Sjukhus. I verksamhetsplanen, som är uppdelat i fyra olika perspektiv – patientperspektivet, processperspektivet, medarbetarperspektivet och ekonomiperspektivet, har vi valt att jobba vidare med patient- och processperspektiven där kritiska framgångsfaktorer är Vi har ett hälsofrämjande sjukhus och Vi bedriver en säker och jämlik vård och där vi mäter Andel patienter som haft strukturerat hälsosamtal (75 %) samt Täckningsgraden i samtliga kvalitetsregister ska uppgå till målnivån i VG-regionen (70 %). Dessa mål har förts vidare till Rättspsykiatrins handlingsplan. I patientperspektivet ska vi arbeta med strukturerade hälsosamtal. Det material vi använder tas från Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) [www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se). I processperspektivet ska vi registrera i relevanta kvalitetsregister och vi har valt RättspsyK och PsykosR att lägga fokus på. Planen har även varit att arbeta med utdata från RättspsyK rörande ekonomi, brottsbehandling, missbruk och BMI.

*Greger Karlsson*  
 Enhetschef  
 Säkerhetsansvarig  
 Rättspsykiatriska enheten

*Skaraborgs Sjukhus*  
 Danska vägen 62  
 521 85 Falköping

*[greger.karlsson@vgregion.se](mailto:greger.karlsson@vgregion.se)*

## RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

### Reflektioner kring RättspsyK

Registret och inte minst dess årsrapport har utvecklats på många sätt under de år de funnits.

Användbarheten av insamlade data har ökat sett ur klinikens synvinkel. Vi använder delar av årsrapporten i olika presentationer och sammanställningar vi gör. Det kan gälla bakgrundsfakta kring vården och patienterna men också uppgifter om vårdtidens längd, omständigheter kring brottet och andra uppgifter som enkelt kan hittas i årsrapporten. Ju längre tid registret används och är aktivt ju bättre underlag får man och allt bättre möjlighet till jämförelser bakåt i tiden.

När det gäller måltalen har vi inte hittills arbetat specifikt med just de utsedda måltalen men inom flera av de utvecklingsaktiviteter vi arbetar med kommer måltalen till användning och som ett exempel kan ges de som rör BMI och fysisk hälsa där vi arbetar med projekt inom området förbättrad kroppslig hälsa. Man kan hoppas att detta arbete kan bidra till att vända den försämring man kan se i klinikens värden på vissa av dessa variabler de senaste åren. I årsrapporten finns flera olika tabeller och diagram som tar upp olika perspektiv rörande till exempel BMI som ger många möjligheter till ett utökat utnyttjande av årsrapportens innehåll i kvalitetsarbete.

Måлтаlet för återfall i brottslig gärning är viktigt men också samtidigt föremål för en lång diskussion inom registret avseende hur registrering ska ske och hur man ska bedöma data. En viktig och ständigt pågående diskussion som kommer att fortsätta.

Inom kliniken pågår ett arbete med strukturen för riskanalyser och man kan se att andelen patienter som har genomförda riskanalyser har ökat under de senaste åren vilket också varit vår intention.

Inom kliniken pågår ett arbete som en följd av det projekt som drivits inom registret gällande patienternas ekonomi. De data som finns i årets rapport visar ingen tydlig förbättring för klinikens del men ger oss en användbar bild om hur projektets resultat ska implementeras och hur vi ska utnyttja de kunskaper arbetet hittills gett oss.

Det är också givande att titta på andra verksamheter och den möjlighet årsrapporten ger till jämförelser inom landet där årsrapportens tydliga uppställningar ger en god överblick.

*Kaj Forslund*  
 Verksamhetschef  
 Rättspsykiatri Vård Stockholm



## REFLEKTION FRÅN RPV BRINKÅSEN VÄNERSBORG 2016

### Vårdtid

Medianvårdtiden i Vänersborg för patienter med avslutad vård mellan 2009–2015 ligger på 36 månader, vilket är under riksnittet, som är 51 månader.

Trots den relativt korta medianvårdtiden, ser verksamheten behov av att implementera nya arbetssätt för att tydligare och på ett mer strukturerat sätt arbeta behandlingsinriktat tidigt i vårdprocessen och knyta tätare samarbete mellan aktivitetshuset och patientens behandlande team.

Avdelningarnas arbetsterapeuter har tidigare lagt screeningar av aktivets och funktionsförmåga i patientens vårdprocess. Screeningarna kan bli grunden för en ansökan till aktivitetshuset med tydlig förfrågan och syfte med aktivitetsträning.

