

RättspsyK

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

Årsrapport för verksamhetsåret 2008

september, 2009

Frances Hagelbäck Hanson
Registerhållare, verksamhetschef

Epost: frances.hagelback-hansson@vgregion.se
Tel: 031 - 343 73 79

Hans Andersson
Registerhållare, kvalitetssamordnare

Epost: hans.b.andersson@vgregion.se
Tel: 031 - 343 73 81

Adress: Rättspsykiatriska vårdkedjan, Lillhagsparken 3, 422 50 Hisings Backa

Innehåll

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Inledning | I |
| 2 | Bakgrund | I |
| 3 | Registrets syfte | I |
| 4 | Viktigaste process- och resultatmått | I |
| 5 | Sammanställning av data för 2008, landet som helhet | II |

Tabeller

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| 1 | Antal uppföljda patienter under 2008. | 1 |
|---|---------------------------------------|---|

Figurer

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Patientens skattning av sin hälsa | 2 |
| 2 | Patientens skattning av sin livskvalitet | 3 |
| 3 | Patientens skattning av sin risk för återfall i brott | 4 |
| 4 | GAF | 6 |
| 5 | GAF-värde | 7 |
| 6 | Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader | 8 |
| 7 | BMI | 9 |
| 8 | Återfall i brott | 10 |
| 9 | Behov av ekonomisk hjälp | 11 |
| 10 | Färdig för eftervård | 12 |
| 11 | Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol | 13 |
| 12 | Tidigare dokumenterat missbruk | 14 |
| 13 | Får missbruksbehandling | 15 |
| 14 | Genomförd riskanalys | 16 |
| 15 | Behandling utifrån identifierade riskfaktorer | 17 |
| 16 | Brottsbearbetning | 18 |
| 17 | Vanligast ordinerade läkemedel för män | 19 |
| 18 | Vanligast ordinerade läkemedel för kvinnor | 20 |
| 19 | Funktions- och behovsskattning | 21 |
| 20 | Indexbrott män | 22 |
| 21 | Indexbrott kvinnor | 23 |
| 22 | Patientenkät | 24 |
| 23 | Diagnoser män | 25 |
| 24 | Diagnoser kvinnor | 26 |
| 25 | Tidigare psykiatrisk vård | 27 |
| 26 | Insikt i sin sjukdom och problematik | 28 |
| 27 | Tvångsåtgärder | 29 |
| 28 | Domslutsår för patienter som vårdades 2008 | 30 |
| 29 | Boendeform | 31 |
| 30 | Nätverk | 32 |
| 31 | Fungerande samverkan | 33 |
| 32 | Samverkansbehov | 34 |

1 Inledning

Det rättspsykiatriska kvalitetsregistret, RättspsyK, startade med rapportering i en webbaserad lösning som blev klar i oktober 2008. Under tiden den webbaserade lösningen utvecklades skedde registreringar på pappersblanketter. Man fångade då även data för 2007. Detta är den första sammanställningen som görs av RättspsyK och 2008 är också första året som RättspsyK fått medel från SKL. Därför omfattar innehållet såväl verksamhetsberättelse som årsrapport. Rubriceringen i denna rapport är gjord utifrån anvisningar från SKL i samband med ansökan om ekonomiska medel för 2010.

Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer började 2003 och har bedrivits i flera olika arbetsgrupper med Svenska rättspsykiatriska föreningen som sammanhållande länk. Ambitionen har varit att hålla nere antalet indikatorer samtidigt som en allsidig belysning av verksamheten eftersträvats. Parallellt med mötena har förankringsarbete skett lokalt i syfte att bredda underlaget för vilka överväganden som bör göras i val av indikatorer, såväl till innehåll som till antal. Vidare har det under utvecklingsarbetet hållits två årliga nationella konferenser som alltid varit välbesökta med bred representation från hela landet.

Den stora nyheten för 2008 var att webblösningen blev klar och började användas. De webbaserade registreringarna kom igång i oktober 2008. Samtidigt som den webbaserade lösningen togs fram gjordes registreringar på pappersblanketter för att få med så mycket information som möjligt när väl registreringar via webben blev möjliga. Det arbetet pågick från februari månad.

Sedan starten i oktober hann 9 enheter i landet få introduktion i att registrera i webblösningen under 2008. Den första registreringen gjordes av LRV-enheten i Gävleborg den 16 oktober.

Registret är konstruerat på registerplattformen INCA med möjlighet för användaren att direkt få tillgång till aktuella egna data ställt mot landet som helhet.

2 Bakgrund

Behovet av ett rättspsykiatriskt kvalitetsregister är uppenbart för de rättspsykiatriska vårdenheterna. Den rättspsykiatriska vården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Patienten har ingen valfrihet. Det är en grannliga uppgift att ändå bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Detta gör att höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet. De enskilda verksamheterna har ett stort behov av att kunna jämföra sina resultat med andra, för att både kunna förbättra och utveckla sin egen verksamhet. Det är också uppenbart utifrån den debatt som periodvis förs i massmedia att diskussionen om vårdens innehåll bör vila på relevant information om hur vården bedrivs. Registret kommer att vara till hjälp vid det pågående arbetet med evidensbaserade metoder och vårdprogram som idag gäller för psykiatrisk verksamhet.

3 Registrets syfte

Syftet är att över tid kunna följa utvalda data (indikatorer) över de vårdinsatser som ges inom rättspsykiatrisk vård och med stöd av dessa skapa förutsättningar för utveckling av vårdens verksamhet och kvalitet. Möjlighet ges att jämföra den egna verksamheten över tid samt jämföra olika verksamheter i landet med varandra. Detta ger en ökad uppmärksamhet på skillnader mellan olika vårdenheter och ökad möjlighet till likvärdig vård ur ett nationellt perspektiv.

De regelbundet återkommande konferenserna för de rättspsykiatriska vårdverksamheterna ger möjlighet till ökad kontaktyta och samarbetsmöjligheter över landstings- och regiongränser. Registret ger vidare en möjlighet till utveckling av evidensbaserade metoder och i förekommande fall anpassning av evidensbaserade metoder till rättspsykiatrisk verksamhet.

4 Viktigaste process- och resultatmått

Processmått

- Missbruksbehandling
- Riskanalys
- Behandling utifrån riskbeteende
- Brottbearbetning
- Ordinerade läkemedel
- Funktions- och behovskattning

Resultatmått

- Av patienten skattad livskvalitet, hälsa och risk för återfall i brott
- GAF
- Symtom
- BMI
- Återfall i brott
- Färdig för eftervård enligt LRV

5 Sammanställning av data för 2008, landet som helhet

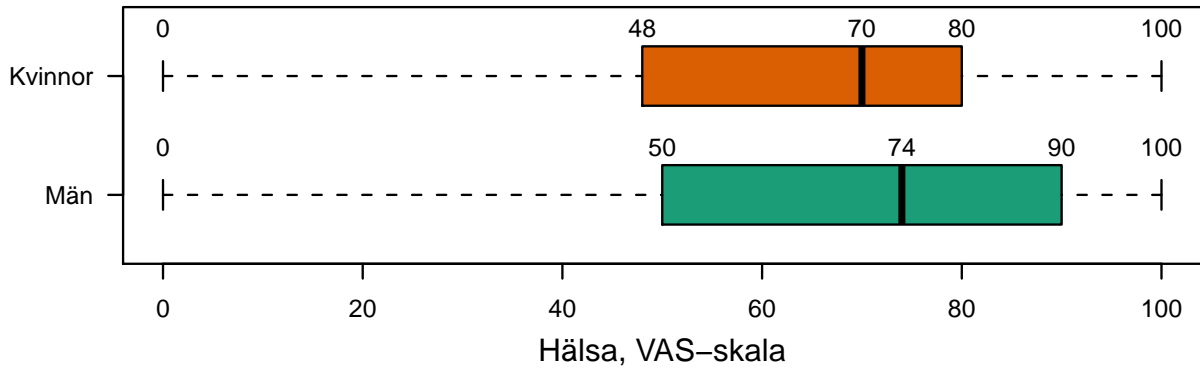
Siffrorna får tolkas med stor försiktighet då endast 595 av ungefär 1500 patienter ingår. Vidare finns det i skevhet i spridningen över landet eftersom alla enheter inte kommit igång med att registrera. I materialet är endast 80 kvinnor vilket gör att det för denna gruppen är stor osäkerhet i siffrorna. I alla grafer är utfallet uppdelat på män och kvinnor.

Uppföljda patienter

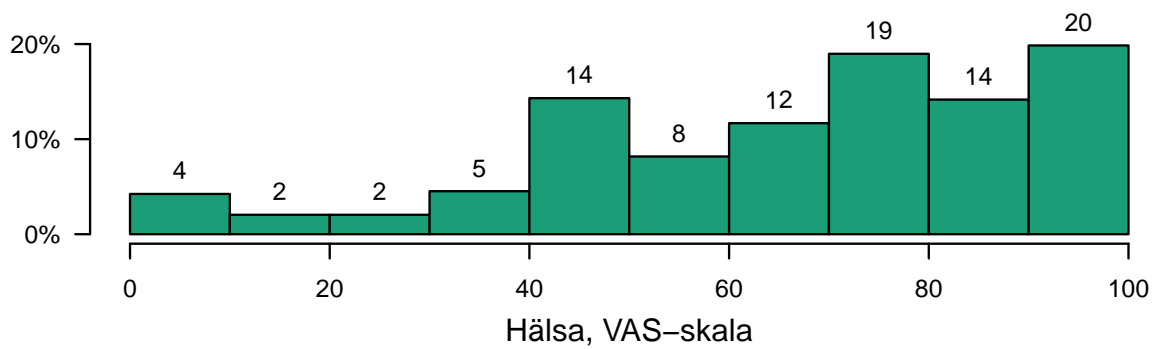
Tabell 1: Antal uppföljda patienter under 2008.

| | Kön | | Totalt |
|-------|------|---------|--------|
| | Män | Kvinnor | |
| Antal | 515 | 80 | 595 |
| % | 86.6 | 13.4 | 100.0 |

