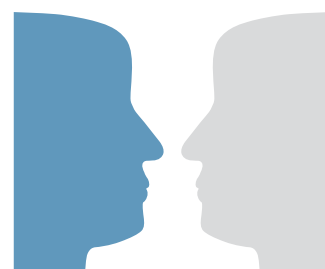


RättspsyK

Årsrapport 2014

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2014

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK
www.psykiatregister.se | www.incanet.se

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
Kaj Forslund
Marianne Ander
Hans Andersson
Helena Andreasson
Per Bülow
Alessio Degl'Innocenti
Lars Eriksson
Madeleine Hammar
Gustaf Hilding
Peter Karlberg
Malin Lotterberg
Sven Pedersen
Benjamin Wriling

Statistiker

Peter Gidlund

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

Projektledare

Anneli Ambring

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

Ansvarig utgivare

Camilla Skåån

Kaj Forslund

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

Landsting	Deltagande enheter
Dalarna	RPK Säter
Gävleborg	LRV-enheten Gävleborg
Halland	RPV Halland
Jämtland	Östersund psykiatri
Jönköping	RPV Jönköping
Kalmar	RPA Västervik
Kronoberg	RPK Landstinget Kronoberg
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

ISSN 2001-3698

Tryckår 2015



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	7
Resultat	8
Hälsa	8
Livskvalitet	9
Risk för återfall i brott	10
Utfall av vården för några indikatorer	11
GAF-skattning	11
Klinisk skattning av symtombilden	13
Insikt i sin sjukdom och problematik	14
Body Mass Index (BMI)	14
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	16
Förändring av skuldsituation	17
Nätverk	17
Återfall i brottslig gärning under pågående LRV-vård	18
Återfall i brott efter avslutad LRV-vård	18
Process	19
Genomförd riskanalys	19
Behandling utifrån riskbeteende	19
Tvångsåtgärder	21
Brottsbearbetning	21
Farmakologisk behandling	22
Missbruksbehandling	23
Genomförd funktions- och/eller behovsskattning	24
Samverkan och samverkansbehov	24
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	25
Patientenkät	25
Patientgruppen i registret	26
Bakgrundsdata	30
Täckningsgrad	33
Redovisning på enhetsnivå	34
Diskussion	47
Utvecklingsarbete	48
Förbättringsprojekt	50
Forskning och pågående studier	58
Vad är rättspsykiatrisk vård?	59
Fakta om RättspsyK	60

◀ Fågelbad tillverkat av en patient placerat i trädgården vid den nyrenoverade rättspsykiatriska vårdbyggnaden i Kristinehamn.

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 har bedrivits i olika arbetsgrupper med Svenska Rättspsykiatriska föreningen som sammanhållande länk. Under hela tiden som indikatorerna togs fram hölls två årliga nationella möten med deltagare från hela landet där arbetet kontinuerligt förankrades. Ambitionen har varit att hålla nere antalet indikatorer, för att främja en hög anslutning, samtidigt som en allsidig belysning av verksamheten eftersträvats.

BMI

I RättspsyK:s regi har ett landsomfattande förbättringsarbete skett att förbättra BMI för patienter som har ett högt sådant. För att öka kunskapen kring hur patienter som vårdas i rättspsykiatrisk vård förhåller sig har jämförelse gjorts med Nationella kvalitetsregistret för psykosvård, PsykosR, samt med genomsnittsbefolkningen i landet. Läs vidare under "Resultat/Body Mass Index (BMI)".

Fördjupning av vissa indikatorer – ekonomi, samverkan, orsak till avslut, nätverk

Några indikatorer; ekonomi, samverkan och nätverk redovisas på ett djupare sätt än i tidigare rapporter. När det gäller ekonomi är tanken att på detta vis ge fördjupad information till verksamheterna eftersom det innevarande år sker ett landsomfattande förbättringsarbete inom detta område. Läs vidare under respektive indikator.

Barn

I rapporten redovisas andelen patienter som har ett vårdansvar för barn yngre än 18 år. Det har dock visat sig i kvalitetsregistrets uppföljningsarbete av kvaliteten på indata att variabeln uppfattats så att det sannolikt även redovisas patienter som har nära relation till barn under 18 år, ibland utan formellt vårdansvar. Läs vidare under "Bakgrundsdata".

Återfall i brott

För tredje gången redovisas i år återfall i brott första året efter det att domen om rättspsykiatrisk vård upphört. Jämförelse görs med några andra påföljder. Läs vidare under "Resultat/Återfall i brott efter avslutad LRV-vård".

Tidigare domar enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

I syfte att få kunskap om andelen återfall i brott som leder till rättspsykiatrisk vård finns för första gången i årets

rapport data för andelen patienter som tidigare dömts till vård enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Läs vidare under "Bakgrundsdata".

Måttal på enhetsnivå

För att underlätta för deltagande enheter att bedöma sin målpuppfyllelsegrad redovisas i årets rapport registrets måttal även på enhetsnivå. Läs vidare under "Redovisning på enhetsnivå".

Valideringsarbete

I registret pågår ett valideringsarbete av indata där alla enheter får besök av två validerare. Läs mer under "Utvecklingsarbete".

Orsak till avslut

I årets rapport beskrivs de vanligaste orsakerna till att vården upphör. Läs mer under "Patientgruppen i registret/ Avslutade och avlidna patienter".

Ändrad struktur på innehåll

Strukturen på rapporten har ändrats i syfte att ge innehållet en logisk redovisning för att hjälpa läsaren att hitta i rapporten.

Redovisning av öppen rättspsykiatrisk vård – ändrad redovisning (2012)

Från och med 2012 registrerades om patienten vårdats i slutet eller öppen vård på ett tydligare och säkrare vis än innan. I rapporten redovisas därför data för 3 år (2012 – 2014) när det gäller öppen vård. Detta innebär också att data för öppen vård i tidigare rapporter kan skilja sig från de i årets rapport redovisade.

Redovisning av data

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än tio patienter för att säkerställa anonymiteten.

Detta innebär att i en del sammanställningar kan enheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter. På enhetsnivå kan materialet i 2014 års rapport vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet. Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2014.

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.

Öppna jämförelser

Utöver denna årsrapport finns också data från RättspsyK med i Öppna Jämförelser, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) med fem indikatorer hälsa, återfall i brottslig gärning under pågående vård, andel patienter med BMI ≥ 30 , andel patienter med förbättrad symtombild och andel patienter med förbättrad skuldsituation. I den sammanställningen redovisas utfall på landstings- och enhetsnivå för respektive variabel.

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.

Sammanfattning

Av registrets fyra måltal har ett av dessa uppnåtts. Målet är ”andelen patienter i landet som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara mindre än 10 procent”. Andelen var under året drygt 8 procent. Övriga måltal är ”andelen patienter i landet som skattar sin psykiska respektive fysiska hälsa över eller lika med 75 procent på en VAS-skala ska vara minst 75 procent”, utfall drygt 60 procent respektive drygt 50 procent samt ”andelen patienter i landet med BMI över 30 ska vara mindre än 37 procent”, utfall drygt 40 procent.

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer för patienter som 2009-2014 dömts till vård och där vården avskrivits. För mellan 55 och 66 procent förbättrades tre av dessa; funktionsförmågan (GAF), symtombild och den av patienterna självskattade indikatorn livskvalitet. För mellan 13 och 23 procent av patienterna försämrades samma indikatorer.

Skuldsituationen förbättrades för nära en femtedel av patienterna. För tre fjärdedelar av patienterna var skuldsituationen oförändrad. Dock har skuldsituationen försämrats för drygt 4 procent.

Resultatet ligger till grund för ett av registret initierat förbättringsprojekt med namnet, ”Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård”. Med tanke på det redovisas i år fler variabler med anknytning till patienternas ekonomi även på enhetsnivå.

Täckningsgraden på enhetsnivå är 100 procent och på patientnivå visar en täckningsgradsanalys utförd av Registerservice på Socialstyrelsen en täckningsgrad på 87,1 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 16 procent.

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

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 rättspsykiatriska patienterna och av de kvinnliga var en dryg fjärdedel påverkade vid de gärningar man begått.

Andelen patienter med missbruksdiagnos som under sin vårddid erhållit missbruksbehandling, har från år 2010 ökat från drygt 60 procent till närmare 80 procent för männen och till 70 procent för kvinnor, men det föreligger dock könsskillnader där männen ökat mest.

Livskvalitet skattas relativt högt, i intervallet 71 – 100 skattar sig cirka hälften av såväl kvinnor som män.

När det gäller risk för återfall i brott är det runt 80 procent av både kvinnor och män som skattar risk för återfall i brott inom intervallet 0-10.

Andelen män som varit föremål för tvångsåtgärder har varit relativt konstant fram till 2014 då andelen ökade med drygt 2 procentenheter till närmare 17 procent. Även antalet kvinnor som varit föremål för tvångsåtgärder har fram till 2014 varit relativt konstant för att under året öka med cirka 3 procentenheter till en andel på närmare 21 procent.

Syfte och måltal

Syfte

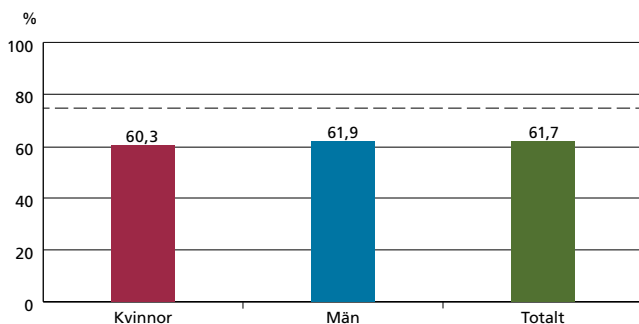
Det övergripande syftet med registret är att utifrån data ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning. Det syftar också till att ge en bild av den rättspsykiatriska vården och den rättspsykiatriska patientgruppen i landet för såväl personal och patienter inom rättspsykiatrin som utomstående med intresse för den rättspsykiatriska vården.

Måltal

För 2014 har fyra måltal formulerats för registret med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatrin.

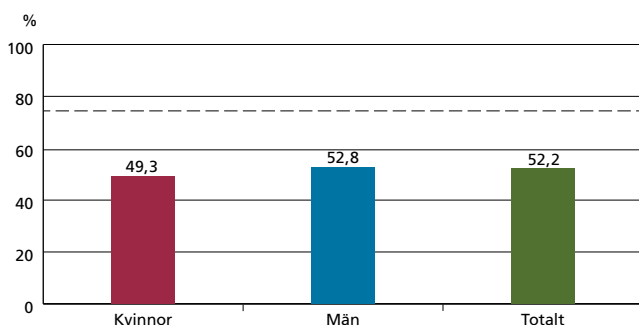
Måltalen är

1. Andelen patienter i landet som skattar sin psykiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent.



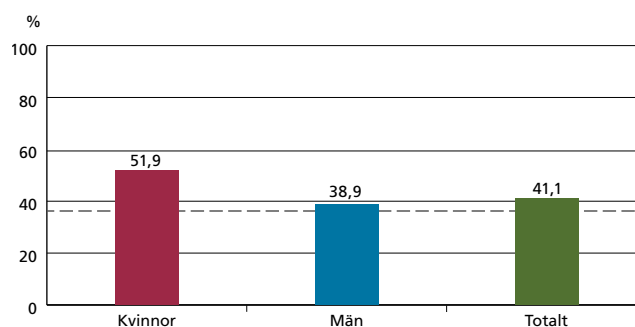
Måltalet för patientens psykiska hälsa har inte nåtts under 2014. En marginellt större andel av patienterna har skattat sin psykiska hälsa över 75 på en VAS-skala jämfört med föregående år. Denna skillnad är dock inte statistiskt säkerställd.

2. Andelen patienter i landet som skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent.



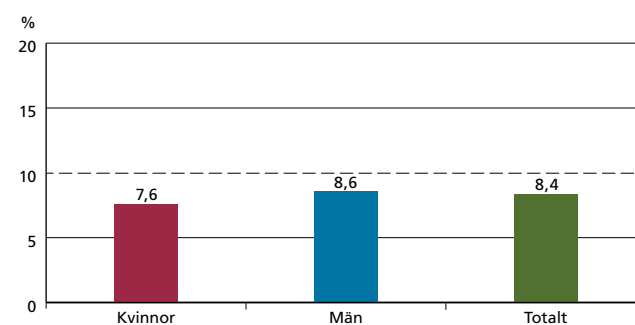
Måltalet för patientens fysiska hälsa har inte nåtts under 2014. En marginellt större andel patienter har skattat sin fysiska hälsa över 75 på en VAS-skala jämfört med föregående år. Denna skillnad är dock inte statistiskt säkerställd.

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



Måltalet för BMI har inte nåtts under 2014. Skillnaderna mot 2013 års resultat är obetydliga.

4. Andelen patienter i landet som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara mindre än 10 procent.



Måltalet för återfall i brottslig gärning under vårdtiden har nåtts under 2014. Andelen har minskat med 2,3 procentenheter sedan 2013, men det är oklart om detta är en statistiskt säker minskning. Under 2014 har ett arbete pågått med att uppmärksamma brottsliga gärningar under pågående vård. Detta arbete borde snarast ha lett till en ökning i registrerade brottsliga gärningar, men i registret ser vi istället en minskning. Detta verkar indikera en faktisk minskning i brottsliga gärningar inom den rättspsykiatriska vården.

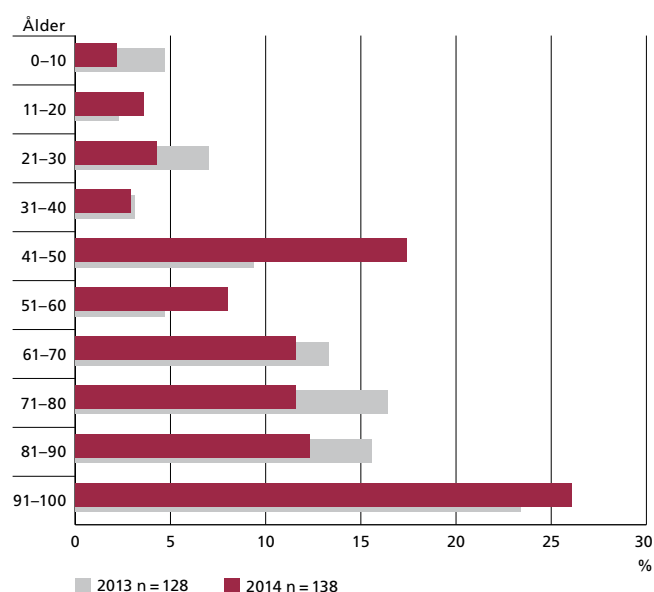
Under 2014 har ett av fyra måltal nåtts i den nationella sammanställningen. Marginella förändringar mot föregående år antyds av resultatet, men det är oklart om dessa förändringar utgör en signifikant förbättring. Resultatet får ändå betraktas som en utmaning för verksamheterna att fortsätta att arbeta med. Dessa indikatorer återfinns under avsnitten Hälsa, Body Mass Index (BMI) och Återfall i brottslig gärning under pågående LRV-vård. Under avsnittet Redovisning på enhetsnivå finns dessa indikatorer redovisade på enhetsnivå.

Resultat

Patienten erbjuds att fylla i tre stycken självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur individen själv upplever sin aktuella situation i tre olika hänseenden; hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. Hälsan skattas i två delar, fysisk hälsa och psykisk hälsa. I detta avsnitt vägs ingen annan information in än den som individen själv lämnar. Personalen gör inte någon bedömning av den skattning patienten gör. Skattningsmetoden som används är VAS¹. Svarsfrekvensen på dessa variabler är runt 50 %, vilket gör att utfallet bör tolkas med försiktighet.

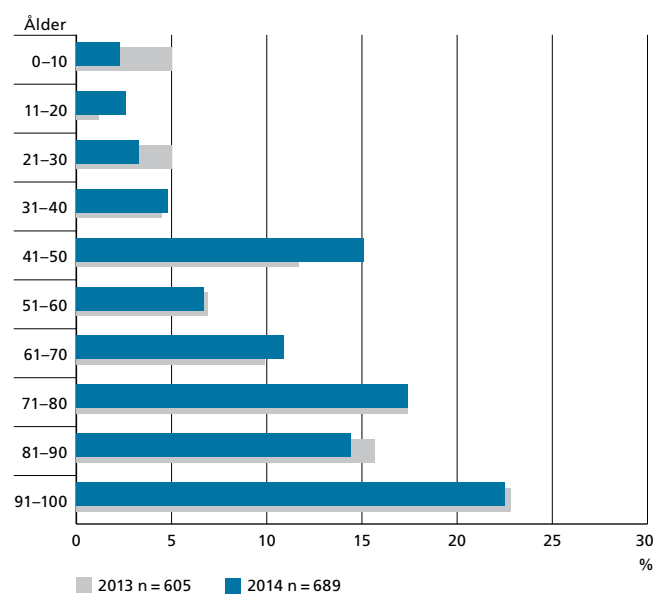
Hälsa

Figur 1. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.



Dessa måltal ska ses som måltal för registret som helhet på nationell nivå. Den enskilda enheten kan sedan sätta sitt eget måltal oavsett om detta ligger över eller under det nationella måltalet. En utgångspunkt i arbetet har varit att ha ett begränsat antal måltal som alla känner till, är utmanande, allsidiga och accepterade.

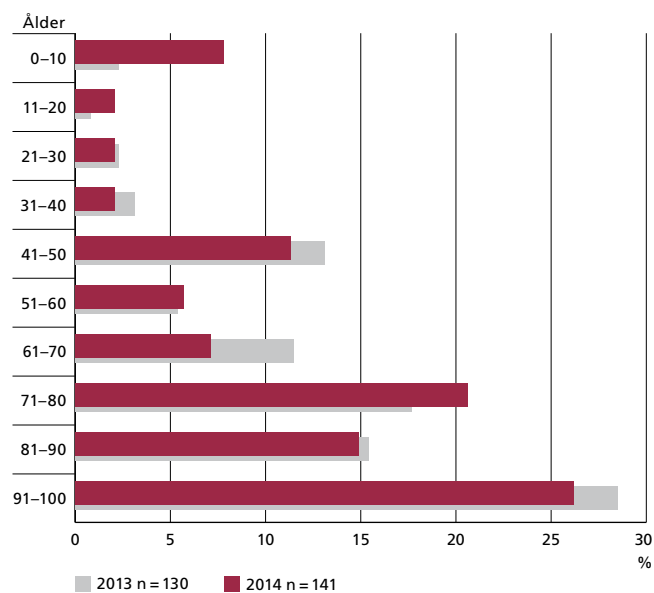
Figur 2. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, män.



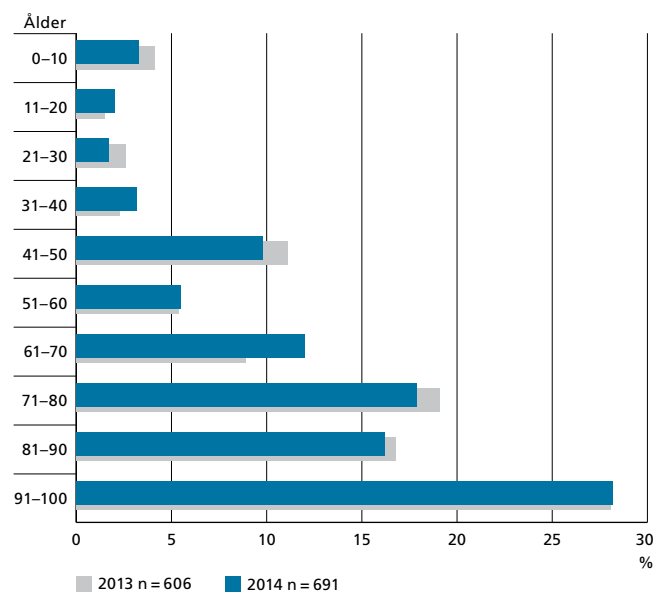
Patienterna skattar sin fysiska hälsa förhållandevis högt. Mäns och kvinnors skattning av sin fysiska hälsa tenderar att vara relativt lika. Skillnaden mellan åren är marginell.

¹VAS (Visuell Analog Skala, 0–100).

Figur 3. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.



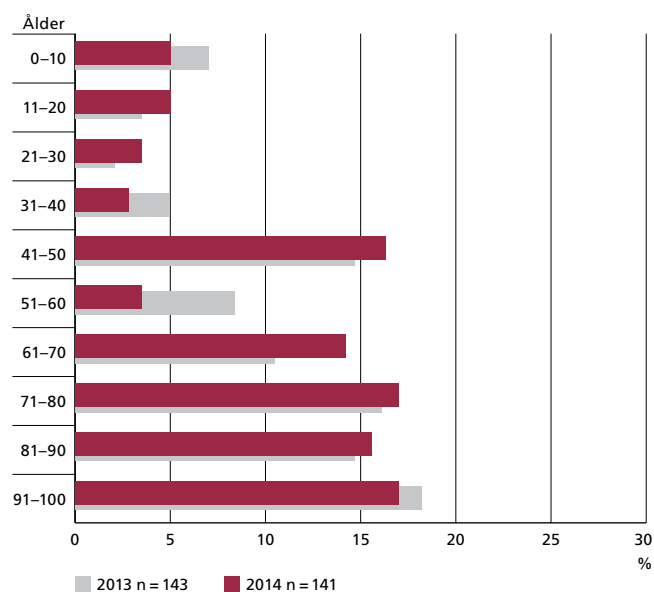
Figur 4. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, män.



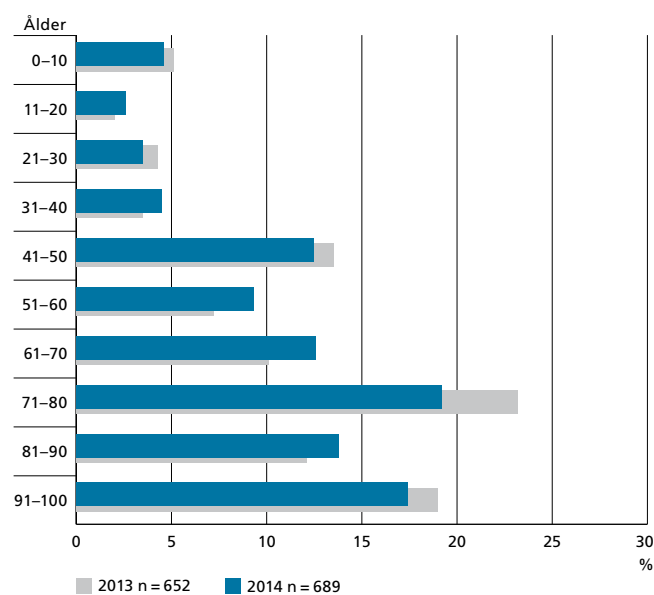
Skattningen av den psykiska hälsan visar inte på några större skillnader mellan män och kvinnor. Även den psykiska hälsan skattas relativt högt av alla patienterna. Skillnaden mellan åren är marginell.

Livskvalitet

Figur 5. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.



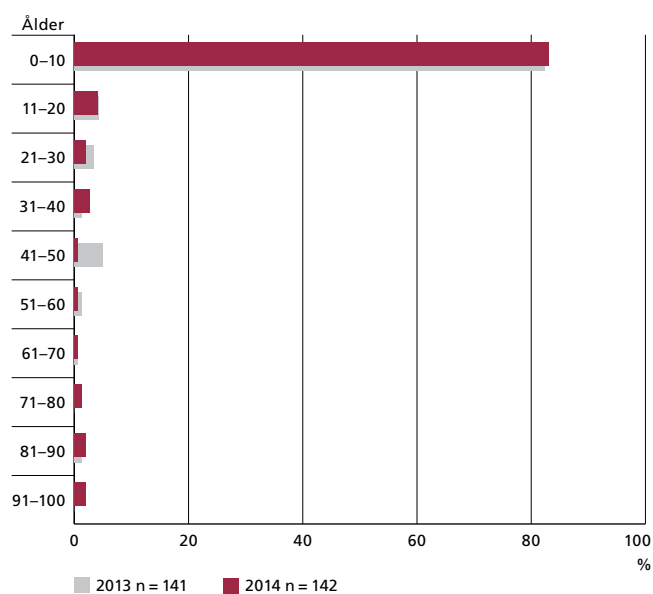
Figur 6. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, män.



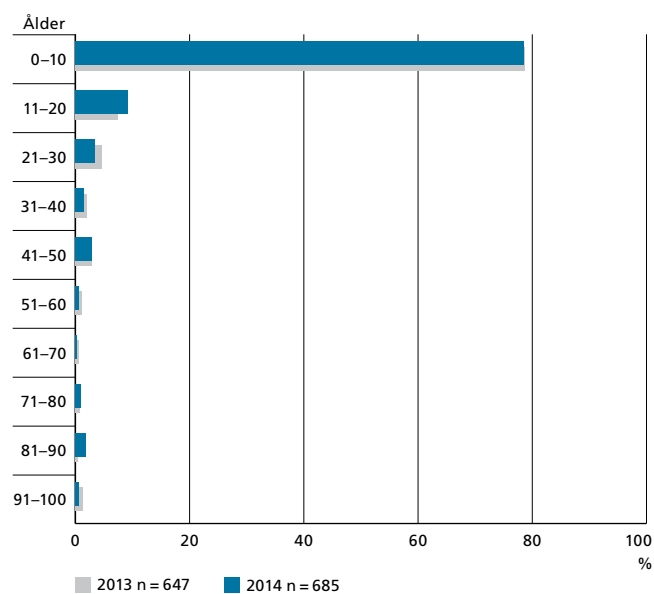
Patienternas egen skattning av livskvalitet är relativt hög för både kvinnor och män, även om spridningen är stor.

Risk för återfall i brott

Figur 7. Andel patienter som skattar sin risk i återfall i brott i respektive intervall, kvinnor.



Figur 8. Andel patienter som skattar sin risk i återfall i brott i respektive intervall, män.

