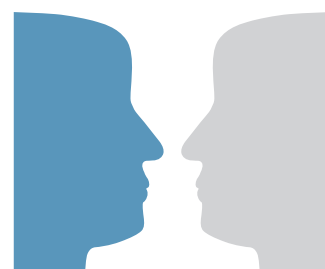


RättspsyK

Årsrapport 2021

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2021

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK
<https://rattpsyk.registercentrum.se>, www.kvalitetsregister.se

Region	Deltagande verksamheter
Dalarna	RPK Säter
Gävleborg	LRV-enheten Gävleborg
Halland	RPV Halland
Jönköping	RPV Jönköping
Kalmar	RPA Västervik
Kronoberg	RPK Region Kronoberg/Växjö
Norrbottn	Piteå Rättspsykiatri, Malmöfältens 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:

Swedish National Forensic Psychiatric Register,
RättspsyK (2021). Annual 2021. Gothenburg:
Swedish National Forensic Psychiatric Register.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister,
RättspsyK (2021). Årsrapport 2021. Göteborg:
Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

ISSN 2001-3698

Tryckår 2022

Formgivning och produktion: Valentin Experience.

Tryck: DanagårdLITHO AB.

Foto: Rättspsykiatriska kliniken Säter, fotograf Johan Stetsko.

Registerhållare

Magnus Kristiansson

Områdesdirektör

Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall

Magnus.Kristiansson@rvn.se

Biträdande registerhållare

Helena Andreasson

Psykiatrisjuksköterska

Rättspsykiatri Skåne

Helena.I.Andreasson@skane.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Marianne Ander

Helena Andreasson

Per Bülow

Kaj Forslund

Peter Karlberg

Magnus Kristiansson

Ebba Noland

Tom Palmstierna

Statistiker

Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland

413 45 Göteborg

peter.gidlund@vgregion.se

Utgivare

Magnus Kristiansson

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen

413 45 Göteborg



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	8
Resultat	11
Bortfall	11
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott	12
Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2021	13
Klinisk skattning av symtombilden	14
Jämförelse av symtombild mellan RättspsyK och PsykosR	15
Insikt i sin sjukdom och problematik	15
Behandlingsmotivation	15
Body Mass Index (BMI)	16
Jämförelser av BMI mellan RättspsyK och PsykosR	17
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	18
Skuldsituation	19
Nätverk	19
Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	20
Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	21
Vårdprocess	23
Hälsofrämjande insatser	23
Läkemedelsbehandling	24
Missbruksbehandling	29
Övriga stöd- och behandlingsinsatser	30
Tvångsåtgärder	32
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning	33
Avslutande av rättspsykiatrisk vård	34
Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård	34
Patientgruppen i registret	38
Verksamheterna i registret	52
Redovisning på verksamhetsnivå	53
Verksamheternas hälsofrämjande arbete	65
Registerhållarna reflekterar	76
Forskning och validering	78
Möjliga områden för utvecklingsprojekt	79
Urval av publikationer med referens till RättspsyK	80
Diskussion	81
Vad är rättspsykiatrisk vård?	82
Fakta om RättspsyK	84
Täcknings- och anslutningsgrad	86

Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård. Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer pågick mellan åren 2003–2008 och bedrevs i olika arbetsgrupper med Svenska Rättspsykiatriska Föreningen som sammanhållande länk. År 2021, som präglats av covid-pandemin, hög sjukfrånvaro och VAB-frånvaro, har inneburit stora påfrestningar på all sjukvårdspersonal. Under 2021 har dessutom RättspsyK bytt plattform, från INCA till Registercentrums Stratum i Västra Götaland. Effekterna av covid-pandemin och ny plattform har, trots stora utmaningar för personalen, inte minskat antalet registreringar jämfört med tidigare år. Personalen på de rättspsykiatriska verksamheterna har trots alla problem genomfört registreringar och täckningsgraden ligger därför på samma nivå som tidigare år, kring 82 procent.

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.

Underlag till forskning

Antalet vetenskapliga publikationer som refererar till RättspsyK har ökat under åren och under 2021 har vi identifierat fyra vetenskapliga publikationer som refererar till RättspsyK.

Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är framtagna av analysgruppen. Urvalet är grundat på återkopplingar från tidigare rapporter, diskussioner på nationella möten, erfarenheter från valideringar, kontakter med registrerare och övrigt kliniskt verksam personal.

Utöver urvalet i denna rapport finns ytterligare data som kan analyseras och vara av intresse för verksamheterna.

Verksamheter med få patienter

Eftersom data, av sekretesskäl, inte redovisas för verksamheter som har färre än 10 patienter saknas data för dessa i rapporten. Det finns alltid möjlighet att få ut data för den egna verksamheten genom att kontakta registerhållaren.

Årets tema

Årets tema, som beslutats av registrets styrgrupp, är somatisk sjuklighet, somatisk läkemedelsbehandling och hälsofrämjande insatser. Med utgångspunkt i årets tema har rubriken ”Verksamhetscheferna reflekterar” ersatts

med ”Verksamheternas hälsofrämjande arbete” där verksamheterna presenterar arbetet med att öka patienternas hälsa. Somatisk sjukdom, fördelat på kön, och läkemedel vid diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar är nyheter i årets rapport, se vidare under ”Vårdprocess”.

Måltal

I registret finns fyra måltal som belyser viktiga aspekter av vården. I rapporten redovisas såväl andel verksamheter som uppfyllt respektive måltal som hur väl enskilda verksamheter nått dessa. Se mer under ”Syfte och måltal”.

Utfall av indikatorer utifrån vårdtid

Patientgrupper med vårdtid på fyra år, sex år respektive mer än 12 år jämförs. Läs mer under ”Vårdprocess”.

Hur ser utfallet av vården ut?

Utifrån ett antal indikatorer följs utfallet av vården. Läs mer under ”Resultat”.

Vad påverkar vårdtiden?

En beskrivning av några faktorer som har betydelse för vårdtidens längd presenteras i kapitlet ”Vårdprocess”.

Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) fortsätter redovisningen av återfall i brott efter att vården avskrivits. Nytt för i år är redovisning av eventuella tidigare lagföringar och mest ingripande påföljd och relationen till återfall i brott. Läs mer under ”Resultat”.

Hur ser verksamheterna i registret ut?

Hur ser verksamheterna i registret ut vad avser t.ex. lokalisering, antal slutenvårdsplatser, säkerhetsnivå och patienternas medelålder? Läs mer under ”Verksamheterna i registret”.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Hur är gången från brott till dom och vård? Vad är allvarlig psykisk störning? Vad betyder särskild utskrivningsprövning? Läs mer under ”Vad är rättspsykiatrisk vård?”

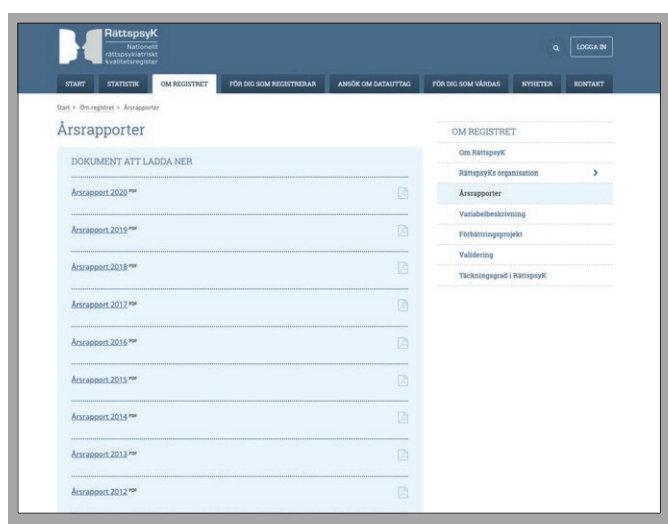
Läsanvisningar – redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2021. 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 10 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.

” Somatisk sjukdom, fördelat på kön och läkemedel vid diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar är nyheter i årets rapport.



Tillgång till årsrapporter och statistik på nätet

Årsrapporter På RättpsyK:s hemsida: <https://rattpsyk.registercentrum.se> väljer du fliken ”Om registret” och därefter fliken ”Årsrapporter”. På den sidan finns alla årsrapporter i PDF-format.

Statistik På RättpsyK:s hemsida: <https://rattpsyk.registercentrum.se> väljer du fliken ”Statistik” där du guidas vidare till statistikvisningen. Där visas registrerande verksamheter och deras resultat från år 2012 och framåt för de fyra måltalen: Självskattad psykisk hälsa, Självskattad fysisk hälsa, BMI och Återfall i brottslig gärning under pågående vård.

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.

Analysgruppen är medveten 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 presenteras data i RättpsyK 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 så kallade måltal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, BMI och återfall i brottslig gärning under vårdtiden). Inget av målen har uppfyllts på nationell nivå, men på verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått delar av de fastställda målvärdena. Målet att minst 75 procent av patienterna ska ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala uppnåddes inte av någon verksamhet i år.

Anslutningsgraden för registret på verksamhetsnivå var, som tidigare, 96 procent, det vill säga 24 av 25 verksamheter registrerar. Täckningsgraden var 82 procent av alla patienter.

Antalet patienter som följdes upp 2021 (N=1 920) är något färre än 2020 (N= 1 934). Skillnaden är marginell och relationen mellan män och kvinnor är densamma, 14 procent var kvinnor. Medianåldern var 40 år, samma som 2019 och 2020. Däremot var antalet nyregistreringar lägre, 211 jämfört med 307 år 2020. Under 2020 var dock nyregistreringarna mycket höga och en avvikelse från tidigare år. Antal personer som fick sin LRV-dom avskriven var 142, en siffra som fluktuerar något, men är relativt konstant under de senaste tio åren.

Medianvårdtiderna har successivt ökat under en åttaårsperiod. Från 2012 till 2019 har medianvårdtiderna, för patienter som har fått sin LRV-dom avskriven, ökat från 42 månader till 60 månader. Årets siffror, liksom 2020, ligger däremot på en något lägre nivå, 58 månader. Det är dock stora skillnader mellan verksamheterna. Medianvårdtiden vid avskriven vård varierar från 33 till 82 månader, med ett riksgenomsnitt på 58 månader. När vården fortfarande är pågående var skillnaderna mellan verksamheterna än större, från 25 till 141 månader. Skillnaderna speglar verksamheternas uppdrag och säkerhetsnivå och relationen mellan sluten- och öppenvård.

Tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård var vanlig, 90 procent hade haft tidigare kontakt med psykiatrisk vård, 9 procent hade tidigare LRV-domar. Den vanligaste påföljden var LRV med SUP vilket var fallet i 79 procent. Andelen domar med SUP har ökat något över tiden, från 74 procent perioden 2013–2015 till 79 procent, perioden 2019–2021. Andelen personer som har en dokumenterad historia av missbruk ökar också, från 60 procent perioden 2013–2015 till 71 procent, perioden 2019–2021.

Eftersom vårdtiderna är långa återkommer en stor andel av patienter i de olika årsrapporterna vilket avspeglas i små variationer mellan åren. Schizofrenidiagnosen dominerar, 55 procent av männen och 43 procent av kvinnorna har schizofreni som huvuddiagnos. Dominerande indexbrott var brott mot liv och hälsa, 3 kapitlet BrB. Årets siffror visar att 51 procent av männen och 43 procent av kvinnorna dömdes för brott mot liv och hälsa. Det är samma siffror som 2020.

Somatisk hälsa, eller mer korrekt, somatisk ohälsa hos personer med psykiska sjukdomar, har uppmärksammats mer under senare år. Årets tema är kartläggning av somatisk ohälsa och hälsofrämjande insatser för patienter som vårdas enligt LRV. Somatiska sjukdomstillstånd registrerades för 42 procent av kvinnorna och för 33 procent av männen. Det vanligaste sjukdomstillståndet var diabetes följt av hjärt- och kärlsjukdomar. Bland kvinnorna med registrerade sjukdomstillstånd var diabetes vanligast med 31 procent följt av hjärt- och kärlsjukdomar, 21 procent. Motsvarande siffror för män var hjärt- och kärlsjukdomar.

Andelen somatiska sjukdomar avspeglas i förskrivning av läkemedel, 68 procent av männen hade någon form av somatisk medicinering, bland kvinnorna var siffran 81 procent.

Behandling med psykofarmaka ligger på en stabil nivå i jämförelse med tidigare år, 97 procent behandlades med psykofarmaka. Antipsykotiska medel dominerar, knappt 85 procent av samtliga patienter behandlades med dessa medel, med små skillnader mellan kvinnor och män.

Hälsofrämjande insatser började redovisas i RättspsyK 2019, och andelen patienter som får hälsofrämjande insatser har ökat något, från 45 procent 2019 till 50 procent 2021. Rådgivning kring fysisk aktivitet och matvanor var de vanligaste insatserna.

Övervikt och fetma är en dokumenterad orsak till sämre somatisk hälsa. I årets rapport visar data på att det är långt kvar till målet att andelen personer med ett BMI lika med, eller över 30, ska vara lägre än 37 procent. Detta mål har enbart nåtts av fyra verksamheter, jämfört med sex verksamheter 2020. Andelen kvinnor med ett BMI över 30, det vill säga lider av fetma, har ökat och ligger nu på 61 procent. Även andel män med BMI över 30 har ökat och 46 procent i slutenvård lider av fetma.

BMI är ett av fyra måltal som återkommer i varje årsrapport. De övriga tre är självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa och återfall i brottslig gärning under pågående vård. I år nåddes inte målen på riksnivå, men några av verksamheterna klarade målen. Som vid tidigare rapporter så är måltalet fysisk hälsa svårast att uppnå,

ingen verksamhet nådde målet att minst 75 procent av patienterna skulle uppleva god fysisk hälsa.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder visar på en liten minskning under perioden 2009–2021. En trend har varit att andelen avskiljningar ökar medan fastspänning minskar. Denna trend bryts i årets rapport där fastspänning ökar något. Skillnaderna är dock små mellan åren.

Återfall i brott, ett år efter avslutad LRV-dom, visar i årets rapport ha en stark relation till antal lagförda brott som personen dömts till innan LRV-domen. Även graden av hur ingripande påföljder var visar på en relation till återfall inom ett år.

” Somatisk hälsa, eller mer korrekt, somatisk ohälsa hos personer med psykiska sjukdomar, har uppmärksammats mer under senare år. Årets tema är kartläggning av somatisk ohälsa och hälsofrämjande insatser för patienter som vårdas enligt LRV. Somatiska sjukdomstillstånd registrerades för 42 procent av kvinnorna och för 33 procent av männen.

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.

Registrets styrgrupp har valt ut fyra indikatorer till måltal, vilka är tänkta att fånga viktiga aspekter av vården. För indikatorerna BMI och återfall i brottslig gärning under pågående vård är måltalen satta utifrån nivån i riket för inrapporterade data i Öppna jämförelser 2011¹. För att vara utmanande men ändå möjliga att uppnå har måltalen av styrgruppen satts något lägre än nivån för riket. För de patientrapporterade indikatorerna psykisk och fysisk hälsa är måltalen satta utifrån styrgruppens bedömning.

Måltalen är:

- **Självskattad psykisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala².
- **Självskattad fysisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala.
- **Body Mass Index (BMI):** Mindre än 37 procent av patienterna har ett värde på 30 eller högre.
- **Återfall i brottslig gärning³ under pågående vård:** Mindre än 10 procent av patienterna återfaller i brottslig gärning under pågående vård.

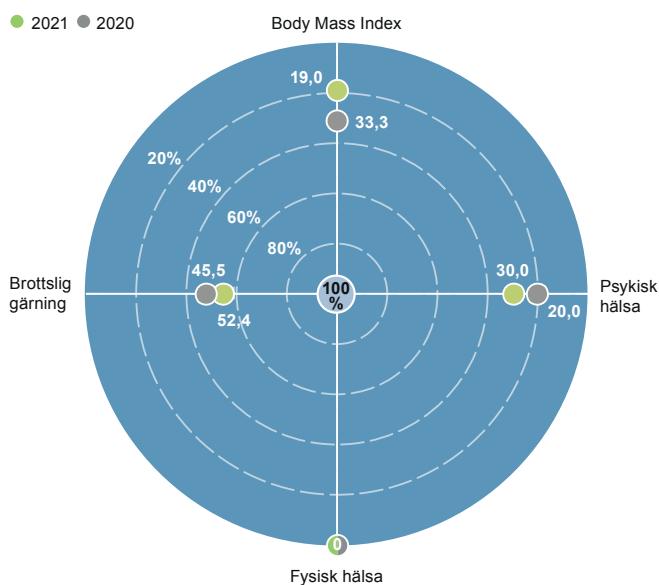
Punkterna i figur 1 visar hur stor andel av verksamheterna som har uppfyllt måltalet inom respektive måldimension för åren 2020 och 2021. Ju närmare centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika måltalet. I figuren redovisas samtliga verksamheter, även de med färre registreringar än 10.

År 2021 har fler verksamheter uppnått måltalen för psykisk hälsa och brottslig gärning jämfört med 2020. För psykisk hälsa är det sex verksamheter (2020 var det fyra verksamheter) som uppnått måltalet. För brottslig gärning är det 11 verksamheter som har uppnått måltalet jämfört med 10 verksamheter år 2020.

För BMI är det färre verksamheter som uppfyller måltalet, jämfört med 2020, från sex till fyra verksamheter.

Det har inte skett någon förändring av måltalet fysisk hälsa mellan åren 2020 och 2021, ingen verksamhet har uppfyllt målet.

Figur 1. Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2020 och 2021.



¹ Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Jämförelser mellan landsting 2011, Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen 2011. ISBN 978-91-7164-742-9.

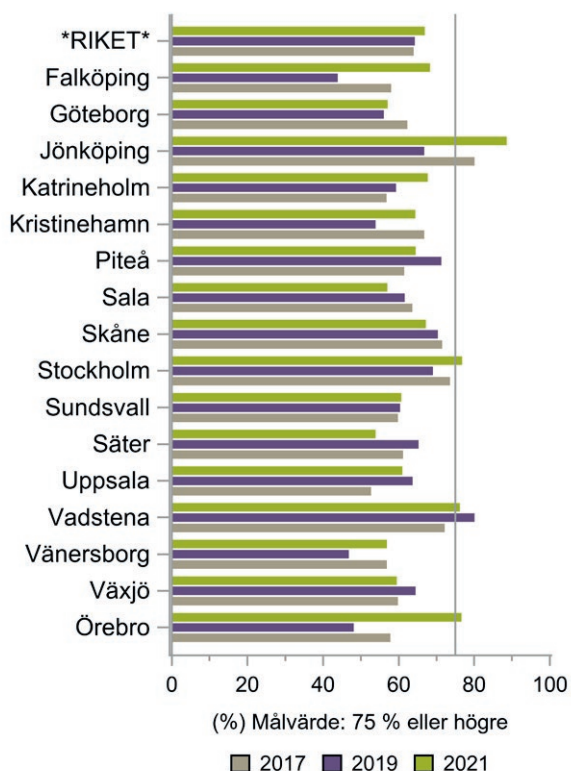
² VAS (Visuell Analog Skala, 0–100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

³ För definition av återfall i brottslig gärning se kapitel "Resultat".

Självskattad psykisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning i figuren är att höga värden är önskvärda. Måtalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2021 var andelen patienter som nådde måtalet 67 procent. Tidigare har andelen patienter som nått måtalet varit mellan 60 och 64 procent. Sex verksamheter har uppnått måtalet, två av dem syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade.

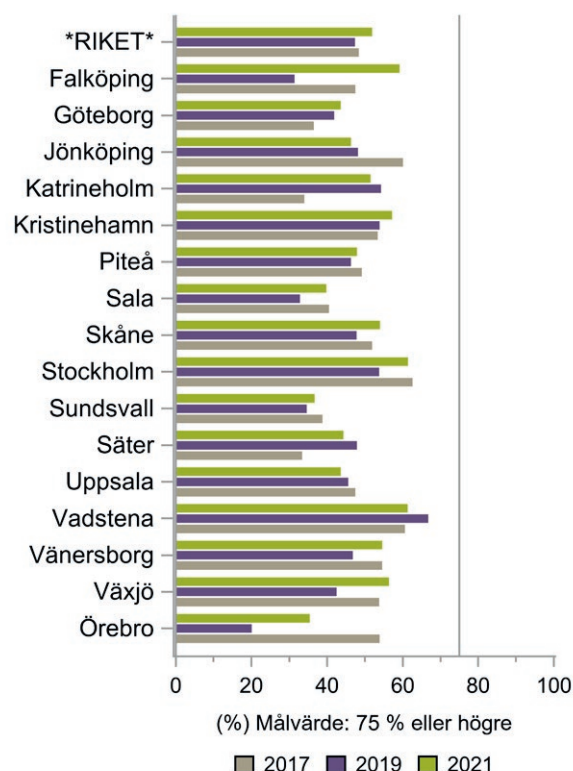
Figur 2. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



Självskattad fysisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning i figuren är att höga värden är önskvärda. Måtalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2021 var andelen patienter som nådde måtalet 52 procent. Det uppfattas vara ett av det svåraste måtalet för verksamheterna att uppnå.

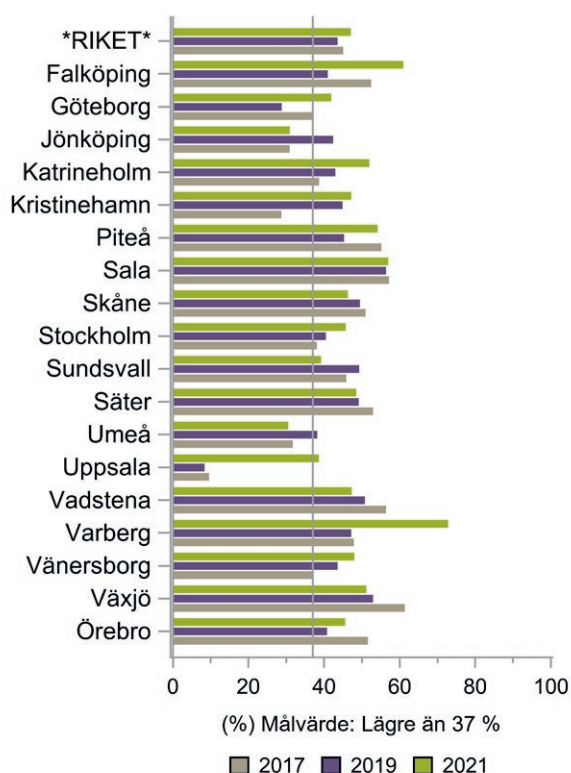
Figur 3. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75.



BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller högre och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. Måltalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. Fyra verksamheter har uppnått måltalet 2021. Två av dem syns inte i figuren på grund av färre än 10 patienter registrerade.

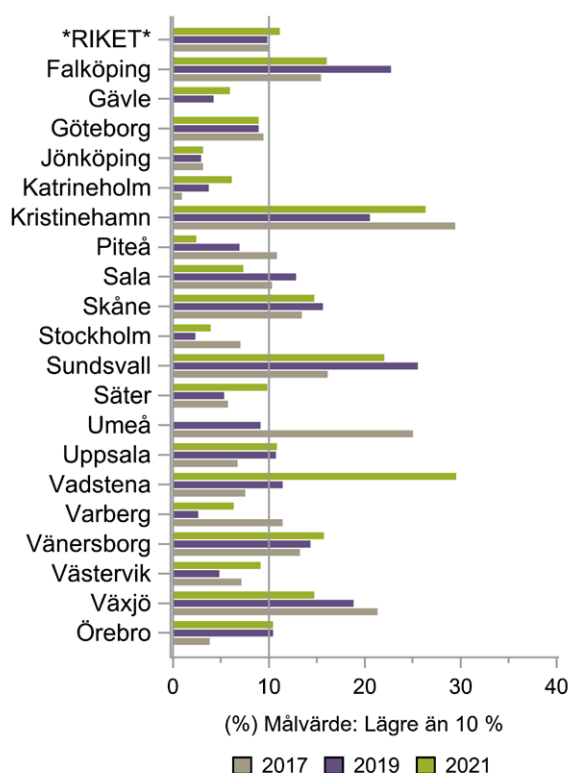
Figur 4. Andel patienter med BMI lika med eller över 30.



Återfall i brottslig gärning under pågående vård

För måluppfyllnad ska mindre än 10 procent av patienterna återfalla i någon brottslig gärning under pågående vård och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel "Resultat". Måltalet har inte uppnåtts på nationell nivå men figuren visar 11 verksamheter som har uppnått måltalet 2021.

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



Sammanfattningsvis har under 2021 inget måltal uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måltalen. Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Andelen verksamheter som uppnått måltalet självskattad psykisk hälsa har ökat från

två till sex verksamheter 2021. Det är den högsta andelen något år. Fysisk hälsa är det ingen verksamhet som har uppnått måltalet sedan 2017 då var det en verksamhet.

Måltalet återfall i brottslig gärning uppnåddes i år av 11 verksamheter. Sedan 2017 är det fem verksamheter som har uppnått måltalet fem år i rad.

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. Svarsfrekvensen på dessa variabler är cirka 55 procent, vilket gör att utfallet bör tolkas med försiktighet. I resultatdelen presenteras även ekonomi och eventuell skuldsituation, nätverk samt återfall i brottslig gärning under pågående vård och återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård.

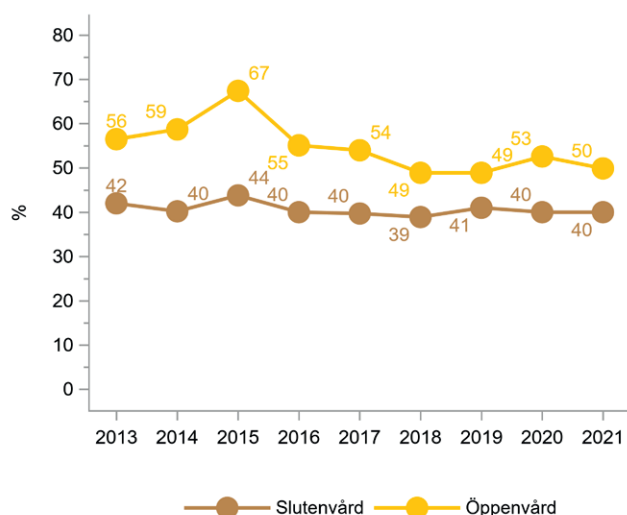
Bortfall

RättspsyK har en hög anslutningsgrad 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.

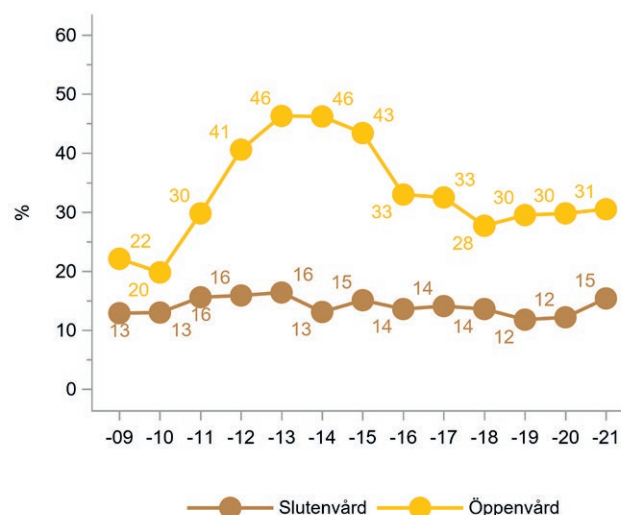
Patienterna självskattar livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa samt fysisk hälsa på en VAS-skala från 0 till 100. På dessa fyra frågor kan patienten välja att inte svara och personalen fyller då i ”patienten vill inte delta”. Personalen kan också göra bedömningen att patienten inte kan 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 handläggarna inte kommer vidare i formuläret om de inte kryssar i något av svarsalternativen.

Figur 6. Bortfall, självskattningar*.



* Livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa och fysisk hälsa.

Figur 7. Bortfall, BMI.



Bortfall i självskattning av psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet och återfall i brottslig gärning har varit identiska under en längre period och redovisas därför gemensamt i en figur. Bortfallet ökar successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess minskat något, speciellt inom öppenvården och ligger de senaste åren på en relativt konstant nivå, cirka 50 procent i öppenvård och 40 procent i slutenvård. Generellt sett är bortfallet i rapporteringen större i öppenvård än i slutenvård.

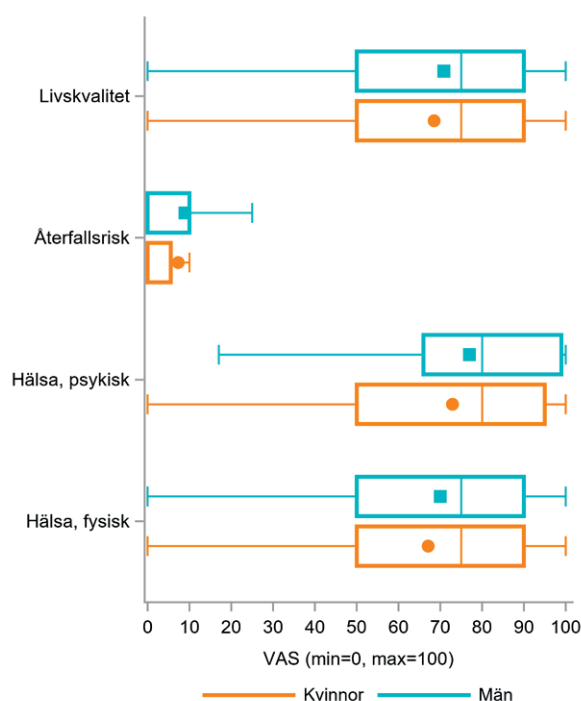
Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 8, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke. Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och är i 2021 års rapporteringar 31 procent, det vill säga det finns uppgifter om vikten hos 69 procent av de patienter som behandlas i öppenvård.

Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott

Som synes är det en stor spridning i den individuella upplevelsen av livskvalitet och psykisk respektive fysisk hälsa. 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 Box Plot återfinns på sidan 51.

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



Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2021

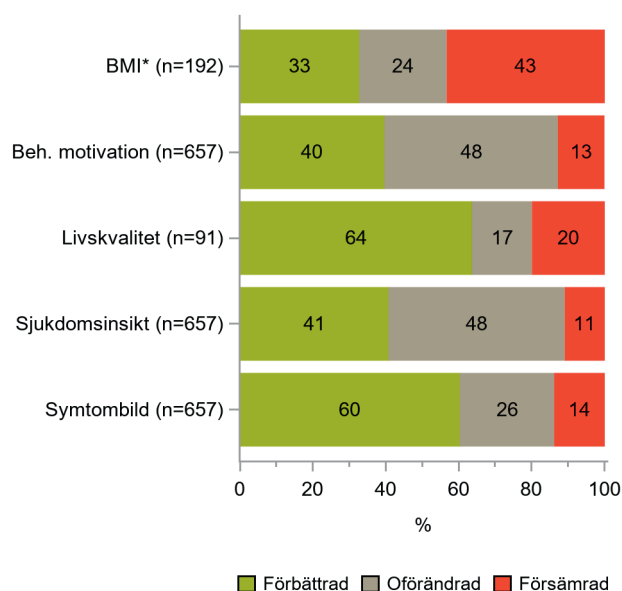
I registret följs fem indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Figur 9 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2021 (N= 657) 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 gråmarkerade 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 2009–2021.



* Endast patienter med ingångsvärde BMI lika med eller över 25. Definition av förändring; minst 2,5 procent minskning eller ökning av BMI-värdet.

BMI

Såsom figur 9 visar har 43 procent av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Då BMI är den indikator där det noteras påtagliga försämringar analyseras förändringar kring gränsen för övervikt som är BMI lika med eller över 25. Att denna gräns valts beror på att ett BMI på 25 eller mer anses öka risken för sjukdomar, framför allt i form av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Behandlingsmotivation – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

Även för indikatorn behandlingsmotivation skattades nästan hälften av patienterna, 48 procent, som oförändrad. En analys visar att 41 procentenheter av de som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade ett ingångsvärde som antingen helt eller delvis behandlingsmotiverade. Eftersom 40 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (81 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

Ingångsvärde och utgångsvärde i det gråmarkerade fältet "oförändrad" fördelas enligt följande:

- Har behandlingsmotivation (20 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (21 procent)
- Saknar behandlingsmotivation (7 procent)

Livskvalitet

Livskvalitet är den indikator som i årets rapport, liksom tidigare år, visar största förbättringarna då 64 procent skattade sin livskvalitet som förbättrad. Här skattar patienten sig själv vilket skiljer den indikatorn från de andra fyra.

Sjukdomsinsikt – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För nästan hälften, 48 procent, av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. En analys visar att 37 procentenheter, av de 48 procent som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 41 procent förbättrade sin sjukdomsinsikt under vårdtiden innebär det att en majoritet (78 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

Ingångsvärde och utgångsvärde i det gråmarkerade fältet "oförändrad" fördelas enligt följande:

- Har sjukdomsinsikt (9 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (28 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (12 procent)

Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För de 26 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

- Inga symtom (1 procent)
- Mycket milda symtom (3 procent)
- Milda symtom (8 procent)
- Måttliga symtom (8 procent)
- Påtagliga symtom (4 procent)
- Svåra symtom (1 procent)
- Mycket svåra symtom (1 procent)

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). Skalan fördelas på inga symtom, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra samt mycket svåra symtom. Bedömningen görs med referens till vissa sjukdomstillstånd, t.ex. schizofreni. Ofta har patienter en mer sammansatt problematik med t.ex. beroendesjukdomar och då ska den sammanlagda symtombilden skattas. Bedömningen avser symtombilden vid det aktuella bedömningstillfället, inte hela sjukdomsperioden. För att få likvärdiga bedömningar används en av registret framtagen instruktionsfilm där olika svårighetsgrader åskådliggörs på ett tydligt sätt.

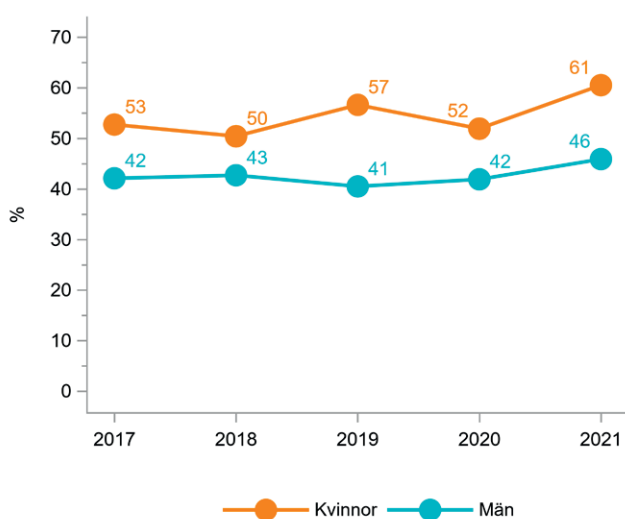
Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattas 35 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra, motsvarande siffror för kvinnor är 42 procent. Inga, mycket milda eller milda symtom rapporteras för männens del till 34 procent och för kvinnor 24 procent. Det är små skillnader mellan åren.

Body Mass Index (BMI)

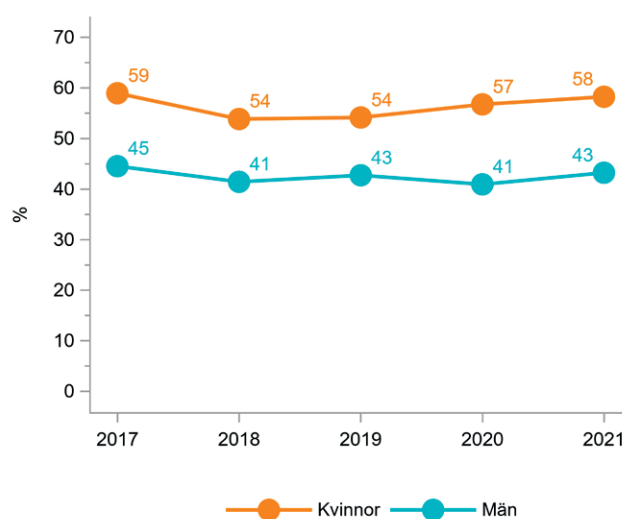
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Vi använder oss av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma. Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna har legat 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 har legat kring 50 procent under de senaste fem åren men ökade under 2019 till 57 procent. Årets siffror visar på en rejäl uppgång och andelen kvinnor inom slutenvården med fetma har ökat till 61 procent och männen till 46 procent. Även inom öppenvården noteras en ökning där andelen kvinnor med fetma nu är 58 procent och andelen män 43 procent.

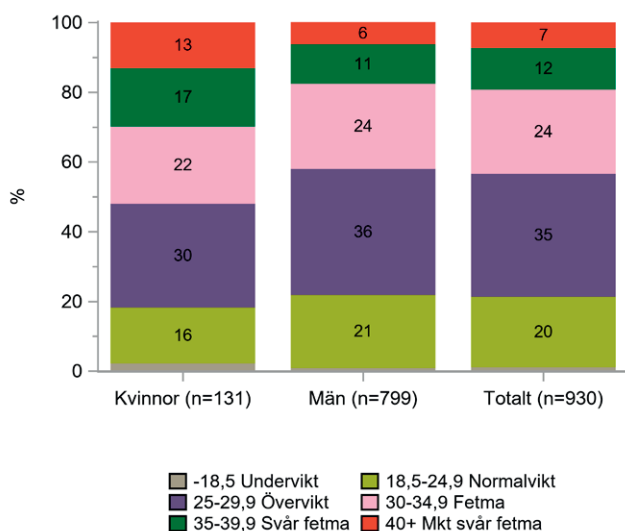
Figur 11. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



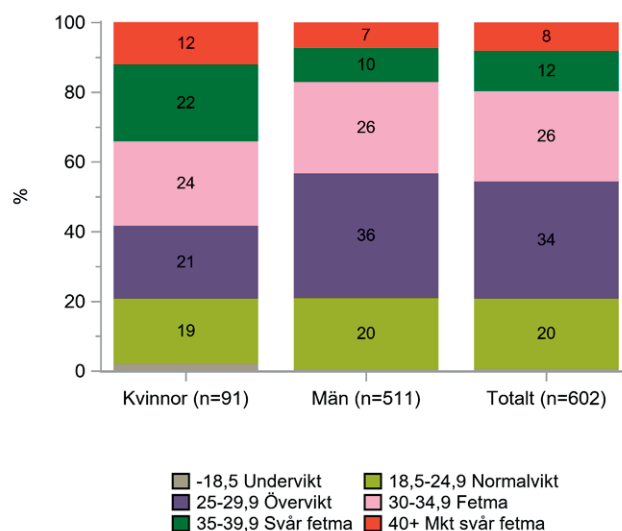
Figur 12. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



Figur 13. Andel patienter i respektive BMI-kategori, slutenvård.



Figur 14. Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.



Jämförelser av BMI mellan RättpsyK och PsykosR

Sedan rapporten 2014 har andelen patienter som var registrerade i RättpsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30 jämförts. Det har inte förelegat några betydande skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2021 års registreringar kvarstår likheterna.

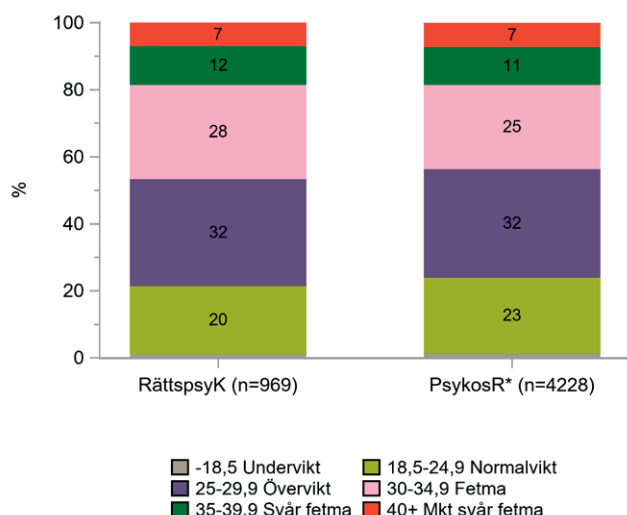
Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättpsyK:s data för att möjliggöra en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

Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (se Folkhälsomyndighetens hemsida om övervikt och fetma) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt

(BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen 16–84 år. Sammanlagt hade 36 procent övervikt och 16 procent fetma, vilket sammanlagt betyder att 52 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. En större andel män (57 procent) än kvinnor (46 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 20 procent har BMI 30 och över. Fördelat på ålder är det gruppen mellan 45–64 som lider av övervikt eller fetma, och gäller 71 procent av männen och 56 av kvinnorna.

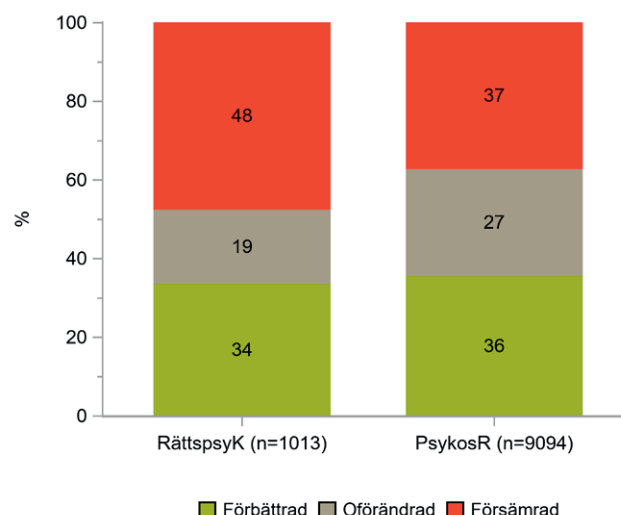
Över en tioårsperiod har endast marginella skillnader noterats mellan RättpsyK och PsykosR. Under 2019 fanns en tendens till ökad försämring bland patienter registrerade i RättpsyK. Andelen som försämrats ökade från 40 procent 2018 till 48 procent 2021.

Figur 15. Andel patienter i respektive BMI-kategori.



* Databasversion 2022-01-31

Figur 16. Förändring av BMI åren 2009–2021*.



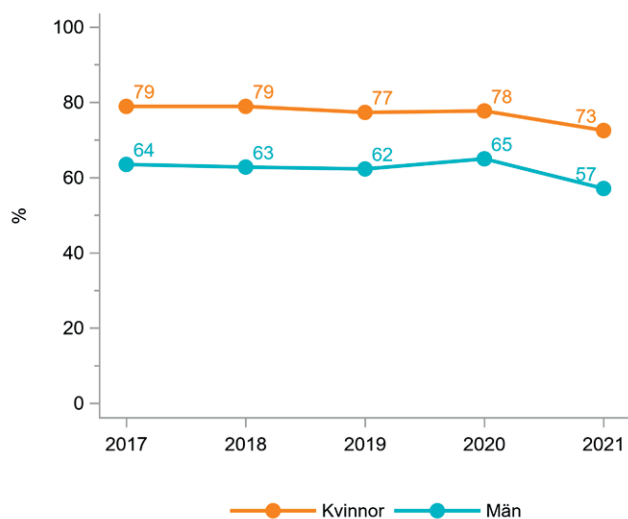
* I båda registren ingår endast patienter där första BMI-värdet är över eller lika med 25. I RättpsyK ingår endast patienter med psykosdiagnos. Definition av förändring: Minst 2,5% minskning eller ökning av BMI-värdet. Databasversion PsykosR: 2022-01-31.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

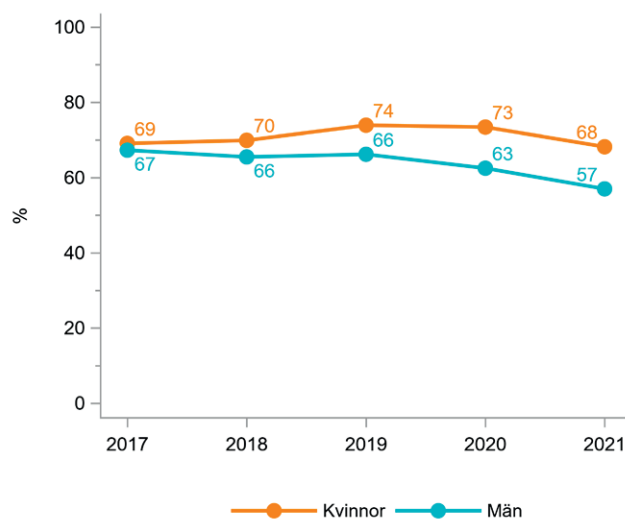
Andelen patienter som är i behov av hjälp med ekonomin är i klar majoritet. Det har inte varit stora skillnader mellan åren men i årets rapport minskar antalet patienter i behov

av att hantera sin ekonomi samtidigt som andelen patienter som får hjälp av god man/förvaltare har ökat något. Det gäller i både sluten- och öppenvården.

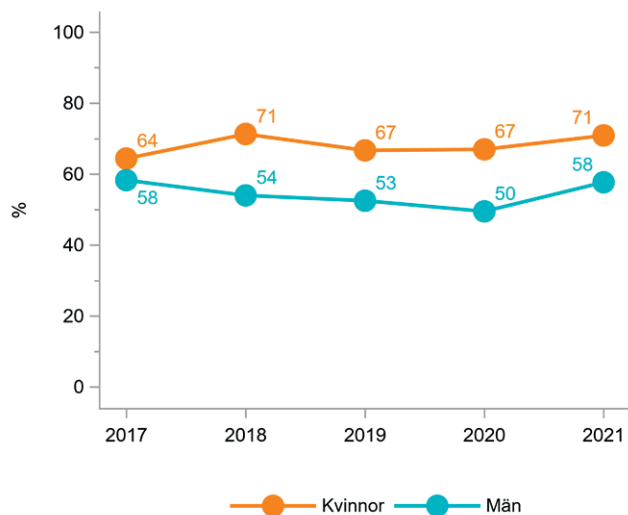
Figur 17. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



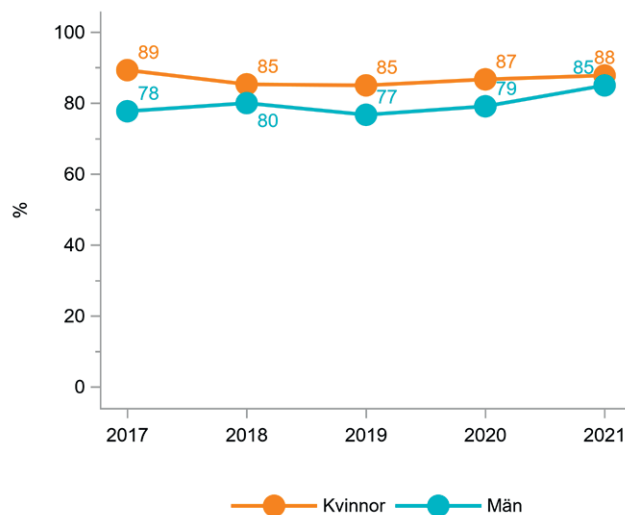
Figur 18. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



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.



Skuldsituation

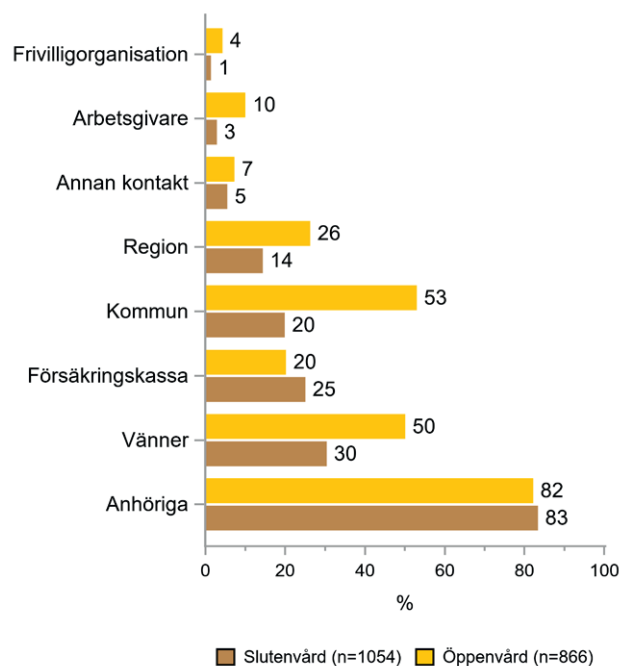
En klar majoritet av patienterna har behov av hjälp med att hantera sin ekonomi, såsom visas i figur 17 och 18. Flera av patienterna har dessutom skulder vid vårdens inledning eller får skulder under vårdtiden på grund av till exempel obetalda vårdavgifter. Om det finns en skuld och hur den har utvecklats, har registrerats sedan 2008 men svarsalternativen har varierat vilket gör att jämförelser över åren inte är möjliga. Sedan Årsrapport (2019) är svarsalternativen att skuldsituationen är ”förbättrad”, ”oförändrad” eller ”försämrade”. Ytterligare ett svarsalternativ finns, ”uppgift saknas” vilket innebär att personalen inte vet om patienten har en skuld eller så saknar de kunskap om hur en reell skuld har utvecklats, det vill säga om den är ”förbättrad”, ”oförändrad” eller ”försämrade”, enligt de svarsalternativ som finns.

Under 2021 har 98 kvinnor registrerats varav det saknas uppgifter för 26 (26 procent). Av de resterande 72 kvinnorna så hade 30 (31 procent) förbättrat sin skuldsituation, 32 (33 procent) hade en oförändrad skuldsituation och 10 (10 procent) hade en försämrade skuldsituation. Bland männen saknas uppgifter för 267 personer vilket motsvarar 39 procent av de 692 registrerade männen. Av de resterande 425 så hade 161 (23 procent) förbättrat sin skuldsituation, 179 (26 procent) hade en oförändrad skuldsituation och 85 (12 procent) hade en försämrade skuldsituation.

Nätverk

Ett fungerande nätverk är av betydelse under den pågående vårdtiden men kanske framförallt vid vårdens avslutning. I årets rapport presenteras fördelningen av nätverkskontakter mellan olika professionella kontakter liksom mellan vänner och anhöriga och efter vårdform. Under de senaste tio åren har andelen patienter som haft nätverkskontakter varit hög, över 90 procent. Det absolut största nätverket består av anhöriga. Denna siffra, strax över 80 procent, har varit konstant sedan 2011. Kontaktnätet med region och kommun är större i öppenvård, liksom vänner vilket är ett förväntat resultat. Data visar också att kontakten med anhöriga inte tycks minska under slutenvårdstiden, utan är till och med några procentenheter högre i slutenvården.

Figur 21. Fördelning av nätverkskontakter mellan sluten- och öppenvård.



Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Återfall i lagförda brott

Brå har inte uppdaterat siffrorna sedan 2019 utan här presenteras samma som i 2020 årsrapport. Genom samarbete med Brå har vi siffror på att 13 procent lagfördes för något brott begånget under vårdtiden, både under sluten- och öppenvård (under perioden 2009–2017). Att lagföras innebär att åklagare vid domstol åtar för brott som faller under allmänt åtal. Det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott, näst vanligast var brott mot allmänhet och stat, huvudsakligen våld eller hot mot tjänsteman, därefter tillgreppsbrott, huvudsakligen stölder (Brå Kortanalys 2/2019).

Påföljder

I en femtedel av brotten beslutade åklagaren om åtalsunderlåtelse. Detta innebär att det inte blir åtal eller rättegång. En förutsättning är att personen erkänner sig vara skyldig till brottet. Man får alltså ingen påföljd men registreras i belastningsregistret. Några fick böter utan att brottet gick till domstol men i en majoritet av fallen dömdes personen.

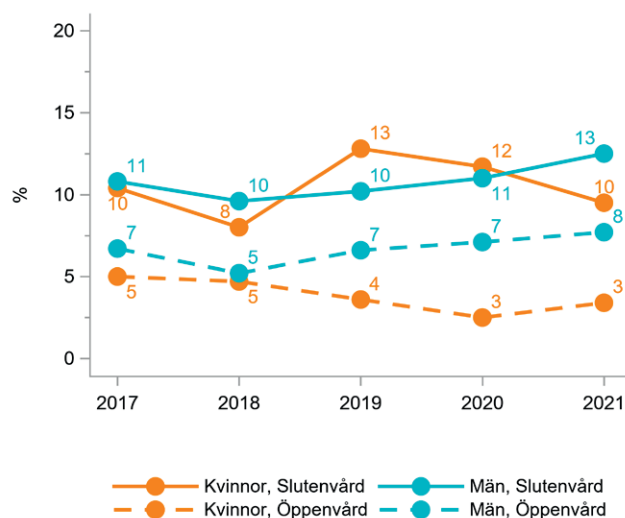
Vanligast var att personen fick en ny dom till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Den näst vanligaste påföljden var böter.

De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård. (Brå Kortanalys 2/2019, Brotts som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019).

Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Förutom återfall i brott som lagförts förekommer brott som inte lagförts men som kommit till personalens kännedom och som registrerats i kvalitetsregistret. Det rör sig om de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polisanmält misstänkt brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal. Dessa brott benämns ”Återfall i brottslig gärning under pågående vård” och det är dessa som presenteras i figur 22. De 13 procent som lagförts någon gång under perioden 2009–2017 är inte inkluderade i figuren.

Figur 22. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård i sluten- (SV) och öppenvård (ÖV).



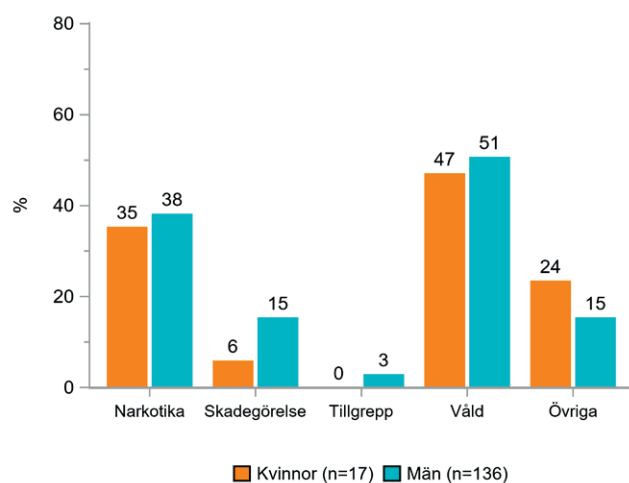
Att registrera återfall i brottslig gärning under pågående vård har naturligtvis sina begränsningar och det är möjligt att det förekommer fler återfall än vården känner till. Rapporteringen speglar troligen också olika toleransnivåer för vad som accepteras under vårdtiden mellan olika verksamheter, exempelvis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

Återfall i brottslig gärning under pågående vård fluktuerar något för såväl kvinnor som män under femårsperioden 2017–2021. Under 2019 noterades en ökning bland kvinnor i slutenvården men minskar 2020 och 2021. Det rör sig dock om små tal och en skillnad på två personer ger en skillnad på flera procent omräknat i andel. Samtidigt minskar andelen kvinnor som begår brottslig gärning i öppenvård konstant under femårsperioden och under 2021 var det endast fem kvinnor som begick en brottslig gärning. I slutenvård begick 17 kvinnor en brottslig gärning. Bland män var siffrorna 136 i slutenvård och 62 i öppenvård.

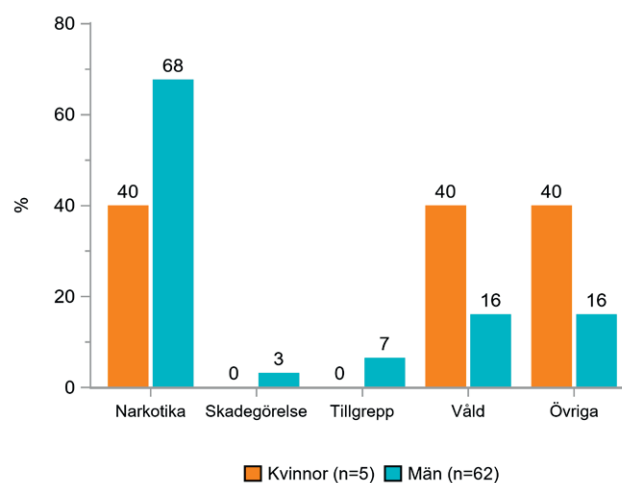
Återfall i brottslig gärning under pågående vård redovisas i fem kategorier som redovisas i figur 23 och 24.

Som syns i figurerna var det relativt stora skillnader i brottskategorier mellan sluten- och öppenvård. Narkotikabrott dominerar i öppenvården och det är mer sällan den brottsliga gärningen kategoriseras som brott mot liv och hälsa. I slutenvård dominerar brott mot liv och hälsa, såväl bland kvinnor som bland män.

Figur 23. Återfall i brottsling gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier, **slutenvård**.



Figur 24. Återfall i brottsling gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier, **öppenvård**.



Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från tidigare rubrik ”Återfall i brottsling 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 redovisas återfall i brott upp till fem år efter avslutad LRV-vård.

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 allvarigare karaktär eller om personen återfaller i andra brottstyper. Tidsaspekten är också intressant, sker ett återfall inom första året eller långt senare.

I denna rapport görs 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

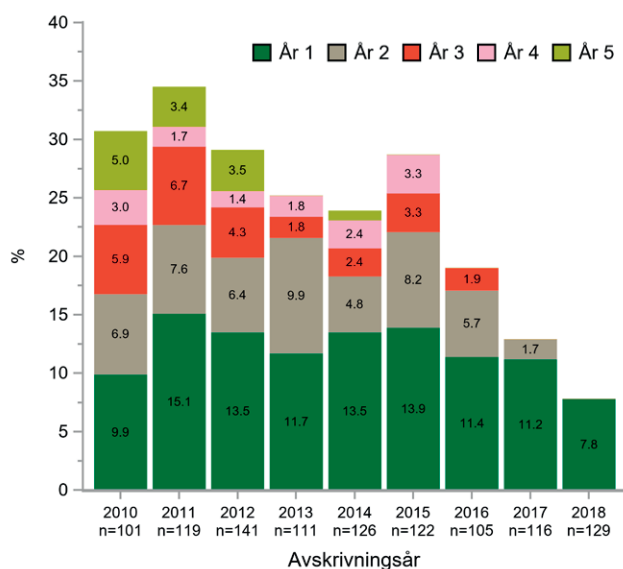
1. Brott mot liv och hälsa/brott mot person, BrB 3–7 kap.
2. Brott mot förmögenhet, BrB 8–12 kap.
3. Övriga brott

Dessa kategorier följer Brå:s klassificering av brott. Brott mot liv och hälsa/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. Brott mot förmögenhet innefattar bland annat stöld, rån, bedrägeri, förskingring, tillgrepp av fortskaffningsmedel, egenmäktigt förfarande, utpressning och häleri.

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 grävsta brottet enligt straffskalan, både för indexbrottet och för återfallsbrottet.

Figur 25. Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård, ackumulerade värden.



Kommentar till siffrorna i figur 25

När denna rapport sammanställs är det möjligt att i samarbete med BRÅ göra 5-årsuppföljningar för patienter som avskrivits 2014 eller tidigare. Mellan 2010 och 2014 uppgår andelen patienter som återfallit i brott inom 5 år efter avskrivning till mellan 24 och 35 procent. För patienter avskrivna 2015, 2016, 2017, 2018 redovisas återfall 4, 3, 2 respektive 1 år efter avskrivning.

Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Under åren 2010–2018 har sammanlagt 1 022 personer avskrivits från LRV-vård, 190 kvinnor och 832 män. Av dessa återföll 109 personer (11 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård. Av dessa var 13 kvinnor (12 procent) och 96 män (88 procent). Andelen utskrivningar och återfallshändelser har varit stabil över åren 2010 till 2018, se figur 25. Av dessa 109 personer hade 28 personer dömts (indexbrottet) för våldsbrott, 32 för förmögenhetsbrott och 49 för övriga brott.

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

Av de 28 personer som dömdes för brott mot liv och hälsa (indexbrottet) återföll 17 (61 procent) i brott mot liv och hälsa. Inom gruppen brott mot liv och hälsa var misshandel (5§) det vanligaste brottet och utgjorde nära hälften av brotten. Av de 32 personer som dömdes för brott mot förmögenhet (indexbrottet) återföll 12 (40 procent) i förmögenhetsbrott. Av de 49 personer som dömdes i kategorin övriga brott (indexbrottet) återföll 10 (20 procent) i övriga brott. De vanligaste återfallsbrotten i kategorin övriga brott var ringa narkotikabrott och olovlig körning. Dessa två brott utgjorde nästan hälften av återfallsbrotten i kategorin.

Siffrorna visar att det var vanligast att återfalla i indexbrottet i de fall det rörde sig om brott mot liv och hälsa. Totalt var återfall i brott mot liv och hälsa den vanligaste brottstypen, vilket stod för 50 procent av samtliga återfallshändelserna, oavsett indexbrott. Det är för få personer för att dra några slutsatser om eventuellt återfall i indexbrottet. Kategorin övriga brott är dessutom för ospecifik och innehåller flera olika brott och det går inte att avgöra om en person återfaller i indexbrottet eller ej.

Antal brott vid lagföring

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De 109 personer som återföll registrerades för sammanlagt 458 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medelvärde är 4,2 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser.

Tidigare lagföringar innan rättspsykiatrisk vård

Data från Brå visar på att det finns en relation mellan återfall och om personen har en eller flera lagföringar, innan domen om LRV. Ju fler tidigare lagföringar desto fler återfall efter avskrivning av LRV, se tabell 1.

Tabell 1. Antal och andel som återfallit i brott inom 1 år av samtliga patienter där den rättspsykiatriska vården avskrivits under 2010–2018, efter antal lagföringar innan LRV-dom (andel i procent anges inom parentes).

Antal lagföringar innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
1	19 av 191 (9,9)
2–3	28 av 207 (13,5)
4–8	29 av 117 (24,8)
9 eller fler	16 av 38 (42,1)
Ingen lagföring innan LRV-dom	17 av 469 (3,6)

Tabell 2. Antal och andel som återfallit i brott inom 1 år av samtliga patienter där den rättspsykiatriska vården avskrivits under 2010–2018, efter den mest ingripande påföljd innan LRV-dom (andel i procent anges i parentes).

Mest ingripande påföljd vid lagföring innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
Böter	14 av 149 (9,4)
Frivårdspåföljder	31 av 151 (20,5)
Fängelse	35 av 159 (22,0)
Andra påföljder	12 av 94 (12,8)
Ingen lagföring innan LRV-dom	17 av 469 (3,6)

Vårdprocess

I detta kapitel redovisas väsentliga komponenter av innehållet i vården av patienter under den tid de är under tvång enligt LRV. Dessutom redovisas vissa jämförelser med andra nationella kvalitetsregister. Slutsatser av jämförelser mellan de olika registren ska dras med försiktighet eftersom grupperna inte är helt jämförbara. I detta kapitel finns även analyser av vilka faktorer som är relaterade till avslutande av LRV.

Hälsofrämjande insatser

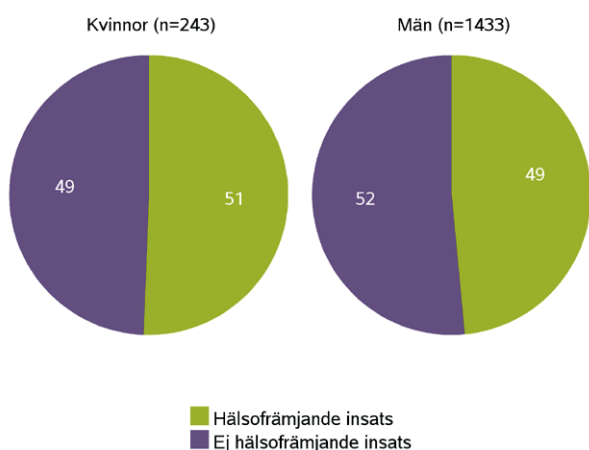
Patientgruppen har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som en hög förekomst av övervikt och fetma. Överviktsproblem för psykospatienter tillskrivs ofta medicinering med andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA) till exempel Risperidon, Olanzapin. Som framgår senare i detta kapitel så är övervikt inte kopplad till typen av antipsykotisk medicinering. Patienter behandlade med första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA), till exempel Haloperidol, Perfenazin, Zyklopentixol med flera, har lika stor förekomst av övervikt. Å ena sidan har SGA en påverkan på ämnesomsättning som kan öka vikten. Å andra sidan har FGA biverkningar i form av minskad rörlighet som skulle kunna bidra till viktuppgång. Sammantaget indikerar detta att överviktsproblemen vi ser i patientgruppen inte i grunden handlar om typen av neuroleptika-behandling utan snarare om andra hälsostörande faktorer. Som framgår senare i detta kapitel så har en mycket stor andel av patienterna i RättspsyK behandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Den höga andelen patienter med övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och fetma visar på vikten av hälsofrämjande åtgärder. De senaste tre åren finns därför inrapporterat vilka

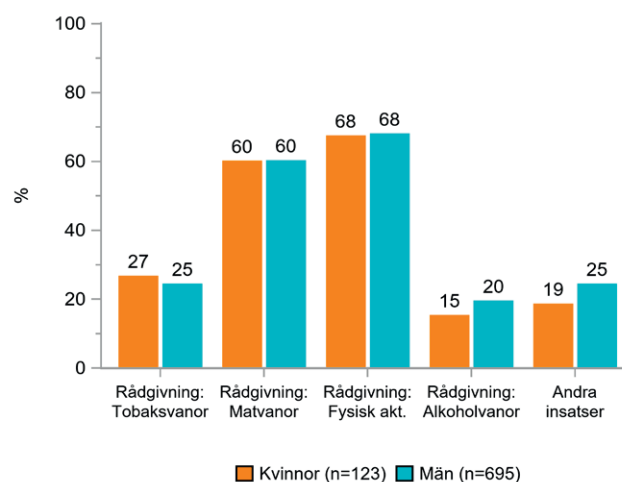
hälsofrämjande åtgärder patienterna erbjudits och genomfört. Som framgår av rapporteringen (figur 26) så erhåller omkring hälften av alla patienter, utan skillnad mellan kvinnor och män, någon form av hälsofrämjande insatser.

De vanligaste formerna av hälsofrämjande insatser är som tidigare rådgivning om matvanor och fysisk aktivitet (figur 27) vilket är relevant i förhållande till den höga förekomsten av övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdom. I rapporteringen finns även i år möjligheten att i fritext ange mer specifikt vilka hälsofrämjande åtgärder man genomfört. Av de insatser som anges i fritext så kan i år inte noteras en ökning av aktiva insatser i form av fysisk aktivitet av olika slag, tvärtom en minskning. I fritexterna anges genomförd fysisk aktivitet för 83 individer föregående år, jämfört med 44 detta år. Eftersom detta är en fritextnotering och inte finns som fasta svarsalternativ så är dessa uppgifter otillförlitliga. Troligen är de fysiska aktiviteterna betydligt mer vanligt förekommande, vilket indikeras av verksamheternas kommentarer senare i rapporten där det framgår att det pågår olika hälsofrämjande insatser och insatser för att säkra kvaliteten av insatser för dem med somatisk sjuklighet.

Figur 26. Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser.



Figur 27. Fördelning av hälsofrämjande insatser.



Läkemedelsbehandling

Såsom tidigare år har förekomst av läkemedelsordinationer delats upp i två grupper.

I tabell 3 återfinns de patienter som har en psykosdiagnos angiven som huvuddiagnos (det vill säga ICD 20.0-F29.9).

I tabell 4 återfinns de patienter som inte har sådan diagnos som huvuddiagnos.

Tabell 3. Antal patienter med psykosdiagnos som huvuddiagnos (ICD F20.0-F29.9) som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	46 av 155 (29,7)	331 av 1138 (29,1)	377 av 1293 (29,2)
Första generationens antipsykotika, peroralt	27 av 155 (17,4)	217 av 1138 (19,1)	244 av 1293 (18,9)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	44 av 155 (28,4)	415 av 1138 (36,5)	459 av 1293 (35,5)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	93 av 155 (60,0)	618 av 1138 (54,3)	711 av 1293 (55,0)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	39 av 155 (25,2)	361 av 1138 (31,7)	400 av 1293 (30,9)
Antidepressiva	52 av 155 (33,5)	341 av 1138 (30,0)	393 av 1293 (30,4)
Stämningsstabiliserare, antiepileptika	32 av 155 (20,6)	161 av 1138 (14,1)	193 av 1293 (14,9)
Stämningsstabiliserare, litium	10 av 155 (6,5)	61 av 1138 (5,4)	71 av 1293 (5,5)
Beroendesjukdomar	8 av 155 (5,2)	92 av 1138 (8,1)	100 av 1293 (7,7)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	33 av 155 (21,3)	174 av 1138 (15,3)	207 av 1293 (16,0)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	69 av 155 (44,5)	435 av 1138 (38,2)	504 av 1293 (39,0)
ADHD	2 av 155 (1,3)	76 av 1138 (6,7)	78 av 1293 (6,0)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	55 av 155 (35,5)	337 av 1138 (29,6)	392 av 1293 (30,3)
Medel vid diabetes	22 av 155 (14,2)	137 av 1138 (12,0)	159 av 1293 (12,3)
Övriga somatiska sjukdomar	120 av 155 (77,4)	698 av 1138 (61,3)	818 av 1293 (63,3)
Ingen somatisk medicinering	29 av 155 (18,7)	358 av 1138 (31,5)	387 av 1293 (29,9)
Ingen psykofarmaka	3 av 155 (1,9)	40 av 1138 (3,5)	43 av 1293 (3,3)
Antipsykotika	141 av 155 (91,0)	1058 av 1138 (93,0)	1199 av 1293 (92,7)

Psykosjukdom

Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan psykosdiagnos som huvuddiagnos

I tabell 3 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter med psykos som huvuddiagnos noteras inte oväntat att 93 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 29 procent behandling med depotneuroleptika från första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA) och ytterligare 35 procent med

depotneuroleptika från andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA). Dessa siffror är väsentligen oförändrade över åren.

I tabell 4 som beskriver läkemedelsanvändningen för patienter utan psykosdiagnos som huvuddiagnos är 72 procent av patienterna ordinerade antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 18 procent behandling med FGA depotneuroleptika och ytterligare 21 procent med SGA depotneuroleptika. Inte heller detta är påtagligt förändrat över åren.

Tabell 4. Antal patienter utan psykosjukdom som huvuddiagnos (ICD F20.0-F29.9) som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotinjektioner	37 av 121 (30,6)	78 av 505 (15,4)	115 av 626 (18,4)
Första generationens antipsykotika, peroralt	33 av 121 (27,3)	81 av 505 (16,0)	114 av 626 (18,2)
Andra generationens antipsykotika, depotinjektioner	21 av 121 (17,4)	110 av 505 (21,8)	131 av 626 (20,9)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	64 av 121 (52,9)	193 av 505 (38,2)	257 av 626 (41,1)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	32 av 121 (26,4)	81 av 505 (16,0)	113 av 626 (18,1)
Antidepressiva	60 av 121 (49,6)	196 av 505 (38,8)	256 av 626 (40,9)
Stämningsstabiliserare, antiepileptika	47 av 121 (38,8)	99 av 505 (19,6)	146 av 626 (23,3)
Stämningsstabiliserare, litium	11 av 121 (9,1)	41 av 505 (8,1)	52 av 626 (8,3)
Beroendesjukdomar	7 av 121 (5,8)	51 av 505 (10,1)	58 av 626 (9,3)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	26 av 121 (21,5)	67 av 505 (13,3)	93 av 626 (14,9)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	60 av 121 (49,6)	198 av 505 (39,2)	258 av 626 (41,2)
ADHD	12 av 121 (9,9)	50 av 505 (9,9)	62 av 626 (9,9)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	41 av 121 (33,9)	145 av 505 (28,7)	186 av 626 (29,7)
Medel vid diabetes	13 av 121 (10,7)	58 av 505 (11,5)	71 av 626 (11,3)
Övriga somatiska sjukdomar	92 av 121 (76,0)	314 av 505 (62,2)	406 av 626 (64,9)
Ingen somatisk medicinering	27 av 121 (22,3)	167 av 505 (33,1)	194 av 626 (31,0)
Ingen psykofarmaka	6 av 121 (5,0)	73 av 505 (14,5)	79 av 626 (12,6)
Antipsykotika	102 av 121 (84,3)	349 av 505 (69,1)	451 av 626 (72,0)

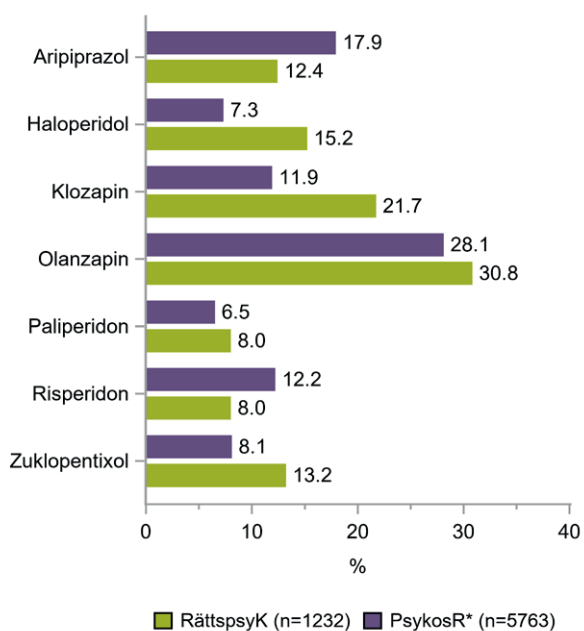
Att i stort sett samtliga patienter med etablerad psykosdiagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Av intresse är att 72 procent av alla patienter utan psykosdiagnos som huvuddiagnos ordineras antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas flera förklaringar till detta. En möjlig förklaring kan vara att merparten av diagnoserna som är etablerade har sitt ursprung i den rättspsykiatriska undersökningen (RPU) som ligger till grund för LRV-dom. Med de långa vårdtider som följer på dom till LRV så har den rättspsykiatriska vården betydligt större möjligheter

att observera patienten än vad man har vid en RPU som grundar sig på observationer under 4–6 veckor. Fyndet är intressant och behöver belysas ytterligare. Om det rent faktiskt skulle vara så att samtliga patienter med antipsykotisk behandling egentligen har en psykosdiagnos så innebär detta att 86 procent av alla patienter inom den rättspsykiatriska vården har en psykosjukdom.

Antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri i jämförelse med PsykosR

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

Figur 28. Jämförelse av farmakologisk behandling mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



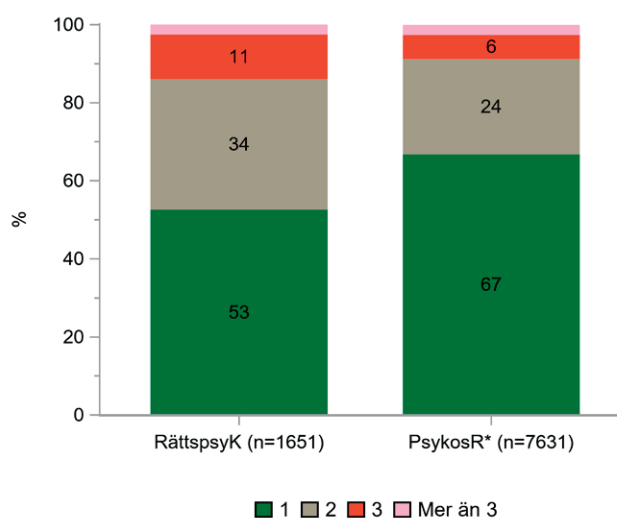
* Databasversion 2022-01-31

Från figur 28 kan ses att inga större skillnader i användning av antipsykosmedel har inträffat senaste åren. Som tidigare är noteras att rättspsykiatriska patienter har en betydligt större användning av Klozapin jämfört med patienter i PsykosR-registret. Detta är rimligt då man kan anta att rättspsykiatrins patienter har svårare former av psykossjukdom liksom att de har en större risk för våldshandlingar under inflytande av sjukdomen. Klozapin är inte bara rekommenderat vid svårbehandlad schizofren sjukdom, hög suicidalrisk utan även vid våldsproblematik.

Polyfarmaci för antipsykosbehandlade patienter, jämförelse med PsykosR

I psykosbehandling anses generellt att man ska sträva efter så kallad monoterapi avseende antipsykotisk behandling, det vill säga helst inte ha mer än ett antipsykotiskt läkemedel. Det är dock väl känt att detta inte är fallet för ett stort antal patienter, inte bara inom rättspsykiatri utan även i andra vårdssammanhang.

Figur 29. Antal antipsykotiska läkemedel per patient registrerade i RättspsyK och PsykosR.



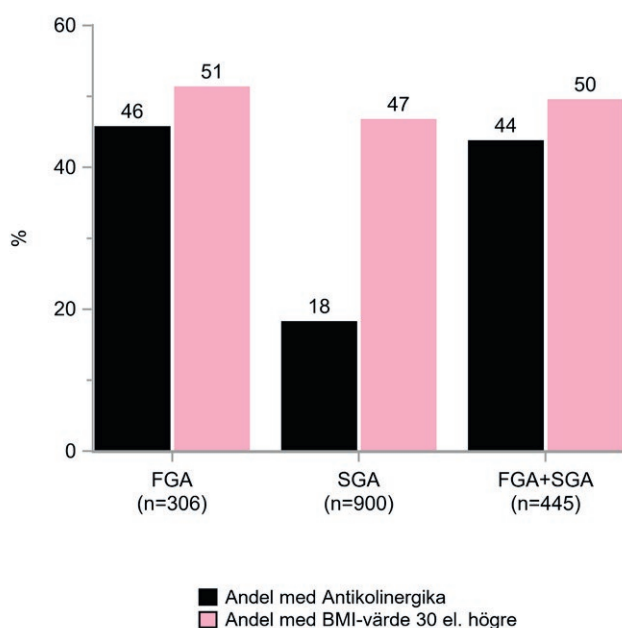
* Databasversion 2022-01-31

I figur 29 framgår att polyfarmaci, det vill säga att man använder mer än ett antipsykotiskt läkemedel är vanligt, både hos patienter inom rättspsykiatrisk vård, såväl som inom psykosvård utanför rättspsykiatri. Av figuren framgår att polyfarmaci med antipsykosmedel är betydligt vanligare inom rättspsykiatrisk vård jämfört med annan psykosvård. Av figuren kan noteras att 47 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri har mer än ett antipsykosläkemedel medan motsvarande siffra för patienter i annan psykosvård är 33 procent. Dessa siffror är i stort sett identiska med tidigare uppföljningar, det vill säga att polyfarmacin förefaller vara konstant i sin förekomst över åren.

Biverkningar antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel är behäftade med en hel del biverkningar. FGA är behäftade med extrapyramidala biverkningar i form av stelhet, parkinsonliknande symtom, akatisi (svårighet att sitta stilla) samt kramper i framförallt nack- och halsmuskulatur (dystonier). SGA har i vanliga fall betydligt mindre av sådana bieffekter men i stället drabbas en del patienter av metabola problem med ändrad aptit och ohälsosam viktuppgång.

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

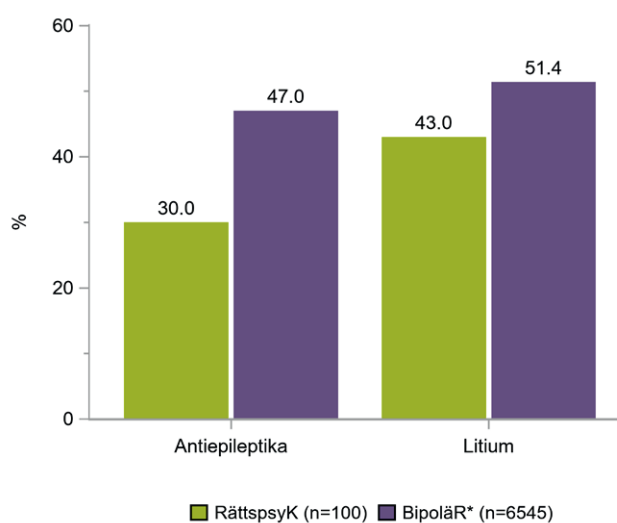


I figur 30 kan noteras, inte oväntat, att patienter med behandling med FGA har ett avsevärt större användande av antikolinerga läkemedel mot biverkningar av extrapyramidala karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant är att andelen patienter med minst 30 i BMI inte skiljer sig mellan dem som enbart använder FGA och de som enbart använder SGA trots att SGA generellt sett har större viktökande potential. Det är oklart varför det inte är en skillnad till SGA nackdel. Man kan spekulera i att de som använder FGA är mer hindrade i sin rörlighet än de som använder SGA. Oavsett vilket så manar det till fortsatta livsstils- och hälsoinsatser för båda grupperna avseende kost och motion. Mönstret avseende övervikt i förhållande till typ av neuroleptika har inte ändrats över de år detta har rapporterats.

Bipolär sjukdom

Användningen av antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel är av intresse. Totalt sett använder 34 procent av patienterna antidepressiva läkemedel med en viss övervikt för kvinnor. Detta skiljer sig inte från tidigare mätningar.

Figur 31. Andel patienter som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i RättspsyK och BipolärR.



* Databasversion 2022-01-31

Som framgår ur figur 31 så använder 30 procent av patienter med bipolär sjukdom inom rättspsykiatri antiepileptika som ofta används som stämningsstabiliserande. Många patienter har dock epilepsisjukdom vilket kan förvirra bilden. 43 procent av patienter med bipolär diagnos inom rättspsykiatri använde litium jämfört med 51 procent av patienterna i kvalitetsregistret BipolärR. Skillnaden är påtaglig men kan inte entydigt förklaras av de data som föreligger.

Somatisk översjuklighet, diabetes och hjärt-kärlsjukdom

Det är väl känt att personer med schizofreni har en översjuklighet i somatisk sjukdom som förkortar den förväntade livslängden för män med 15 år och kvinnor med 12 år. Detta förefaller vara särskilt relevant för de rättspsykiatriska patienterna som överlag har en anmärkningsvärd hög förekomst av läkemedelsbehandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

I tabell 5 redovisas hur många kvinnor respektive män som har läkemedelsbehandling för dessa sjukdomsgrupper. I tabellen anges även hur stor andel av patienterna som förväntas ha sådan behandling jämfört med den svenska

befolkningen. Den förväntade andelen patienter som anges är beräknat från Socialstyrelsens register av månatligen utlämnade läkemedel uppdelat efter kön och åldersgrupp.

Som framgår av tabellen så är översjukligheten anmärkningsvärt hög. För kvinnor i RättspsyK är diabetesbehandling 9,1 gånger vanligare och behandling för hjärt-kärlsjukdom 6,2 gånger vanligare än förväntat, jämfört med köns- och åldersmatchad svensk normalpopulation. För män är motsvarande siffror 6,9 respektive 5,6 gånger vanligare. Sammantaget har 12 procent av patienterna läkemedelsbehandling för diabetes och 28 procent av patienterna läkemedelsbehandling för hjärt-kärlsjukdom.

Tabell 5. Antal patienter med läkemedelsbehandling för diabetes och hjärtkärlsjukdom (andel i procent anges inom parentes). Jämförelse med en köns- och åldersmatchad normalpopulation.

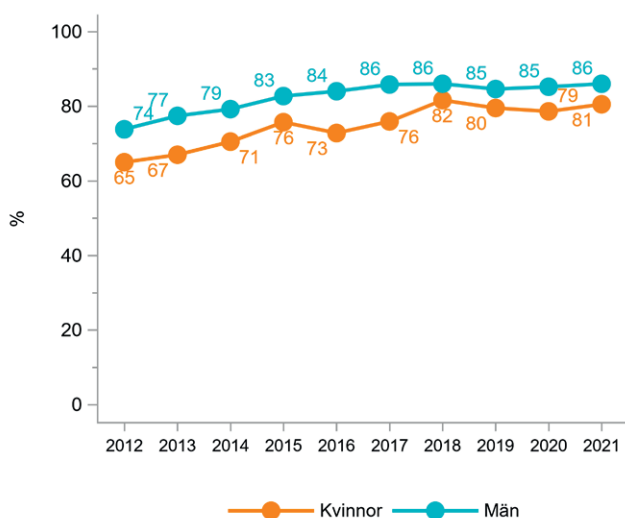
Behandling	Kön	RättspsyK	Förväntat antal ¹	Relativ risk ²
Diabetesbehandling	Kvinnor	35 av 276 (12,7)	3,9 av 276 (1,4)	9,1
	Män	195 av 1643 (11,9)	28,3 av 1643 (1,7)	6,9
Hjärt-kärlbehandling	Kvinnor	87 av 276 (31,5)	14,1 av 276 (5,1)	6,2
	Män	456 av 1643 (27,8)	81,2 av 1643 (4,9)	5,6

¹ Beräknat från en köns- och åldersmatchad normalpopulation.

² Beräknat som kvoten mellan faktiskt antal patienter med behandling i RättspsyK och förväntat antal patienter i förhållande till normalbefolkningen i Sverige.

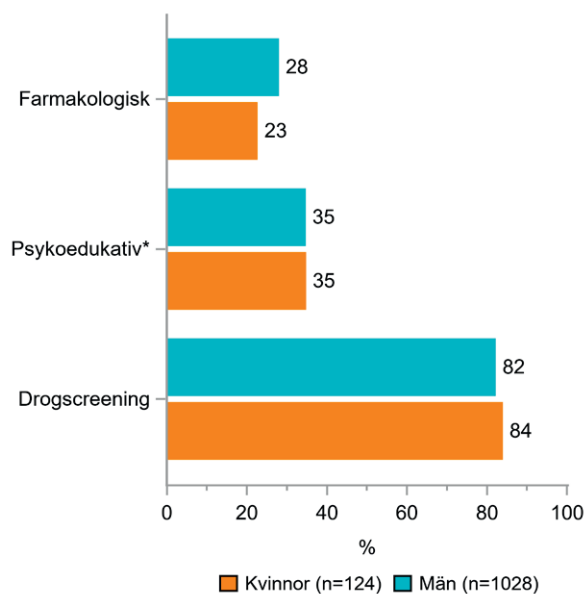
Missbruksbehandling

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



För patienter med missbruksdiagnos har insatserna ökat under det senaste decenniet. De senaste åren har nivån av insatser stabiliserats på cirka 85 procent utan större skillnad mellan könen.

Figur 33. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling.



* Motivational interviewing, Community Reinforcement Approach, Återfallsprevention och Psykoterapi.

Som noteras i figur 33 består insatserna huvudsakligen av kontroller av drogintag vilket i nationella riktlinjer betraktas som en behandlingsinsats. I rättspsykiatriska sammanhang behöver reflekteras över hur mycket detta är en behandlingsinsats i enlighet med bio-feedback eller om det är en ren kontrollåtgärd. Övriga behandlingsformer som noterats, det vill säga psykoedukativa och farmakologiska är av betydligt mer begränsad omfattning. Detta är i sig inte oväntat. Å ena sidan är merparten av patienterna inte exponerade för alkohol och droger i sin slutenvård. Å andra sidan är missbruksbehandling för rättspsykiatriska patienter inte bara nationellt utan även internationellt ett utvecklingsområde, det vill säga evidensbaserade behandlingsprogram saknas.

Övriga stöd- och behandlingsinsatser

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 49 procent 2021, det vill säga väsentligen oförändrat över åren. Från svaren i fritextalternativet så ser man hur verksamheterna anger vad brottsbearbetning innebär. I fallande ordning är psykologsamtal och brottsbearbetande samtal vanligast.

Stödperson

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 §). Under året hade 33 procent av patienterna i slutenvård och 29 procent av patienterna en utsedd stödperson. Ingen skillnad kunde noteras mellan patienter i slutenvård eller öppenvård. Fortsatt ses att betydligt fler kvinnor har en stödperson (39 procent) jämfört med män (30 procent). Den dominerande orsaken till att stödperson inte utsetts var att patienten avböjt sådant stöd.

Samverkan med andra aktörer

I denna redovisning kan samma patient förekomma i flera kategorier. Det kan för en och samma patient finnas fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan samtidigt ha definierade behov som kräver samverkan som inte är uppfylld.

I tabell 6 ses hur stor andel av patienterna som har någon fungerande samverkan med en extern aktör. Ingen större skillnad noteras mellan könen. Däremot ses en stor skillnad mellan de öppna respektive slutna vårdformerna. Patienter i öppenvård har till 94 procent någon fungerande samverkan med extern aktör, jämfört med 78 procent för patienter som fortsatt vårdas i slutenvård. Dessa siffror är helt oförändrade jämfört med föregående år. Motsvarande skillnad ses när man rapporterar brist på samverkan med en relevant extern aktör, tabell 7. För patienter i slutenvård noteras för 18 procent av patienterna att det saknas samverkan med en väsentlig aktör. För öppenvårdspatienterna är den siffran väsentligen lägre, endast åtta procent.

När dessa siffror bryts ner per aktör ses stora skillnader mellan öppen och slutenvård. För patienter i öppenvård ser man som tidigare att det finns en fungerande samverkan för merparten av patienterna i form av samverkan med behandlingshem och kommunala vårdgivare, figur 34. Kopplingen är rimlig eftersom kommuner som aktörer är delaktiga i vården på behandlingshem. På samma sätt ser vi motsvarande för patienter i slutenvård avseende icke tillgodosedda samverkansbehov, figur 35. För patienter i slutenvård är de största icke tillgodosedda samverkansbehoven den med kommunala vårdgivare och behandlingshem.