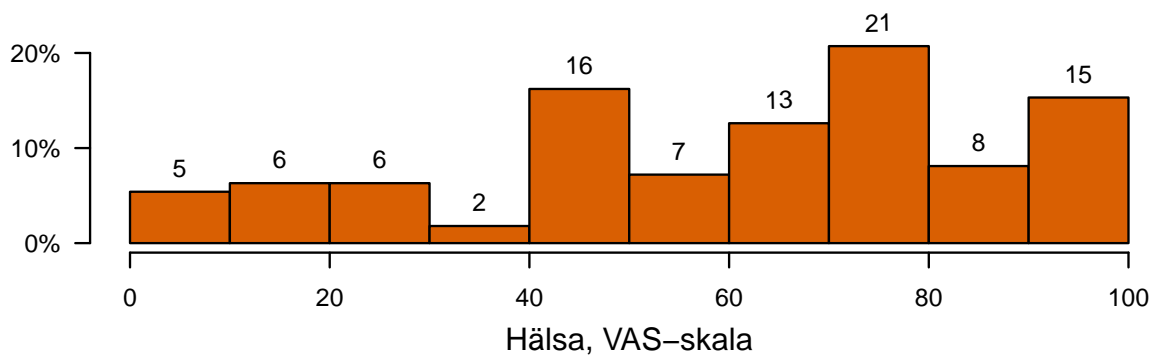
Patientens skattning av sin hälsa



Män

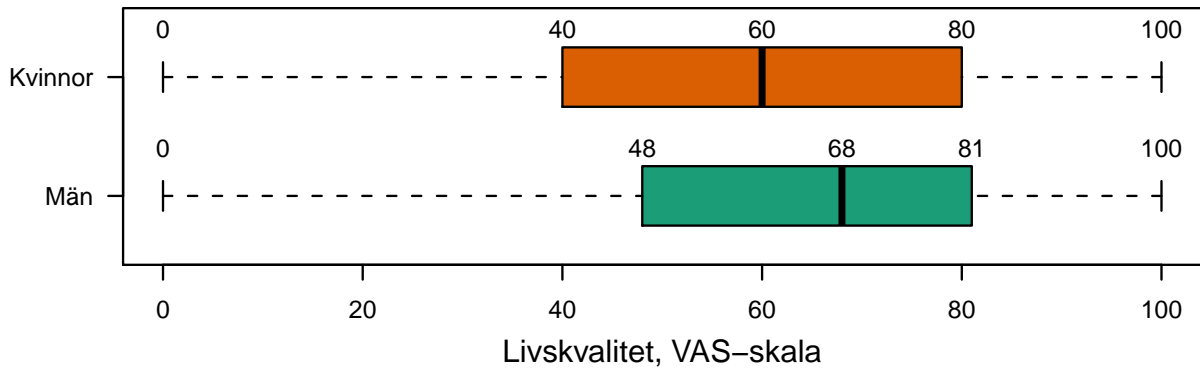


Kvinnor

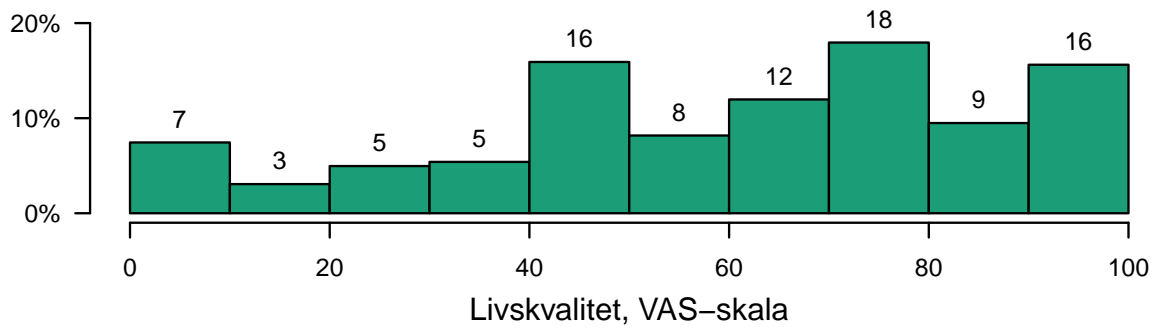


Figur 1: Patientens skattning av sin hälsa enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Översta grafen visar max-, min- och medianvärden samt första och tredje kvartilen.

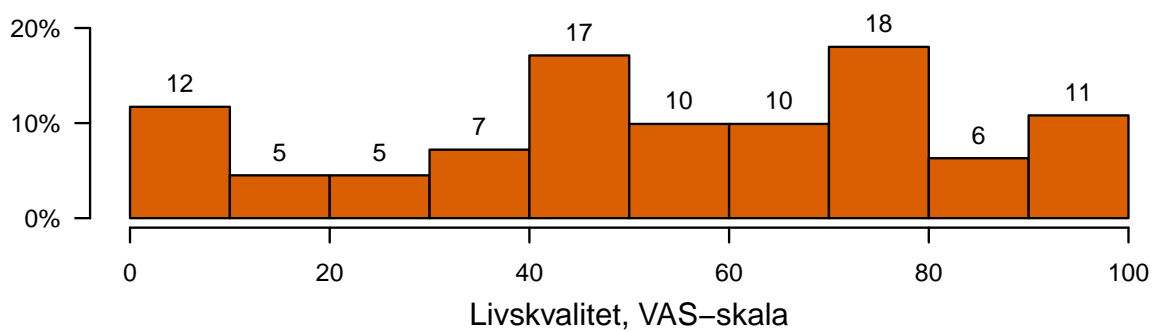
Patientens skattning av sin livskvalitet



Män

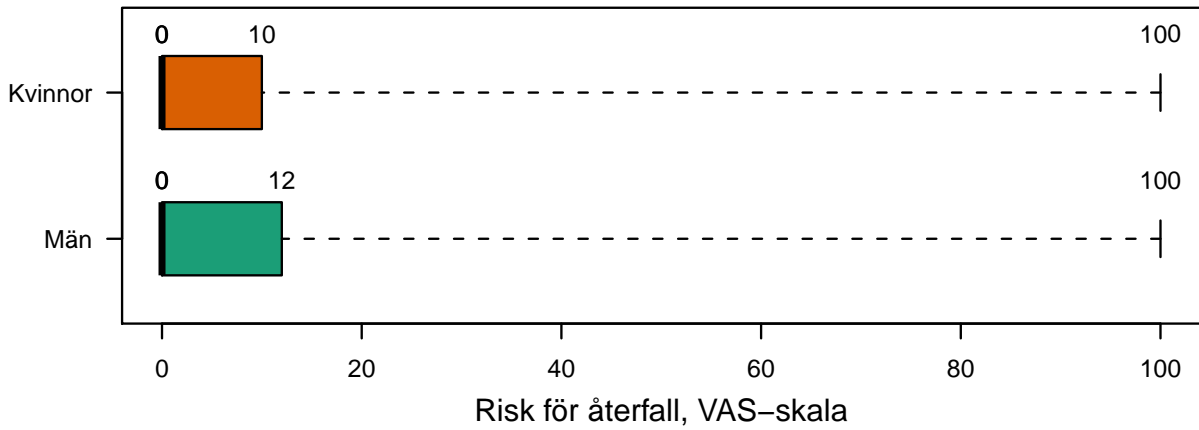


Kvinnor

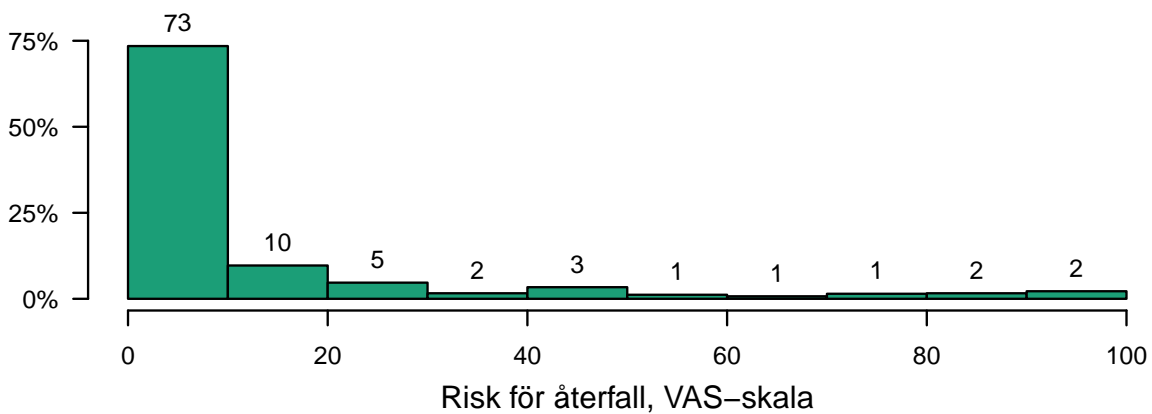


Figur 2: Patientens skattning av sin livskvalitet enligt Visuellt Analog Skala (VAS-skala). Översta grafen visar max-, min- och medianvärden samt första och tredje kvartilen.

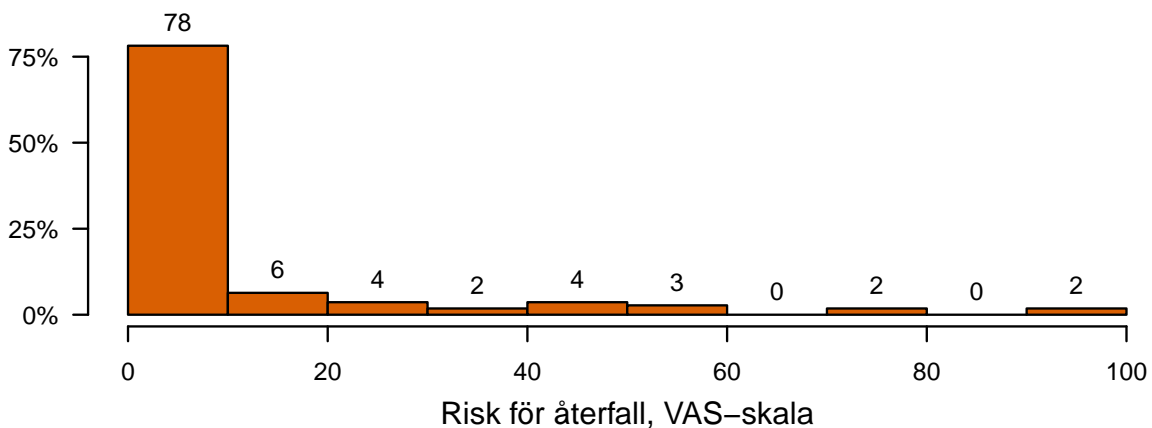
Patientens skattning av sin risk för återfall i brott



Män

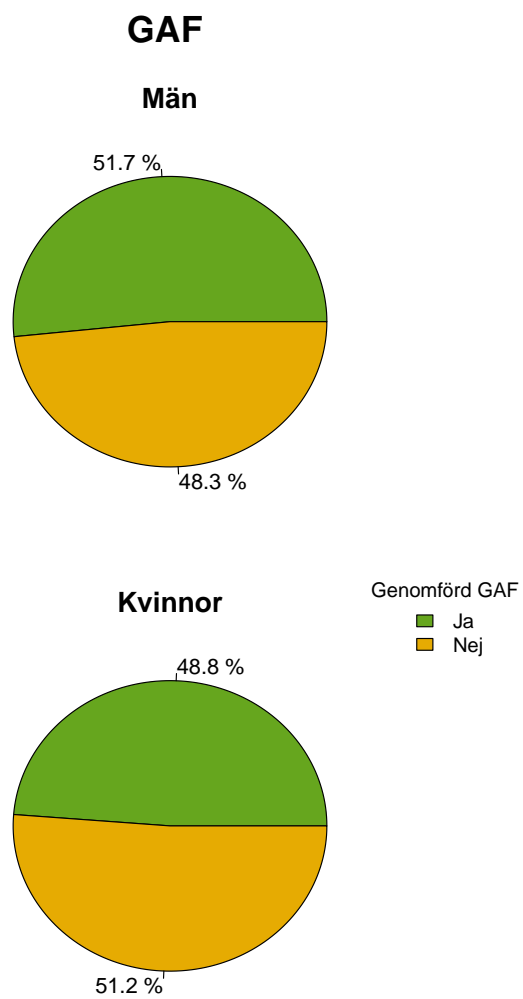


Kvinnor



Figur 3: Patientens skattning av sin risk för återfall i brott enligt Visuell Analog Skala (VAS-skala). Översta grafen visar max-, min- och medianvärden samt första och tredje kvartilen.

