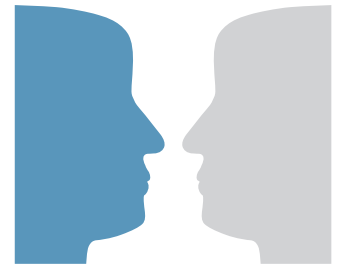


RättspsyK

# Årsrapport 2018

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



**RättspsyK**

Nationellt  
rättspsykiatriskt  
kvalitetsregister



# Årsrapport 2018

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

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

---

## Citera denna rapport:

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister,  
RättspsyK (2018). Årsrapport 2018. Göteborg:  
Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

---

ISSN 2001-3698  
Tryckår 2019

## Registerhållare

### Camilla Skåån

Psykiatrisjuksköterska  
Område vuxenpsykiatri  
NU-sjukvården  
Vänersborg  
[Camilla.Skaan@vgregion.se](mailto:Camilla.Skaan@vgregion.se)

### Kaj Forslund

Verksamhetschef  
Rättspsykiatri Vård Stockholm  
Huddinge  
[Kaj.Forslund@sll.se](mailto:Kaj.Forslund@sll.se)

## Författare

### Analysgruppen i RättspsyK

Camilla Skåån  
Marianne Ander  
Hans Andersson  
Helena Andreasson  
Per Bülow  
Lars Eriksson  
Frances Hagelbäck Hanson  
Peter Karlberg  
Magnus Kristiansson  
Benjamin Wrling

## Projektledare och statistiker

### Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
[peter.gidlund@registercentrum.se](mailto:peter.gidlund@registercentrum.se)

## Utgivare

Camilla Skåån  
Kaj Forslund

## Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen  
413 45 Göteborg



# Innehållsförteckning

Inledning . . . . .	4
Sammanfattning . . . . .	6
Syfte och måltal . . . . .	7
Resultat	
Bortfall . . . . .	10
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott . . . . .	11
Utfall av vården för några indikatorer . . . . .	12
Klinisk skattning av symtombilden . . . . .	14
Insikt i sin sjukdom och problematik . . . . .	14
Behandlingsmotivation . . . . .	14
Body Mass Index (BMI) . . . . .	15
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi . . . . .	17
Skuldsituation . . . . .	18
Nätverk . . . . .	18
Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård . . . . .	19
Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård . . . . .	20
Vårdprocess	
Utfall i några indikatorer under vårdtid för två grupper . . . . .	21
Patienter med lång vårdtid . . . . .	23
Farmakologisk behandling . . . . .	24
Genomförd riskbedömning . . . . .	28
Behandling utifrån riskfaktorer . . . . .	29
Brottsbearbetning . . . . .	29
Missbruksbehandling . . . . .	30
Tvångsåtgärder . . . . .	31
Samverkan och samverkansbehov . . . . .	32
Stödperson . . . . .	33
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård . . . . .	33
Patientgruppen i registret . . . . .	34
Verksamheterna i registret . . . . .	45
Redovisning på verksamhetsnivå . . . . .	46
Egna reflektioner . . . . .	56
Verksamhetscheferna reflekterar . . . . .	57
Registerhållarna reflekterar . . . . .	64
Forskning och validering . . . . .	65
Artikel: RättspsyK 10 år! . . . . .	66
Artikel: Lyckat ekonomiprojekt gav bättre verksamhet . . . . .	68
Möjliga områden för utvecklingsprojekt . . . . .	70
Publikationer med referens till RättspsyK . . . . .	71
Diskussion . . . . .	72
Vad är rättspsykiatrisk vård? . . . . .	73
Fakta om RättspsyK . . . . .	75
Täckningsgrad . . . . .	78

# Inledning

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

## Rapportens syfte

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

## Teman i årets rapport

Genus och sammanställningar utifrån ett 10-årsperspektiv är årets teman.

Utökad redovisning om genus återfinns under "Patientgruppen i registret" och "Vårdprocess".

I årets rapport kan från och med i år redovisas data för 10 år. Utvecklingen under 10 år inom rättspsykiatri kan följas på nationell- och verksamhetsnivå. Läs mer under "Syfte och måltal", "Vårdprocess", "Patientgruppen i registret", "Verksamheterna i registret" och artikel "RättspsyK 10 år!".

## Utökad jämförelse med andra psykiatriska register

Ännu en jämförelse görs med PsykosR när det gäller BMI. Läs mer under "Resultat".

## Ytterligare en indikator följs för utfall av vården

I ett antal år har utfall av vården (förbättrat, oförändrat och försämrat) följts för fyra indikatorer. I årets rapport har dessa utökats med utfall av behandlingsmotivation. Läs mer under "Resultat".

## Hur ser ett urval indikatorer ut för patienter med lång vårdtid?

I årets rapport görs en redovisning av ett antal indikatorer, inklusive Patient Reported Outcome Measures (PROM)-mått, för patienter som dömts före 2009 och fortfarande vårdas inom rättspsykiatri. Läs mer under "Vårdprocess".

## Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) kommer ny statistik för återfall i brott efter att vården avskrivits att publiceras i PDF-versionen av årsrapporten under juni månad då dessa data offentliggjorts. Nytt för i år är att återfall även 5 år efter att vården avskrivits redovisas. Webbadressen till PDF-versionen återfinns i faktaruta på sidan 5.

## Frågeställningar för utbildningsverksamheter

I årsrapporten finns förslag på frågeställningar tänkta som möjliga områden för fördjupningsarbeten inom rättspsykiatri i utbildningar på olika nivåer. Läs mer under "Möjliga områden för utvecklingsprojekt".

## “Nu kan utvecklingen under 10 år inom rättspsykiatri följas på nationell- och verksamhetsnivå.”

### LÄSANVISNINGAR

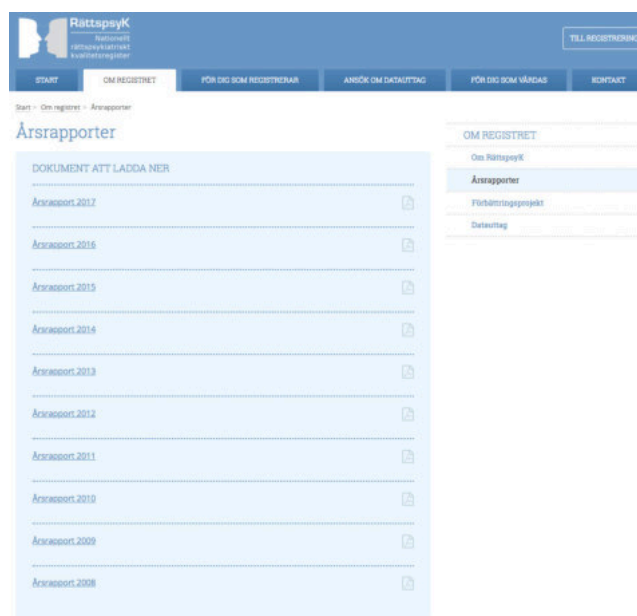
#### Redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2018. Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek.

Där inte annat anges ingår såväl sluten- som öppenvård i redovisningarna.

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än tio patienter på verksamhetsnivå för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att i en del sammanställningar kan verksamheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter.

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



### Så här hittar du årsrapporten på nätet

För att hitta PDF-versioner av årsrapporter går du in på RättspsyKs nya hemsida: <https://rattpsyk.registercentrum.se>. Under fliken "Om registret" återfinns länken "Årsrapporter" där du finner denna och tidigare årsrapporter.

### Kön och genus

För att beskriva likheter och skillnader mellan kvinnor och män används begreppen kön och/eller genus. Dessa begrepp är omdebatterade och saknar en självklar definition. Begreppet kön avser oftast den biologiska och juridiska kategoriseringen och uppdelas i två kategorier, kvinnor och män. Genom personnumret identifieras det biologiska könet via den tredje kontrollsiffran, jämn siffra för kvinnor och ojämn för män.

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

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

# Sammanfattning

Registret har fyra måltal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, Body Mass Index (BMI) och återfall i brottslig gärning under vårdtiden). Ett måltal (återfall i brottslig gärning) har uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått ett eller flera av måltalen.

2018 följdes 1 782 patienter i pågående vård upp i registret varav 16 procent kvinnor och 84 procent män.

Medianåldern bland patienterna var 40 år.

Andel patienter som tidigare fått psykiatrisk vård var för kvinnor 97 procent och för män 93 procent.

Av kvinnorna hade 11 procent och av männen 15 procent tidigare erhållit rättspsykiatrisk vård.

Vanligaste diagnosen för såväl kvinnor som män var schizofreni.

Vanligaste indexbrottet för såväl kvinnor som män var misshandel inklusive våld mot tjänsteman.

Närmare 80 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i pågående vård 2018 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP).

Ungefär en fjärdedel av kvinnorna och hälften av männen var påverkade av någon drog eller alkohol vid de gärningar man begått.

Medianvårdtiden vid olika brott för patienter med avskrivna vård under åren 2009–2018 varierar mellan 2,5 och 7,5 år. För patienter i pågående vård ligger motsvarande siffror mellan 2,5 och 9 år.

Ett av registrets fyra måltal uppnåddes 2018, återfall i brottslig gärning under pågående vård. Bland verksamheterna kan dock konstateras att några av dessa uppnådde ett eller flera av registrets måltal.

Andel patienter som återfaller i brottslig gärning under 10-årsperioden 2009–2018 visar en sjunkande andel och måltalet (under 10 procent) nås på riksnivå. Andel patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård minskar för såväl kvinnor som män jämfört med förra året i såväl öppen som slutna vård. I slutna vård var andelen som återföll i brottslig gärning för män 9,2 procent och för kvinnor 6,9 procent. För öppen vård var motsvarande andelar 5,2 procent för män och 4,7 procent för kvinnor.

Andel patienter med BMI lika med eller över 30 ökade under perioden 2009–2018 och måltalet (andel patienter med BMI lika med eller över 30 ska vara lägre än 37 procent) nås inte på riksnivå.

Måltal av patienten självskattad psykisk och fysisk hälsa, (andel patienter som skattar sin psykiska respektive fysiska hälsa över 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent), nås inte under 5-årsperioden 2014–2018.

Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder var för män samma som förra året (13 procent) och för kvinnor något lägre än förra året (16 procent).

Andel patienter som är färdiga för öppenvård, men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård utgör 10 procent, med variation i landet från 0 procent till 32 procent.

Liksom föregående år iakttas förändringar i ett antal indikatorer över tid för två grupper, en grupp med cirka fyra års vårdtid och en grupp med minst sex års vårdtid. För de flesta av indikatorerna konstateras en långsam utveckling i önskad riktning med undantag för andelen patienter med fetma (BMI lika med eller över 30).

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer (BMI, behandlingsmotivation, livskvalitet, sjukdomsinsikt och symtombild) för patienter som 2009–2018 dömts till rättspsykiatrisk vård och där vården avskrivits. Största förbättringen uppvisade indikatorn livskvalitet med 60 procent, tätt följd av symtombild med 57 procent, största försämringen uppvisade indikatorn BMI med 45 procent.

Under registrets 10-åriga historia har ett antal nationellt gemensamma förbättringsarbeten genomförts inom områden av stor vikt för patienternas vård och rehabilitering. Exempel på områden är förbättring av patienternas BMI, identifiera patienternas ekonomiska situation och sätta in verkningfulla åtgärder när den har behövt förbättras samt somatisk hälsa. Förbättringsarbetena har också följts upp med intervjuer. Särskild uppmärksamhet har också riktats mot hur PROM-mått samlas in.

Ett stort antal årsrapporter sändes med följebrev till medellånga vårdutbildningar i hela landet i syfte att underlätta för utbildningarna att få uppslag till fördjupningsarbeten.

# Syfte och måltal

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

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

## Måltalen är:

- Andelen patienter som skattar sin psykiska hälsa lika med eller över 75 på en VAS-skala<sup>1</sup> ska vara minst 75 procent.
- Andelen patienter som skattar sin fysiska hälsa lika med eller över 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent.
- Andelen patienter med Body Mass Index (BMI) lika med eller över 30 ska vara lägre än 37 procent.
- Andelen patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård ska vara lägre än 10 procent.

Punkterna i figur 1 visar hur stor andel av verksamheterna som har uppnått målet inom respektive mål-dimension för åren 2017 och 2018. Ju närmre centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika målet. I figuren redovisas samtliga verksamheter, även de med färre registreringar än tio.

Mellan åren 2017 och 2018 har det inte skett någon större förändring på nationell nivå. I år har fler verksamheter uppnått två av de fyra måtalen, BMI (27,3 procent) och psykisk hälsa (9,5 procent), jämfört med 2017, men man får ha i åtanke att det är små rörelser.

Ingen verksamhet har uppnått målet fysisk hälsa.

För målet återfall i brottslig gärning har andelen verksamheter som uppfyller målet minskat från 56,5 procent till 52,2 procent, jämfört med 2017.

**Figur 1.** Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2017 och 2018.

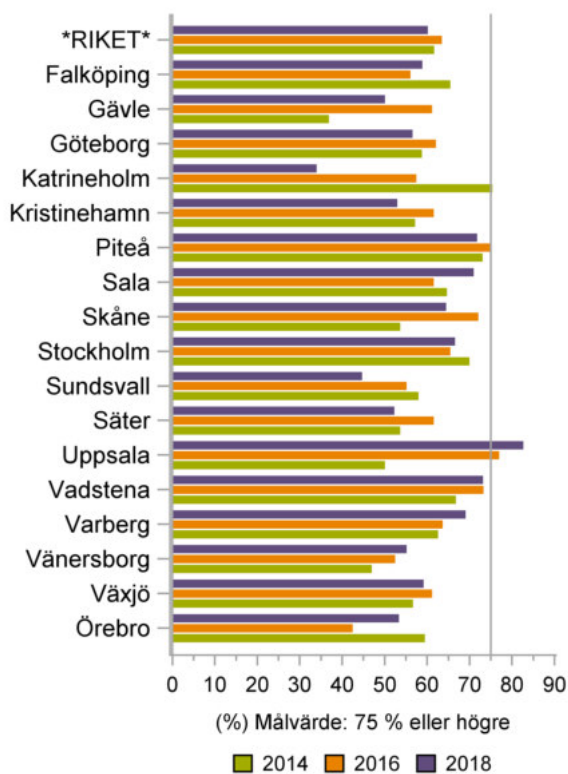


<sup>1</sup> VAS (Visuell Analog Skala, 1-100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

## Självskattad psykisk hälsa

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. På nationell nivå mellan åren 2013–2017 har andelen ökat från 57 procent till 64 procent men i år har andelen minskat till 60 procent av patienterna som skattade sin psykiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala. Andelen kvinnor som skattade sin psykiska hälsa till lika med eller över 75 var 57 procent och för männen var andelen 61 procent. Jämfört med år 2017 har andelen kvinnor ökat med två procent medan andelen för männen minskat med sex procent. Två verksamheter har uppnått måltalet. Det syns dock inte i figuren då det är endast verksamheter med minst 10 patienter vid varje uppföljning som visas.

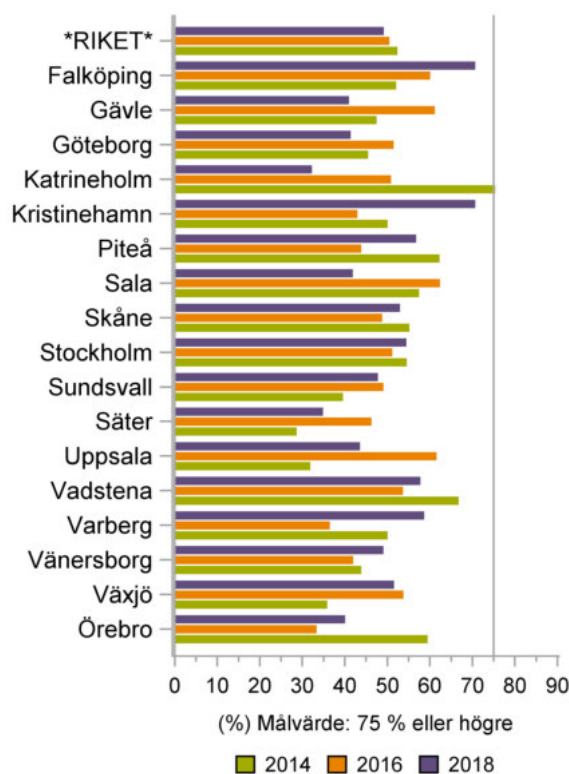
**Figur 2.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



## Självskattad fysisk hälsa

Indikatorns riktning är att höga värden är önskvärda. På nationell nivå skattade 49 procent av patienterna sin fysiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala. Mellan åren 2013–2018 har det inte varit någon större förändring på nationell nivå. Andelen kvinnor som skattade sin fysiska hälsa till lika med eller över 75 var 43 procent och för männen var andelen 50 procent. Jämfört med år 2017 har andelen män ökat med en procent medan andelen kvinnor minskat med två procent. Ingen verksamhet har uppnått måltalet, men av figuren framgår att ett antal verksamheter har ökat andelen patienter som skattar sin fysiska hälsa till lika med eller över 75.

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

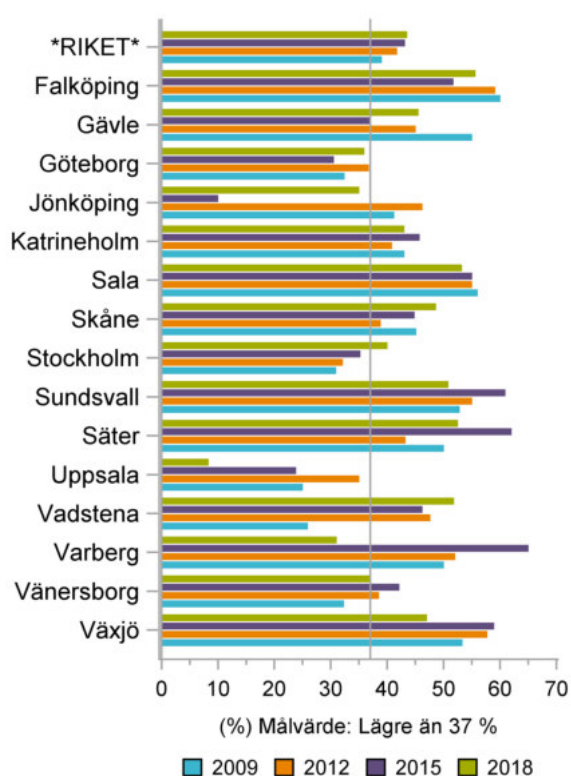




## BMI

Indikatorns riktning är att värden under 30 är önskvärda. På nationell nivå, mellan åren 2009–2017, har andelen patienter med BMI lika med eller över 30 ökat från 39 procent till 45 procent dock har det minskat till 44 procent under 2018. För kvinnor var andelen 52 procent och för män 42 procent i genomsnitt. Jämfört med år 2017 har andelen kvinnor minskat med fyra procent och andelen män med en procent. I figuren kan man se fem av de sex verksamheter som under 2018 har uppnått målet.

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



Sammanfattningsvis har under 2018 endast ett måltal (återfall i brottslig gärning under pågående vård) uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppnått ett eller flera av måltalen.

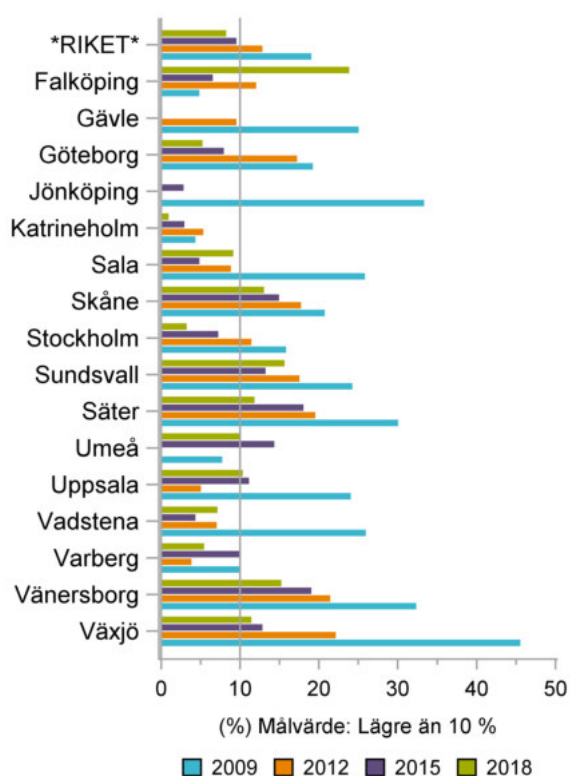
För återfall i brottslig gärning under pågående vård där andelen ska vara lägre än 10 procent, har måltalet uppnåtts för både kvinnor och män åren 2014, 2015 och 2018. Andelen som återföll i brottslig gärning var högst år 2009, då andelen för såväl kvinnor som män var 19 procent.

Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå. Gene-

## Återfall i brottslig gärning under vårdtiden

Indikatorns riktning är att låga värden är önskvärda. På nationell nivå var andelen patienter som återföll i brottslig gärning åtta procent vilket är en minskning med två procent från föregående år. Mellan åren 2009–2014 har andelen minskat från 19 procent till 8 procent men ökade igen upp till 12 procent år 2016. För kvinnor var andelen sju procent och för män åtta procent. Jämfört med år 2017 har andelen minskat med två procent för såväl kvinnor som män. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel ”Resultat”. Måltalet är uppnått på nationell nivå och i figuren kan man se nio av de 13 verksamheter som har uppnått måltalet.

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



rellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan.

Andelen kvinnor med BMI lika med eller över 30 har ökat med 10 procent mellan åren 2009 till 2017 från 46 procent till 56 procent. Men för 2018 kan noteras en minskning med fyra procent. Genomgående har andelen kvinnor med BMI lika med eller över 30 varit högre än andelen män under åren 2009–2018.

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

# Resultat

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

## Bortfall

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

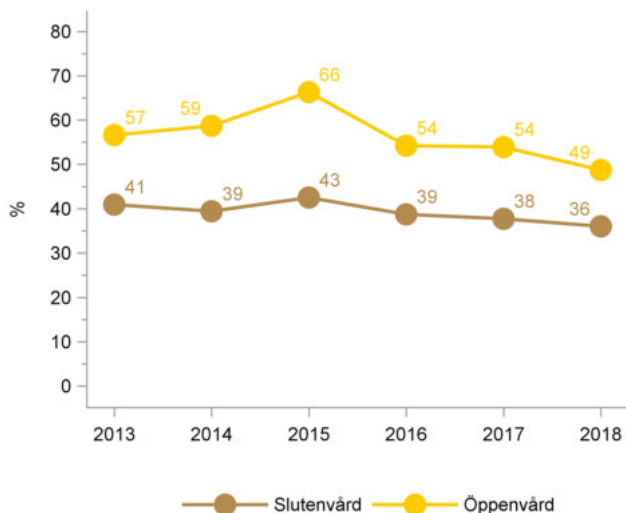
Data som ligger till grund för årsrapporten består i huvudsak av uppgifter som rapporteras av personalen men vissa uppgifter hämtas från patienterna via självskattningar. Patienterna självskattar livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa samt fysisk hälsa på en VAS-skala från 0 till 100.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

Bortfall i självskattning av psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet och återfall i brottslig gärning har i årets version sammanförts till en figur eftersom bortfallen var identiska för dessa fyra variabler. Registreringsfrekvensen minskade successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess ökat något, speciellt inom öppenvården. Generellt sett är bortfallet i rapporteringen större i öppenvård än i slutenvård.

Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 8, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke.

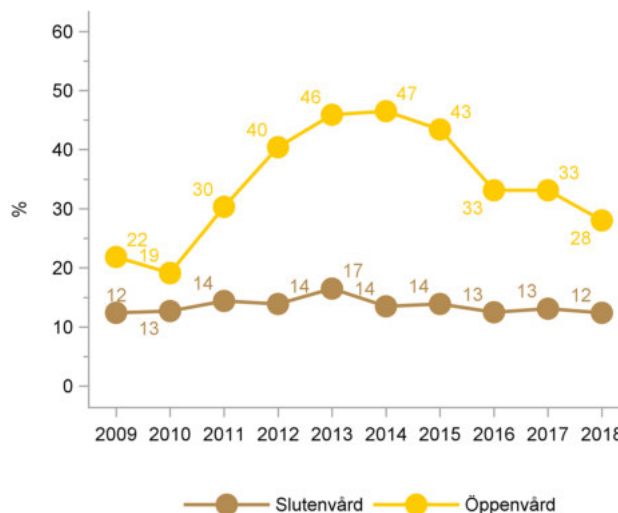
Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och är i 2018-års mätningar nere på 26 procent, dvs. det finns uppgifter om vikten hos 74 procent av de patienter som behandlas i öppenvård.

Figur 6. Bortfall, självskattningar\*.



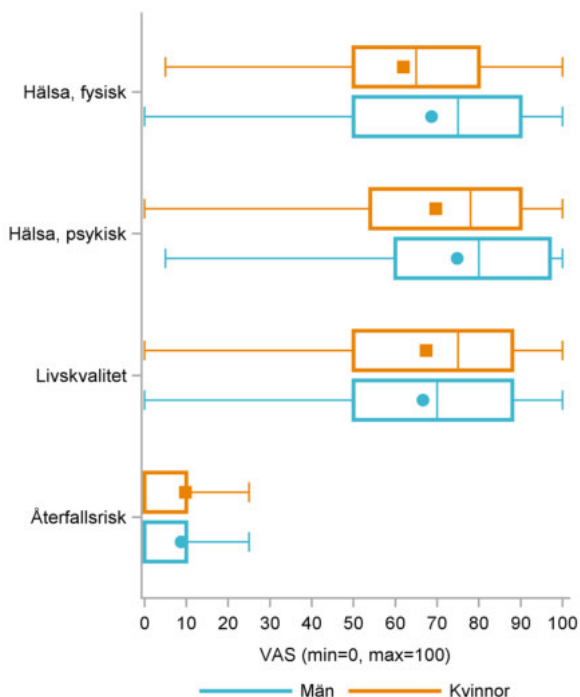
\* Psykisk hälsa, fysisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott.

Figur 7. Bortfall, BMI.



## Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott

Figur 8. Spridning av patienternas självskattningar avseende fysisk och psykisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott.



Som synes är det en stor spridning i den individuella upplevelsen av psykisk respektive fysisk hälsa och livskvalitet. Medelvärden är däremot relativt högt, både kvinnor och män skattar sin hälsa och livskvalitet högt. Skillnader mellan åren är små. Självskattad risk för återfall i brott visar på en mer sammanhållen bild och ligger kring 10 procent vilket följer de resultat som redovisats tidigare år.

Läsanvisning för boxplot återfinns på sidan 44.

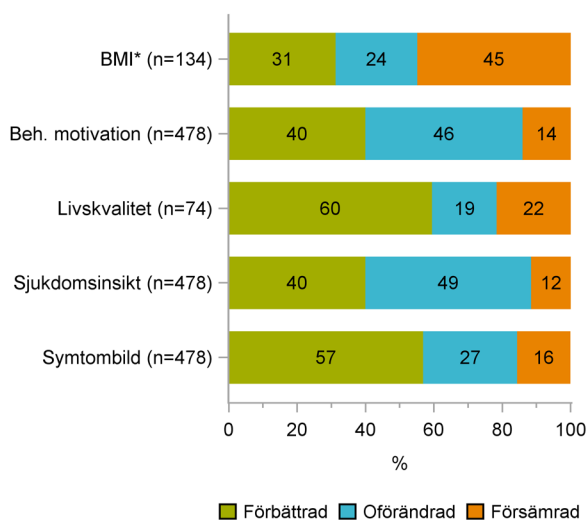
## Utfall av vården för några indikatorer

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

Figur 9 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2018 dömts till vård och där vården avskrivits. Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan det första registrerade värdet när vården inleddes och det sista registrerade värdet när vården avskrivits.

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

**Figur 9.** Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2018.



\* Endast patienter med ingångsvärde BMI lika med eller över 25. Definition av förändring; Minst 2.5 % minskning eller ökning av BMI-värdet.

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

För nästan hälften av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. En analys av indikatorn visar att 38 procentenheter, av de 49 procent som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 40 procent hade förbättrad sjukdomsinsikt innebär det att en majoritet (78 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

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

- Har sjukdomsinsikt (10 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (28 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (11 procent)

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

För de 27 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

- Inga symptom (2 procent)
- Mycket milda symptom (3 procent)
- Milda symptom (7 procent)
- Måttliga symptom (9 procent)
- Påtagliga symptom (4 procent)
- Svåra symptom (1 procent)
- Mycket svåra symptom (1 procent)

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

Även för indikatorn behandlingsmotivation skattades nästan hälften av patienterna som oförändrad. En analys visar att 40 procentenheter av de 46 procent som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade antingen helt eller delvis behandlingsmotivation. Eftersom 40 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (80 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

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

- Har behandlingsmotivation (21 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (19 procent)
- Saknar behandlingsmotivation (6 procent)

## Livskvalitet

Livskvalitet är den indikator som visar största förbättringarna då 60 procent skattade sin livskvalitet som förbättrad. Här skattar patienten sig själva vilket skiljer den indikatorn från de andra fyra.

En större andel av patienterna har skattats av personalen, respektive skattat sig själva, som förbättrade. Undantaget är indikatorn BMI där fler har en försämrad situation vid utskrivningstillfället i jämförelse med vårdens början.

## BMI

Såsom figur 9 visar har nästan hälften av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Då BMI är den indikator där det noteras påtagliga försämringar görs analys av förändringar kring gränsen för fetma som är BMI lika med eller över 30. Att vi valt denna gräns beror på att ett BMI på 30 eller mer anses öka risken för sjukdomar, framförallt i form av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

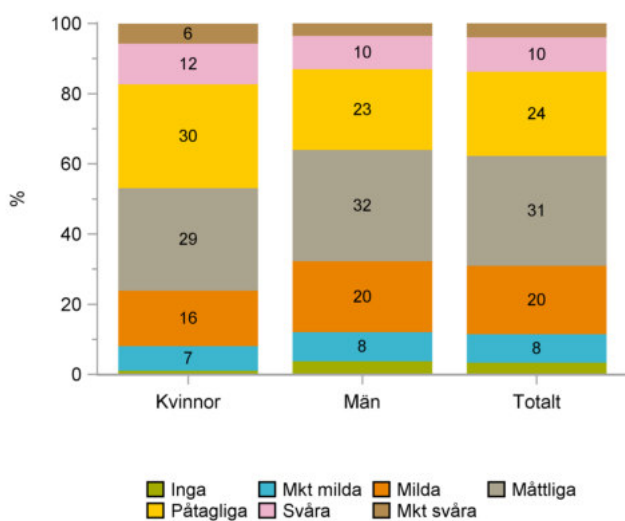
Av sammanlagt 134 patienter som hade ett BMI under 30 vid vårdens inledning ökade 24 patienter i vikt och passerade BMI 30 vilket bedöms, ur ett medicinskt perspektiv, som fetma. Samtidigt minskade 11 av 65 patienter som hade BMI över 30 då vården inleddes till under 30 då vården avskrevs.