Förhoppningen är att det ska leda till en effektivare vårdprocess där vi tidigt tar tillvara de kunskaper som framkommer i aktivitet och utifrån det skapa bättre förutsättningar inför utslussning. Möjligen kan även vårdtiden kortas då arbetssättet bygger på att komma igång tidigare med behandlingsinterventioner.

### BMI och självskattat fysisk hälsa

Med andelen 35,7 % når endast verksamhetens öppenvård det nationella målet, där andel patienter med BMI under eller lika med 30, ska vara mindre än 37 %.

Mellan åren 2014 och 2015 ligger andelen patienter med ett förbättrat BMI på 39 %, jämfört med rikets 36,3 %.

Andelen med försämrat BMI ligger dock likt riket på strax över 50 %, så arbetet med hälsoveckor, kost och aktivitetsgrupp, ökat utbud avseende fysisk aktivitet och hälsosammare utbud i verksamhetens café fortskrider. Årlig hälsokontroll har reviderats och till fullo implementerats under 2016.

Under 2015 ser vi en procentuell ökning i positiv riktning avseende självskattad fysisk hälsa.

### Skuldsituation

Stabil ekonomi underlättar utslussningen i öppenvården. Indikatorn blir spännande att följa, då åtgärder succesivt införs, i syfte att stärka och hjälpa patienterna, att hantera sin ekonomi.

### ÅRSRAPPORT 2015

Totalt 22 patienter  
4 personer (18,2 %) försämrad  
10 personer (45,5 %) oförändrad  
8 personer (36,4 %) förbättrad

### ÅRSRAPPORT 2014

Totalt 29 personer  
2 personer (6,9 %) försämrad  
22 personer (75,9 %) oförändrad  
5 personer (17,2) förbättrad

I samband med årsrapporten 2014 tillkom faktorn oförändrad i tabellen Förändring av skuldsituation där faktorerna försämrad och förbättrad har funnits sedan tidigare.

Vid jämförelse mellan årsrapporten 2014 och 2015 framgår att både faktorn försämrad och förbättrad procentuellt har ökat medan faktorn oförändrad har minskat.

Verksamhetens deltagande i projektet "bättre ekonomi för patienter i rättspsykiatrisk vård", har resulterat i att kartläggningar rörande patientens ekonomi görs mer rutinmässigt. En noggrann ekonomisk kartläggning ger en mer rättvis bild av den ekonomiska situationen och är förmodligen skälet till minskningen av oförändrad och ökningen av de två andra faktorerna.

### Återfall i brottslig gärning under pågående vård

Fortsatt ser vi indikatorn som viktig att följa under vårdtiden då den utgör en av grunderna till brottspreventiv behandling, utifrån identifierat riskbeteende. Indikatorn har hjälpt oss kommunicera vår toleransnivå kring brottsliga gärningar, som skadegörelse, hot och narkotikainnehav, vilket bidragit till att vi är bra på att registrera sådana händelser.

*Med vänlig hälsning*

*Verksamhetschef Kent Storm, kent.storm@vgregion.se  
RPV Brinkåsen Vänersborg  
Vuxenpsykiatri NU-sjukvården*

## VADSTENA

Alltsedan registret planerades har Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena haft möjlighet att bidra till och arbeta med RättspsyK och på senare år även fått förtroendet att medverka i registrets nationella analysgrupp.

Kliniken i Vadstena arbetar för att integrera och följa registrerade värden i verksamheten mål och resultat och när det gäller BMI så är ett måltal där resultatet har försämrats något mellan 2014 och 2015.

Arbetet med att förebygga somatisk ohälsa och främja friskvård är ett område som är högt prioriterat. Ett område som funnits högt på agendan under flera år men där ytterligare fokus gjorts att en friskvårdsamordnare anställts på heltid. I det praktiska arbetet kan nämnas hälsoprofilbedömningar, fysisk aktivitet – anpassad på individnivå samt översyn av den kost som erbjuds patienten. Ett lokalt kostråd har bildats.

Vi har också valt att titta på genomförda riskanalyser. Vi har under de senaste åren arbetat strukturerat med ett eget riskteam och där ser vi att 2012 hade vi 64 % genomförda analyser och därefter har det successivt ökat år från år till att 2015 vara 100 %.

Under flera år har planering för och byggandet av en helt ny anläggning pågått i Vadstena. Detta har inneburit stora möjligheter att anpassa fastigheter och verksamhet

till patienternas behov. Under 2017 kommer verksamheten driftsätta både nya vårdhus i olika säkerhetsnivåer samt gemensamma lokaler, såsom ett motionshus och en spinninglokal. Vidare utreds frågan om att skapa ett Yoga-program särskilt utvecklat för rättspsykiatrins behov.