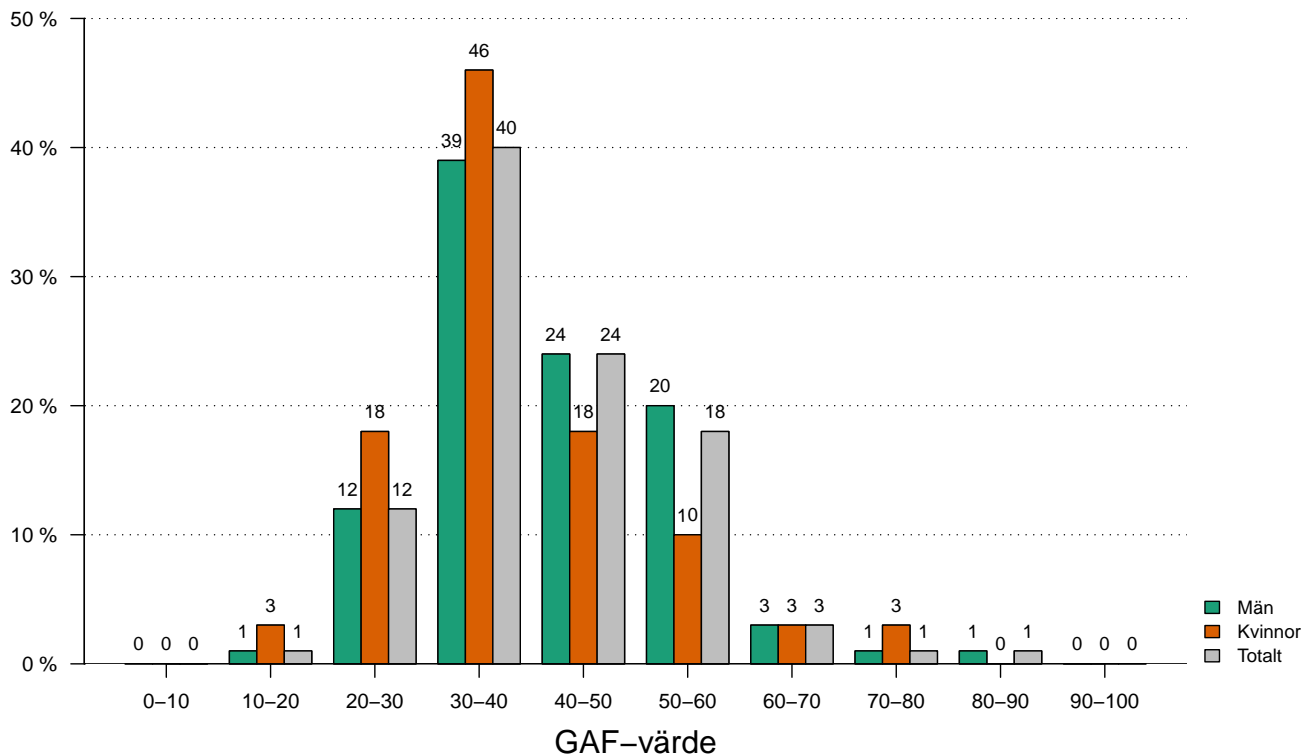
Figurerna 1 och 2 visar förvånansvärt höga siffror generellt men kvinnorna ligger lägre. Figur 3 visar att patienterna bagatelliserar eller skönmålar risken för återfall. Det kan vara ett uttryck för bristande insikt eller att man svarar för situationen under pågående vård.



Figur 4: Andel patienter med genomförd GAF-skattning¹.

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

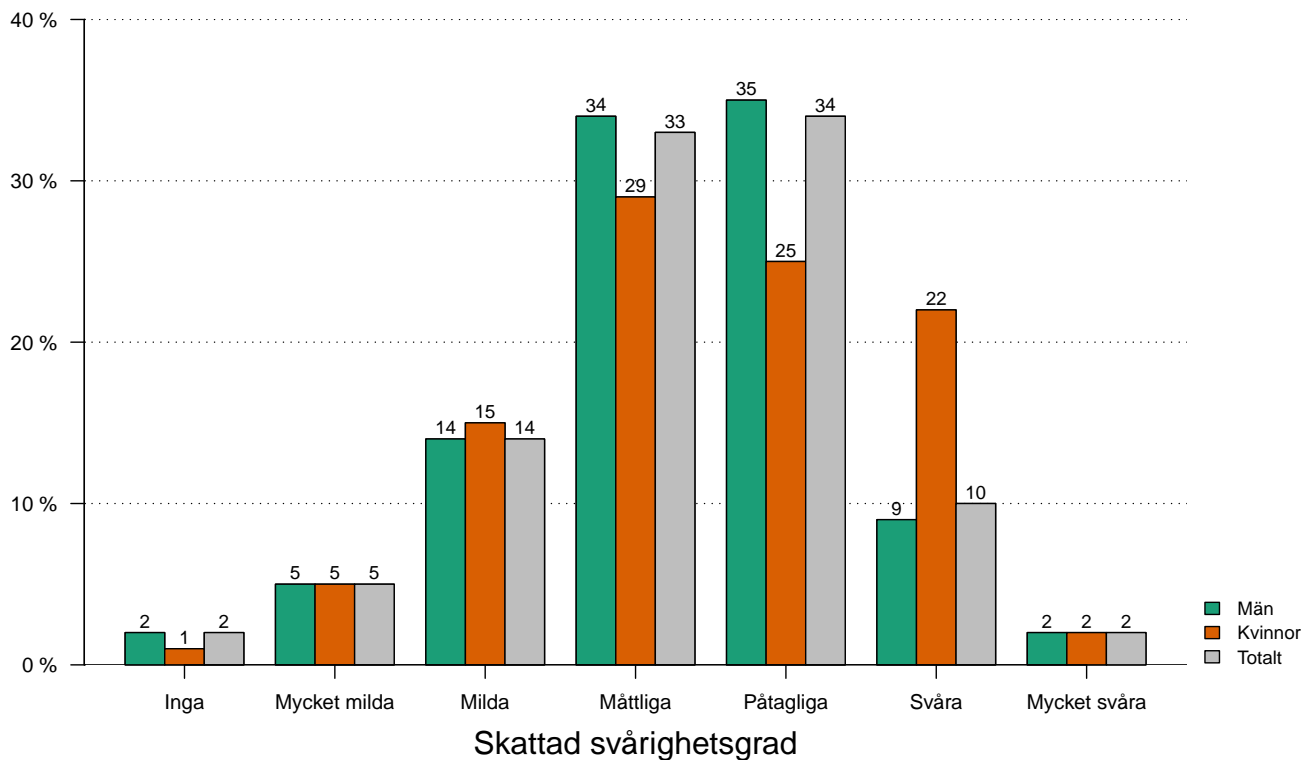
GAF-värde



Figur 5: Fördelning av GAF-värde.

GAF-skattning har inte genomförts i tillräcklig omfattning. Enligt figur 4 har bara på hälften av patienterna GAF-skattats. Varför får analyseras närmare i styrgruppen. De GAF som gjorts visar enligt figur 5 ändå att funktionsförmågan är kraftigt nedsatt (30-40) och möjligen finns en könsskillnad med kvinnorna på en lägre nivå jämfört med männen.

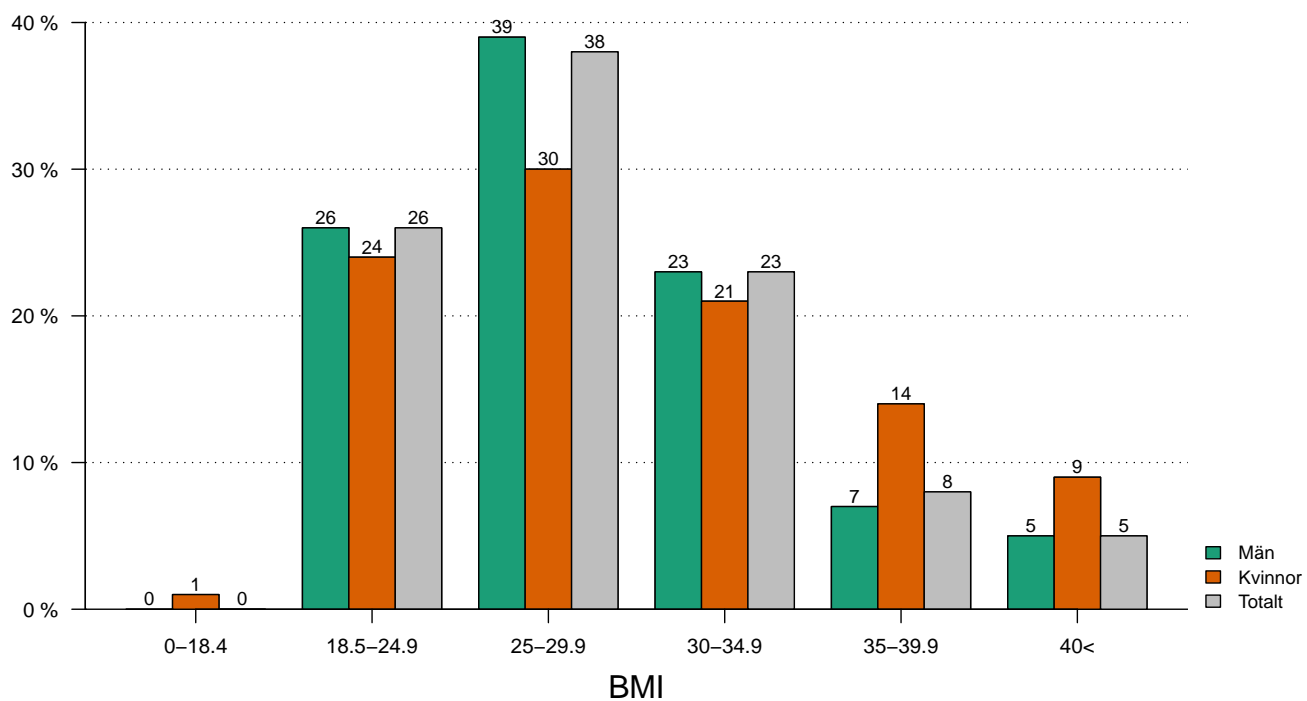
Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader



Figur 6: Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader.

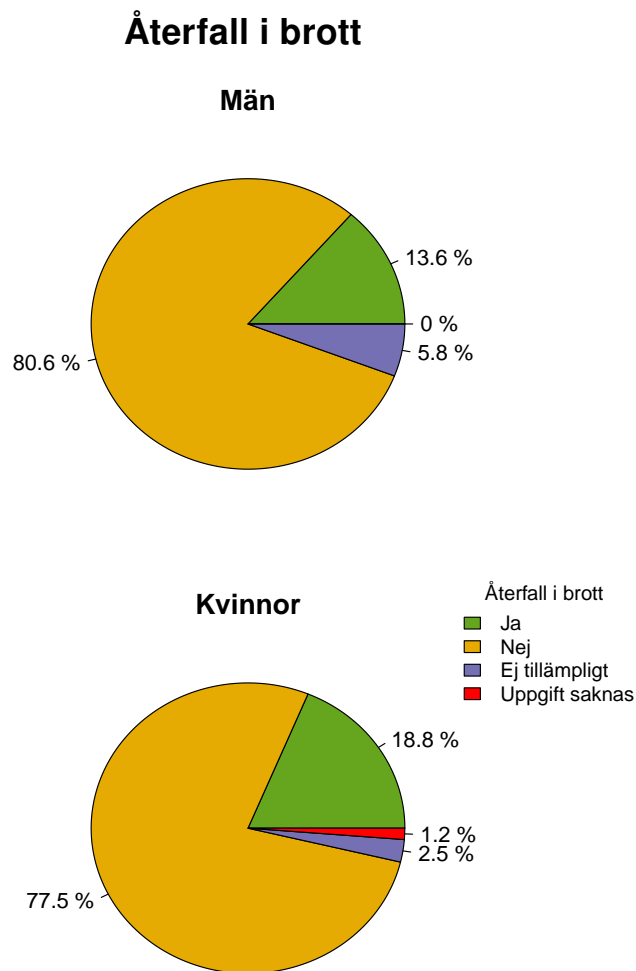
Den kliniska skattningen av symtombild redovisad i figur 6 visar att merparten av patienterna har måttliga till mycket svåra symtom.