## Klinisk skattning av symtombilden

Patienternas symtombild, och svårighetsgraden av denna, skattas av behandlande personal. Symtombilden skattas efter klinisk bedömning på en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI) 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.

I figuren visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på kvinnor, män och totalt. Andelen kvinnor vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra har pendlat något och skattades ovanligt högt 2016 då drygt 54 procent fanns i de tre kategorierna. Åren innan samt 2017 och i årets rapport skattas mellan 45-50 procent av kvinnorna ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom. Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattas 36 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra.

Figur 10. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad.



## Insikt i sin sjukdom och problematik

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

Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste åtta åren. Den andel som bedöms ha insikt uppgår till cirka 15 procent och andelen med delvis insikt cirka 55 procent. Det är skillnader mellan sluten- och öppenvården. Större andel patienter som vårdas i öppenvård har insikt i sin sjukdom och problematik i jämförelse med patienter som vårdas i slutenvård.

Patientens insikt i sin sjukdom och problematik bedöms ofta kliniskt av vårdpersonal men vid 25 procent av bedömningarna används skattningsinstrument. Frekvensen och val av dessa varierar stort i landet. Vanligtvis används faktorn ”Insikt” i det strukturerade riskbedömningsinstrumentet Historical Clinical Risk Management-20 version 3 (HCR-20 v3).

## Behandlingsmotivation

Detta är första gången som behandlingsmotivation redovisas som en indikator i grafen ”Utfall av vården för några indikatorer”. Skälet till att inkludera behandlingsmotivation är att vi ska kunna följa flera variabler över tid som kan bedömas tillsammans med andra variabler för att se om det finns en korrelation med till exempel sjukdomsinsikt, symtom och återfall i brottslig gärning under pågående vård. Dessa variabler ingår i uppföljning av vårdförlopp för den så kallade ”fyra-” respektive ”sex-årsgruppen” (se under kapitel Vårdprocess).

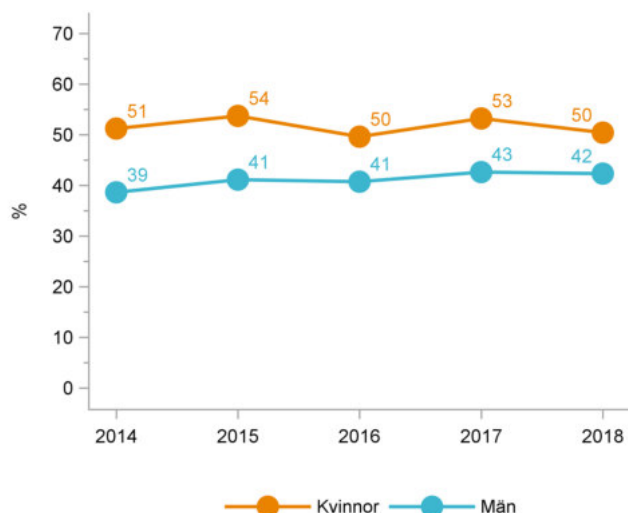
Patientens behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonal som kan ha HCR-20, till sin hjälp.

En större andel av patienterna har bedömts som behandlingsmotiverade i öppen vård jämfört med sluten vård, vilket är förväntat. I öppenvården har 40 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 49 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården är 26 procent respektive 53 procent.

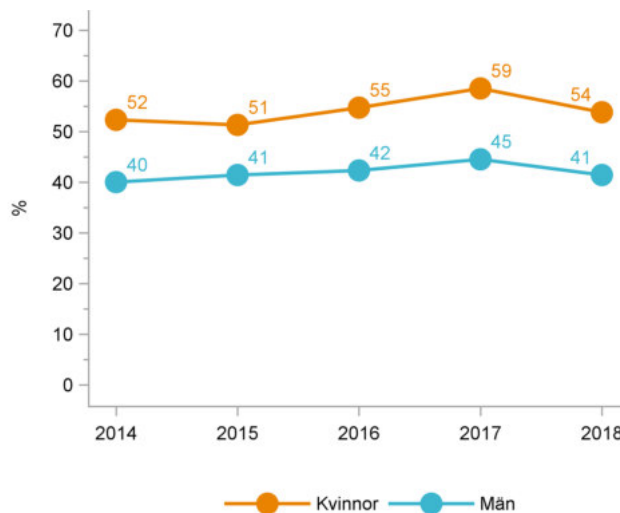
## Body Mass Index (BMI)

BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Detta ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma.

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

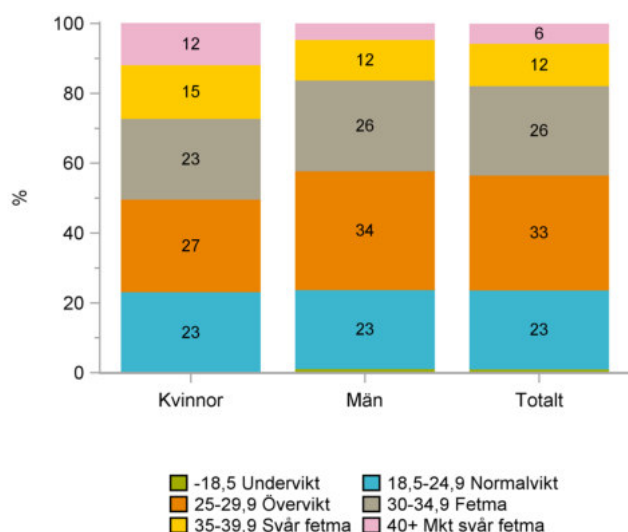


**Figur 12.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.

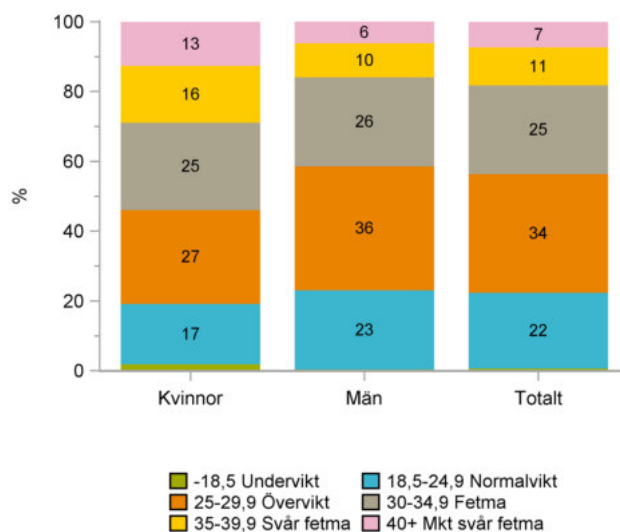


Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna ligger på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl sluten- som i öppenvård. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma fluktuerar något men ligger kring 50 procent under de senaste fem åren. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma legat konstant över 50 procent.

**Figur 13.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.

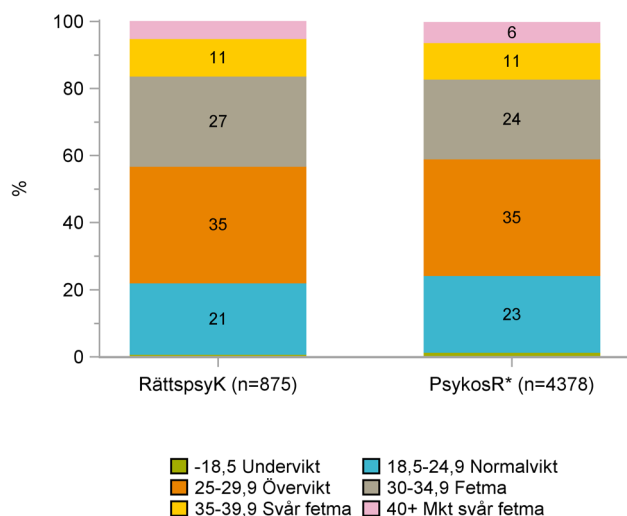


**Figur 14.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



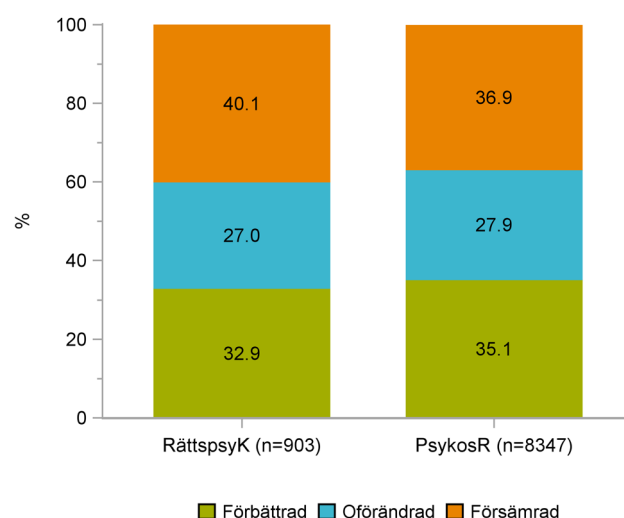
### Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR

**Figur 15.** Andel patienter i respektive BMI kategori enligt WHO's definition.



\* Databasversion 2019-01-08

**Figur 16.** Förändring av BMI åren 2009-2018\*



\* I båda registren ingår endast patienter där första BMI-värdet är över eller lika med 25. I RättspsyK ingår endast patienter med Psykosdiagnos. Definition av förändring: Minst 2.5 % minskning eller ökning av BMI-värdet. Databasversion PsykosR: 2019-01-08.

Sedan rapporten 2014 har vi jämfört andelen patienter som var registrerade i RättspsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30. Det har inte förelegat några betydande skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2018 års registreringar kvarstår likheterna.

Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättspsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse.

Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folk-

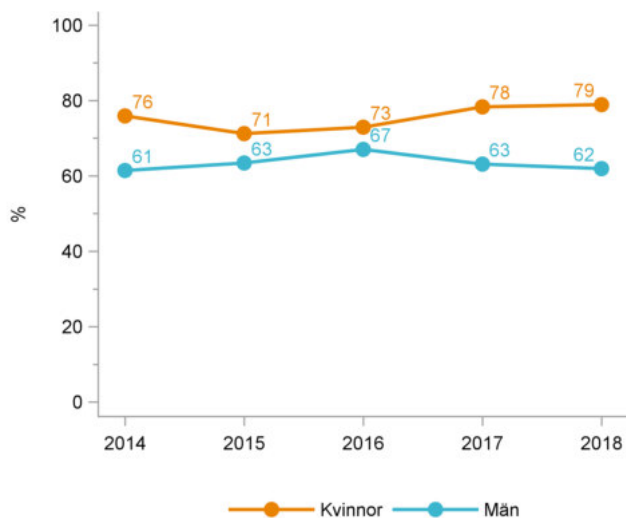
hälsan (Folkhälsans utveckling 2017, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen. Sammanlagt hade 36 procent övervikt och 15 procent fetma, vilket sammanlagt betyder att 51 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. Fler män (57 procent) än kvinnor (44 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 15 procent har BMI 30 och över. Dessa siffror omfattar åldern 18-84 år och avser år 2016, vilket är den senaste översikten som genomförts av Folkhälsomyndigheten.

Över en tioårsperiod kan endast marginella skillnader noteras mellan registren.

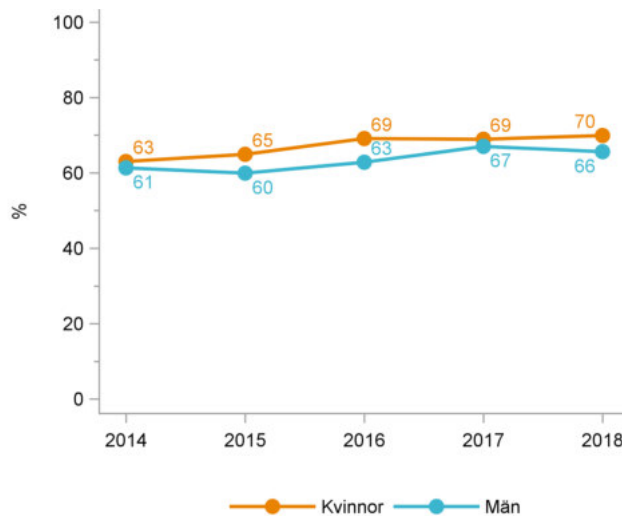


## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

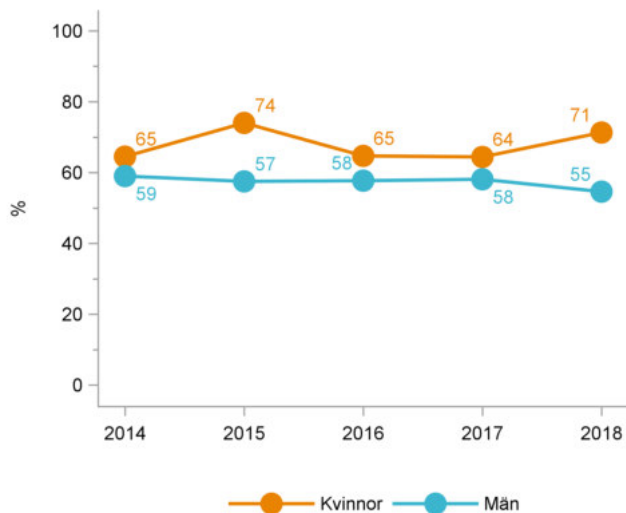
**Figur 17.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård**.



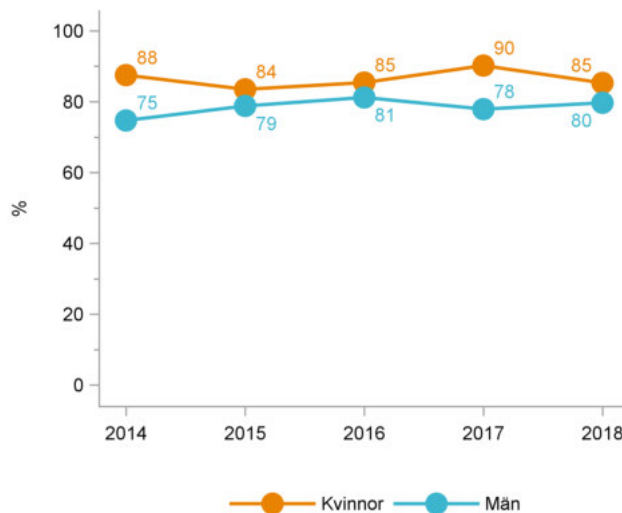
**Figur 18.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård**.



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



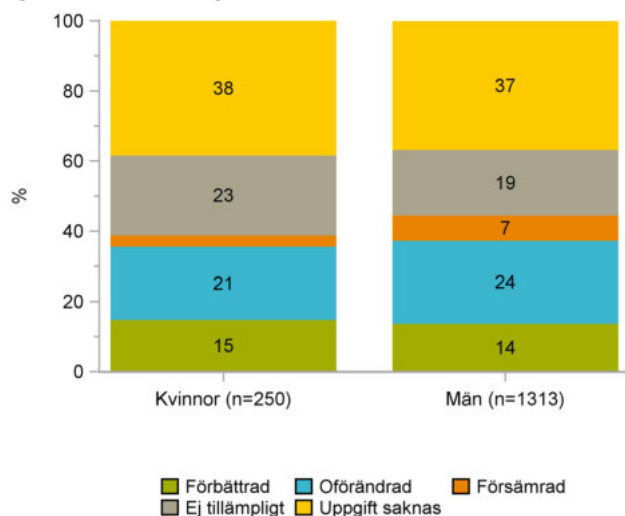
**Figur 20.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård**.



Andelen patienter som är i behov av hjälp med ekonomin är i klar majoritet. I årets rapport har åtta av tio kvinnor i slutenvård behövt hjälp med att hantera sin ekonomi. Dessa siffror är relativt konstanta över åren, vilket redovisas i figurerna 17 och 19.

## Skuldsituation

Figur 21. Förändring av skuldsituation.



I årets rapport redovisas skuldsituationen med samtliga svarsalternativ och alternativen ”Ej tillämpligt” och ”Uppgift saknas” har inkluderats i figuren. ”Ej tillämpligt” innebär att patienten inte har någon skuldsituation och ”Uppgift saknas” innebär att personalen inte har kännedom om patientens skuldsituation.

## Nätverk

Andelen patienter som själva uppbär kontakten med ett nätverk är hög, över 90 procent, en siffra som varit konstant de senaste sex åren. Med nätverk avses anhöriga, vänner, arbetsgivare men även vård- och myndighetskontakter och olika frivilligorganisationer. Det absolut största nätverket består av anhöriga. Andelen av patienterna som har kontakt med anhöriga pendlar mellan 80–90 procent år över åren. Ingen skillnad syns mellan könen.

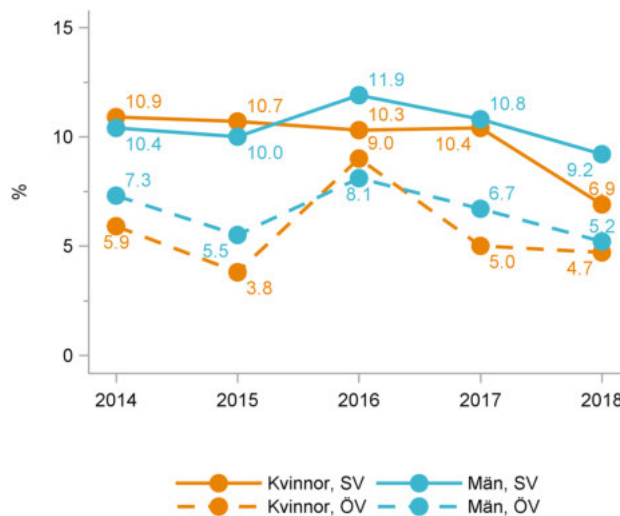
## Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

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

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

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

Figur 22. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i slutenvård (SV) och öppenvård (ÖV).



Återfall i brottslig gärning under vårdtiden minskade något för såväl kvinnor som män under sexårsperioden 2013–2018. Under 2016 noterades en tillfällig ökning. Under 2017 minskade andelen återfall i brottslig gärning och den minskningen har fortsatt under 2018 både i slutenvård och öppenvård, för båda könen.

Återfall i brottslig gärning redovisas i två kategorier: våldsbrott och övriga brott, vilket följer såväl registrets som Brå:s kategoriseringar (se nästa sida). I slutenvård var 104 patienter registrerade för återfall i brottslig gärning, i öppenvård 46. I slutenvård klassificerades 37 procent av brotten som våldsbrott, 70 procent som övriga. För patienter i öppenvården var motsvarande siffror 30 procent våldsbrott och 72 procent som övriga. Anledningen till att procentsatsen överstiger 100 procent är att några personer är registrerade för både våldsbrott och övriga brott.

## Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

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

### Varför följa upp återfall i brott?

Intresset för att följa och kategorisera återfall är att finna ett brottsmönster, att se om en person återfaller i samma brott, eller i brott av allvarligare karaktär eller om personen återfaller i andra brottstyper. Tidsaspekten är också intressant, sker ett återfall inom första året eller långt senare. I denna rapport gör vi dock inte anspråk på att identifiera några mönster eller dra några slutsatser av siffrorna, det finns inte tillräckligt underlag för det utan i årets rapport finns bara en deskriptiv redogörelse. I en framtid, då underlaget är större, kan det vara möjligt att göra jämförelser med personer som dömts till andra påföljder.

### Brottets art

För att få en uppfattning om brottets art delas dessa upp i tre kategorier:

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

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

### Index- respektive återfallsbrott

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

**Tabell 1.** Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård\*, ackumulerade värden.

Av-slutsår	Antal (%)				
	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
2015 (n=121)	11 (9.1)				
2014 (n=106)	12 (11.3)				
2013 (n=112)	14 (12.5)				
2012 (n=125)	16 (12.8)				
2011 (n=108)	15 (13.9)	22 (20.3)	30 (28.0)		
2010 (n=102)	9 (8.8)	16 (15.7)	22 (21.6)		

Källa: Brå

\* Tabellen uppdateras och publiceras i pdf-versionen på registrets hemsida i juni 2019.

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

Under åren 2010–2015 avskrevs 674 personer från LRV-vård, 118 kvinnor och 556 män. Av dessa återföll 77 personer (12 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård. Av dessa var 10 kvinnor (8 procent) och 67 män (12 procent). Andelen utskrivningar och återfallshändelser har varit stabilt över åren 2010 till 2015, se tabell 1.

Av dessa 77 personer hade 21 personer dömts för våldsbrott, 22 för förmögenhetsbrott och 34 för övriga brott.

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

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De 77 personer som återföll registrerades för sammanlagt 334 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medel 4,3 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser.

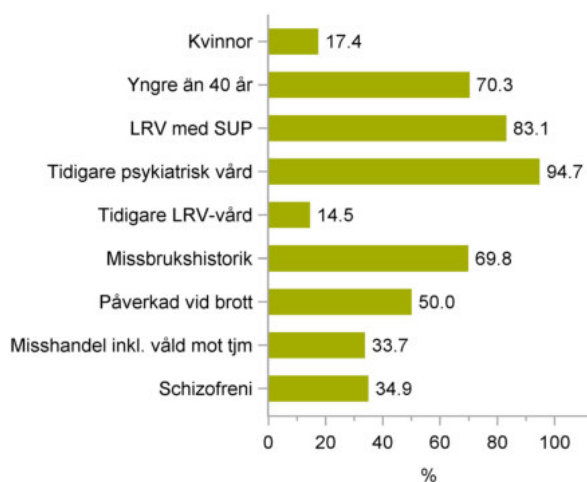
De 334 återfallsbrotten fördelade sig på våldsbrott (48 procent), förmögenhetsbrott (21 procent) och övriga brott (31 procent). 31 personer (40 procent) av de 77 som återföll i brott återföll i samma brott som indexbrottet.

# Vårdprocess

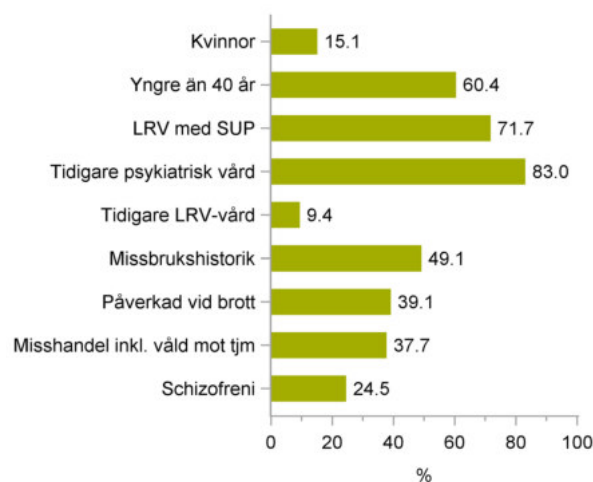
## Utfall i några indikatorer under vårdtid för två grupper

Registret har nu funnits i tillräckligt många år för att kunna följa utvecklingen i ett vårdförlopp för några utvalda indikatorer. Genom att följa dessa indikatorer för två unika grupper, kallade "fyra-" respektive "sexårsgruppen" utifrån längd på vårdtid, kan vi se förändringar i indikatorer för dessa grupper. Indikatorerna som följdes var självskattad risk för återfall i brott och självskattad livskvalitet, samt bedömd sjukdomsinsikt, behandlingsmotivation, svårighetsgrad på symtom och registrerade återfall i brottslig gärning och BMI lika med eller över 30. I grupperna ingår patienter där vården påbörjades mellan åren 2011 och 2012. Alla patienter som fortfarande fick vård efter sex år ingår i sexårsgruppen. Alla patienter som fortfarande fick vård efter fyra år, men inte efter sex år, ingår i fyraårsgruppen.

Figur 23. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.

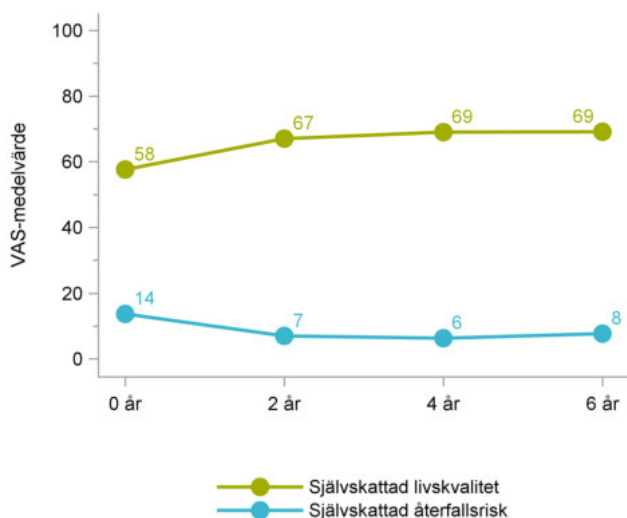


Figur 24. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.

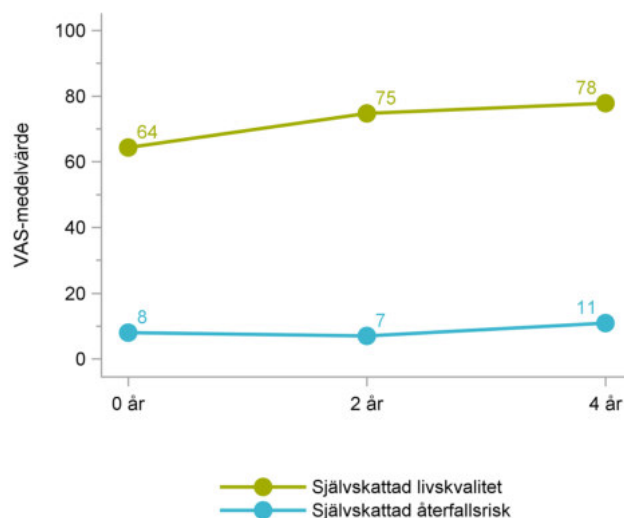


Sexårsgruppen består av totalt 172 individer medan antal inkluderade individer i fyraårsgruppen uppgår till 53. Grupperna är i stort sett lika vad gäller könsfördelning. Fyraårsgruppen har en något lägre andel patienter med SUP, tidigare psykiatrisk vård, tidigare LRV-vård, missbrukshistorik, påverkan vid brottet och schizofrenidiagnos. Även om skillnaden är liten tyder den på en något mindre allvarlig problematik i fyraårsgruppen. Det vanligaste indexbrottet i båda grupperna var misshandel inklusive våld mot tjänsteman.

**Figur 25. Självsattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.**

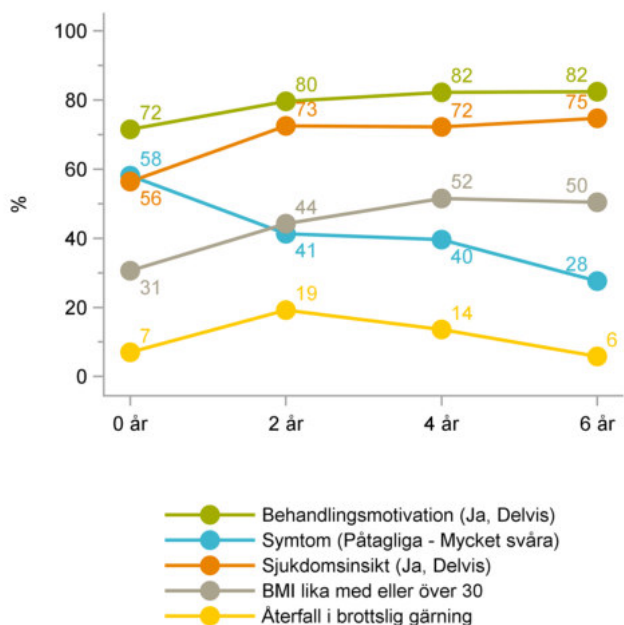


**Figur 26. Självsattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.**

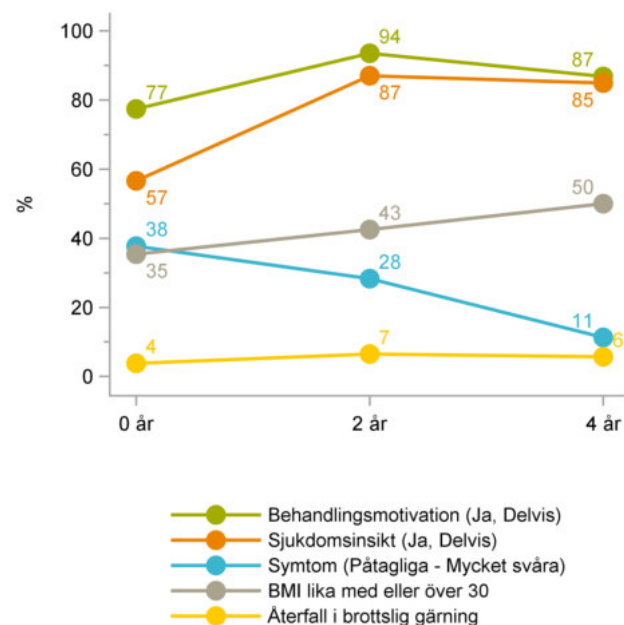


Förändringarna i självskattningarna är små. Självsattad livskvalitet ökade något i båda grupperna. Även när det gäller självskattad risk att återfalla i brott är förändringarna marginella med viss minskning i sexårsgruppen och en liten ökning i fyraårsgruppen.

**Figur 27. Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.**



**Figur 28. Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.**



Båda grupperna visade förbättringar i sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation, men fyraårsgruppen startade och slutade på högre nivåer. Symtombilden förbättrades för båda grupperna där svårighetsgraden genomgående var lägre för fyraårsgruppen. För sexårsgruppen rapporteras en minskning avseende återfall i brottslig gärning under pågående vård, medan det för fyraårsgruppen rapporteras en marginell ökning.

Sexårsgruppen bedöms oftare ha påtagliga till mycket svåra symtom och förbättras väsentligt. Även fyraårsgruppen som startar från en gynnsammare nivå förbättras. Vad gäller sjukdomsinsikten är skillnaderna små mellan grupperna och förbättras i båda fallen. Behandlingsmotivationen ligger högt i båda grupperna med en svag förbättring under vårdtiden.