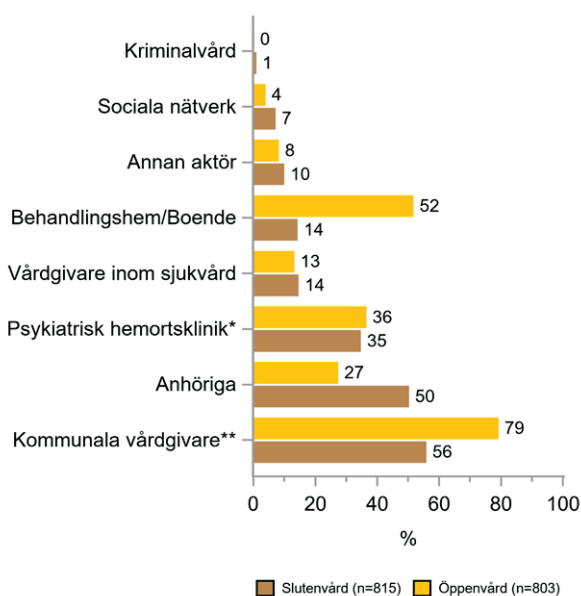
Å ena sidan kan de otillfredsställda vårdbehoven handla om brister i samverkan mellan enskilda kliniker och enskilda

kommuner. Å andra sidan kan det handla om att patienternas sjukdomstillstånd fluktuerar och gör det svårt att upprätthålla en och samma långsiktiga öppenvårdsform. Det kan även noteras att samverkan med väsentliga aktörer som kommunala verksamheter är betydligt större för

Tabell 6. Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Fungerande samverkan, %
Slutenvård	Kvinnor	142	84,5
	Män	910	76,4
	Totalt	1052	77,5
Öppenvård	Kvinnor	131	91,6
	Män	725	94,1
	Totalt	856	93,7
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	273	87,9
	Män	1635	84,2
	Totalt	1908	84,7

Figur 34. Andel patienter med fungerande samverkan per aktör efter vårdform.



* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

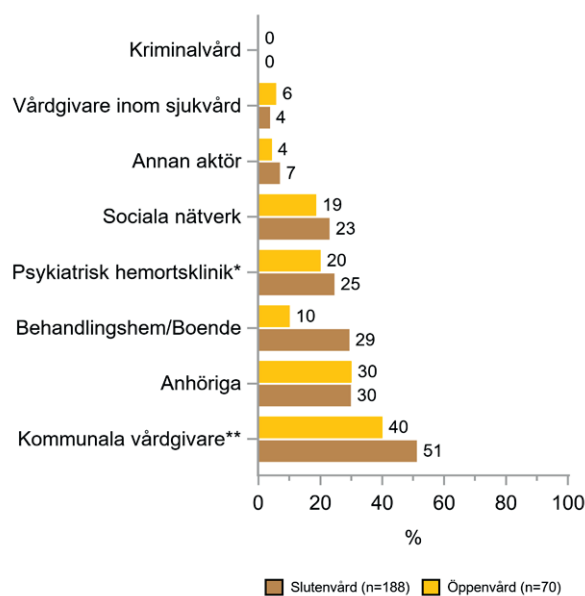
** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

patienter i öppenvård. Detta skulle kunna vara ett uttryck för att man under en längre tids slutenvård lyckats både hjälpa patienten till större stabilitet samtidigt som man lyckats finna samverkan med patientens kommunala verksamheter.

Tabell 7. Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Icke tillgodosett samverkansbehov, %
Slutenvård	Kvinnor	142	18,3
	Män	910	17,8
	Totalt	1052	17,9
Öppenvård	Kvinnor	131	6,1
	Män	725	8,6
	Totalt	856	8,2
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	273	12,5
	Män	1635	13,7
	Totalt	1908	13,5

Figur 35. Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör efter vårdform.

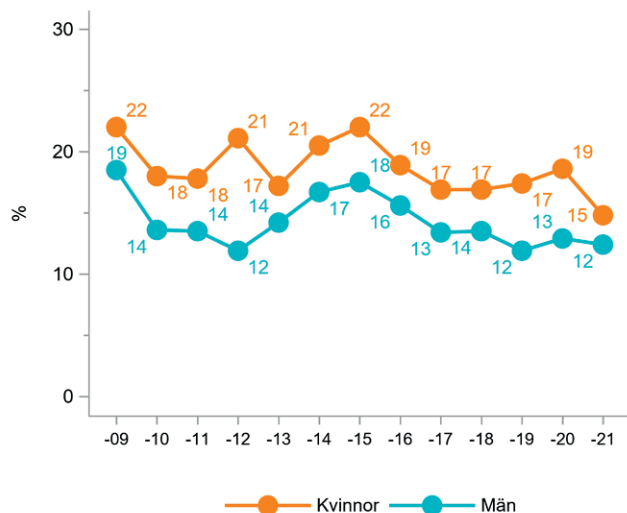


* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård

** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

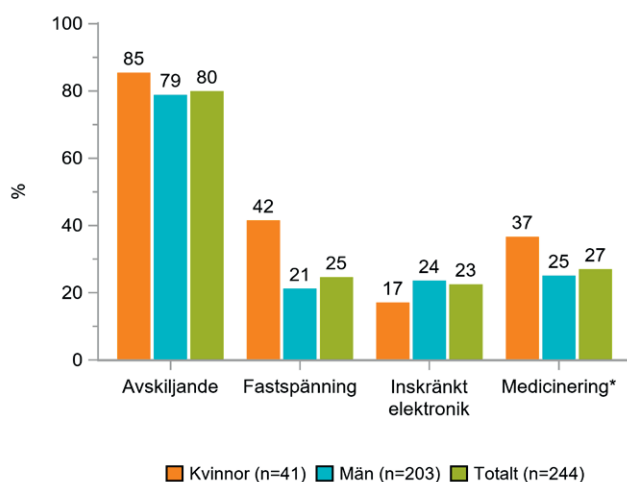
Tvångsåtgärder

Figur 36. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.



Som framgår av figur 36 så har andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder varierat över åren. Som noterats i tidigare rapporter minskade antal tvångsåtgärder från 2015 och framöver. I tidigare rapporter kommenteras att detta kan ha varit ett uttryck för en förändring i lagstiftningen 2014 där man ändrat reglerna för elektronisk kommunikation där nu mer generella regler gäller för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Den förändring som kan noteras är att det mellan 2015 och 2017 varit en nedgång av tvångsåtgärder som de senaste fyra åren varit stabil.

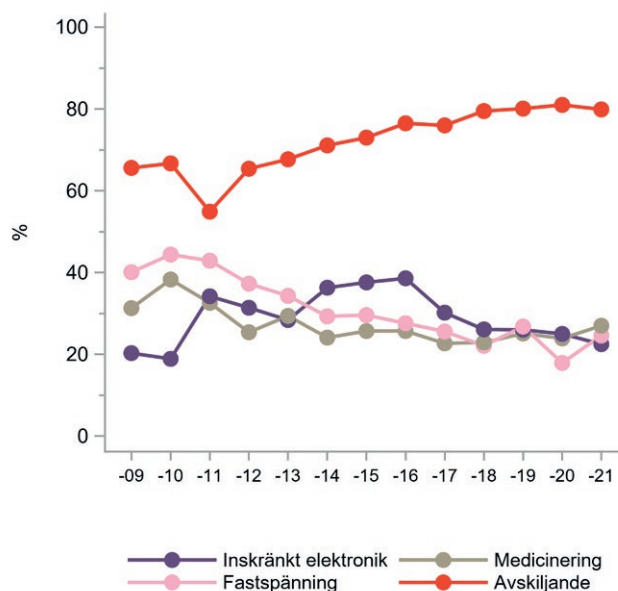
Figur 37. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Utförd under fastspänning eller fasthållande

När man betraktar andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder så ser profilen av tvångsåtgärder väsentligen ut som tidigare, se figur 37. Som tidigare är avskiljande den vanligaste åtgärden medan fastspänning, inskränkt elektronik och tvångsmedicinering ligger oförändrat.

Figur 38. Fördelning av tvångsåtgärder mellan 2009–2021.



Intressant är att betrakta de olika typer av tvångsåtgärder patienter blivit föremål för. I figur 38 ses att andelen patienter som blir föremål för avskiljande har ökat men de senaste fyra åren legat på en stabil nivå. Samtidigt så har andelen patienter som blir föremål för mer ingripande insatser som fastspänning mer än halverats.

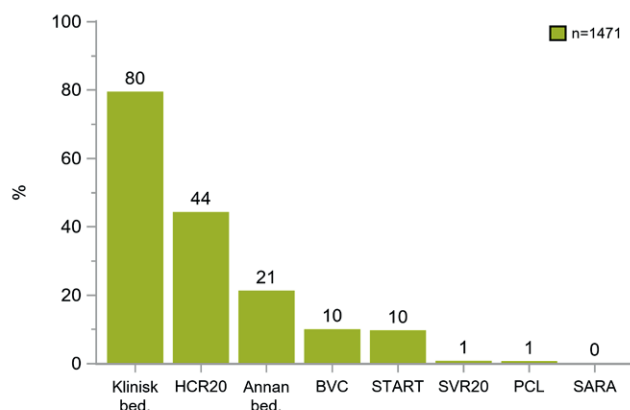
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

Den rättspsykiatriska vården har ett dubbelt uppdrag. Dels ska patienterna vårdas, behandlas och rehabiliteras i förhållande till sin sjukdom och dessutom ska risken för återfall i allvarlig brottslighet reduceras genom olika behandlande, vårdande, rehabiliterande och begränsande åtgärder. Därav är det centralt för rättspsykiatri att genomföra riskbedömningar för återfall i allvarlig brottslighet likväl som insatser för att minska risken av sådan brottslighet genom behandlande insatser.

Genomförda riskbedömningar

Under 2021 gjordes riskbedömningar på minst 80 procent av patienterna sedan föregående registreringstillfälle. Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 44 procent av fallen vilket är en bedömningsmetod som avser lång tids prediktion av återfall i allvarlig brottslig gärning och även omfattar i sin senare version, HCR-20 v3, handläggningsstrategier för att minska återfallsrisken. Eftersom många patienter har mycket långa vårdtider så har man troligen inte bedömt det som meningsfullt att genomföra denna typ av bedömning oftare än så.

Figur 39. Andel patienter som riskbedömts.



Behandling utifrån riskfaktorer

Till årsrapporten rapporteras vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Som förebyggande insatser anges som föregående är farmakologisk behandling för 93 procent. Struktur i vardagen anges som förebyggande insats för 79 procent (2020 73 procent), stöd och träning för 29 procent (2020 23 procent), psykoedukativa insatser samma som föregående år för 22 procent samt specifika psykoterapeutiska behandlingar samma som föregående år för 11 procent av patienterna.

Aktuella riskbedömningsinstrument

Beskrivning av riskbedömningsinstrument

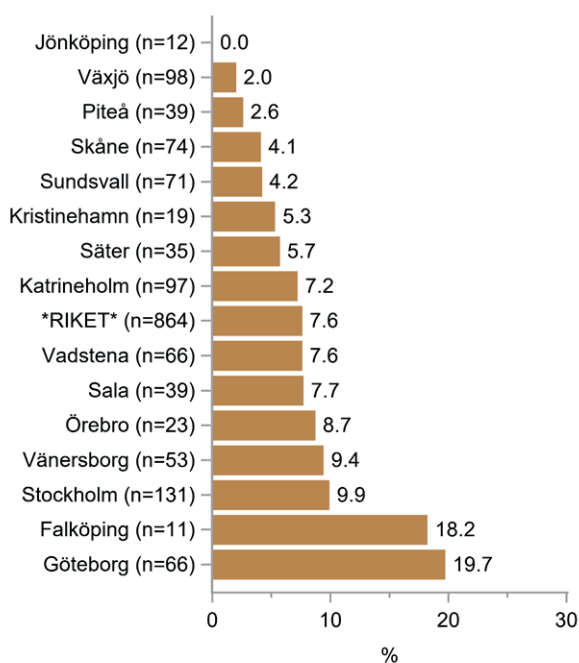
- PCL (Psychopathy Checklist) togs initialt fram som ett diagnostiskt hjälpmedel för diagnostik av psykopati. Instrumentet fungerar även för att predicera återfall i allvarliga våldshandlingar.
- HCR-20v3 (Historical, Clinical and Risk management, version 3) används för bedömning av risk för återfall i framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/eller sjukdomar. Instrumentet används för riskbedömning likväl som för riskhanteringsplanering (risk management).
- BVC (Brøset Violence Checklist) är en checklista för att identifiera patienter med risk för nära förestående aggressionshandlingar i slutenvård. Instrumentet används av vårdpersonal. Skattning sker minst dagligen och indikerar när man behöver vidta specifika åtgärder för att minska risken för våldshandlingar de närmaste 24 timmarna.
- SARA (Spousal Assault Risk Assessment) är en 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 metod för att bedöma risken för återfall i sexuella våldshandlingar.
- START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) är ett strukturerat instrument för bedömningar av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, rymning och risk för att utsättas själv för våld. Bedömningen är avsedd att hantera tidsrymder inom tre månader. Bedömningen görs av vårdteamet utifrån dynamiska risk- och skyddsfaktorer.

Avslutande av rättspsykiatrisk vård

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Strikt formellt måste alla villkor för att ansöka om öppen rättspsykiatrisk vård vara uppfyllda. Då måste en samordnad vårdplanering ha skett och vårdplan fastställts tillsammans med kommunen. Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård hade i år minskat från 10 procent till 8 procent (n=67), se figur 40. Vanligaste orsaken till detta angavs vara brist på boende (40 procent) följt av brist på samverkan (13 procent).

Figur 40. Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



Faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård

Då RättspsyK nu har inrapporterade data sedan mer än tio år så kan analyser göras av hur länge patienter vårdas efter intagning och vilka faktorer som är associerade till LRV-tidens längd. Grunddata anger att mediantiden till avskrivning av LRV för de patienter där vården har påbörjats mellan 2009 och 2021 är 93 månader. Med detta avses att hälften av alla som tas in jämlikt LRV har en vårdtid med LRV, öppen eller sluten vård på minst 93 månader. Analyser har gjorts av olika relevanta insamlade uppgifter hur de påverkar tiden till avslutande av LRV.

Bakgrundsdata i förhållande till avslut av LRV

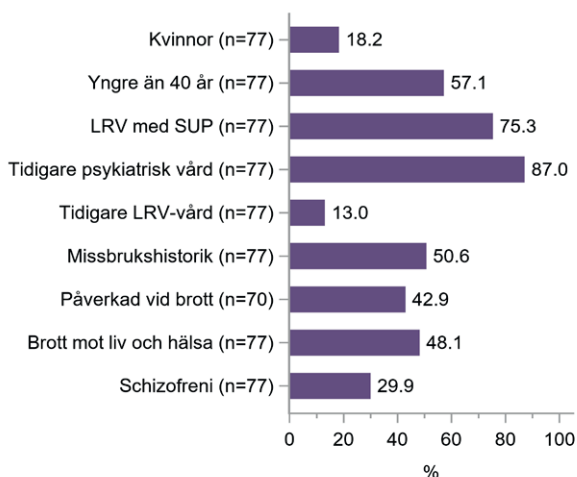
När man döms till LRV finns viss bakgrundsinformation. Utvald sådan information har analyserats med Cox regression för att utröna huruvida dessa är relaterade till längden av LRV. De bakgrundsdata som tagits in i analysen är: kön, ålder vid intagning (yngre eller äldre än 40 år), dömd till LRV med SUP eller inte, tidigare fått psykiatrisk vård, tidigare varit dömd jämlikt LRV, dokumenterad historia av missbruk, drogpåverkad vid brott, våldsbrott samt schizofrenidiagnos.

Alla 2 203 nyregistrerade patienter mellan 2009 och 2021 ingår i analysen. Analyserna visar att kön, drogpåverkad vid brott, våldsbrott samt schizofrenidiagnos inte påverkar vårdtidens längd. Vårdtiden blir längre för yngre patienter (< 40 år vid intagning), för patienter dömda till LRV med särskild utskrivningsprövning, om man tidigare fått psykiatrisk vård, om man tidigare dömts till LRV och om man har en dokumenterad historia av missbruk.

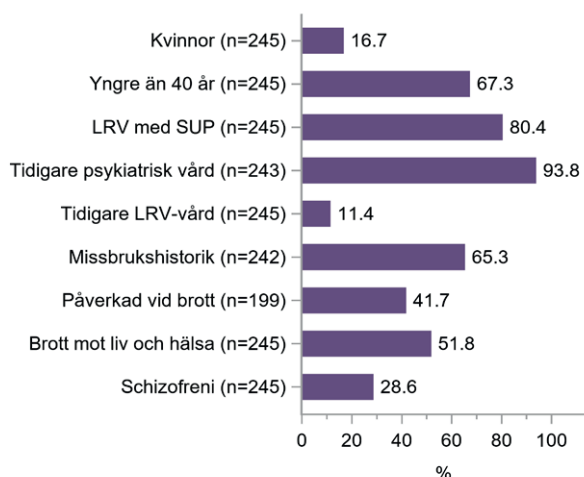
Skillnaderna bekräftas och illustreras grafiskt i figur 41 och 42. I dessa två figurer ses i den så kallade "fyraårsgruppen" patienter vilka är de som tagits in jämlikt LRV under åren 2014 och 2015 och som efter fyra år fortfarande var i LRV-vård men som var utskrivna inom sex år. I "sexårsgruppen" återfinns de patienter som togs in samma år (2014 och 2015) men som sex år efter intagning fortfarande var i LRV-vård.

Skillnaderna mellan dem som skrivs ut tidigare och de som skrivs ut från LRV senare accentueras ytterligare när man ser på profilen för de patienter som fortfarande är kvar under LRV tvångsvård efter 10 år, se figur 43.

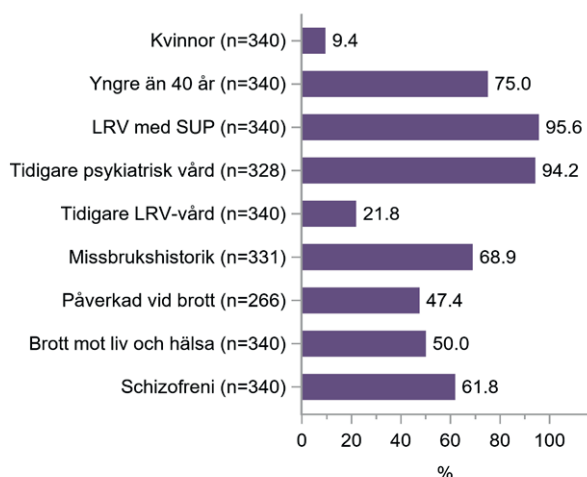
Figur 41. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



Figur 42. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.



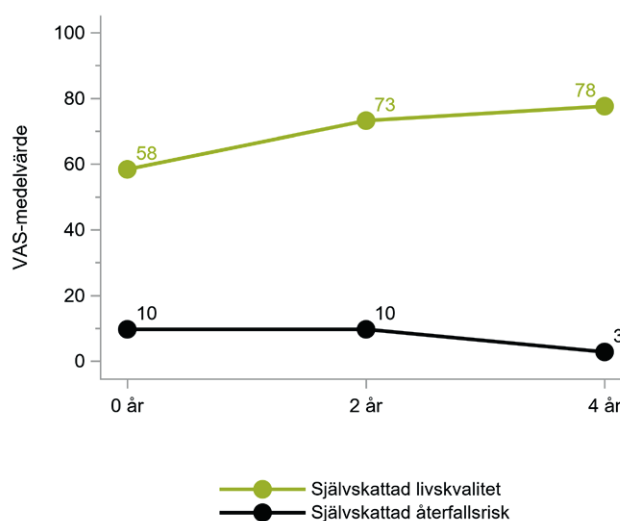
Figur 43. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatrin.



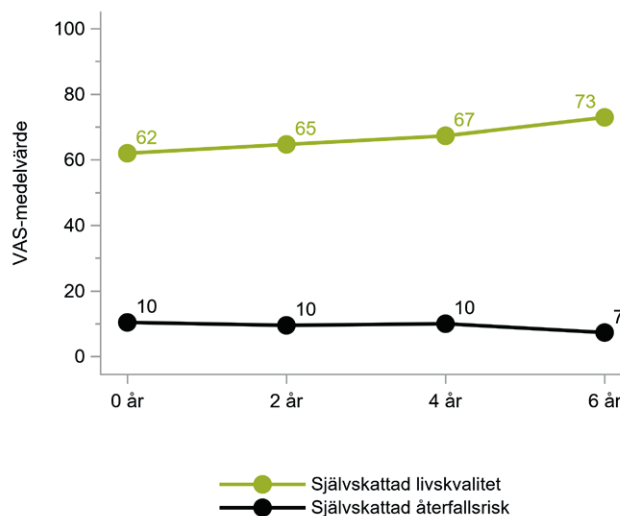
Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

Årligen samlas uppgifter om självskattningar och indikatorer i vården in. Med de här ovan beskrivna fyra- och sexårsgrupperna kan man följa utvecklingen av dessa indikatorer. Mönstret för självskattad livskvalitet och återfallsrisk ser likartad ut som föregående år, figur 44 och 45. Livskvaliteten förefaller att stiga över tid vilket även kan noteras för patienter som vårdats sedan före 2009, figur 46.

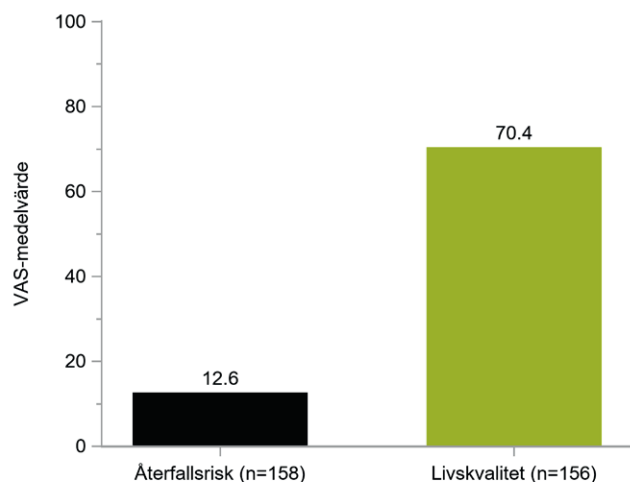
Figur 44. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.



Figur 45. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.

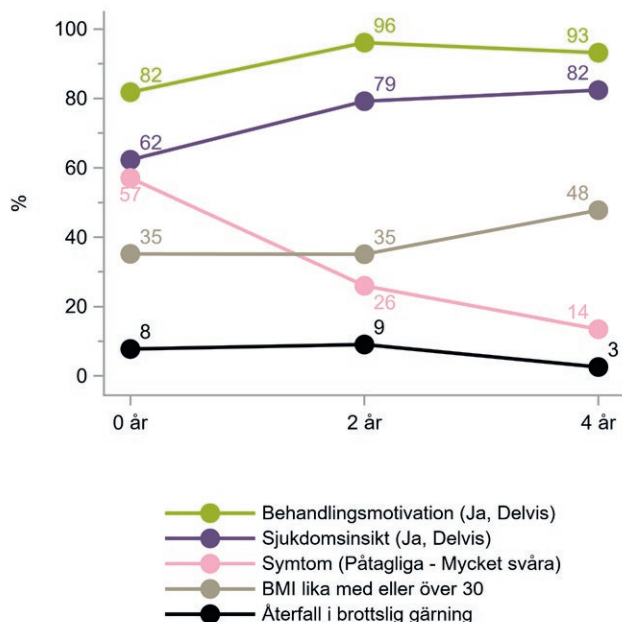


Figur 46. Självskattningar, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.

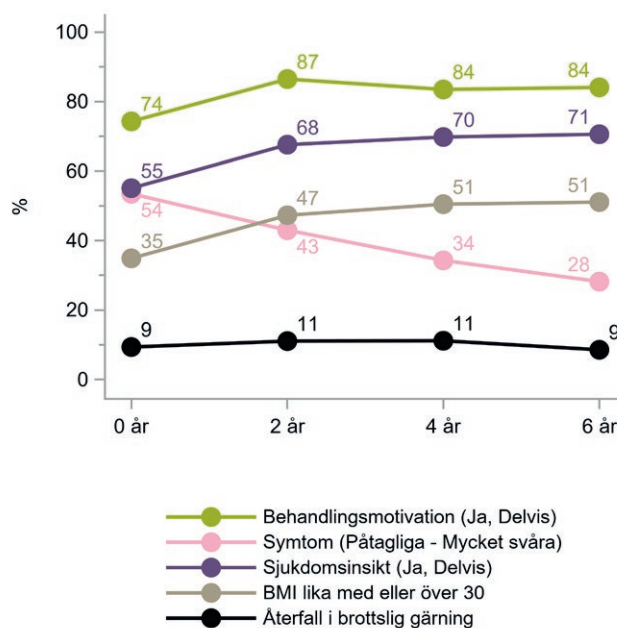


I figurerna 47 och 48 ses förändringarna i viktiga variabler över tid i fyra- och sexårsgrupperna. I båda grupperna ses över tid en påtaglig minskning av framför allt symtomtryck (det vill säga allvarlighetsgrad av symtom).

Figur 47. Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.

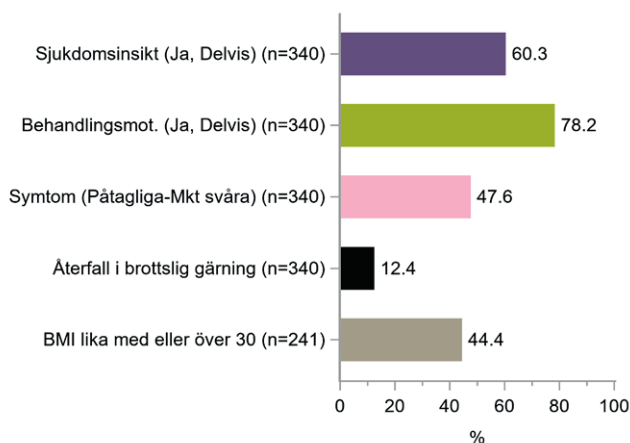


Figur 48. Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Skillnaderna är ännu tydligare när man ser till den grupp som intagits före 2009 och fortfarande vårdas. För den gruppen förekommer högt symtomtryck, 47 procent, liksom att sjukdomsinsikten är avsevärt lägre jämfört med de övriga grupperna, figur 49.

Figur 49. Indikatorer, patienter dömda före år 2009 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



Årligen bedömda indikatorer i förhållande till avslut av LRV

Tabell 8. Jämförelse mellan fyra- och sexårsgruppen vid fyra års vårdtid.

Indikator	Grupp		p-värde ¹
	4 år (n=74)	6 år (n=242)	
Behandlingsmotivation [Ja, delvis]	93,2 %	83,5 %	0,037
Symptom [Påtagliga-Mycket svåra]	13,5 %	34,3 %	0,000
Sjukdomsinsikt [Ja, Delvis]	82,4 %	69,8 %	0,037
Återfall i brottslig gärning	2,6 %	11,2 %	0,022

* Fischers exakta test, dubbelsidigt

Årligen samlas uppgifter in om indikatorer i vården av betydelse. I tabellen 8 ses en jämförelse mellan de ovan nämnda fyra- och sexårsgrupperna avseende rapporterad behandlingsmotivation, symptomtryck (det vill säga allvarlighetsgrad av symptom), rapporterad sjukdomsinsikt samt förekomst av brottslig gärning såsom rapporterat senaste året. Dessa faktorer speglar aktuella förhållanden i dessa två grupper efter fyra år.

Skillnaderna som ses i tabell 8 visar att den viktigaste faktorn för att inte bli utskriven efter fyra år var symptomtryck. Av de som blev utskrivna efter fyra år, inom ett par år, så hade endast 14 procent högt symptomtryck vid fyra år medan av de som fortfarande inte var utskrivna efter sex år så hade 34 procent ett högt symptomtryck vid rapporteringstillfället vid fyra år. Detta indikerar att patienter med svåra symptom blir kvar inom LRV-vården längre. Rapporterad hög behandlingsmotivation och rapporterad hög sjukdomsinsikt var kopplat till tidigare utskrivning. Brotts begånget under vårdtiden rapporterat vid fyraårsrapporteringen ökade risken för att inte skrivas ut inom sex år.

Sammanfattning av faktorer som motiverar utskrivning från LRV

Sammantaget visar de uppgifter som registret samlat in under mer än 10 år vilka faktorer som är associerade med längd på vårdtid och avskrivning från LRV. Utfallet indikerar hur den rättspsykiatriska vården tillsammans med förvaltningsrätterna bedömer betydelsen olika faktorer vid beslut om fortsättning eller avslut av LRV. Patienter med lågt symptomtryck, låg frekvens av återfall i brott under vårdtiden, utan dokumenterad historia av missbruk och högre ålder vid indexbrottet får sin vård jämlikt LRV avslutad tidigare. Detta ger vid handen att den rättspsykiatriska vården och förvaltningsrätterna överlag agerar i enlighet med evidens i förhållande till rättspsykiatriens dubbla uppdrag, det vill säga att både rehabilitera människor med allvarlig psykisk störning och samtidigt ta ansvar för samhällets krav på skydd mot återfall i våldsbrott.