BMI



Figur 7: Värderna för BMI utifrån WHO:s definition.

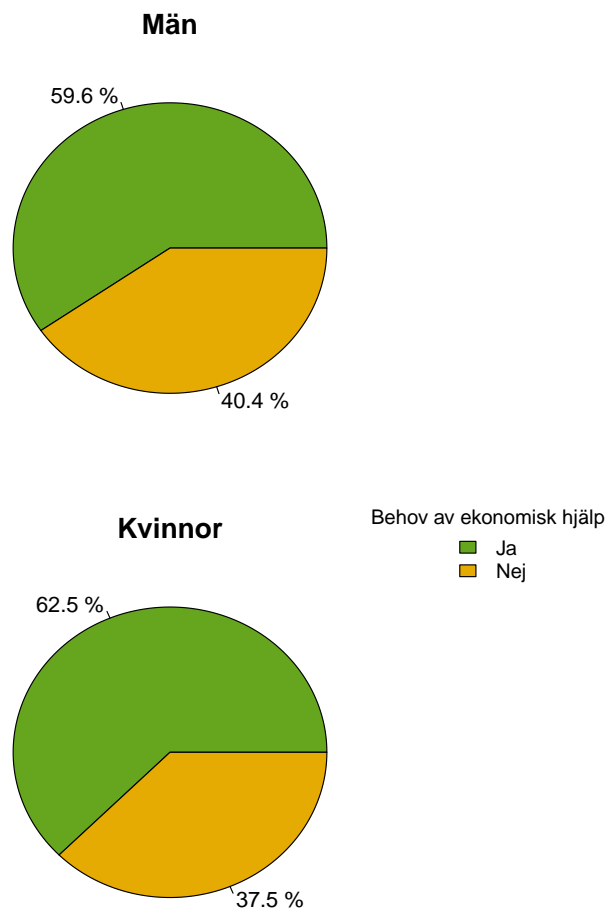
Enligt figur 7 har ungefär tre fjärdedelar av patienterna ett för högt BMI.



Figur 8: Andel patienter som återfallit i brott under slutenvårdstiden.

Figur 8 speglar bara det vårdgivaren känner till. Vi har inte tillgång till belastningsregistret. De fall vi känner till är om patienten får en ny dom, om patienten informerar oss, om vi polisanmäler eller om grund för polisanmälan förelegat och notering om detta gjorts i patientens journal. Vi har heller inte kunnat precisera allvarlighetsgraden i de nya brotten. Tidigare vetenskapliga studier [1] visar att patienter som dömts till vård återfaller i lindrigare brottslighet än innan, om de återfaller. Återfallsfrekvensen är lägre än för de som vårdats inom kriminalvården. Vårt uppdrag är att förhindra återfall i brottslighet av allvarligt slag.

Behov av ekonomisk hjälp

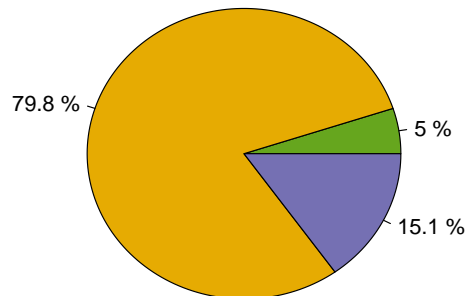


Figur 9: Andel patienter som är i behov av hjälp med sin ekonomi.

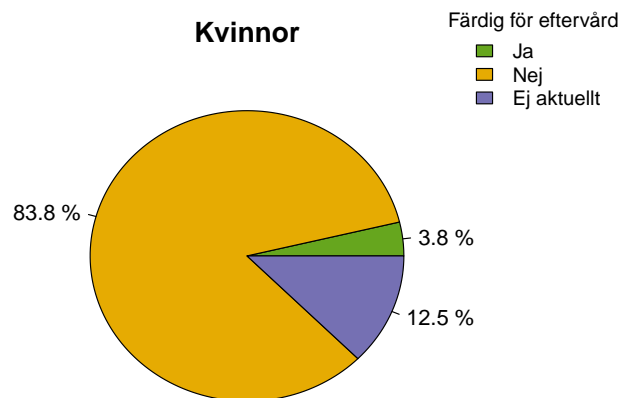
Socioekonomiskt är de patienter som dömts till vård enligt LRV en mycket svag grupp. Enligt figur 9 har omkring 60% av patienterna behov av ekonomisk hjälp. Siffran avser behovet av ekonomisk hjälp i sig, oavsett om behovet är tillgodosett eller inte.

Färdig för eftervård

Män



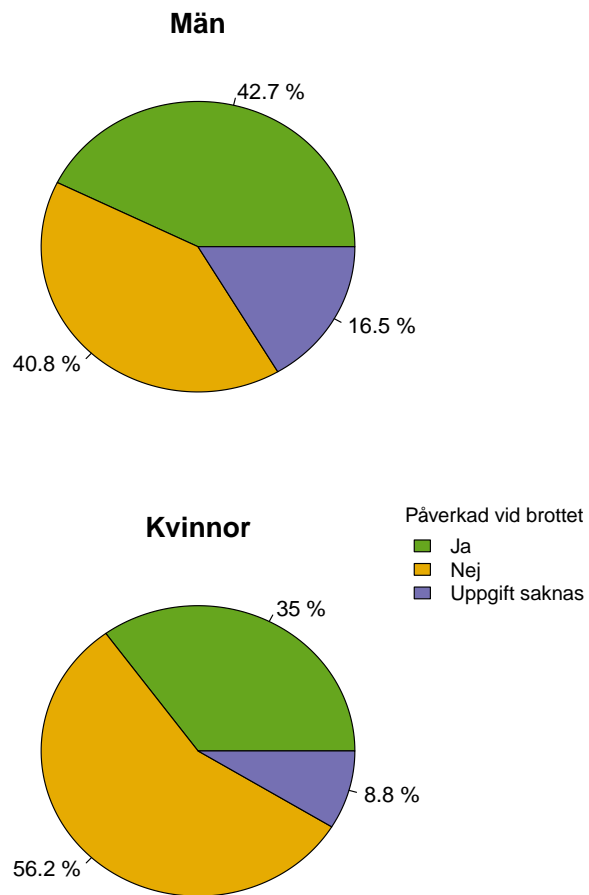
Kvinnor



Figur 10: Andel patienter som vårdas i dygnsvård trots att patienten bedöms vara färdig för eget boende/annan vårdform.

Figur 10 visar förvånansvärt positivt resultat! Tydligt börjar samverkan med kommunerna att fungera.

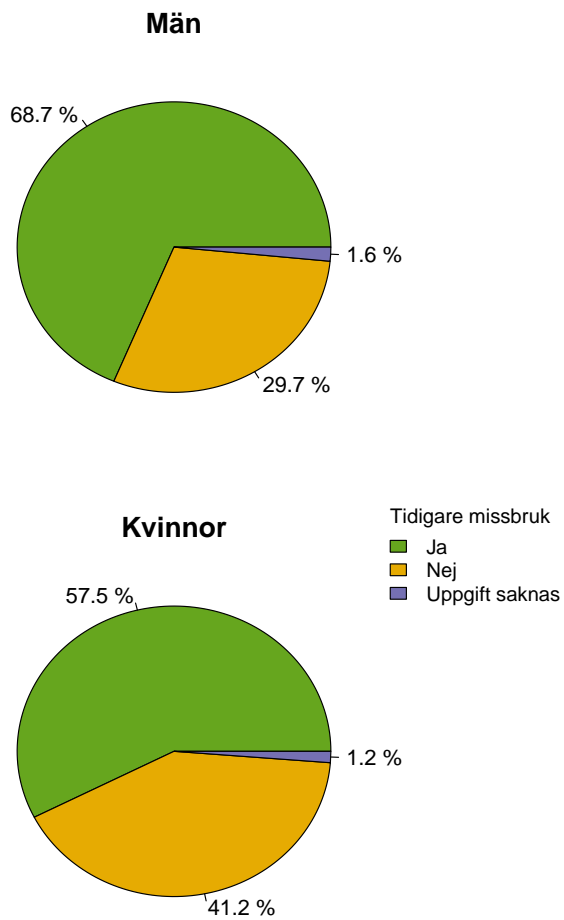
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol



Figur 11: Andel patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid brottet.

Drog-/alkoholpåverkan vid brottstillfället är vanligt, nästan hälften av männen och en dryg tredjedel av kvinnorna var detta enligt figur 11.

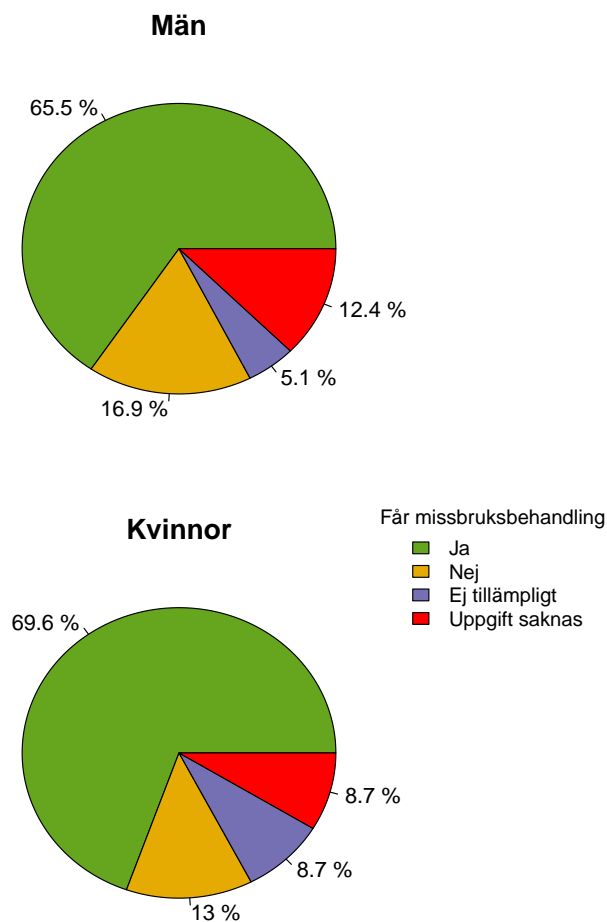
Tidigare dokumenterat missbruk



Figur 12: Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.

Figur 12 visar att en dokumenterad historia av missbruk är mycket vanligt för båda könen.

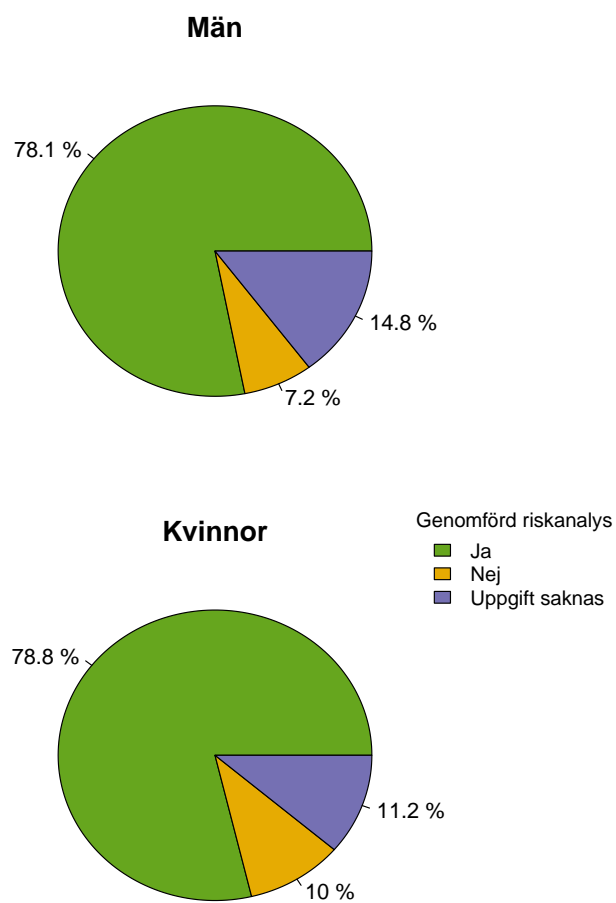
Får missbruksbehandling



Figur 13: Andel patienter med missbruksdiagnos som får missbruksbehandling.