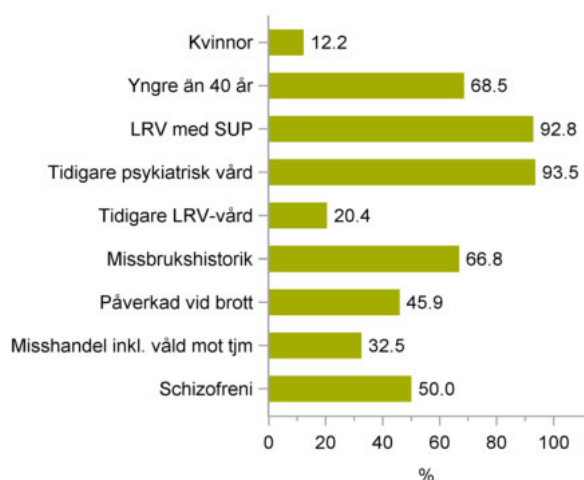
Återfall i brottslig gärning under pågående vård är sällan förekommande och någon klar förändring över observationstiden kan knappast ses i någon av grupperna även om det finns en liten ökning år två i sexårsgruppen.

Andelen patienter med BMI lika med eller över 30 ökar i båda grupperna.

## Patienter med lång vårdtid

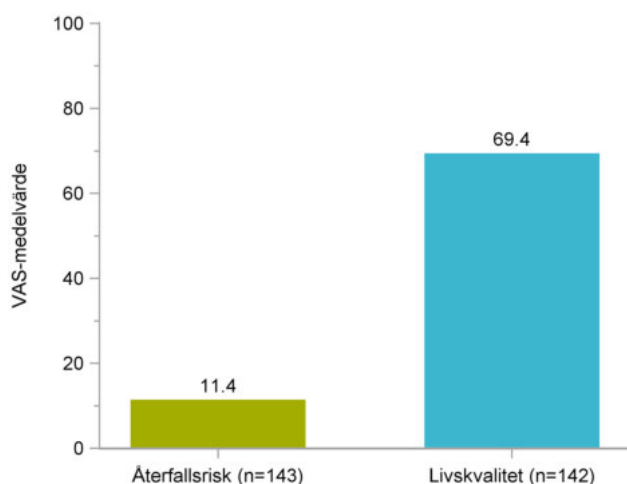
Med data i registret för tio år kan nu en grupp med vårdtid mer än tio år identifieras. Patienterna är fortfarande under vård. Med samma indikatorer som för fyra- och sexårsgrupperna redovisas data för första gången i denna rapport.

**Figur 29.** Bakgrundsdata, patienter dömda före 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin.

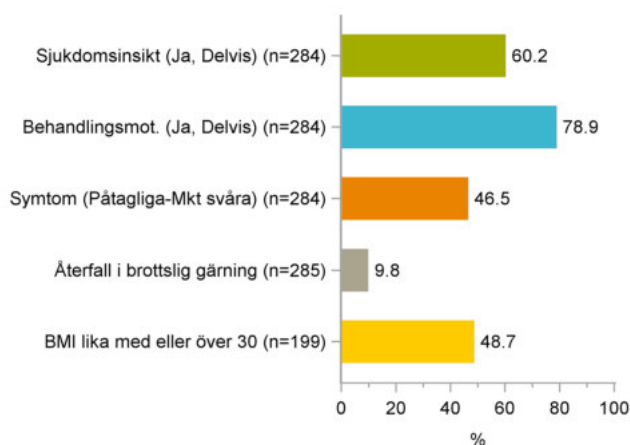


Mer än 20 procent av patienterna, 378 individer, dömdes före 2009 och har således en mycket lång vårdtid. Deras bakgrundsdata skiljer sig inte markant från fyraårs- och sexårsgruppen men vi kan se en lägre andel kvinnor och en högre andel med schizofrenidiagnos.

**Figur 30.** Självskattningar: Patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin, nuläge.



**Figur 31.** Indikatorer: Patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin, nuläge.



I självskattningarna bedömer patienterna risken för återfall som låg och livskvalitetskattningen ligger högt, på samma nivå som övriga patienter. Även vad gäller övriga indikatorer framkommer inget som markant avviker från övriga patienter och bidrar knappast till någon djupare förklaring till varför dessa nära fyrahundra patienter blivit kvar så länge i den rättspsykiatriska vården.

## Farmakologisk behandling

**Tabell 2.** Antal patienter som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	82 av 284 (28.9)	397 av 1 498 (26.5)	479 av 1 782 (26.9)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	65 av 284 (22.9)	275 av 1 498 (18.4)	340 av 1 782 (19.1)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	66 av 284 (23.2)	321 av 1 498 (21.4)	387 av 1 782 (21.7)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	152 av 284 (53.5)	755 av 1 498 (50.4)	907 av 1 782 (50.9)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	106 av 284 (37.3)	491 av 1 498 (32.8)	597 av 1 782 (33.5)
Anti-depressiva	129 av 284 (45.4)	507 av 1 498 (33.8)	636 av 1 782 (35.7)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	88 av 284 (31.0)	242 av 1 498 (16.2)	330 av 1 782 (18.5)
Stämningsstabiliserare (litium)	22 av 284 (7.7)	74 av 1 498 (4.9)	96 av 1 782 (5.4)
Beroendesjukdomar	24 av 284 (8.5)	152 av 1 498 (10.1)	176 av 1 782 (9.9)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	69 av 284 (24.3)	278 av 1 498 (18.6)	347 av 1 782 (19.5)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	124 av 284 (43.7)	525 av 1 498 (35.0)	649 av 1 782 (36.4)
ADHD	21 av 284 (7.4)	124 av 1 498 (8.3)	145 av 1 782 (8.1)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	82 av 284 (28.9)	379 av 1 498 (25.3)	461 av 1 782 (25.9)
Medel vid diabetes	41 av 284 (14.4)	177 av 1 498 (11.8)	218 av 1 782 (12.2)
Övriga somatiska sjukdomar	209 av 284 (73.6)	876 av 1 498 (58.5)	1 085 av 1 782 (60.9)

Ingen somatisk medicinering	68 av 284 (23.9)	537 av 1 498 (35.8)	605 av 1 782 (34.0)
Ingen psykofarmaka	9 av 284 (3.2)	108 av 1 498 (7.2)	117 av 1 782 (6.6)

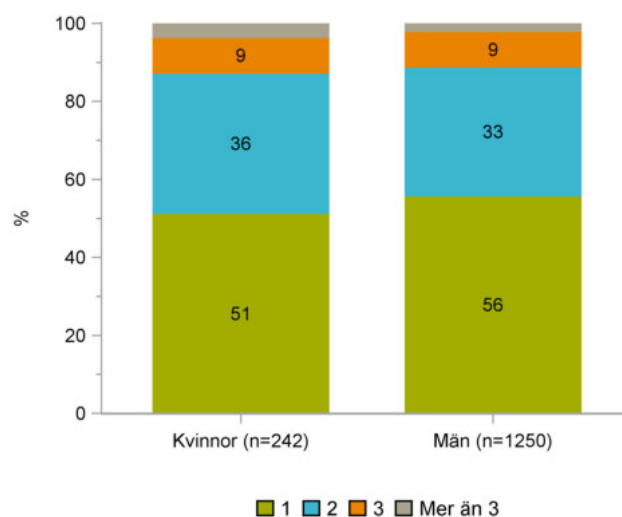
### Medicinering på somatiska indikationer

Över 60 procent av patienterna har någon medicin för somatiska symtom. I gruppen behandlas 26 procent med läkemedel mot kardiovaskulära tillstånd inkluderande medel mot högt blodtryck och blodfettssänkande medel. Läkemedel vid diabetes i form av insulin eller perorala antidiabetika har 12 procent av patienterna. Resultaten är förenliga med den översjuklighet främst inom kardiovaskulära sjukdomar och diabetes som konstaterats inom gruppen patienter med schizofreni vilka utgör den största diagnosgruppen i registret. Totalt är det endast 34 procent som inte tar någon medicinering för somatiska symtom och bland kvinnorna endast 24 procent.

### Antipsykotika

De största läkemedelsgrupperna är antipsykotika som delats upp efter om de tillhör första (FGA) eller andra generationens läkemedel (SGA) och om de ges peroralt (tablett, kapsel, flytande) eller som långverkande injektioner. En långsam utveckling kan skönjas här där nu hälften av patienterna får de nyare läkemedlen peroralt och 22 procent i form av långverkande injektioner. På tio år har andelen ökat från 9 procent. Samtidigt är andelen som får de äldre injektionerna fortfarande närmare 30 procent.

**Figur 32.** Antal antipsykotiska läkemedel per patient.



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

Som synes hade 51 procent av kvinnorna och 56 procent av männen monoterapi. Andelen kvinnor och män som

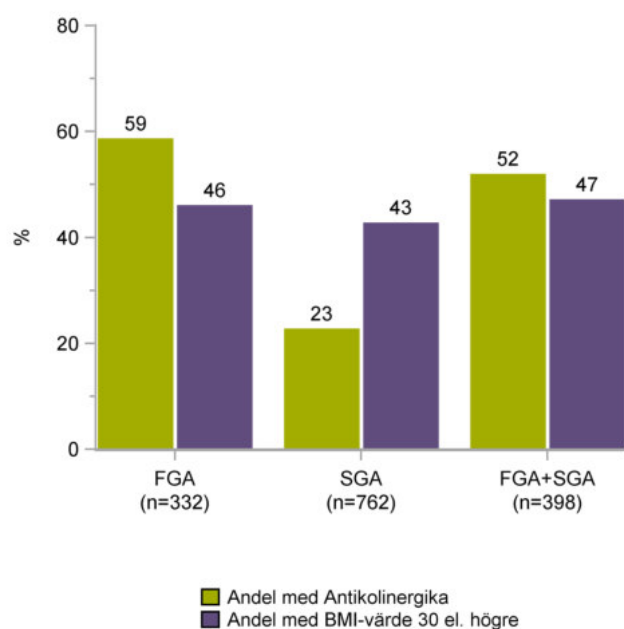


behandlas med två antipsykotiska preparat är 36 respektive 33 procent vilket ofta kan vara rimligt utifrån biverkningsprofiler och förväntade synergistiska effekter.

Endast 13 respektive 11 procent står på tre eller fler antipsykotika, det vill säga en polyfarmaci av mer avancerat slag och kanske ur teoretisk synpunkt mer problematisk.

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

**Figur 33.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp.

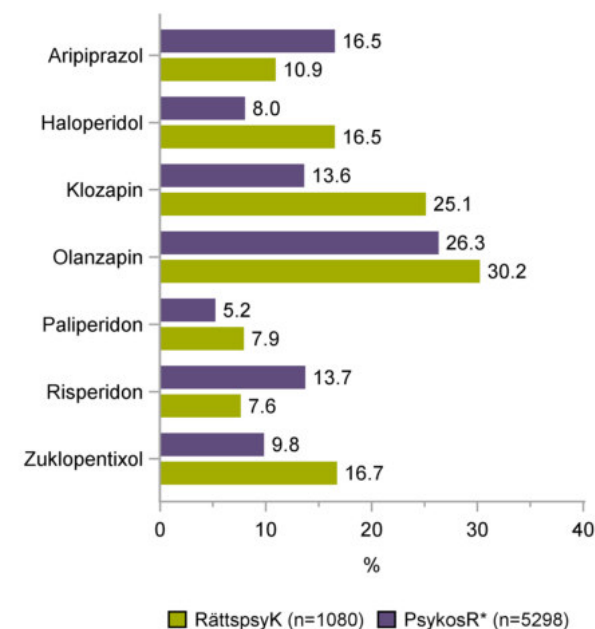


Patienter som behandlas med FGA får ofta, 59 procent, antikolinerga biverkningsmediciner. För patienterna med SGA är motsvarande andel 23 procent. Andelen patienter under antipsykotikabehandling med ett BMI över 30 är hög, mellan 43 och 47 procent men utan någon egentlig skillnad mellan grupperna. Förmodligen har livsstilsfaktorer större betydelse än läkemedlens påverkan vad gäller viktuppgång.

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

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

**Figur 34.** Behandling med antipsykotiska läkemedel i RättspsyK och PsykosR.



\* Databasversion 2019-01-08.

För både PsykosR och RättspsyK är olanzapin det mest använda läkemedlet. Klozapin som särskilt rekommenderas vid suicidalitet och till svårbehandlade patienter har en mycket hög användning inom RättspsyK där det faktiskt är det näst mest använda läkemedlet. Vad gäller risperidon som har en lägre användning inom RättspsyK bör beaktas att för metaboliten av risperidon, det vill säga paliperidon, är förhållandet det omvända vilket i stort utjämnar skillnaderna.

Den största skillnaden kan vi se vad gäller användningen av de äldre läkemedlen (FGA) där zuklopentixol och haloperidol har en betydligt högre användning inom rättspsykiatrin. Detta trots att zuklopentixol av Socialstyrelsen rankas lågt i de farmakologiska riktlinjerna bland annat på grund av bristande vetenskaplig dokumentation.

Som vi kan se leder den höga användningen av FGA inom rättspsykiatri också till en hög användning av antikolinerga biverkningsmediciner, cirka 60 procent av FGA-behandlade enligt figur 33.

Socialstyrelsens syn på användning av biverkningsmediciner av antikolinerg typ framgår i de farmakologiska riktlinjerna.

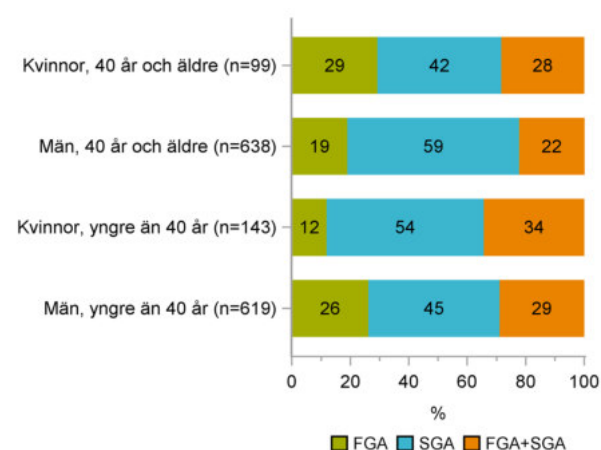
*”Det förekommer att man försöker minska de extrapyramidala biverkningarna / / med tillägg av så kallade antikolinerga läkemedel. Tillägg av de antikolinerga läkemedlen biperiden och trihexyfenidyl i syfte att motverka extrapyramidala biverkningar tillhör dock inte modern behandling. Det på grund av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

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

Huruvida den höga användningen av de äldre (FGA) läkemedlen är en följd av terapitraditioner eller de rättspsykiatriska patienternas speciella behov och problematik är något som bör diskuteras. Som tidigare anförts har utvecklingen mot en modernare farmakologi varit långsam. Man skulle kanske kunna förvänta sig att äldre patienter som ofta fått sin diagnos längre tillbaka i tiden i högre utsträckning skulle stå kvar på de äldre läkemedlen medan yngre patienter oftare skulle ha ställts in på de nyare.

Hur det ser ut om vi väljer att jämföra patienter över och under 40 års ålder framgår nedan.

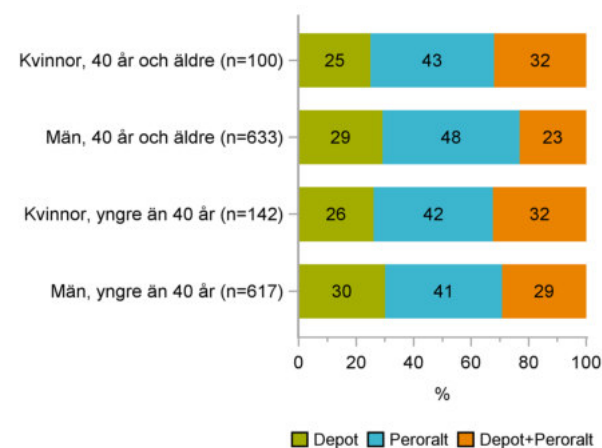
**Figur 35.** Antipsykotikaanvändning efter kön och ålder.



Resultaten är inte entydiga. För män är det färre av de äldre som står på de äldre läkemedlen. För kvinnor kan man däremot se att färre av de yngre får FGA. Intressant är också hur ofta de nyare och äldre läkemedlen kombineras.

Användningen av långverkande (depot) injektioner är relativt omfattande inom rättspsykiatri och vilken nivå som är rimlig eller eftersträvansvärd kan och bör diskuteras. Det faktum att man ofta väntat med detta till senare i sjukdomsförloppet har ifrågasatts då det finns erfarenhet och forskning som talar för att de största vinsterna skulle fås genom att tidigt säkra medicinföljsamhet.

**Figur 36.** Administreringsätt av antipsykotika efter kön och ålder.



Skillnaderna mellan yngre och äldre patienter är marginella, men den högsta andelen finns i gruppen män yngre än 40 år där 59 procent får långverkande injektioner.

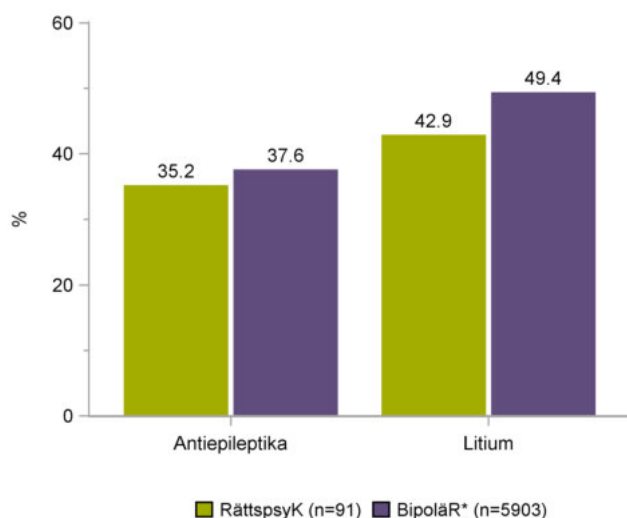
### Antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel

När det gäller användningen av antidepressiva läkemedel kan vi konstatera en klar könsskillnad med 45 procent för kvinnorna och 36 procent för männen och ännu större blir skillnaden för stämningsstabiliserande läkemedel som används av 31 procent av kvinnorna och 18 procent av männen. För litium är andelen för kvinnor 8 procent mot männens 5. Detta är förenligt med diagnosfördelningen där kvinnorna har högre andel affektiva syndrom.

När det gäller val av stabiliserande läkemedel, mellan litium och antiepileptika, kan det vara av intresse att jämföra med Bipolär.

## Farmakologisk behandling av patienter med bipolär diagnos i jämförelse med Bipolär

Figur 37. Stämningsstabiliserande läkemedel i RättspsyK och Bipolär.



\* Databasversion 2019-01-08.

Användningen av både antiepileptika och litium som stämningsstabiliserande läkemedel är något vanligare inom Bipolär.

## Medicinering vid ADHD

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

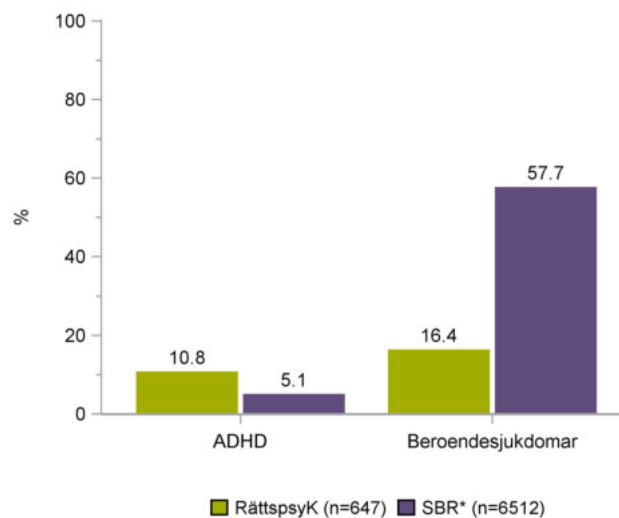
## Läkemedel vid missbruk och beroende

Användningen av specifika medel för att minska sug efter droger är låg, inte mer än 10 procent, utan någon könsskillnad. Detta är anmärkningsvärt beaktande hur stor andel av patientgruppen som bedöms ha en missbruksproblematik.

Vad gäller dessa två läkemedelsgrupper kan det vara intressant att jämföra RättspsyKs missbrukspatienter med SBRs material.

## Farmakologisk behandling av patienter med missbruksdiagnos i jämförelse med SBR

Figur 38. Läkemedel för ADHD och beroendesjukdomar i RättspsyK och SBR.



\* Databasversion 2019-01-08.

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

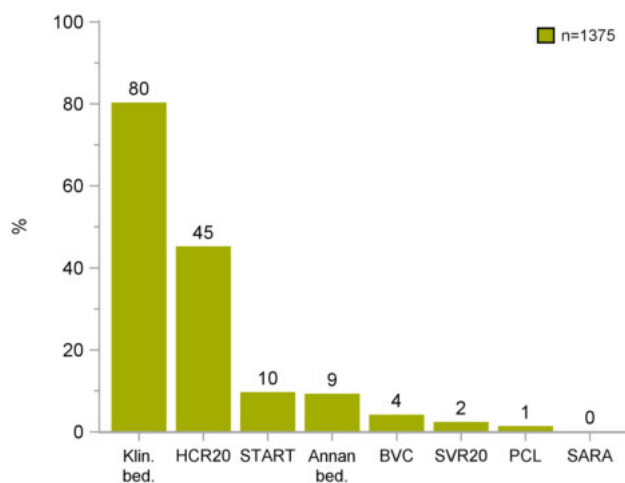
Inom rättspsykiatri kan möjligheterna att kontrollera förekomsten av sidomissbruk vara bättre än inom missbruksvården, vilket kan underlätta farmakologisk ADHD-behandling. Att SBR kan visa på en mer omfattande användning av läkemedel med specifik inriktning att minska sug efter droger skulle kunna stå för att man där har bättre specialistkunskaper inom området men kan också handla om de yttre ramarna för vården av de rättspsykiatriska patienterna.

## Farmakologisk behandling i ett tioårsperspektiv

Vid en tillbakablick på farmakaanvändningen sedan 2009 är kanske det mest slående hur lite som har förändrats. Tidigare har diskuterats hur de nyare antipsykotiska läkemedlen långsamt har ökat i användningen men fortfarande med en mycket hög användning av äldre läkemedel, gärna i form av långverkande injektioner. Den höga användningen av biverkningsmediciner i form av antikolinergika har som en konsekvens av detta knappast minskat alls under de tio åren. En klar och positiv förändring är en minskad användning av beroendeframkallande och därmed narkotikaklassade läkemedel som har minskat från 36 till 21 procent.

## Genomförd riskbedömning

Figur 39. Andel patienter som bedömts med respektive riskbedömningsmetod.



Risk- och farlighetsanalyser har genomförts på drygt 80 procent av de patienter som följts upp i registret. Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare, används i störst utsträckning. Av de strukturerade bedömningsinstrumenten är HCR-20 det vanligast förekommande. Användningen minskade under några år från ett tidigare högsta värde på 57 procent men förefaller nu vända upp igen och noteras nu för 45 procent.

Den minskade användningen av strukturerade instrument kan ha påverkats av den diskussion kring instrumentens användbarhet som initierades av de delvis nedslående slutsatserna i SBU-rapporten 2005 (Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas SBU-rapport 175). Lanseringen av den reviderade versionen av HCR-20 verkar dock ha ökat intresset.

### 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. Finns nu i version 3.
- Bröset Violence Checklist (BVC) är ett instrument för att identifiera patienter med risk för aggressionsgenombrott. Instrumentet används av skötare, behandlingsassistenter och sjuksköterskor. Skattning sker under 24 timmar och vid risk för aggressionsutbrott finns åtgärdsförslag att tillgå. Användningsområden är förutom att identifiera risk för aggressionsgenombrott, våldsprevention, underlag för beslut och vårdtyngdsmätning.
- SARA (Spousal Assault Risk Assessment) är en klinisk checklista över riskfaktorer för partnervåld. Instrumentet utgör en strukturerad hjälp i bedömningen av risk för återfall i partnervåld.
- SVR-20 (Sexual Violence Risk) är en bedömningsmetod eller ett bedömningsförfarande, snarare än ett test eller en skala. Metoden är lämplig i fall där en individ har begått eller påstås ha begått en sexuell våldshandling.<sup>1</sup>
- START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) är ett strukturerat instrument för bedömningar av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, avvikning och egen offerrisk inom kortare tidsram (dagar, veckor, månader). Bedömningen görs utifrån kliniska, dynamiska riskfaktorer och skyddsfaktorer.

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

## Behandling utifrån riskfaktorer

Farmakologisk behandling anges för drygt 90 procent av patienterna vilket varit relativt konstant över åren och stämmer väl med statistiken över använda läkemedel. Andelen som anges behandlas med psykoterapi och psykoedukativa metoder har stadigt sjunkit över åren. Särskilt markant är detta för psykoterapi där andelen nu ligger mellan 8 (män) och 11 (kvinnor) procent.

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

## Brottsbearbetning

Brottsbearbetning skulle kort kunna beskrivas som en riktad insats, enskilt eller i grupp, där huvudsyftet är att patienten får vetskap om brottet, förstår och kan förutse brottsutlösande faktorer och riskmiljöer samt att känslomässigt kunna bearbeta de upplevelser det medfört. I vissa delar av landet finns lokalt utarbetade brottsbearbetningsmanualer men metoderna varierar. Tillvägagångssätt och kompetens varierar och utförs ofta av psykolog, men ibland även av läkare, sjuksköterskor och skötare. Patienter kan under både kortare och längre perioder vara för sjuka för att en brottsbearbetande insats ska vara meningsfull.

Begreppet brottsbearbetning blev allmänt bekant genom SOU 2006:91. Anders Milton fick 2003 ett regeringsuppdrag som nationell psykiatrisamordnare. Det resulterade i SOU 2006:91 för rättspsykiatri och SOU 2006:100 för övrig psykiatri

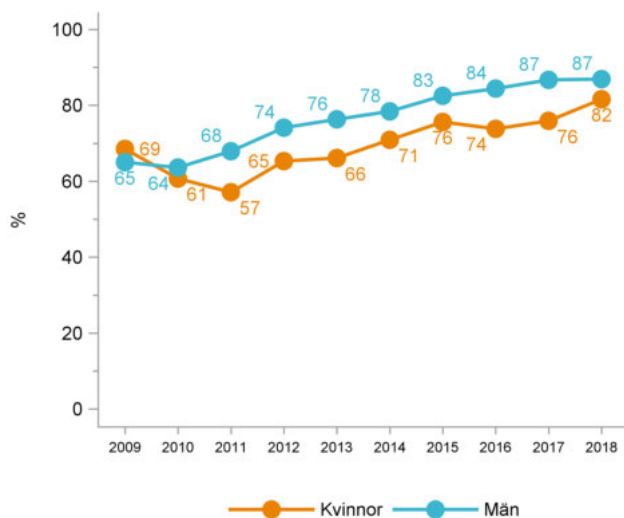
På sidan 76 står det *”En väsentlig del i arbetet med patienten är brottsbearbetning, dvs att förstå den utförda handlingen och dess konsekvenser, liksom att komma underfund med och hantera de förhållanden (triggers) som kan vara utlösande för t.ex. ett våldsbrott”*.

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

Andel patienter som uppges ha en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 13 procent och har minskat under åren, senast från 19 procent 2017.

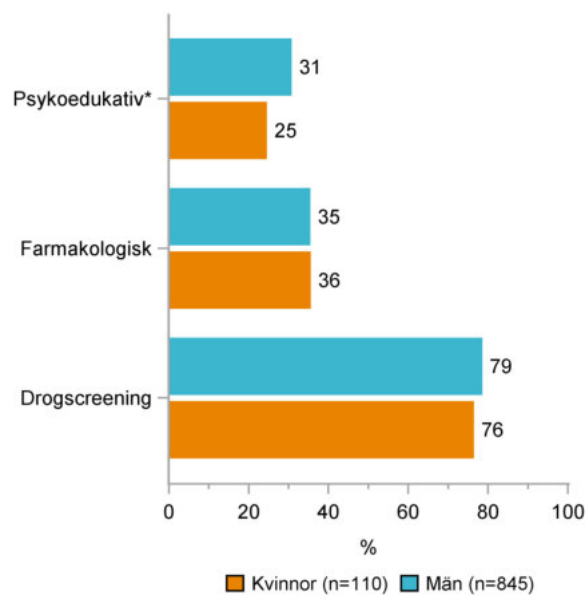
## Missbruksbehandling

**Figur 40.** Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



Fler patienter än tidigare år anges få missbruksbehandling. Andelen har stadigt ökat sedan 2009 och 2018 uppges 82 procent av kvinnorna och 87 procent av männen erhållit missbruksbehandling. Förklaringen till ökningen ligger framför allt i att de nationella riktlinjerna definierar drogscreening som en metod för behandling. Att andelen ändå inte ligger närmare 100 procent förklaras möjligtvis av att inte alla patienter med missbruksdiagnos har ett pågående missbruk och då inte bedöms behöva screenas.

**Figur 41.** Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos.



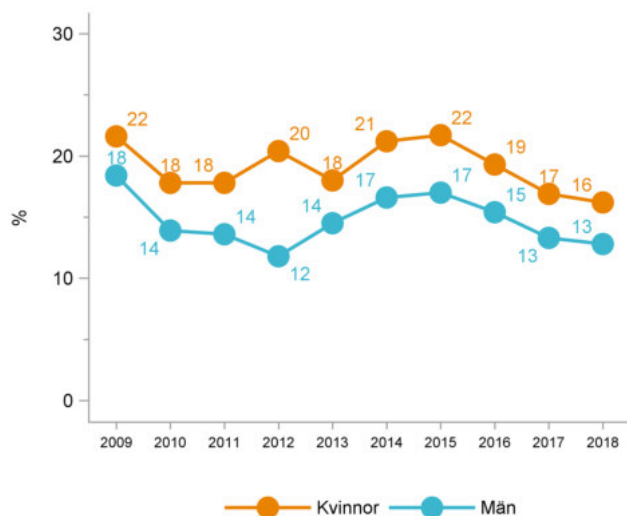
\* MI, CRA, ÅFP och Psykoterapi.

En hög andel av både kvinnor (36 procent) och män (35 procent) anges få farmakologisk missbruksbehandling. Det kan då inte enbart avse specifika läkemedel för beroendetillstånd. Förmodligen registrerar man här även exempelvis antipsykotisk, stämningsstabiliserande eller annan medicinering som förväntas ge effekt på grundsjukdomen och därmed även påverka missbruksproblematiken. Drogscreening utförs för nära 80 procent av patienterna.

Till psykoedukativa behandlingar har hänförs psykoterapeutiska och pedagogiska behandlingsmetoder som psykoterapi, CRA (Community Reinforcement Approach), MI (Motivational Interviewing), ÅFP (Återfallsprevention) och Psykoedukation det vill säga olika metoder och tekniker för samtalsbehandling av missbruksbeteende. Lokala terapitraditioner samt tillgång till utbildade terapeuter blir ofta avgörande för vilken eller vilka metoder som kommer till användning.