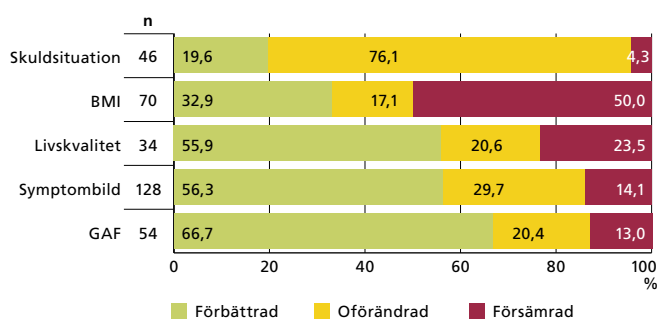


Den egna skattningen av risk för återfall i brott under pågående vårdepisod har både kvinnor och män skattat som mycket låg och i vissa fall obefintlig.

Utfall av vården för några indikatorer

I registret följs ett antal indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Dessa består av fyra indikatorer som skattats av vårdgivare (patientens skuldsituation, BMI, GAF och symtombild) och en indikator som skattats av patienterna själva (livskvalitet). En större andel av patienterna har skattats av personalen, respektive skattat sig själva, som förbättrade. Undantaget är indikatorn BMI där fler har en försämrade situation vid utskrivningstillfället i jämförelse med vårdens början.

Figur 9. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under åren 2009–2014.



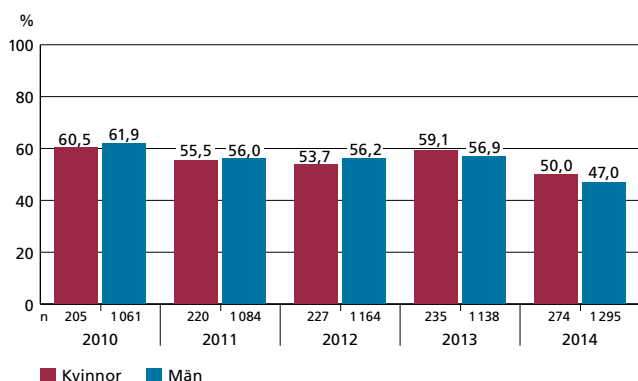
Grafen visar, för ett antal indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom intervallet 2009 – 2014 dömts till vård och där vården avskrivits. Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits.

GAF-skattning

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

Den psykosociala funktionsnivån belyses ur två aspekter: psykiatriska symtom (t.ex. nervositet, depressiva besvär, vanföreställningar, hallucinationer) och social funktionsförmåga (t.ex. arbetsförmåga, socialt kontaktnät, ADL-funktioner). Ibland görs en gradering av var och en av dessa aspekter, ibland görs en sammanvägd gradering. Om gradering görs av båda aspekterna ska det lägsta värdet gälla som indikator på psykosocial funktionsförmåga. Gradering av psykosocial funktionsförmåga utförs på de flesta rättspsykiatriska vårdenheter. Vem som utför graderingen och i vilka sammanhang kan skifta mellan enheterna och också inom en enhet. Vid den rättspsykiatriska undersökningen kommer GAF-värdet, då den undersökte bedöms ha ett vårdbehov och rekommenderas att bli överlämnad till rättspsykiatrisk vård, i de flesta fall att ligga omkring eller under 40. Detta är sista gången GAF-skattning ingår i RättpsyK:s årsrapport. I den senaste 5:e versionen av DSM har GAF ersatts av WHO Disability Assessment (WHODAS) som i dagsläget inte är översatt till svenska.

Figur 10. Andel patienter med genomförd GAF-skattning*, 2010–2014.



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

Andelen patienter som skattats enligt GAF låg under 2014 på 47 procent respektive 50 procent för män respektive kvinnor vilket är något lägre än tidigare år vilket troligen beror på vetskapen om att GAF inte är inkluderat i DSM-5 utan har ersatts med WHODAS.

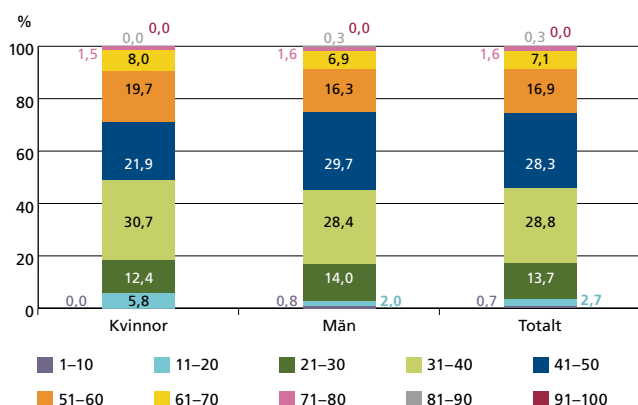
GAF-värde

Tabell 1. Fördelning av skattade GAF-värden (andel patienter anges inom parentes).

År	Kön	1–10	11–20	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80	81–90	91–100	Totalt
2010	Kvinnor	0 (0,0)	10 (8,1)	22 (17,7)	48 (38,7)	21 (16,9)	17 (13,7)	6 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	124 (100,0)
	Män	9 (1,4)	26 (4,0)	81 (12,3)	201 (30,6)	167 (25,4)	113 (17,2)	45 (6,8)	14 (2,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	657 (100,0)
	Totalt	9 (1,2)	36 (4,6)	103 (13,2)	249 (31,9)	188 (24,1)	130 (16,6)	51 (6,5)	14 (1,8)	1 (0,1)	0 (0,0)	781 (100,0)
2011	Kvinnor	3 (2,5)	6 (4,9)	20 (16,4)	44 (36,1)	32 (26,2)	9 (7,4)	7 (5,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	122 (100,0)
	Män	4 (0,7)	27 (4,4)	69 (11,4)	205 (33,8)	153 (25,2)	94 (15,5)	41 (6,8)	13 (2,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	607 (100,0)
	Totalt	7 (1,0)	33 (4,5)	89 (12,2)	249 (34,2)	185 (25,4)	103 (14,1)	48 (6,6)	14 (1,9)	1 (0,1)	0 (0,0)	729 (100,0)
2012	Kvinnor	2 (1,6)	6 (4,9)	13 (10,7)	39 (32,0)	33 (27,0)	17 (13,9)	10 (8,2)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	122 (100,0)
	Män	7 (1,1)	27 (4,1)	73 (11,2)	220 (33,6)	159 (24,3)	112 (17,1)	42 (6,4)	12 (1,8)	2 (0,3)	0 (0,0)	654 (100,0)
	Totalt	9 (1,2)	33 (4,3)	86 (11,1)	259 (33,4)	192 (24,7)	129 (16,6)	52 (6,7)	14 (1,8)	2 (0,3)	0 (0,0)	776 (100,0)
2013	Kvinnor	0 (0,0)	10 (7,2)	21 (15,1)	45 (32,4)	37 (26,6)	15 (10,8)	9 (6,5)	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0,0)	139 (100,0)
	Män	1 (0,2)	19 (2,9)	75 (11,6)	205 (31,7)	196 (30,3)	94 (14,5)	44 (6,8)	9 (1,4)	4 (0,6)	0 (0,0)	647 (100,0)
	Totalt	1 (0,1)	29 (3,7)	96 (12,2)	250 (31,8)	233 (29,6)	109 (13,9)	53 (6,7)	10 (1,3)	5 (0,6)	0 (0,0)	786 (100,0)
2014	Kvinnor	0 (0,0)	8 (5,8)	17 (12,4)	42 (30,7)	30 (21,9)	27 (19,7)	11 (8,0)	2 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	137 (100,0)
	Män	5 (0,8)	12 (2,0)	85 (14,0)	173 (28,4)	181 (29,7)	99 (16,3)	42 (6,9)	10 (1,6)	2 (0,3)	0 (0,0)	609 (100,0)
	Totalt	5 (0,7)	20 (2,7)	102 (13,7)	215 (28,8)	211 (28,3)	126 (16,9)	53 (7,1)	12 (1,6)	2 (0,3)	0 (0,0)	746 (100,0)

Cirka 30 procent av patienterna har skattats i intervallet 31–40 och cirka 30 procent i intervallet 41–50. 31–40 motsvarar uttalade funktionssvårigheter eller viss störning av realitetsprövning/kommunikationsförmåga, 41–50 motsvarar allvarliga funktionssvårigheter eller symtom.

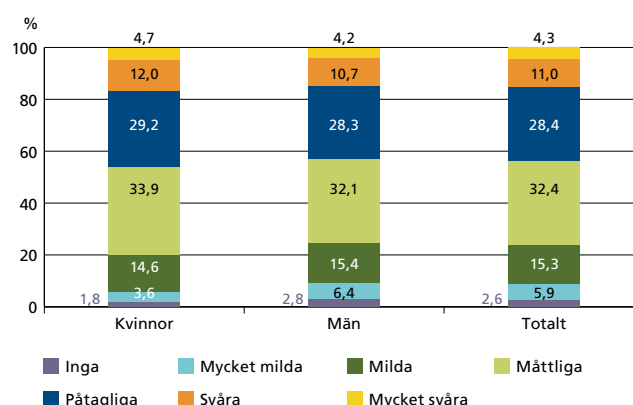
Tabellen visar antal och andel patienter, fördelat på män, kvinnor och totalt, som skattats i respektive intervall under de fem senaste åren. Förändringarna över åren är små vilket pekar på stabil bedömarreliabilitet i skattningarna.

Figur 11. Fördelning av GAF-värde för uppföljningar, 2014.

I figuren visas grafiskt fördelningen mellan olika intervall för män respektive kvinnor. Kvinnor förefaller få värden under 40 i något större utsträckning än män. Detta skulle kunna peka på att kvinnor som dömts till rättspsykiatrisk vård i större utsträckning har uttalade funktionsnedsättningar eller störning i realitetsprövning/kommunikation än män. Alternativt skulle det kunna vara ett uttryck för hur kvinnor uppfattas av den rättspsykiatriska vården.

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 12. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad, 2014.

I figuren ovan visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på män, kvinnor och totalt. Kvinnornas symtom skattas som svårare i jämförelse med mäns.

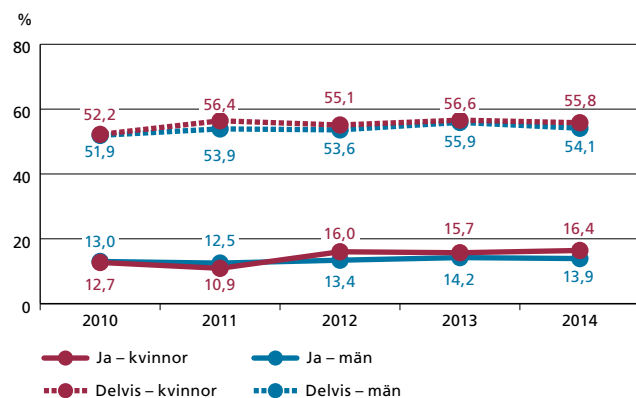
Tabell 2. Fördelning av skattad svårighetsgrad av symtom (andel anges inom parentes).

År	Kön	Inga	Mycket milda	Milda	Måttliga	Påtagliga	Svåra	Mycket svåra	Totalt
2010	Kvinnor	4 (2,0)	12 (5,9)	26 (12,7)	54 (26,3)	58 (28,3)	32 (15,6)	19 (9,3)	205 (100,0)
	Män	47 (4,4)	75 (7,1)	182 (17,2)	345 (32,5)	283 (26,7)	99 (9,3)	30 (2,8)	1 061 (100,0)
	Totalt	51 (4,0)	87 (6,9)	208 (16,4)	399 (31,5)	341 (26,9)	131 (10,3)	49 (3,9)	1 266 (100,0)
2011	Kvinnor	2 (0,9)	12 (5,5)	28 (12,7)	60 (27,3)	75 (34,1)	27 (12,3)	16 (7,3)	220 (100,0)
	Män	32 (3,0)	83 (7,7)	182 (16,8)	345 (31,8)	309 (28,5)	110 (10,1)	23 (2,1)	1 084 (100,0)
	Totalt	34 (2,6)	95 (7,3)	210 (16,1)	405 (31,1)	384 (29,4)	137 (10,5)	39 (3,0)	1 304 (100,0)
2012	Kvinnor	6 (2,7)	11 (4,9)	40 (17,8)	75 (33,3)	58 (25,8)	27 (12,0)	8 (3,6)	225 (100,0)
	Män	38 (3,3)	87 (7,5)	223 (19,3)	328 (28,4)	348 (30,2)	95 (8,2)	35 (3,0)	1 154 (100,0)
	Totalt	44 (3,2)	98 (7,1)	263 (19,1)	403 (29,2)	406 (29,4)	122 (8,8)	43 (3,1)	1 379 (100,0)
2013	Kvinnor	9 (3,8)	12 (5,1)	38 (16,2)	64 (27,2)	75 (31,9)	31 (13,2)	6 (2,6)	235 (100,0)
	Män	36 (3,2)	81 (7,1)	206 (18,1)	362 (31,8)	322 (28,3)	97 (8,5)	33 (2,9)	1 137 (100,0)
	Totalt	45 (3,3)	93 (6,8)	244 (17,8)	426 (31,0)	397 (28,9)	128 (9,3)	39 (2,8)	1 372 (100,0)
2014	Kvinnor	5 (1,8)	10 (3,6)	40 (14,6)	93 (33,9)	80 (29,2)	33 (12,0)	13 (4,7)	274 (100,0)
	Män	36 (2,8)	83 (6,4)	200 (15,4)	416 (32,1)	366 (28,3)	139 (10,7)	55 (4,2)	1 295 (100,0)
	Totalt	41 (2,6)	93 (5,9)	240 (15,3)	509 (32,4)	446 (28,4)	172 (11,0)	68 (4,3)	1 569 (100,0)

I tabell 2 återfinns antal och andel patienter som skattats i respektive skalsteg för svårighetsgrad av symtom fördelat på män, kvinnor och totalt. Här återfinns data för de senaste fem åren. Sammantaget förefaller skillnaderna vara små mellan åren. Andelen som bedöms ha måttliga till påtagliga symtom uppgår till cirka 60 procent, vilket motsvarar föregående års siffror.

Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 13. Andel patienter som bedöms ha insikt eller delvis insikt i sin sjukdom.

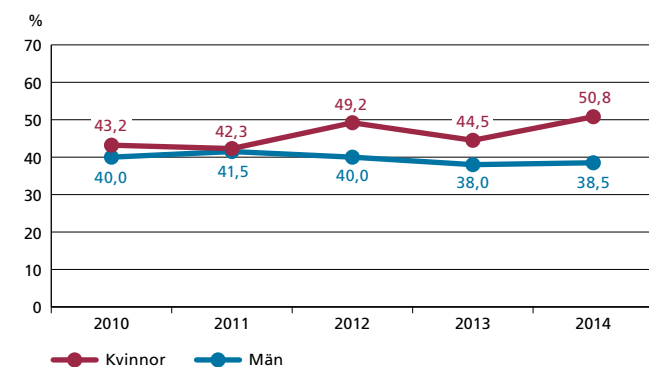


Andelen patienter, såväl kvinnor som män, som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik ligger ganska konstant med små skillnader mellan könen. Andelen med bedömd insikt ligger på cirka 15 procent och delvis insikt på cirka 55 procent.

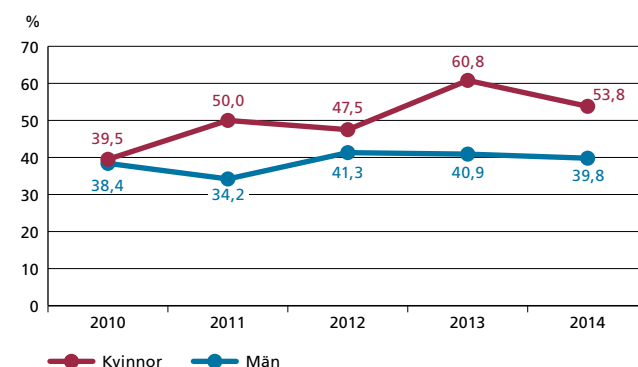
Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik bedöms av patientens vårdgivare kliniskt, alternativt med hjälp av strukturerade instrument.

Body Mass Index (BMI)

Figur 14. Andel patienter med BMI ≥ 30 i slutenvård.

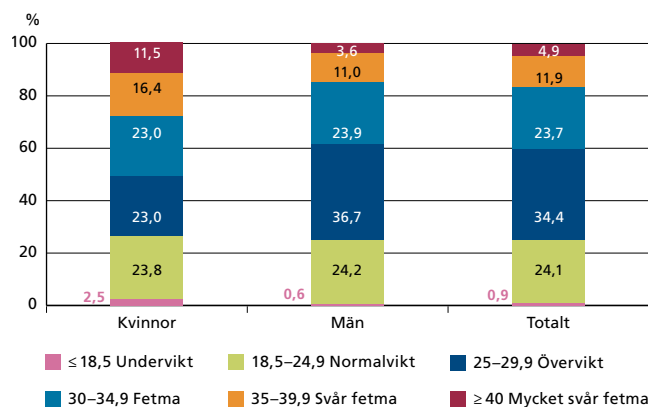


Figur 15. Andel patienter med BMI ≥ 30 i öppenvård.

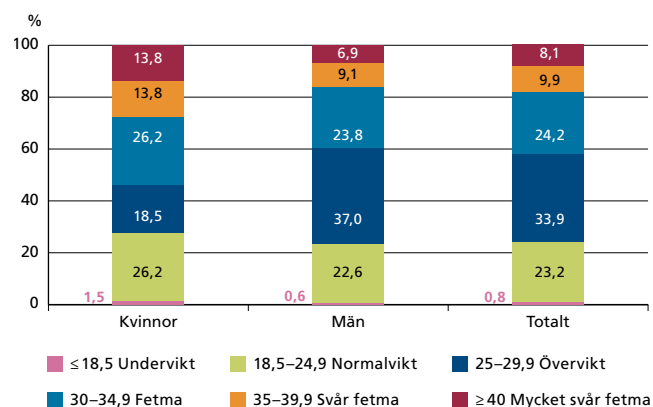


För såväl kvinnor som män i slutenvård ligger BMI fortfarande högt. Andelen män med BMI ≥ 30 är relativt konstant medan andelen för kvinnor ökar.

Figur 16. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.



Figur 17. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



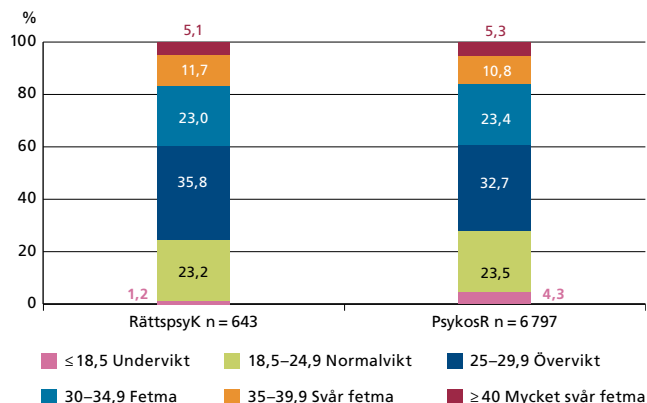
Tabell 3. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård (andel anges inom parentes).

År	Kön	≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2010	Kvinnor	2 (2,1)	25 (26,3)	27 (28,4)	13 (13,7)	18 (18,9)	10 (10,5)	95 (100,0)
	Män	2 (0,4)	130 (24,3)	189 (35,3)	138 (25,8)	52 (9,7)	24 (4,5)	535 (100,0)
	Totalt	4 (0,6)	155 (24,6)	216 (34,3)	151 (24,0)	70 (11,1)	34 (5,4)	630 (100,0)
2011	Kvinnor	4 (3,6)	33 (29,7)	27 (24,3)	21 (18,9)	18 (16,2)	8 (7,2)	111 (100,0)
	Män	2 (0,4)	121 (23,9)	173 (34,2)	126 (24,9)	55 (10,9)	29 (5,7)	506 (100,0)
	Totalt	6 (1,0)	154 (25,0)	200 (32,4)	147 (23,8)	73 (11,8)	37 (6,0)	617 (100,0)
2012	Kvinnor	3 (2,5)	32 (27,1)	25 (21,2)	32 (27,1)	12 (10,2)	14 (11,9)	118 (100,0)
	Män	7 (1,2)	148 (26,1)	185 (32,6)	153 (27,0)	51 (9,0)	23 (4,1)	567 (100,0)
	Totalt	10 (1,5)	180 (26,3)	210 (30,7)	185 (27,0)	63 (9,2)	37 (5,4)	685 (100,0)
2013	Kvinnor	6 (5,5)	34 (30,9)	21 (19,1)	25 (22,7)	13 (11,8)	11 (10,0)	110 (100,0)
	Män	3 (0,6)	140 (26,3)	187 (35,2)	119 (22,4)	62 (11,7)	21 (3,9)	532 (100,0)
	Totalt	9 (1,4)	174 (27,1)	208 (32,4)	144 (22,4)	75 (11,7)	32 (5,0)	642 (100,0)
2014	Kvinnor	3 (2,5)	29 (23,8)	28 (23,0)	28 (23,0)	20 (16,4)	14 (11,5)	122 (100,0)
	Män	4 (0,6)	149 (24,2)	226 (36,7)	147 (23,9)	68 (11,0)	22 (3,6)	616 (100,0)
	Totalt	7 (0,9)	178 (24,1)	254 (34,4)	175 (23,7)	88 (11,9)	36 (4,9)	738 (100,0)

Tabell 4. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård (andel anges inom parentes).

År	Kön	≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2010	Kvinnor	1 (2,6)	9 (23,7)	13 (34,2)	8 (21,1)	6 (15,8)	1 (2,6)	38 (100,0)
	Män	2 (0,8)	63 (25,7)	86 (35,1)	55 (22,4)	25 (10,2)	14 (5,7)	245 (100,0)
	Totalt	3 (1,1)	72 (25,4)	99 (35,0)	63 (22,3)	31 (11,0)	15 (5,3)	283 (100,0)
2011	Kvinnor	0 (0,0)	5 (14,7)	12 (35,3)	7 (20,6)	7 (20,6)	3 (8,8)	34 (100,0)
	Män	1 (0,4)	59 (24,6)	98 (40,8)	56 (23,3)	17 (7,1)	9 (3,8)	240 (100,0)
	Totalt	1 (0,4)	64 (23,4)	110 (40,1)	63 (23,0)	24 (8,8)	12 (4,4)	274 (100,0)
2012	Kvinnor	2 (5,0)	10 (25,0)	9 (22,5)	10 (25,0)	5 (12,5)	4 (10,0)	40 (100,0)
	Män	2 (0,7)	69 (24,0)	98 (34,0)	71 (24,7)	31 (10,8)	17 (5,9)	288 (100,0)
	Totalt	4 (1,2)	79 (24,1)	107 (32,6)	81 (24,7)	36 (11,0)	21 (6,4)	328 (100,0)
2013	Kvinnor	1 (2,0)	6 (11,8)	13 (25,5)	13 (25,5)	10 (19,6)	8 (15,7)	51 (100,0)
	Män	3 (1,1)	51 (18,5)	109 (39,5)	71 (25,7)	25 (9,1)	17 (6,2)	276 (100,0)
	Totalt	4 (1,2)	57 (17,4)	122 (37,3)	84 (25,7)	35 (10,7)	25 (7,6)	327 (100,0)
2014	Kvinnor	1 (1,5)	17 (26,2)	12 (18,5)	17 (26,2)	9 (13,8)	9 (13,8)	65 (100,0)
	Män	2 (0,6)	72 (22,6)	118 (37,0)	76 (23,8)	29 (9,1)	22 (6,9)	319 (100,0)
	Totalt	3 (0,8)	89 (23,2)	130 (33,9)	93 (24,2)	38 (9,9)	31 (8,1)	384 (100,0)

Figur 18. Jämförelse av BMI mellan personer registrerade i kvalitetsregistren RättsspsyK och PsykosR.

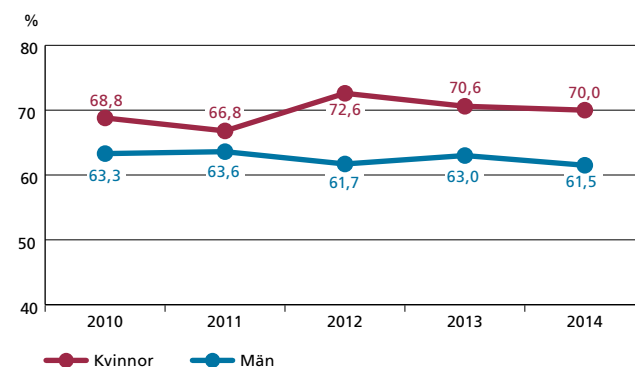


En jämförelse mellan patienter registrerade i PsykosR¹ och Rättsspsyk visar att det inte föreligger någon skillnad i andel patienter med BMI >30. Andelen i de båda registren är 40%. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättsspsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse. Siffrorna gäller för 2014.

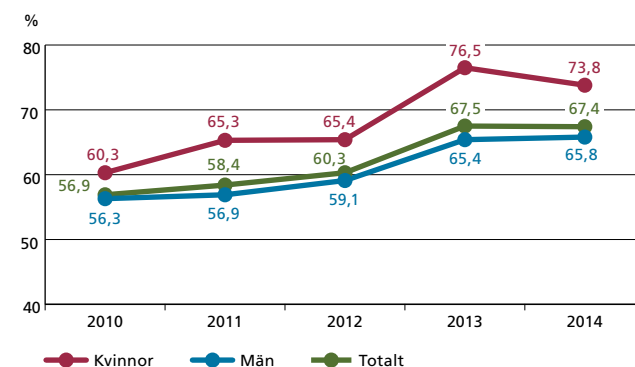
Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av fetma (BMI ≥ 30) i befolkningen. Andelen personer mellan 18-64 år med ett BMI ≥ 30 var cirka 11 procent för bägge könen.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Figur 19. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi.



Figur 20. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man eller förvaltare.