Behandlingen är riktad och fokuserad och bygger på vetenskapligt stöd. Majoriteten av patienterna får detta enligt figur 13. Socialstyrelsen [2] riktade kritik mot den rättspsykiatriska vården för brister i missbruksbehandling. Dessa resultat visar på en betydande uppryckning.

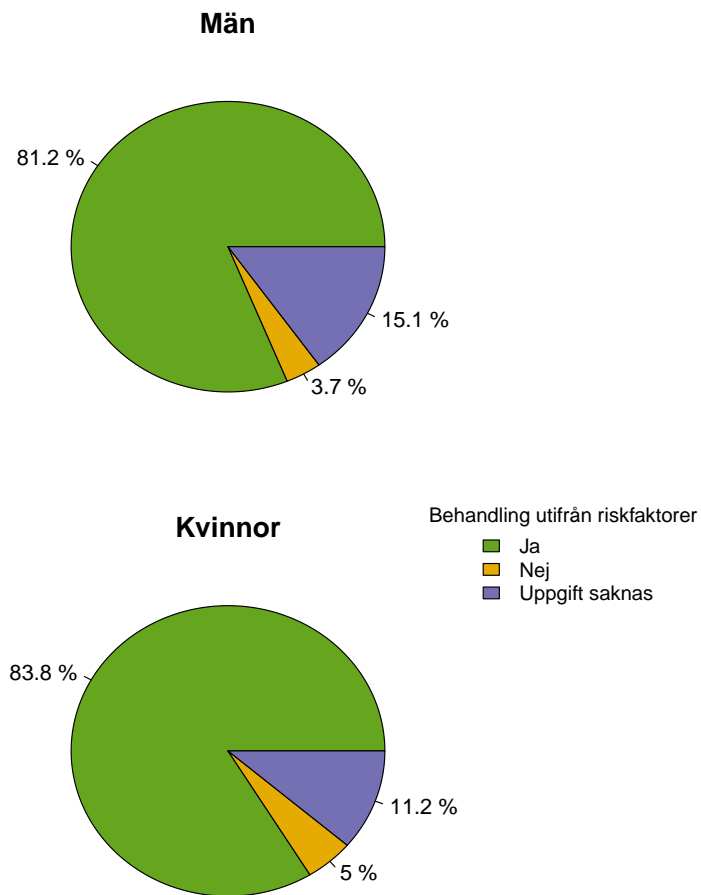
Genomförd riskanalys



Figur 14: Andel patienter med genomförd riskanalys.

Figur 14 visar att på mer än tre fjärdedelar av alla patienter har man genomfört riskanalyser enligt en specificerad lista av metoder.

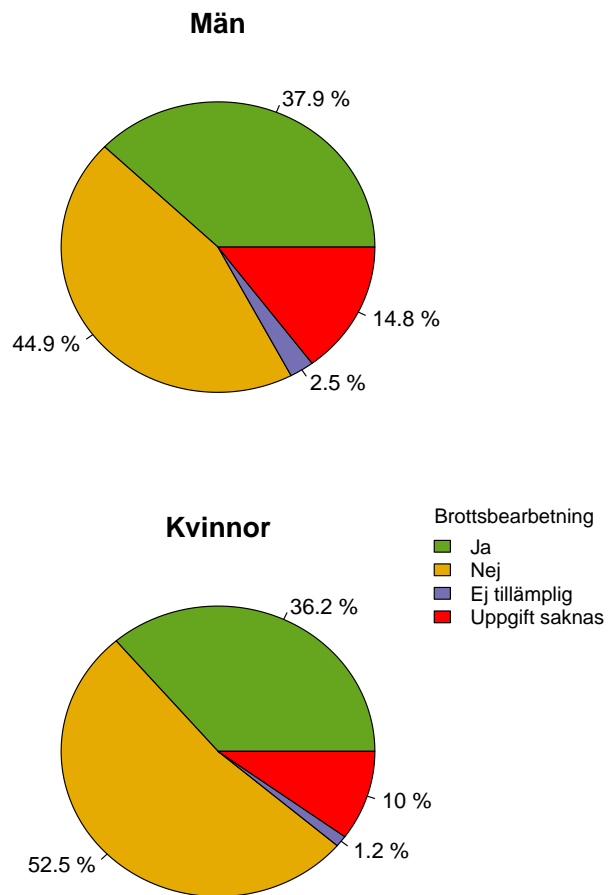
Behandling utifrån identifierade riskfaktorer



Figur 15: Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer.

Mer än 8 av 10 patienter får enligt figur 15 behandling utifrån identifierade riskfaktorer. Resultaten som visas i figurerna 14 och 15 är mycket glädjande.

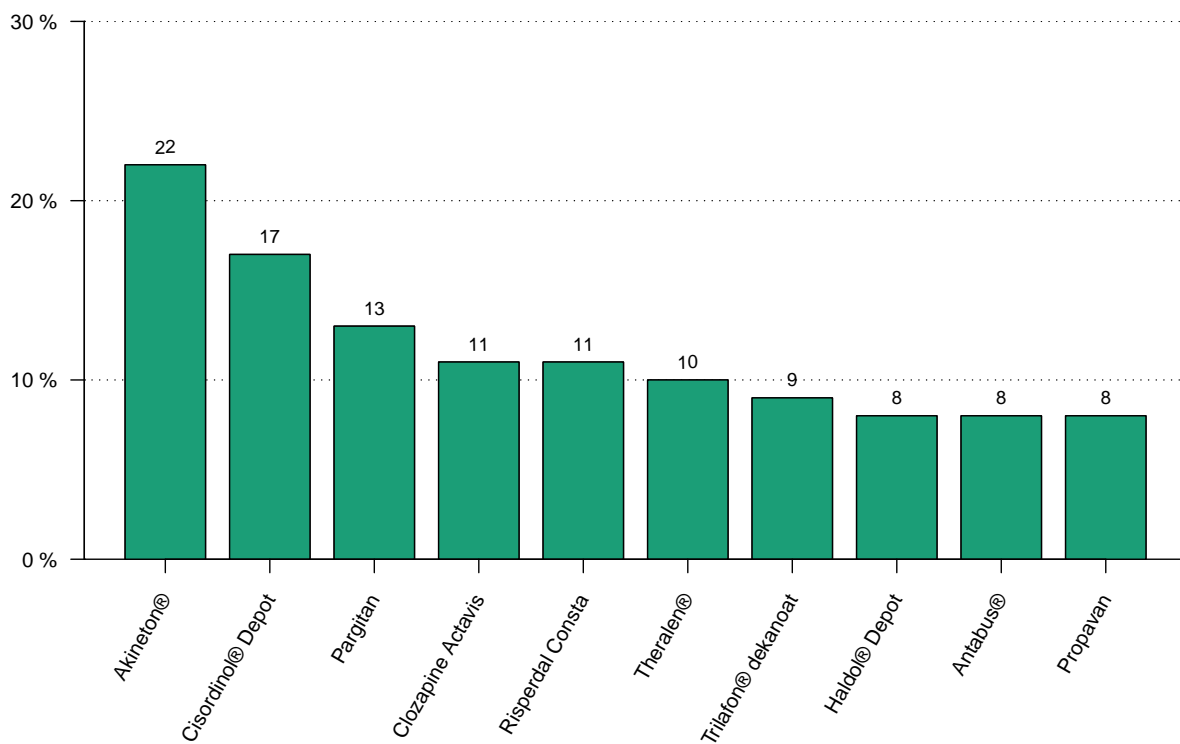
Brottsbearbetning



Figur 16: Andel patienter som får brottsbearbetning.

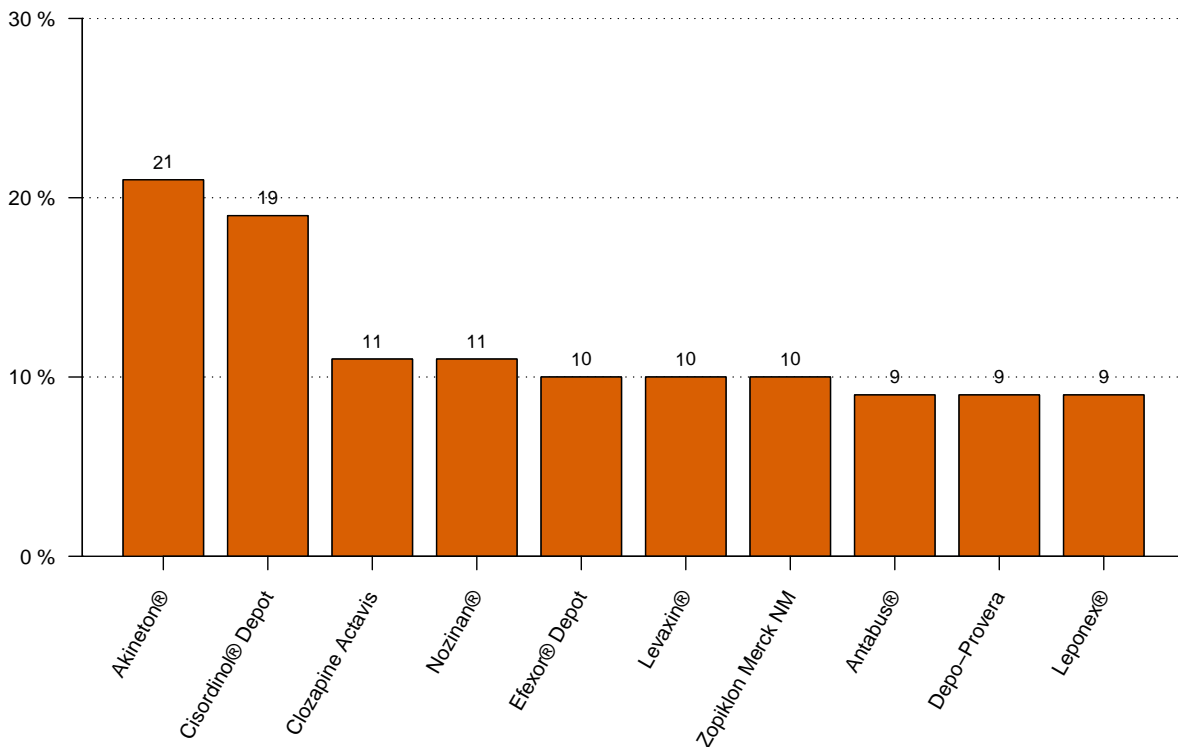
Figur 16 visar att en dryg tredjedel av patienterna har fått brottsbearbetning med en specificerad metod. Brottsbearbetning är en kontroversiell fråga inom vården men vi har ändå valt att ha med den i registret. Resultatet måste analyseras vidare.

Ordinerade läkemedel



Figur 17: De tio mest frekventa läkemedlen - Män.