## Tvångsåtgärder

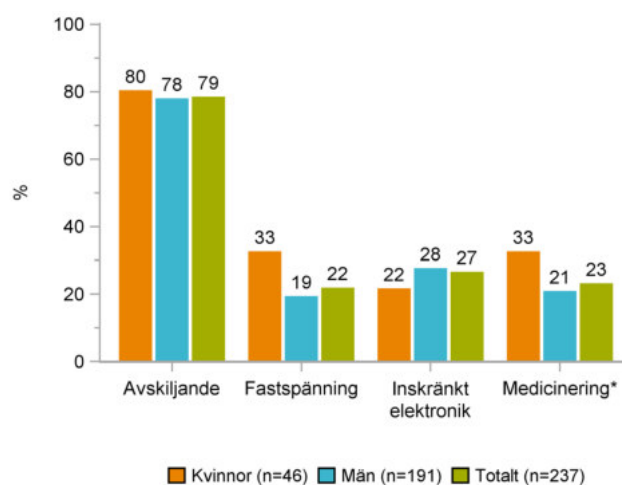
**Figur 42.** Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.



I tioårsperspektivet kan vi se en variation mellan 16 och 22 procent för kvinnor och mellan 12 och 18 procent för män. Trenden är en viss minskning med de hittills lägsta andelarna 2018.

Observera att en förändring i lagstiftningen 2014 förändrat reglerna vad gäller elektronisk kommunikation där nu mer generella begränsningar får ske för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Detta kan förklara en del av minskningen under de senaste åren.

**Figur 43.** Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



\* Utförd under fastspänning eller fasthållande.

Som framgår var den vanligaste tvångsåtgärden avskiljande. Det är värt att påpeka att de åtgärder som kräver mest av fysiskt tvång det vill säga fastspänning och tvångsmedicinering verkar användas i en tämligen begränsad omfattning. Eventuellt kan det av Socialstyrelsen initierade och av SKL drivna projektet ”Bättre vård – mindre tvång” haft en positiv inverkan.

Den högre andelen tvångsåtgärder för kvinnor kan troligen relateras till den högre förekomsten av affektiva diagnoser så som bipolaritet bland kvinnor.

## Samverkan och samverkansbehov

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

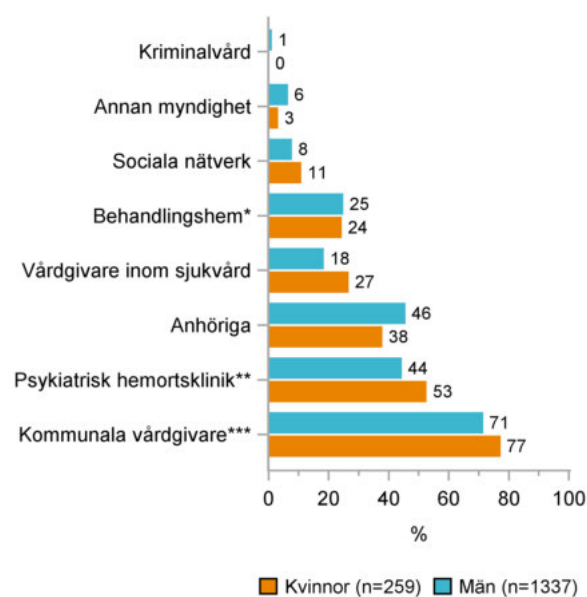
**Tabell 3.** Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

Kön	Fungerande samverkan	%
Kvinnor	259 av 284	91.2
Män	1 337 av 1 494	89.5
<b>Totalt</b>	<b>1 596 av 1 778</b>	<b>89.8</b>

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

Kön	Icke tillgodosett samverkansbehov	%
Kvinnor	42 av 284	14.8
Män	215 av 1 494	14.4
<b>Totalt</b>	<b>257 av 1 778</b>	<b>14.5</b>

**Figur 44.** Andel patienter där det finns fungerande samverkan per extern aktör.



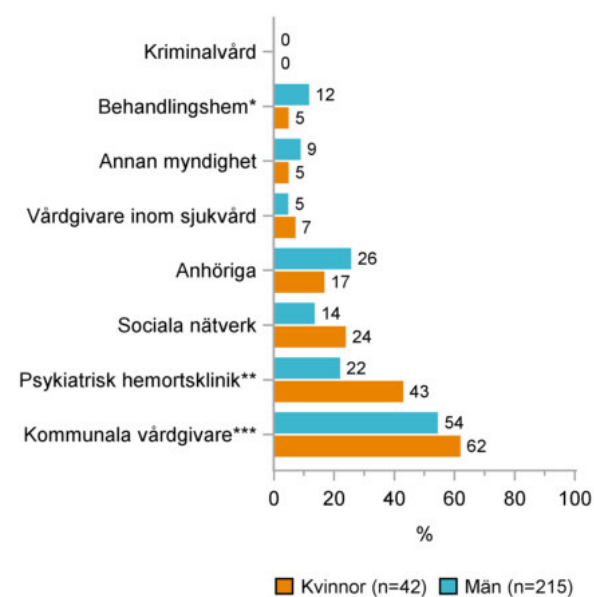
\* Behandlingshem/behandlingsboende

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

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

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

**Figur 45.** Andel patienter där samverkanbehov inte är tillgodosett per extern aktör.



\* Behandlingshem/behandlingsboende

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

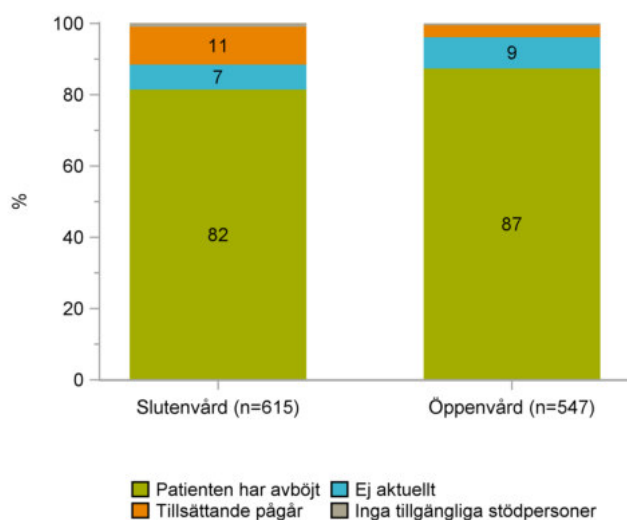
\*\*\* Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

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 rättspsykiatrins vanligaste samverkanspartner.



## Stödperson

Figur 46. Orsak till att stödperson inte utsetts.



Under psykiatrisk tvångsvård har patienten rätt till en från sjukvården fristående stödperson, utsedd av Patientnämnden. Rätten bygger på frivillighet och stödperson får inte utses mot patientens vilja (LRV 26 §).

35 procent av patienterna i slutenvård och 34 procent av patienterna i öppenvård har stödperson.

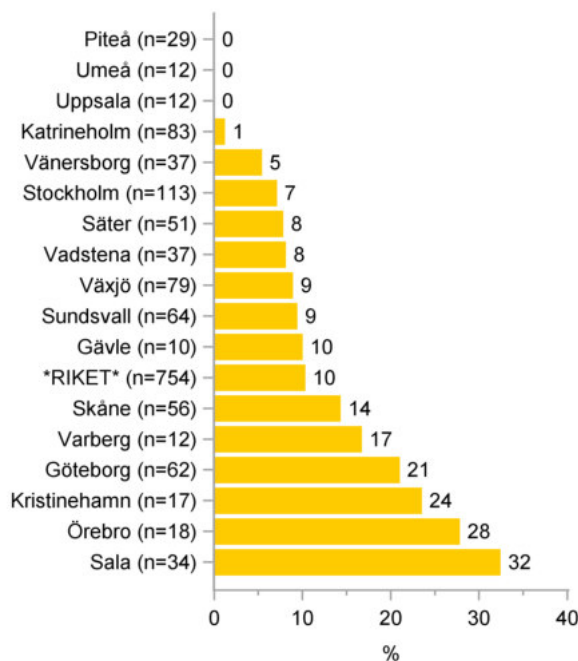
## Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård under 2018 var 10 procent. Det har visat sig att det i landet inte finns någon entydig definition för när en patient ska anses vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns inte heller någon samsyn kring hur länge det är acceptabelt att en patient som bedömts vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård kvarstannar inom slutenvård, innan detta är att betrakta som ett problem. Dessa faktorer gör det svårt att dra några vittgående slutsatser utifrån siffran ovan. Siffran ger en fingervisning om hur svårt det upplevs vara att säkerställa nödvändiga strukturer för fungerande öppenvård.

I de fall där patienten bedömts som färdig för öppenvård utan att detta kan tillgodoses ges också möjlighet att ange en eller flera orsaker: brist på boende, brist på samverkan eller annan. Som vanligaste orsak anges brist på boende. Denna orsak har angetts i allt högre utsträckning för varje år sedan 2009 och uppgår nu till cirka 60 procent.

Strikt formellt skulle man kunna hävda att alla villkor för att ansöka om öppen rättspsykiatrisk vård måste vara uppfyllda. Då måste en samordnad vårdplanering ha skett och vårdplan fastställts tillsammans med kommunen.

Figur 47. Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



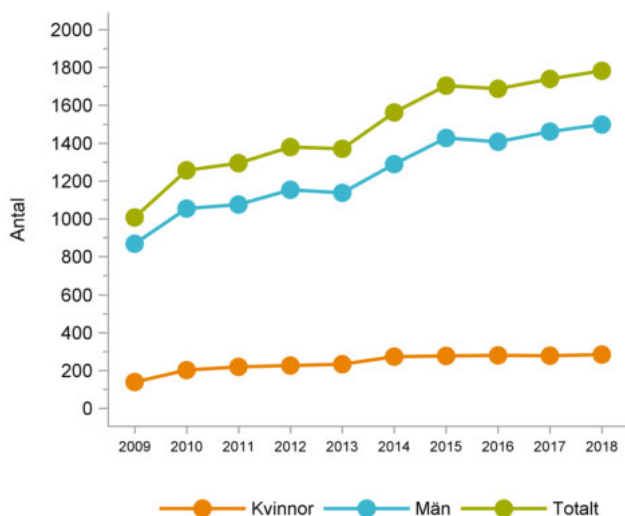
# Patientgruppen i registret

## Inklusions- och exklusionskriterier

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

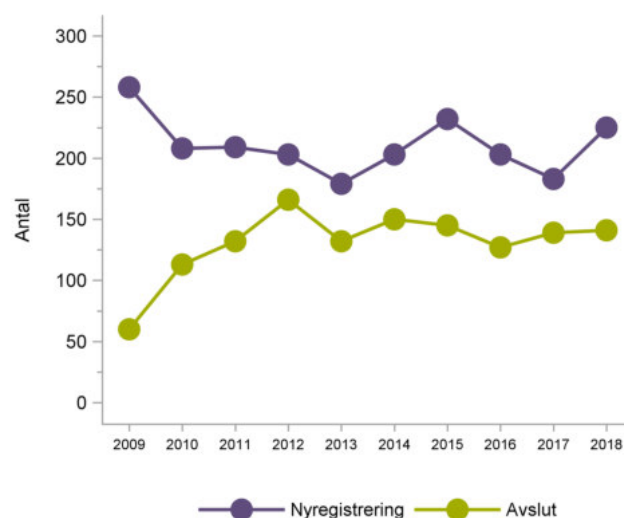
## Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 48. Antal uppföljda patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2013 ökat med drygt 30 procent. Fördelningen är relativt konstant med närmare 20 procent kvinnor och 80 procent män. En ökning av antalet uppföljda män och kvinnor ses under 2018. Den totala ökningen mellan 2017 och 2018 är 43 individer. Totalt är 1 782 patienter uppföljda under 2018.

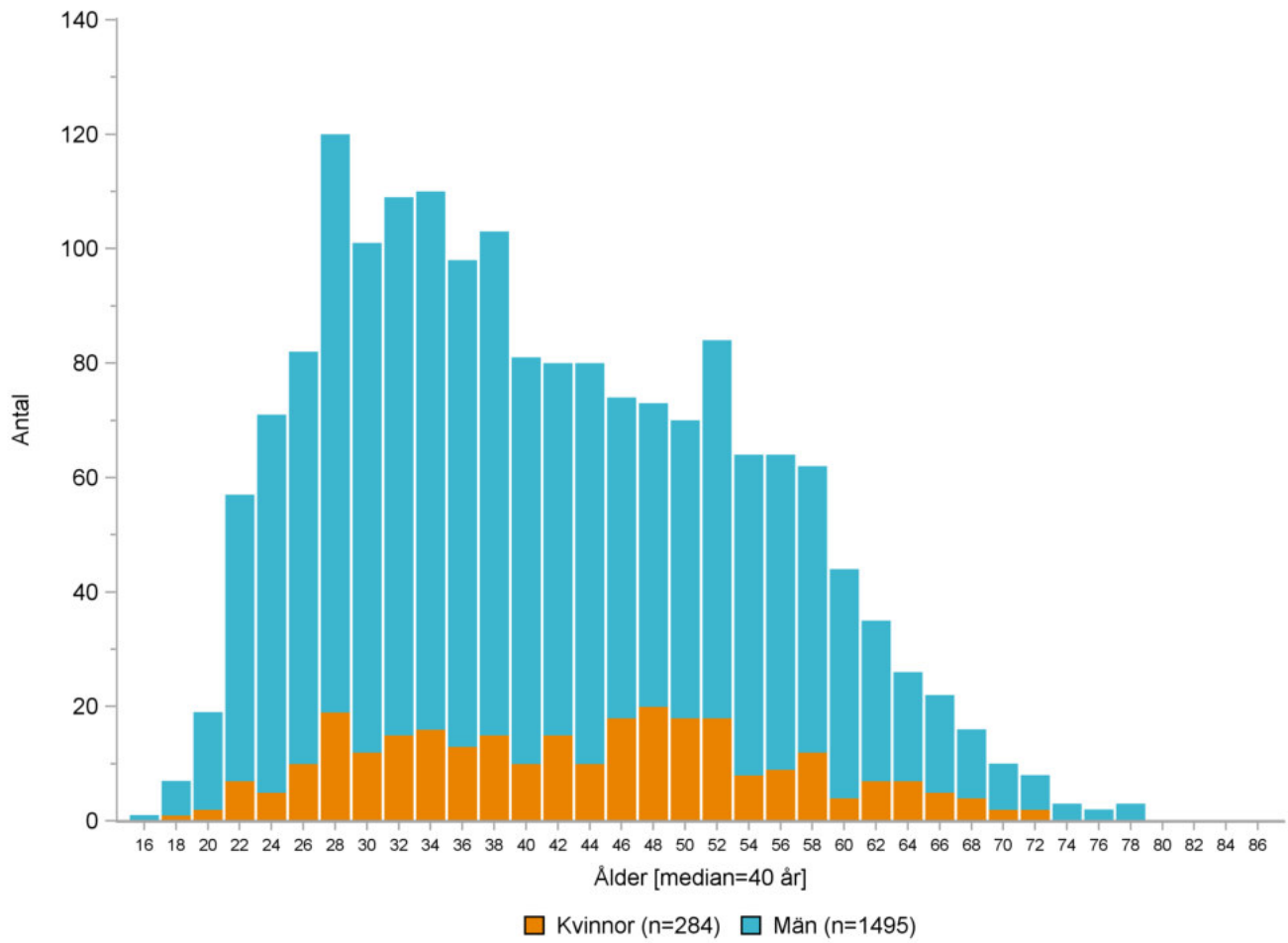
Figur 49. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid ej hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2018 har antalet nyregistrerade ökat med 23 procent jämfört med 2017. Antalet avslutade patienter 2018 är på samma nivå som 2017. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 90 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Under perioden 2009–2018 har 29 patienter avlidit till följd av suicid.

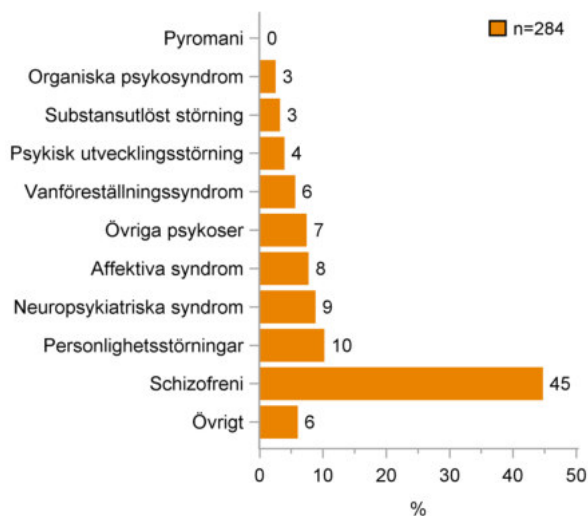
## Ålder

Figur 50. Åldersfördelning i registret.



## Huvuddiagnos

Figur 51. Huvuddiagnos enligt ICD-10, kvinnor.<sup>2</sup>

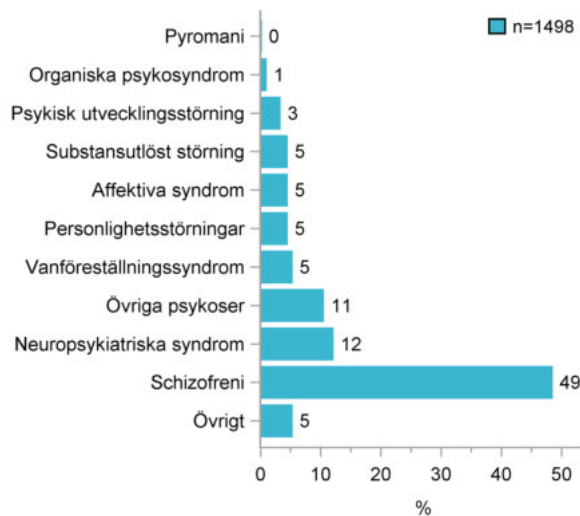


De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en djupgående psykiatrisk problematik vilket framgår av de huvuddiagnoser som redovisas. Med huvuddiagnos avses den diagnos som patienten skrivits in under och som oftast ger störst funktionsnedsättning. Det är dock inte ovanligt att inskrivningsdiagnoserna förändras under vårdtiden efter fördjupade diagnostiska utredningar. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

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

Figurerna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Personlighetsstörningar är vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor medan schizofreni som diagnos är något vanligare bland män.

Figur 52. Huvuddiagnos enligt ICD-10, män.<sup>2</sup>



Andelen patienter som har diagnosen mental retardation (intellektuell funktionsnedsättning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar knappt 4 procent, men är likväl en patientgrupp vars vårdbehov kan vara svåra att tillgodose i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan patienter med neuropsykiatriska störningar ha behov av vårdinsatser som skiljer sig ganska mycket från patienter med psykosjukdomar vilka utgör den största gruppen inom den rättspsykiatriska vården. Gruppen med neuropsykiatriska störningar utgör nu 12 procent av både män och kvinnor. Som biddiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

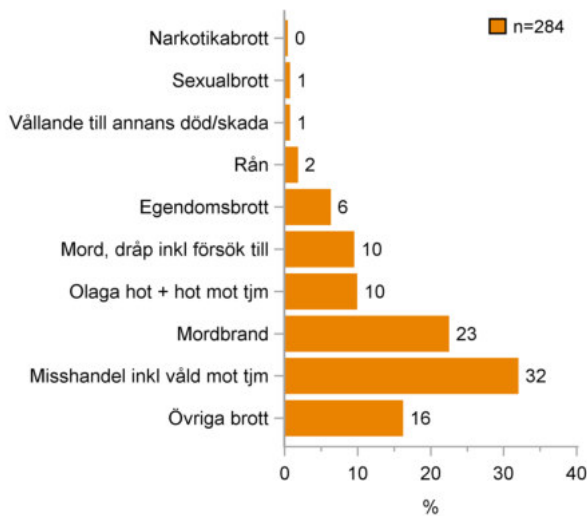
Det går inte att se några större variationer eller förändringar i huvuddiagnoser under de 10 år som registret varit i bruk. Detta förhållande gäller både män och kvinnor. Dock har diagnoser inom gruppen neuropsykiatriska syndrom ökat stadigt sedan 2009 vilket tydligt syns när det gäller kvinnor. Parallellt med denna ökning ser man en minskning av affektiva syndrom i motsvarande grad. Man ser också en ökning av diagnosen schizofreni över 10 år bland kvinnor. År 2009 var huvuddiagnosen schizofreni hos drygt 30 procent av kvinnor för att de senaste åren utgöra drygt 40 procent.

<sup>2</sup> Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related health problems, Tenth Revision

## Indexbrott

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

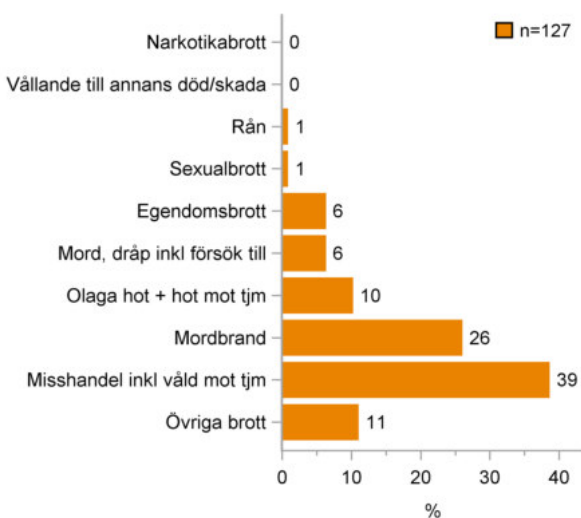
Figur 53. Indexbrott, kvinnor.



Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av våldsbrott/brott mot person (inklusive sexualbrott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjänsteman är det vanligaste indexbrottet hos både kvinnor och män, drygt 35 procent.

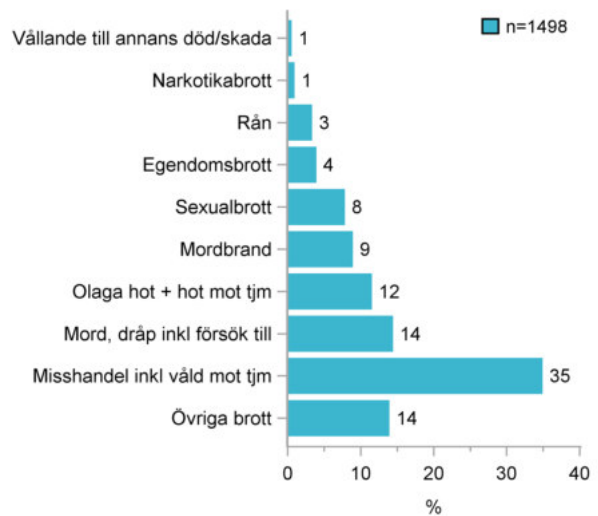
Bland kvinnor är mordbrand det näst vanligaste brottet. Andelen sexualbrott är nästan obefintlig bland kvinnor. Hos män utgör sexualbrott 8 procent av indexbrotten.

Figur 55. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, kvinnor.



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

Figur 54. Indexbrott, män.



Det går inte att se några större variationer eller förändringar av indexbrott under de 10 år som registret varit i bruk. Detta gäller både män och kvinnor. Små variationer förekommer mellan åren men en tydlig förändring gäller tendensen att mord och dråp och försök till minskar som indexbrott. Tydligast är detta bland kvinnor där brottstypen minskat från knappt 14 procent 2009 till 10 procent 2018. Ytterligare en förändring är att brottstypen övriga brott har ökat sedan 2009 och ligger 2018 på 16 procent hos kvinnor och 14 procent hos män.

Figur 56. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni\*, män.

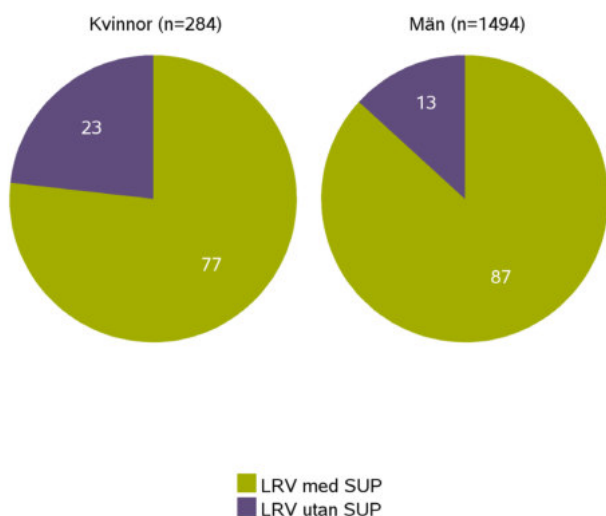


\* ICD-10-kod F20, F21 och F25.

## Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

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

Figur 57. Andel patienter med respektive utan SUP.



Det framgår att 77 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2018 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP.

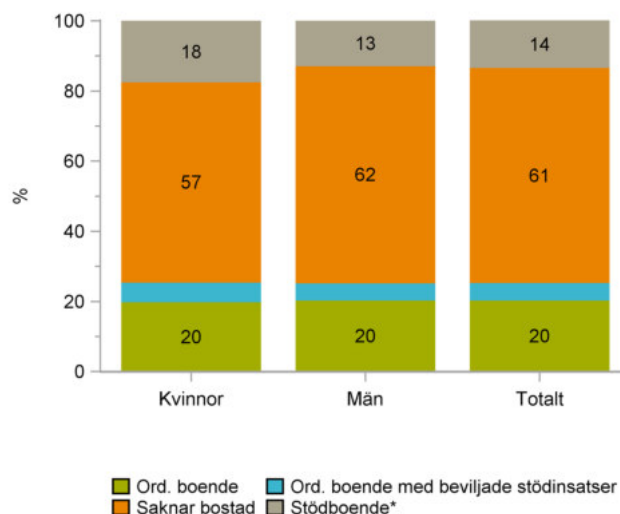
## Barn

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

Barn under 18 år förekommer 2018 hos 14 procent av de rättspsykiatriska patienterna. Andelen patienter med barn under 18 år har ökat något under de senaste åren. Det är något vanligare att kvinnor har eller har haft relation med barn under 18 år. Skillnaden är dock liten då 16 procent av kvinnorna har eller har haft relation och motsvarande värde bland männen är 14 procent.

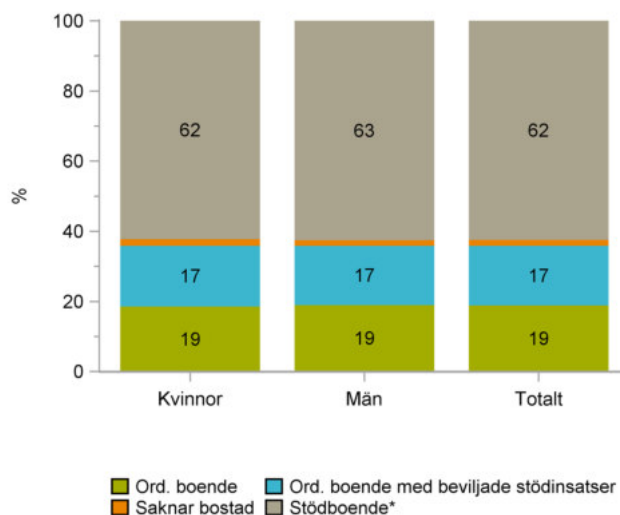
## Boendeform

Figur 58. Boendeform under pågående slutenvård.



\*Korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

Figur 59. Boendeform under pågående öppenvård.

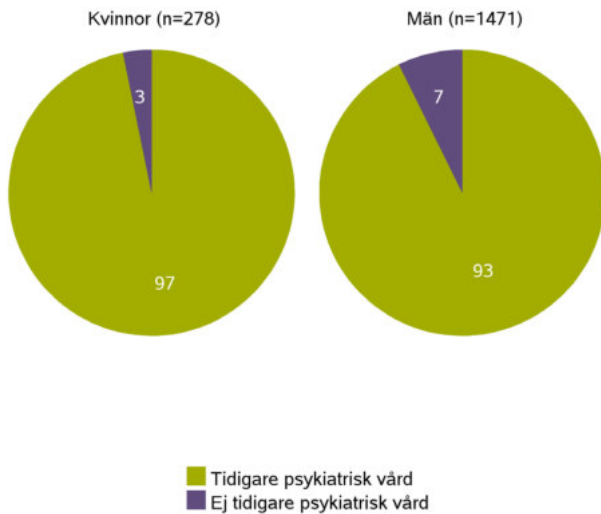


\*Korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

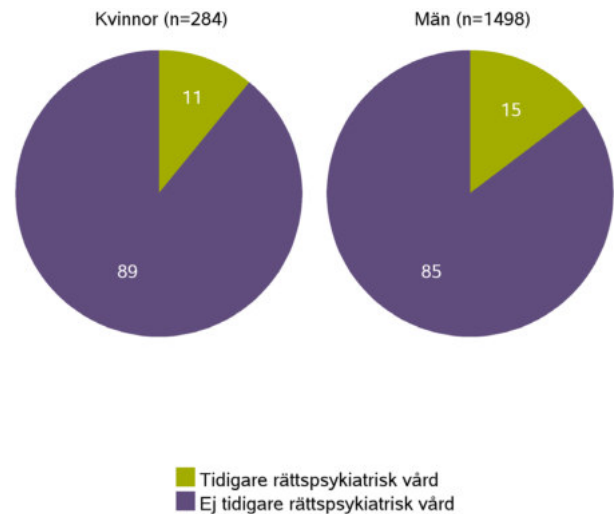
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna.

## Tidigare psykiatrisk vård

**Figur 60.** Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



**Figur 61.** Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.

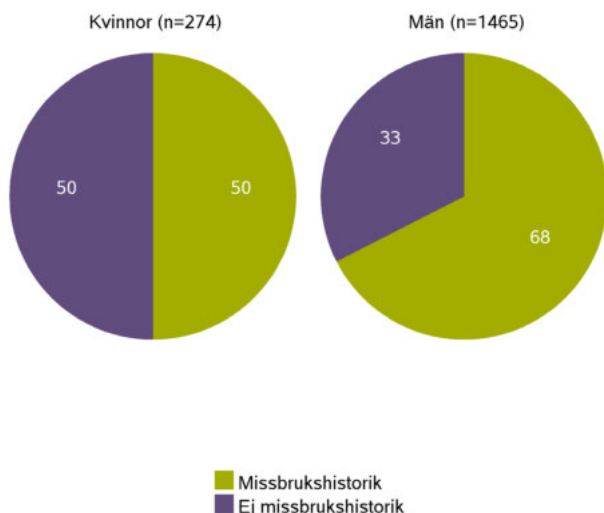


De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. En mycket stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. En mindre andel har dömts till vård enligt LRV vid tidigare tillfälle, i denna grupp utgör männen en något större andel än kvinnorna.