Inom flera områden är registrets resultat en alltmer viktig del av underlag för planering och uppföljning. Återfall i brottslig gärning är ett. En del av detta värde som visat positiva resultat är att vi kan konstatera att antalet avvikningar sjunkit drastiskt på senare år. Under 2017 registrerades endast två avvikningar.

Vi kan med glädje och tillförsikt också notera att kliniken och RättspsyK särskilt uppmärksammats inom regionens ledning. Ledande tjänstemän har under 2016 uttalat sig positivt om RättspsyK:s arbete och dess koppling i den rättspsykiatriska verksamheten.

*Med vänlig hälsning*

*Jan Cederborg*

*Verksamhetschef*

*Rättspsykiatriska regionkliniken*

*592 81 VADSTENA*

*E-post: [jan.cederborg@regionostergotland.se](mailto:jan.cederborg@regionostergotland.se)*

# Forskning och utveckling

## Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmanar till att registret används för forskning. Framtagna rutiner kring datauttag kan erhållas av styrgruppen. Forskare uppmanas tidigt ta kontakt med registerhållare och styrgruppen för diskussion om det går att använda registrets data för det man har tänkt sig samt få veta om något motsvarande projekt med registrets data pågår någon annanstans i landet. Genom tidigt samarbete med styrgruppen får man möjlighet att lära känna registrets styrkor samt eventuella brister och felaktiga analyser kan undvikas samt underlätta ansökan om tillstånd för att bedriva forskning hos den regionala etikprövningsnämnden.

## Utvecklingsarbete

### Uppföljning av projektet förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård

Data från RättspsyK visade att 64 procent av patienterna inom rättspsykiatri behövde hjälp med att hantera sin ekonomi. Utifrån det startades ett förbättringsprojekt 2015 med 13 deltagande verksamheter. Projektet genomfördes tillsammans med Registercentrum Norr och syftade till att ge personalen verktyg till arbetet kring patienternas ekonomi. Projektet finns beskrivet i artikelform i årsrapport 2015 samt hela projektrapporten finns att hämta på [psykiatriregister.se](http://psykiatriregister.se)

Analysgruppen blev nyfikna på om det knappt två år efter projektstart gick att se några förändringar kring indikatorn skuldsituation för de verksamheter som deltog i projektet.

Kontakt togs med projektledare Åsa Hörnlund som genomförde uppföljande telefonintervjuer med deltagande verksamheter, vilket redovisas genom fångade citat.

”I stort sett alla respondenter beskriver att arbetet med patienternas ekonomi är klart bättre än innan projektstart, till exempel i form av att ekonomi numer är en självklar punkt i vårdplaneringen.

”Vi känner oss stolta över vårt arbete även om det inte alltid varit lätt, det har ju varit svårigheter. Det är fortfarande saker som blir ojorda.”

”Vi tar tag i det här med ekonomin mera kraftfullt än tidigare.”

”Samtidigt berättar några av respondenterna att arbetet går sakta eller har stannat av helt.

”...det har legat på is, det har helt enkelt blivit stillastående på grund av personalbrist.”

”Flera enheter jobbar vidare med aktiviteter kring ekonomi för personal och patienter.

”Vi hade en budbärrutbildning i maj och så planerar vi för temadag ekonomi, det känns realistiskt att ha något med ekonomifokus varje termin.”

”Nästan alla berättade om hur deltagande i projektet medfört nya arbetsätt som lever kvar och påverkar fler områden än patientens ekonomi.

”Hur vi valt att strukturera arbetet har med det här ekonomiprojektet att göra, vi har förändrat strukturen och hittat det mest logiska i vem som gör vad.”

”En av de grejer vi gjorde var ju att göra en tydligare bild av vårdprocessen och arbetsfördelningen och det har blivit riktigt stort. Det arbetet är fortfarande igång, vem gör vad när.”

”Sen har det ju spunnit vidare, vi har börjat se över samverkan och överföringar, det har blivit ett annat prat och det är delvis det här ekonomiprojektet även om det är fler faktorer förstås.”

”Ja, det kan jag nog säga att vi har fått in det här med ständig förbättring.”