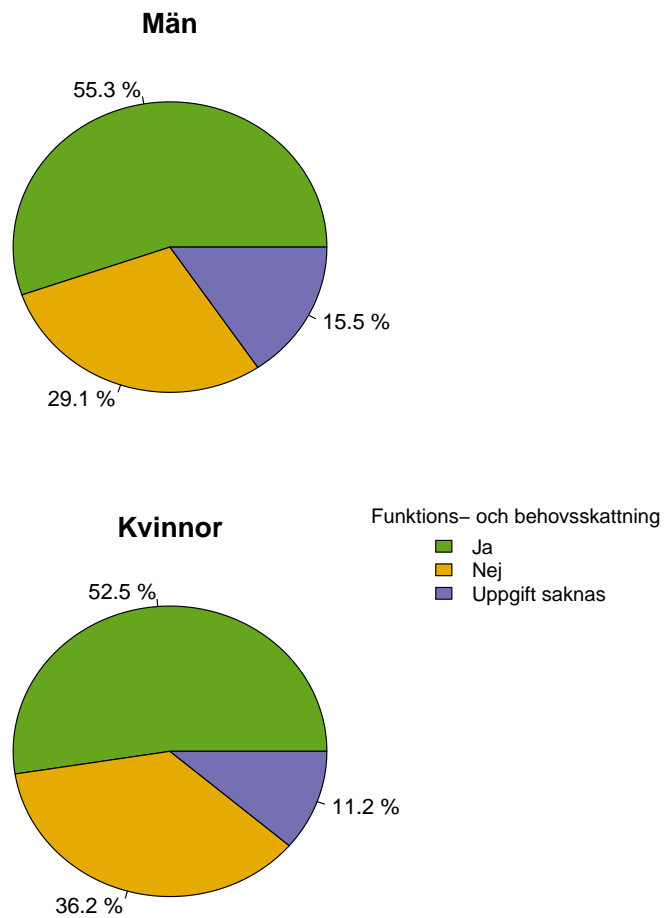
Ordinerade läkemedel



Figur 18: De tio mest frekventa läkemedlen - Kvinnor.

Utifrån figurerna 17 och 18 är det intressant att konstatera att bland de tio mest använda läkemedlen finns fyra långtidsverkande injektionsberedningar (depot) av antipsykotika och två mediciner mot biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Av perorala antipsykotiska läkemedel kommer endast "nygamla" mycket effektiva Clozapine med. Kraftfull antipsykotisk medicinering med kontroll av medicinintaget genom injektioner skulle man kunna sammanfatta bilden som dock behöver kompletteras och nyanseras genom subanalyser. Hur ser t ex fördelningen mellan första och andra generationens antipsykotika ut?

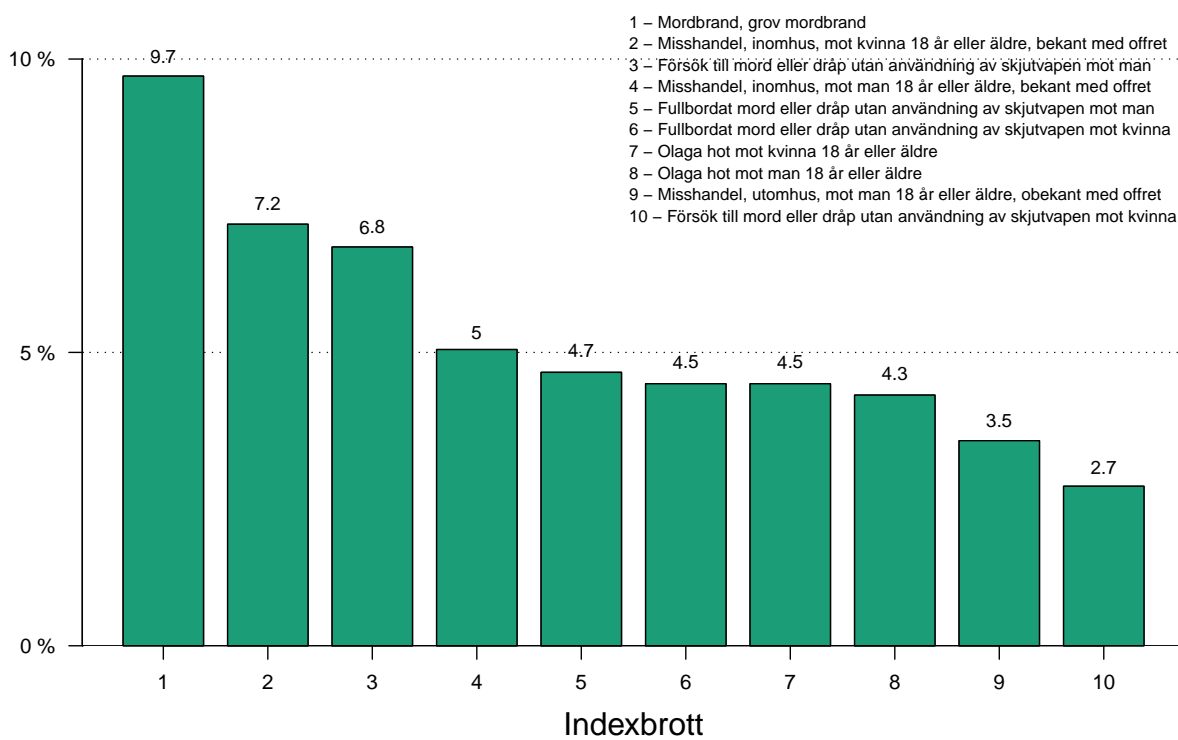
Funktions- och behovskattning



Figur 19: Andel patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter sedan förra skattningstillfället.

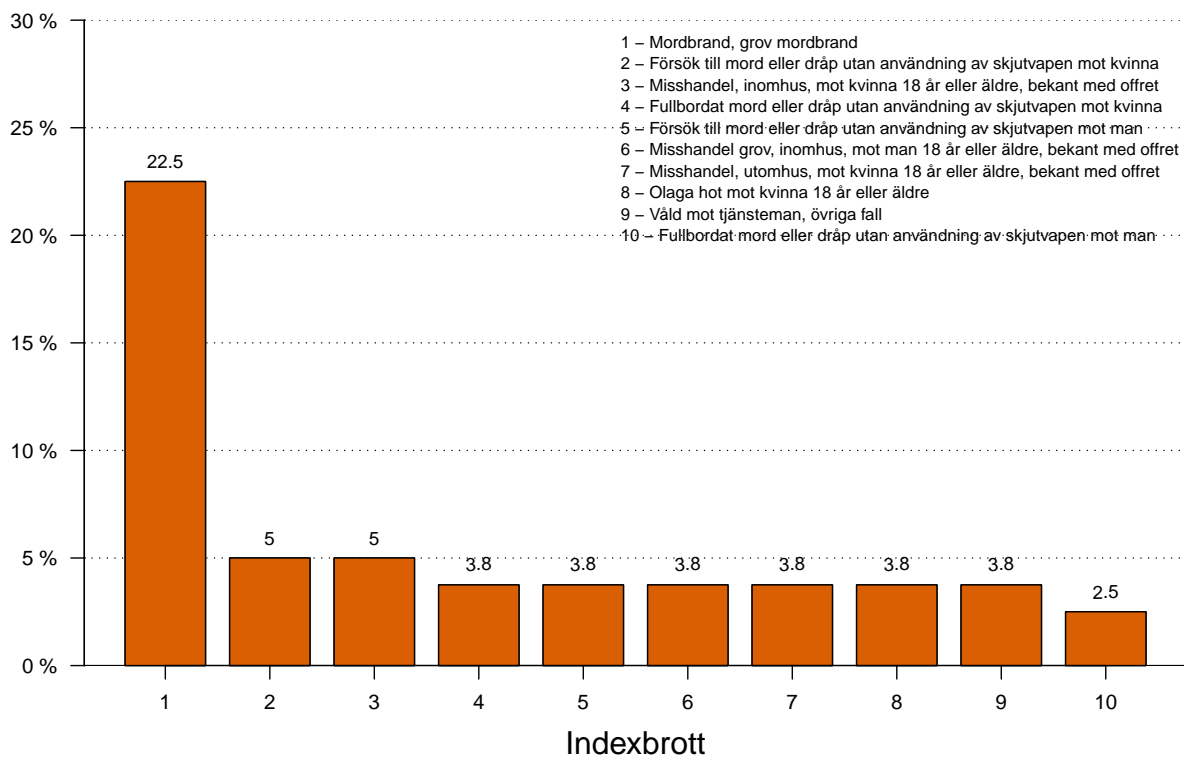
Ungefär hälften av patienterna har genomgått en funktionsbedömning enligt figur 19.

Indexbrott



Figur 20: De tio vanligaste indexbrotten för män.

Indexbrott

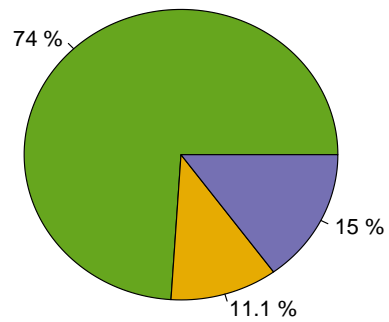


Figur 21: De tio vanligaste indexbrotten för kvinnor.

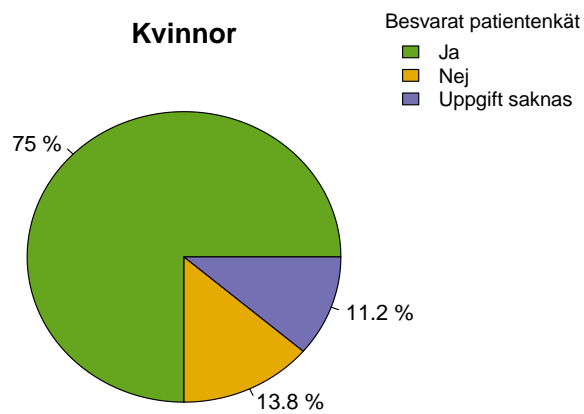
Resultaten i figurerna 20 och 21 är förväntade och stämmer överens med tidigare undersökningar.

Patientenkät

Män



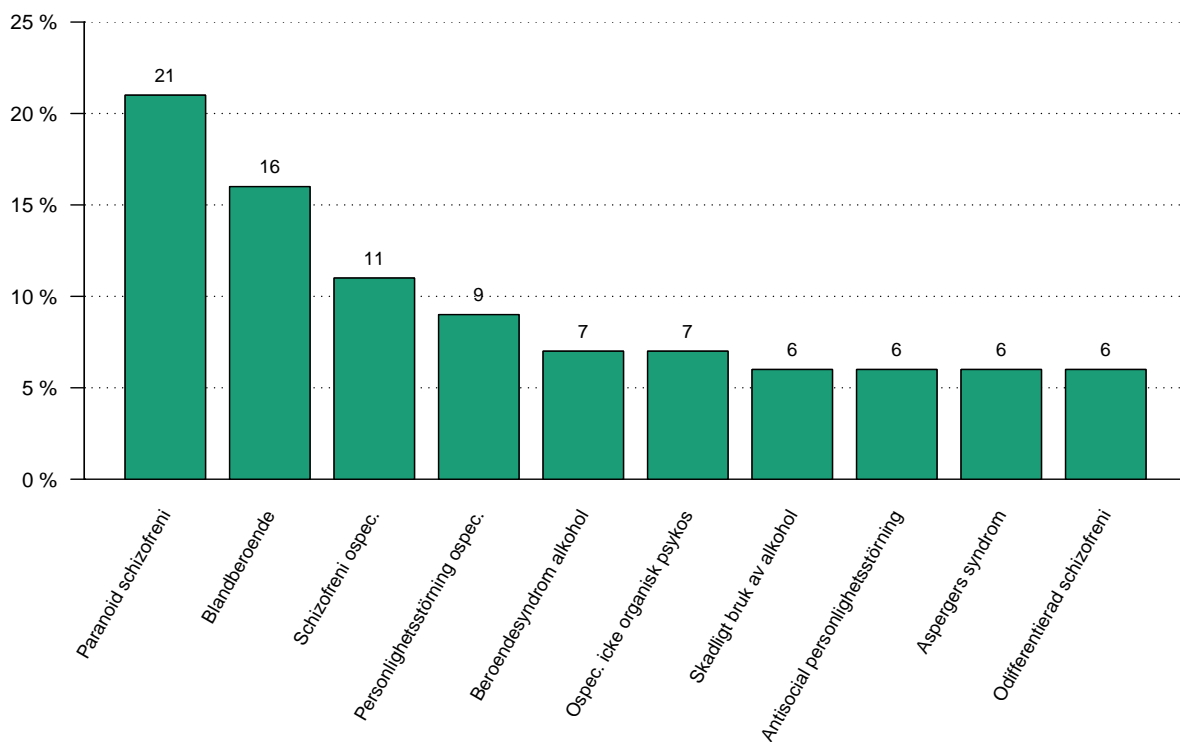
Kvinnor



Figur 22: Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.