Man ser över 10 år en ökning av de individer som tidigare varit i kontakt med psykiatrisk vård innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller både män och kvinnor och under 2018 har 97 procent av kvinnorna tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården och motsvarande siffra för männen är 93 procent. Andelen patienter som tidigare vårdats enligt LRV har legat stabilt under 10 årsperioden, 2018 hade 11 procent av kvinnorna och 15 procent av männen tidigare vårdats enligt LRV.

## Tidigare missbruk

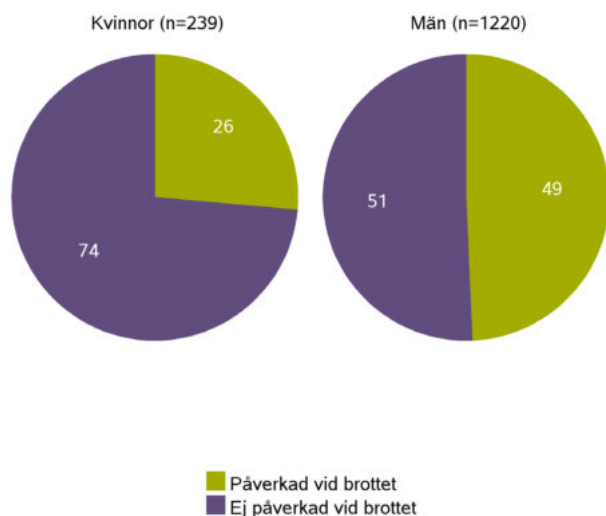
**Figur 62.** Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



När det gäller en dokumenterad historia av missbruk har det inte skett några stora förändringar gällande registrerade data under de 10 år som registreringar skett. Man kan notera en liten minskning när det gäller kvinnor men motsvarande sänkning finns inte gällande män. De senaste åren har 50 procent av kvinnorna en dokumenterad historik och bland männen har andelen varierat mellan 66 och 68 procent.

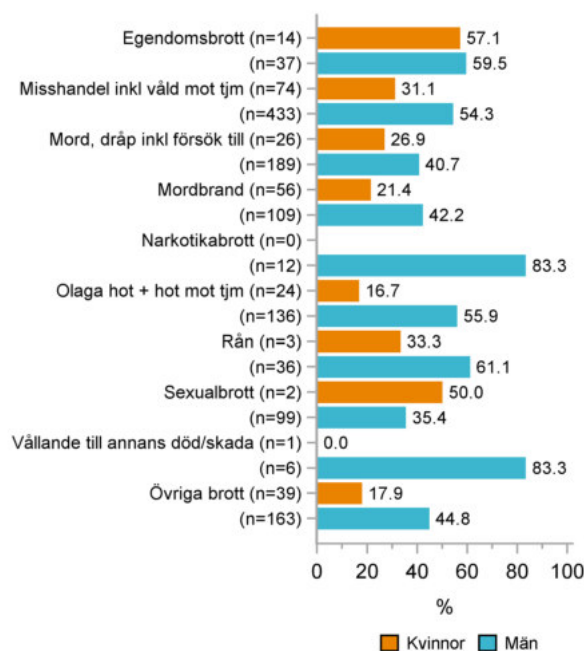
## Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

**Figur 63.** Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid **indexbrottet**.



Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 26 procent av kvinnorna och 49 procent av männen var påverkade av någon drog vid brottstillfället. För män varierar siffran av de som varit påverkade vid indexbrottet mellan 34 procent 2009 till 52 procent 2012. För kvinnor är motsvarande andelar 25 procent 2011 till 32 procent 2008. År 2018 var andelen 26 procent.

**Figur 64.** Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter **brottsgrupp**.



Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var drygt 31 procent av kvinnorna påverkade av någon drog eller alkohol och drygt 54 procent av männen.



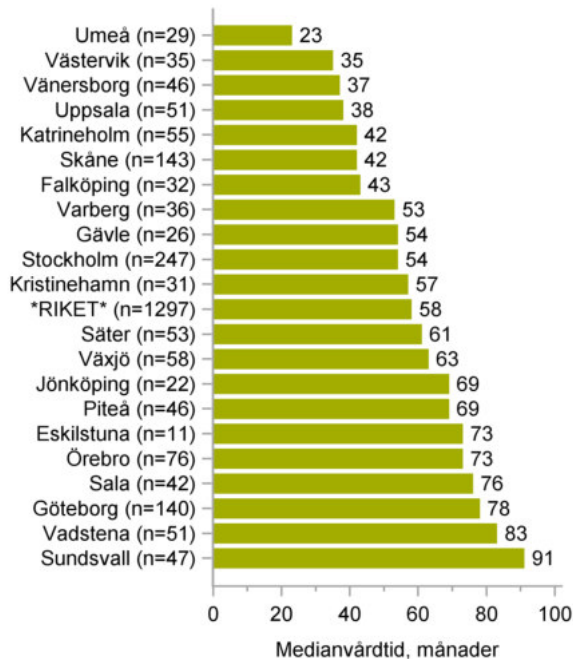
## Vårdtid

### Medianvårdtider för patienter som blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2018

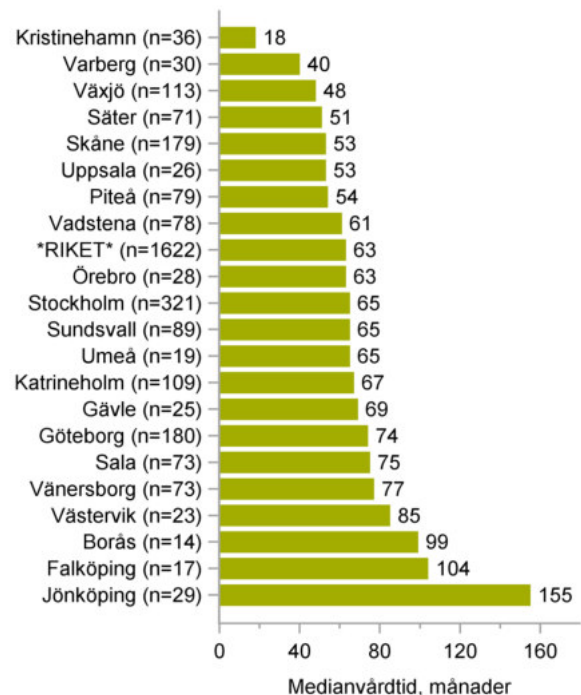
Sammanlagt 1 297 patienter har blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2018.

Medianvårdtiden för samtliga patienter oavsett kön är 58 månader, (4 år och 10 månader). Det föreligger en skillnad i medianvårdtid mellan män och kvinnor, där männens medianvårdtid i genomsnitt är drygt 4 månader längre än kvinnornas under perioden 2009–2018 när det gäller LRV utan SUP. Gällande LRV med SUP är förhållandet det omvända och kvinnor vårdas 6 månader längre än män.

**Figur 65.** Medianvårdtid för patienter med avskriven vård mellan 2009–2018.

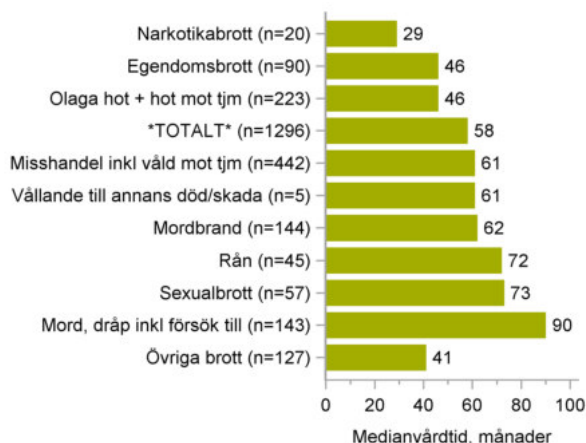


**Figur 66.** Medianvårdtid för patienter i pågående vård.

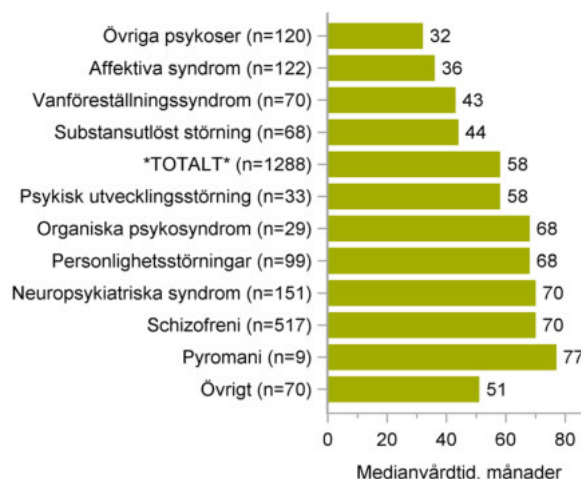


Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 23 månader (knappt 2 år) och 91 månader (7 år och 7 månader) med ett medeltal av 58 månader (4 år och 10 månader) för samtliga registrerande enheter. Medianvårdtiden vid avskriven vård har ständigt ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv även om den varierat för enskilda enheter. De varierande medianvårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt och att man därför delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

**Figur 67. Medianvårdtid efter brottsgrupp** för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2018.

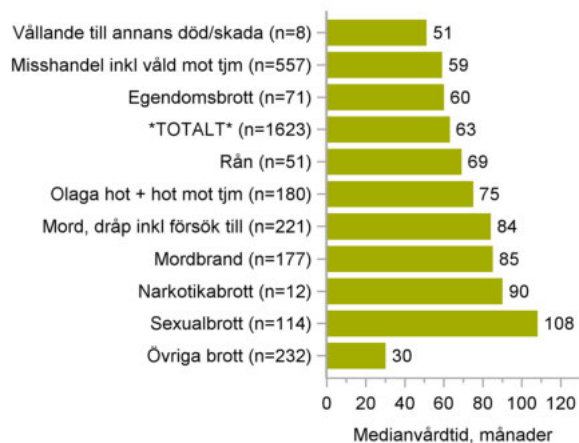


**Figur 68. Medianvårdtid efter diagnosgrupp** för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2018.

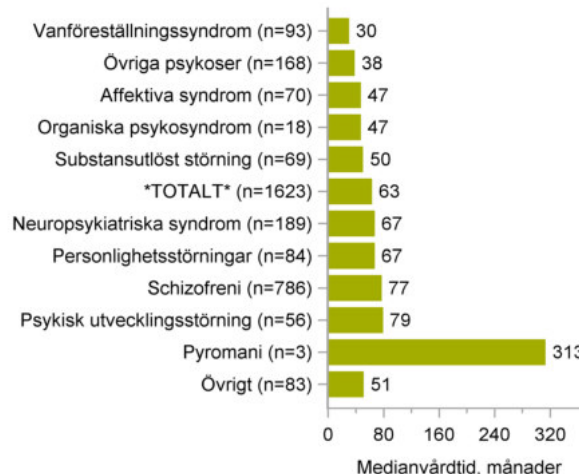


Det är en stor variation gällande medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avskriven vård. Den största brottsgruppen, misshandel inklusive våld mot tjänsteman, har medianvårdtid på 69 månader (cirka 5 år och 9 månader) om SUP föreligger.

**Figur 69. Medianvårdtid efter brottsgrupp** för patienter i pågående vård.



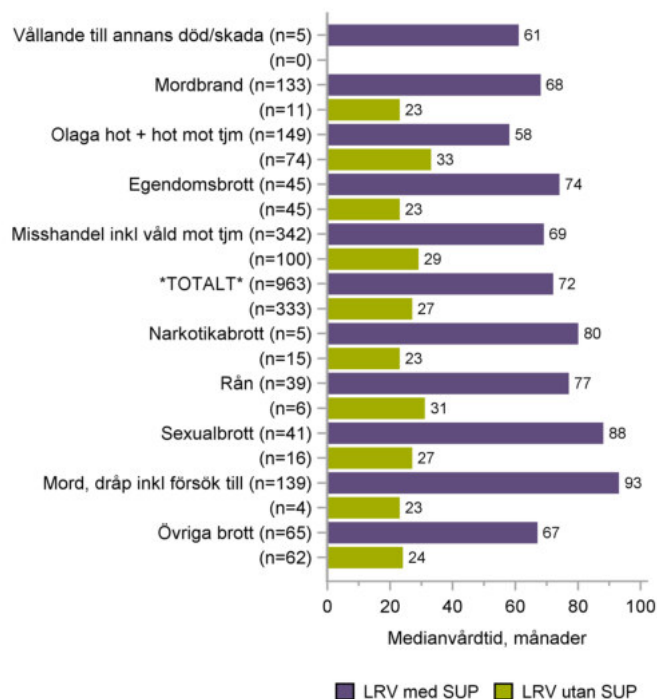
**Figur 70. Medianvårdtid efter diagnosgrupp** för patienter i pågående vård.



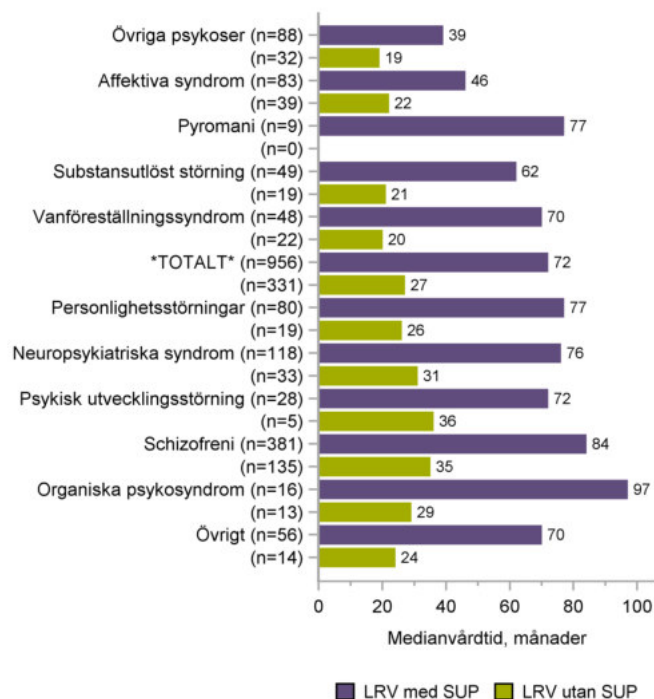
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman. Patienter som tillhör brottsgrupperna mord/dråp, inklusive försök till, mordbrand, narkotikabrott och sexualbrott är de som hittills har vårdats längst.

Medianvårdtiden för alla patienter tillhörande samtliga diagnosgrupper i pågående vård är 63 månader 2018. För diagnosgruppen pyromani är den 313 månader men siffrorna baserar sig på endast tre individer varför resultatet bör beaktas med reservation.

**Figur 71.** Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2018.



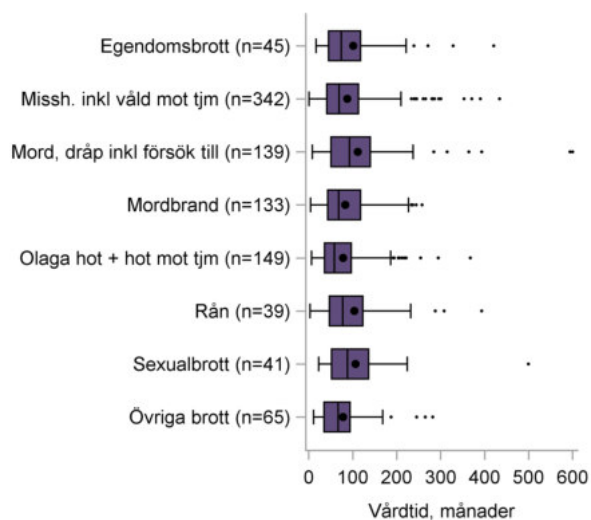
**Figur 72.** Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2018.



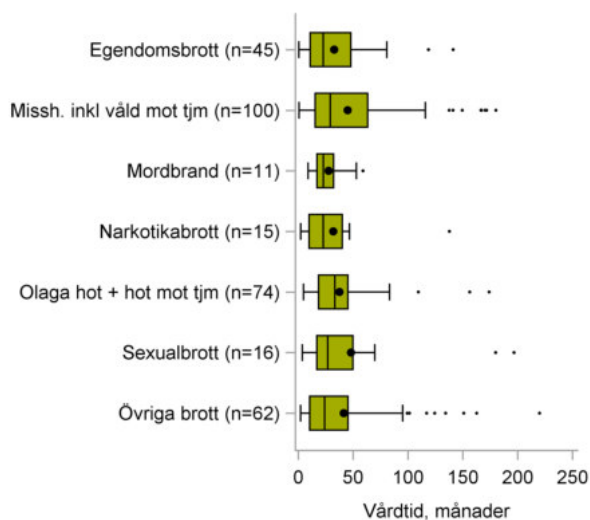
Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP. Detta gäller oavsett brotts- och diagnosgrupp. Skillnaden mellan patienter med och utan SUP kan delvis förklaras av att rätten bedömt att det för patienter med SUP föreligger en risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag, motsvarande risk bedöms inte föreligga för patienter utan SUP. Vidare är frågan om att avsluta vården för patienter med SUP alltid föremål för prövning i förvaltningsrätten.

Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant åt. Schizofreni och organiska psykosyndrom noteras ha långa vårdtider på 84 månader respektive 97 månader om SUP föreligger och jämförelsevis långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom och personlighetsstörningar. Den långa vårdtiden vid den relativt ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart nio individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

**Figur 73.** Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vårderna avskrivits under åren 2009–2018, per brottsgrupp.

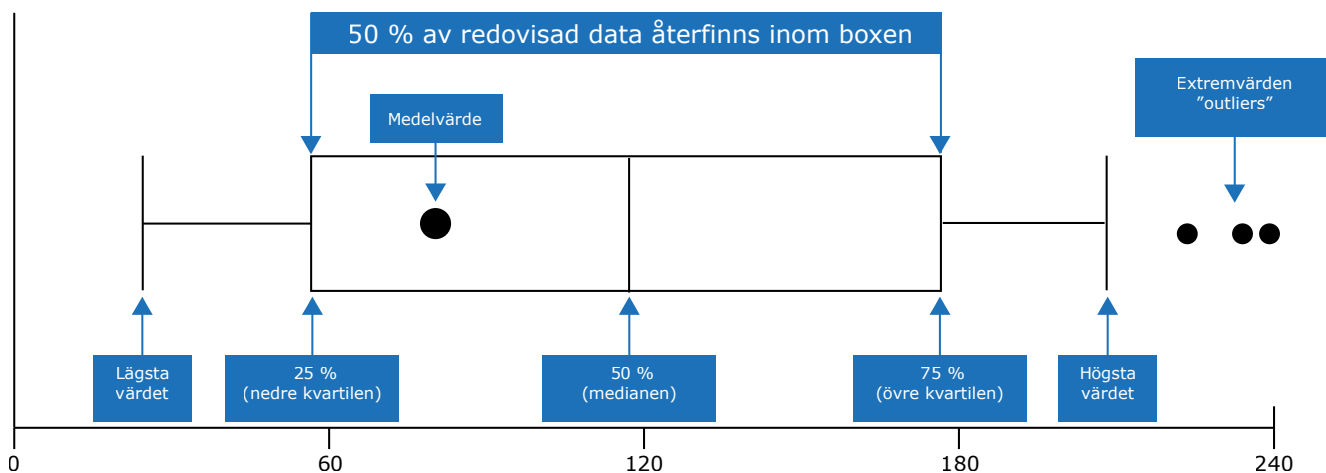


**Figur 74.** Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vårderna avskrivits under åren 2009–2018, per brottsgrupp.



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

### Läsanvisning av Box Plot



#### Förklaring: Box Plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil, median och övre kvartil och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida det högsta värdet. Extremvärden eller "Outliers" visas som prickar. Samtlig registrerad data redovisas.

# Verksamheterna i registret

Tabell 5. Verksamheterna i registret.

Landsting	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna avseende 2018			Uppgifter från registret, 2018					
		Antal slutenvårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Uppagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medel-ålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	64	R	2,3	Uppsala-Örebroregionen	Säter	85	41.4	14.1	67.1
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle Sjukhus	29	41.7	6.9	37.9
Halland	Varberg	12	L	2	Halland	Varbergs sjukhus	37	41.5	16.2	48.6
Jönköping	Jönköping	12	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	31	44.1	19.4	25.8
Kalmar	Västervik	12	L	2,3	Kalmar län	Västervik	27	45.4	25.9	29.6
Kronoberg	Växjö	121	R	1,2,3	Södra regionen	Växjö	123	36.3	9.8	81.3
Norrbottnen	Piteå	44	L	2,3	Norrbottnen / avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	86	41.2	20.9	46.5
Skåne	Skåne	91	L	2,3	Region Skåne	Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	201	43.0	17.4	41.5
Stockholm	Stockholm	186	R	1,2,3	Stockholms län	Helix, Flemingsberg, Löwenströmska	340	43.7	20.6	42.5
Sörmland	Katrineholm	127	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	113	39.6	16.8	85.8
	Mälarsjukhuset	0		-	Sörmland		< 10			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	29	37.9	3.4	44.8
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	Värmland	Kristinehamn	40	39.7	10.0	72.5
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	20	41.1	20.0	60.0
	Skellefteå	3	L	3	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	10	45.9	10.0	30.0
Västernorrland	Sundsvall	101	R	1,2	Region Västerorrland / avtal Jämtland, Hälsingland	Sundsvall	96	38.1	13.5	77.1
Västmanland	Sala	53	L	2,3	Västmanland	Sala	77	43.7	13.0	54.5
	Borås	0	L	-	Södra Älvsborg		15	40.3	26.7	0.0
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	21	38.6	9.5	47.6
	Göteborg	96	L	1,2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	193	45.0	11.4	44.8
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	80	40.6	13.8	63.3
Örebro	Örebro	25	L	2,3	Örebro län	Örebro	42	45.2	19.0	45.2
Östergötland	Vadstena	83	R	1,2,3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	84	39.6	19.0	57.1
TOTALT		1 176					1 781	41.8	15.9	53.6

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

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

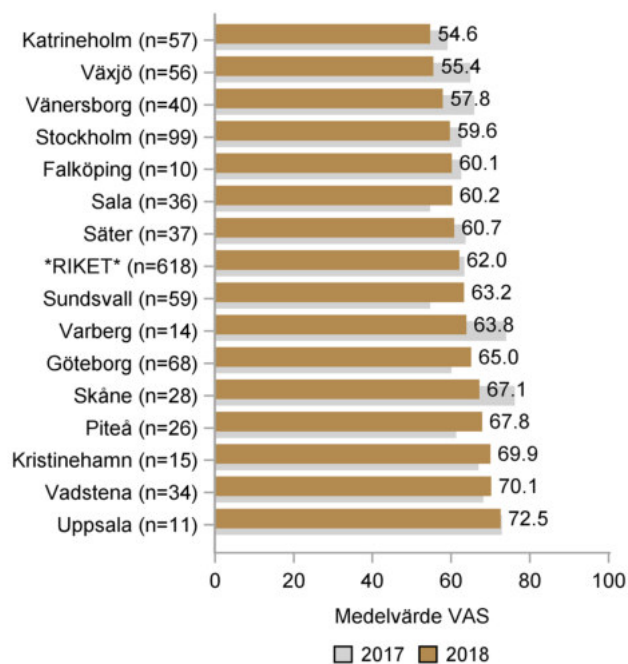
\*\*\* Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§)

# Redovisning på verksamhetsnivå

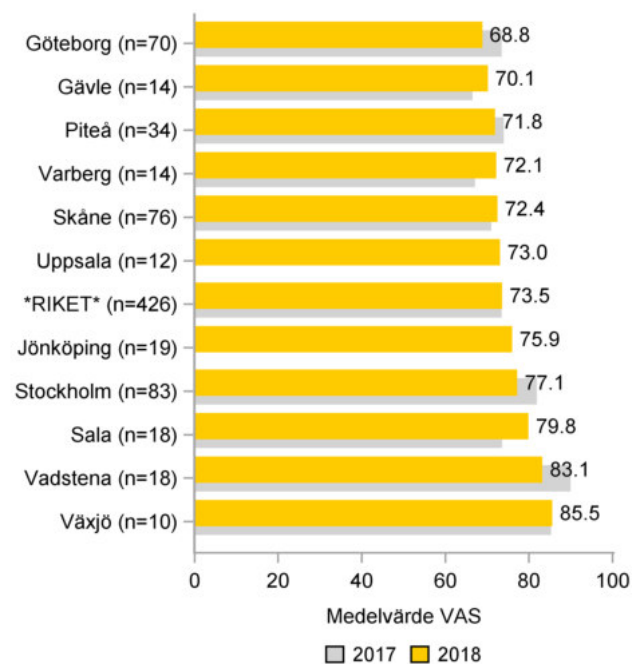
Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågs av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som behöver förbättras. Resultat redovisas endast för verksamheter med minst 10 patienter registrerade. Då verksamheterna i landet skiljer sig i storlek, varierar också antalet patienter per verksamhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan när man läser materialet. De figurerna med jämförelser mellan två år är siffrorna efter staplarna för år 2018. Figurerna är uppdelade i sluten- respektive öppenvård för att underlätta för verksamheterna att se förbättringsområden. Verksamheterna uppmanas att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

## Självskattad livskvalitet

**Figur 75.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, slutenvård.

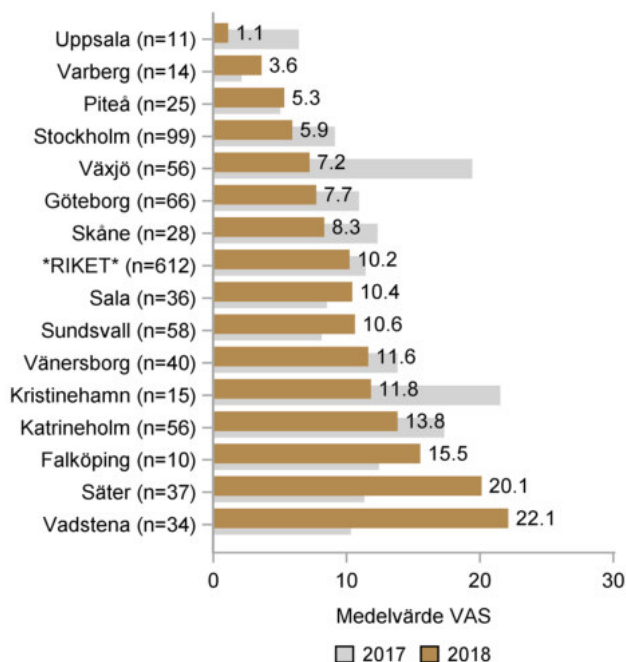


**Figur 76.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, öppenvård.

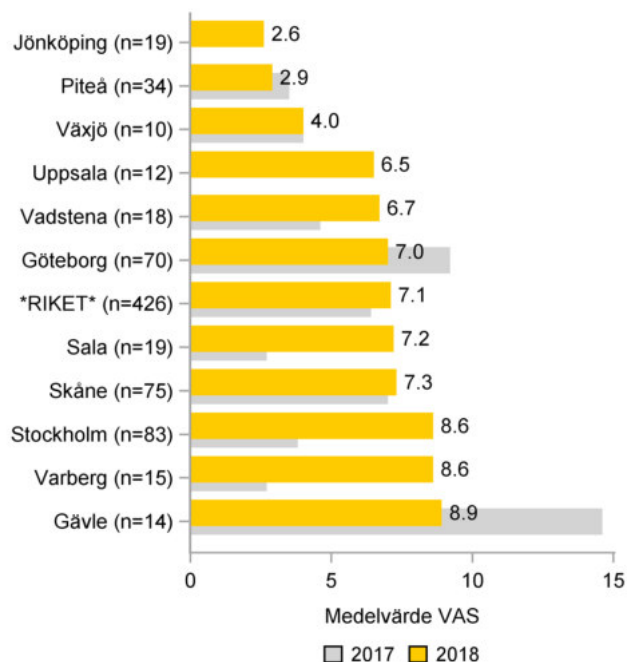


## Självskattad risk för återfall i brott

Figur 77. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, slutenvård.

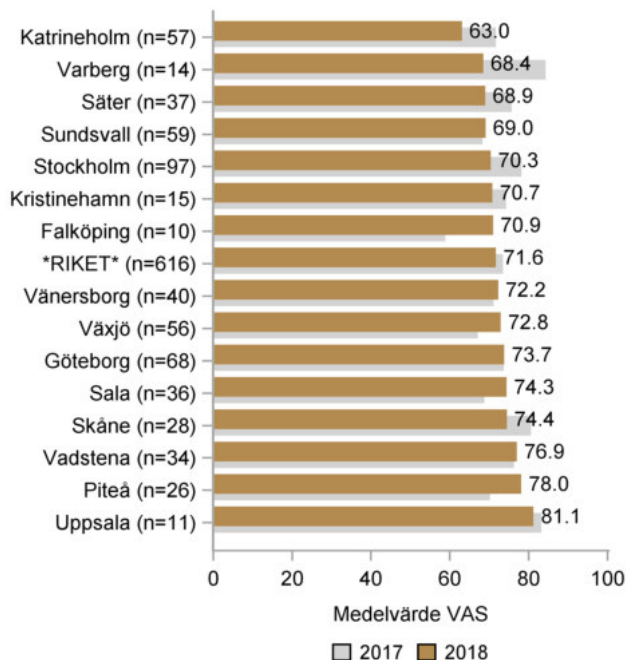


Figur 78. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, öppenvård.

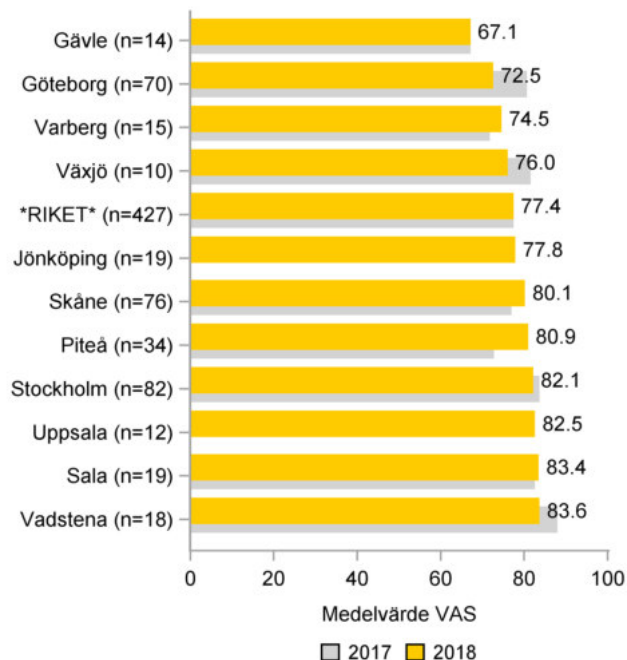


## Självskattad psykisk hälsa

Figur 79. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, slutenvård.