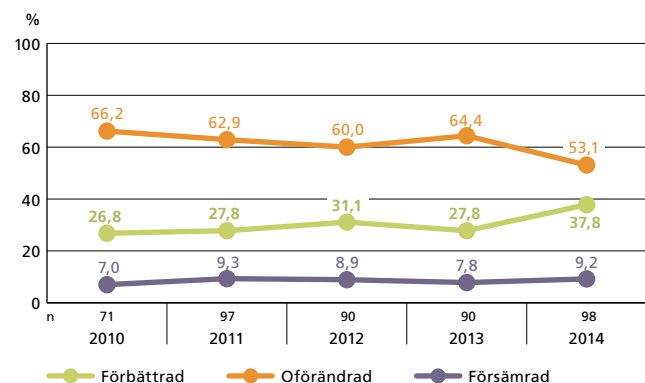
Mellan 60 och 70 procent av patienterna är i behov av hjälp med sin ekonomi vilket är en siffra som är konstant över åren. Detta är förenligt med tidigare visade resultat². I år redovisas för första gången hur stor andel av patienterna som fått god man eller förvaltare. Sedan 2010 har andelen patienter som fått hjälp med detta ökat kontinuerligt. Andelen har ökat med drygt 10 procentenheter för både kvinnor och män.

¹Nationellt kvalitetsregister för psykosvård.

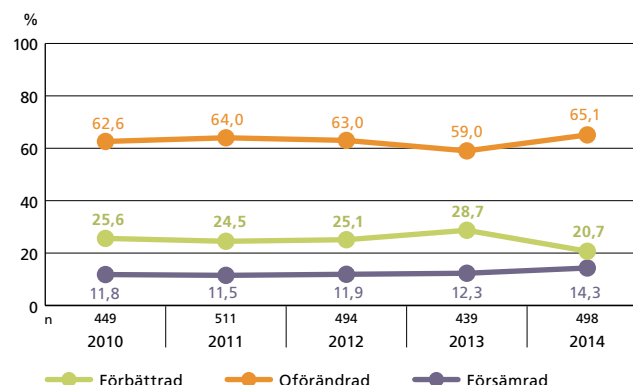
²Gustafsson E et. al. Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2012 Oct; 19(8):729-37.

Förändring av skuldsituation

Figur 21. Andel kvinnor med förändrad skuldsituation.



Figur 22. Andel män med förändrad skuldsituation.



Skillnaderna i skuldsituationen är liten, särskilt för männen. Kvinnorna har en något positivare utveckling.

Nära 40 procent av samtliga har fått en något förbättrad skuldsituation.

Nätverk

Tabell 5. Antal patienter som själva uppbär kontakterna med socialt och / eller professionellt nätverk (andel anges inom parentes).

	2011		2012		2013		2014	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Kvinnor	217 (98,6)	220	221 (97,4)	227	235 (96,6)	235	274 (96,0)	274
Män	1037 (95,7)	1084	1092 (93,8)	1164	1138 (94,5)	1138	1295 (93,9)	1295
Totalt	1254 (96,2)	1304	1313 (94,4)	1391	1373 (94,8)	1373	1569 (94,3)	1569

Andelen patienter som själva uppbär kontakten med ett nätverk är hög, över 90 procent, vilket framgår av tabellen.

Tabell 6. Fördelning av socialt och/eller professionellt nätverk (anges i procent).

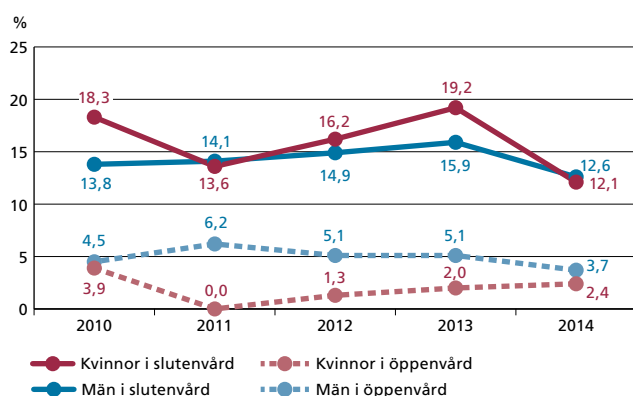
År	Kön	Totalt antal patienter	Anhöriga	Vänner	Kommun	Landsting	Försäkringskassa	Arbetsgivare	Frivilligorganisation	Annan aktör	Nätverk ej specificerat
2011	Kvinnor	217	83,4	26,7	49,3	52,1	34,1	5,1	4,1	14,7	0,0
	Män	1037	81,0	30,5	54,2	51,4	33,8	5,5	2,8	15,3	0,0
	Totalt	1254	81,4	29,8	53,3	51,5	33,9	5,4	3,0	15,2	0,0
2012	Kvinnor	221	87,3	26,2	38,5	37,1	20,8	5,0	2,3	14,9	0,9
	Män	1092	81,7	31,1	45,6	38,7	24,3	5,1	3,2	12,3	0,9
	Totalt	1313	82,6	30,3	44,4	38,5	23,7	5,1	3,0	12,7	0,9
2013	Kvinnor	227	89,0	42,7	39,2	36,6	16,7	10,1	4,8	15,4	0,0
	Män	1075	85,9	40,1	39,1	34,2	16,5	6,9	3,0	13,3	0,1
	Totalt	1302	86,4	40,6	39,1	34,6	16,5	7,5	3,3	13,7	0,1
2014	Kvinnor	263	89,7	38,4	39,5	35,7	17,9	5,7	5,3	12,9	0,0
	Män	1216	86,8	37,4	36,3	33,0	20,0	5,0	4,4	12,3	0,0
	Totalt	1479	87,4	37,6	36,9	33,5	19,6	5,1	4,6	12,4	0,0

Formuläret i årsuppföljningen ger utrymme för flera svarsalternativ.

En stor andel av patienterna uppbär själva kontakten med sina anhöriga. I mindre utsträckning sköter patienterna själva kontakterna med professionella nätverksaktörer. Till viss del kan detta bero på att vården ombesörjer dessa kontakter, liksom på var i behandlingsprocessen patienten befinner sig.

Återfall i brottslig gärning under pågående LRV-vård

Figur 23. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i öppen- och slutenvård.



Återfall i brottslig gärning under vårdtiden för såväl män som kvinnor har minskat under 2014.

I öppen vård är andelen återfall för män tämligen konstant över åren.

Då de registrerande enheterna inte har tillgång till belastningsregistret illustrerar figuren och tabellen de återfall i brottslig gärning som dessa fått kännedom om, det vill säga de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polisanmält nytt begånget brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal.

Möjliga felkällor är att det kan förekomma fler återfall i brottslig gärning än vården känner till. Vidare kan det mellan olika vårdinrättningar finnas olika tolerans för vad som accepteras under vårdtiden, exempelvis var gränsen för olaga hot dras.

Återfall i brott efter avslutad LRV-vård

Genom samarbete med Brottsförebyggande rådet (BRÅ), redovisas återfall i brott under ett år efter det att vården upphört.

Tabell 7. Återfall i brott ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård.

	Antal personer som återfallit i brott	Antal personer där rättspsykiatrisk vård avslutats	Andel personer som återfallit i brott
2010	9	102	8,8
2011	15	108	13,9
2012	16	125	12,8

Process

Genomförd riskanalys

Tabell 8. Antal riskbedömningar (andel anges inom parentes).

År	Kön	HCR 20	SARA	SVR 20	PCL	Klinisk bedömning	Annan	Antal unika patienter*
2010	Kvinnor	79 (56,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	35 (24,8)	99 (70,2)	23 (16,3)	205
	Män	419 (56,5)	5 (0,7)	9 (1,2)	137 (18,5)	509 (68,7)	111 (15,0)	1061
	Totalt	498 (56,5)	7 (0,8)	9 (1,0)	172 (19,5)	608 (68,9)	134 (15,2)	1266
2011	Kvinnor	78 (52,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (12,8)	100 (67,6)	26 (17,6)	220
	Män	376 (50,1)	1 (0,1)	11 (1,5)	104 (13,9)	526 (70,1)	139 (18,5)	1084
	Totalt	454 (50,6)	1 (0,1)	11 (1,2)	123 (13,7)	626 (69,7)	165 (18,4)	1304
2012	Kvinnor	65 (38,5)	1 (0,6)	0 (0,0)	15 (8,9)	112 (66,3)	40 (23,7)	227
	Män	283 (34,5)	2 (0,2)	10 (1,2)	85 (10,4)	580 (70,7)	244 (29,8)	1164
	Totalt	348 (35,2)	3 (0,3)	10 (1,0)	100 (10,1)	692 (70,0)	284 (28,7)	1391
2013	Kvinnor	63 (36,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	16 (9,1)	126 (72,0)	47 (26,9)	235
	Män	277 (32,3)	2 (0,2)	10 (1,2)	81 (9,4)	640 (74,6)	226 (26,3)	1138
	Totalt	340 (32,9)	3 (0,3)	10 (1,0)	97 (9,4)	766 (74,2)	273 (26,4)	1373
2014	Kvinnor	55 (27,8)	1 (0,5)	0 (0,0)	9 (4,5)	171 (86,4)	51 (25,8)	274
	Män	301 (31,9)	4 (0,4)	10 (1,1)	65 (6,9)	722 (76,5)	260 (27,5)	1295
	Totalt	356 (31,2)	5 (0,4)	10 (0,9)	74 (6,5)	893 (78,2)	311 (27,2)	1569

* Patienten kan ha blivit bedömd med en eller flera metoder.

Av tabellen framgår att risk- och farlighetsanalyser har genomförts på drygt 1200 av registrets patienter, vilket motsvarar ungefär 90 procent av patienterna som följts upp i registret. Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare, används i störst utsträckning. Av de specificerade, strukturerade riskbedömningsinstrumenten var HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) det vanligast förekommande. Liksom i förra årets rapport förefaller dock HCR-20 och PCL (Psychopathy Checklist) användas i något mindre utsträckning än åren innan 2012, medan kategorin Annan förefaller öka. Möjligen är detta ett resultat av en ökad användning av lokalt utvecklade instrument eller sådana instrument som inte är valbara alternativ i nuvarande formulär.

Samtliga instrument som beskrivs i faktarutan har bidragit till att ge risk- och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund och en mer strukturerad tillämpning, än vad som tidigare har varit fallet, men i den kliniska verkligheten tycks användningen minska.

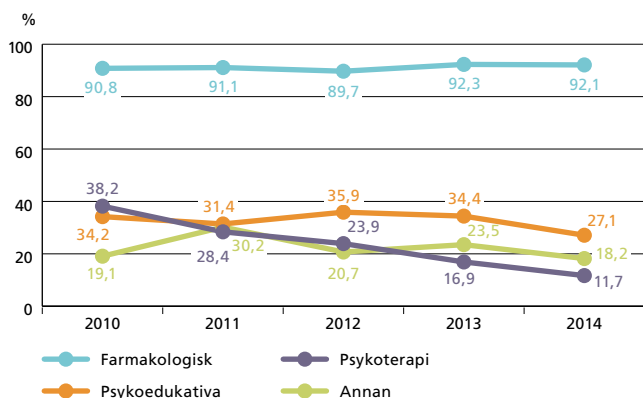
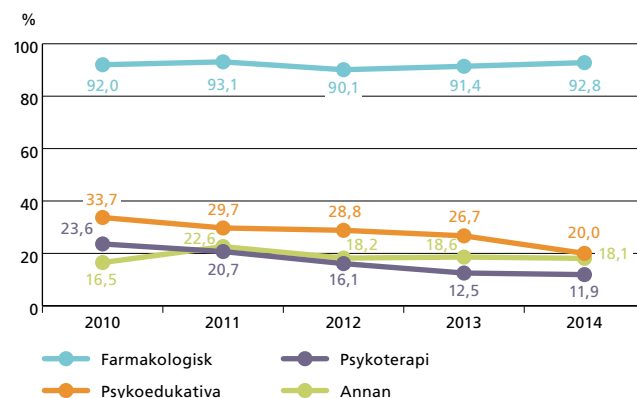
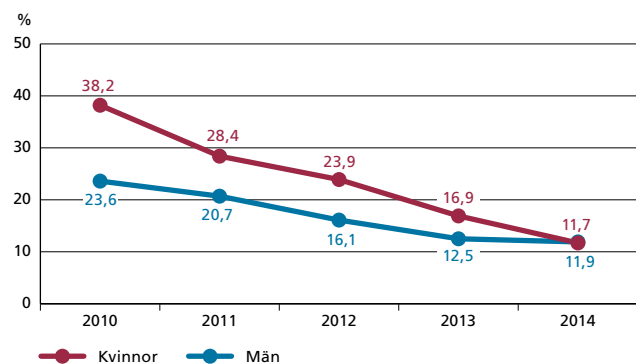
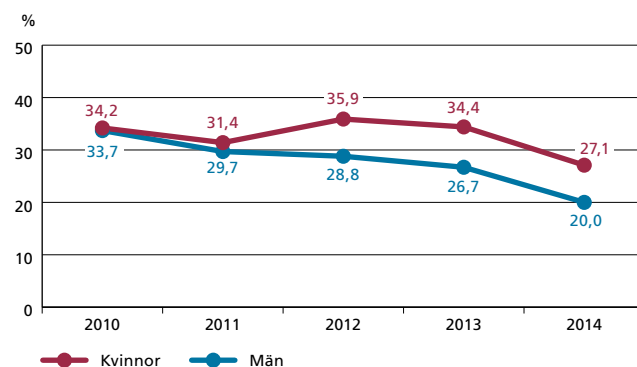
Behandling utifrån riskbeteende

Figurerna 24 och 25 visar avslutade eller pågående behandlingsinsatser och flera av dessa kan användas samtidigt.

Här följer en beskrivning av instrumenten

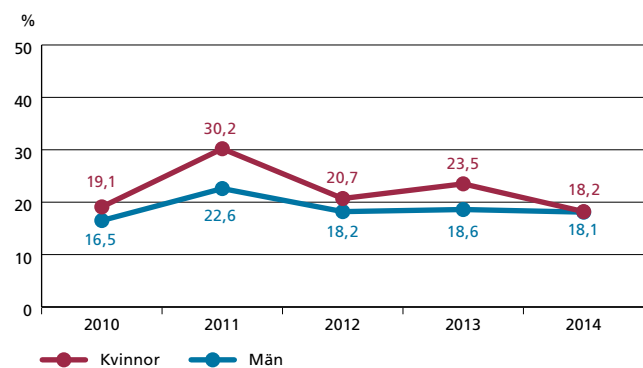
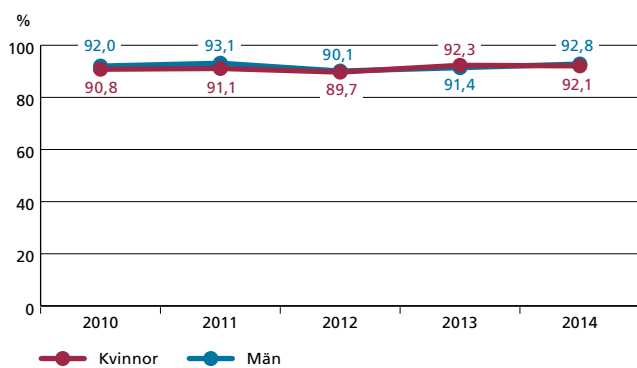
- PCL (Psychopathy Checklist) togs initialt fram som ett diagnostiskt hjälpmedel men har även visat sig fungera bra för att predicera våldshandlingar hos individer med psykopati.
- HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) används för bedömning av risk för framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/eller sjukdomar. Instrumentet kan användas för såväl riskbedömning som riskhantering men är inriktat på prevention.
- 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.¹

(2005¹; Boer, Hart, Kropp, och Webster, 1997¹
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.)

Figur 24. Behandlingsform utifrån identifierat riskbeteende, kvinnor.**Figur 25.** Behandlingsform utifrån identifierat riskbeteende, män.**Figur 26.** Andel patienter som behandlas med psykoterapi.**Figur 27.** Andel patienter som behandlas med psykoedukativa metoder.

Behandling med psykoterapi utifrån bedömda riskfaktorer fortsätter även 2014 att visa en nedåtgående trend för både kvinnor och män.

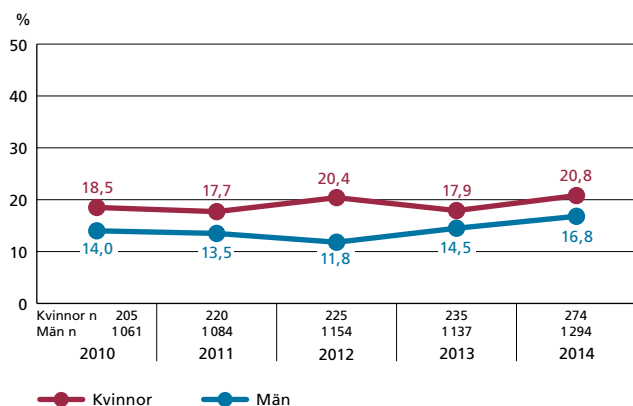
Psykoedukativa metoder som behandlingsform visar en nedåtgående trend för såväl kvinnor som män.

Figur 28. Andel patienter som behandlas på annat sätt.**Figur 29.** Andel patienter som behandlas farmakologiskt.

Behandling med läkemedel fortsätter att vara klart dominerande, 9 av 10 patienter behandlas med läkemedel.

Tvångsåtgärder

Figur 30. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19–20.



Antalet män som varit föremål för tvångsåtgärder har varit relativt konstant fram till 2014 då antalet ökade med drygt 2 procentenheter till närmare 17 procent. Även antalet kvinnor som varit föremål för tvångsåtgärder har fram till 2014 varit relativt konstant för att under året öka med cirka 3 procentenheter till en andel på närmare 21 procent.

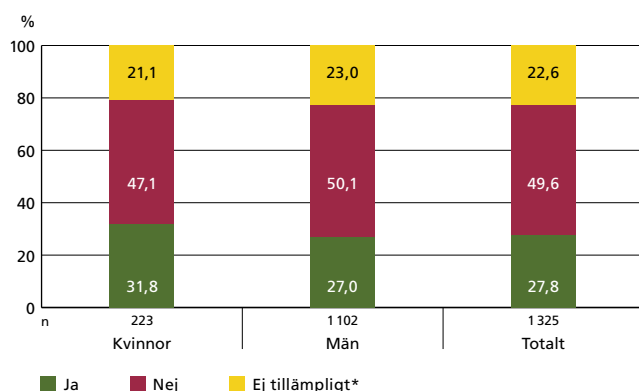
Tabell 9. Antal patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd (andel anges inom parentes).

År	Kön	Fastspänning	Avskiljande	Medicinering *	Inskränkande av elektronisk utrustning	Antal patienter **
2010	Kvinnor	25 (65,8)	21 (55,3)	20 (52,6)	10 (26,3)	38 (18,5)
	Män	54 (36,2)	102 (68,5)	48 (32,2)	28 (18,8)	149 (14,0)
	Totalt	79 (42,2)	123 (65,8)	68 (36,4)	38 (20,3)	187 (14,8)
2011	Kvinnor	20 (51,3)	18 (46,2)	14 (35,9)	18 (46,2)	39 (17,7)
	Män	61 (41,8)	84 (57,5)	47 (32,2)	43 (29,5)	146 (13,5)
	Totalt	81 (43,8)	102 (55,1)	61 (33,0)	61 (33,0)	185 (14,2)
2012	Kvinnor	23 (50,0)	34 (73,9)	11 (23,9)	16 (34,8)	46 (20,3)
	Män	45 (33,1)	87 (64,0)	34 (25,0)	40 (29,4)	136 (11,7)
	Totalt	68 (37,4)	121 (66,5)	45 (24,7)	56 (30,8)	182 (13,1)
2013	Kvinnor	21 (50,0)	26 (61,9)	17 (40,5)	10 (23,8)	42 (17,9)
	Män	47 (28,5)	117 (70,9)	42 (25,5)	49 (29,7)	165 (14,5)
	Totalt	68 (32,9)	143 (69,1)	59 (28,5)	59 (28,5)	207 (15,1)
2014	Kvinnor	23 (40,4)	38 (66,7)	19 (33,3)	15 (26,3)	57 (20,8)
	Män	57 (26,4)	152 (70,4)	47 (21,8)	83 (38,4)	216 (16,7)
	Totalt	80 (29,3)	190 (69,6)	66 (24,2)	98 (35,9)	273 (17,4)

* Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande. ** Patienten kan ha varit föremål för en eller flera tvångsåtgärder.

Brottsbearbetning

Figur 31. Andel patienter med pågående eller genomförd brottsbearbetning.



*Patienten är så gravt sjuk att hon/han inte är i stånd att genomgå eller tillgodogöra sig brottsbehandling

Andelen patienter som under sin vårdtid genomgått brottsbearbetning har konstant legat kring 30 procent. Vissa patienter kan under en kortare eller längre period vara för sjuka för att brottsbearbetning skall vara möjlig eller givande att genomföra. Ett annat problem ligger i att det inte finns någon enhetlig definition på innebörden av brottsbearbetning.

Farmakologisk behandling

Tabell 10. Antal patienter som förskrivits läkemedel (andel anges inom parentes).

	2011			2012			2013			2014		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Anti-depressiva	97 (44,1)	353 (32,6)	450 (34,5)	89 (39,2)	323 (27,7)	412 (29,6)	95 (40,4)	377 (33,1)	472 (34,4)	116 (42,3)	440 (34,0)	556 (35,4)
ADHD	19 (8,6)	100 (9,2)	119 (9,1)	14 (6,2)	89 (7,6)	103 (7,4)	12 (5,1)	117 (10,3)	129 (9,4)	26 (9,5)	137 (10,6)	163 (10,4)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	67 (30,5)	396 (36,5)	463 (35,5)	60 (26,4)	367 (31,5)	427 (30,7)	73 (31,1)	379 (33,3)	452 (32,9)	92 (33,6)	440 (34,0)	532 (33,9)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	70 (31,8)	266 (24,5)	336 (25,8)	70 (30,8)	226 (19,4)	296 (21,3)	76 (32,3)	239 (21,0)	315 (22,9)	81 (29,6)	286 (22,1)	367 (23,4)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	91 (41,4)	373 (34,4)	464 (35,6)	72 (31,7)	326 (28,0)	398 (28,6)	82 (34,9)	375 (33,0)	457 (33,3)	100 (36,5)	441 (34,1)	541 (34,5)
Beroendesjukdomar	18 (8,2)	96 (8,9)	114 (8,7)	12 (5,3)	101 (8,7)	113 (8,1)	16 (6,8)	110 (9,7)	126 (9,2)	19 (6,9)	125 (9,7)	144 (9,2)
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	66 (30,0)	367 (33,9)	433 (33,2)	57 (25,1)	342 (29,4)	399 (28,7)	57 (24,3)	323 (28,4)	380 (27,7)	88 (32,1)	405 (31,3)	493 (31,4)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	52 (23,6)	200 (18,5)	252 (19,3)	55 (24,2)	191 (16,4)	246 (17,7)	55 (23,4)	179 (15,7)	234 (17,0)	66 (24,1)	223 (17,2)	289 (18,4)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	58 (26,4)	172 (15,9)	230 (17,6)	52 (22,9)	168 (14,4)	220 (15,8)	62 (26,4)	167 (14,7)	229 (16,7)	76 (27,7)	205 (15,8)	281 (17,9)
Stämningsstabiliserare (litium)	19 (8,6)	60 (5,5)	79 (6,1)	24 (10,6)	49 (4,2)	73 (5,2)	21 (8,9)	67 (5,9)	88 (6,4)	25 (9,1)	73 (5,6)	98 (6,2)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	22 (10,0)	105 (9,7)	127 (9,7)	22 (9,7)	99 (8,5)	121 (8,7)	28 (11,9)	122 (10,7)	150 (10,9)	30 (10,9)	159 (12,3)	189 (12,0)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	115 (52,3)	532 (49,1)	647 (49,6)	105 (46,3)	500 (43,0)	605 (43,5)	116 (49,4)	563 (49,5)	679 (49,5)	130 (47,4)	668 (51,6)	798 (50,9)
Somatiska sjukdomar	163 (74,1)	622 (57,4)	785 (60,2)	143 (63,0)	570 (49,0)	713 (51,3)	152 (64,7)	596 (52,4)	748 (54,5)	185 (67,5)	737 (56,9)	922 (58,8)

En majoritet av patienterna, klart över 80 procent, tar någon form av psykofarmaka.

Mer än hälften av patienterna (58,8 procent) tar någon form av läkemedel för somatiska symtom. Här ligger kvinnorna klart högre med drygt 67,5 procent jämfört med männens 56,9.

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

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

Medicinering vid ADHD vilket framför allt avser centralstimulantia ligger förvånansvärt oförändrad med endast en marginell ökning till cirka 10 procent vilket nog fortfarande får betraktas som lågt beaktande patientgruppen där över en femtedel kan förväntas ha en ADHD-problematik.

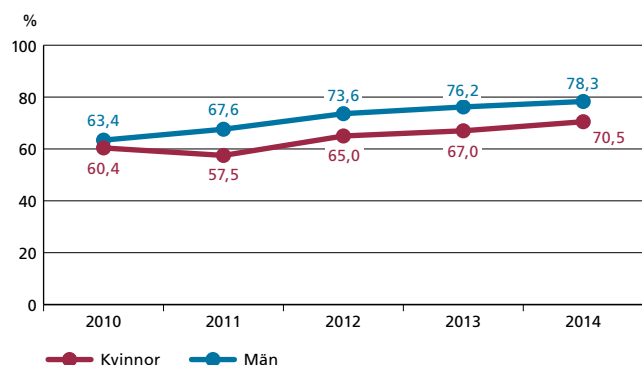
Vad gäller antipsykotika kan konstateras att förändringarna är små och att första generationens depotpreparat endast har minskat marginellt och att de nyare depotpreparaten endast ökat till blygsamma 12 procent trots introduktionen av nya preparat med gynnsammare biverkningsprofil. En konsekvens av att användningen av antipsykotika förändrats så lite är att även användningen av antikolinerga biverkningsläkemedel ligger kvar på över 30 procent.

För ångestdämpande läkemedel kan man se en svag tendens till minskning av de beroendeframkallande alternativen, främst bensodiazepiner, där andelen nu är 23,4 procent.

Specifika läkemedel för farmakologisk behandling av beroendetillstånd har en förvånansvärt låg andel, bara 9,2 procent, trots den höga andelen patienter med en beroendeproblematik och att, som framgår på annan plats i rapporten, andelen som uppges få farmakologiska insatser mot sitt missbruk är betydligt högre.