Patientgruppen i registret

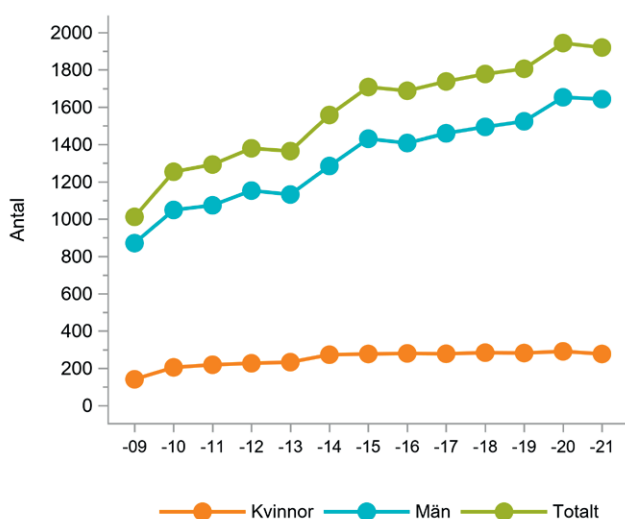
Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för att ingå i registret är att patientens LRV-dom vunnit laga kraft. Patienten följs därefter under hela vårdtiden, i såväl slut- och öppenvård som mellan vårdenheter.

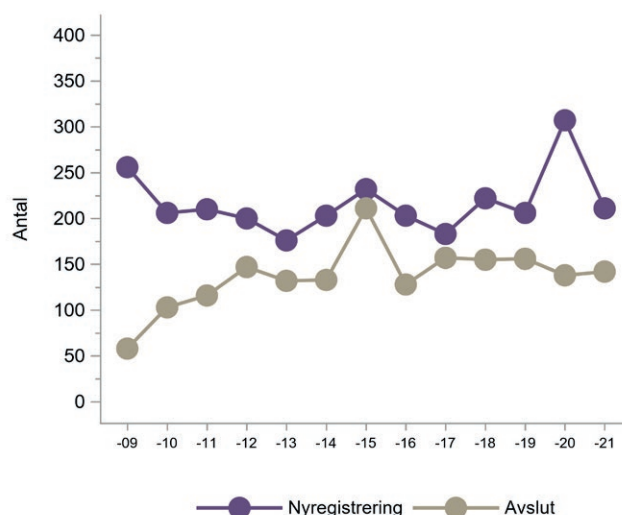
Exklusionskriterier är att patienten blir definitivt utskriven, det vill säga att LRV-domen upphör eller att patienten avlider alternativt att patienten själv begär utträde ur registret.

Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 50. Antal uppföljda patienter.

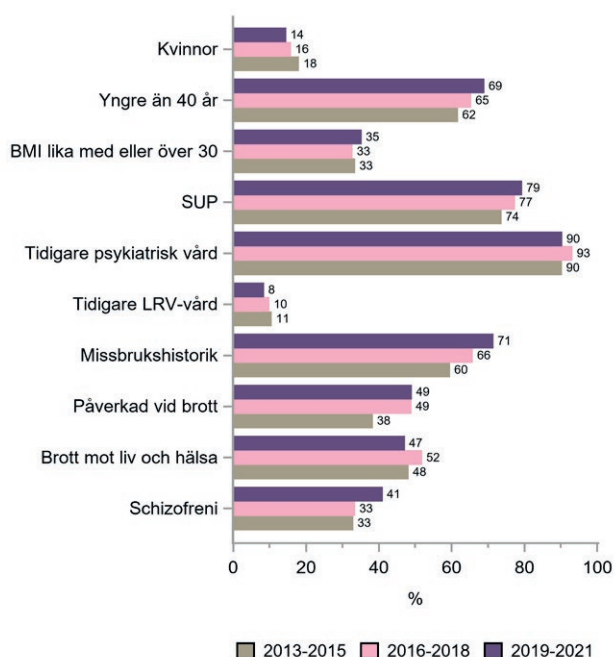


Figur 51. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2009 ökat med 90 procent. Förändringen mellan 2020 och 2021 är en minskning med 24 patienter, vilket motsvarar 1 procent. Av patienter uppföljda under 2021 är 14 procent kvinnor och 86 procent män. Totalt följdes 1920 patienter upp under 2021.

Figur 52. Bakgrundsdata för nyregistrerade patienter.



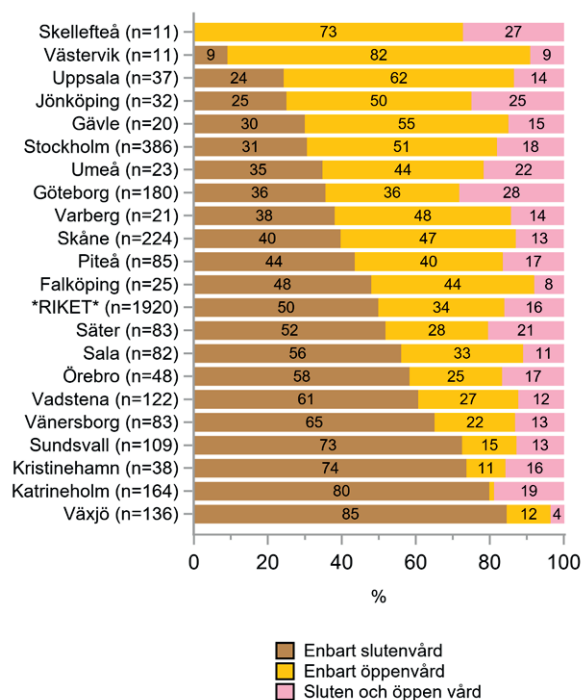
Nyregistrerade patienter under perioden 2019–2021 var i större utsträckning än tidigare år yngre än 40 år vid registrering. Vidare hade en större andel än tidigare en dokumenterad missbrukshistorik, en större andel hade schizofreni som huvuddiagnos och en större andel hade dömts till rättspsykiatrisk vård med SUP. En något mindre andel var kvinnor och en mindre andel hade tidigare vårdats enligt LRV.

Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid inte hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2021 var antalet nyregistrerade patienter 211 patienter, vilket är 96 patienter färre än under 2020. Antalet avslutade patienter är fler än föregående år, med en ökning från 138 patienter 2020 till 142 patienter 2021. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 80 procent. Under perioden 2009–2021 har 32 patienter avlidit till följd av suicid.

Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Den vanligaste dödsorsaken enligt Dödsorsaksregistret är dock ”yttre orsaker”, vilket skiljer sig från befolkningen i helhet där yttre orsaker bara är den sjätte vanligaste dödsorsaken. Av de yttre orsakerna är avsiktligt självd destruktiva handlingar vanligast, följt av förgiftning. Efter de yttre orsakerna var cirkulationsorganens sjukdomar den vanligaste dödsorsaken, följt av tumörer och andningsorganens sjukdomar. Detta är mycket likt de vanligaste dödsorsakerna för befolkningen som helhet, även om det kan noteras att för befolkningen som helhet är ”psykiska sjukdomar och beteendestörningar” den tredje vanligaste orsaken.

Fördelning mellan sluten- och öppenvård

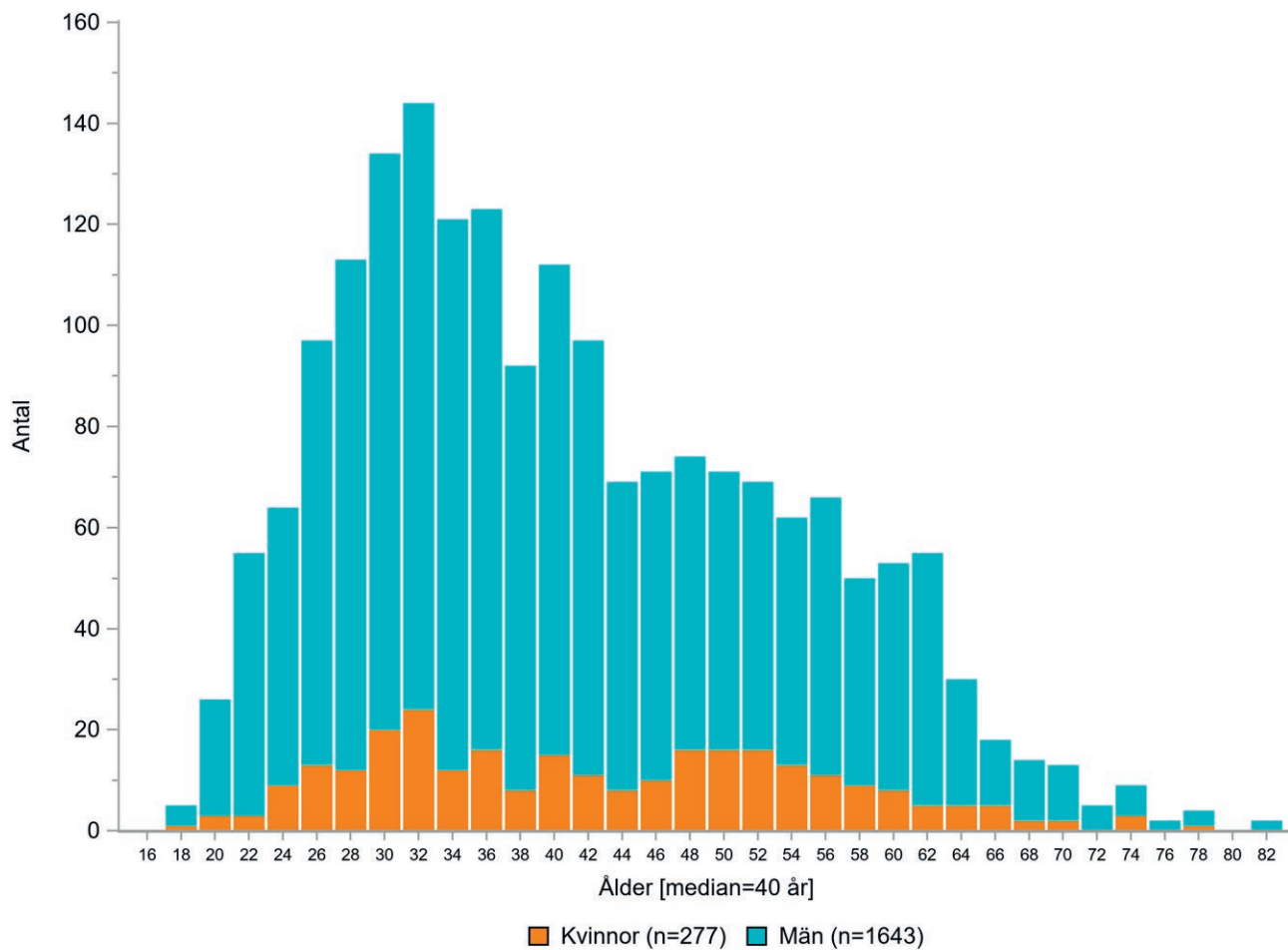
Figur 53. Fördelning mellan sluten- och öppenvård.



Under 2021 vårdades 50 procent av alla patienter i riket enbart i sluten vård och 34 procent vårdades enbart i öppen vård. 16 procent av patienterna vårdades under året både i öppen och sluten vård. Denna fördelning har varit stabil de senaste fem åren.

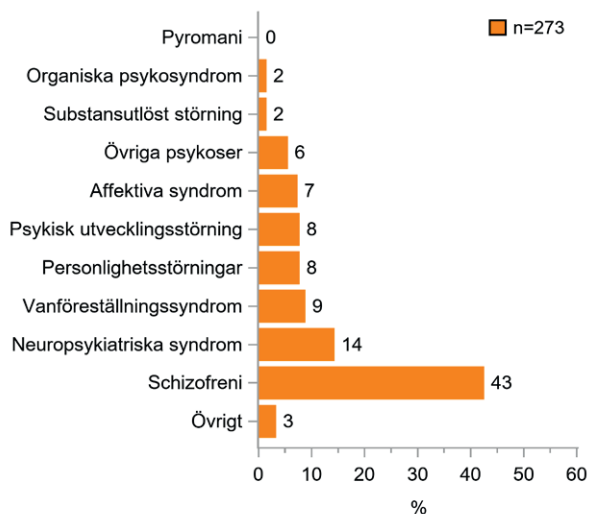
Ålder

Figur 54. Åldersfördelning i registret.

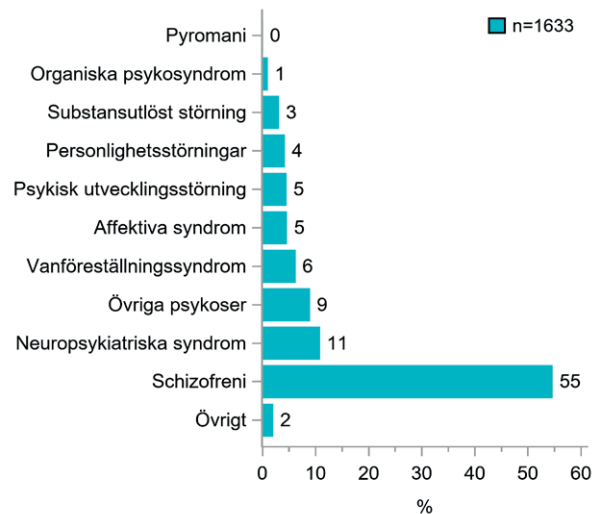


Huvuddiagnos

Figur 55. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, kvinnor.



Figur 56. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, män.



* Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related health problems, Tenth Revision.

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 diagnoserna förändras under vårdtiden efter fördjupade diagnostiska utredningar. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

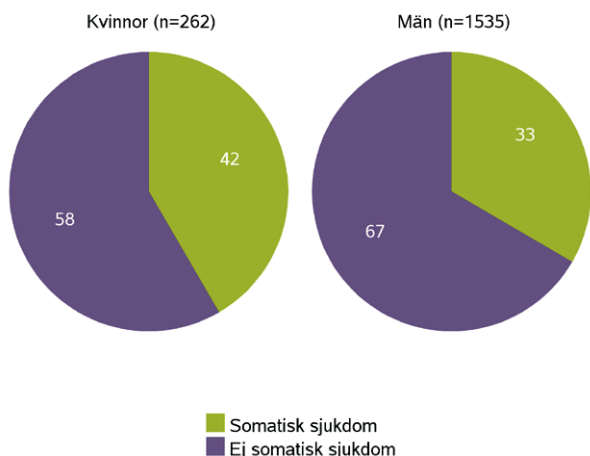
Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både kvinnor och män. Denna diagnos karaktäriseras ofta av svåra psykotiska symtom med förändrad verklighetsuppfattning. Det föreligger vissa könsskillnader, och personlighetsstörningar är vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor medan schizofreni som huvuddiagnos är vanligare bland män.

Andelen patienter som har diagnosen mental retardation (psykisk utvecklingsstörning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan

utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar fem 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 14 procent av kvinnorna och 11 procent av männen. Som biddiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

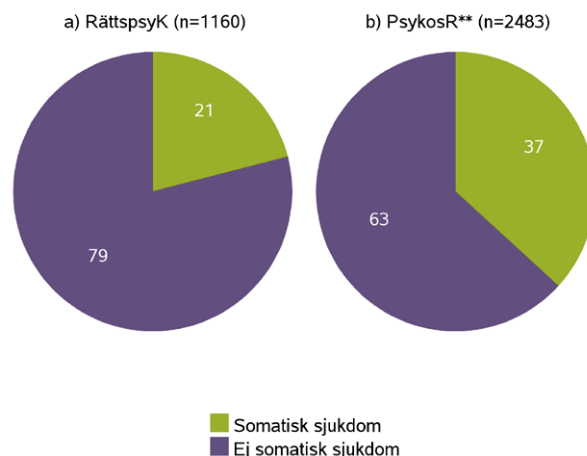
Fördelningen av huvuddiagnoser har varierat relativt lite under de år som registret varit i bruk, både för män och för kvinnor. Dock har diagnoser inom gruppen neuropsykiatriska syndrom ökat stadigt sedan 2009, vilket tydligast syns för kvinnor. Parallellt med denna ökning syns en minskning av affektiva syndrom i motsvarande grad. En ökning kan också ses av diagnosen schizofreni bland kvinnor. År 2009 var huvuddiagnosen schizofreni hos drygt 30 procent av kvinnor, vilket kan jämföras med 43 procent 2021.

Figur 57. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*.



* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

Figur 59. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd* registrerade i RättspsyK och PsykosR.

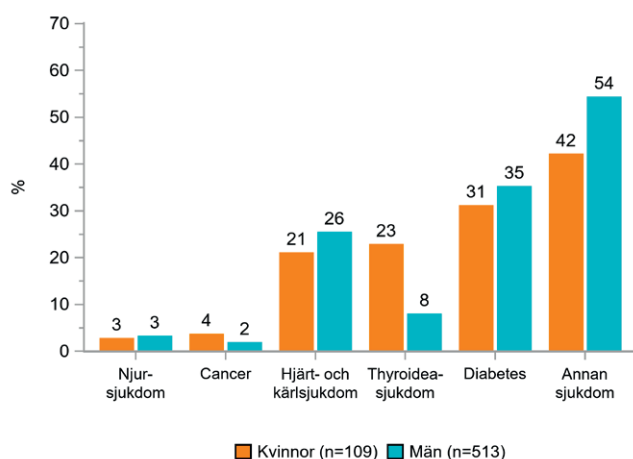


* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-och kärlsjukdom, njursjukdom.

** Databasversion 2022-01-31.

En stor del av patienterna har förutom sin psykiatriska diagnos även någon somatisk sjukdom. Mest framträdande är detta förhållande för kvinnor där 42 procent har någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra för män är 33 procent.

Figur 58. Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.



Hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes är relativt vanligt hos både män och kvinnor, men hjärt- och kärlsjukdom är ännu vanligare hos män än hos kvinnor. I gruppen thyroideasjukdomar är det stor övervikt av kvinnor, där 23 procent av kvinnorna har denna sjukdomsbild men endast 8 procent av männen. I gruppen med övriga sjukdomar återfinns några åkommor oftare än andra. Under 2021 var det vanligaste som rapporterats fetma samt hepatit C. Nästan lika vanligt var KOL och astma, och även epilepsi, hypertoni och psoriasis förekom relativt ofta.

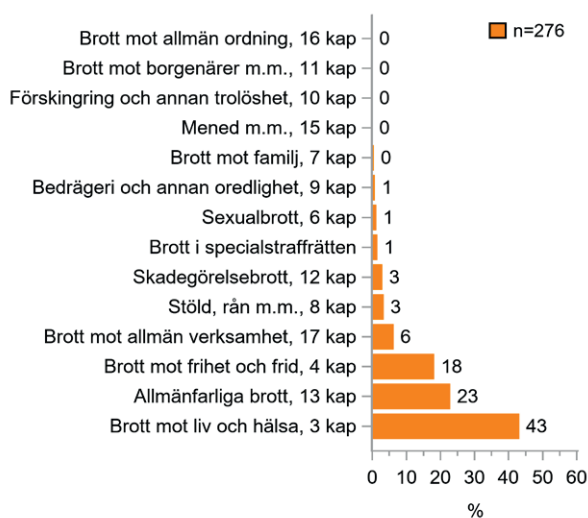
Vid en jämförelse med PsykosR visar det sig att patienter i RättspsyK i betydligt mindre grad lider av någon somatisk sjukdom av typen hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, thyroidea eller njursjukdom. 37 procent av patienterna i PsykosR har en somatisk sjukdom, jämfört med endast 21 procent av patienterna i RättspsyK har det. Notera att detta endast gäller dessa specifika diagnoser, och att andelen patienter med någon somatisk sjukdom för patienterna i RättspsyK är större när även "Annan sjukdom" inkluderas. Någon närmare analys av varför det förhåller sig så har inte gjorts men det går att reflektera över om den långa tiden i slutenvård för patienter i RättspsyK har betydelse.

Indexbrott

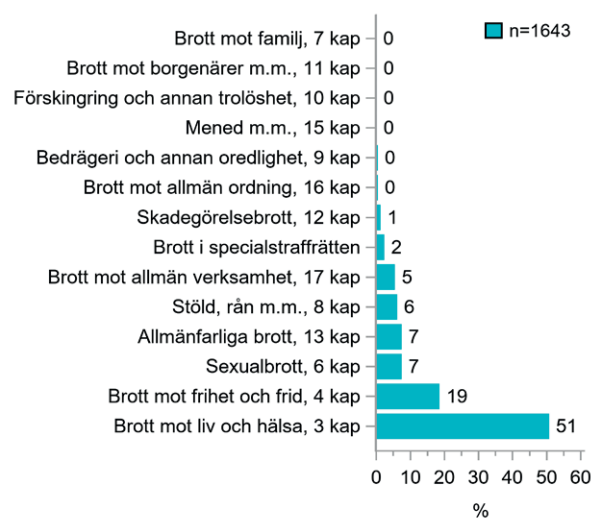
Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och domen om rättspsykiatrisk vård. I denna årsrapport redovisas indexbrotten utifrån hur dessa klassificeras hos Brå och till vilket kapitel de hänförs i brottsbalken (BrB). Eftersom överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Det vanligaste för både kvinnor och män är att något av brotten från kap. 3, Brott mot liv och hälsa, är indexbrott. I detta kapitel ingår bl.a. mord, dråp och misshandel. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot liv och hälsa (inklusive sexualbrott och rån).

För både kvinnor och män med något av brotten från kap 3 var det absolut vanligast att brottet var någon form av misshandel, 83 procent av kvinnorna och 74 procent av männen. Det dödliga våldet (eller försök till sådant) var vanligare för män (25 procent av de med ett indexbrott från 3 kap) än för kvinnor, och (16 procent av de med ett indexbrott från 3 kap). Bland kvinnor är mordbrand det näst vanligaste brottet, medan andelen sexualbrott är nästan obefintlig bland kvinnor. För män utgör sexualbrott åtta procent av indexbrotten. Fördelningen av indexbrott har förändrats relativt lite under de år som registret varit i bruk, vilket gäller både kvinnor och män. Små variationer förekommer dock mellan åren och en tydlig förändring gäller tendensen att mord och dråp (inklusive försök därtill) minskar som indexbrott.

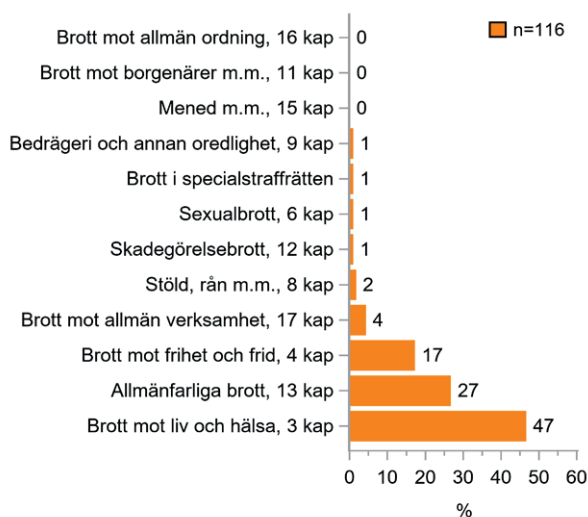
Figur 60. Indexbrott, kvinnor.



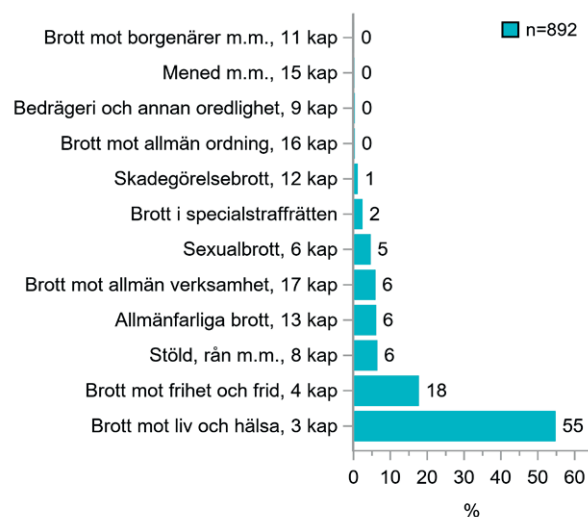
Figur 61. Indexbrott, män.



Figur 62. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, kvinnor.



Figur 63. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, män.



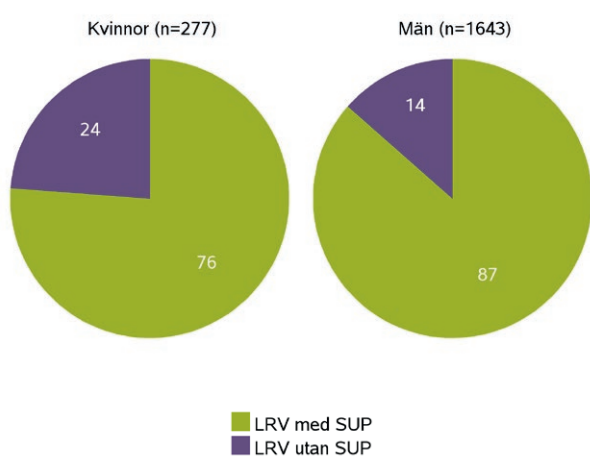
* ICD-10-kod F20, F21 och F25.

* 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 överlämnande 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 64. Andel patienter med respektive utan SUP.



För 76 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2021 var vårdformen rättspsykiatrisk vård med SUP.

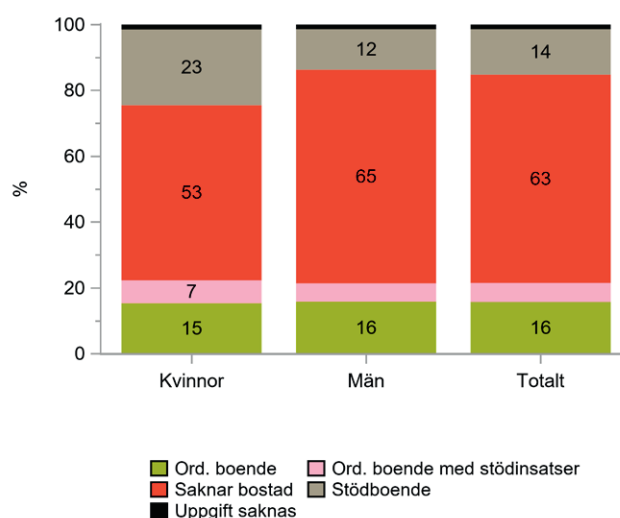
Barn

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.

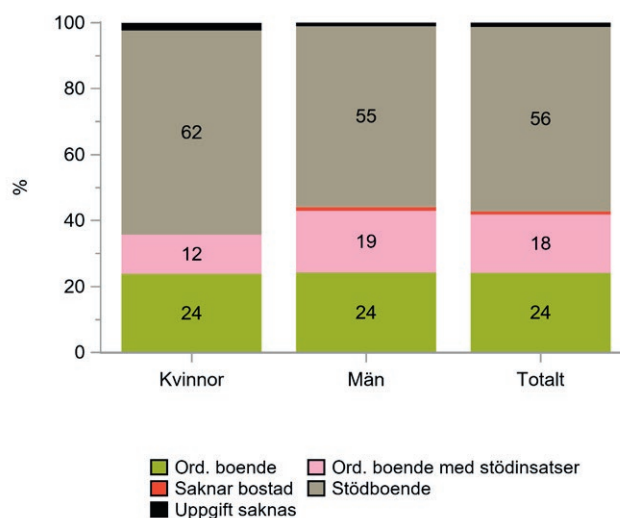
Barn under 18 år förekommer 2021 hos 14 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Det är något vanligare att kvinnorna i patientgruppen än männen har barn och 17 procent av kvinnorna jämfört med knappt 14 procent av männen har barn under 18 år.

Boendeform

Figur 65. Boendeform under pågående slutenvård.



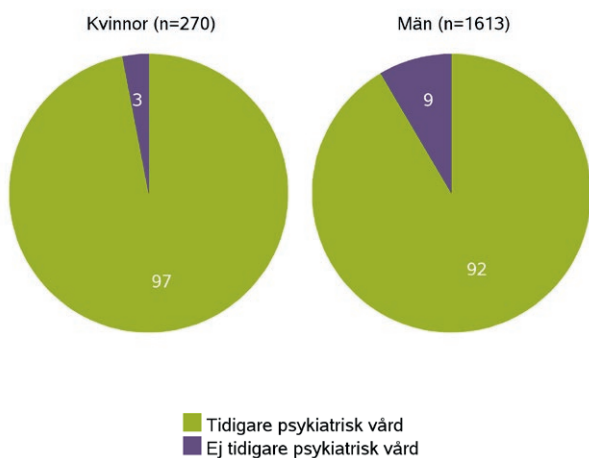
Figur 66. Boendeform under pågående öppenvård.



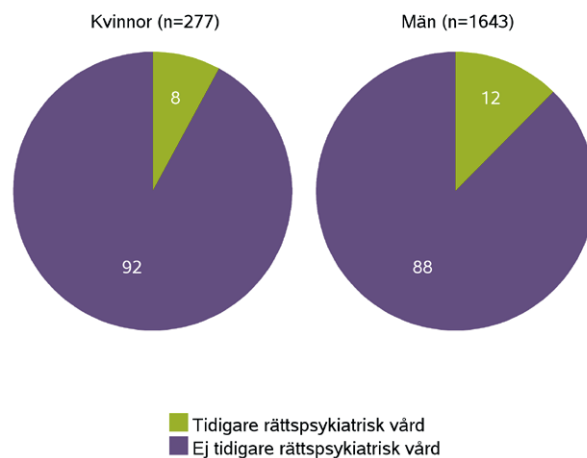
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna. Ordinärt boende definieras som att patienten själv står på kontraktet. Med stödboende avses korttidsboende eller permanent boende enligt SoL eller LSS.

Tidigare psykiatrisk vård

Figur 67. Andel patienter som fått psykiatrisk vård någon gång innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



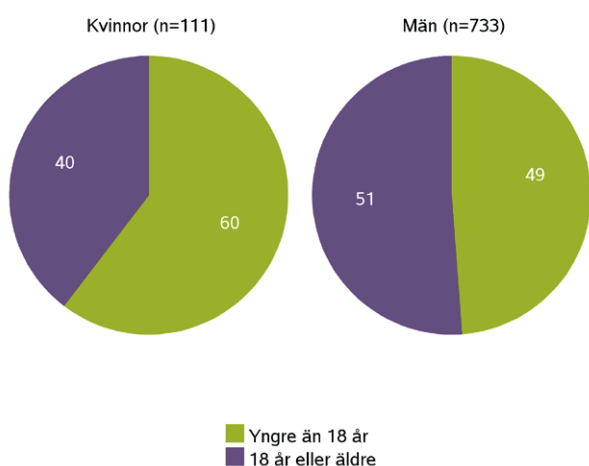
Figur 69. Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.