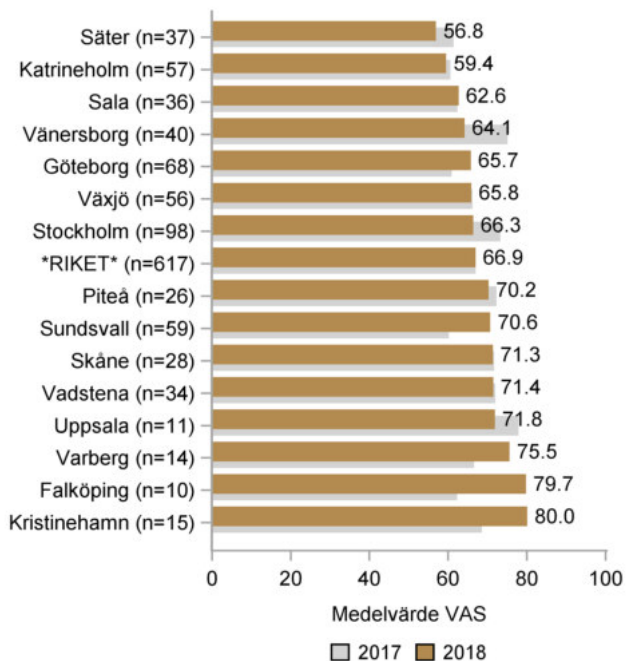


Figur 80. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, öppenvård.

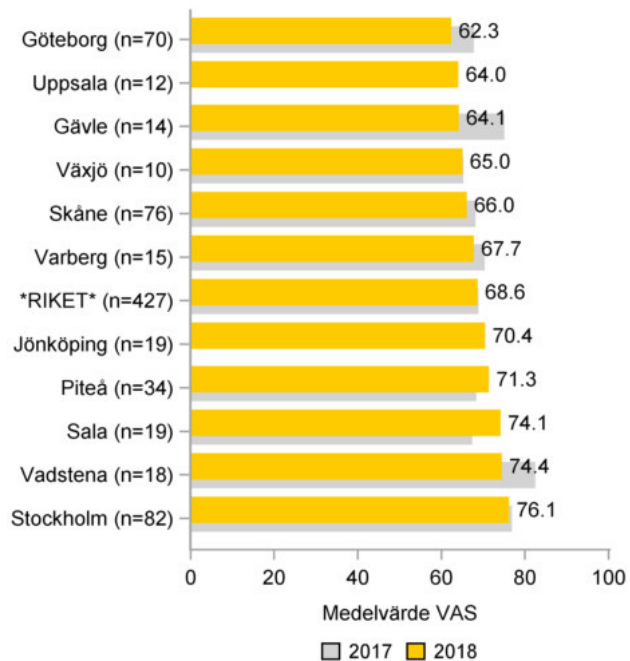


## Självskattad fysisk hälsa

**Figur 81.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, slutenvård.



**Figur 82.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, öppenvård.

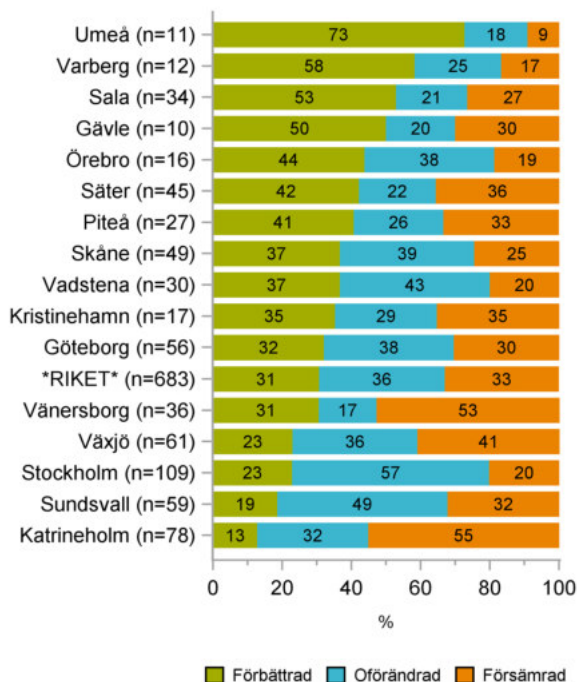




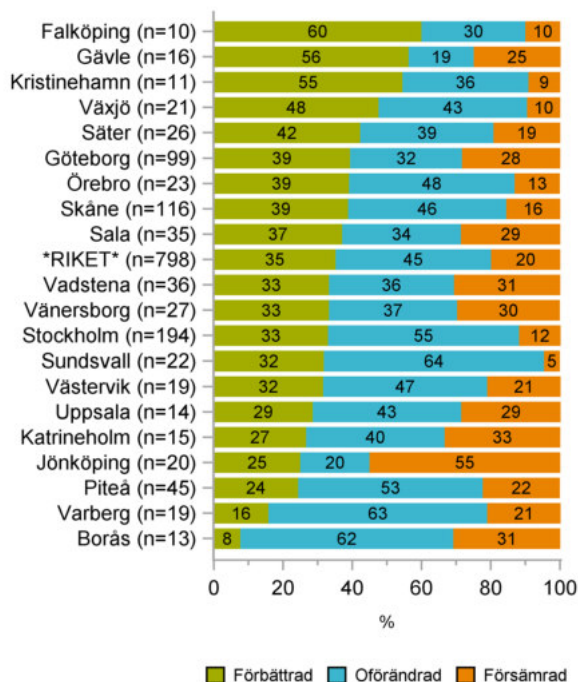
## Klinisk skattning av symtombilden

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

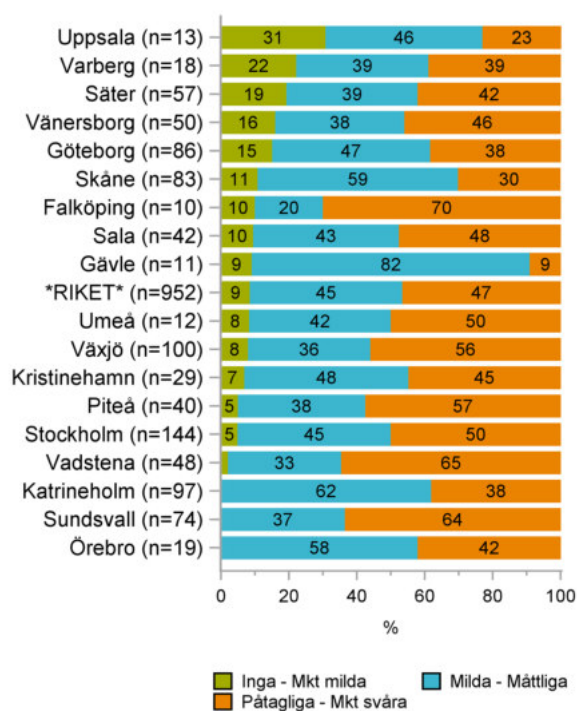
**Figur 83.** Förändring av symtombild mellan åren 2017 och 2018, slutenvård.



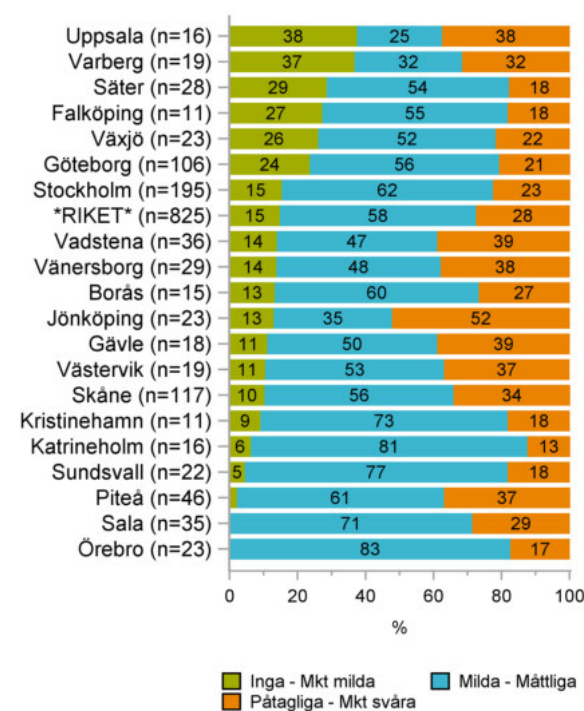
**Figur 84.** Förändring av symtombild mellan åren 2017 och 2018, öppenvård.



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



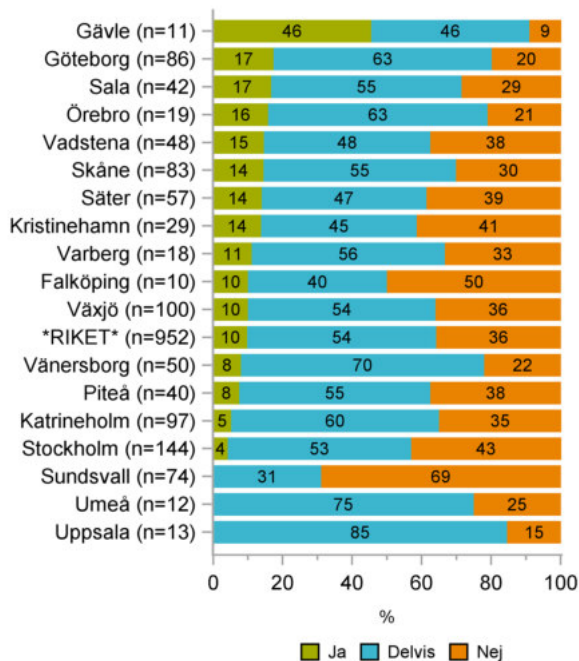
**Figur 86.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



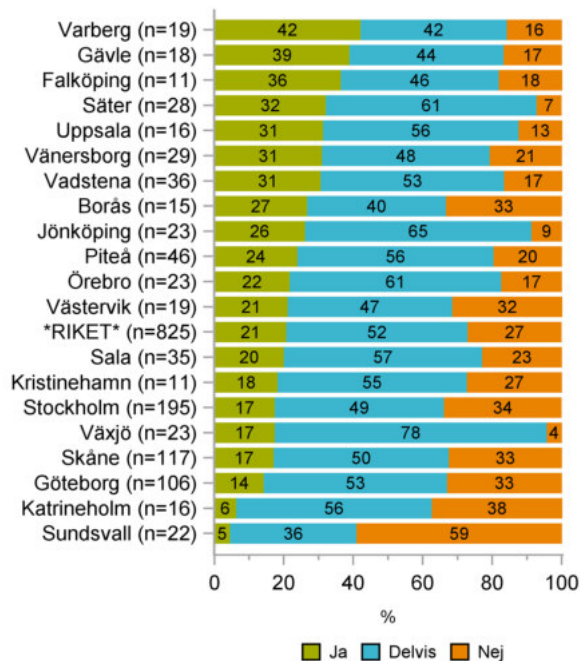
## Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik liksom behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonalen. Det kan göras både kliniskt och/eller med hjälp av ett bedömningsinstrument.

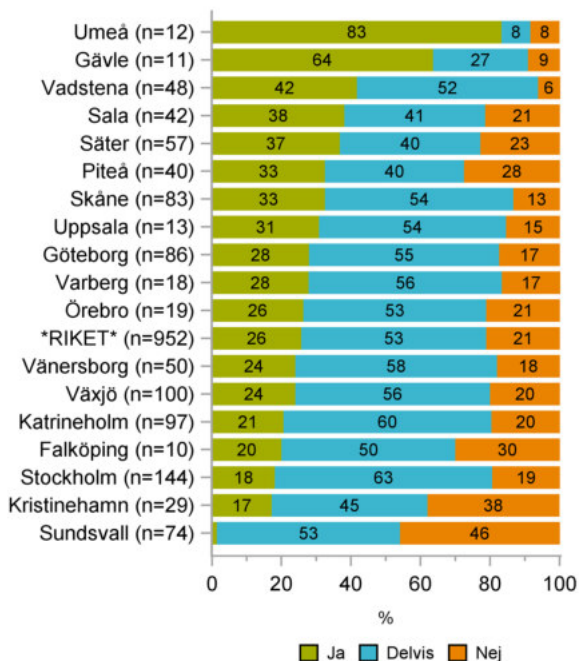
Figur 87. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



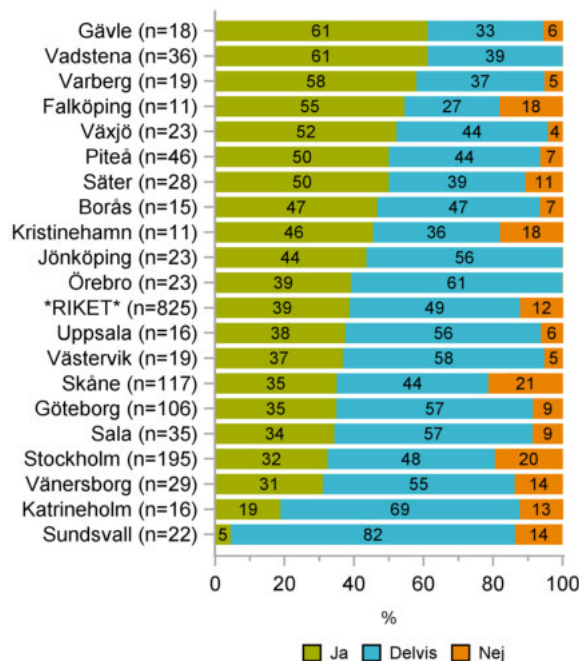
Figur 88. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 89. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

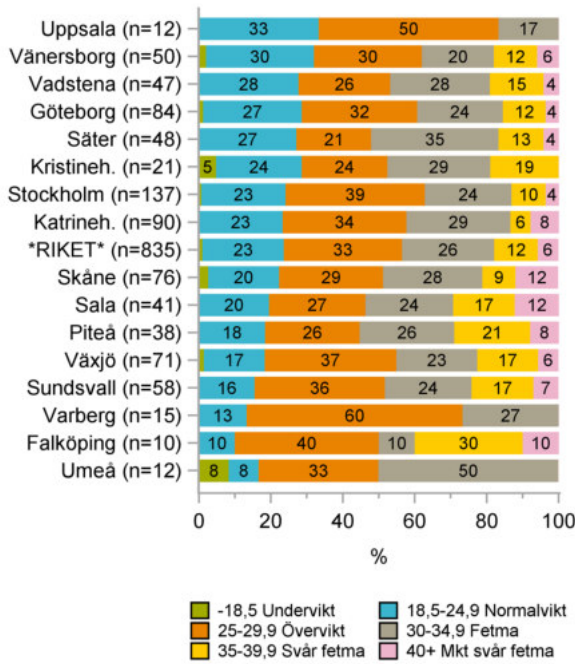


Figur 90. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

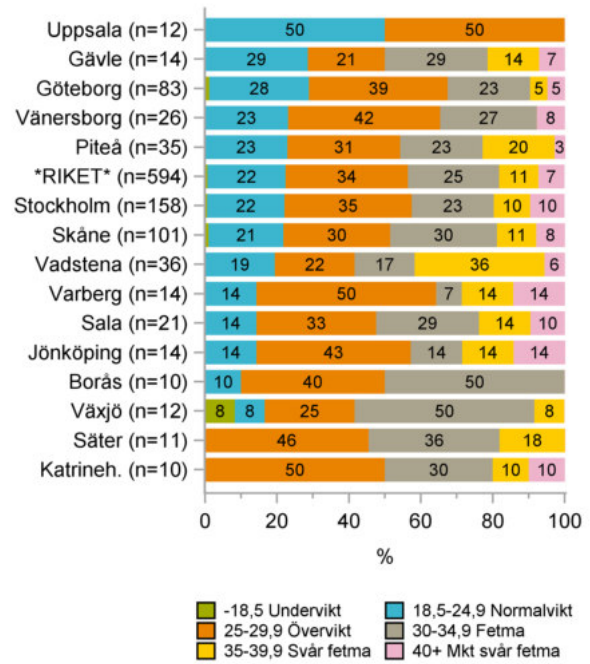


## Body Mass Index (BMI)

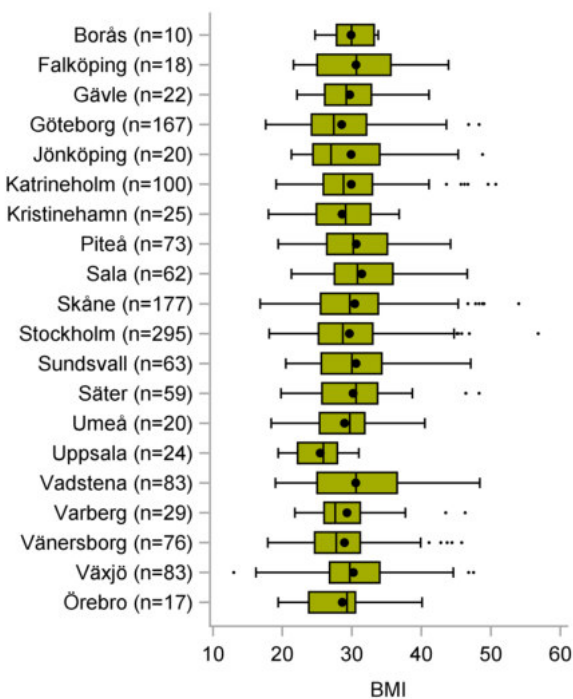
**Figur 91.** Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.



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

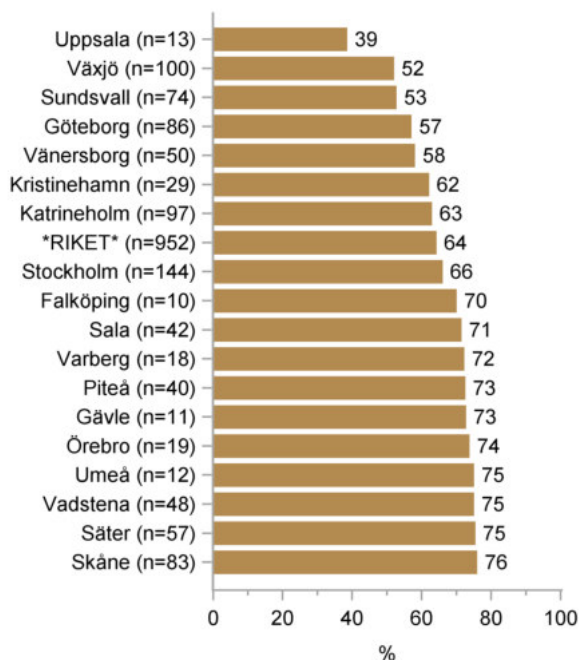


**Figur 93.** Spridning, BMI i patientgruppen, slut- och öppenvård.

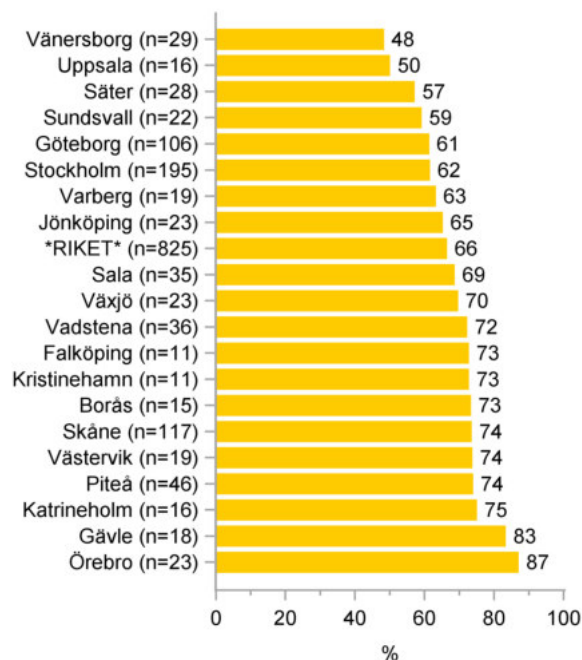


## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

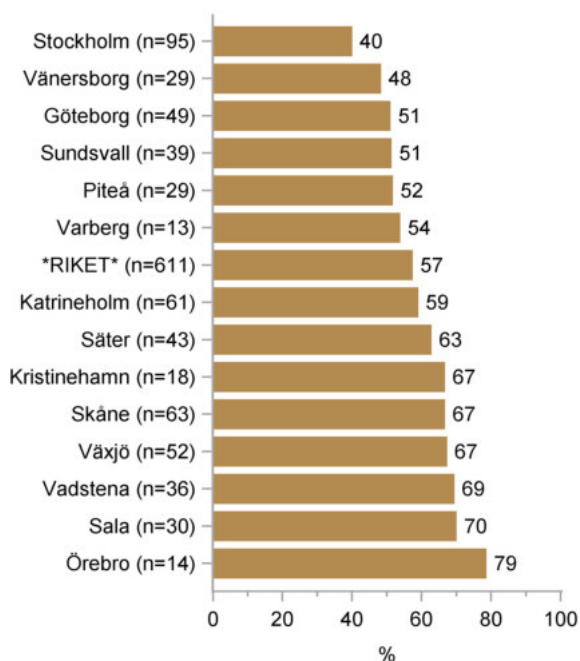
**Figur 94.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård.**



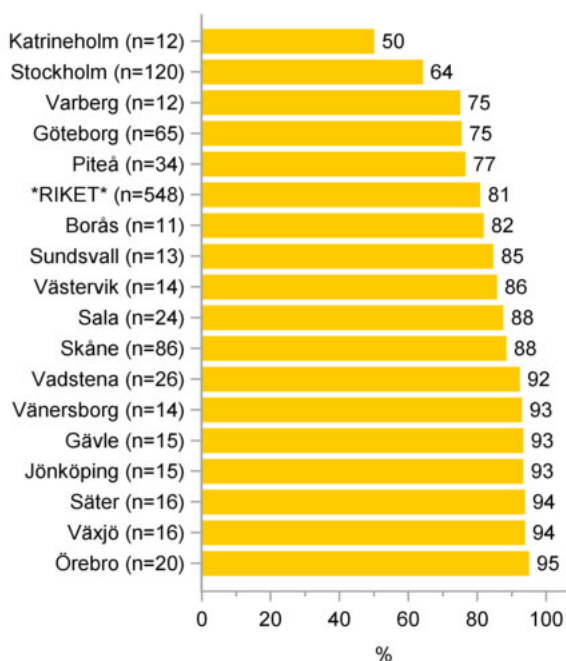
**Figur 95.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård.**



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

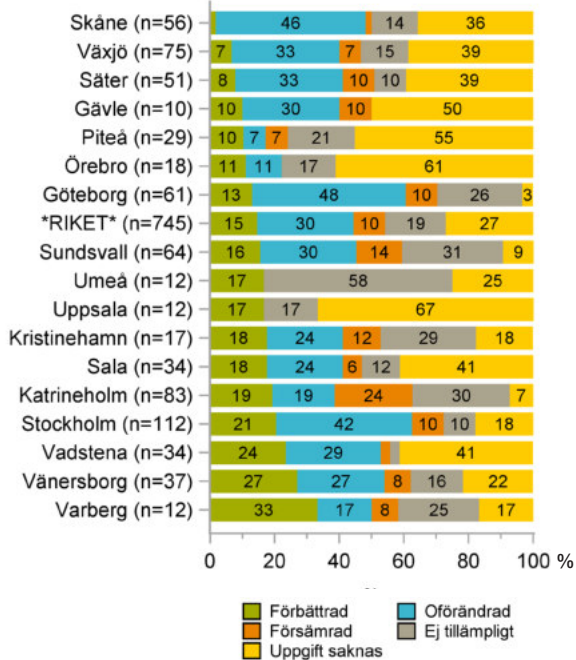


**Figur 97.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**

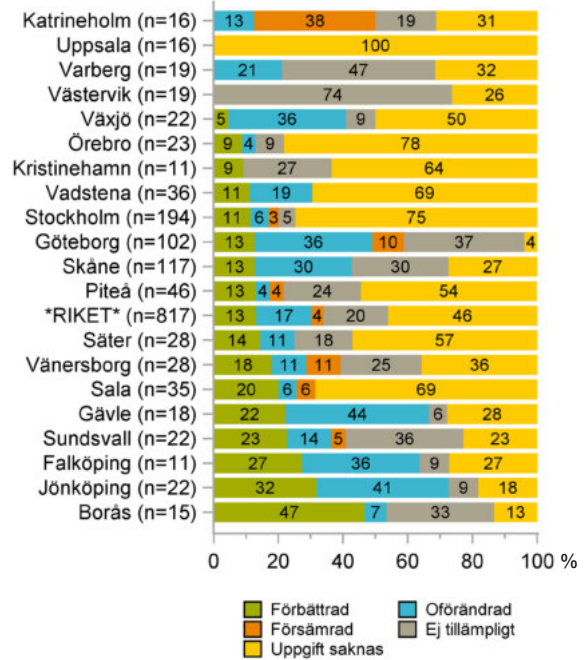


## Skuldsituation

Figur 98. Förändring av skuldsituation, slutenvård.



Figur 99. Förändring av skuldsituation, öppenvård.

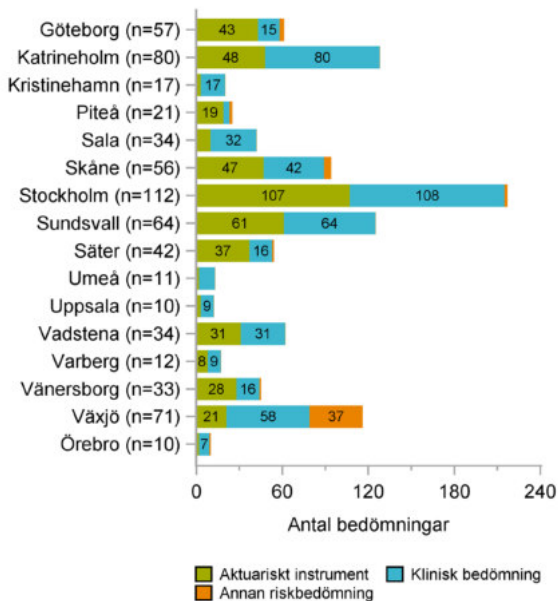


”Ej tillämpligt” innebär att patienten inte har någon skuldsituation.

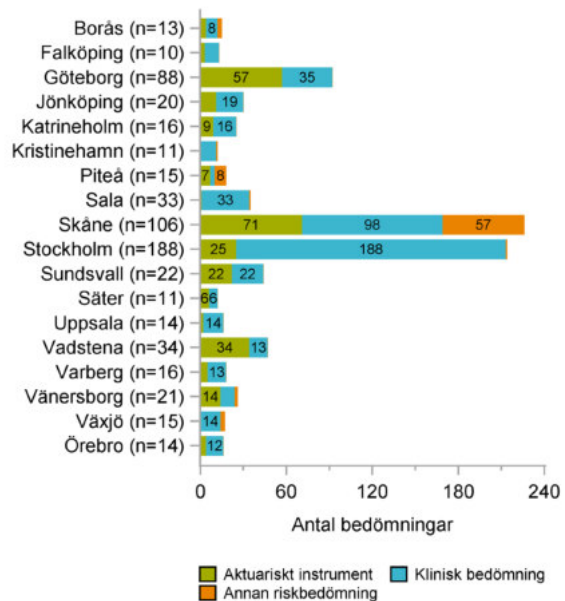
## Genomförd riskbedömning

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

Figur 100. Använda riskbedömningsmetoder, slutenvård.\*



Figur 101. Använda riskbedömningsmetoder, öppenvård.\*



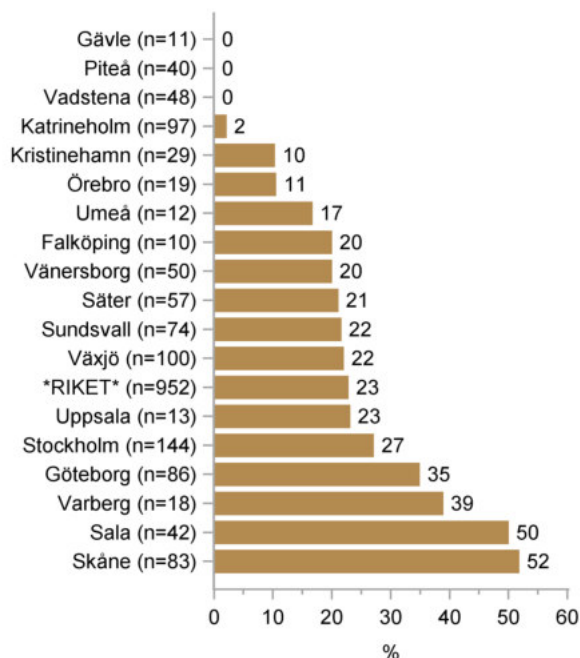
\* n=antal patienter med genomförd riskbedömning

\* n=antal patienter med genomförd riskbedömning

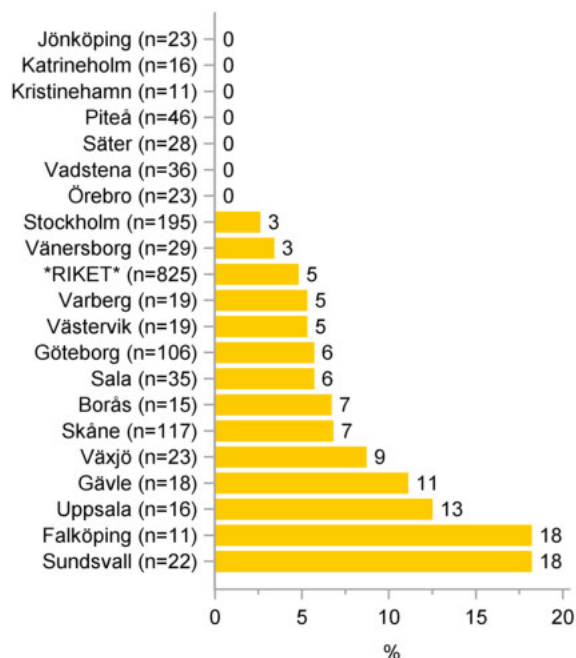
## Samverkan och samverkansbehov

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

**Figur 102.** Andel patienter där samverkanbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **slutenvård**.



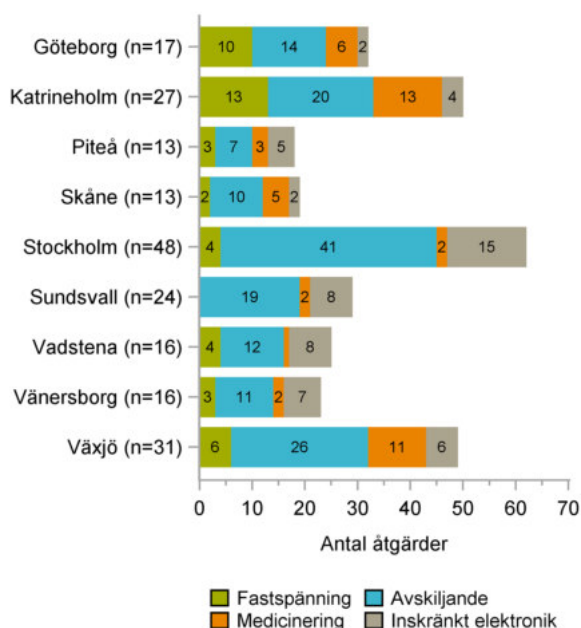
**Figur 103.** Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **öppenvård**.