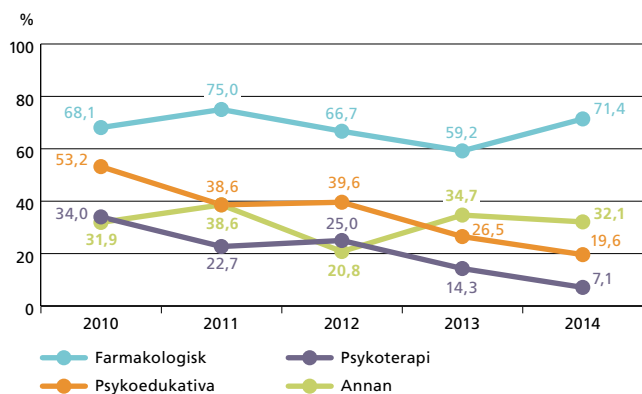
Missbruksbehandling

Figur 32. Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.

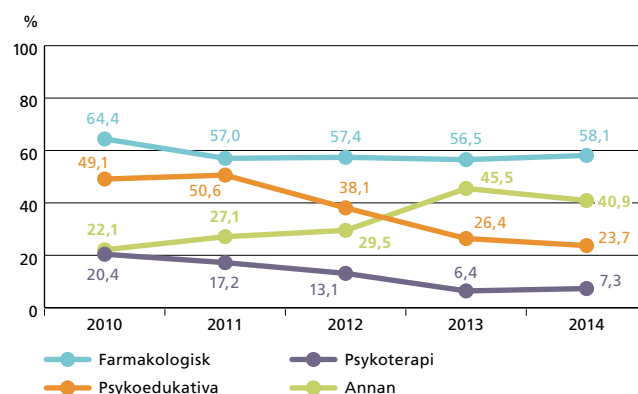


Andelen patienter med missbruksdiagnos som erhållit missbruksbehandling av något slag var under 2014 drygt 70 procent. Denna siffra har ökat något under de senaste åren för hela gruppen, men kvinnor verkar av någon anledning erhålla missbruksbehandling i mindre utsträckning än män.

Figur 33. Fördelning av erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos där uppgift om behandling finns, kvinnor.



Figur 34. Fördelning av erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos där uppgift om behandling finns, män.



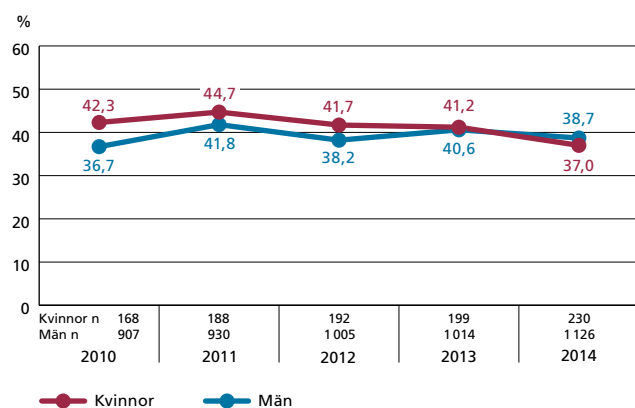
Figurerna visar fördelningen mellan olika behandlingsalternativ, fördelat på män och kvinnor. Av de specificerade behandlingsalternativen är farmakologisk behandling den vanligaste, följt av psykoedukativa metoder och psykoterapi. Annan behandling erbjuds patienter i större utsträckning än vad de psykosociala behandlingsalternativen gör. Det är dock oklart vad denna kategori innefattar. Sedan registrets start förefaller de specificerade behandlingsalternativen ha erbjudits i mindre utsträckning för varje år och annan behandling i större. Vad gäller den farmakologiska behandlingen kan det vara intressant att jämföra uppgivna 58 procent för män respektive 71 procent för kvinnor med att under 10 procent av patientgruppen uppges få läkemedel specifikt inriktade mot beroende.

Varför denna utveckling ser ut som den gör är oklart. Vid närmare granskning av kategorin "annan behandling" syns att såväl psykopedagogiska insatser och psykologisk behandling registrerats, varför det kan konstateras att det till viss del rör sig om registreringsfel. Det är dock oklart om detta gjorts i större utsträckning än under tidigare år.

Vid samtidig psykisk ohälsa rekommenderas att insatser inriktade på missbruket eller beroendet bör utformas i samordning med behandling för den psykiska störningen. Personer med samtidig psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroendesjukdom utgör en heterogen grupp. Denna heterogenitet gör att behandlingsinsatserna måste kunna möta patienternas olika förutsättningar och problembilder.

Genomförd funktions- och/eller behovskattning

Figur 35. Andel patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter.



Omfattningen av funktionskattning av män håller sig ganska konstant medan funktionskattning av kvinnor sjunkit med 5 procent under perioden.

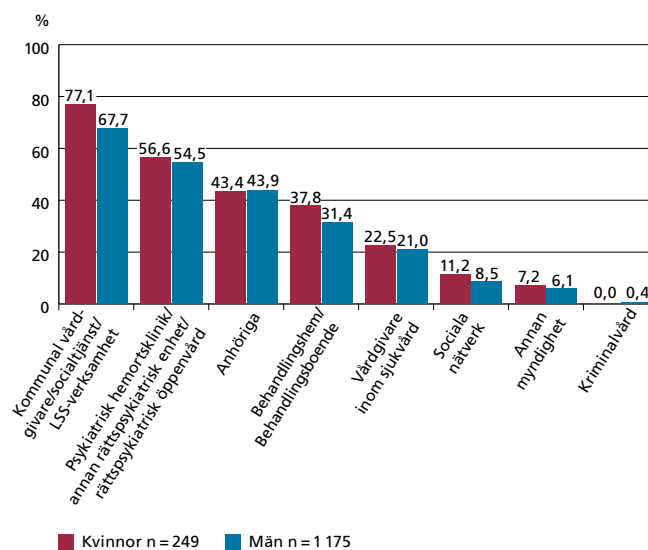
Samverkan och samverkansbehov

Vid denna redovisning kan samma patient förekomma i flera olika poster. 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 11. Antal patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer (andel anges inom parentes).

	Fungerande samverkan med externa aktörer	Totalt
Kvinnor	249 (90,9)	274
Män	1 175 (90,7)	1 295

Figur 36. Andel patienter med fungerande samverkan per aktör.

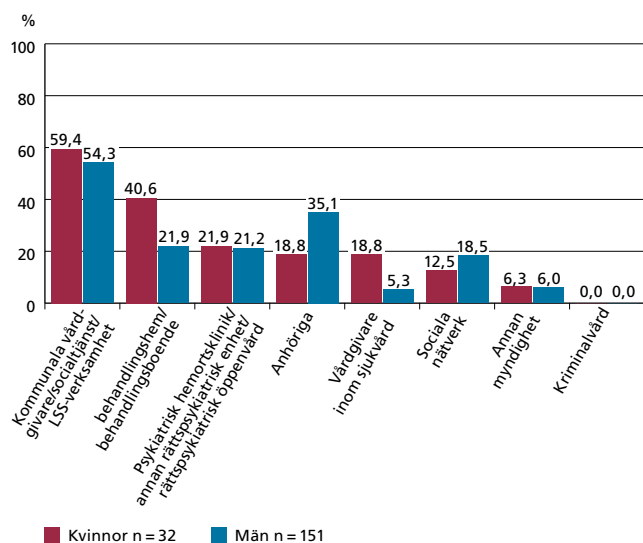


Andelen patienter som har fungerande samverkan med externa aktörer är fortsatt hög. Högst andel har en fungerande samverkan med kommunala aktörer.

Tabell 12. Antal patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett (andel anges inom parentes).

	Icke tillgodosett samverkansbehov med externa aktörer	Totalt
Kvinnor	32 (11,7)	274
Män	151 (11,7)	1 295

Figur 37. Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör.



Andelen som har ett icke tillgodosett samverkansbehov har stadigt minskat sedan 2011 till årets nivå. Exempelvis har andelen kvinnor som har ett icke tillgodosett behov av samverkan minskat från 24 procent 2011 till 12 procent 2014. 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 rättspsykiatris vanligaste samverkanspartner.

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

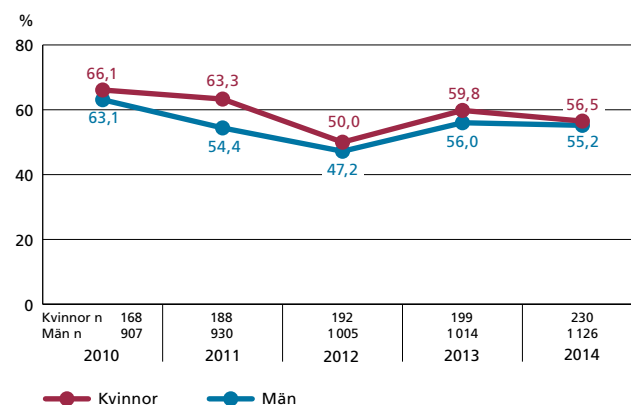
Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdas i slutenvård är ca 13 procent. Det har visat sig att det i landet inte finns någon entydig definition för när en patient ska anses vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns inte heller någon samsyn 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 siffrorna ovan. De är snarare att betrakta som stickprov som ger en fingervisning om hur svårt det upplevs att säkerställa nödvändiga strukturer för fungerande öppenvård. Siffrorna, även om de är osäkra, verkar öka, från 10 procent 2010 till 13 procent 2014.

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.

Patientenkät

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

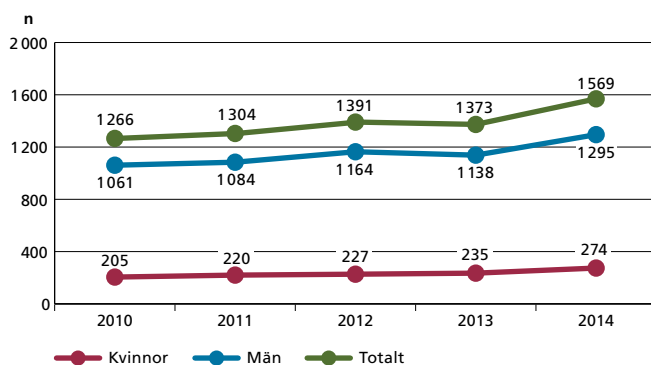


Andelen patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät ligger på drygt 55 procent. Det är den näst lägsta andelen som registrerats i registret.

Patientgruppen i registret

Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

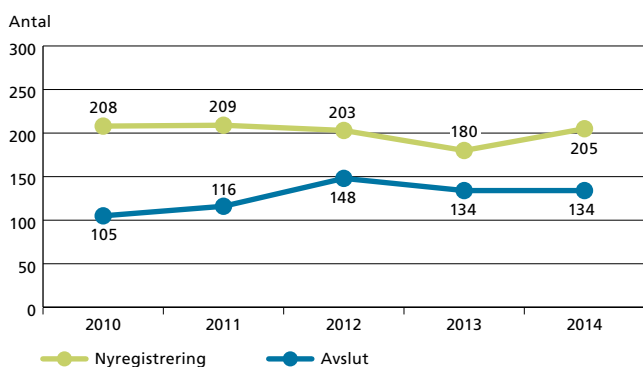
Figur 39. Antal uppföljda patienter.



Tabell 13. Antal uppföljda patienter.

	Kvinnor					Män				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt antal patienter	205	220	227	235	274	1 061	1 084	1 164	1 138	1 295
Andel (%)	16,2	16,9	16,3	17,1	17,5	83,8	83,1	83,7	82,9	82,5
Ålder (medelvärde)	40,1	39,9	40,5	41,2	41,5	40,9	40,6	41,5	41,6	42,0

Figur 40. Antal nyregistrerade och avslutade patienter under åren 2010–2014.



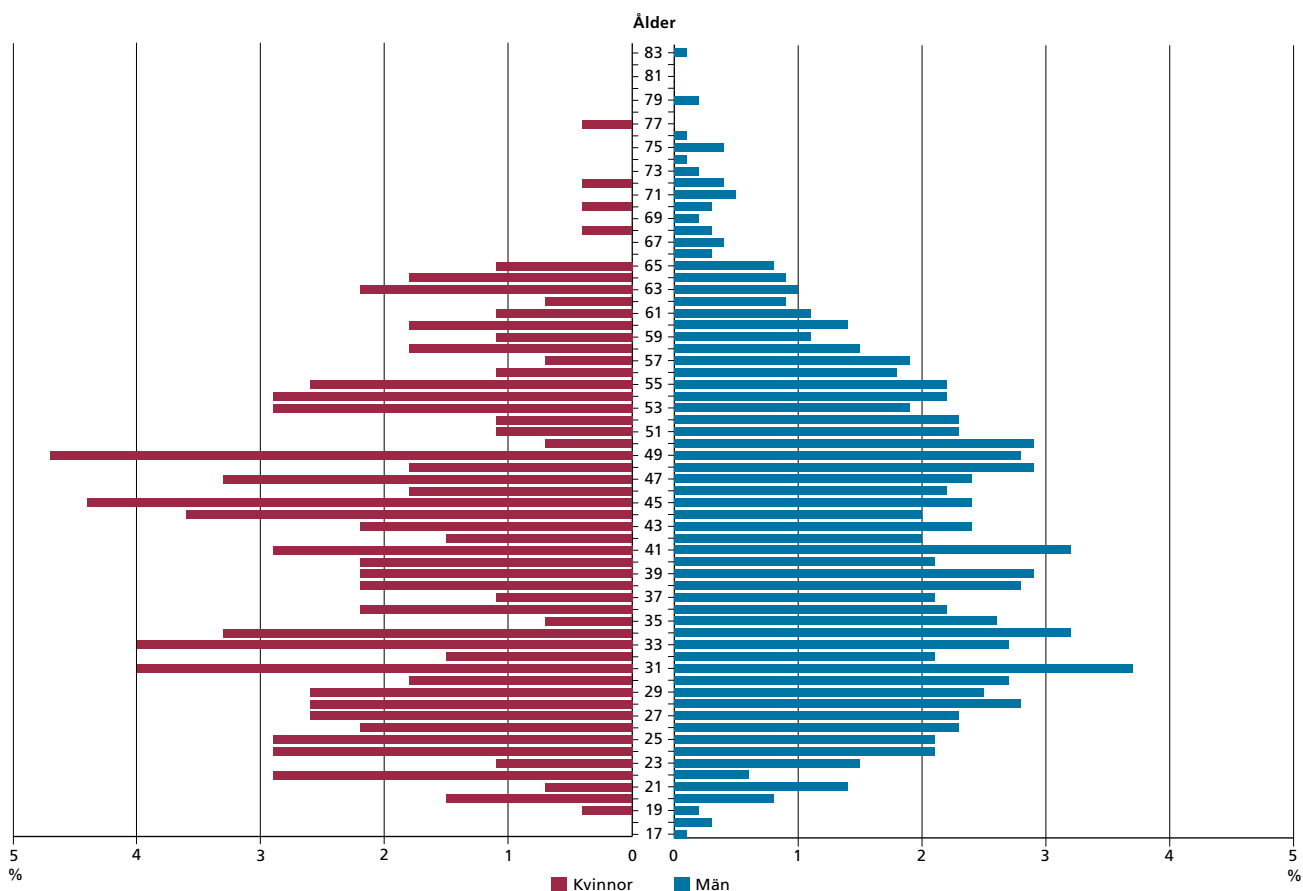
Avslutade och avlidna patienter

Mellan åren 2009 – 2014 har 692 patienter avslutats i registret. 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

Åldern på de rättspsykiatriska patienterna varierar mellan 17 och 83 år. Åldersgruppen 17 – 23 år utgör drygt 5 procent av patientgruppen, men är i många avseenden en grupp med stora behov. Andelen patienter över 57 år är dryga 12 procent och även denna grupp har stora behov, inte minst på grund av somatisk sjukdom.

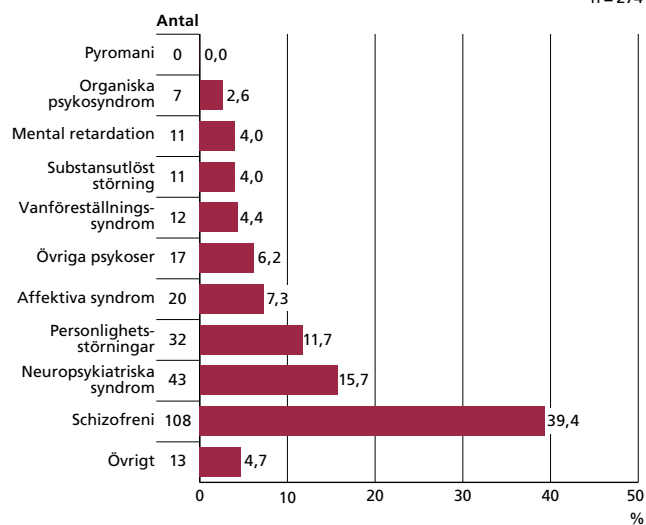
Figur 41. Åldersfördelning i registret, andel.



Huvuddiagnos

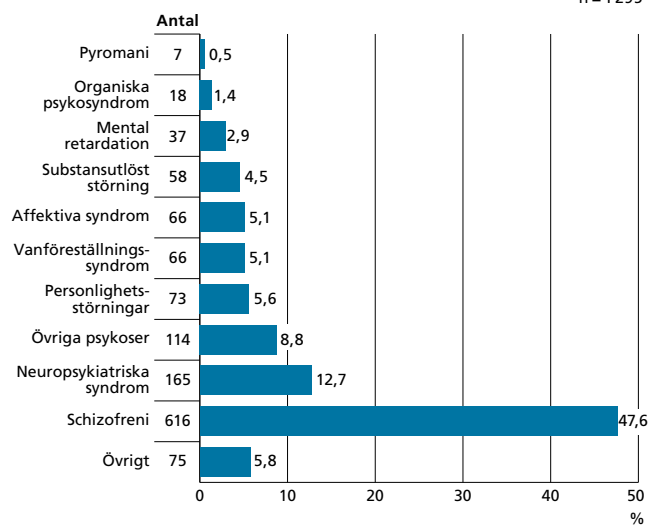
Figur 42. Huvuddiagnoser för kvinnor.

n = 274



Figur 43. Huvuddiagnoser för män.

n = 1295



De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiagnoser som redovisas. Huvuddiagnosen motsvarar den som patienten skrivits in under och som ger störst funktionsnedsättning. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

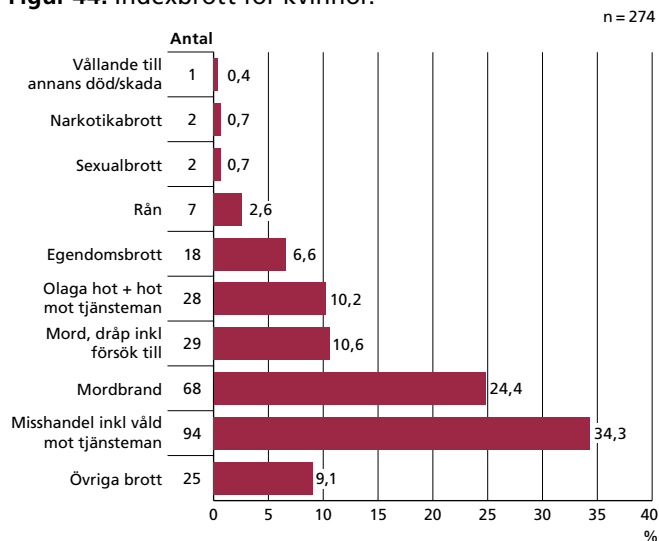
Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både män och kvinnor. En majoritet av patienterna uppvisar en psykisk störning med psykotisk valör (inklusive affektiva störningar). Här kan man dessutom se en klar ökning sedan 2010.

Figurerna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Andelen personlighetsstörningar är, åtminstone som huvuddiagnos, högre hos kvinnor än hos män medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

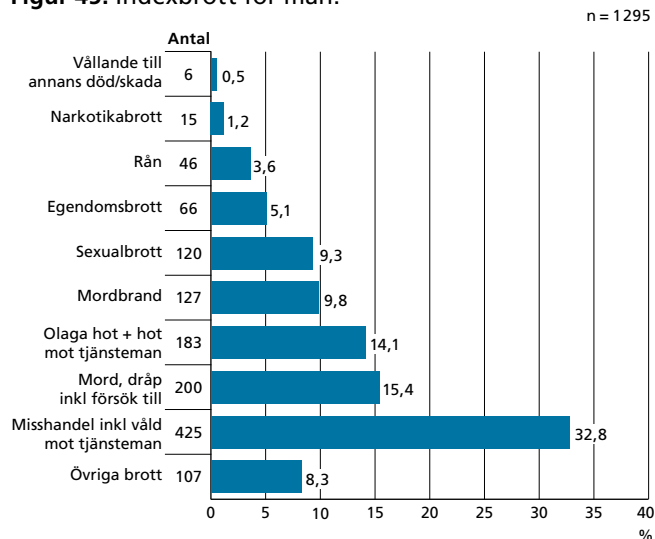
Andelen patienter som har mental retardation som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar mindre än 4 procent, men är likväl en patientgrupp som medför många svårigheter att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan neuropsykiatriska störningar utgöra utmaningar som inte liknar majoritetsgruppen med psykosjukdomar. Denna grupp utgör nu cirka 13 procent. Som bidiagnoser är de dessutom med stor säkerhet betydligt vanligare.

Indexbrott

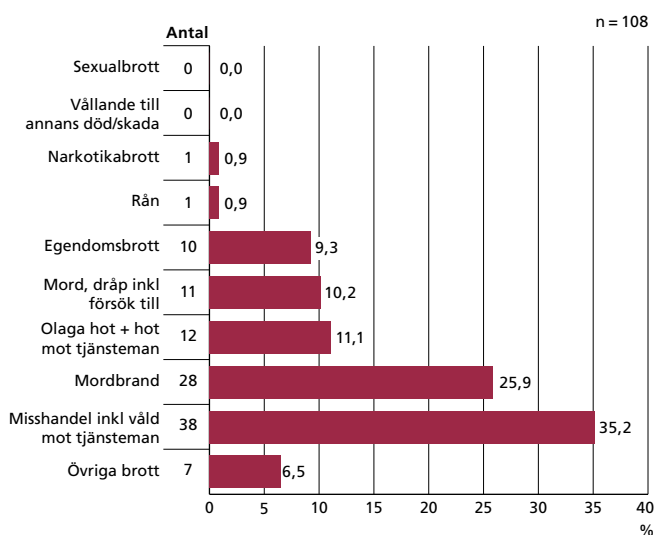
Figur 44. Indexbrott för kvinnor.



Figur 45. Indexbrott för män.

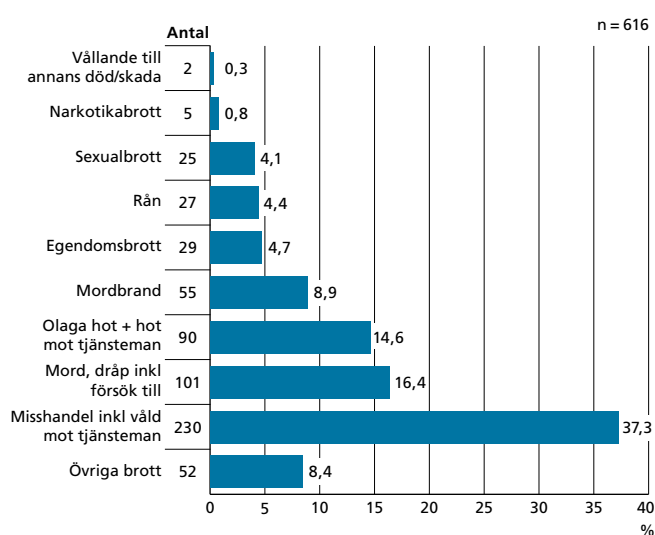


Figur 46. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* för kvinnor.



* ICD-10 kod F20

Figur 47. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* för män.



* ICD-10 kod F20

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 sexualbrott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjänsteman är det vanligaste indexbrottet hos både män och kvinnor, drygt 30 procent.

Ovanstående är i linje med statistik som BRÅ visar. Bland lagförda våldsbrott utgör misshandel den största brottskategorin, samt att en stor del av misshandel är relaterad till alkohol och sker på allmän plats, mellan personer som inte

är kända med varandra sedan tidigare. <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/vald-och-misshandel.html>.

Bland kvinnor sticker brottet mordbrand ut, en "klassisk" brottstyp i rättspsykiatriska sammanhang.

Andelen sexualbrott är tämligen låg bland männen, cirka 9 procent, och är i det närmaste obefintlig bland kvinnorna.

F20 diagnoserna Schizofreni med dess särdrag beskrivs i Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related health problems, Tenth Revision (ICD-10).

Bakgrundsdata

Barn

I registret följs om patienten har barn under 18 år. I år redovisas detta för första gången.

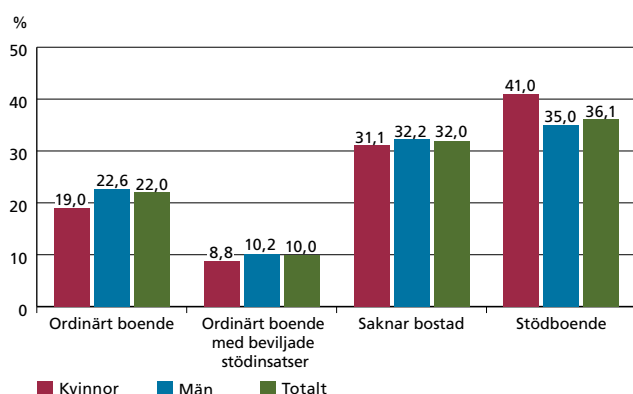
Barn under 18 år förekommer hos 9,4 procent av de rättspsykiatriska patienterna.

Boendeform

Tabell 14. Fördelning av boendeform (andel anges inom parentes).