### **Intressenter som efterfrågat data**

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Brukare
- Dagens medicin
- Forskare
- Författare
- HSA i Västragötalandsregionen
  - Område uppföljning och analys
  - Psykiatrikompassen
  - Uppföljningsplan Rättspsykiatri
- Rättspsykiatriska verksamheter
  - Göteborg
  - Uppsala
  - Vänersborg
  - Borås
  - Sundsvall
  - Säter
  - Kristinehamn
- Studenter magisternivå
- Vården i siffror (VIS)

### **Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter**

”Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård”

Årsrapport 2015

Uppsalaprojektet ”Det ska inte handla om tur” som handlade om livskvalitet och BMI.

Årsrapport 2014

”Rätt insatser for patientens bästa” med fokus på BMI, ekonomi och somatisk hälsa.”

Årsrapport 2014

# Validering som ger resultat

Text och bild: Anna Matzinger

**Arbetet med att validera indata i RättspsyKs register har pågått sedan 2012 – och det är ett arbete som gett resultat. Bland annat har man lyckats rensa bort ofullständiga och felaktiga registreringar. Styrgruppen uppmuntrar också till att registret används för forskning vilket, förutom intressanta resultat, också har visat sig kunna ge viktig information om registerdatan. Det visar inte minst den magisteruppsats som Caroline Bergqvist och Sofia Tingberg skrev under förra året.**

RättspsyKs kvalitetsregister har sedan starten 2008 skapat unika möjligheter för uppföljning, utvärdering och utveckling av den rättspsykiatriska vården i landet. Det har också byggt en plattform för kommunikation mellan landets verksamheter, som inte funnits tidigare.

För att bibehålla registrets kvalitet och säkerställa att det fyller sina uppgifter krävs mycket jobb. En del av det arbetet är valideringen av indata, ett projekt som pågått sedan 2012. Syftet med projektet har varit att jämföra hur väl data på verksamheterna stämmer överens med den data som rapporteras till registret.

Marianne Ander, vårdsamordnare på Rågården i Göteborg, har tillsammans med Malin Lotterberg, tidigare kvalitetsansvarig på Karsuddens sjukhus, varit de som ansvarat för projektet sedan det startade. Under nästan fem år har de rest runt i landet för att besöka samtliga verksamheter och kontrollera hur deras data överensstämmer med registrets data.

– Det första vi gjorde var att ta fram ett protokoll som alla granskningar skulle följa, som också godkändes av styrgruppen. Därefter tog vi kontakt med respektive verksamhetschef och bad om att få komma på besök, något som faktiskt välkomnades av alla. Vi krävde ingen behörighet för att gå in i journalsystemen utan vid varje besök tog medarbetare och inrapportörer som var insatta i systemet fram uppgifterna, säger Marianne Ander.



**”Vi fick ett mycket positivt bemötande vid våra valideringsmöten. Det fanns ett stort intresse bland verksamheterna och de såg det som ett tillfälle att lära sig mer.”**  
Marianne Ander



Det som granskades utifrån protokollet var två till fyra slumpvis utvalda registreringar, en nyregistrering och ett par årsuppföljningar. Man kontrollerade också vilken version av formulären som användes, ifall det fanns skriftliga rutiner för information om deltagande i registret, om det fanns personer på bevakningslistan som inte var aktuella och att man uppdaterat sina uppgifter i användarlistan.

– Vi upptäckte att det fanns stora variationer i hur respektive verksamhet hanterade sina registreringar. Alla gjorde inte registreringen så snart patienten kommit till enheten, de kunde dela upp formulären och det fanns en stor variation i tolkningen av vissa frågor, framförallt tolkningen av vårdformerna slutet respektive öppen rättspsykiatrisk vård, säger Marianne Ander.

### Utbildning och nationella möten

Varje besök avslutades med en muntlig utvärdering som sedan sammanställdes och skickades tillbaka till den validerade verksamheten. I den fanns information både om vad som fungerat bra vid inrapportering och vad som skulle behöva förbättras.

– Vi fick ett mycket positivt bemötande vid våra valideringsmöten. Det fanns ett stort intresse bland verksamheterna och de såg det som ett tillfälle att lära sig mer. Det gällde inte bara inrapportörerna utan även övrig personal, som sjuksköterskor, skötare och psykologer, säger Marianne Ander.

Den information som samlats in har bland annat resulterat i årlig översyn och ibland även ändringar av registerformulären. Framförallt av de frågor som gick att tolka olika, till exempel frågan om vårdform.

– Detsamma gäller frågan om återfall i brottslig gärning under pågående vård, som också tolkats olika och som vi fortfarande bearbetar, säger Marianne Ander.