## Tvångsåtgärder

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

**Figur 104.** Fördelning av tvångsåtgärder per verksamhet\*.

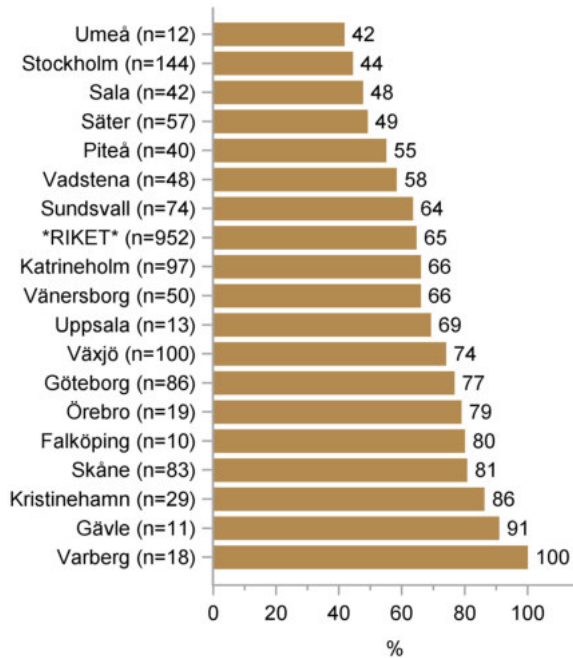


\* n=antal patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd

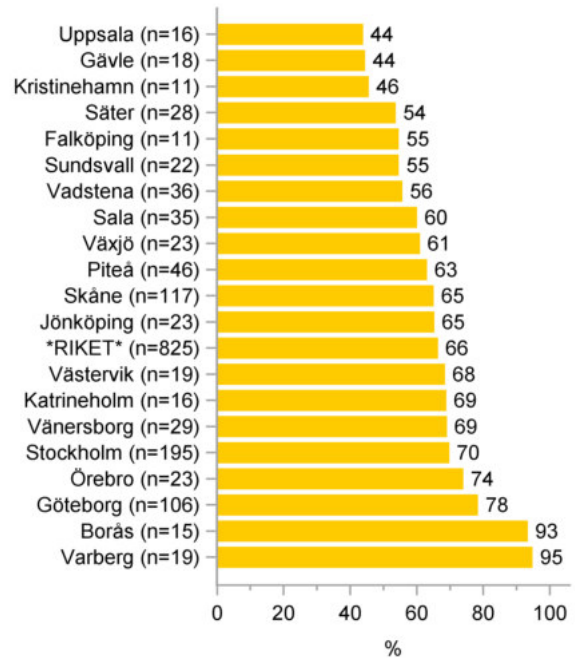
## Stödperson

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

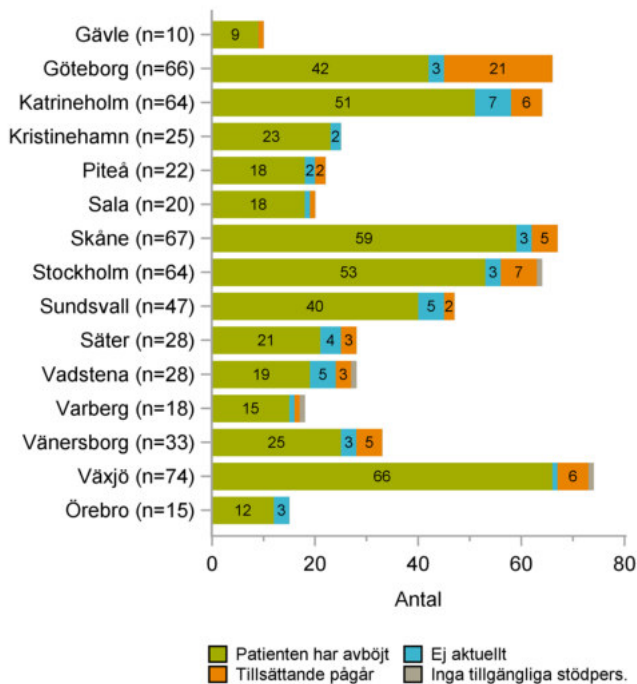
**Figur 105.** Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



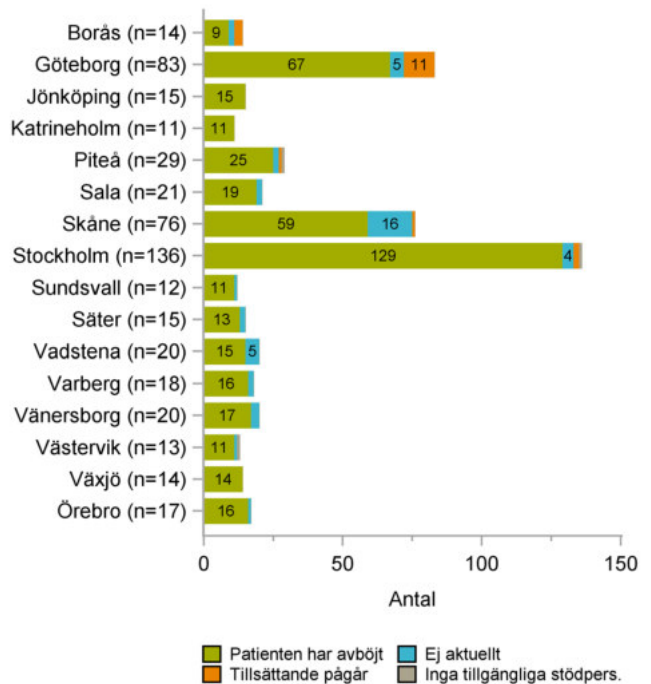
**Figur 106.** Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



**Figur 107.** Orsak till att stödperson inte utsetts, slutenvård.



**Figur 108.** Orsak till att stödperson inte utsetts, öppenvård.







# Verksamhetscheferna reflekterar

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

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

## REFLEKTION RÄTTSPSYKIATRISKA REGIONKLINIKEN I VÄXJÖ

### Utveckling kring några indikatorer

Kliniken kommer nästa år ha ökat fokus på skattad fysisk hälsa. Våra patienter har generellt högre BMI och skattar fysisk hälsa sämre än i övriga landet. Fysisk aktivitet, som är en del av den fysiska hälsan, är ett mått i klinikkens verksamhetsplan 2019. Som ett led i detta har en distriktsläkare anställts, vilken följer upp diverse somatiska parametrar, har föreläsningar om kost/hälsa/rökavvänjning mm för patientgrupper. Han utbildar även personal vid behov.

Vi ser att temat skattad psykisk hälsa bör inbegripa den sexuella hälsan. Det finns behov att förbättra kunskap samt tydliggöra professionellt bemötande kring sexualitet och sexuell hälsa. Kliniken kommer under 2019 att starta upp ett projekt med syfte att ta fram ett "kunskaps- och vägledningsmaterial" som är anpassat för rättspsykiatri och dess patienter. Ett korrekt bemötande avseende sexualitetsfrågor ökar möjligheten till relevant stöd och ökad kunskap.

Kliniken fortsätter att ha ett lågt antal tvångsåtgärder jämfört med tidigare år. Även 2018 har antalet tvångsåtgärder minskat, om än marginellt.

År 2015 – 1 377 tvångsåtgärder/år

År 2018 – 472 tvångsåtgärder/år

För att erbjuda patienter med behov av missbruksbehandling bättre stöd, så arbetar vi med CRA (Community Reinforcement Approach). Klinikens FoU-enhet stödjer oss med uppföljning avseende denna satsning.

### Hur används rapporten i verksamheten?

Dels finns årsrapporterna på kliniken i fysiskt format tillgängligt för personal att ta del av. Även patienter önskar då och då få ta del av jämförelserna. Alla avdelningar förväntas ha exemplar lättillgängliga.

Klinikens alla avdelningar har en gång/ månad förbättringsmöten med patienterna där mätningarna via SKL's genom-brott.nu och dess resultat tas tillvara. Även här skulle årsrapporten kunna ligga till grund för diskussion, för att tillsammans med patienterna komma fram till vad vi bör förbättra samt hur.

Rapporten kan fungera som en fingervisning huruvida vi fokuserar på "rätt saker". Utöver det kan vi jämföra från år till år. Önskvärt vore, i de delar det går, att clustra regionklinikerna för sig, detta då det finns förklarliga skäl till varför vissa parametrar skiljer sig från övriga kliniker.

Rapporten ger överlag en bra översikt och kan med fördel användas som grund för diskussionsunderlag.

Rätt fokus i trivsamt klimat, med tydliga & begripliga mål samt löpande uppföljning skapar medarbetare som "vill, kan & vågar bidra"-ytterst för att skapa mervärde för dem vi finns till för!

*Tina Fogelklou, verksamhetschef & Ann-Sofie Karlsson, vårdutvecklare  
Rättspsykiatriska regionkliniken Växjö*

## REFLEKTION SUNDSVALL, RÄTTSPSYK 2018

### Ekonomisk kartläggning

Under 2018 har vi fortsatt arbetet med ett strukturerat fokus på ekonomisk kartläggning av patienter, både inom slutenvård och öppenvård. Målet är att hjälpa patienten att få en ekonomi i balans från det att patienten tas in på kliniken och hela vägen fram till öppenvård och utskrivning. Genom att i ett tidigt skede kartlägga patientens ekonomi kan vårdteamet arbeta aktivt under hela vårdprocessen för att påverka den ekonomiska situationen. Kliniken arbetar med att ekonomi ska vara en självklar del av den rättspsykiatriska vården, exempelvis genom kontaktpersonernas veckosamtal med patienten, vid vårdplaneringar, och kontakt med gode man eller förvaltare. Klinikens mål på längre sikt är att erbjuda patienten att delta i ekonomiskola för att skaffa sig kunskap för att själv hantera och sköta sin ekonomi.

### Återfall i brottslig gärning under pågående vård

Vi har under 2018 tyvärr varit tvungen att hantera två incidenter med tillverkning av stickvapen men i övrigt har brottsliga handlingar under pågående vård varit fåtaliga och handlat om narkotikarelaterade händelser.

### Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Ytterligare en viktig faktor är återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård. Rikssnittet har legat på 8,8 %–13,9 % i återfall i brott efter ett års uppföljning. Det saknas siffror angående hur snittet ser ut på kliniknivå, men en lokal undersökning gällande detta har genomförts på kliniken. Under perioden 2014–2016 har 23 personer vid RPK Sundsvall fått den rättspsykiatriska vården avskriven. Av dessa har endast en person (4,4 %) återfallit i brott som gett anledning till ny dom enligt LRV vid RPK Sundsvall. Denna undersökning saknar visserligen information om huruvida det finns personer som efter utskrivning från den rättspsykiatriska vården dömts till fängelse, men antyder ändå att Sundsvalls siffror ligger lägre än rikssnittet. RPK Sundsvall gör och har under en lång tid gjort stora satsningar för att ligga i framkant när det gäller att utföra riskbedömningar angående hot och våld och interagera dem i vårdarbetet, och klinikens förhoppning är att ovanstående satsning är del av detta goda resultat.

*Bengt Eriksson  
Stf. Verksamhetschef  
Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall*

## REFLEKTION FRÅN VERKSAM- HETSCHEF RPK SÄTER

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

Arbetet med måltalen fysisk och psykisk hälsa fortsätter som föregående år med mer strukturerade aktiviteter kring fysisk hälsa samt hälsosamtal som genomförs med varje patient. Kliniken har upparbetat en struktur kring vård- och behandlingsinnehåll där återkommande psykosociala insatser finns att tillgå. Fokus har varit att patienterna ska få individuell vård- och behandling utifrån sitt unika behov. Stort arbete har lagts ner på att förändra kulturen och arbetssättet hos personalen på kliniken där implementeringsprocessen varit oerhört viktig.

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

Sedan föregående år har kliniken arbetat intensivt med innehållet i vården på samtliga avdelningar. IMR (Illness Management Recovery) har införts på 2 vårdavdelningar och till våren 2019 kommer ytterligare 2 vårdavdelningar starta upp med metoden. I den senaste rapporten från RättspsyK ser vi att indikatorn Livskvalité har ökat från föregående år: 2016 – 58,4 procent jämfört med 2017 – 63,6 procent. När det gäller sjukdomsinsikt så ser vi också en skillnad till det bättre.

*Ulf Björnfot  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatriska kliniken Säter*

## REFLEXIONER KRING RÄTTSPSYK:S ÅRSRAPPORT 2018

### Måltalen

När det gäller de fyra måltalen som registret har, når vi inte upp till någon av dem totalt sett, där man kan se ett förbättrat resultat på två av dem, och ett försämrat resultat på de andra två. Det skiljer sig dock något mellan slutenvård och öppenvård, och om man delar upp det, så ser man ett förbättrat resultat för öppenvårdspatienterna på alla måltalen utom psykisk hälsa.

### Återfall i brottslig gärning

Här har det skett en förbättring totalt sett, och vi ligger bara strax över måltalet på 10 procent. Förbättringen ligger hos öppenvårdspatienterna, medan det däremot försämrats hos slutenvårdspatienterna. Om detta har att göra med hur vi dokumenterar och registrerar, vilket kan vara en förklaring, eller om de brottsliga gärningarna verkligen minskat så mycket, är svårt att sja. Det kan även röra sig om vi har en del nytt patientklientel sedan året innan.

### Andel patienter med självskattad fysisk hälsa

Även här ser vi ett förbättrat resultat, både vad gäller slutenvård och öppenvård, vilket är positivt. Vi är dock ganska långt från måltalet och när det gäller fysisk hälsa och träning, är något vi måste arbeta mer med under kommande år.

### Andel patienter med BMI lika med eller över 30

Vårt resultat angående BMI har försämrats en del från förra året, och gör att vi ligger bland de högsta i landet. Det våra slutenvårdspatienter som står för den stora ökningen, medan öppenvårdspatienterna faktiskt förbättrat sitt resultat något.

Som vi sagt ovan, fysisk träning, kost och motion är stora förbättringsområden hos oss. Vi har varit utan fysioterapeut en tid, vilket visar sig bland annat i färre fysiska aktiviteter och satsningar kring hälsa. Förhoppningsvis kan vi sätta större fokus på BMI och god fysisk hälsa under 2019.

### Andel patienter med självskattad psykisk hälsa

Här kan vi se en ganska stor försämring av resultatet, då vi året innan nådde upp till måltalet på 75 procent, men nu ligger på endast 62 procent (totalt för både slutenvård och öppenvården). Största förändringen är på slutenvårdspatienterna som skattar sin psykiska hälsa ganska lågt. Svårt att säga vad detta beror på, men det är något vi måste se om vi kan hitta orsaken till.

### Genomförd riskanalys

Under 2017 har vi ökat resurserna för HCR-skattningar, vilket har resulterat i att skattningarna har ökat något, från 58 procent av slutenvårdspatienterna till 64 procent. Då fokus har legat på slutenvården, har färre öppenvårdspatienter blivit skattade under året, men fortsatta satsningar ska göras och målet är att alla patienter ska skattas minst en gång per år.

2019-01-15

*Pernilla Nordkvist*

*Verksamhetschef*

*Psykiatrin Läns gemensamt Öjebyn*

## REFLEKTIONER ANVÄNDNING RÄTTSPSYK OCH ÅRS- RAPPORTER – RPE UPPSALA.



### Indikator – Skuldsituation

I årsrapport 2017 redovisas för första gången andelen patienter där personal inte har kännedom om eventuell skuldsituation. Vi menar att denna redovisning dels ger en mer rimlig bild än tidigare av hur kunskapsläget faktiskt ser ut, och dels signalerar ett möjligt utvecklingsområde eftersom vi tänker oss att svårigheter avseende skuldsättning kan innebära en stressfaktor som kan påverka det psykiska måendet och beteendet för patienter. Kännedom om en sådan stressfaktor förefaller relevant ur vårdsynpunkt.

### Praktisk användning av kvalitetsregistret i verksamheten

Presentation av uppgifter från RättsspsyK har gjorts på en arbetsplatsträff i verksamheten och genomfördes med stöd av det presentationsmaterial för deltagande verksamheter som tagits fram av registrets analysgrupp. Syftet med presentationen var att ge en lägesbeskrivning av ett antal viktiga kvalitetsindikatorer, om möjligt resonera om dessa indikatorer i relation till den egna verksamheten, och att väcka intresse bland personal i olika roller att själva gå vidare och fördjupa sig i den tryckta årsrapporten. Det är naturligtvis intressant som yrkesverksam att få del av uppgifter om exempelvis utfall i indikatorer under vårddag. Kvalitetsregistret erbjuder i och med en sådan redovisning en möjlighet att bilda sig en uppfattning av hur patienter faktiskt förändras under ett längre vårdförlopp, något som kan vara svårt att få syn på annars.

Det är tydligt att när personal ställs inför faktiska uppgifter, så väcks nyfikenhet och en vilja att söka svar på varför uppgifterna faller ut som de gör, och hur man kan göra för att försöka förbättra dem.

Det är enligt oss också mycket positivt att det i och med årsrapporten finns en etablerad källa att referera till när frågor om vårdens effekt och utfall efterfrågas av olika aktörer. Vi menar att det väl är i just sådana funktioner som värdet av ett nationellt kvalitetsregister blir tydligt.

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

## RÄTTSPSYKIATRI VÄSTMANLAND

### Från passiv mottagare till aktiv deltagare

Ett flertal av RättsspsyKs indikatorer rör patienternas möjlighet till aktivering och delaktighet, vissa mer indirekt, medan andra är mer rakt på sak. Vi är alla överens om de hälsofrämjande effekter som det innebär att patienter motiveras till att själva bidra till önskad, och helst bestående, förändring.

Rättsspsykiatri Västmanland arbetar därför intensivt med att motivera patienterna att, utifrån varje individs förutsättningar och begränsningar, utveckla förmågor till en fungerande tillvaro, oftast med fortsatt, och ibland livslångt stöd, men med en känsla av värdeskapande delaktighet.

För att uppnå detta, måste vi vanligen börja från grunden, och tidiga insatser blir särskilt viktiga. Alltför ofta bidrar patientens möte med rättsspsykiatrin till ökad passivisering och försämrat hälsoläge, avseende den somatiska hälsan. Nyanländ patient har ofta en starkt begränsad tillvaro med få möjligheter till aktivering och hen medicineras vanligen med neuroleptika. Här läggs ofta grunden till en viktökning som sedan följer patienten, i värsta fall, livet ut.

I Sala har vi nu rutiner på gång, innebärande bevakning av den somatiska hälsan från dag ett. Märker vi en tydlig trend mot negativ utveckling för den enskilde patienten, ringer larmklockan, och åtgärder vidtas.

Under det fortsatta vårdförloppet erbjuder vi sedan aktiviteter som för den enskilde ska upplevas meningsfulla samt bidra till minskad ohälsa och ökat välbefinnande, särskilt ur ett långsiktigt perspektiv. Det är svårt att bryta en destruktiv livsstil, varför det krävs ihärdigt, individanpassat och genomtänkt motivationsarbete som stimulerar patienten till eget varaktigt engagemang. I detta arbete måste såväl medarbetarnas kompetens som fysisk miljö, riktas mot målet: från passiv mottagare till aktiv deltagare. Därför satsar vi nu på att skapa bättre förutsättningar beträffande organisation, lokaler och kompetens för att uppnå detta mål.

Vid återkommande patientråd har också framförts önskemål om att få ta del av föreläsningar som framförs av verksamhetens medarbetare, liknande de som vi ger till studenter och nya medarbetare. Detta vittnar ju om att patienterna själva är intresserade och motiverade att bidra till utveckling och förändring.

Huruvida våra satsningar bidrar till förändringar som visar sig i vårt register återstår förstås att se.

*Bengt Jarl  
Verksamhetschef  
Rättsspsykiatri Västmanland*

## RÄTTSPSYKIATRISKA ENHETEN FALKÖPING

Redan i förra årets inläga nämndes brottsbearbetning/brottskartläggning, där målsättningen var att föra in detta på ett strukturerat sätt i verksamheten. Förhoppningen är att också riskbedömningarna kan tillägnas mer information om brottet och patientens inställning till detta. Förståelse för brottet samt gärningsmannens inställning till varför brottet begicks skulle kunna leda till en riskreduktion och en tydligare riskbedömning. Två personal på enheten har under året startat upp med strukturerad brottskartläggning genom samtal med patienten. Uppstarten föregås av att personalen läser in sig på patienten. Brottskartläggningen sker sedan under sex samtalstillfällen som dokumenteras. Detta ska kunna ligga till grund för djupare brottsbearbetning om behov föreligger. Kommer vi här kunna se kopplingar till RättpsyKs självskattningar vid återfall i brottslighet? Kommer data kunna påvisas objektivt i återfall i brottslig gärning under pågående vård?

### Reflektion kring självskattningar

Kontaktmannateamet – individuella resultat i kvalitetsregistret. Vad gör vi med det enskilda resultatet, till exempel vid utfall som kan innebära en högre risk för återfall i brottslighet? Reflektion kring skattning av livskvalitet, som på enheten dalat något. Återigen handlar det om hur man som personal och kontaktmannagrupp hanterar de individuella skattningarna. Att ställa frågor om skattningen kan leda till andra infallsvinklar för att påverka

livskvaliten utifrån patientens perspektiv. Detta ökar även engagemanget för personalen.

### Hälsa/Livsstil

På grund av den kända minskade medellivslängden för patienter med allvarlig psykisk ohälsa finns målsättning att inför 2019 ytterligare uppmärksamma detta genom stödet som Regional Medicinsk Riktlinje ger för att genomföra årligt hälsosamtal och årlig (somatisk) läkarundersökning. För patienter med diagnos inom psykosområdet kommer uppföljning kunna ske i både RättpsyK och Psykos-R registret genom att mäta bland annat förekomst av någon/några hälsofrämjande insatser under de senaste tolv månaderna (Rådgivning om fysisk aktivitet, rådgivning om tobak, kostrådgivning). Även RättpsyKs indikator för BMI följs inom detta panorama.

Detta ger oss en möjlighet att sätta hälsofrämjande åtgärder i fokus och se ett mätbart resultat. RättpsyKs kvalitetsregister ger möjligheter att följa det utvecklingsarbete som bedrivs på enheten.

*Samordnande sjuksköterskorna Margareta Bengtsson och Mattias Ekman.*

*Rättpsykiatriska enheten  
Skaraborgs Sjukhus Falköping  
521 85 Falköping*

## REFLEKTION VÄSTERVIK

Statistiken har givit oss mycket omvärldsperspektiv som vi haft stor nytta av.

Vi kommer jobba mycket mer med denna statistik men det som givit oss mycket input redan nu är bland annat:

- Somatisk status. Månatlig kontroll av puls, blodtryck, vikt och midjemått. Vi tar även uppföljande blodprover.
- Jämförelse av antal tvångsåtgärder med andra enheter.
- Vårdtider
- Vårdinnehållsfrågor som berör psykologer, arbetsterapeuter och andra professioner.
- Vårdplaner
- Kommunikation med personalen på arbetsplatsen som givit omvärldsperspektiv och nyanserad diskussion. Varför gör vi detta? Varför gör vi inte detta?
- Samt annat.

Jag anser att vi måste ges tid att jobba med frågor kring kvalitetsregistret samt att vi absolut hela tiden kommer hitta förbättringsområden utifrån registret.

Det är ju detta vi saknat tidigare.

*Med vänlig hälsning*

*Morgan Johansson  
Avdelningschef  
Avdelning 22  
Rättpsykiatrin Västerviks Sjukhus*

*Landstinget i Kalmar län  
593 81 Västervik  
morgan.johansson@ltkalmar.se*

## REFLEKTION FRÅN RPV BRINKÅSEN VÄNERSBORG

### Vårdtid och samverkan

Medianvårdtiden för patienter i Vänersborg med avskriven vård mellan åren 2009–2017 har legat tämligen stabil och endast varierat mellan 36 och 37 månader och ligger därmed under riket som var 56 månader 2017. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett är noll procent för verksamhetens öppenvård och ett möjligt resultat av ett bra utslussningsarbete.

Arbetet med att effektivisera aktiveringsprocessen för patienten genom den rättspsykiatriska vården är igång sedan tre år. Arbetsterapeuterna fortsätter sitt arbete för att tidigt under patientens vårdtid genomföra utredningar av aktivitets- och funktionsförmågor inom samtliga ADL-områden och Aktivitetshuset erbjuder aktiviteter för att träna och utvärdera förmågor över tid. Detta för att planering av behandlingsinsatser, rehabilitering och/eller habilitering ska ligga på en bra nivå. Det är även ett sätt att utvärdera utveckling hos patienten under vårdtiden. Det i sin tur kan bidra till ett underlag för trygg och fungerande utslussning.

### BMI och självskattad fysisk och psykisk hälsa

De nationella målen kring BMI ligger på 37 procent, vilket slutenvården i år tangerar och har således gjort en förbättring från föregående år med 5 procentenheter. Öppenvården har istället gjort en försämring från de 29 procenten från förra året till 38 procent i år. Ser vi dock till Vänersborg som helhet, klarar vi målen, då vi hamnar på 37 procentenheter. Varför sådana fluktuationer sker i resultaten från år till år går säkerligen att diskutera. Dock kvarstår behoven utav fortsatta hälsokontroller, hälsoveckor, kost och aktivitetsgrupper samt andra kunskapshöjande insatser, för att på sikt kunna hjälpa patientgruppen att göra bättre val. För patienter med öppen rättspsykiatrisk tvångsvård kan det krävas att vi har ett bättre samarbete med andra aktörer som kommun och primärvård kring faktorer som påverkar BMI.

Ser vi till den självskattade fysiska och psykiska hälsan, finns ett fortsatt förbättringsbehov. Målvärdena uppnås inte till fullo, även om förbättringar gjorts. Ser vi till Vänersborg som helhet når vi 57 och 55 procentenheter för psykisk respektive fysisk självskattad hälsa. Målbilden är 75 procent eller högre, vilket ger utrymme för förbättring.

### Skuldsituation

Det är anmärkningsvärt att posten "Uppgift saknas" i slutenvården uppgår till 27 % eller 11 patienter av 41. I öppenvården är motsvarande siffror 65 % respektive 17 patienter av 26. Under vårdtiden på Brinkåsen ska patientens ekonomi fortlöpande följas upp av avdelningens kontaktperson och kurator. Uppföljningen sker dels genom samtal med patienten, dels genom kontakt med kronofogden för offentliga uppgifter och ibland med olika inkassoföretag. Gissningsvis beror den höga procentsiffran på att skuldsituationen är kartlagd men att den av någon anledning registrerats som "Uppgift saknas" i kvalitetsregistret. Brinkåsens ekonomigrupp kommer därför att prioritera arbetet med att följa upp dokumentationen av patientens skuldsituation och därigenom minimera andelen svar, "Uppgift saknas".

### Återfall i brottslig gärning under pågående vård

Fortsatt ser vi indikatorn som viktig att följa under vårdtiden då den utgör en av grunderna till brottspreventiv behandling, utifrån identifierat riskbeteende. Verksamheten har en del arbete att göra innan vi når det nationella målvärdet på lägre än 10 procent, då vi 2017 låg på 13 procent. Som del i det arbetet är verksamheten piloter i projektet att införa Brottskartläggning. Syftet är ett initiativ till att fördjupa kopplingen i uppdraget mellan psykisk hälsa och minska återfall i brottslig gärning i övergripande förståelse, vilket blir intressant att följa.

*Med vänlig hälsning*

*Verksamhetschef Kent Storm, kent.storm@vgregion.se*

*RPV Brinkåsen Vänersborg*

*Vuxenpsykiatri NU-sjukvården*

## REFLEKTION FRÅN RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

Inom rättspsykiatri i Stockholm har vi haft god nytta av det ekonomiprojekt som pågått inom registret och det interna arbetet med att hjälpa patienterna att överblicka sin ekonomiska situation och hitta lösningar på problem som finns har utvecklats mycket tack vare registrets projekt.

Vi kommer inom kliniken att under 2019 ha ett visst fokus på internt utvecklingsarbete där vi planerar att använda registerdata i större omfattning än vad vi gjort tidigare.

RättspsyK innehåller mycket data vid det här laget och att dra nytta av det är viktigt både för att möjliggöra utvecklingsåtgärder men också för att visa att behovet av registret är stort. Att lyckas skapa ett register som är till nytta i verksamheterna och där verksamheterna är delaktiga i både arbete och utveckling är viktigare än någonsin nu och vi måste alla hjälpas åt för att bibehålla allt det bra vi åstadkommit inom ramen för registret. Dessutom måste vi se till att öka kunskapen om registret bland de som har anknytning till och samarbetar med våra verksamheter. Det finns mycket kunskap att hämta ur registerdata och vi behöver bli bättre på att göra det och att visa nyttan av det arbete vi alla hjälps åt att göra.

*Kaj Forslund  
Verksamhetschef  
Rättspsykiatri Vård Stockholm*

## REGIONSJUKHUSET KARSUDDEN

Regionsjukhuset Karsudden har de senaste två åren jobbat efter målbilden "Ett sjukhus för framtiden". Det handlar om ett långsiktigt utvecklingsarbete som ska transformera en förvaltningsorganisation till en mer uppdaterad organisation, med mer agila inslag som är byggd för ständiga förbättringar i en oviss och föränderlig omvärld.

Men det handlar framför allt om att skapa ett sjukhus som är bra på att utrusta sina patienter med de verktyg och förmågor de behöver för att hantera sina liv, utifrån sina unika möjligheter, efter utskrivningen från den rättspsykiatriska vården. Vi kallar det att "rusta patienterna för deras framtid".

Under året har vi förstärkt bemanningen på vårdavdelningarna med "vårdledare", som är specialist-sjuksköterskor inom psykiatri. Deras uppgift är att arbeta med ständiga förbättringar ur ett omvårdnads-perspektiv. De kommer också att vara de som registrerar i kvalitetsregistret, följer upp avdelningens resultat och arbetar fram nya områden för förbättringsarbete på avdelningsnivå.