År	Kön	Ordinärt boende	Ordinärt boende med beviljade stödsatser	Saknar bostad	Stödboende	Totalt
2011	Kvinnor	43 (19,5)	21 (9,5)	84 (38,2)	72 (32,7)	220 (100,0)
	Män	269 (25,1)	110 (10,3)	361 (33,6)	333 (31,0)	1 073 (100,0)
	Totalt	312 (24,1)	131 (10,1)	445 (34,4)	405 (31,3)	1 293 (100,0)
2012	Kvinnor	44 (19,7)	26 (11,7)	81 (36,3)	72 (32,3)	223 (100,0)
	Män	286 (25,0)	108 (9,4)	375 (32,8)	374 (32,7)	1 143 (100,0)
	Totalt	330 (24,2)	134 (9,8)	456 (33,4)	446 (32,7)	1 366 (100,0)
2013	Kvinnor	51 (21,7)	21 (8,9)	76 (32,3)	87 (37,0)	235 (100,0)
	Män	236 (20,9)	120 (10,6)	405 (35,9)	367 (32,5)	1 128 (100,0)
	Totalt	287 (21,1)	141 (10,3)	481 (35,3)	454 (33,3)	1 363 (100,0)
2014	Kvinnor	52 (19,0)	24 (8,8)	85 (31,1)	112 (41,0)	273 (100,0)
	Män	290 (22,6)	131 (10,2)	413 (32,2)	450 (35,0)	1 284 (100,0)
	Totalt	342 (22,0)	155 (10,0)	498 (32,0)	562 (36,1)	1 557 (100,0)

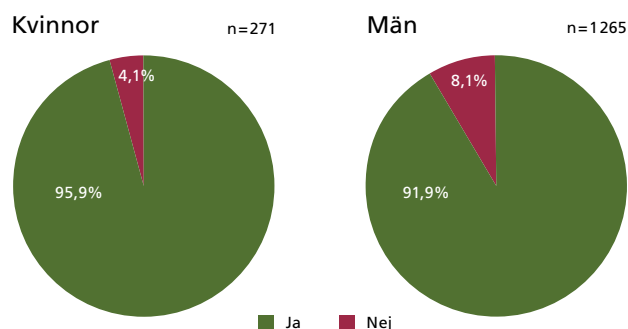
Figur 48. Andel patienter uppdelat på boendeform under pågående vård, 2014.



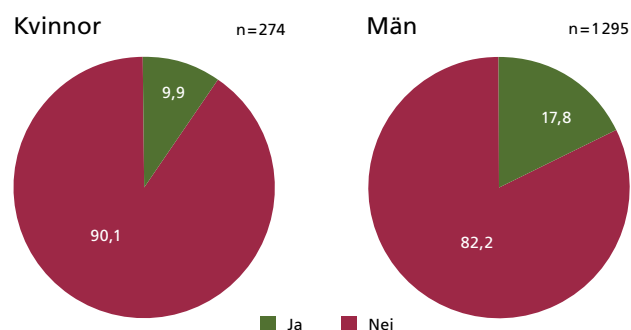
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i tabell 14 och figur 48. I tabell och figur ingår både inneliggande patienter och patienter som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård vilket gör att andelen patienter med boendeform stödboende utgör cirka 30 procent. Noterbart är att över 30 procent av patienterna saknar bostad.

Tidigare psykiatrisk vård

Figur 49. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



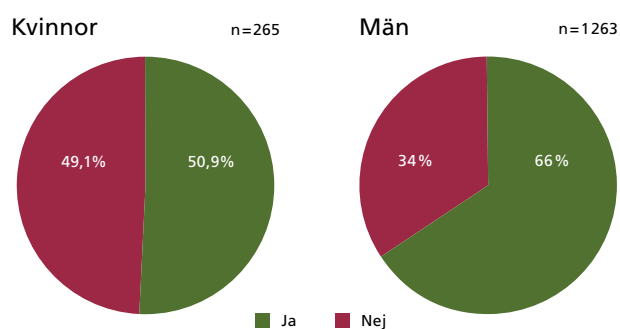
Figur 50. Andel patienter som tidigare vårdats enligt LRV.



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

Tidigare missbruk

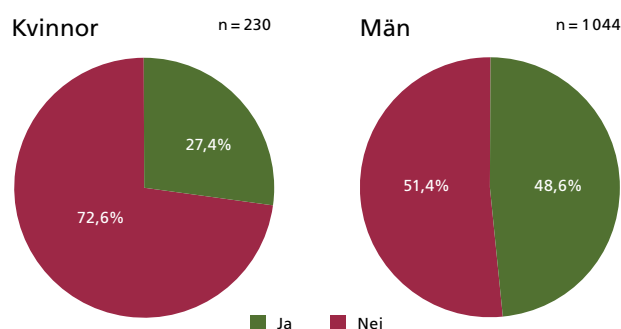
Figur 51. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



Utöver den psykiatriska problematiken har de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk. Fortsatt har två tredjedelar av männen och drygt hälften av kvinnorna ett tidigare dokumenterat missbruk. Dokumenterat på ett sådant sätt att det framkommit i tidigare journalföring.

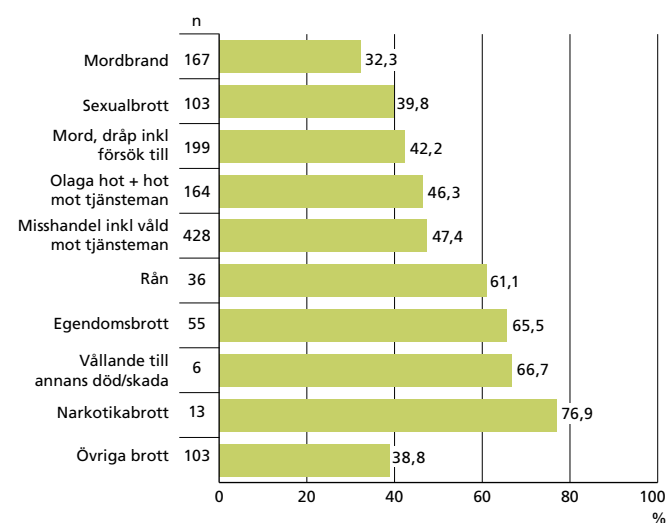
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol

Figur 52. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid brottet (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 nära 49 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knappt 30 procent av de kvinnliga var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

Figur 53. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid respektive brott (indexbrott).



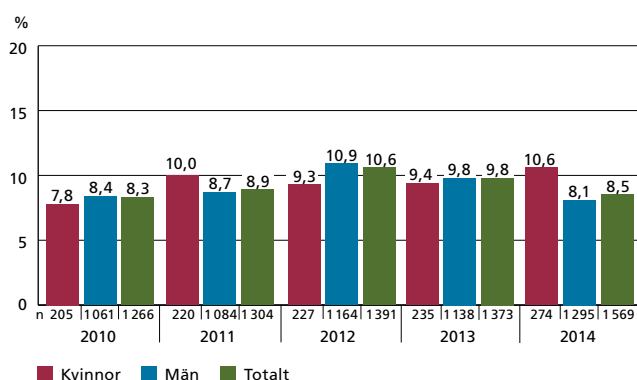
Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman som även är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var andelen påverkade 47,4 procent.

Vårdtid

Avslutade vårdepisoder 2010 – 2014

Nedanstående sammanställningar bygger på avslutade vårdepisoder under åren 2010–2014. I vissa av figurerna kan en del poster ha utelämnats på grund av att antalet individer varit för få. Anledningen har dels varit att det funnits risk för identifiering, dels att medianvärdet kunnat bli missvisande om alltför få individer ingått. Gränsvärdet för antalet individer i en post har varit färre än tio. Detta innebär att summorna inte alltid blir desamma vid de olika sammanställningarna av medianvårdtider.

Figur 54. Andel avslutade vårdepisoder i hela landet åren 2010–2014.

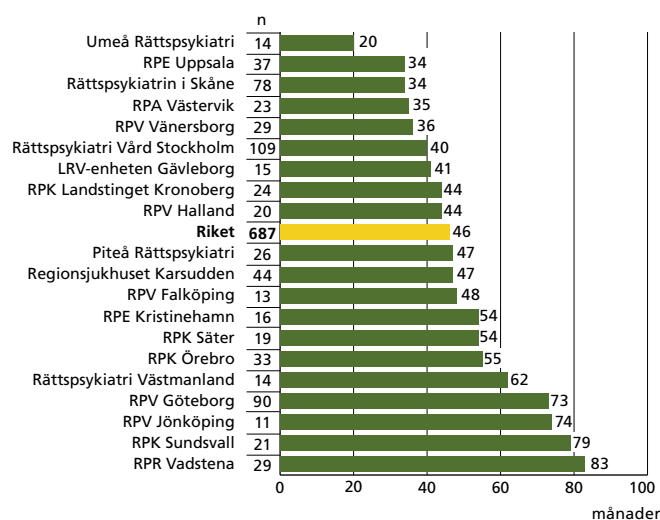


Sammanlagt 637 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården i Sverige under åren 2010–2014. Andelen kvinnor, 110 individer, utgör drygt 17 procent av det totala antalet patienter. Antalet män som blev utskrivna under de fem åren är följaktligen 527. Det kan tyckas anmärkningsvärt att antalet patienter som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården ökat kontinuerligt över åren till och med 2012, men detta beror sannolikt på att flera patienter som skrevs ut de första åren inte hade registrerats i RättspsyK och därför inte är med i sammanställningen.

Medianvårdtider för individer som blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009 – 2014

Beräkningen bygger på uppgifter från sammanlagt 687 avslutade vårdepisoder, det vill säga då patienten blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 46 månader, (knappt 4 år). Det föreligger en viss skillnad i vårdtiden för män respektive kvinnor, där männens medianvårdtid i genomsnitt är drygt 9 månader längre än kvinnornas under perioden 2009–2014.

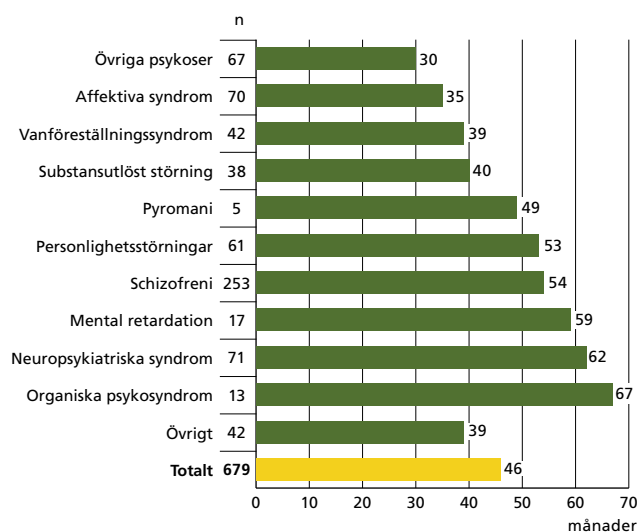
Figur 55. Medianvårdtider vid olika enheter, 2009–2014.



Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 20 månader (drygt 1,5 år) och 83 månader (knappt 7 år). För landet som helhet ligger vårdtiden, som tidigare nämnts, på 46 månader (knappt 4 år).

Till skillnad mot tidigare år skiljer sig medianvårdtiderna vid regionklinikerna (Säter, Karsudden, Sundsvall, Vadstena och Växjö) åt. Tidigare år har vårdtiderna varit mer samlade kring riksgenomsnittet. Orsakerna till den större spridningen kan inte förklaras utifrån dessa data. En tänkbar delförklaring kan vara 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 (i de trots allt ganska låga utskrivningstalen) med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Avslutande av vården vid särskild utskrivningsprövning, som utgör vårdformen för majoriteten av patienterna, beslutas av domstol men olika 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. För att närmare kunna studera den skillnad som noteras i årets data behövs ytterligare mätningar och observationstid.

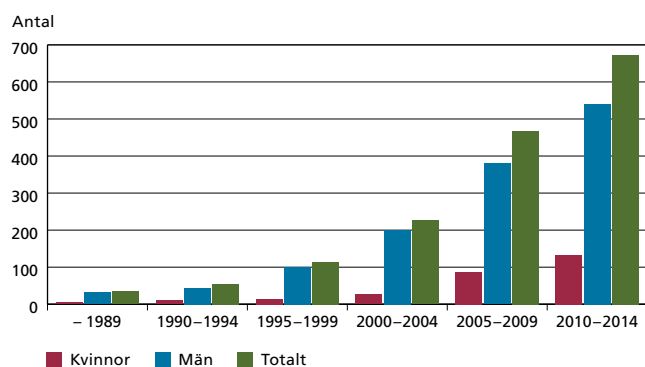
Figur 56. Medianvårdtid vid olika diagnostyper för patienter med avslutad vård under åren 2009–2014.



Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Längst vårdtider (cirka 5,5 år), noteras vid organiska psykosyndrom med psykisk utvecklingsstörning och neuropsykiatriska syndrom strax efter. Vårdtiderna vid den ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart fem individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

Domslutsår

Figur 57. Domslutsår för patienter som vårdades 2014.



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

Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

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

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR utförd av Register-service på Socialstyrelsen visar en täckningsgrad på 87,1 procent i riket.

Urval ur RättspsyK består av de patienter som är inskrivna under 2013 och som har ett inskrivningsdatum som ligger före den 1 januari 2013. Urvalet ur patientregistret är gjort på samma sätt och dessutom måste någon av vårdformerna nedan finnas registrerade. Analysen genomförs på individnivå och om samma personnummer förekommer i de båda registren betraktas det som en matchning.

- Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

Redovisning på enhetsnivå

Redovisning på enhetsnivå sker dels för att det efterfrågas av rapporterande enheter, dels för att respektive enhet ska kunna se sina förbättringsområden. De nationella målnivåerna är från och med i år införda även på enhetsnivå. Resultat redovisas endast för enheter med minst 10 patienter registrerade. Då enheterna i landet skiljer

sig i storlek, varierar också antalet patienter per enhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan när man läser materialet. Vissa enheter har både sluten och öppen vård och andra har enbart det ena. Enheterna kan vända sig till analysgruppen om det är någon redovisning de önskar få.

Patientgruppen i registret

Tabell 15. Ålder och könsfördelning för uppföljda patienter på enhetsnivå.

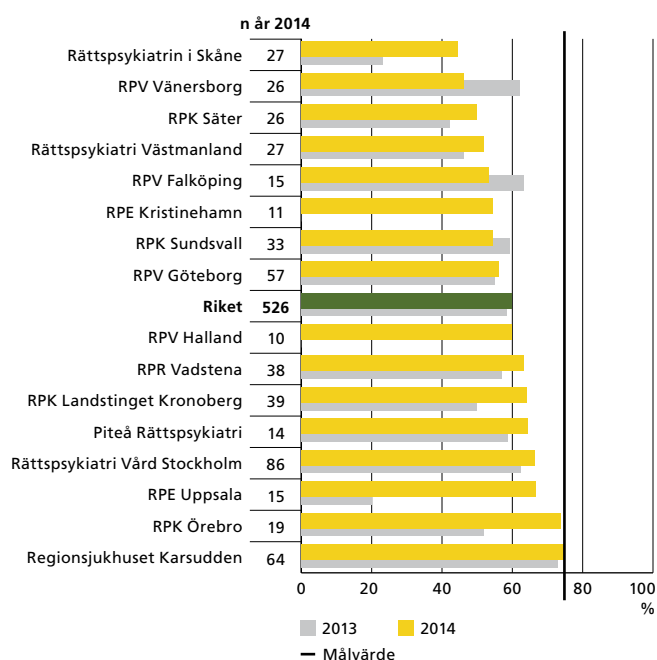
	Totalt antal patienter	Ålder (medelvärde)	Andel kvinnor (%)	Andel slutenvård (%)
LRV-enheten Gävleborg	21	43,2	4,8	35,0
Malmfältens psykiatri	< 10			
Mälarsjukhuset Eskilstuna	< 10			
Piteå Rättspsykiatri	56	43,2	19,6	57,7
RPA Skellefteå	< 10			
RPA Västervik	32	44,5	28,1	50,0
RPE Kristinehamn	23	36,8	17,4	77,8
RPE Uppsala	32	36,2	9,4	43,5
RPK Landstinget Kronoberg	97	40,6	13,4	75,0
RPK Sundsvall	72	43,2	15,3	27,3
RPK Säter	85	41,0	21,2	58,7
RPK Örebro	60	43,5	21,7	49,0
RPR Vadstena	73	39,7	16,4	72,9
RPV Borås	18	43,1	33,3	0,0
RPV Falköping	30	43,8	13,3	67,9
RPV Göteborg	167	43,9	14,4	54,9
RPV Halland	27	42,9	33,3	52,0
RPV Jönköping	32	41,0	15,6	65,2
RPV Vänersborg	63	39,2	23,8	58,9
Regionsjukhuset Karsudden	124	36,9	18,5	93,5
Rättspsykiatri Västmanland	57	40,6	12,3	53,1
Rättspsykiatri Vård Stockholm	302	44,5	17,2	38,8
Rättspsykiatri i Skåne	162	41,7	15,4	57,9
Umeå Rättspsykiatri	< 10			
Östersund psykiatri	< 10			
Riket	1569	41,9	17,5	55,4

Måltal

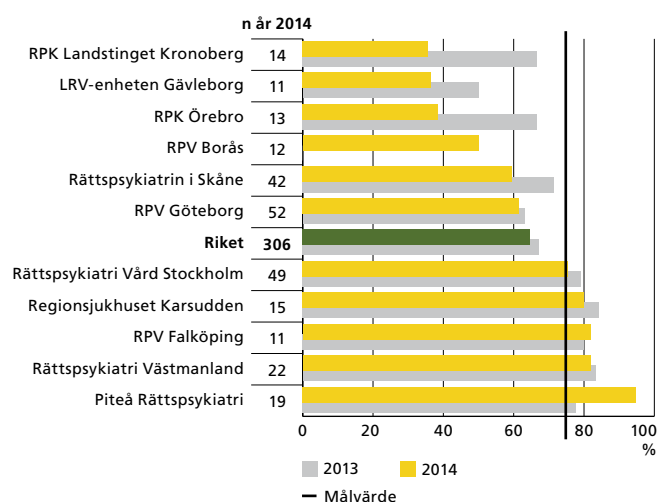
För 2014 har fyra måltal formulerats för registret med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatrin. De fyra måltalen är:

Psykisk hälsa

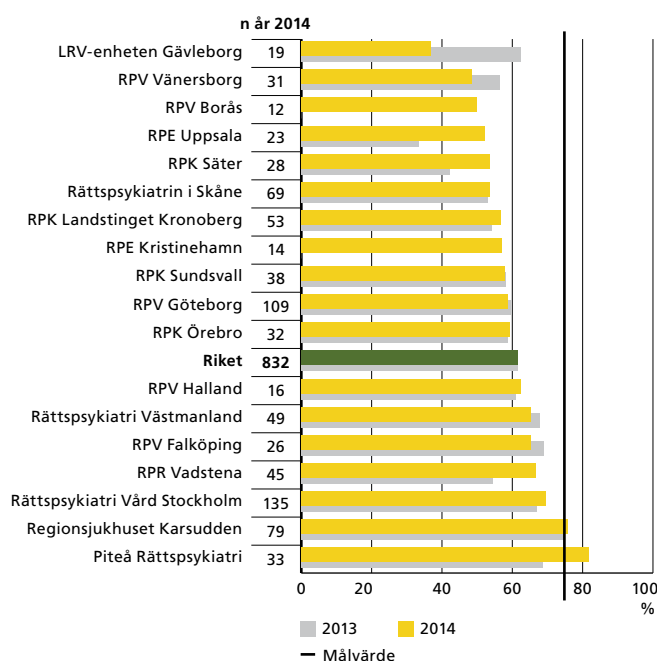
Figur 58. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 slutenvård.



Figur 59. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 öppenvård.



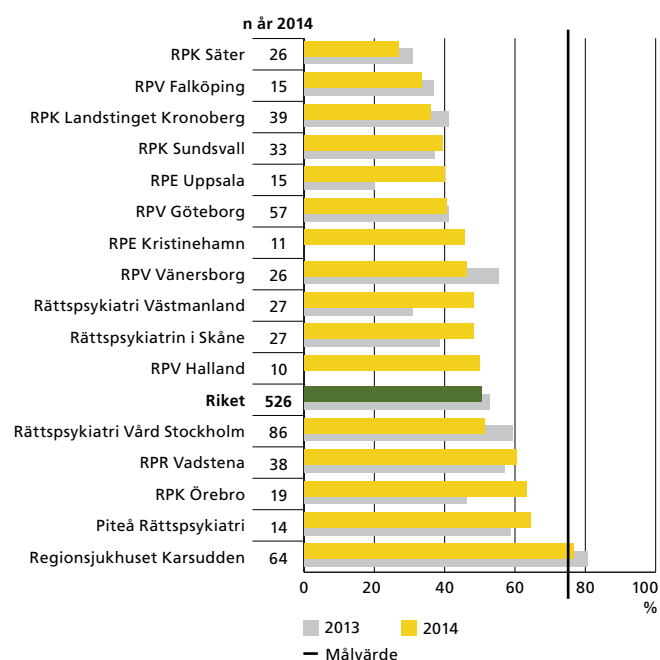
Figur 60. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 , totalt.



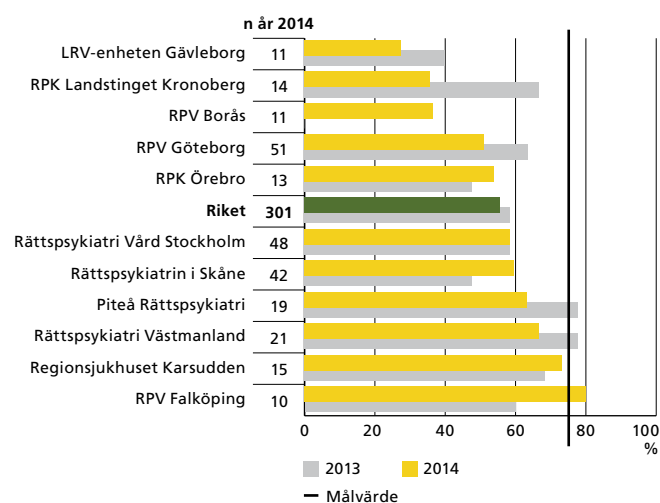
Andelen patienter på enheterna som skattar sin psykiska hälsa lika med eller över 75 på en VAS-skala (0 – 100) ska vara minst 75 procent.

Fysisk hälsa

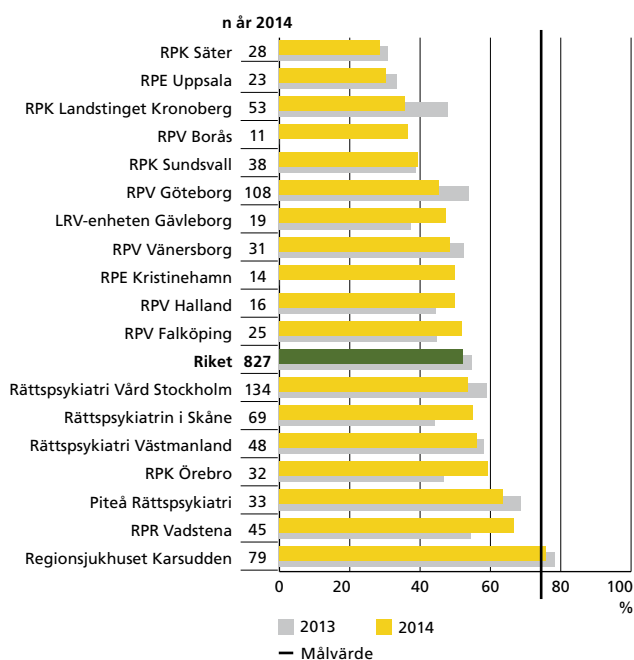
Figur 61. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 slutenvård.



Figur 62. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 öppenvård.



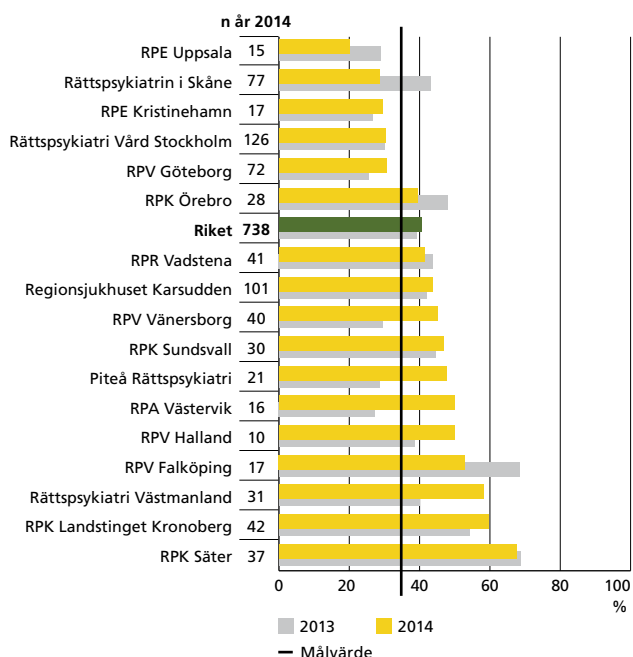
Figur 63. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 , totalt.



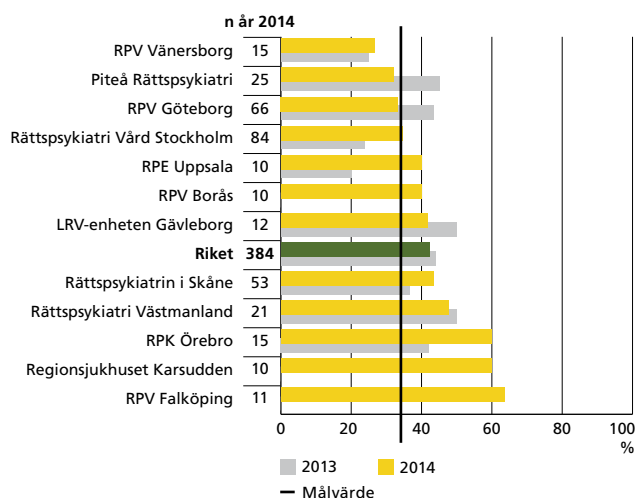
Andelen patienter på enheterna som skattar sin fysiska hälsa lika med eller över 75 på en VAS-skala (0 – 100) ska vara minst 75 procent.