Med utgångspunkt från den kunskap som valideringsmötena resulterat i höll Marianne och Malin fyra utbildningar för inrapportörer under 2016. Kunskaperna lyfts och diskuteras fortlöpande vid de årliga nationella mötena.

– Vi märker att det finns fortsatt önskan efter mer kunskap och vissa förbättringar, så det är mycket givande möten, säger Marianne Ander.

Ett av de viktigaste resultaten av valideringen är att man under 2015, efter mycket arbete, lyckades rensa bort de patienter som var felaktigt och/eller ofullständigt registrerade. Registret är därför nu fritt från sådana ärenden.

### Forskning kan ge kunskap om registret

Kvalitetsregistret är alltså ett verktyg för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling. Det kan också utgöra underlag för forskning.

Caroline Bergqvist och Sofia Tingberg skulle våren 2016 göra sitt examensarbete i omvårdnad på specialistsjuksköterskeprogrammet på Högskolan Väst. De fick nys om möjligheten att använda registret för sin magisteruppsats genom ett projekt som drevs av SKL och Svensk sjuksköterskeförening, i syfte att stimulera studenter på specialist-sjuksköterskeutbildningar att använda data från nationella kvalitetsregister i sina uppsatser.

– Vi tyckte att det var en bra idé, eftersom det skulle kunna leda till intressant forskning samt vara en del av registrets kvalitetsutvecklingsarbete. Vi hade i en tidigare årsrapport sett att det fanns en stor variation mellan enheterna vad det gällde andelen patienter som var färdiga för öppenvård men som trots det ändå var kvar i slutet vård. Spannet löpte från 0 till nästan 36 procent. Det tyckte vi var intressant och ville undersöka vidare, säger Sofia Tingberg.

Sofia och Caroline kontaktade

Camilla Skåån, sjuksköterska och en av registerhållarna för RättspsyK, som tillsammans med styrgruppen såg positivt på att registret användes.

Syftet med uppsatsen blev att titta på vilka faktorer som påverkar värd för patienter som bedömts som färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård trots detta fortfarande vårdas inom rättspsykiatrisk slutenvård. Sofia och Caroline beställde ut data, kodade om den och analyserade den i SPSS – med oväntat resultat.

– När vi såg analysen insåg vi att det här helt enkelt inte gick ihop. Den visade nämligen att en stor andel patienter skulle vara bedömda färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård redan efter ett år, vilket är en orimlig realitet. Det berodde sannolikt på att ett nej-svar på frågan kunde ha flera betydelser. Frågan i sin helhet gav också utrymme för flera tolkningsalternativ och erbjöd dessutom fritextsvar, säger Caroline Bergqvist.

### Kan rekommendera andra

Analysen visade alltså att den variabel som skulle kunna ge svar på Sofias och Carolines frågeställning inte var valid, vilket innebar att det inte skulle gå att få svar på den frågeställning som Sofia och Caroline ursprungligen ställt i uppsatsen.

– Det är klart att allt vändes upp och ner när vi fick det resultatet. Vi funderade på om vi skulle byta frågeställning, men insåg också att tiden man har för en magisteruppsats är högst begränsad. Dessutom var det ju ett intressant resultat i sig, det här, så det kunde vara värt mycket att gräva vidare i det vi hade fått fram, säger Sofia Tingberg.

Sofia och Caroline fortsatte sin uppsats, som nu istället hade fått titeln "En fråga med dolda svar – en registerstudie".

– Det blev som sagt inte den fråga vi tänkt oss att undersöka. Men att få vara med och bidra till att registret





”Vi tror verkligen att man skulle kunna hitta massor av företeelser som skulle kunna förbättra vården, om man bara grävde lite i registret.”

Caroline och Sofia

kunde förbättras kändes också som en viktig insats, säger Caroline Bergqvist.

Resultatet av uppsatsen blev, förutom att Caroline och Sofia fick sina poäng och sin examen, att Marianne Ander och Analysgruppen i registret bestämde sig för att titta närmare på variabeln.

– Det här var en av de frågor som var öppen för olika tolkningar. Det fanns dessutom en fritextruta, vilket vi helst inte vill ha med alls eftersom det ger så oändligt många svarsmöjligheter. I den här frågan skulle vi egentligen bara vilja ha två alternativ: Brist på boende och Brister i samverkan med andra aktörer. Arbetet pågår fortfarande med att se över den frågeställningen, säger Marianne Ander.