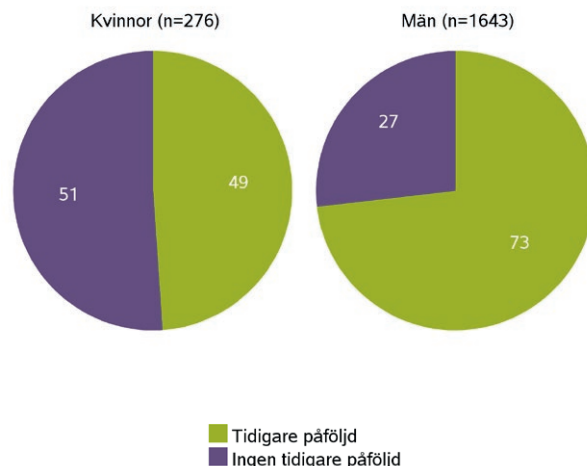
De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor, och en mycket stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. En liten del av patienterna har tidigare vårdats enligt LRV, och det är vanligare att män än kvinnor tidigare har vårdats enligt LRV (12 procent jämfört med 8 procent av kvinnorna).

Genom åren har en ökning setts av personer som varit i kontakt med psykiatrisk vård innan de överlämnades till rättspsykiatrisk vård. Detta gäller både män och kvinnor och under 2021 hade 97 procent av kvinnorna samt 92 procent av männen tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården.

Figur 68. Ålder vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



Figur 70. Andel patienter med tidigare påföljd innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.

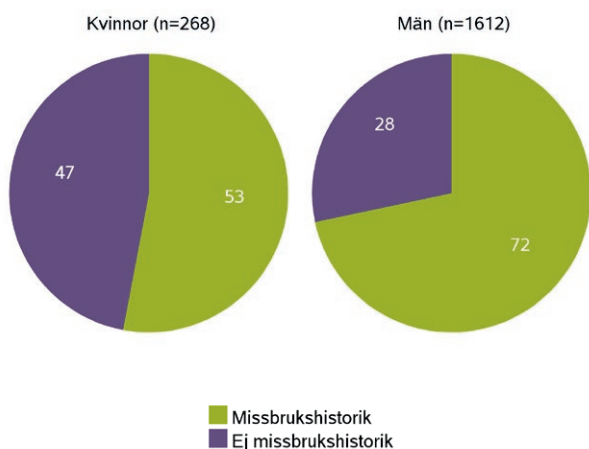


Av de som innan den rättspsykiatriska vården haft kontakt med psykiatrin, hade 60 procent av kvinnorna och 49 procent av männen haft kontakt med psykiatrin innan 18 års ålder.

Det är vanligt för rättspsykiatriska patienter att ha dömts för brott tidigare, och 70 procent hade någon påföljd innan indxbrottet. Detta var något vanligare för män (73 procent) än för kvinnor (49 procent).

Tidigare missbruk

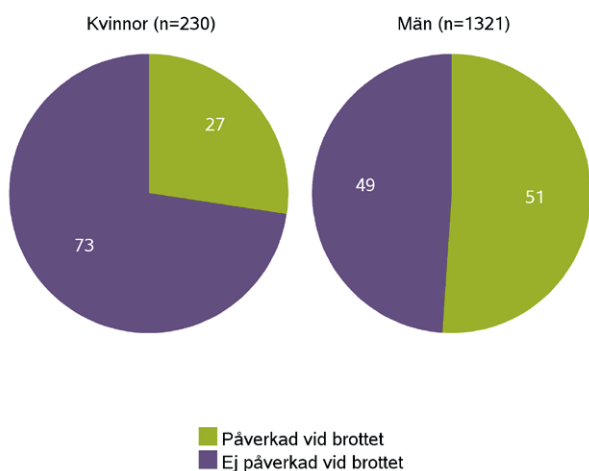
Figur 71. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



Gällande dokumenterad historia av missbruk har det inte skett några stora förändringar gällande registrerade data under de år som registreringarna skett. De senaste åren har ungefär hälften av kvinnorna en dokumenterad historia och bland männen har andelen varierat mellan 66 och 72 procent.

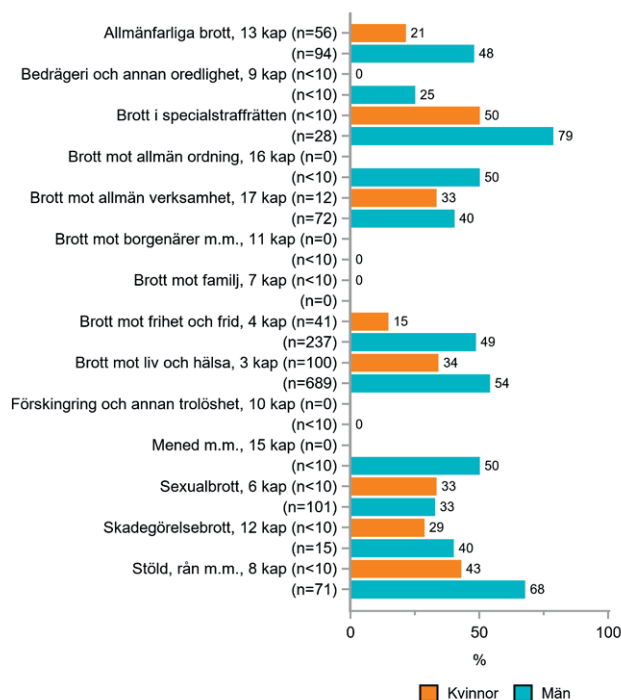
Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

Figur 72. 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 27 procent av kvinnorna och 51 procent av männen var påverkade av någon drog/alkohol vid tillfället för indexbrottet.

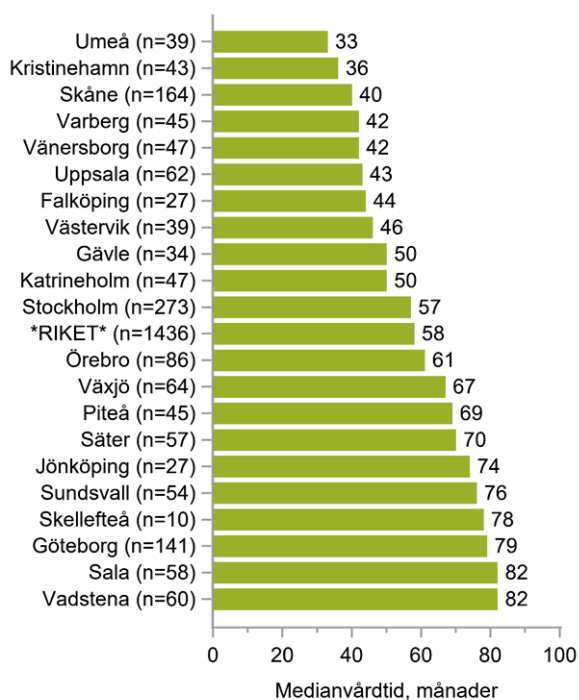
Figur 73. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter **brottsgrupp**.



Vid brott mot liv och hälsa inkluderande misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var 34 procent av kvinnorna och 54 procent av männen påverkade av någon drog eller alkohol vid brottstillfället. Inom gruppen brott mot specialstraffrätten ingår narkotikabrott, vilket sannolikt förklarar att de som dömts för dessa brott oftare var påverkade vid indexbrottet (79 procent).

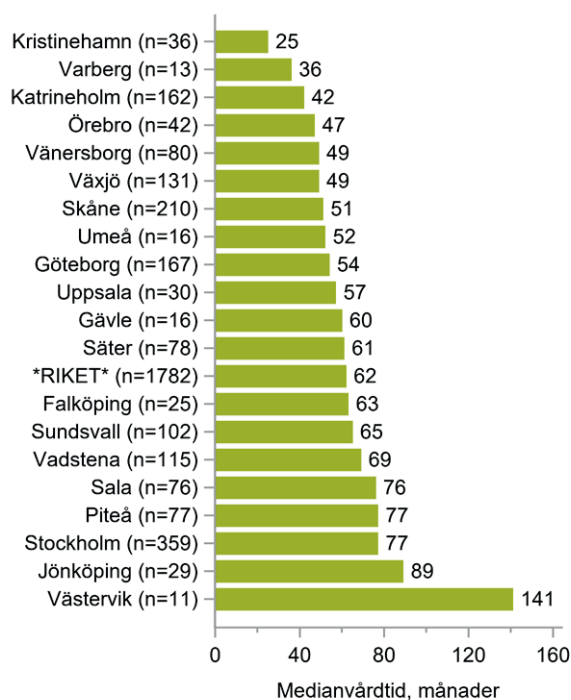
Vårdtid

Figur 74. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2021.



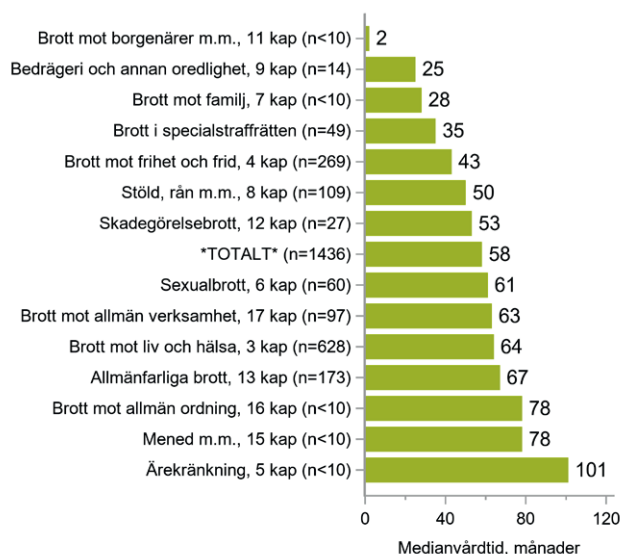
Sammanlagt 1 436 patienter har blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2021. Medianvårdtiden för samtliga patienter oavsett kön är 58 månader (strax under fem år). Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 33 månader (två år och nio månader) och 82 månader (sex år och tio månader). Medianvårdtiden vid avskriven vård har ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv. De varierande medianvårdtiderna kan delvis

Figur 75. Medianvårdtid för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt och att de därför delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkat resultaten i någon riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommundsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut, vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

Figur 76. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2021.



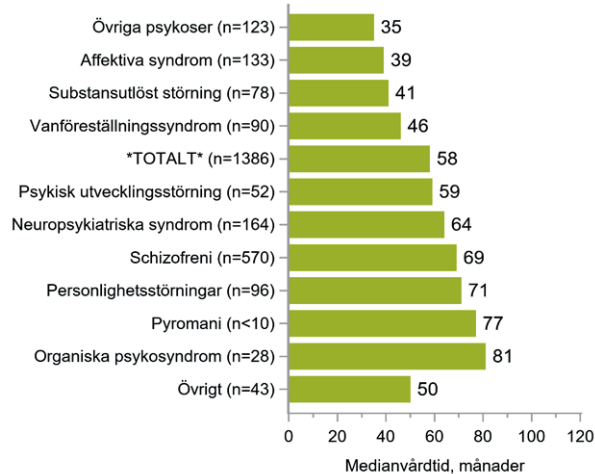
Medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avskriven vård varierar kraftigt. Den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, har en medianvårdtid på 64 månader (fem år och tre månader).

Figur 77. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



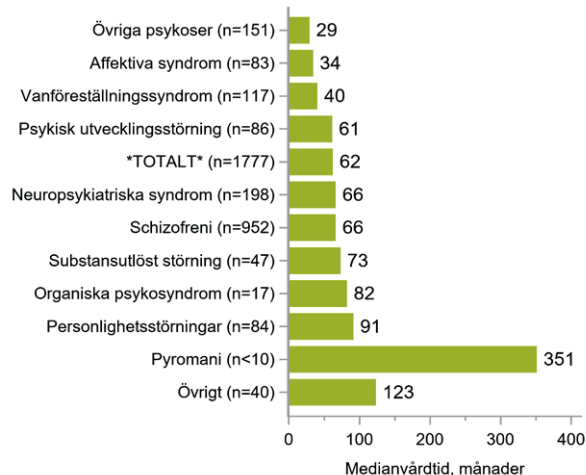
Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter som tillhör brottsgruppen har en medianvårdtid på 63 månader i pågående vård. De patienter som har begått sexualbrott och har pågående vård har mycket långa vårdtider, där medianen under 2021 var 115 månader (nio år och sju månader).

Figur 78. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2021.



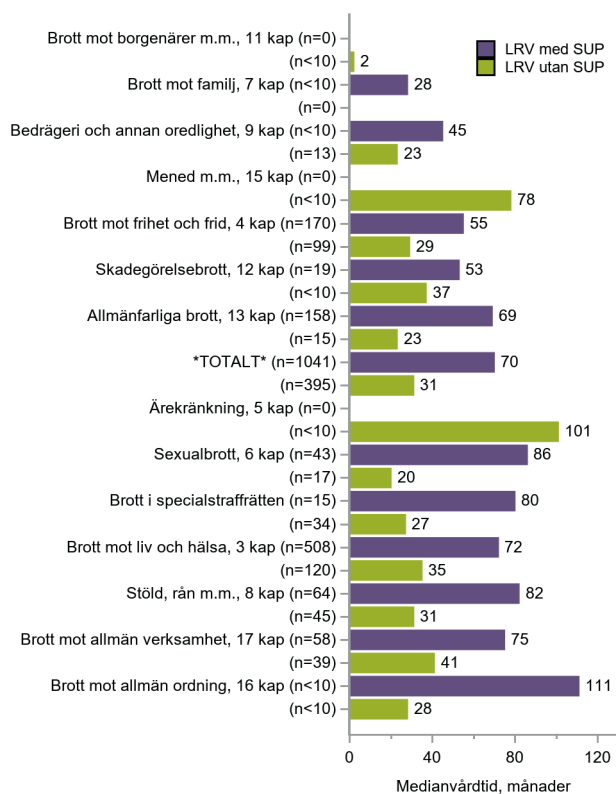
Längst medianvårdtid har de patienter som dömts för ärekränkning (101 månader), men då denna grupp är mycket liten bör detta tolkas med försiktighet.

Figur 79. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



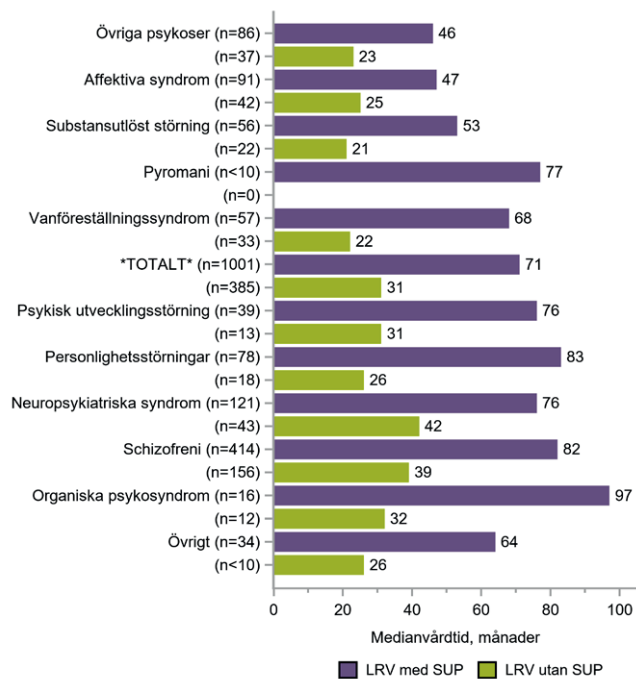
Medianvårdtiden för alla patienter tillhörande samtliga diagnosgrupper i pågående vård var 62 månader 2021, vilket är en ökning med tre månader jämfört med 2020. För diagnosgruppen pyromani är medianvårdtiden extremt lång, 351 månader (29 år och tre månader), men detta baseras på ytterst få patienter.

Figur 80. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2021.



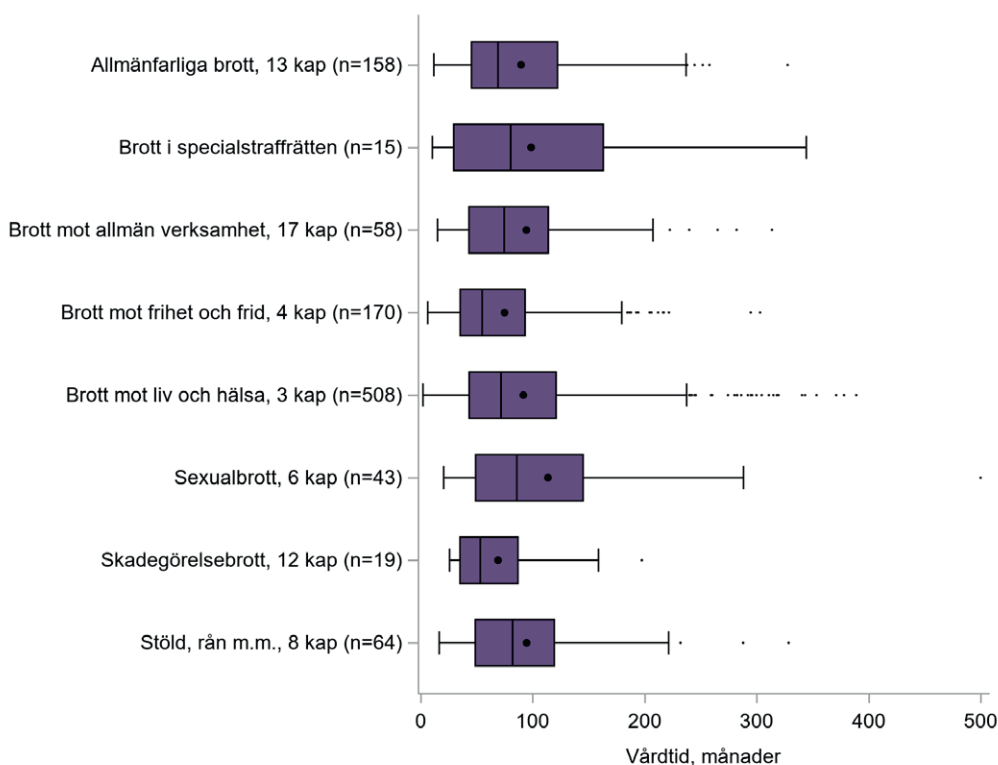
Som förväntat är medianvårdtiderna betydligt längre för patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP. Detta gäller oavsett brotts- och diagnosgrupp. Skillnaden mellan patienter med och utan SUP kan delvis förklaras av att för att rätten ska döma till LRV med SUP ska det bedömas att det finns en risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag, och då motsvarande risk inte bedöms föreligga döms personen i stället till LRV utan SUP. Vidare är frågan om att avsluta vården för patienter med SUP alltid föremål för prövning i förvaltningsrätten, medan vården för patienter utan SUP kan avslutas av chefsöverläkaren.

Figur 81. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2021.

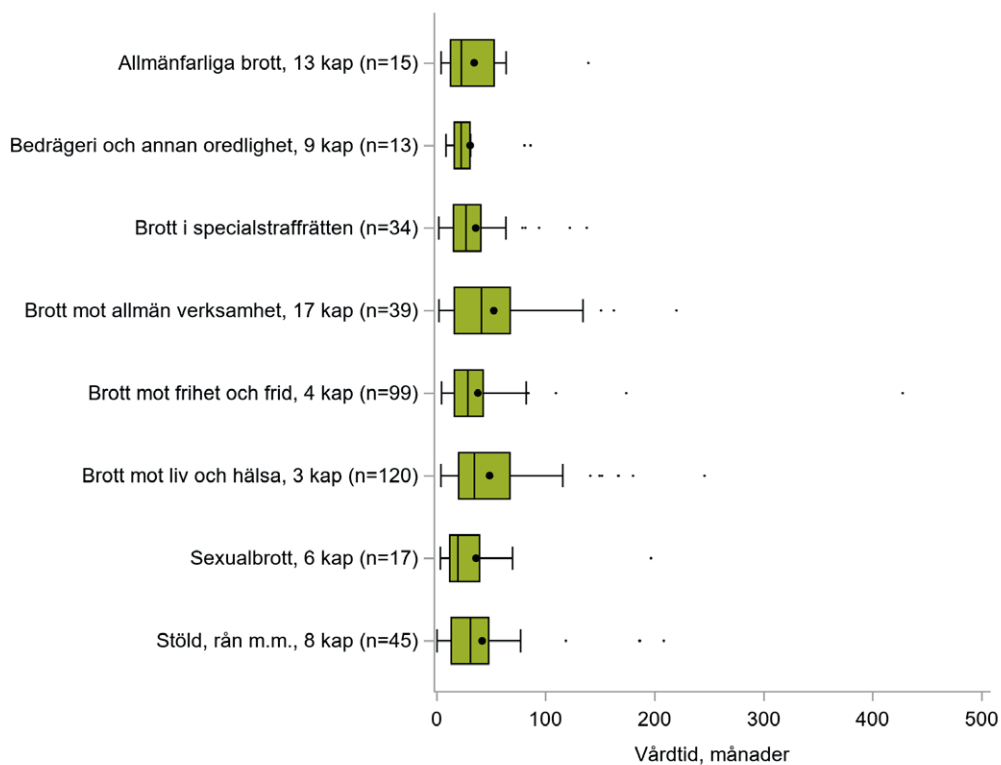


Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant åt för patienter med och utan SUP. Schizofreni och organiska psykosyndrom kan noteras ha långa vårdtider på 82 månader respektive 97 månader om SUP föreligger, jämfört med 39 respektive 32 månader om SUP inte föreligger. Jämförelsevis långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom, vanföreställningssyndrom och personlighetsstörningar.

Figur 82. Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vården avskrivits under åren 2009–2021, per brottsgrupp.

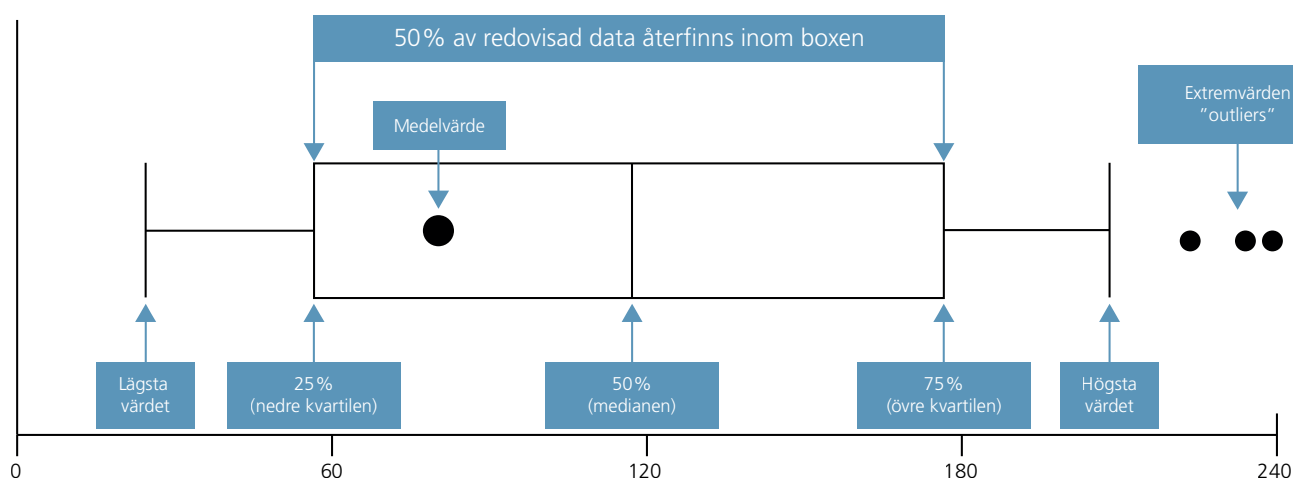


Figur 83. Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vården avskrivits under åren 2009–2021, per brottsgrupp.



I de två figurerna ovan illustreras spridningen i vårdtid bland patienter med och utan SUP uppdelade efter indexbrottets brottsstyp, se sidan 51 för läsanvisning för Box Plot.

Läsanvisning för Box Plot



Förklaring: Box Plot

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

Verksamheterna i registret

Tabell 9. Verksamheterna i registret.

Region	Verksamhet*	Antal slutenvårdplatser	Typ av klinik**	Uppgifter från verksamheterna avseende 2021		Uppgifter från registret, 2021				
				Säkerhetsnivå***	Uppagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medelålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	70	R	2, 3	Uppsala-Örebroregionen	Säter	83	40,9	9,6	55,4
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle Sjukhus	20	41,3	5,0	30,0
Halland	Varberg	12	L	2	Halland	Varbergs sjukhus	21	42,6	28,6	38,1
Jönköping	Jönköping	12	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	32	44,8	21,9	37,5
Kalmar	Västervik	12	L	2, 3	Kalmar län	Västervik	11	48,6	36,4	18,2
Kronoberg	Växjö	121	R	1, 2, 3	Södra regionen	Växjö	136	37,0	9,6	86,0
Norrbottnen	Piteå	44	L	2, 3	Norrbottnen / avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	85	43,4	23,5	51,8
Skåne	Skåne	102	L	2, 3	Region Skåne	Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	224	41,8	14,7	43,8
Stockholm	Stockholm	216	L	1, 2, 3	Stockholms län	Helix, Karolinska Huddinge, Löwenströmska	386	43,8	19,2	37,3
Sörmland	Katrineholm	155	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	164	38,6	12,8	84,8
	Mälarsjukhuset	0			Sörmland		< 10			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	37	38,0	8,1	27,0
Värmland	Kristinehamn	32	L	2, 3	Värmland	Kristinehamn	38	38,7	10,5	76,3
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	23	42,3	21,7	39,1
	Skellefteå	0	L		Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	11	50,3	9,1	0,0
Västernorrland	Sundsvall	101	R	1, 2	Region Västernorrland / avtal Jämtland, Gävleborg	Sundsvall	109	38,7	11,9	75,2
Västmanland	Sala	55	L	1, 2	Västmanland	Sala	82	43,5	4,9	57,3
	Borås	0	L		Södra Älvsborg		< 10			
Västra Götaland	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	25	43,1	8,0	52,0
	Göteborg	96	L	1, 2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	180	40,8	11,7	45,0
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SAS slutenvård	Vänersborg	83	40,2	12,0	71,1
Örebro	Örebro	34	L	2, 3	Örebro län	Örebro	48	44,5	16,7	58,3
Östergötland	Vadstena	86	R	2, 3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	122	39,9	14,8	65,6
Totalt		1 262					1 920	41,3	14,4	54,9

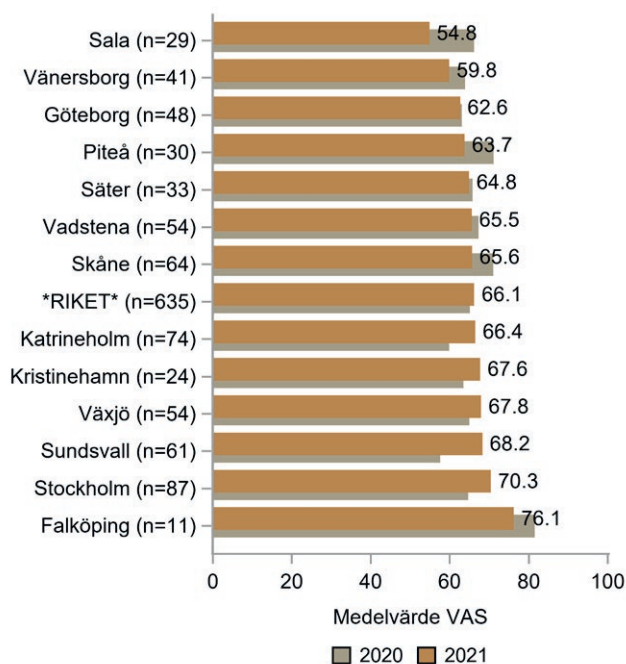
* Benämning på verksamhet i denna årsrapport. Fullständiga namn återfinns på sidan 2. ** Regionsjukvård (R) eller Länsjukvård (L). *** Säkerhetsnivå (SOFSS 2006:9 4§).

Redovisning på verksamhetsnivå

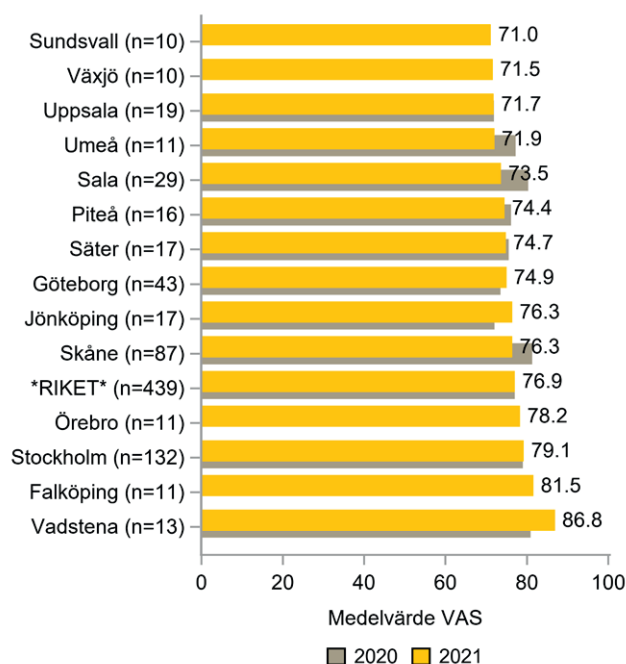
Redovisning på verksamhetsnivå sker dels för att det efterfrågats av rapporterande verksamheter, dels för att respektive verksamhet ska kunna se vilka områden som kan förbättras. För att underlätta att se förbättringsområden är figurerna uppdelade i sluten- respektive öppenvård. Resultat redovisas endast 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. I figurerna med jämförelser mellan två år avser siffrorna vid staplarna år 2021. Verksamheterna uppmantras att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

Självskattad livskvalitet

Figur 84. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **slutenvård**.