BMI

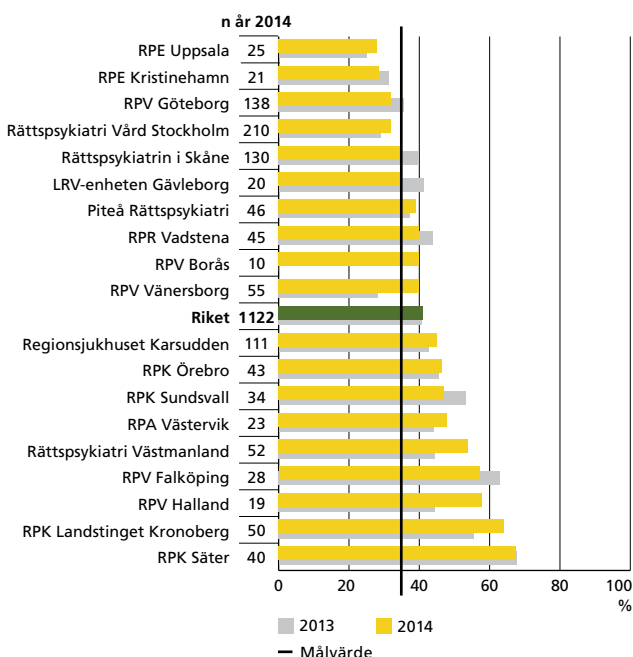
Figur 64. Andel patienter med BMI ≥ 30 slutenvård.



Figur 65. Andel patienter med BMI ≥ 30 öppenvård.



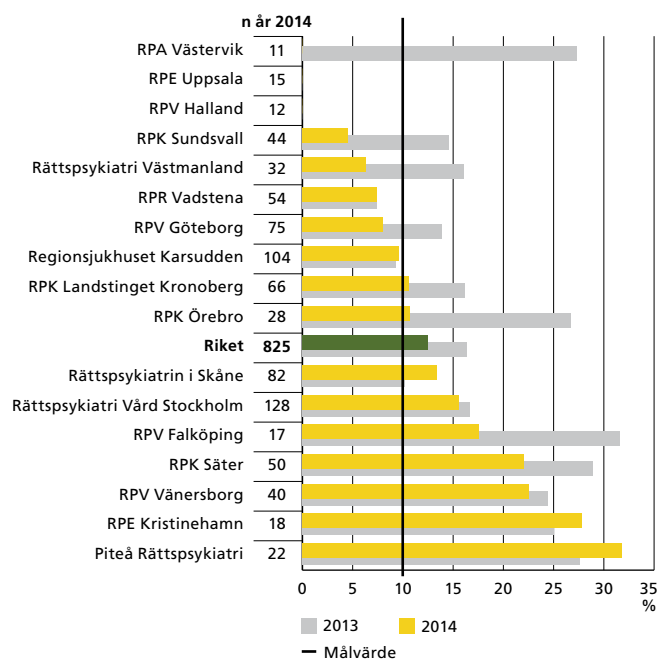
Figur 66. Andel patienter med ≥ 30 , totalt.



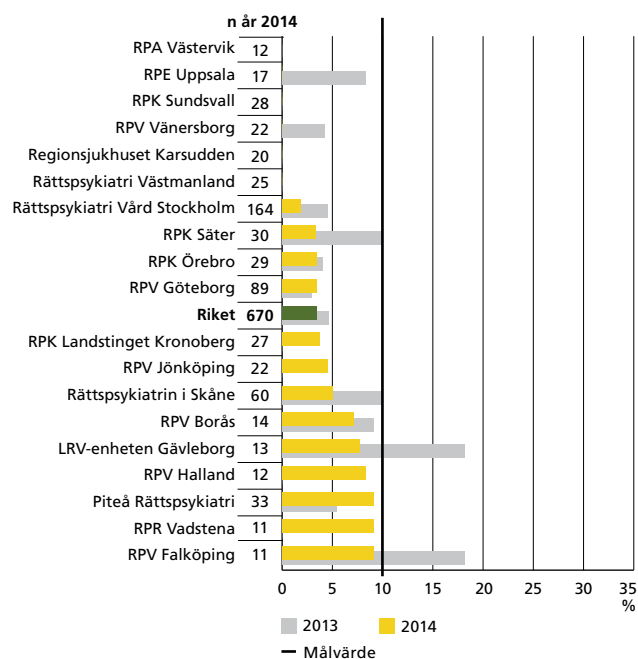
Andelen patienter på enheterna med BMI över 30 ska vara under 37 procent.

Återfall i brottslig gärning

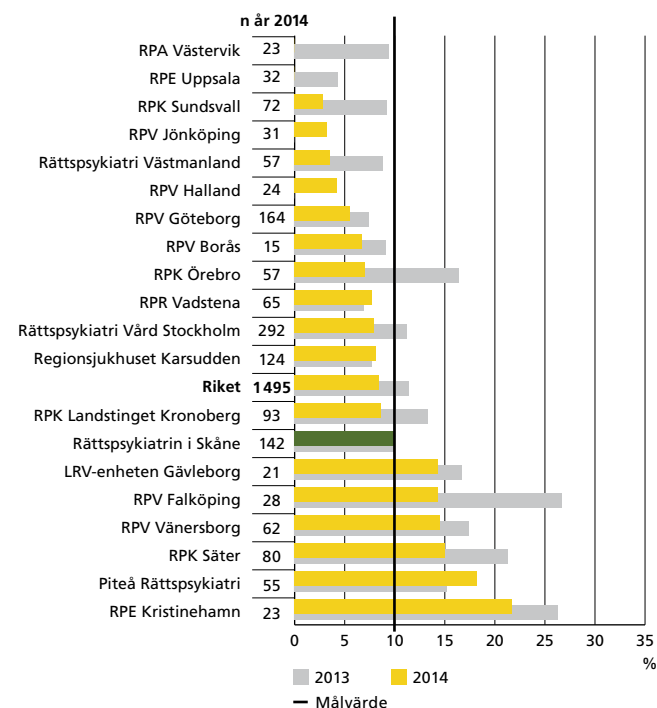
Figur 67. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, slutenvård.



Figur 68. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, öppenvård.



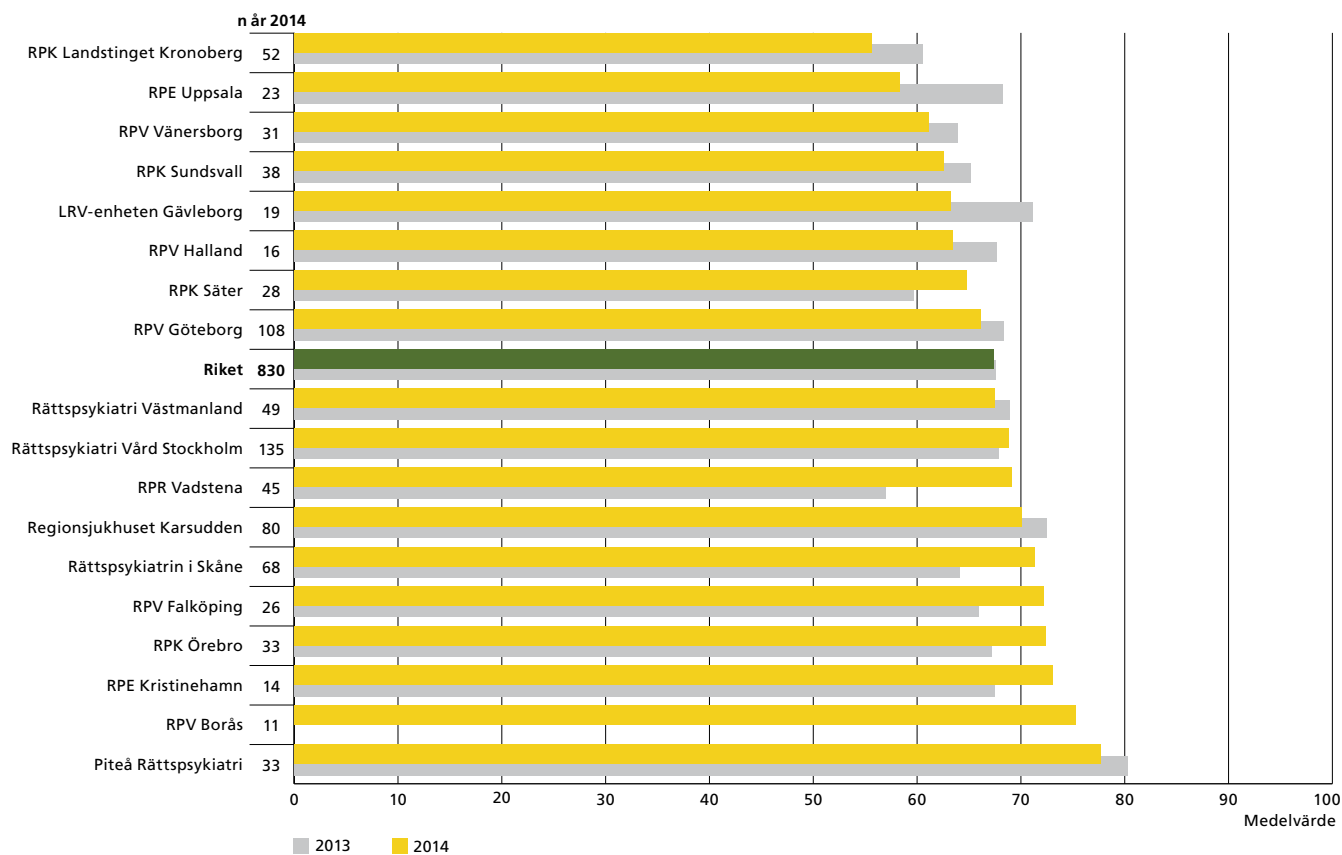
Figur 69. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, totalt.



Andelen patienter på enheterna som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara under 10 procent.

Livskvalitet

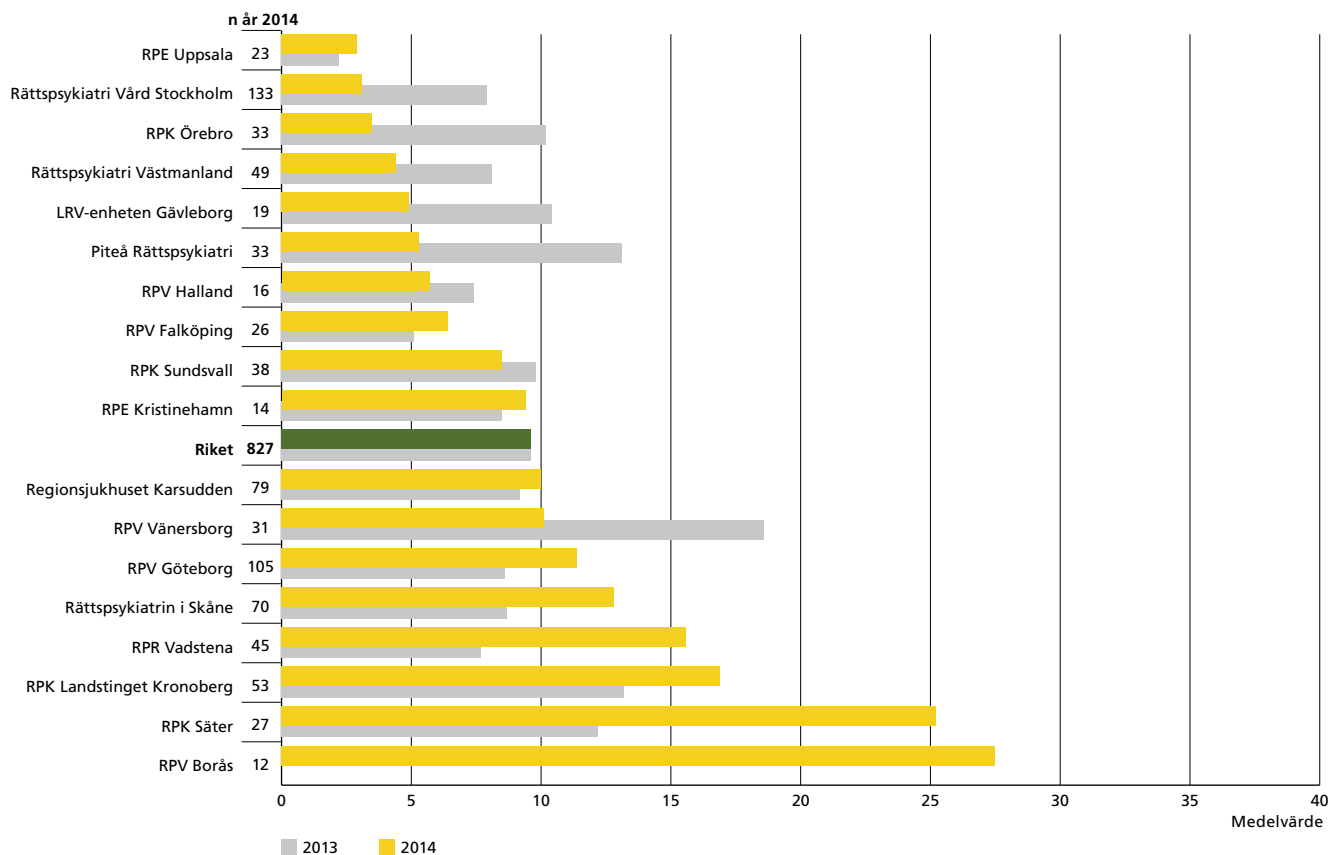
Figur 70. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning.



Patienternas skattade livskvalitet på en VAS-skala (0 – 100).

Risk för återfall i brott

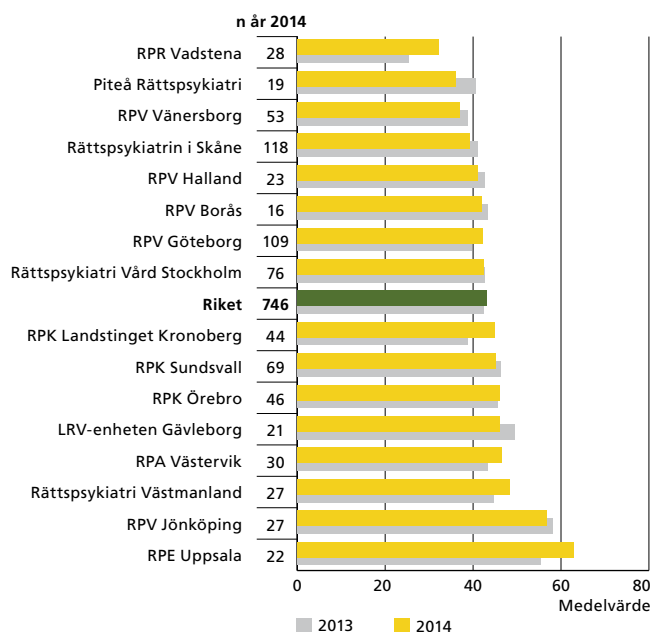
Figur 71. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott vid uppföljning.



Patienternas skattade risk för återfall i brott på en VAS-skala (0 – 100).

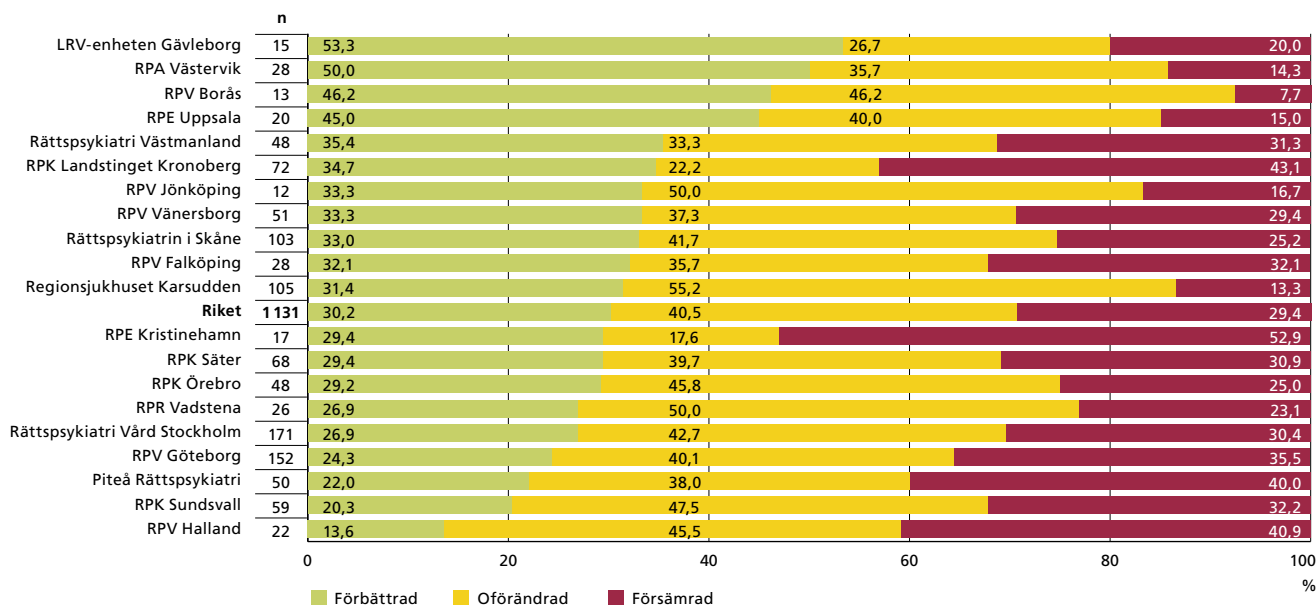
GAF-skattning

Figur 72. Medelvärde av GAF-skattningar vid uppföljning.



Klinisk skattning av symtombilden

Figur 73. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2013 och 2014.

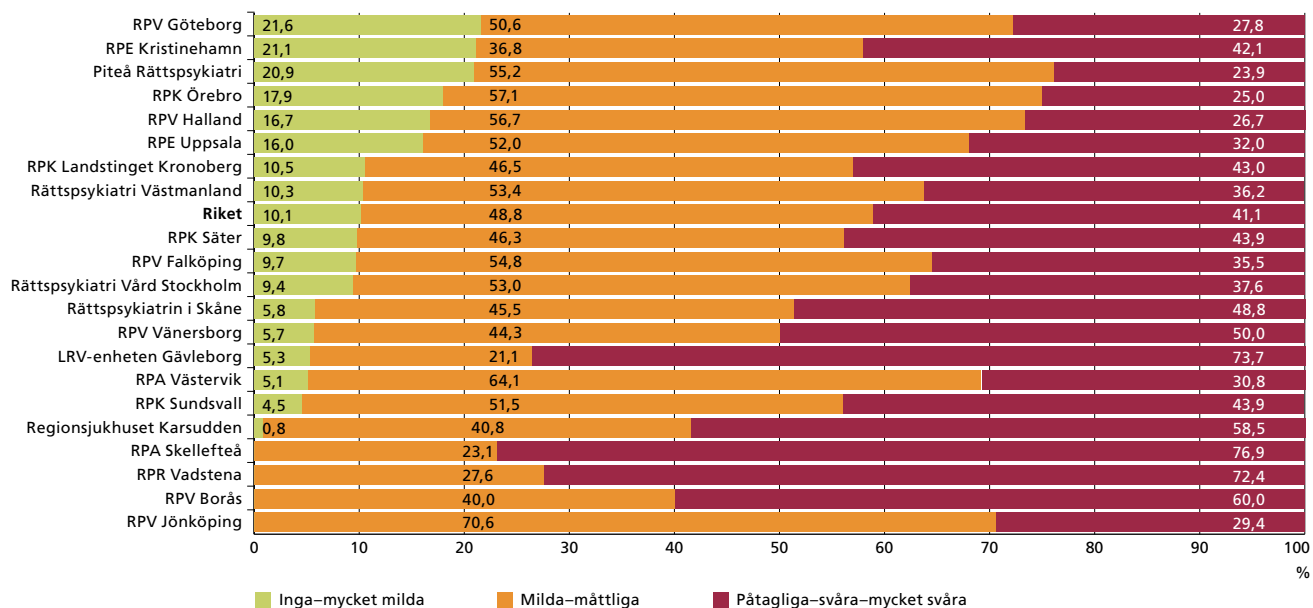


Symtombilden mäts på en sjugradig skala (CGI-skalan) med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på

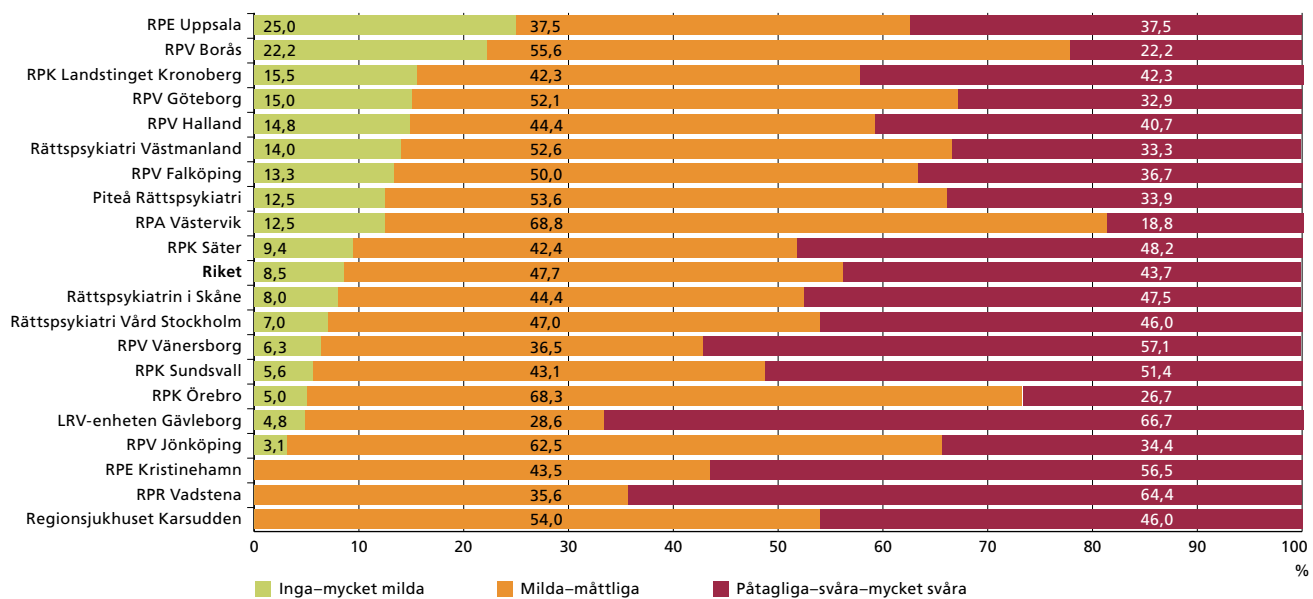
minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

Figur 74. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning.

År 2013

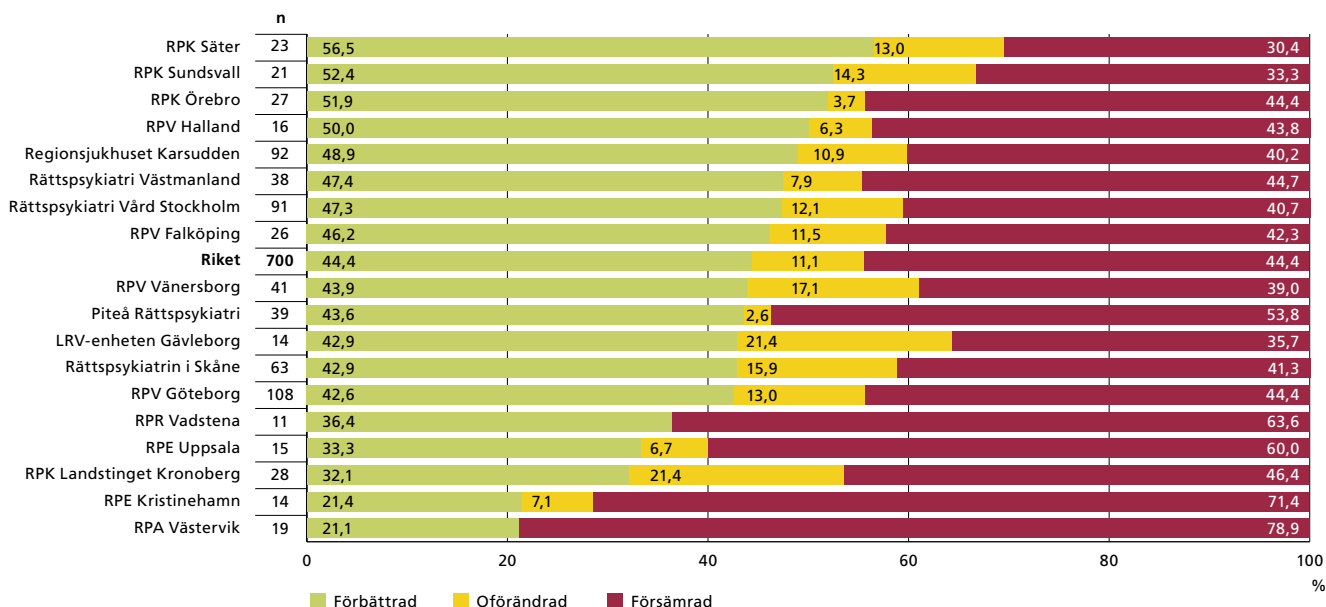


År 2014



Body Mass Index (BMI)

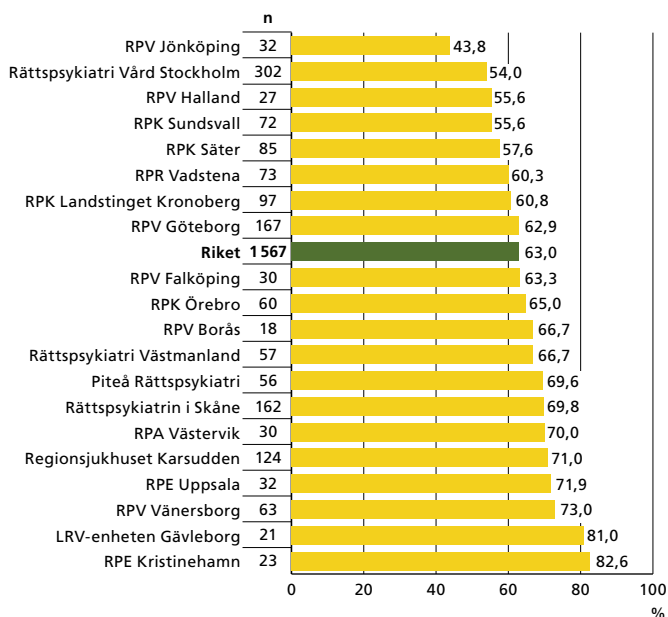
Figur 75. Andel patienter med minskat, oförändrat respektive ökat BMI mellan åren 2013 och 2014.