### **För att sammanfatta det hela, Marianne; varför tycker du det är viktigt att det görs forskning med registret som bas?**

– Det är oerhört viktigt. En av registrets uppgifter är att visa på olikheter i landet och underlätta forskning. Genom den här sortens studier kan vi få hjälp med att hitta eventuella brister och på så vis förbättra registret, säger Marianne Ander.

### **Och vad säger ni, Caroline och Sofia; skulle ni rekommendera andra studenter att använda registret som forskningsunderlag?**

– Absolut! Här finns massor av intressanta uppgifter att ta del av. Nu fick ju vi ett lite annat resultat än vi förväntat oss, men det var ju ändå

relevant på sitt sätt. Men vi tror verkligen att man skulle kunna hitta massor av företeelser som skulle kunna förbättra vården, om man bara grävde lite i registret. Så det tycker vi verkligen att fler borde göra, säger Caroline Bergqvist och Sofia Tingberg.

# Diskussion

I syfte att spegla ledningens syn på måltalen för sin verksamhet har analysgruppen för andra året bett respektive verksamhetschef att skriva en reflektion kring utvecklingen över tid avseende sin verksamhet för åtminstone ett av registrets fyra måltal. Ett antal verksamhetschefer har svarat och reflekterat. Reflektionerna speglar olika möjligheter att använda och se på sina resultat. I år nåddes inte något av registrets måltal på nationell nivå, dock har ett antal enskilda verksamheter nått något eller några måltal. Måhända är ribban för högt satt på nationell nivå för att vara realistisk. Särskilt tydligt är detta för fysisk hälsa. En tanke kan vara att sätta måltalen något lägre kommande år för att sedan höja efterhand som måltalen nås?

Ytterligare ett sätt är att följa resultatet av vården är patienternas självskattning av sin psykiska och fysiska hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. I patienternas skattning av fysisk och psykisk hälsa, skattar man sig lägre i den fysiska än den psykiska hälsan. När registret startades skattades hälsa, utan uppdelning i psykisk och fysisk hälsa. Många patienter efterfrågade då att kunna skilja på den fysiska och den psykiska hälsan i sina skattningar varför detta också gjorts sedan ett antal år. Varför skattar sig då patienterna högre på den psykiska hälsan än den fysiska? En anledning skulle kunna vara bristande insikt i sin psykiska sjukdom, medan de fysiska besvären upplevs som reella problem. Sex av tio uppger en förbättrad livskvalitet, medan två av tio uppger försämrad. Man kan dock tänka sig att i den sistnämnda gruppen ingår patienter vars symtombild förbättrats och som därmed fått en ny syn på hur livet skulle kunna vara om man inte varit sjuk. Detta skulle kunna innebära att livskvaliteten skattas lägre än när vården påbörjades. Här finns ett viktigt fält för att göra fördjupade studier i på olika nivåer, såväl i form av förbättringsarbete som forskning.

Glädjande kan det i årets rapport ses en genomgående och tydlig minskning av bortfallet för de självskattade frågorna. Detta beror sannolikt på att insatser gjorts på de nationella mötena med diskussioner kring hur trenden med ökande bortfall skulle kunna brytas. Minskningen har varit särskilt påtaglig i öppen vård med minskning i bortfall på mellan 10 och 13 procent. Det är också i öppen vården som bortfallet är störst. Motsvarande tendens, med minskande bortfall, kan även ses inom slutenvården även om siffrorna där är lägre.

Jämfört med närliggande register som PsykosR, SBR och BipolärR kan vi se en mer traditionell för att inte säga omodern farmakologi med äldre läkemedel, mer biverk-

ningar, mer polyfarmaci och sämre efterlevnad av Socialstyrelsens riktlinjer. Det hävdas ibland att detta är en följd av patientgruppens speciella karaktär och problematik vilket kan vara en delförklaring. Det är dock angeläget att en diskussion förs. Med vårdtider på flera år finns gott om tid och möjligheter till kvalificerad medicinställning.

En viktig iakttagelse är att andelen patienter som behandlats med psykoterapi minskat de senaste åren. Det är dock svårt att urskilja några uppenbara förklaringar till denna utveckling. Detta bör diskuteras med utgångspunkt i psykoteraeutiska insatsers roll inom den rättspsykiatriska vården. Med långa vårdtider och en patientgrupp med komplex problematik kan psykoterapi utgöra en möjlighet att behandla patienters psykiska, relationella eller färdighetsrelaterade problem som annars går obehandlade trots omvårdnad och farmakologisk behandling.