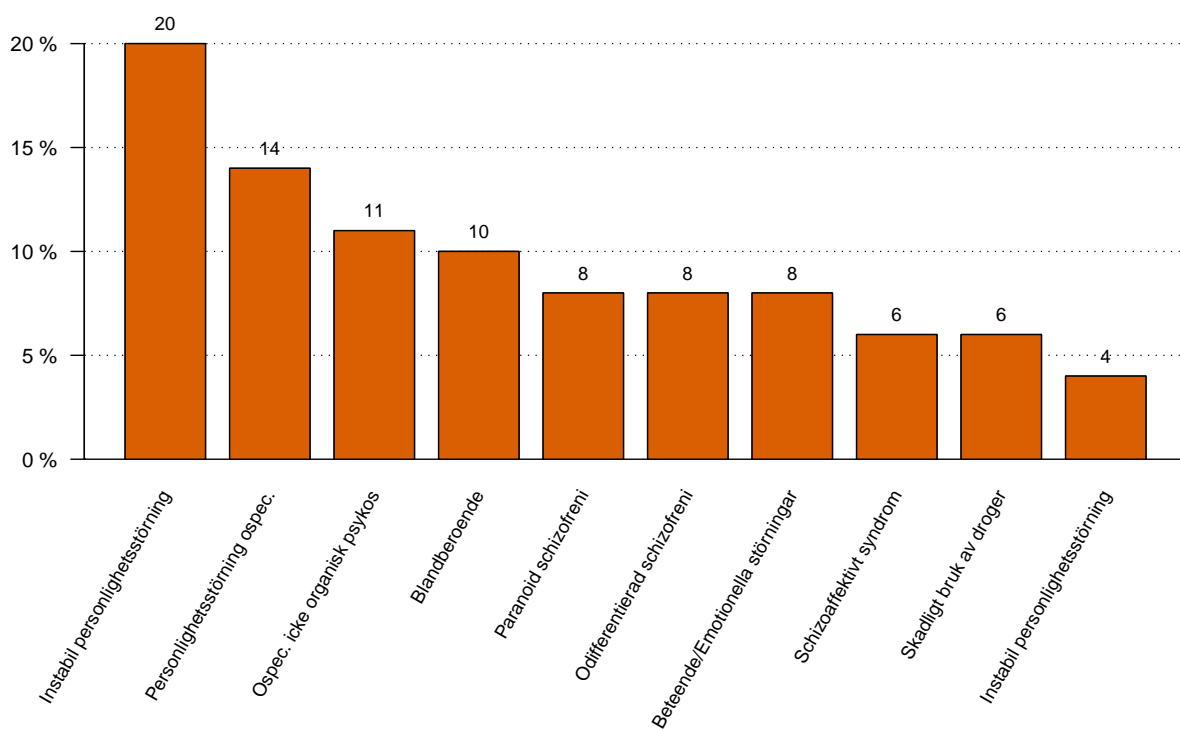
Figur 22 visar att tre av fyra patienter har haft möjlighet att besvara en patientenkät. Detta är glädjande höga siffror.

Diagnoser



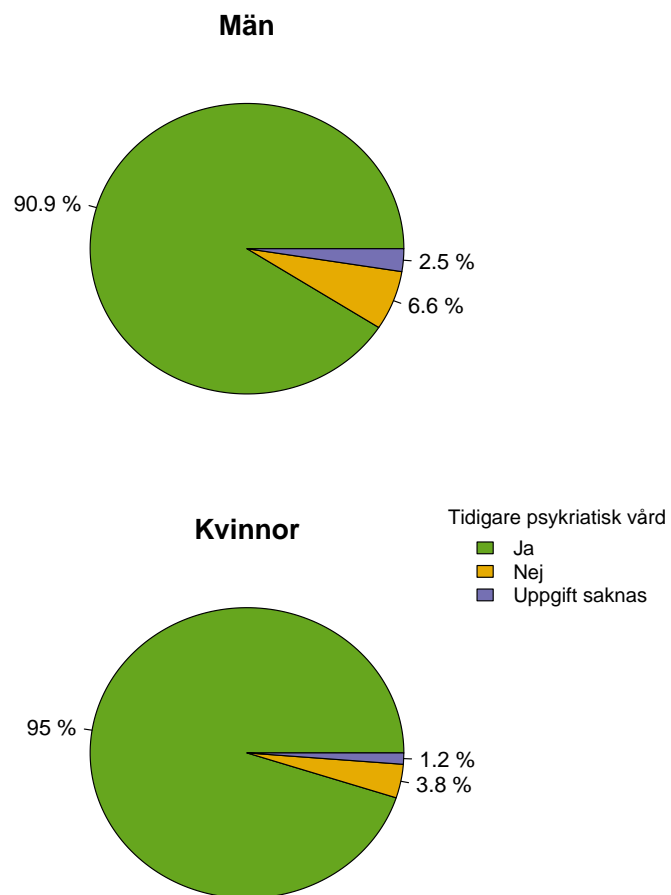
Figur 23: De tio vanligaste diagnoserna för män.

Diagnoser



Figur 24: De tio vanligaste diagnoserna för kvinnor.

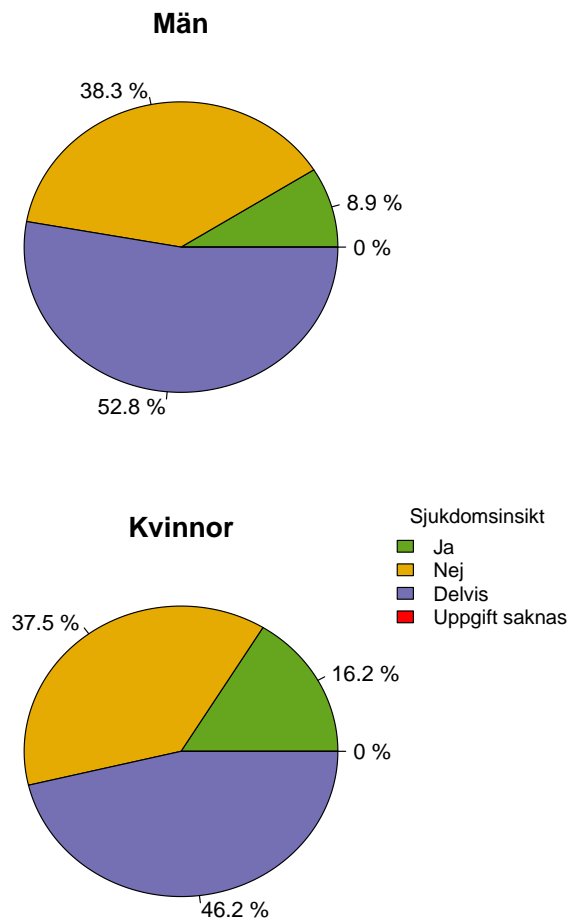
Tidigare psykiatrisk vård



Figur 25: Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.

Endast 6.6% av männen och 3.8 % av kvinnorna var tidigare okända inom psykiatrin. Detta är ett förvånansvärt resultat som kräver vidare analys.

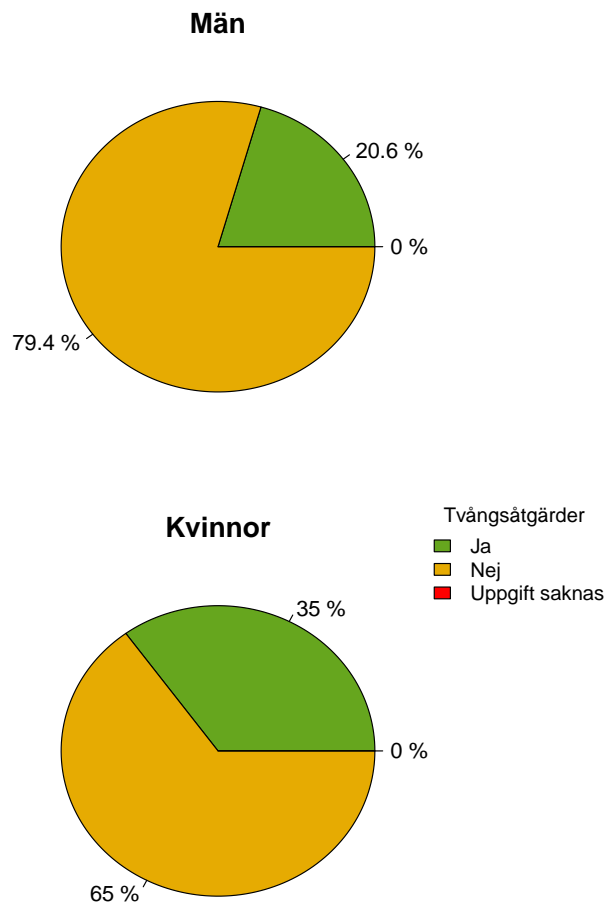
Insikt i sin sjukdom och problematik



Figur 26: Andel patienter som bedöms ha insikt i sin sjukdom och problematik.

En dryg tredjedel av patienterna bedöms sakna insikt i sin sjukdom och problematik enligt figur 26.

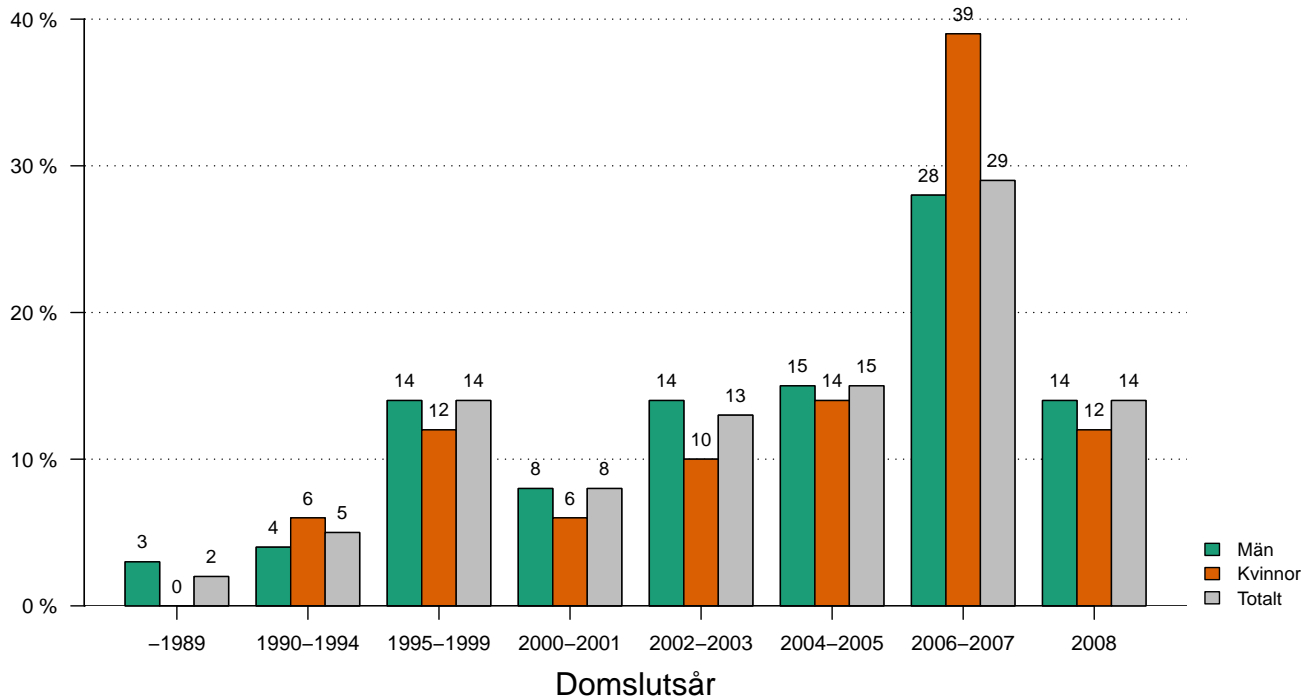
Tvångsåtgärder



Figur 27: Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV paragraf 21.