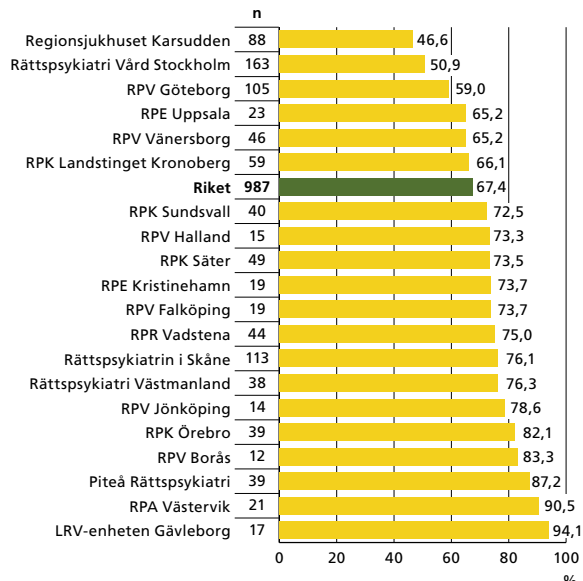
I figuren redovisas varje förändring mellan mätningarna med minst en decimal. Som förbättring (grön stapel) redovisas ett minskat BMI och försämring (röd stapel) redovisas ett ökat BMI. I det enskilda fallet kan dock ett ökat BMI innebära en förbättring.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Figur 76. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi.

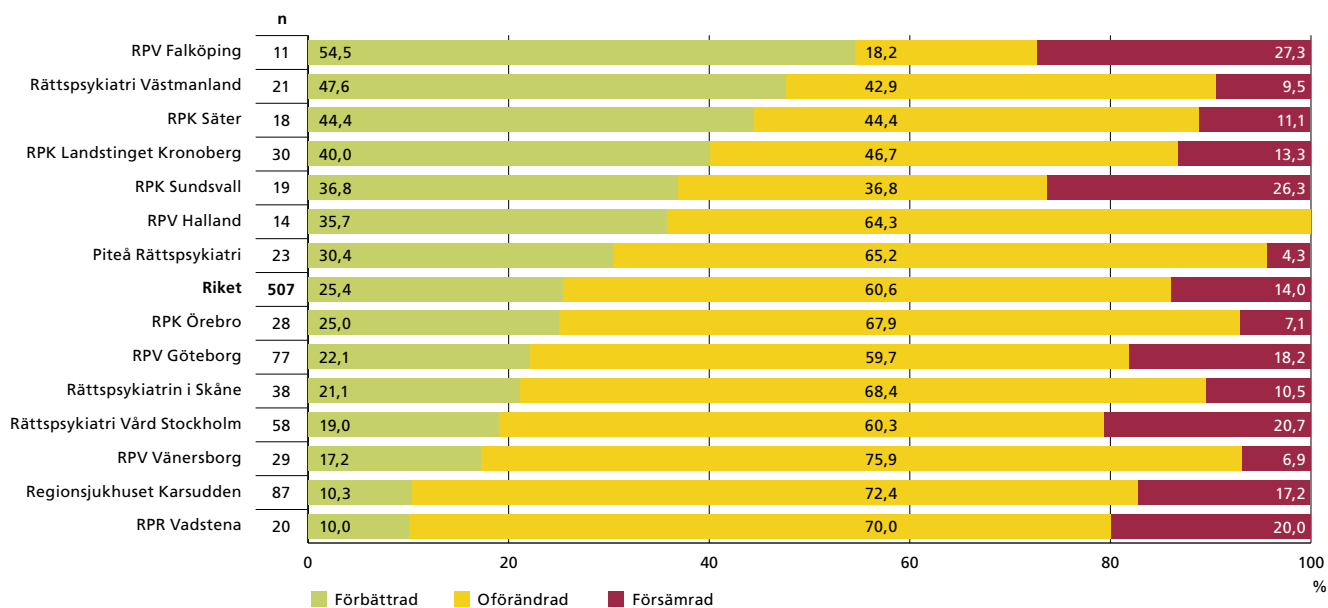


Figur 77. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare.



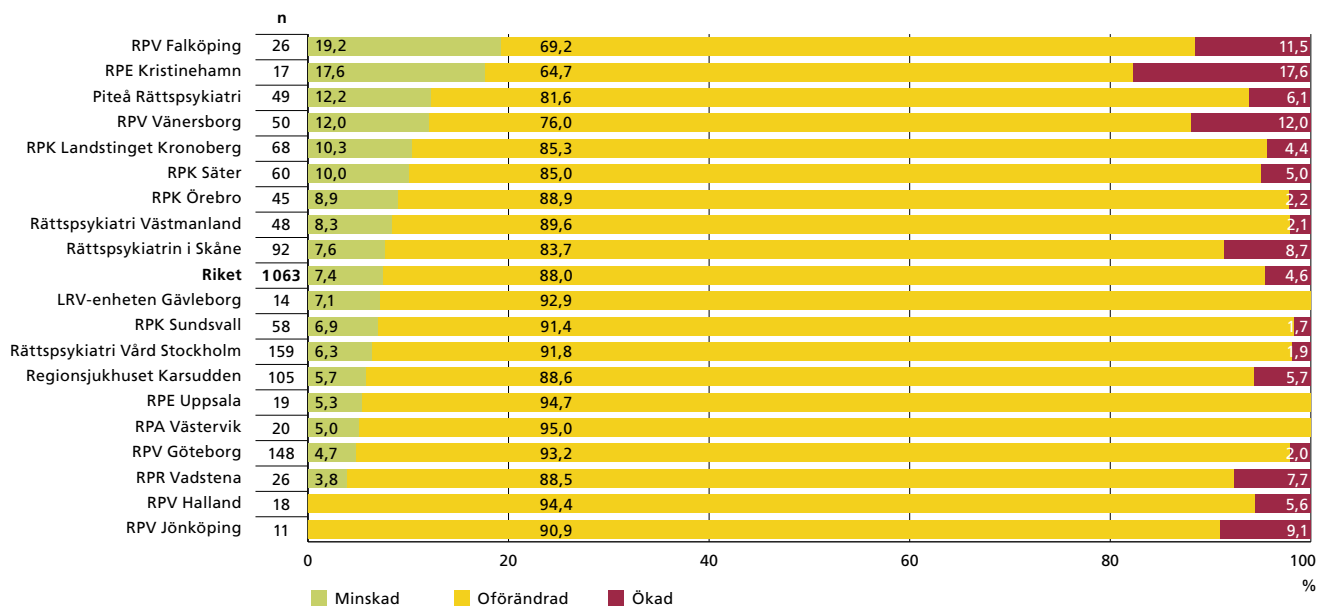
Förändring av skuldsituation

Figur 78. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2013 och 2014.



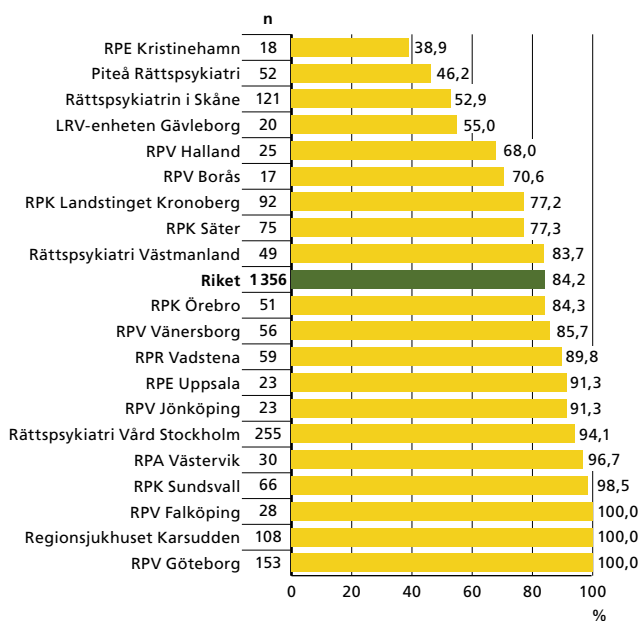
Återfall i brottslig gärning under pågående LRV-vård

Figur 79. Andel patienter med minskad, oförändrad respektive ökad förekomst av återfall i brottslig gärning mellan åren 2013 och 2014.



Genomförd riskanalys

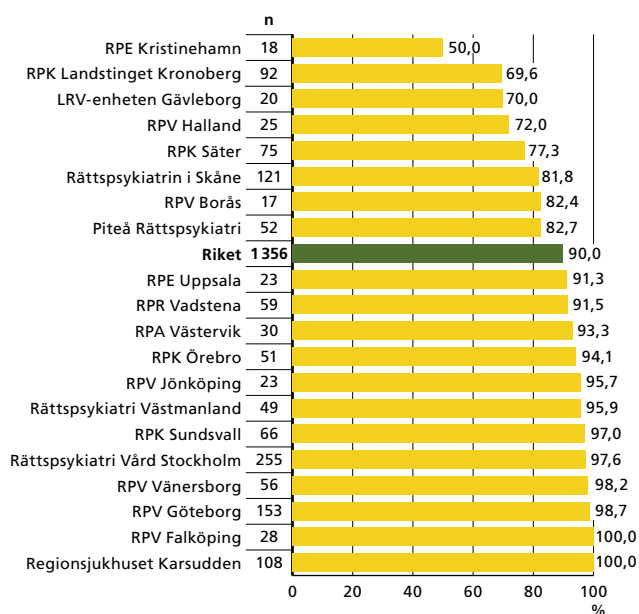
Figur 80. Andel patienter med genomförd riskanalys.



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

Behandling utifrån riskbeteende

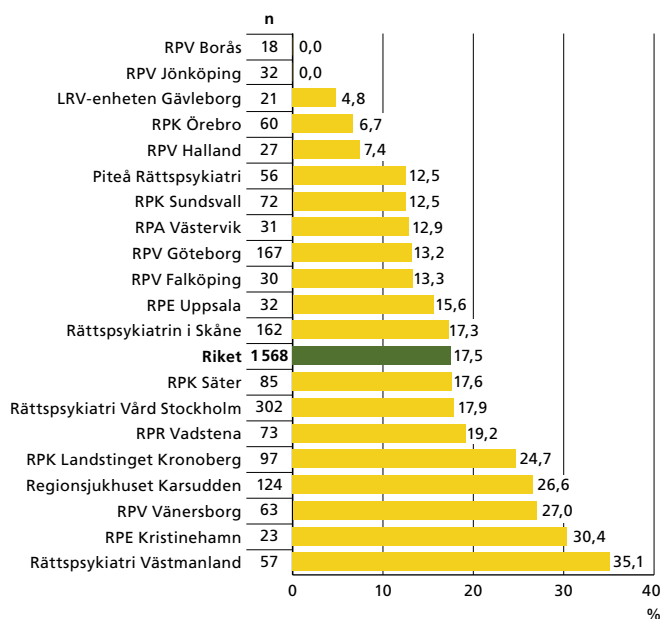
Figur 81. Andel patienter som fått behandling utifrån riskbeteende.



Behandlingsmetoder som registreras är; farmakologisk behandling, psykoterapi, psykoedukativa metoder samt annan behandling.

Tvångsåtgärder

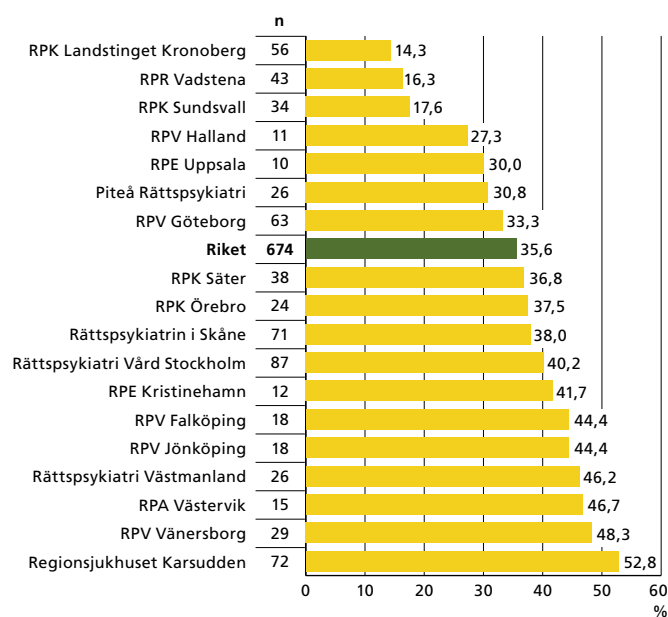
Figur 82. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV §8/LPT §19–20.



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

Indragna friförmåner

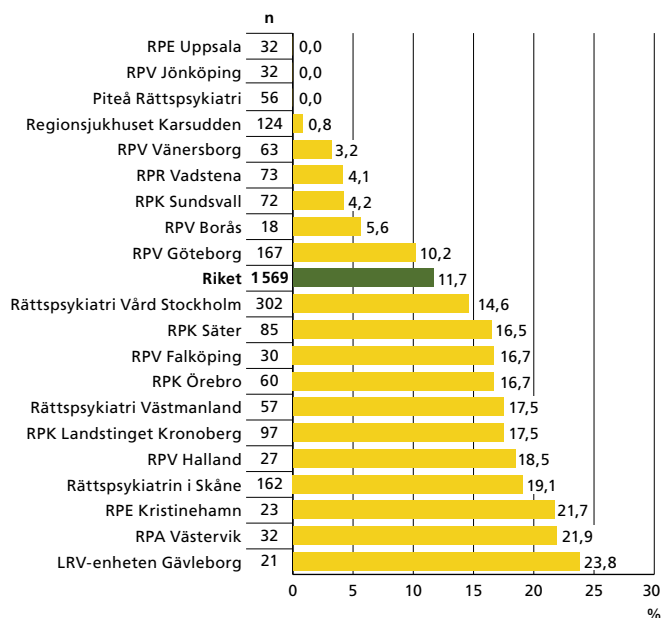
Figur 83. Andel patienter med indragna friförmåner.



Med indragna friförmåner såsom frigång eller permisson menas att patienten vid något eller några tillfällen fått dessa indragna sedan senaste skattning.

Samverkan och samverkansbehov

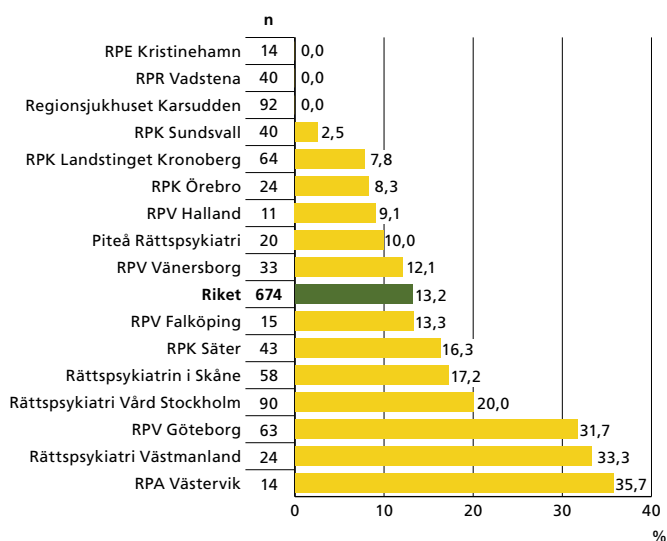
Figur 85. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett.



Aktörer som avses är kommunala vårdgivare, psykiatrisk hemortsklinik, vårdgivare inom sjukvård, behandlingshem, kriminalvård, anhöriga, socialt nätverk eller annan myndighet.

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Figur 84. Andel patienter som är färdiga för eftervård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



Med "färdig för öppen rättspsykiatrisk vård" menas att patienten vårdas i dygnsvård trots att han eller hon bedöms vara färdig för eget boende alternativt annan vårdform.

Diskussion

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

Blir då patienterna bättre av den vård som ges? Ett sätt att följa upp detta är att i sin enkelhet jämföra första registrerade värde med sista värde per patient för ett antal viktiga indikatorer, se figur under rubriken ”Utfall av vården för några indikatorer”.

Ytterligare ett sätt är att följa resultatet av vården är patienternas självskattning av sin hälsa och livskvalitet och risk för återfall i brott. Av dessa indikatorer följs för närvarande patientens självskattade livskvalitet. Drygt hälften av patienterna uppger en förbättrad livskvalitet, medan en fjärdedel 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 patientens vård påbörjades.

Ett problem är att BMI försämrats för hälften av patienterna, jämfört med 2013 är detta en ökning med 10 procent. I årets rapport jämförs BMI för patienter i RättspsyK med PsykosR. Andelen med BMI > 30 visade sig då vara högre i RättspsyK. Om man ställer detta mot genomsnittsbefolkningen är dessa siffror tre gånger högre i PsykosR och närmare 4 gånger högre i RättspsyK. I årets rapport redovisas slutfasen av ett förbättringsprojekt som just syftar till att förbättra patienternas BMI. Tidig intervention, ett kontinuerligt och uthålligt arbete under hela vårdtiden är nödvändigt för att komma tillrätta med detta problem. Detta kräver samlade ansträngningar från många yrkeskategoriers kompetens.

En ökad andel patienter har fått missbruksbehandling jämfört med 2010. I samband med att verksamheterna fått besök för validering av indata har det förts diskussioner om vad som ska ingå i registreringen av missbruksbehandling. I begreppet ska även ingå drogscreening, enligt nationella riktlinjer för missbruksbehandling, vilket kan innebära att en del av ökningen beror på ett nytt sätt att registrera.

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

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

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

Genomgående värderar patienten sin egen risk som låg, vilket kan bero på ett flertal orsaker såsom exempelvis bristande insikt. Det finns också en möjlighet att patienternas skattning beror på att man antingen vill få friförmåner eller bli utskrivna och då skattar sin återfallsrisk som låg.

Utvecklingsarbete

• Validering av indata

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

Med stöd av medel från SKL pågår arbete med att validera indata. Inför starten av valideringsarbetet hämtades värdefulla synpunkter via nätverksarbete med Registercentrum Västra Götalandsregionen. Två granskare, Marianne Ander och Malin Lotterberg, som utsetts av registrets styrgrupp har under 2014 besökt åtta enheter, därmed är totalt 17 enheter besökta sedan 2012. Syftet med valideringsarbetet är att få en uppskattning av hur väl data på enheten överensstämmer med data i registret. Granskning sker utifrån en förutbestämd mall. Besöket avslutas med en muntlig sammanfattning och en skriftlig återkoppling skickas till enheten i efterhand. Vidare ger valideringsarbetet värdefull kunskap om hur olika indikatorer uppfattas och förbättringsarbeten har genomförts kring bland annat informationstext vid registrering. Återstående enheter kommer att besökas under 2015.

• Uppsalaprojektet

”Det ska inte handla om tur”

Text sammanställd av Ida Augustin.

Under höst och vår 2014/15 har Rättsspsykiatriska enheten i Uppsala deltagit i Uppsalaprojektet ”Det ska inte handla om tur”. Projektet syftar till att integrera kvalitetsregistren i de vanliga strukturerna i vården. Data som finns tillgängligt via kvalitetsregistren skall komma till användning i det lokala och regionala förbättringsarbetet.

En projektgrupp tillsattes på enheten, innehållande avdelningschef, medarbetare, brukarrepresentant och en extern processledare. Tillsammans gick gruppen igenom de kvalitetsindikatorer som ryms i RättsspsyK och kom överens om två mått som vi skulle fördjupa oss i, Livskvalitet och BMI.

Livskvalitet

Livskvalitet var det mått med störst uppfattad betydelse hos vår brukarrepresentant. I kvalitetsregistret skattar

patienten sin upplevda livskvalitet enligt VAS 0–100. Vi fick ta del av data från 2008 och kunde konstatera att vi från att ha legat över rikssnittet låg strax under och anade således en negativ trend.

Problem: Trots insatser som förväntades leda till upplevelser av ökad livskvalitet hos patienter, går trenden mot allt lägre skattad livskvalitet.

Frågeställning: Vad innebär, och vad upplever patienterna förbättrar deras livskvalitet?

För att besvara vår frågeställning genomfördes en fokusgrupp i livskvalitet vid respektive heldygnsavdelning. Totalt deltog 16 patienter. Deras uttalanden skrevs ner och kategoriserades. Därefter genomfördes enskilda intervjuer där patienterna fick rangordna kategorierna utifrån uppfattad betydelse för livskvaliteten. Konkreta förbättringsförslag lämnades av patienter vid uppföljande intervjuer. Aspekters skattade betydelse för livskvalitet hos patienter, samt förbättringsförslagets uppfattade genomförbarhet hos personal, avgjorde vilka förbättringsåtgärder som valdes ut för implementering.

1. Träffa familj och anhöriga

Förbättringsåtgärd:

Utveckla miljön i besöksrummen.

2. Respektfullt bemötande

Förbättringsåtgärd:

Önskemål om utbildning i bemötande resulterade i beslut om att implementera den av SSF framtagna Etikduken (SSF = Svensk Sjuksköterskeförening).

3. Tydlighet

Förbättringsåtgärd:

Ny patientguide samt konkretiserade mål vid omvårdnadsplanering för att förbättra tydligheten i kommunikationen.

Resultaten från fokusgrupperna, uppföljande intervjuer samt förbättringsåtgärder återkopplades till patientgruppen samt till vårdpersonal på enheten.

BMI

Hög viktuppgång är en tidig riskfaktor för utveckling av metabola störningar. Måltal enligt RättspsyK (2013) är en andel patienter med BMI >30 som understiger 37 procent. RPE Uppsala klarar förvisso nämnda måltal, men andelen patienter med fetmagrad I-III uppgår trots detta till cirka en tredjedel.

Förbättringsåtgärd: Vid den månatliga vägningen sker en strukturerad återkoppling i BMI-värde för samtliga patienter med utgångspunkt enligt MI . Patienterna ges information om BMI och tilldelas en färgkodad BMI-tabell där man på ett enkelt sätt kan följa förändringar.

Nuvarande resultat: Genomsnittligt BMI för hela patientgruppen sänktes (om än i liten omfattning) vid de första tre mättillfällena. Sista och fjärde mättillfället bröts trenden och en marginell uppgång noterades.

Det verkar således som att relativt små åtgärder såsom återkoppling kan ge effekt på BMI, men möjligen är den effekten endast tillfällig. Det är svårare att påverka en redan etablerad viktuppgång varför insatser bör sättas in i ett tidigt skede och allra helst som en preventiv åtgärd. BMI kan vara en känslig fråga för patienter varför nogsam formulering, respektfullt bemötande med en validerande och motiverande attityd är viktigt.

Lärdomar och framtidsutsikter

Deltagandet i Uppsalaprojektet har skänkt oss flera lärdomar, både i relation till projektets mål och till de indikatorer som vi valt att fördjupa oss i. Framförallt har det bidragit till att RättspsyK blivit en mer synlig del i vårt vardagliga arbete och känt för personalen som helhet.

Rättspsykiatriska enheten i Uppsala ämnar arbeta vidare på den väg som projektet har hjälpt oss att trampa upp och hoppas att fler enheter nyttjar möjligheten att jobba med kvalitetsregistret på detta patientnära sätt.

Text *Catbarina Malmfors*

Förbättringsprojekt med fokus på BMI

Det finns ett glapp mellan den samlade kunskapen i kvalitetsregistret RättpsyK och hur de rättspsykiatriska klinikerna arbetar. För att överbrygga glappet genomfördes ett förbättringsprojekt – *Rätt insatser för patientens bästa* – som syftade till att omsätta registerdata till nya, förbättrade arbetssätt.



Hans Andersson

Förbättringsprojektet löpte från maj 2012 till december 2013. I december 2014 hade projektet, på deltagarnas begäran, ett uppföljande möte utanför projektramen. Sju kliniker från hela landet deltog, och under de sex träffarna fick deltagarna lyssna på experter, utbyta erfarenheter, ta del av ny kunskap och reflektera över sitt fortsatta arbete på hemmaplan.

Som en del i projektet fick varje klinik välja en eller flera indikatorer att försöka förbättra på den egna kliniken. Sex av klinikerna valde att enbart jobba med indikatorn BMI. En av klinikerna valde att jobba med BMI plus ytterligare fyra indikatorer.

Flera orsaker till högt BMI

Hans Andersson, före detta registerhållare som var med och initierade förbättringsprojektet, är inte förvånad över att så många valde att jobba med just BMI.

– Detta är en stor och daglig utmaning såväl för patienterna som för personalen. Rättspsykiatriska patienter är ofta överviktiga, av flera orsaker. Många patienter kan inte laga mat, det är hämtpizza och coca-cola som gäller.

Vissa mediciner ger ett ökat sug efter mat, liksom brist på mättnadskänsla. Dessutom kan intaget av läsk och godis öka för patienter med missbruk när de inte längre har tillgång till alkohol och droger. Ytterligare en orsak till patienternas höga BMI är att de har en begränsad yta att röra sig på, i och med att de befinner sig på låsta vårdinrättningar, förklarar Hans Andersson.

Patienternas ohälsosamma leverne får skrämmande följder.

– Rättspsykiatriska patienter dör 20–25 år i förtid av hjärt- och kärlsjukdomar och andra somatiska sjukdomar. Men förbättringsarbete tar tid. Det viktiga nu är att vi inte ger upp, att vi håller ut och fortsätter hjälpa patienterna till ett sundare liv, säger Hans Andersson.