I samarbete med Registercentrum Norr har ett projekt bedrivits i syfte att utveckla och utbyta kunskap om framgångsrika metoder för att förbättra patienternas ekonomiska situation. I förra årets rapport beskrevs projektet i en artikel och i årets rapport redovisas också en uppföljning av projektet. Inom rättspsykiatrin är det ett känt faktum att patientens ekonomiska situation har en avgörande betydelse för att ge förutsättningar för att kunna hantera kraven i såväl öppen vård som när vården upphör. Men detta till trots är det nog inom flera verksamheter ett område med stor förbättringspotential. På ett tydligt vis framhåller exempelvis, i artikel i rapporten, före detta rättspsykiatriska patienten Mikael Åsberg vikten av att ha koll på sin ekonomi. Mikael efterlyser såväl träning i att hantera sin vardagsekonomi som hjälp att hantera en stor skadeståndsskuld. Sannolikt finns motsvarande exempel inom många verksamheter. Även små förbättringar av ekonomin har visat sig ha en positiv effekt på människors psykiska symtom. I en svensk studie fick 100 personer 500 kronor att disponera efter egna önskemål utan krav på redovisning eller motpresationer. Resultatet blev signifikanta förbättringar vad gäller psykiska symtom samtidigt som de hittade strategier för att hantera vardagens svårigheter. Farhågor om att pengarna skulle användas på ett destruktivt sätt i form av droger visade sig vara fel. Pengarna användes på ett sätt som befrämjade socialt umgänge och bättre hälsa. För den som vill veta mer rekommenderas skriften ”Pengar, vänner och psykiska problem”, Rapport 2015:2, Blekinge kompetenscentrum.

# Vad är rättspsykiatrisk vård?

## Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård

Undantaget från att döma till vanliga påföljder (fängelse, skyddstillsyn, böter, villkorlig dom, slutet ungdomsvård m.m.) anges i Brottsbalken 30 kap 6§: ”Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning ska i första hand dömas till en annan påföljd än fängelse. Rätten får döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl.”

I Brottsbalkens 31 kap 3§ anges: ”Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska 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.”

I Sverige finns således inget juridiskt ”otillräknelighetsbegrepp” utan oavsett hur sjuk man är får man ta straffrättsligt ansvar för sina handlingar. Internationellt är detta mycket ovanligt.

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. Varje år genomförs ungefär 1200 st. (1206 st. 2016) § 7 undersökningar i landet. Domstolen kan därefter begära att en rättspsykiatrisk undersökning, så kallad RPU eller ”stor sinnesundersökning”, ska genomföras. Detta sker vid två statliga en-

heter, Rättspsykiatriska avdelningen Göteborg och Rättspsykiatriska avdelningen Huddinge, samt, enligt avtal med staten, vid Norrlands Universitetssjukhus 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. 2016 genomfördes 470 ”stora” rättspsykiatriska undersökningar 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 en 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 särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste vårdformen är med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att en lokal Förvaltningsrätt beslutar om friförmåner under vårdtiden (frigång och permission), överföring till öppen rättspsykiatrisk vård samt definitiv utskrivning från vården. Den rättspsykiatriska vården ska regelbundet prövas av Förvaltningsrätten var sjätte månad. Om vården sker utan särskild utskrivningsprövning beslutar chefsöverläkaren vid enheten om friförmåner, överföring till öppen vård och definitiv utskrivning. En patient har dock möjlighet att när som helst under vårdtiden vända sig till Förvaltningsrätten för att få sitt ärende prövat. Parterna har även möjlighet att vända sig till en högre instans (Kammarrätt och Regeringsrätt).

# Fakta om Rättpsyk

## Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2015/2016 och som registrerats under 2016.

## Handläggare i Rättpsyk

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Tomas Kleveholt
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
Piteå Rättpsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättpsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Kristina Boström
Regionsjukhuset Karsudden	Malin Lotterberg
Regionsjukhuset Karsudden	Åsa Wallén
RPA Skellefteå	Anna Åkerström
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Anneli Hallgren
RPA Västervik	Roger Andersson

Verksamhet	Namn
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Erika Bergvall
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnheim
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Angelika Vicente
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Örebro	Carina Granlund
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Henrich Prüssner
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Anne Holmblad
RPV Halland	Katarina André
RPV Jönköping	Anders Nordström
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättpsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättpsykiatri Västmanland	Holger Edquist
Rättpsykiatri Västmanland	Johan Eriksson
Rättpsykiatri Västmanland	Tina Plensäll
Rättpsykiatri Västmanland	Victoria Andrén
Rättpsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättpsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättpsykiatri i Skåne	Jessica Jonsson
Rättpsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättpsykiatri i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättpsykiatri i Skåne	Susanne Harrtell
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Ali Khalvati
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Evelina Juujärvi
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Fredrik Nyblom
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Lars Gisel
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Ljubica Medjed
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Mattias Andersson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Rikard Persson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Åsa Boquist
Umeå Rättpsykiatri	Mattias Persson