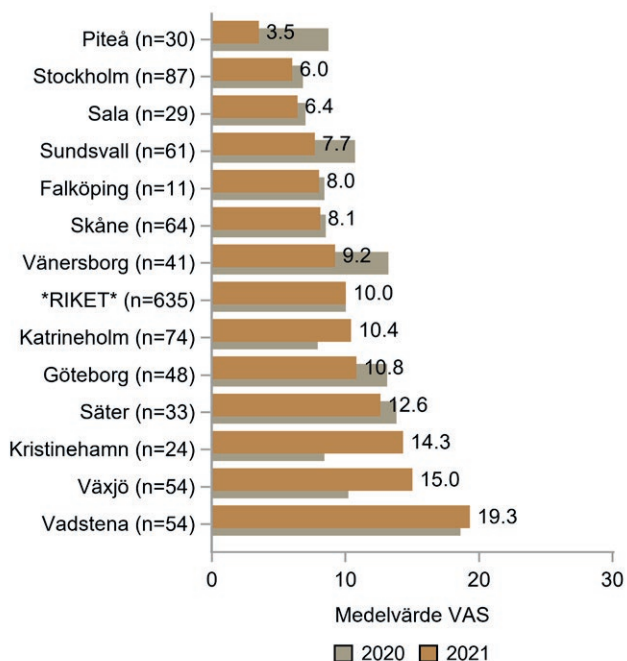


Figur 85. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **öppenvård**.

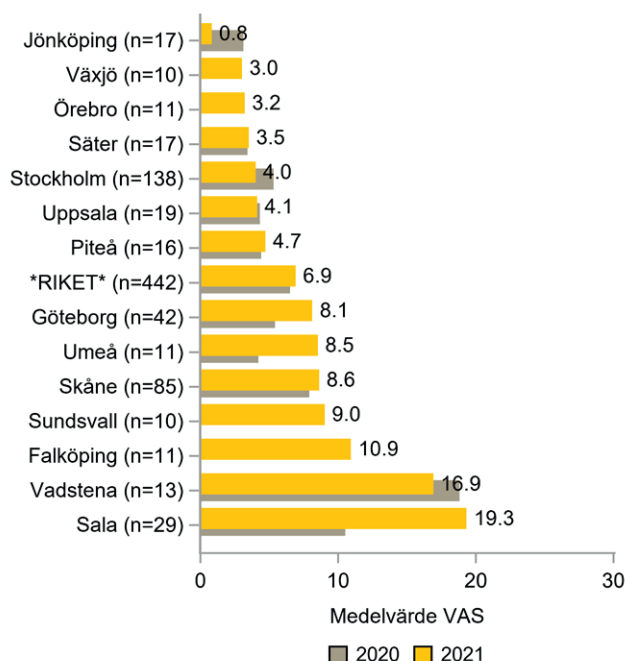


SjÄlvskattad risk fÖr återfall i brott

Figur 86. MedelvÄrde av patienternas skattningar av sin risk fÖr återfall i brottslig gÄrning, slutenvÄrd.

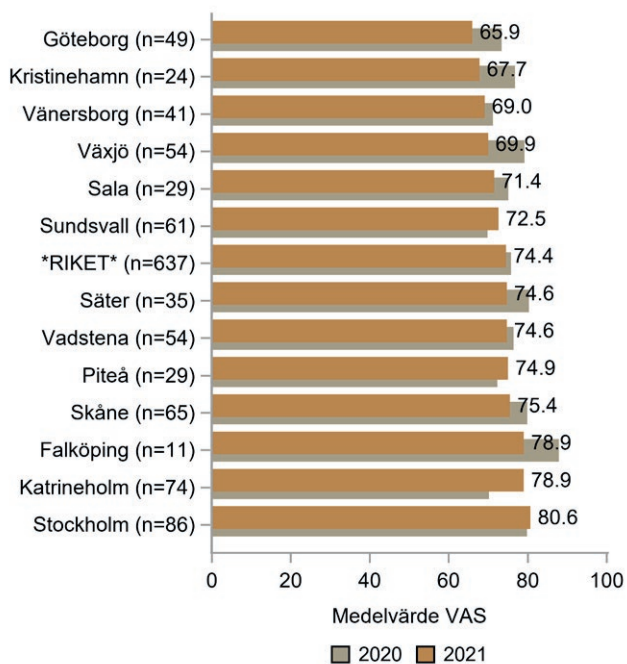


Figur 87. MedelvÄrde av patienternas skattningar av sin risk fÖr återfall i brottslig gÄrning, ÖppenvÄrd.

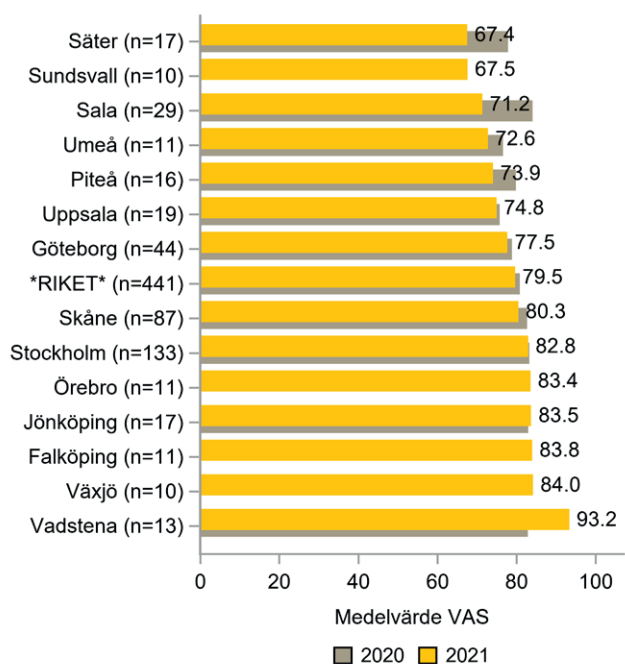


SjÄlvskattad psykisk hälsa

Figur 88. MedelvÄrde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, slutenvÄrd.

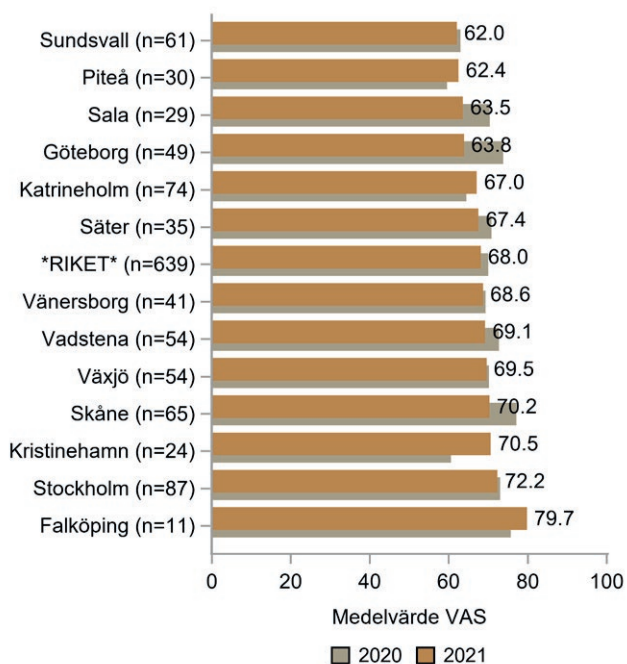


Figur 89. MedelvÄrde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, ÖppenvÄrd.

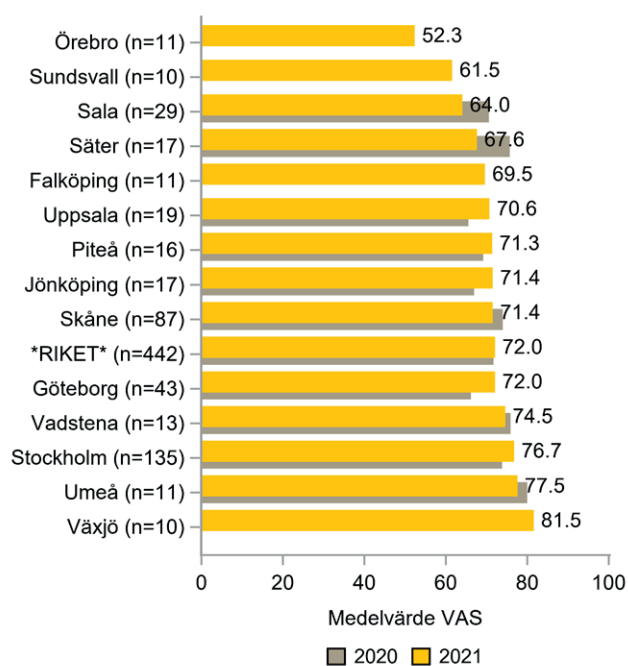


Självs kattad fysisk hälsa

Figur 90. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **slutenvård**.



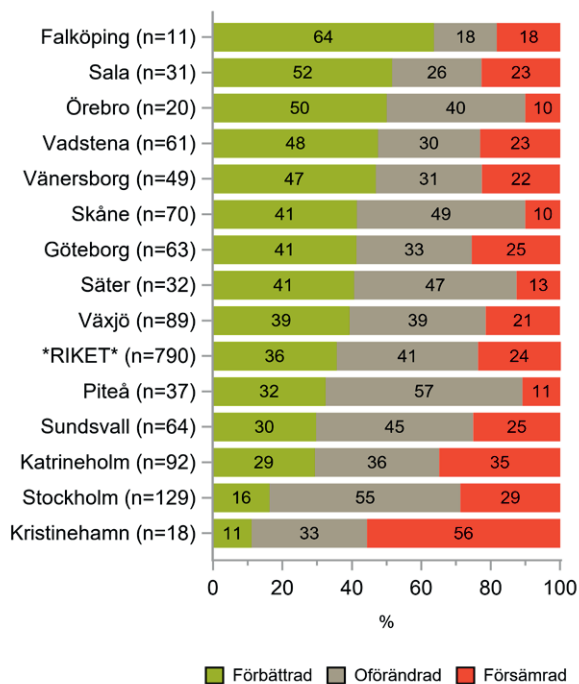
Figur 91. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **öppenvård**.



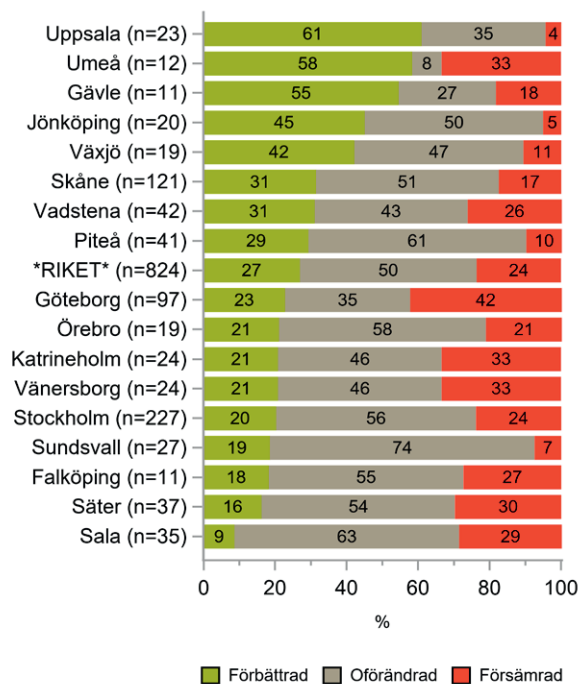
Klinisk skattning av symtombilden

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

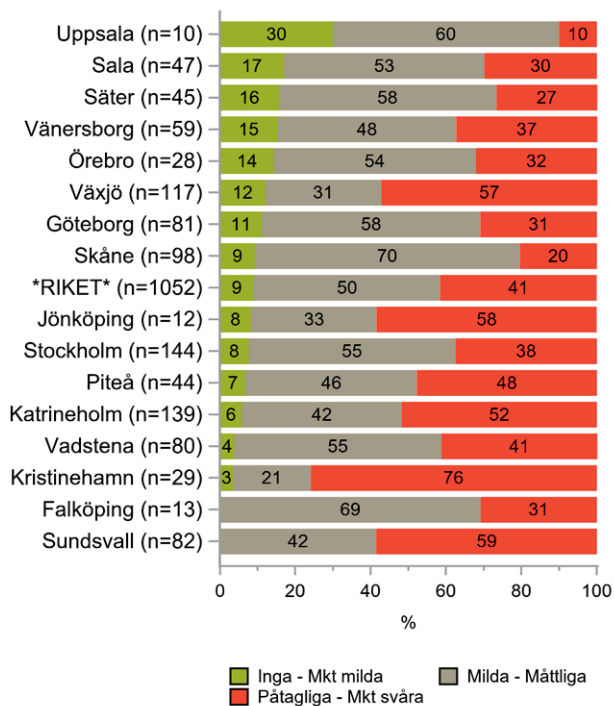
Figur 92. Förändring av symtombild mellan åren 2020 och 2021, slutenvård.



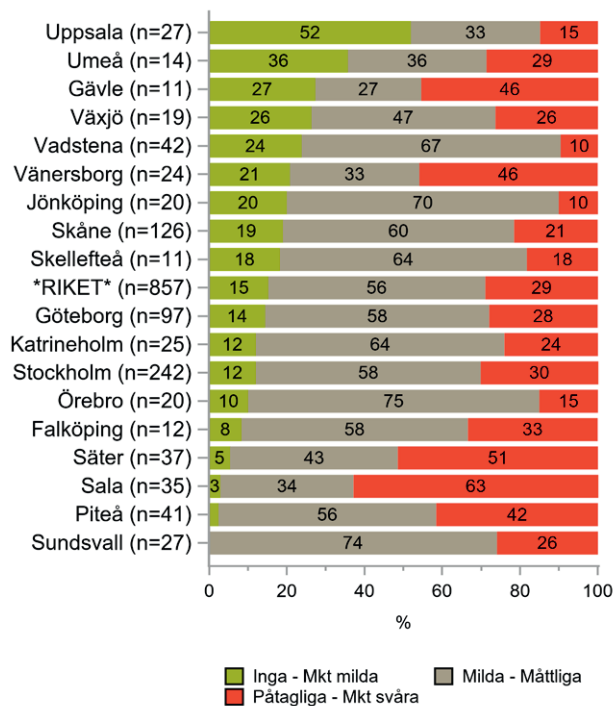
Figur 93. Förändring av symtombild mellan åren 2020 och 2021, öppenvård.



Figur 94. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, slutenvård.



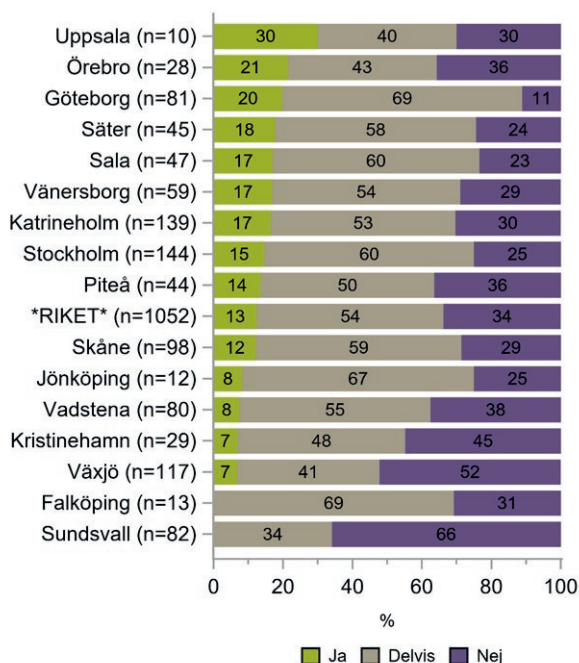
Figur 95. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



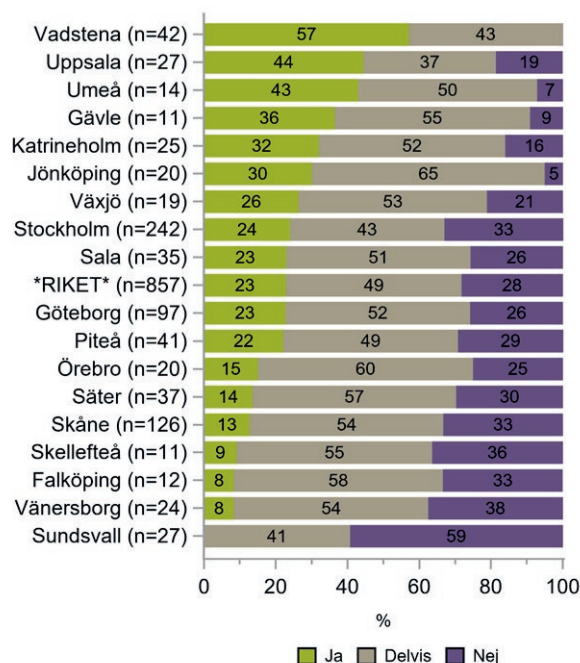
Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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

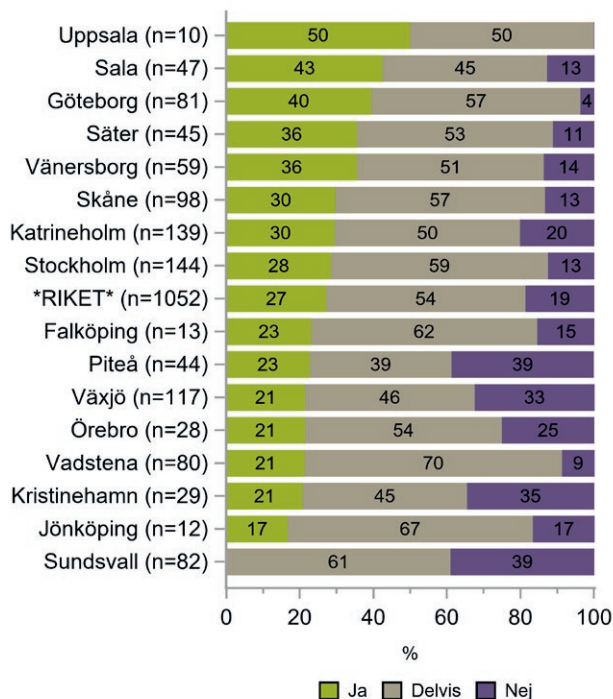
Figur 96. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



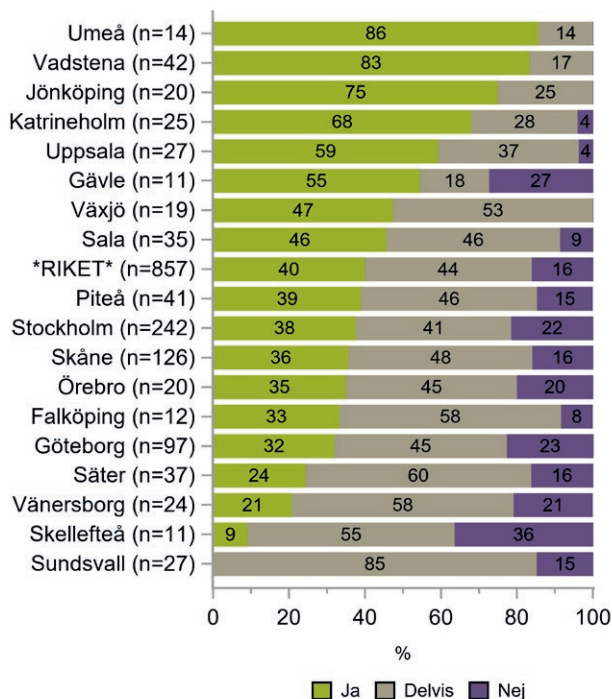
Figur 97. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 98. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

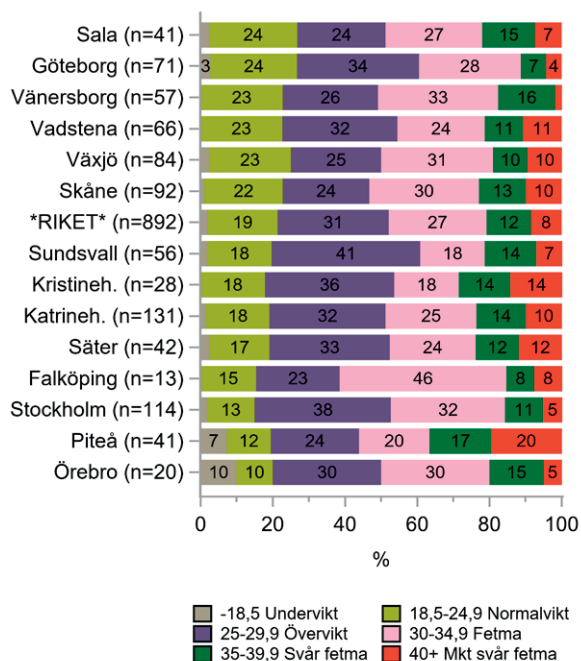


Figur 99. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

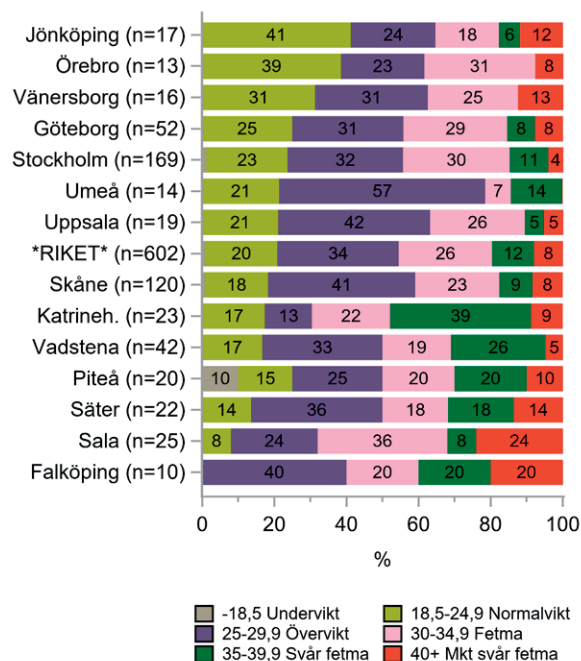


Body Mass Index (BMI)

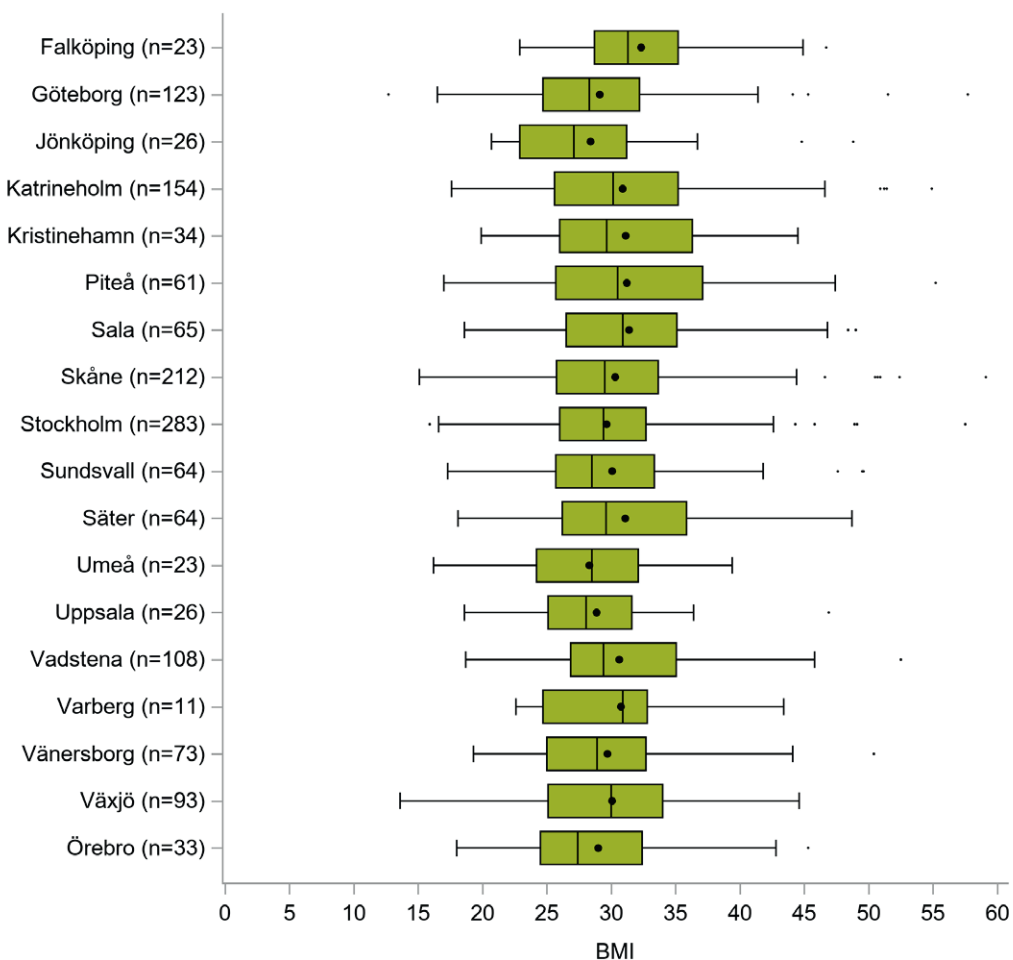
Figur 100. Andel patienter i respektive BMI-kategori, slutenvård.



Figur 101. Andel patienter i respektive BMI-kategori, öppenvård.

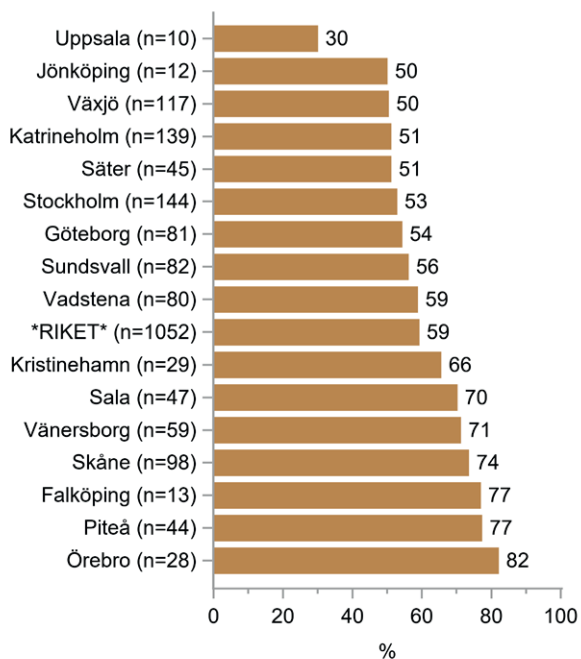


Figur 102. Spridning, BMI i patientgruppen, sluten- och öppenvård.

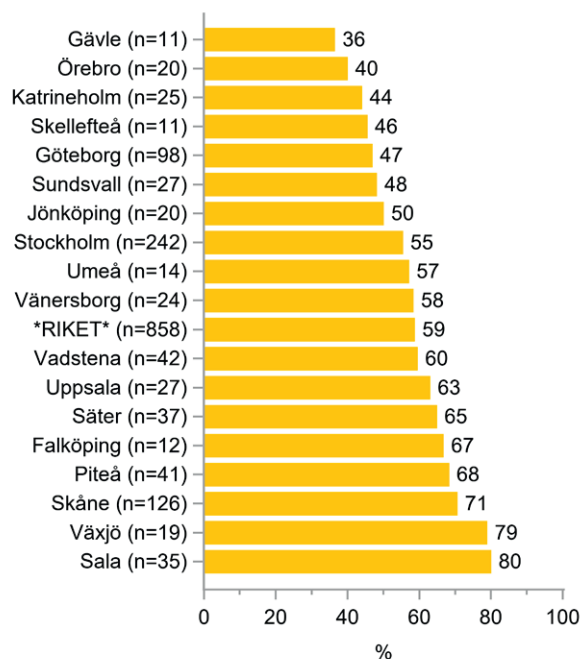


Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

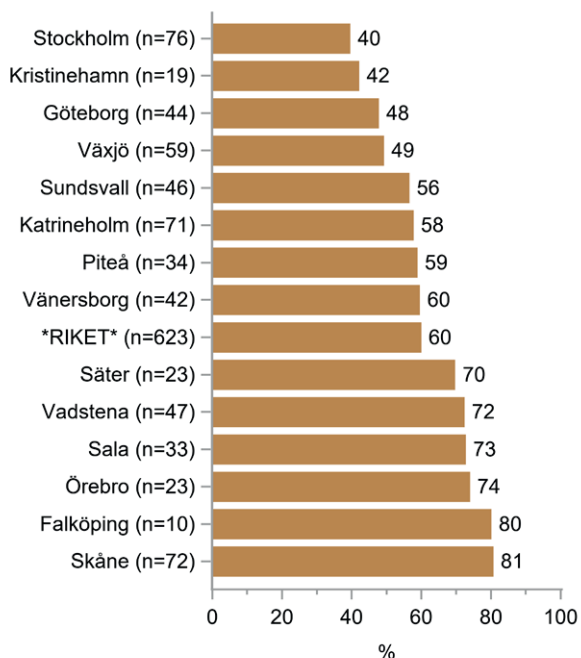
Figur 103. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



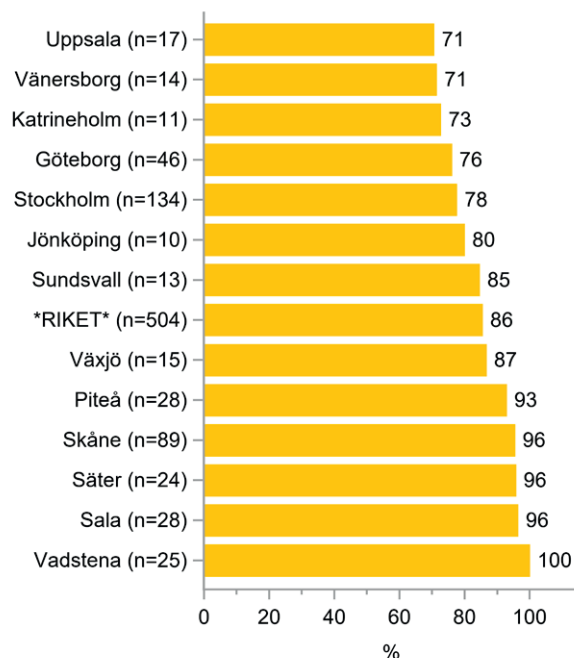
Figur 104. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



Figur 105. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, slutenvård.