Rökning är ett dilemma

Ett sundare liv kräver stora livsstilsförändringar när det gäller såväl kost och motion som alkohol och rökning.

Alkohol får inte förtäras på klinikerna och när det gäller rökningen finns ett dilemma: Ska personalen få röka till sammans med patienterna? När frågan diskuterades inom ramen av projektet,

DESSA KLINIKER DELTOG

Följande sju kliniker deltog i förbättringsprojektet *Rätt insatser för patientens bästa*:

- Rättspsykiatri Rågården i Göteborg
- Rättspsykiatri Brinkåsen i Vänersborg
- Rättspsykiatri i Kristinehamn
- Rättspsykiatri i Sala
- Rättspsykiatri i Säter
- Rättspsykiatri i Vadstena
- Rättspsykiatri i Piteå

DETTA ÄR BMI

BMI (Body Mass Index) visar förhållandet mellan vikt och längd, och kan ge en riktlinje om en person är överviktig, underviktig eller normalviktig.

BMI räknas ut genom att ta personens vikt i kilogram och dividera den med personens längd i meter i kvadrat. För en person som är 1,80 meter lång och väger 100 kilo blir alltså ekvationen följande: $100 / (1,80 \times 1,80)$, vilket ger ett BMI på knappt 31.

Ett BMI på 26–30 räknas som övervikt, ett BMI som är 31 och över räknas som fetma.

$$\text{BMI} = \frac{\text{VIKT (kg)}}{\text{LÄNGD (m}^2\text{)}}$$

framkom det att många kliniker tillåter att personalen röker med patienterna. Att röka tillsammans upplevs nämligen som ett sätt att skapa kontakt och vinna patienternas förtroende.

Det kan vara anledningen till att de deltagande klinikerna främst har arbetat med att förbättra patienternas förutsättningar när det gäller kost och motion.

Viktigt med längre perspektiv

I förändringsprojektet har kvalitetsregistret RättspsyK tagit hjälp av Memeologen, en utvecklingsenhet för innovation och förbättringar inom Västerbottens läns landsting. Memeologen har bidragit med metodstöd.

– Träffarna har haft fyra inslag: redovisning av expert, utbyte av erfarenheter, kunskap inom förbättringsområdet och egen tid för reflektion.

Alla som deltog på träffarna jobbar med samma saker, men de gör det på olika sätt. Att diskutera olika lösningar har varit väldigt givande, berättar Anders Edström på Memeologen.

Anders Edström betonar vikten av att stanna upp – för att tänka framåt.

– Det måste finnas en balans mellan korta puckar och att sätta sig ner och tänka till. Vi måste skaffa oss ett längre perspektiv än exempelvis torsdag klockan 12. Det är en utmaning!

Dyrt att leva ohälsosamt liv

Anders Edström har varit med på samtliga träffar inom ramen av förbättringsprojektet, och han jämför gruppens resa med att blåsa upp en ballong.



Anders Edström

– Ju större ballongen blir, desto mer yta mot annat att ta tag i. Komplexiteten bara ökar, man upptäcker fler och fler faktorer som påverkar. Vi skulle kunna fortsätta utbyta erfarenheter och reflektera i alla evighet, det finns alltid mer att lära, säger Anders Edström. Hans Andersson framhåller att olika faktorer påverkar varandra, och att

”Det måste finnas en balans mellan korta puckar och att sätta sig ner och tänka till. Vi måste skaffa oss ett längre perspektiv än exempelvis torsdag klockan 12. Det är en utmaning!”

man genom att få bukt med ett problem kan få bukt med ett annat också.

– Det är dyrt att leva ett ohälsosamt liv. Genom att dra ner på cigaretter, hämtmat och godis kan även patientens ekonomi förbättras, exemplifierar Hans Andersson. ■



Text *Catbarina Malmfors*

Förbättringsprojektet har inspirerat till nya arbetssätt

I december 2014 – ett år efter att projektet avslutades – träffades de deltagande klinikerna för en uppföljning. Vad har hänt sedan sist? Vilka förändringar har gjorts ute på klinikerna? Och har arbetet gett något resultat?



Anna-Karin Burman

En av klinikerna som har deltagit i förbättringsprojektet Rätt insatser för patientens bästa är rättspsykiatrin i Piteå.

– Jag har alltid kommit hem från träffarna väldigt inspirerad, säger Anna-Karin Burman, sekreterare på kliniken.

Kliniken har 53 platser – hälften för rättspsykiatrisk vård och hälften för psykiatrisk tvångsvård. Trots att förbättringsprojektet har fokus på rättspsykiatrin så har den andra patientgruppen också bjudits in att delta i de hälsofrämjande aktiviteterna.

– När patienterna skrivs in får de fylla i en hälsoprofil, med frågor om bland annat sjukdomar, alkohol och droger, motionsvanor och kostvanor. Vi fyller även i vikt, midjemått, BMI, blodtryck, puls, etcetera. En ny hälso-

profil görs sedan varje kvartal, berättar Anna-Karin Burman.

Hälsoveckor med prova-på

Som en följd av projektet, anordnade kliniken två hälsoveckor med fokus på både kost och motion.

– Patienterna fick prova på nya aktiviteter. Det var alltifrån tabata, som är högintensiv intervallträning, till dans och vattengympa. De bjöds in att lyssna på föreläsningar om kost och motion, och fick provsmaka nyttiga, alternativa snacks i klinikens café, berättar Anna-Karin Burman.

Hälsoveckorna var mycket uppskattade och kliniken hoppas att det är något som de kommer att kunna fortsätta med. En annan satsning är de tipspromenader à fem kilometer som genomförs två gånger per år.

Personalen på kliniken är indelad i sex vårdlag. Varje lag har en hälso-coach, som har i uppgift att motivera personalen att i sin tur motivera patienterna. Vårdlagen har lyckats göra motion till en del av patienternas vardag, med bland annat dagliga promenader, diverse träningsgrupper och ett nytt utegym inom frigångsområdet. För att främja bättre kost har klinikens café försökt erbjuda nyttiga alternativ. Och numera lägger personalen upp maten på tallriken vid lunch och middag, vilket resulterar i mindre portioner. Kliniken har även två diplomerade tobaksavvännare.

– Vi har hur många idéer som helst! Men tyvärr har vi inte resurser att genomföra dem alla, säger Anna-Karin Burman.

Årlig hälsokontroll införd

Rättspsykiatri Brinkåsen i Vänersborg valde att arbeta med fem indikatorer: sjukdomsinsikt, skattningar, skuldsituation, riskbedömningar och BMI. Dietisten Ebba Carlsson har arbetat med den sistnämnda.

– Våra patienter har högt BMI, i genomsnitt 28, jämfört med 20–25 som är normalt. Många är inaktiva, passiva. Det är vanligt med ohälsosamma matvanor som kan yttra sig i oregelbundna måltider, för stora portioner och ohälsosamma livsmedelsval. Många har ett för högt intag av energitäta, men näringsfattiga, livsmedel som läsk och godis. Vi behöver hjälpas åt med att identifiera de patienter som har mest ohälsosamma matvanor och sätta in rätt åtgärder, säger Ebba Carlsson.

Inom ramen för förbättringsprojektet har Ebba Carlsson och hennes kollegor infört en årlig hälsokontroll.

– Sedan tidigare genomför kliniken en årlig hälsokontroll för psykosvårdens patienter. Nu har vi arbetat

fram en årlig hälsokontroll för rättspsykiatriens patienter också, utifrån de senaste kliniska riktlinjerna kring metabolt syndrom, berättar Ebba Carlsson.

BMI mäts på alla patienter

Genom hälsokontrollen får kliniken ett utgångsvärde att jobba mot för att kunna följa patientens BMI över tid. Målet är att BMI mäts på alla patienter minst en gång per år och att BMI normaliseras. Syftet är att skapa en positiv livsstilsförändring gällande kost och fysisk aktivitet.



Ebba Carlsson

TIPS FRÅN DIETISTEN!

Ebba Carlsson, dietist på RPV Vänersborg Brinkåsen, ger följande råd när det gäller att förbättra patienternas kost:

- Hjälpt patienten att sätta upp ett realistiskt mål, anpassat efter personens motivation och kognitiva förutsättningar. Sätt inte ribban för högt!
- Börja i rätt ände. Det är ingen idé att plocka bort potatisen från tallriken om patienten har ett stort läskintag.
- Servera mindre portioner.
- Om möjligt, laga mat tillsammans med patienterna. Det behöver de kunna inför utslussningen.
- Det är viktigt att alla i personalen ger samma kostråd och att kostråden vilar på vetenskaplig grund. Att rekommendera 5:2 eller en annan modediet är ingen bra idé.
- Ta ett steg i taget och ha tålamod!

Utöver BMI ingår andra parametrar i hälsokontrollen, såsom långtidssocker, blodtryck och blodfetter. Även konditionstest och livsstilsenkäter från Socialstyrelsen ingår.

– En sådan här systematisk kontroll av somatisk hälsa, med fokus på metabol risk, utgör en viktig del i arbetet med att förebygga somatisk ohälsa bland våra patienter. Vi har ett brett åtgärds paket. I det ingår en kost- och aktivitetsgrupp. Varje grupp består av sex patienter som träffas under 13–14 veckor, två gånger i veckan. Patienterna sätter upp personliga mål med sitt deltagande i gruppen och får stöttning i att sträva mot sina mål. Det är ett lyckat koncept som vi har spridit till andra rättspsykiatriska enheter, berättar Ebba Carlsson.

Hälsoveckan – på tips från Piteå

Rättspsykiatri Brinkåsen i Vänersborg genomför även en hälsovecka två gånger per år.

– Hälsoveckan startade vi efter tips från rättspsykiatri i Piteå, som berättade om sina hälsoveckor på första träffen. Under Hälsoveckan har vi massor med hälsofrämjande aktiviteter. Patienterna kan prova på exempelvis qigong, lättgymna och boules. Vi har också haft tipspromenad, sockerutställning i monter, kostföreläsningar för både patienter och personal, erbjudit provsmakning av nyttiga mellanmål, haft besök av tandhygienist, med mera. För att få dit patienter som kanske inte är så intresserade av hälsa har vi anordnat en loppis, med förhoppning att de ska stanna kvar och upptäcka de andra aktiviteterna, berättar Ebba Carlsson.

De har även sett över utbudet i den kiosk som finns på kliniken.

– Vi försöker arbeta in ett nyttigare utbud i kiosken genom att komplettera med exempelvis fruktsallader,



yoghurtdrinkar och kolsyrat vatten. Det vita brödet har ersatts med grovt bröd och vi säljer numera chipspåsar i mindre storlek än tidigare. Arbetet går framåt, om än långsamt, berättar Ebba Carlsson.

Möter andra med samma problem

Ebba Carlsson har blivit styrkt av att träffa personer från andra kliniker och höra deras berättelser.

– Det har varit väldigt skönt att höra att vi från vår enhet inte är ensamma om att uppleva ett visst motstånd i utvecklingsarbetet. Det gäller att inte ge upp, utan att fortsätta. Och att fokusera på alla de kollegor och patienter som faktiskt är väldigt positiva, säger Ebba Carlsson.

Satsningarna på bland annat hälso-kontroll, hälsoveckor och nytt utbud i kiosken har ännu inte resulterat i ett lägre BMI på patientgruppen som helhet. Men det är inget som bekymrar Ebba Carlsson.

– Förändringar tar tid. I nuläget kan vi se en antydning till sänkt BMI för öppenvårdspatienterna, vilket vi hoppas är ett resultat av det arbetet vi har påbörjat inom slutenvårdstiden, konstaterar Ebba Carlsson.

Fokuserar på samarbetet

Henrik Bergman jobbar som fysioterapeut på rättspsykiatri Rågården i Göteborg, en annan av de deltagande klinikerna.

– Många av oss i gruppen är intresserade av fysisk träning. Genom att

välja BMI, den enda fysiska indikatorn som finns i registret, fick vi en förevändning att börja arbeta med fysisk träning på ett mer strukturerat sätt, säger Henrik Bergman.



Henrik Bergman

TIPS FRÅN FYSIOTERAPEUTEN!

Henrik Bergman jobbar som fysioterapeut på rättspsykiatri Rågården i Göteborg. Här är hans råd för att hjälpa patienterna till fysisk aktivitet.

- Se fysisk aktivitet som en del av den psykiatriska rehabiliteringen!
- Vilket slag av fysisk aktivitet spelar mindre roll, bara det blir något. Låt patientens intresse och övriga förutsättningar styra!
- Den fysiska aktiviteten behöver inte vara högintensiv för att vara verksam.
- Att endast erbjuda fysisk aktivitet räcker inte alltid. Personal som påminner och arbetar stödjande och motiverande är helt avgörande för de patienter som har svårt att komma igång själva.
- Allmänna rekommendationer för oss alla är 150 minuters fysisk aktivitet med måttlig intensitet per vecka. Det kan vara ett lämpligt mål även för patienterna. Dela upp i kortare eller längre pass på minst 10 minuter. Räkna ihop minuterna när veckan är slut.
- Något är oerhört mycket bättre än inget, även om det till en början blir mindre än 150 minuter per vecka. Att öka mängden fysisk aktivitet kan vara ett delmål i rehabiliteringen.



Henrik Bergman och hans kollegor har inte fokuserat på att hitta nya träningsaktiviteter för patienterna; det fanns redan en stor repertoar bestående av bland annat avspänning, simning, bollsport och individuell träning. I stället har de riktat in sig på hur samarbetet mellan olika professioner är strukturerat.

– Inom ramen av förbättringsprojektet har vi gjort fysisk träning till en integrerad del av sjukvården. Tidigare har det varit en ”bredvid”-verksamhet, en fri aktivitet. Numera ingår professionerna hälsopedagog och fysioterapeut i de multiprofessionella team som ansvarar för patientens rehabilitering, berättar Henrik Bergman.

Patienten aldrig problemet

Arbetet i de multiprofessionella teamen utgår från att patienten aldrig är problemet, att det i stället är samarbetet i teamet som är avgörande för rehabiliteringen.

– En stark organisation kompenserar för eventuella problem och brister som patienten har. När vårt samarbete lyckas, då lyckas också patienten, säger Henrik Bergman.

Kliniken har skickat ett multiprofessionellt team à sex personer plus enhetschefen till förbättringsprojektets träffar.

– Genom att delta i projektet tillsammans med mina kollegor med andra yrkesutbildningar, har jag fått en mycket större förståelse för hur de ser på sitt respektive kunskapsområde. En annan stor fördel är att vi har kunnat tillämpa kunskaperna från projekt direkt i den dagliga verksamheten, berättar Henrik Bergman.

Genomsnittligt BMI säger lite

Parallellt med sin anställning på Rågården Göteborg, skriver Henrik Bergman en doktorsavhandling om effekter av fysisk träning inom rättspsykiatrisk vård.

– När jag började inom psykiatrin blev jag förvånad över patienternas övervikt, dåliga kondition och mus-

– BMI är ingen bra indikator för fysisk aktivitet. För det spelar ingen roll hur mycket patienten tränar om kosten är fel. Kosten är helt enkelt viktigare för BMI än vad träning är. Nu när vi arbetar framåt kommer vi också att försöka hjälpa patienterna till sundare matvanor. ■

”Arbetet i de multiprofessionella teamen utgår från att patienten aldrig är problemet, att det i stället är samarbetet i teamet som är avgörande för rehabiliteringen.”

kelstyrka. Jag har känslan av att psykiatrin inte drar nytta av den kunskap som finns om fysisk träning på samma sätt som övriga sjukvården. Ta exempelvis kirurgin, där man försöker få patienten på benen så snabbt som möjligt efter ett ingrepp. Vi inom psykiatrin måste tänka på samma sätt, att fysisk träning bör vara en självklar del i behandling och rehabilitering vid psykiatrisk sjukdom, säger Henrik Bergman.

Att minska patienternas genomsnittliga BMI har inte varit så viktigt för Henrik Bergman och hans kollegor.



Text *Catbarina Malmfors*

Yvonne Lowert, vem är du?

– Jag är psykiater och jobbar som överläkare dels på Psykosenheten, Nyköpings Psykiatriska Klinik, dels på en helt ny-startad Affektiv Livsstilmottagning, PRIMA Psykiatri Mörby. Jag jobbar också med projektet Läkares samtal om levnadsvanor, även kallat Levnadsvaneprojektet, som drivs av Svenska Läkarsällskapet utifrån riktlinjer från Socialstyrelsen.

”Vi måste ta ansvar för den somatiska hälsan hos svårt sjuka patienter”

Psykiatern Yvonne Lowert bjöds in till uppföljningsträffen i december 2014 för att prata om betydelsen av fysisk aktivitet för psykisk hälsa.

Vad är syftet med Levnadsvaneprojektet?

– Projektet syftar till att alla som kommer i kontakt med vården ska erbjudas råd och stöd om de har ohälsosamma levnadsvanor. Vi psykiater har länge varit så enormt specialiserade, vi har i mångt och mycket bara tagit hand om patientens huvud. Det har inte heller funnits någon enhetlig praxis i Sverige hur vi ska jobba med patienternas fysiska hälsa, men nu har vi riktlinjer från Socialstyrelsen samt Svenska Psykiatriska Föreningen att utgå ifrån.

Hur jobbar ni med patienternas fysiska hälsa på psykiatriska kliniken i Nyköping?

– Vi skriver ut fysisk aktivitet på recept och har just nu nio kurser i gång med

gymgrupper, stavgångsgrupper, simgrupp, livsenergigrupp, cykelgrupp, må bra-grupp samt viktgrupp enligt KBT. De patienter som hämtar sin medicin hos oss får komma oftare, så att vi får in ökad vardagsmotion. Samtidigt kan vi hjälpa dem med viktproblem genom att väga och samtala kring det i samband med att vi delar ut medicin. Vi har även årliga hälsokontroller.

Vad var ditt budskap till deltagarna i förbättringsprojektet Rätt insatser för patientens bästa rättspsyki?

– Mitt budskap var att vi måste ta ansvar för den somatiska hälsan hos svårt sjuka patienter. Vi måste prata om kost, motion, tobak och alkohol. Vi måste också ge patienterna råd och stöd att förbättra sina levnadsvanor. Vi kan även hjälpa till att upptäcka mer allvarliga tillstånd, såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdom, och medverka till att patienterna kommer till rätt instans för fortsatt vård genom att vi remitterar då vi upptäcker något.

Hur motiverar man patienterna att leva sundare?

– Många patienter är ensamma och det är viktigt att sätta in dem i ett socialt sammanhang, skapa lite viktiga känslor. Patienterna behöver känna sig delaktiga, att de har en uppgift. Att andra väntar på en och blir glad när man kommer. Att de inte vill

svika gänget.

Har du någon solskenshistoria att dela med dig av?

– Absolut! En av våra patienter, Johnny, har helt förändrat sitt liv med hjälp av fysisk träning. Tidigare var han sysselsatt med tvång 8–10 timmar om dagen, han kom inte ut ur lägenheten, hade självmordstankar och vägde 150 kilo. Han skriver jättebra musik, men hade röster i huvudet som sa att musiken inte var värd att lyssna på. Numera går han en mil varannan dag, han är pigg, glad och har en öppen blick. Han har gått ner 36 kilo, har börjat arbetsträna och vågar låta andra lyssna på musiken han skriver genom att lägga ut den på nätet. ■

Forskning och pågående studier

Forskning

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

Det övergripande syftet med den första vetenskapliga artikeln med data från RättpsyK (Degl' Innocenti, et al., 2013) är att systematiskt beskriva innehållet i kvalitetsregistret. Data från kvalitetsregistret har också använts för en psykologexamensuppsats vid Karolinska Institutet (Edman & Spåls, 2013).

Referens

Degl' Innocenti, A., Hassing, L.B., Lindqvist, A-S., Andersson, H., Eriksson, L., Hagelbäck Hanson, F., Möller, N., Nilsson, T., Hofvander, B., & Anckarsäter, A. First report from the Swedish Forensic Psychiatric Register (SNFPR), *International Journal of Law and Psychiatry* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jilp.2013.11.013>

Uppsatsen "Time use among Swedish forensic psychiatric patients". kan rekvireras från Åsa Eriksson, Karolinska Institutet, asa.eriksson@ki.se.

Pågående studier

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

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

Utifrån dessa ovan nämnda variabler har följande frågeställningar utarbetats:

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

I en pågående uppsats i ST-läkarutbildningen undersöks könsskillnader i mordbrand och dess möjliga orsaker.

Studierna leds av Alessio Degl'Innocenti, docent, verksamhetschef och styrgruppsmedlem, och bedrivs vid Rättpsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med CELAM (Centre för Ethics, Law and Mental Health) vid Göteborgs universitet.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård.

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

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

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

I Brottsbalkens 31 kap 3 § anges:

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

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.”

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

Den rättspsykiatriska bedömningen sker för det mesta i två steg. Den aktuella domstolen begär ett läkarutlåtande av den tilltalade, ett så kallat § 7-intyg eller, med äldre språkbruk, ”liten sinnesundersökning”, vilken fungerar som ett ”gallringsinstrument” för vilka som ska gå vidare i bedömningsprocessen. Per år genomförs cirka 1300 § 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 enheter, 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. 2014 genomfördes 443 ”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 så kallad särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste formen 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 RättspsyK

Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas för grunddata. Detta är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering och datum då domen vinner laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner och utfallet av dessa. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas. Detta innebär att 2014 års rapport bygger på data som registrerats under 2013 och 2014.

Registrerare i RättspsyK

Enhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Benjamin Wriling
LRV-enheten Gävleborg	Elisabeth Palmeby
LRV-enheten Gävleborg	Ulrika Hedström
Malmfälten	Anna-Karin Burman
Mälarsjukhuset	Teresa Laurén
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättspsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Malin Lotterberg
RPA Skellefteå	Helena Edvardsson
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Lena Koffed
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	David Johansson
RPE Uppsala	Ida Augustin
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnhem
RPK Landstinget Kronoberg	Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Sofia Eklund
RPK Örebro	Carina Granlund
RPK Örebro	Jimmy Björkman
RPR Vadstena	Christine Rosén
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Camilla Johnson
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Anne Holmblad
RPV Halland	Annelie Bertilsson
RPV Halland	Katarina André
RPV Jönköping	Anders Nordström
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättspsykiatri Västmanland	Johan Eriksson
Rättspsykiatri Västmanland	Jessica Lyxell
Rättspsykiatri Västmanland	Tina Plensäll
Rättspsykiatrin i Skåne	Camilla Sandberg
Rättspsykiatrin i Skåne	Catarina Brandsten
Rättspsykiatrin i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatrin i Skåne	Jessica Jonsson
Rättspsykiatrin i Skåne	Jessica Nilsson
Rättspsykiatrin i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättspsykiatrin i Skåne	Monika Juhasz
Rättspsykiatrin i Skåne	Pernilla Törnqvist
Rättspsykiatrin i Skåne	Pernilla Persson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Angela Karlson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Gunilla Karlsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	John Kerkhoven
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ljubica Medjed
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Martin Åkersten
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Rolando Cartagena
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ulrika Freijdh
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Åsa Boquist
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson
Östersund Psykiatri	Jen Olsson

Registrets styrgrupp 2014

- **Camilla Skåån**, Rättpsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare
- **Kaj Forslund**, Rättpsykiatri vård, Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare
- **Marianne Ander**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- **Håkan Andersson**, Rättpsykiatri Västmanland, Sala, Biträdande verksamhetschef
- **Helena Andreasson**, Rättpsykiatri Skåne, Leg. sjuksköterska
- **Anna-Karin Burman**, Piteå rättpsykiatriska avdelning, Öjebyn, Sekreterare
- **Martin Carlsson**, Rättpsykiatriska kliniken, Säter, Leg. psykolog
- **Håkan Cederberg**, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, Systemutvecklare
- **Jan Cederborg**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef
- **Alessio Degl'Innocenti**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Docent
- **Johan Eriksson**, Rättpsykiatri Västmanland, Sala, Leg. psykolog
- **Bengt Eriksson**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Stf. Verksamhetschef
- **Madeleine Hammar**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare
- **Malin Lotterberg**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- **Annette Mill**, Rättpsykiatri vård, Stockholm, Koordinator
- **Caroline Millberg**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Administrativ chef
- **Kenth Persson**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Chefsöverläkare
- **Tina Plensäll**, Rättpsykiatri Västmanland, Sala, Verksamhetsutvecklare
- **Peter Tjelander**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. sjuksköterska

Registrets analysgrupp 2014

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

- **Camilla Skåån**, Rättpsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare
- **Kaj Forslund**, Rättpsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare
- **Marianne Ander**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- **Hans Andersson**, Göteborg, Leg. sjuksköterska, f.d. registerhållare
- **Helena Andreasson**, Rättpsykiatri Skåne, Leg. sjuksköterska
- **Per Bülow**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Klinisk lektor, Fil dr
- **Alessio Degl'Innocenti**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Docent
- **Lars Eriksson**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Överläkare
- **Madeleine Hammar**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare
- **Gustaf Hilding**, Rättpsykiatri Vård, Stockholm, Leg. psykolog
- **Peter Karlberg**, Rättpsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare
- **Malin Lotterberg**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- **Sven Pedersen**, Rättpsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Psykolog
- **Benjamin Wrieling**, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättpsyK

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

Missbruksbehandling

Har patienten erhållit missbruksbehandling under vårdtiden?

Ej tillämpligt ▾

Risicanalys

Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället?

Ja ▾

HCR 20 SARA SVR 20 PCL, PCL-SV, PCL-R Klinisk bedömning Annan riskbedömning

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

Medel ▾

Behandling utifrån riskbeteende

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

Ja ▾

Farmakologisk behandling Psykoterapi Psykoedukativa metoder Annan behandling **Brottsbearbetning**

Är brottsbearbetning pågående/genomförd?

Ej tillämpligt ▾

Återfall i brottslig gärning

Återfall i brottslig gärning under slutenvårdstiden

Nej ▾

Återfall i brottslig gärning under öppen rättspsykiatrisk vård/"lång permission"?

Ej tillämpligt ▾

Tvångsåtgärder

Har patienten varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV§8/LPT§19-20 (åtgärden rapporteras till socialstyrelsen)?

Nej ▾



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se