Ett mycket glädjande resultat är att relativt få patienter har varit föremål för detta men det finns en noterbar skillnad mellan könen. Kvinnor blir enligt figur 27 föremål för mer tvångsåtgärder än män. Detta måste analyseras vidare.

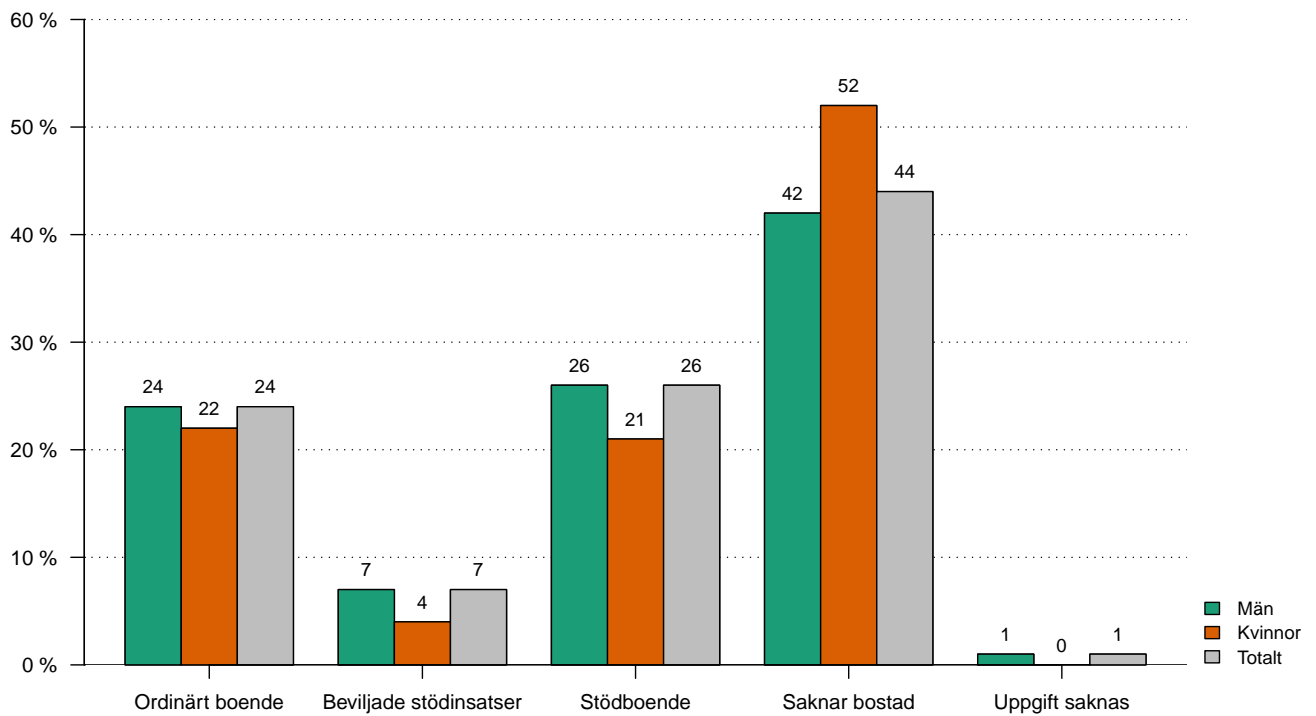
Domslutsår för patienter som vårdades 2008



Figur 28: Andel patienter med olika domslutsår.

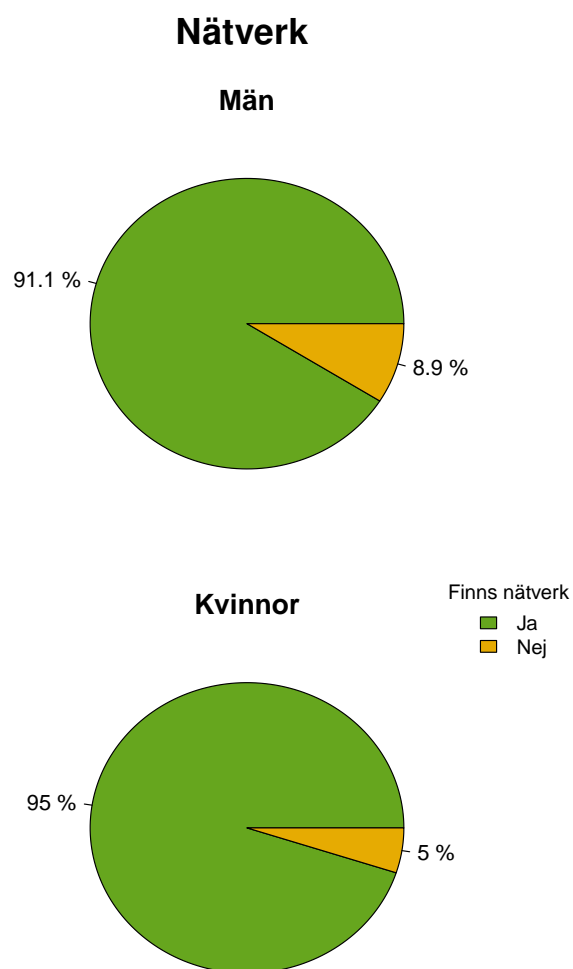
Figur 28 visar att vårdtiderna är långa. Omkring 40% av patienterna har vårdats mer än 5 år.

Boendeform



Figur 29: Andel patienter som har tillgång till olika boenden under pågående vård.

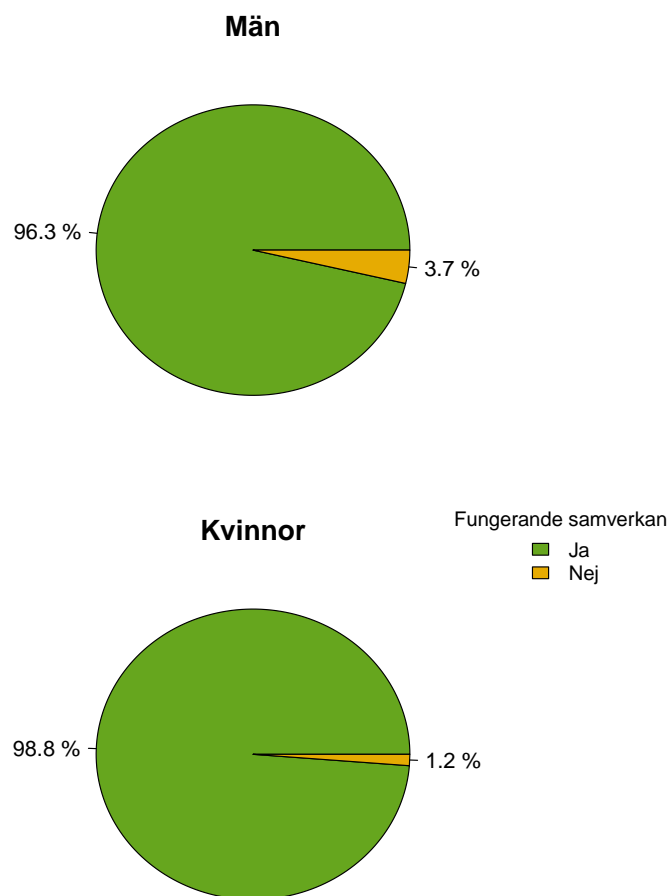
Endast en knapp fjärdedel av patienterna har eget boende enligt figur 29. Mer än hälften av kvinnorna saknar eget boende. Motsvarande siffra för männen är 4 av 10.



Figur 30: Andel patienter som har ett nätverk.

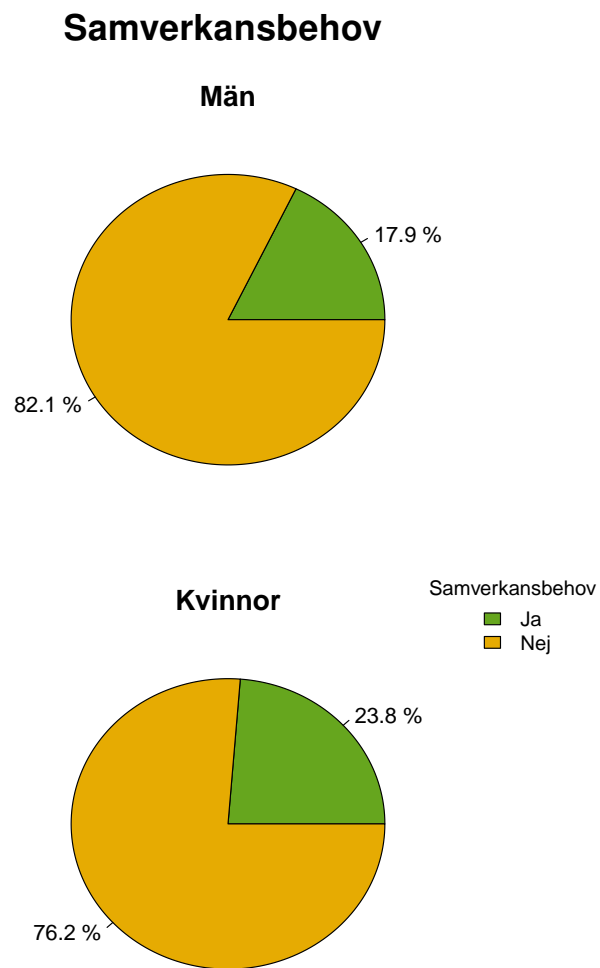
Figur 30 visar att mer än 90% av patienterna har någon form av nätverk. I begreppet nätverk räknas även professionella aktörer in.

Fungerande samverkan



Figur 31: Andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

Mer än 95% av patienterna har en fungerande samverkan enligt figur 31. Detta är ett något oväntat positivt resultat.



Figur 32: Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett.

Ej tillgodosett samverkansbehov bedöms endast 18% av männen och 24% av kvinnorna ha enligt figur 32.

Referenser

- [1] H. Belfrage. Variability in forensic psychiatric decisions-evidence for a positive crime preventive effect with mentally disordered violent offenders? *Studies on Crime and Crime Prevention*, 4:119–124, 1995.
- [2] Socialstyrelsen. *Uppföljning och utvärdering: Rättspsykiatrisk vård utvärdering-omvärdering*. 2002.