## Registrets styrgrupp 2016

**Camilla Skåån**, Rättsspsykiatri Vänersborg,  
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

**Kaj Forslund**, Rättsspsykiatri vård, Stockholm,  
Verksamhetschef, Registerhållare

**Marianne Ander**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Univer-  
sitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsam-  
ordnare

**Mattias Andersson**, Rättsspsykiatri vård, Stockholm,  
IT administratör

**Helena Andreasson**, Rättsspsykiatri Skåne,  
Leg. sjuksköterska

**Victoria Andrén**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,  
Leg. Psykolog, Verksamhetsutvecklare

**Ulf Björnfot**, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter,  
Verksamhetschef

**Jörgen Bragner**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm,  
Verksamhetschef

**Anna-Karin Burman**, Piteå rättsspsykiatriska avdel-  
ning, Öjebyn, Sekreterare

**Jan Cederborg**, Rättsspsykiatriska regionkliniken,  
Vadstena, Verksamhetschef

**Holger Edquist**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,  
Leg. psykolog

**Sofia Eklund**, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter,  
Administrativ samordnare

**Bengt Eriksson**, Rättsspsykiatriska regionkliniken,  
Sundsvall, Stf. Verksamhetschef

**Johan Eriksson**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,  
Leg. Psykolog

**Madeleine Hammar**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare

**Malin Lotterberg**, Psykiatrisk rehabilitering och  
rättsspsykiatri, region Örebro, verksamhetschef

**Caroline Millberg**, Rättsspsykiatriska regionkliniken,  
Vadstena, Administrativ chef

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

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

## Registrets analysgrupp 2016

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

**Camilla Skåån**, Rättsspsykiatri Vänersborg,  
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

**Marianne Ander**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska Univer-  
sitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsam-  
ordnare

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

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

**Victoria Andrén**, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,  
Leg. Psykolog, Verksamhetsutvecklare

**Per Bülow**, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena,  
Klinisk lektor, Fil dr

**Lars Eriksson**, specialist i psykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg

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

**Madeleine Hammar**, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare

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

**Malin Lotterberg**, Psykiatrisk rehabilitering och  
rättsspsykiatri, region Örebro, verksamhetschef

**Christian Marquez von Hage**, Rättsspsykiatri vård  
Stockholm, Leg. Psykolog

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

# Täckningsgrad

## Verksamhetsnivå

Rättsspsykiatri i Jämtland har under året inte rapporterat till registret, så 24 av 25 enheter i landet har under 2016 rapporterat till registret, vilket ger en täckningsgrad på 96 procent.

## Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättsspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av Register-service vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 88,6 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2016: Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren, Socialstyrelsen 2016.

## Metodbeskrivning

Urvalet ur RättsspsyK består av patienter som var aktuella under 2015, med inskrivningsdatum senast 31 december 2015. Urvalet ur patientregistrets psykiatriska tvångsvård består av de patienter som vårdades 2015 med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J. Analysen har genomförts på individnivå, om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är antalet patienter i RättsspsyK (1805). Nämnaren är totala antalet patienter i RättsspsyK och patientregistret (2038).

## Vårdformer

E = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

F = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

I = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

J = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

## Innan 2011-01-01:

3 = Sluten rättsspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

4 = Sluten rättsspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

7 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

8 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning



Runstenen vid Växjö domkyrka Foto. Peter Tjelander

Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling

**Indexbrott/brott**

Indexbrott

Brott 2

Brott 3

**Tidigare påföljder**

Inga tidigare domar

**Påverkad vid brottet**

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

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Lösningsmedel

Anabola steroider

Övrigt

**Dokumenterad historia av missbruk**

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

**Tidigare psykiatrisk vård**

Tidigare psykiatrisk vård?

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård

Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare

Övrigt

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?

**Domslut**

Datum för dom saknas

Datum för dom i brottsmålet

Typ av domslut



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

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

Startår 2008

[www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se)

### NÅGRA INDIKATORER

- Patientskattad hälsa
- Återfall i brottslig gärning under pågående vård
- BMI (kroppsmasseindex)
- Förändring av ekonomisk skuldsituation
- Svårighetsgrad av symtombild