Kvalitetsregistret är ett oerhört viktigt verktyg både ur ett omvårdnads-perspektiv och ur ett verksamhets-perspektiv. Möjligheten att benchmarka oss och lära av varandra är kvalitetshöjande för hela rättspsykiatrien.

*Jörgen Bragner  
Verksamhetsområdeschef  
Regionsjukhuset Karsudden, 641 96 Katrineholm  
e-post: jorgen.bragner@regionsormland.se*

# Registerhållarna reflekterar

Under 2018 har flera övergripande frågor gällande kvalitetsregister varit i fokus på grund av de nya Nationella Programområdena och den därtill kopplade nya organisationen för ledning och styrning av kunskapsutveckling. Inom detta område framstår kvalitetsregister som en viktig del.

Samarbetet med andra psykiatriska kvalitetsregistren håller på att utökas och det finns ett stort intresse inom SKL:s Nätverk för ledning och styrning av psykiatin där man alltmer efterfrågar samarbete med de psykiatriska kvalitetsregistren.

Vilka effekter detta får på vårt arbete inom registret är ännu svårt att överblicka. Vi vet att vi från och med nu får mindre pengar för att driva registret och arbetet med att säkra framtida finansiering pågår.

Under tiden tänker vi inom registrets styrgrupp att de strukturer vi idag har för arbetet med vårt register är väl anpassade och att det är viktigt att vi inte tappar fart. Vi måste även fortsättningsvis arbeta

intensivt för att behålla den höga täckningsgrad vi har när det gäller antal deltagande enheter och varje verksamhet har också ett viktigt arbete att göra för att säkra hög täckningsgrad internt.

De två årliga nationella möten som pågått sedan starten av registret har lagt grund för bra samarbete med verksamheterna. Så bra att handläggare/inrapportörer hör av sig och efterfrågar datum för dessa, så att det inte krockar med semesterplaner. Det samarbetet är vi stolta över och hoppas fortgå!

Vi har utvecklat årsrapporten som nu håller hög kvalitet och måste fortsätta utveckla redovisningen av registerdata och på så sätt underlätta



för verksamheterna så att man kan använda det stora material som finns i olika utvecklings- och forskningsprojekt.

Camilla Skåån och Kaj Forslund



De två årliga nationella möten som pågått sedan starten av registret har lagt grund för bra samarbete med verksamheterna.



# Forskning och validering

## Forskning

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

## Validering

### Valideringsarbetet i Kvalitetsregistret RättspsyK 2012–2018

Styrgruppen gav i uppdrag åt två personer, vilka båda är handläggare och deltagare i registrets styr- och analysgrupp, att ta fram ett instrument för monitorering/validering. Ett valideringsarbete pågick mellan hösten 2012 och våren 2015 och då hade samtliga verksamheter fått besök med ett undantag.

Under hösten 2017 och 2018 påbörjades valideringsomgång två och fram tills nu har sex verksamheter besökts. I samband med besöken identifierades behov av utbildning för nya handläggare. De verksamheter som besöktes hade god överensstämmelse gällande inrapporterade uppgifter och journaluppgifter.

Gällande de önskemål, som framkom under föregående valideringsomgång och vid våra nationella användarmöten har många delar förändrats och förtydligats för att underlätta förståelsen för de uppgifter som tidigare bedömts som svåra att hantera. Under 2018 ändrades registrets start sida så att användarna lättare kan navigera i systemet.

Det innebar också att bevakningslistan blev lättare att hantera då det finns möjlighet att använda sorteringsfunktionen.

## Praktiskt tillvägagångssätt

Underlag togs fram och godkändes av styrgruppen och information skickades till samtliga verksamhetschefer om att få besöka verksamheten och träffa handläggare och få möjlighet att validera data. Därefter bokades mötestider med berörda. Antal deltagare vid besöken har varierat stort men oftast har det varit med handläggare.

Arbetet sker tillsammans med handläggarna som navigerar i patientjournalen och kvalitetsregistret samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs.

Parallellt diskuteras och värderas tolkning av inrapporterade data samt hur man hanterar och funderar över de frågor som valideringen utgår från. En muntlig återkoppling ges i direkt anslutning till besöket.

En dokumenterad sammanfattning av gjorda fynd görs, liksom beskrivning av arbetsprocessen. Resultatet av valideringen skickas sedan till handläggare för avstämning och när det är klart skickas detta till både handläggare och verksamhetschef.

# RättpsyK 10 år!

**2018 har RättpsyK funnits i tio år. Ett decennium som präglats av hårt arbete – men också av väldigt goda resultat. Inte minst i form av en hög täckningsgrad och effektiva förbättringsprojekt.**

Text och foto:  
Anna Matzinger

Den 16 oktober 2008 gjordes den första registreringen i RättpsyK av rättspsykiatri i Gävle. Det var såklart en stor dag – och kulmen på ett arbete som börjat långt tidigare. Att det gedigna förarbetet lönade sig visade sig tämligen omgående, genom att registret fort kom upp i en hög täckningsgrad. Efter bara lite mer än ett år var i det närmaste alla verksamheter i landet med.

De uppskattade förbättringsprojekten har varit ett annat av registrets tydliga signum.

– De förbättringsprojekt som drivits inom ramen för registret har tillfört

oerhört mycket. Till exempel har projekt drivits på temat ”Rätt insatser för patientens bästa”, där flera verksamheter haft fokus på att komma till rätta med patienternas BMI. Ett annat nationellt arbete har handlat om att sätta in åtgärder för att hantera patientens ekonomiska situation. Förbättringsprojekten är en fantastisk arena för enheterna att mötas, föra intressanta diskussioner och lära sig av varandra, säger Kaj Forslund, registerhållare och verksamhetschef vid Rättspsykiatri Vård Stockholm.

Ett omfattande valideringsarbete har också, tillsammans med exempelvis

utvecklingen av en informativ årsrapport, bidragit till att registret varit så väl fungerande.

– Det kontinuerliga valideringsarbetet har varit väldigt värdefullt. Det drog igång 2012 och innebär att vi säkrar data som finns i registret. När man jobbar med skattade variabler är det viktigt att få en så gemensam tolkning som möjligt, också för att data från registret ibland efterfrågas av forskare och statliga utredningar, säger Frances Hagelbäck Hanson, före detta registerhållare och numera pensionär, men fortfarande medlem i RättpsyK:s analysgrupp.



Från vänster: Frances Hagelbäck Hanson, Hans Andersson, Kaj Forslund och Camilla Skåän.



– Den första tryckta årsrapporten kom 2011. Den var väldigt enkel men sedan dess har rapporten utvecklats och uppskattas av verksamheterna och andra intressenter,

säger Camilla Skåån, sjuksköterska och registerhållare tillsammans med Kaj Forslund.

### Tidigt engagemang

Registrets start 2008 föregicks alltså av ett intensivt arbete. En engagerad arbetsgrupp jobbade redan tidigt för att ett register skulle bli verklighet.

– Att det borde finnas ett register som möjliggjorde uppföljning av patienterna hade vi börjat prata om redan 1997. Jag var då ordförande i Rättsspsykiatriska föreningen och det här var en av de frågorna vi brunn mest för, säger Frances Hagelbäck Hanson,

2002 skrev Socialstyrelsen en debattartikel i Dagens Nyheter, där man starkt kritiserade den rättspsykiatriska vården. Artikeln följdes av ett möte, där bland andra Frances Hagelbäck Hanson var med för att diskutera situationen.

– Jag lyfte återigen frågan om ett register och var nog ganska säker på att nu skulle det äntligen hända något. Vi trodde att staten skulle vara intresserade av ett register eftersom rättspsykiatrisk vård är en brottspåföljd men icke, säger Frances Hagelbäck Hanson.

I brist på agerande från myndigheternas sida tog istället Rättsspsykiatriska föreningen saken i egna händer och 2004 inleddes ett nationellt samarbete där alla större rättspsykiatriska enheter ingick. Den första uppgiften var att ta fram de indikatorer som skulle ingå i registret. Med i arbetsgruppen fanns nu också Hans

Andersson, som nyligen anställdes i rättspsykiatri i Göteborg som verksamhetsutvecklare och bland annat hade erfarenhet av att ha använt sig av Diabetesregistret. Hans är också före detta registerhållare, numera pensionerad men medlem i RättsspsyK:s analysgrupp.

– Det tog nästan fyra år att komma fram till vilka indikatorerna skulle vara. Arbetsgruppen hade kontinuerligt avstämningar med personal från rättspsykiatri i hela landet vid två årliga möten. Man kan kort sammanfatta processen med att vi började i ”ingenting går att mäta, utom möjligen ålder och kön”, till att ”allt måste registreras!”. Man ska också komma ihåg att det här skedde i en tid när klinikerna vanligtvis inte delade data med varandra. Så det tog en tid innan vi hittade en form för det, säger Hans Andersson.

### Val av IT-plattform

Arbetsgruppen enades slutligen, inspirerade av bland annat Diabetesregistret, om att maximalt ett tjugotal indikatorer skulle vara med. Man ville bland annat undvika att ha med för många indikatorer eftersom det visat sig kunna bidra till svårigheter att komma upp i tillräckligt hög täckningsgrad.

Det här var under hösten 2007 och två nya frågor aktualiserades. Hur skulle registret finansieras? Och vilken IT-plattform skulle man välja?

– Nu hade vi kommit en bra bit, men för att få medel från SKL måste man kunna visa att man har ett register i drift. Och för att få ett register i drift behövs ekonomiska medel! Frances Hagelbäck Hanson beskrev vårt dilemma för den politiska ledningen i Västra Götalandsregionen, som välvilligt bidrog med pengar så att vi kunde komma igång, säger Hans Andersson.

Efter en del turer kring IT-plattformen, man ville

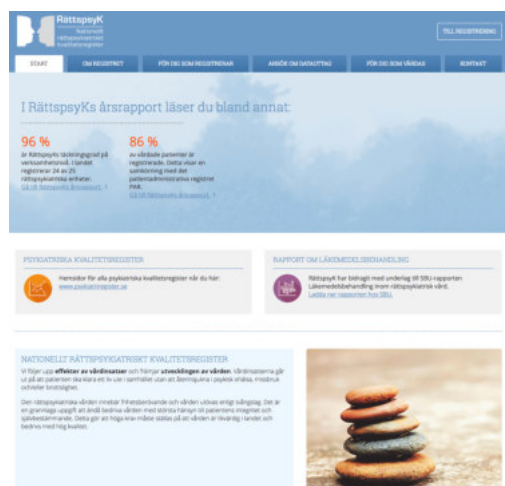
bland annat använda samma plattform som Diabetesregistret men fick nej från dåvarande Kompetenscentrum i Örebro, så beslutade man sig till sist för att gå vidare med INCA. Det visade sig vara rätt beslut.

– En del psykiatriska kvalitetsregister anslöt sig ett tag till en ny lösning som Kompetenscentrum i Örebro tagit fram. Men vi blev kvar på INCA och det visade sig vara ett klokt beslut. Idag använder flertalet av de psykiatriska registren den plattformen, säger Hans Andersson.

### Koll på omvärlden

Hösten 2008 var som sagt allt igång och under dessa tio år har ett kontinuerligt utvecklingsarbete pågått. Och förutom det interna arbetet så måste också styrgruppen förhålla sig till omvärlden – som ju är i ständig förändring. Politikens och myndigheternas syn på hur register sköts och hur de ska användas svänger till exempel med tiden.

– Allt är mer komplext idag. Vi är en del av de nationella programområden som finns och ska också ingå i strukturen för kunskapsstyrningen. Samtidigt vill staten flytta över en del av kostnaderna på landstingen och vad det kommer att innebära är svårt att förutsäga. Vi fortsätter arbetet med att utveckla vårt register men hur framtiden kommer att se ut är det ingen som vet idag, säger Kaj Forslund.



# RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

## Lyckat ekonomiprojekt gav bättre verksamhet

**En större kontinuitet, rättssäkrare vård och färre insatser för att släcka bränder. Det är bara några av fördelarna som Rättspsykiatri Vård Stockholm har upplevt efter att de utvecklat ett nytt arbetssätt för att hjälpa patienterna få bättre koll på sin ekonomi.**

Text och foto:  
Anna Matzinger

Idag har det gått snart tre år sedan Rättspsykiatri Vård Stockholm började utveckla sin nya metod för att hjälpa patienterna till en mer stabil ekonomisk situation. Och resultaten är tydliga – inte bara på ekonomiområdet.

– Den största vinsten är att vi med det nya arbetssättet har kunnat förbättra patientens hela situation. Ekonomin hänger samman med så mycket annat och det som från början var tänkt att bli en kartläggning av de ekonomiska förutsättningarna blev snart till en gedigen social utredning. Det har förändrat hela vår arbetsprocess, säger Malin Kågström, kurator vid Helix Rättspsykiatri Vård Stockholm Sektion Syd.

Startskottet för arbetet var det förbättringsprojekt för ekonomi som initierades av Registercentrum Norr i samarbete med RättspsyK 2014. Under 15 veckor fick de enheter som ville stöd för att på ett mer systematiskt sätt börja jobba med stöd för patienternas ekonomiska situation.

– Projektet gjorde att vi fick upp ögonen för att vi som ett första steg måste börja med att införa en standardiserad dokumentation. Som det var nu var till exempel sökbarheten inte optimal, säger Mattias Andersson, handläggare och projektsamordnare på staben Rättspsykiatri Vård Stockholm.

Arbetsgruppen började under hösten 2015 med att se över de befintliga journalmallarna, och insåg att det bland annat saknades sökord som gjorde det möjligt att mäta patientens utveckling över tid. Det gick helt enkelt inte att utläsa om arbetet med patienternas ekonomi hade blivit bättre eller sämre i samband med det stöd som de fick. Möten hölls med de ansvariga för journalsystemet och arbetet ledde till att nya sökord infördes och att man bland annat skilde på faktiska ekonomiska resultat och patientens förmåga.

– Det var väldigt viktigt att kunna göra det, eftersom en patient kan göra stora framsteg när det gäller sin förmåga att hantera ekonomin, utan att det på en gång syns i den faktiska ekonomiska situationen, säger Malin Kågström.

### Gedigen social utredning

Arbetet med dokumentationen ledde också till att man insåg att det saknades en kontinuitet i arbetet med patienternas ekonomi.

– Som det var tidigare så gjordes det en kartläggning av patientens ekonomi



Från vänster: Malin Åberg Kågström, Mattias Andersson och Albina Cuci.

” Vi vill helt enkelt kunna ge en bättre vård som leder till att fler patienter klarar sig på egen hand när det är dags.

Mattias Andersson



i början och i slutet av hans eller hennes vistelse. Däremellan var kuratorsarbetet behovsstyrt. Och det är just denna del, vårdtidens mellan-del, som vi med vårt nya arbetssätt markant förbättrat, säger Albina Cuci, kurator vid Löwenströmska sjukhuset, Rättspsykiatri Vård Stockholm Nord.

Nu togs istället ett nytt arbetssätt fram där en gedigen social utredning, efter standardiserad mall, görs senast fyra veckor efter patientens inskrivning.

– Det är mycket som behöver kartläggas i starten, från skulder och betalningsanmärkningar till aktuella bidrag och i hur stor utsträckning patienten förmår sköta sin vardags ekonomi, säger Malin Kågström.

Att den första kartläggningen nu är standardiserad gör det också lättare att ta upp ämnet ekonomi, som annars ofta kan upplevas som minerad mark.

– Nu vet patienterna att vi ställer samma frågor till alla som skrivs in

hos oss. Det gör att man inte behöver ta det hela så personligt och det ger en mer avslappnad attityd, både hos oss som jobbar och patienterna, säger Albina Cuci.

### Mer frekventa uppföljningar

Med den första kartläggningen som bas blir nu uppföljningarna både mer frekventa och mer individanpassade. Albina Cuci har bland annat gjort en egen budgetmall som patienterna kan använda.

– Det är en väldigt basic budget med kolumner för inkomster och utgifter, med lite roliga bilder och peppande utrop. Men den är viktig för många patienter, säger Albina Cuci.

– Många av våra patienter saknar eller har, på grund av sjukdom och annat, en sämre förmåga att se och förstå konsekvenser. Därför behöver de ofta stöd och rutiner för att hantera sin ekonomi. Att visuellt kunna se hur den privata ekonomin utvecklas, hur mycket man har lyckats betala av och så vidare, gör stor skillnad för motivationen, säger Mattias Andersson.

Den kontinuerliga uppföljningen gör det också enklare för patienten att vara förberedd för steget till öppenvård, när det väl blir dags för det. Och det är egentligen det övergripande målet med hela processen.

– Det här nya arbetssättet har inneburit en hel rad fördelar för både patienterna och för oss som jobbar här. Med större kontinuitet behöver vi bland annat inte längre släcka lika många bränder, vi får bättre koll på alla patienter, även de tysta och vi har fått en bättre sammanhållning mellan oss kuratorer, säger Malin Kågström.

– Till syvende och sist så syftar ju hela projektet till att underlätta för patienterna den dagen de ska ut i öppenvård eller blir utskrivna. Vi vill helt enkelt kunna ge en bättre vård som leder till att fler patienter klarar sig på egen hand när det är dags. Och vår förhoppning är såklart också att det i förlängningen ska bidra till återgången i samhället, säger Mattias Andersson.

# Möjliga områden för utvecklingsprojekt

Registret har tagit fram exempel på möjliga områden och frågeställningar att använda i utvecklings- och utbildningssammanhang. Kontakta gärna registret vid ytterligare förslag.

## Förslag på områden/frågeställningar

Karaktäristika för de patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder?

Följsamhet gällande nationella riktlinjer kopplade till diagnosgrupper?

Karaktäristika för patienter dömda till LRV med respektive utan SUP?

Karaktäristika utifrån könsperspektiv för valda indikatorer?

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

## Intressenter som efterfrågat data under 2018

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
  - Helseplan
- Rättsmedicinalverket (RMV)
- Sveriges kommuner och landsting (SKL)
  - Uppdrag psykisk hälsa, Nysam
  - Vården i siffror (VIS)
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen, (VGR)
  - Avdelning Data och analys
- Rättspsykiatriska verksamheter
  - RPV Borås
- Media
  - Danmarks radio Aarhus P4 Digital
  - Sydsvenskan
  - TV4 Nyheterna

## Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter

”Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård”, ett nationellt projekt i samverkan med Registercentrum Norr.

*Årsrapport 2015*

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

*Årsrapport 2014*

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

*Årsrapport 2014*

# Publikationer med referens till Rättpsyk

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

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

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

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

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

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



# Diskussion

Sett ut ett 10-årsperspektiv framkommer att tre av registrets fyra måltal inte uppnåtts på nationell nivå. Ett måltal, återfall i brottslig gärning under pågående vård avviker dock positivt och visar på en förbättring över tid. När det gäller återfall i brottslig gärning visar grafen över 10 år en tydligt fallande tendens. Även på verksamhetsnivå kan motsvarande fallande rörelse ses. Denna indikator är också en av de mest omdiskuterade i registret. Är det möjligen så att dessa diskussioner, ofta förda på nationella möten med deltagare från hela landet, har bidragit till att uppmärksamma och lokalt åtgärda att brottsliga gärningar begås under pågående vård?

Medan BMI (andel patienter med BMI över eller lika med 30) tvärtom visar en försämring över tid. När det gäller BMI finns det som bekant många faktorer som spelar in. I registrets regi har också förbättringsarbeten genomförts. Mot denna bakgrund finns det här ett stort intresse av att få ytterligare kunskap på olika nivåer, exempelvis genom fördjupningsarbeten från vårdutbildningar och forskning.

För de patientrapporterade måtten, psykisk och fysisk hälsa, nås inte måltalen under 10-årsperioden. Genomgående har patienterna skattat sin psykiska hälsa bättre än sin fysiska. Sett över tid skattas den psykiska hälsan ganska konstant medan den fysiska visar en tendens att värderas lägre över tid. Rimligen gäller detta för fler patientgrupper med psykisk ohälsa. Vad ligger bakom dessa resultat? Hur skulle forskningen kunna bidra till ökad kunskap inom detta fält?

Bortfallet i patientrapporterade mått fortsätter att minska, särskilt i öppenvård. Fortfarande måste bortfallet dock minska ytterligare för att ge en bra bild av mätningarna, men det är ändå positivt att det går åt rätt håll. Det har också i flera sammanhang gjorts aktiva insatser i registret för att påminna om detta till verksamheterna. Bortfallet består dels av att patienten inte vill svara, dels av att patienten inte kan svara.

När man betraktar den farmakologiska behandlingen i ett tioårsperspektiv är det mest slående hur små förändringarna är. Användningen av äldre antipsykotiska minskar mycket långsamt och därmed ligger också användningen av de antikolinerga biverkningsmedicinererna högt vilket är bekymmersamt ur funktionssynpunkt och i motsats till Socialstyrelsens riktlinjer. Positivt däremot är att användningen av narkotikaklassade beroendeframkallande medel mot ångest klart har minskat.

Det är en stor likhet i jämförelserna mellan RättpsyK och PsykosR när det gäller fördelning av BMI inom patientgruppen. Då är ändå en stor del av patienterna i RättpsyK inom slutenvård medan PsykosR huvudsakligen omfattar patienter i öppenvård. Vid jämförelse av medicinering kan dock konstateras en övervikt av nyare läkemedel mot psykos och monoterapi inom PsykosR helt enligt de nationella riktlinjerna. Villkoren inom rättspsykiatriens tvångsvård sägs bidra till mindre rörlighet och därmed följande ökande BMI. Här finns rimligen ett intressant fält att studera vidare ur flera aspekter!

Könsskillnaderna är generellt små men kvinnorna bedöms i genomsnitt ha mer symtom och de är oftare utsatta för tvångsåtgärder vilket kan tyckas anmärkningsvärt. Förklaringen ligger med stor sannolikhet i skillnaden mellan könen i fördelning av diagnoser. Kvinnornas överrepresentation i affektiva syndrom, oftast bipolaritet, som yttrar sig i mer dramatiska och tydligare symtom med mer utagerande, är den troligaste förklaringen.



# Vad är rättspsykiatrisk vård?

## Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård

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 ska äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.”

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

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

Den rättspsykiatriska bedömningen sker för det mesta i två steg. Den aktuella domstolen begär ett läkarutlåtande av den tilltalade, ett så kallat § 7-intyg eller, med äldre språkbruk, ”liten sinnesundersökning”, vilken fungerar som ett ”gallringsinstrument” för vilka som ska gå vidare i bedömningsprocessen. Varje år genomförs ungefär 1 200 st. § 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 § 7 undersökningar, 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.

Ungefär 500 ”stora” rättspsykiatriska undersökningar genomförs årligen 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 APS som ett 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 respektive utan särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste vårdformen är med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att en lokal Förvaltningsrätt beslutar om friförmåner under vårdtiden (frigång och permission), överföring till öppen rättspsykiatrisk vård samt definitiv utskrivning från vården. Den rättspsykiatriska vården ska regelbundet prövas av Förvaltningsrätten var sjätte månad. Om vården sker utan särskild utskrivningsprövning beslutar chefsöverläkaren vid enheten om friförmåner, överföring till öppen vård och definitiv utskrivning. En patient har dock möjlighet att när som helst under vårdtiden vända sig till Förvaltningsrätten för att få sitt ärende prövat. Parterna har även möjlighet att vända sig till en högre instans (Kammarrätt och Högsta förvaltningsdomstolen).

Rättspsykiatrisk vård bedrivs av landsting och ges i form av sluten rättspsykiatrisk vård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Öppen rättspsykiatrisk vård följer i stort sett alltid på en period inom slutenvård. Syftet med den rättspsykiatriska vården är dels att vårda patienten med hänsyn till dennes sjukdomstillstånd och individuella förutsättningar men även att minska risken för återfall i brott av allvarligt slag.

Vårdtiden inleds i slutenvård där patienten får orientera sig på vårdinrättningen för att, i ett anpassat tempo, bekanta sig med vårdenhetens rutiner och personal. Likaså behöver vårdpersonal inom olika yrkesgrupper lära känna patienten och dennes behov av stöd eller insatser inom omvårdnadsrelaterade, medicinska, psykologiska och sociala områden. En vårdplan upprättas som sedan med patientens medverkan följs upp och utvärderas kontinuerligt under vårdtiden. Närstående kan, med patientens medgivande, vara delaktiga i utformningen av vårdplanen. Även om regionala skillnader förekommer i specifikt innehåll så ställer vården, om möjligt, med tiden successivt ökade krav på patienten i syfte att denne ska kunna vistas alltmer utanför vårdenheten under kontrollerade former. Mot slutet av vårdförloppet ingår ofta sysselsättning och andra aktiviteter utanför vårdenheten som en del i behandlingen.

# Fakta om Rättpsyk

## Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2017/2018 och som registrerats under 2018.

## Handläggare i Rättpsyk

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Tomas Kleveholt
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
LRV-enheten Gävleborg	Ulrica Büttner
Mälarsjukhuset Eskilstuna	Kristina Boström
Piteå Rättpsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättpsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Erik Blomqvist
Regionsjukhuset Karsudden	Espen Dørdal
Regionsjukhuset Karsudden	Fredrik Dahlström
Regionsjukhuset Karsudden	Linda Gravem
Regionsjukhuset Karsudden	Susanne Ahlén
Regionsjukhuset Karsudden	Åsa Lundgren
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Lena Wetterborg
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Landstinget Kronoberg	Christel Karlsson
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Indheria Hjærtfors Kyed
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Klara Brandt
RPK Säter	Sofia Eklund
RPK Örebro	Anne Billros
RPK Örebro	Carina Granlund
RPK Örebro	Helena Bergström
RPK Örebro	Jimmy Björkman

Verksamhet	Namn
RPK Örebro	Malin Lotterberg
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Annika Riddarskjöld
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Henrich Prüssner
RPV Göteborg	Elisabeth Göthesson
RPV Göteborg	Johanna Wahll
RPV Göteborg	Julia Norman
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Göteborg	Susanna Enblom
RPV Halland	Johanna Hagström
RPV Halland	Katarina André
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri Västmanland	Victoria Andrén
Rättspsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättspsykiatri i Skåne	Emma Andersson
Rättspsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatri i Skåne	Linda Svensson
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Evelina Juujärvi
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Jan Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Jenny Gustavsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Ljubica Medjed
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Malin Källman
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mikaela Tobysdotter
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Robert Harris
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Tuss Gustavsson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Åsa Boquist
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

## Registrets styrgrupp 2018

**Camilla Skåån**, Rätt psykiatri Vänersborg,  
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

**Kaj Forslund**, Rätt psykiatri Vård, Stockholm,  
Verksamhetschef, Registerhållare

**Marianne Ander**, Rätt psykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska

**Mattias Andersson**, Rätt psykiatri Vård,  
Stockholm, Handläggare

**Helena Andreasson**, Rätt psykiatri Skåne,  
Leg. sjuksköterska

**Victoria Andrén**, Rätt psykiatri Västmanland, Sala,  
Leg. psykolog, Verksamhetsutvecklare

**Ulf Björnfot**, Rätt psykiatriska kliniken, Säter,  
Verksamhetschef

**Jörgen Bragner**, Karsuddens sjukhus, Katrine-  
holm, Verksamhetschef

**Anna-Karin Burman**, Piteå rätt psykiatriska  
avdelning, Öjebyn, Sekreterare

**Jan Cederborg**, Rätt psykiatriska regionkliniken,  
Vadstena, Verksamhetschef

**Per-Magnus Hassel**, Rätt psykiatri Kristinehamn,  
Sjukgymnast

**Sofia Sjörs**, Rätt psykiatriska kliniken, Säter,  
Administrativ samordnare

**Bengt Eriksson**, Rätt psykiatriska regionkliniken,  
Sundsvall, stf. Verksamhetschef

**Madeleine Hammar**, Rätt psykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhets-  
samordnare

**Malin Lotterberg**, Psykiatrisk rehabilitering och  
rätt psykiatri, region Örebro, Verksamhetschef

**Caroline Millberg**, Rätt psykiatriska regionkliniken,  
Vadstena, Administrativ chef

**Peter Tjelander**, Rätt psykiatriska regionkliniken,  
Växjö, Leg. sjuksköterska

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

## Registrets analysgrupp 2018

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

**Camilla Skåån**, Rätt psykiatri Vänersborg,  
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

**Marianne Ander**, Rätt psykiatri, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. sjuksköterska

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

**Helena Andreasson**, Rätt psykiatri Skåne,  
Leg. sjuksköterska

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

**Lars Eriksson**, Göteborg, Leg. läkare, specialist i  
psykiatri

**Frances Hagelbäck Hanson**, Leg. läkare, specialist  
i psykiatri och rätt psykiatri, f.d. registerhållare

**Peter Karlberg**, Rätt psykiatriska regionkliniken,  
Vadstena, IT-samordnare

**Magnus Kristiansson**, Rätt psykiatri Vård  
Stockholm, Leg. sjuksköterska, Bitr. verksamhets-  
chef

**Benjamin Wriling**, Gävle sjukhus, LRV-enheten,  
Leg. sjuksköterska, Projektledare Rätt psyK

# Täckningsgrad

## Verksamhetsnivå

Under 2018 har rättspsykiatri i Jämtland inte rapporterat till registret, så 24 av 25 enheter i landet har rapporterat till RättspsyK vilket ger en anslutningsgrad på 96 procent.

## Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av Register-service vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 86 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2018 – Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-12-55>

## Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK består av patienter som var aktuella under 2017, med inskrivningsdatum senast 31 december 2017. Urvalet ur patientregistrets psykiatriska tvångsvård består av de patienter som vårdades 2017 med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J. Analysen har genomförts på individnivå, om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är antalet patienter i RättspsyK (1 898). Nämnaren är totala antalet patienter (2 206) som förekommer i något av registren RättspsyK eller patientregistret.

## Vårdformer

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

## Innan 2011-01-01:

- 3 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 4 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- 7 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 8 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning



Hängsten i Karrum, Västervik. Foto. Handläggare Roger Andersson

## Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling

### Indexbrott/brott

Indexbrott

Brott 2

Brott 3

### Tidigare påföljder

Inga tidigare domar

### Påverkad vid brottet

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

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Lösningsmedel

Anabola steroider

Övrigt

### Dokumenterad historia av missbruk

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

### Tidigare psykiatrisk vård

Tidigare psykiatrisk vård?

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård

Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare

Övrigt

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?

### Domslut

Datum för dom saknas

Datum för dom i brottsmålet

Typ av domslut

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

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

Startår 2008 <https://rattpsyk.registercentrum.se>, [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se)

### NÅGRA INDIKATORER

- Patientskattad hälsa
- Återfall i brottslig gärning under pågående vård
- Återfall i brott efter det att vården avskrivits
- BMI (kroppsmasseindex)
- Förändring av ekonomisk skuldsituation
- Svårighetsgrad av symtombild