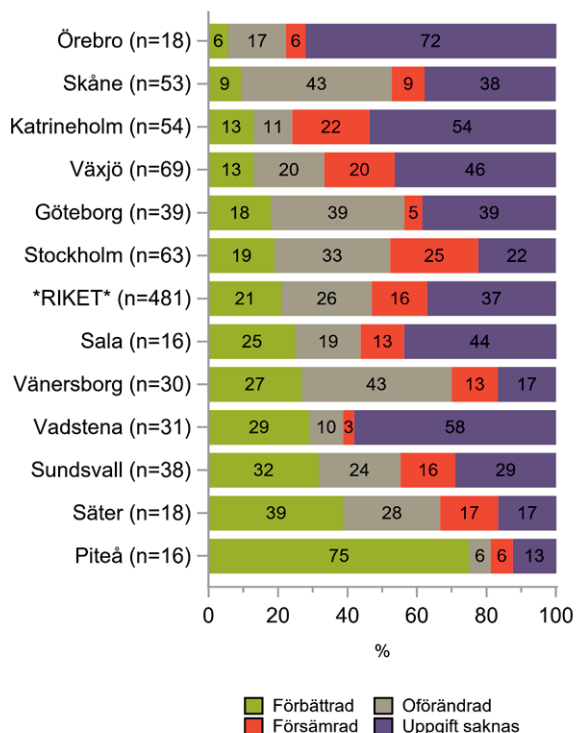


Figur 106. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, öppenvård.

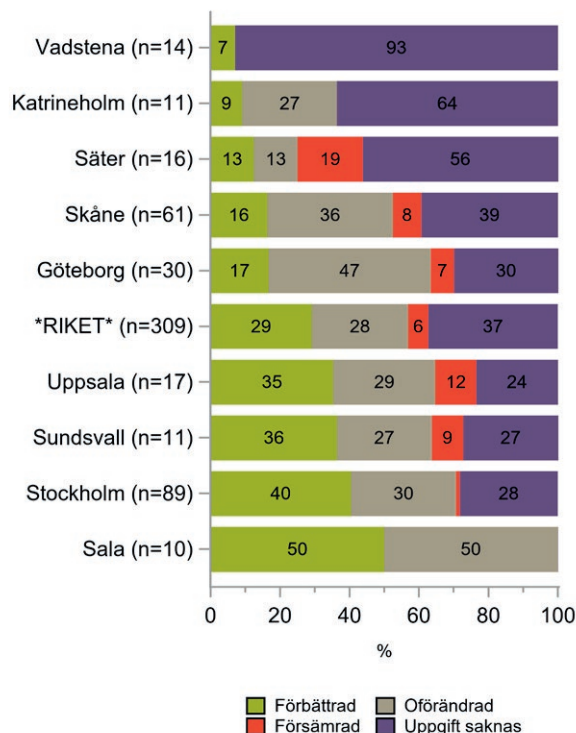


Skuldsituation

Figur 107. Förändring av skuldsituation, slutenvård.



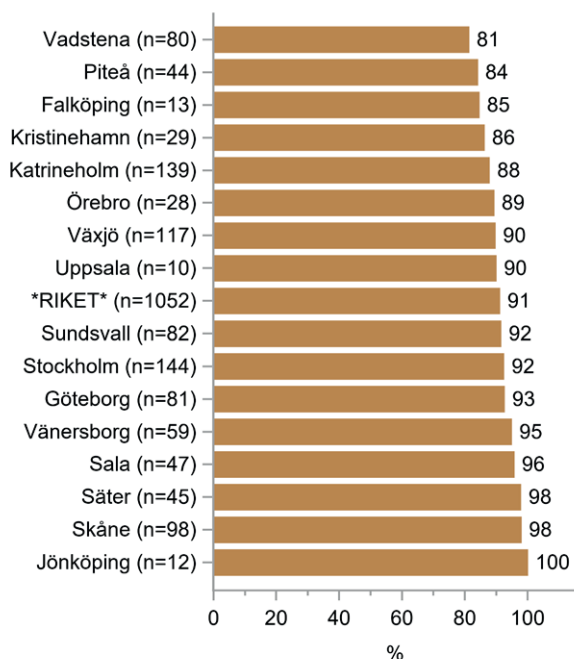
Figur 108. Förändring av skuldsituation, öppenvård.



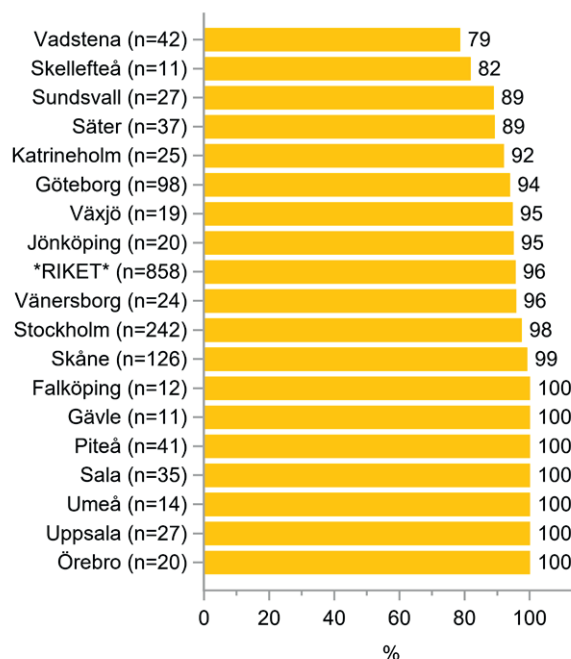
Nätverk

Aktörer som avses är anhöriga, vänner, arbetsgivare, kommunala, regioner, Försäkringskassa, frivilligorganisation och/eller annan aktör.

Figur 109. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer slutenvård.



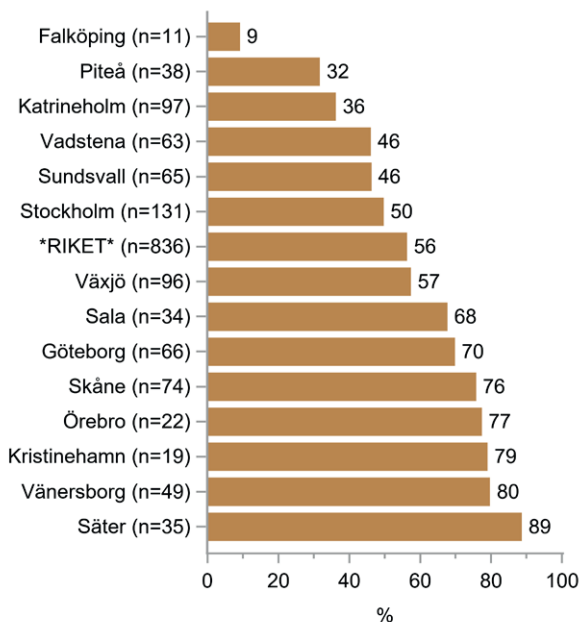
Figur 110. Andel patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella aktörer, öppenvård.



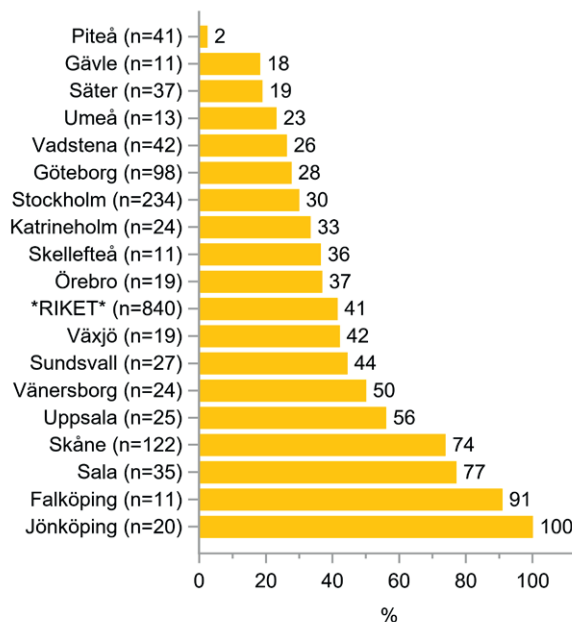
Hälsöfrämjande insatser

Insatser som avses är rådgivande samtal om: matvanor, fysisk aktivitet, tobaksbruk, alkoholvanor och/eller andra insatser.

Figur 111. Andel patienter som erhållit hälsöfrämjande insatser, **slutenvård.**



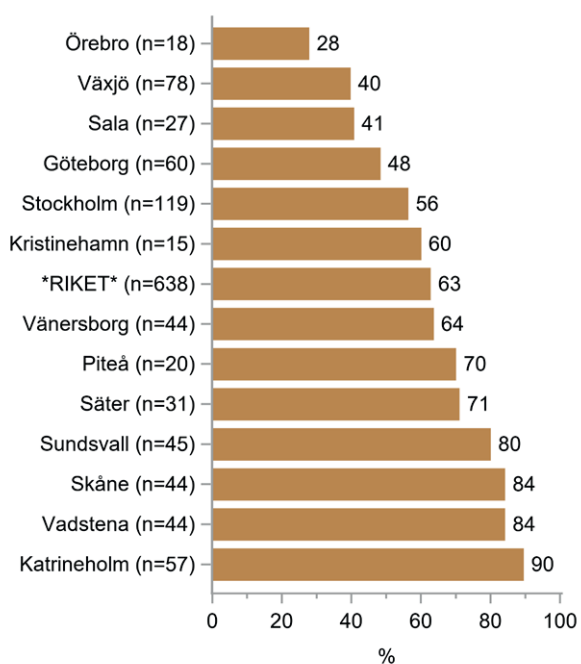
Figur 112. Andel patienter som erhållit hälsöfrämjande insatser, **öppenvård.**



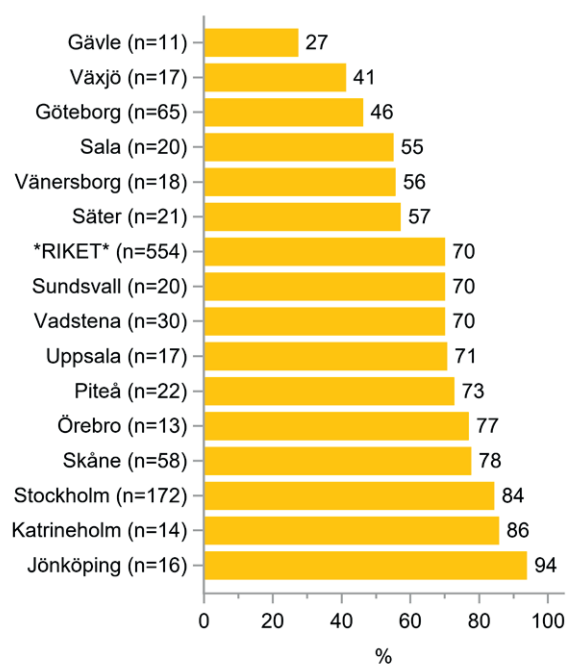
Missbruksbehandling

Missbruksbehandling som avses är farmakologisk behandling, psykoterapi, psykoedukativa metoder, återfallsprevention, MI, CRA och/eller drogscreening.

Figur 113. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2021, **slutenvård.**



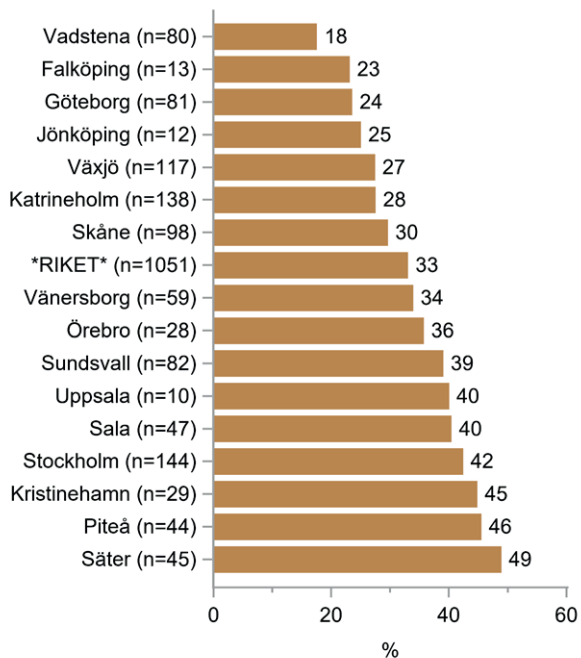
Figur 114. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2021, **öppenvård.**



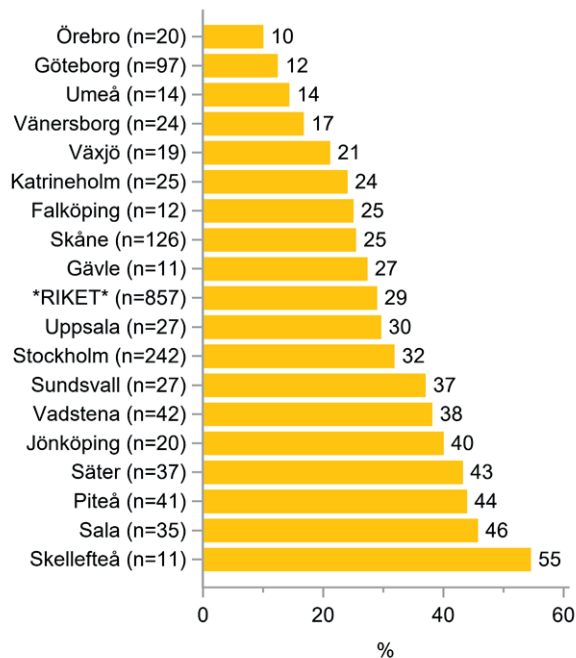
Stödperson

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

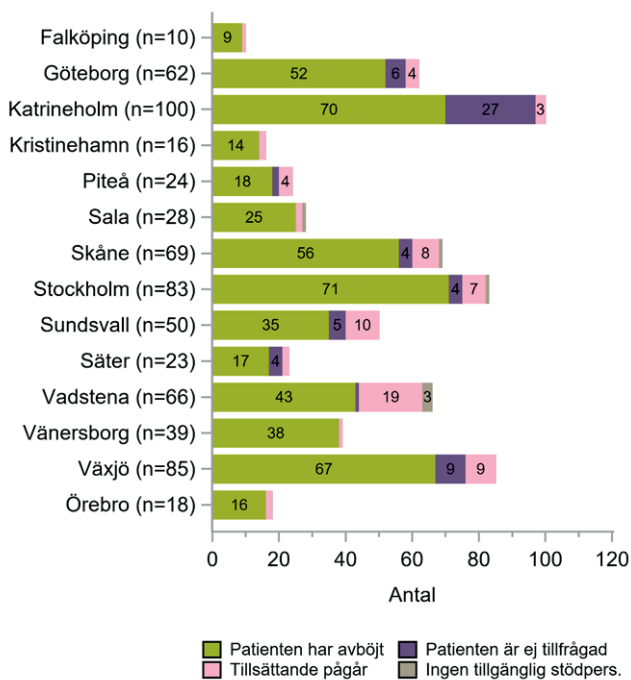
Figur 115. Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



Figur 116. Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.

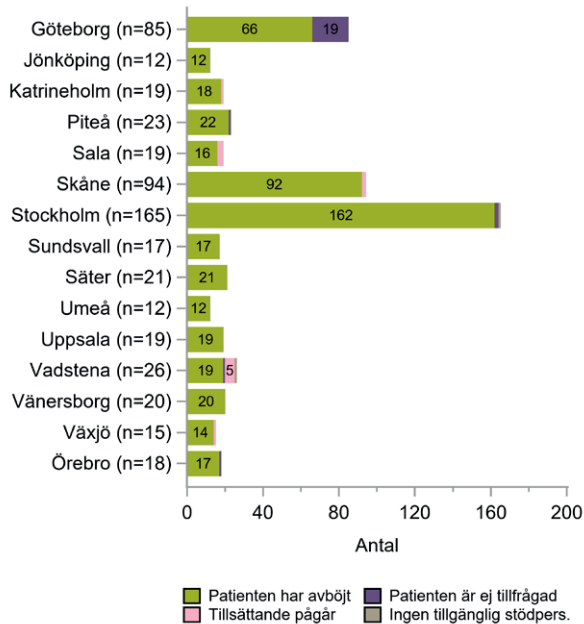


Figur 117. Orsak till att stödperson inte utsetts, slutenvård*.



* RIKET (n=704).

Figur 118. Orsak till att stödperson inte utsetts, öppenvård*.

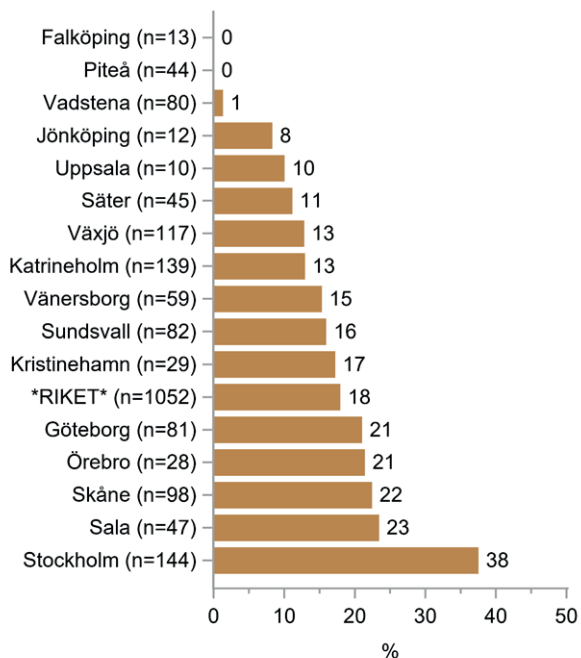


* RIKET (n=608).

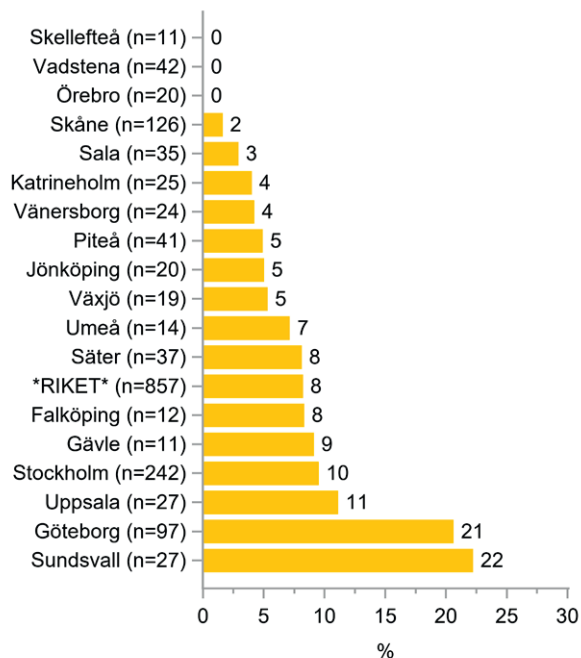
Samverkan och samverkansbehov

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 och/eller annan myndighet. Det är eftersträvaransvärt att ha ett lågt värde.

Figur 119. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **slutenvård**.



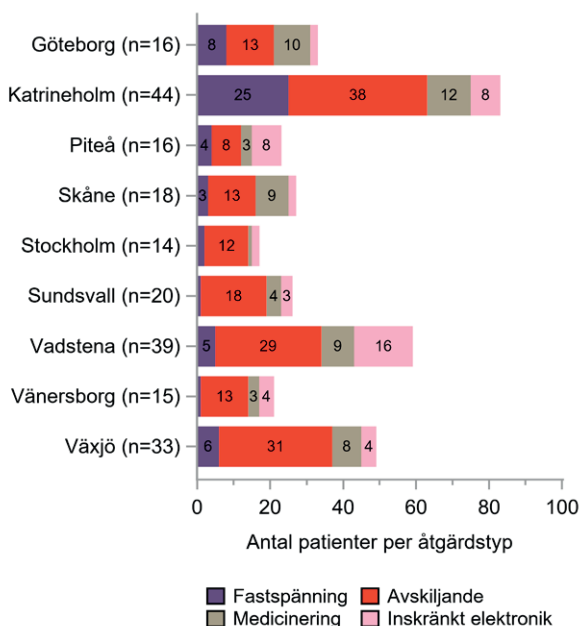
Figur 120. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **öppenvård**.



Tvångsåtgärder

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

Figur 121. Antal patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd fördelat på typ av tvångsåtgärd*.

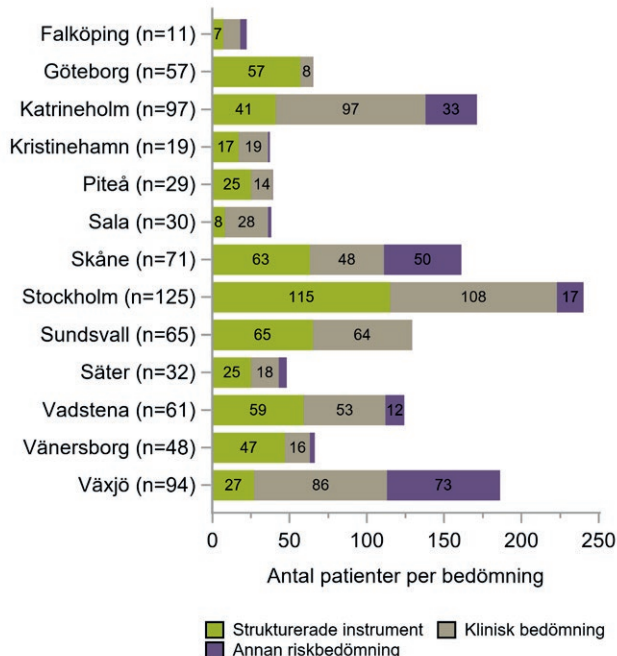


* RIKET (n=244)

Genomförd riskbedömning

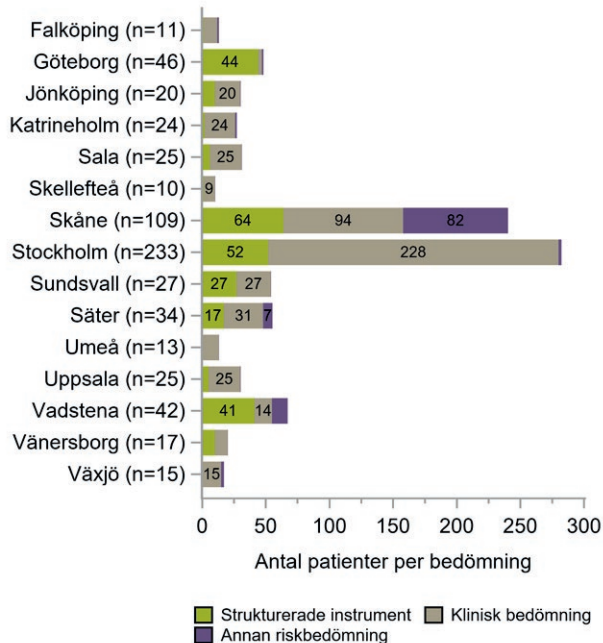
För samma patient kan man ha registrerat mer än en metod. Strukturerade instrument som avses är; HCR-20, SARA, SVR-20, START, BVC samt olika versioner av PCL.

Figur 122. Antal patienter med genomförd riskbedömning, slutenvård*.



* RIKET (n=782)

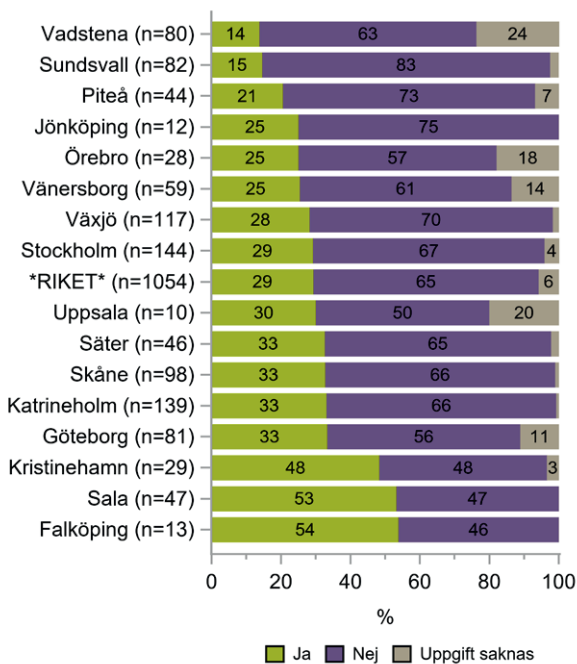
Figur 123. Antal patienter med genomförd riskbedömning, öppenvård*.



* RIKET (n=689)

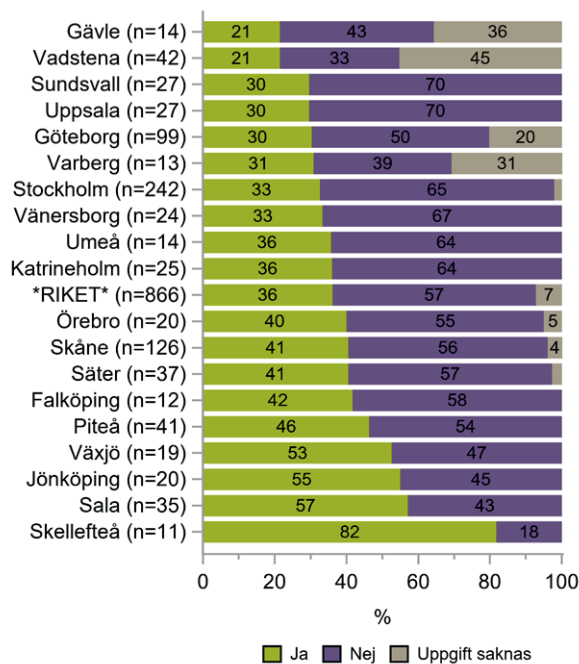
Somatiska sjukdomstillstånd

Figur 124. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, slutenvård.



* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

Figur 125. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, öppenvård.



* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

Verksamheternas hälsofrämjande arbete

Under flera år har årsrapporten haft ett kapitel där verksamhetschefer reflekterat över hur deras verksamheter använder registret och årsrapporten i sitt lokala förbättrings- och utvecklingsarbete på uppmaning av analysgruppen. I denna årsrapport har analysgruppen valt att ställa två* direkta frågor till verksamheterna och verksamhetscheferna för att få en beskrivning av hur man arbetar med hälsofrämjande insatser och somatisk sjukdom lokalt i de verksamheter som rapporterar till RättspsyK. Allt för att få en bra beskrivning av det viktiga lokala arbetet som relaterar till årets tema för årsrapport 2021. På följande sidor presenteras ett urval av de svar som givits.

- *1. Hur arbetar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?
- *2. Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

REFLEKTION FRÅN PITEÅ RÄTTSPSYKIATRI

Rättspsykiatrin i Öjebyn är inne i en spännande utveckling just nu. Vi har ingen hyrpersonal utan våra tjänster innehas av fast personal. I skrivande stund har vi faktiskt alla våra utrednings- och behandlingstjänster tillsatta, i alla fall en tid till.

2021 gjordes en sammanslagning med psykologgruppen vid psykiatri i Piteå och vi har nu mer ett stort antal psykologer att tillgå. Dessa psykologer utbildades samtliga i HCR-20, har gjort och kommer att fortsätta riskbedöma, patienter i Öjebyn.

Jag tror och hoppas att denna sammanslagning kommer leda till många fördelar, i form av bedömning, utredning och behandling. Att den psykologiska behandlingen kommer finnas sida vid sida med den medicinska. Min förhoppning är att detta verkligen kommer komma våra patienter till godo.

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

Vi motiverar våra patienter till vardagsmotion vid till exempel veckohandling. Motiverar patienterna till promenader med personal som dessutom är ett bra tillfälle att prata om angelägna ämnen.

Vi har ett uppgraderat gym på kliniken som man kan få träna på även om man inte har andra möjligheter utanför kliniken. Kosten är en utmaning och att hitta hälsosamma alternativ är svårt.

Under 2021 har vår Fysioterapeut startat ett Yoga-projekt som fallit väl ut och varit uppskattat av både patienter och personal. Planeringen är även att vi ska komma igång med ett metabolt projekt.

Här kommer fokus vara på att förebygga viktuppgång och snabbt återfinna avvikande prover. Önskan har även varit att åstadkomma en studiecirkel med kostlära för intresserade patienter. Detta är en målsättning att starta när pandemin har gett vika.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

Vi har regelbundna provtagningar och fysiska undersökningar. Vi har en stor sjuksköterskegrupp som arbetar nära patienterna och både kan informera och svara på frågor om somatisk hälsa.

Vi har en läkargrupp som är intresserade och kunniga vad gäller fysisk och psykisk hälsa. Vi har även en närhet till Piteå sjukhus i fall våra patienter skulle vara i behov av mer avancerad sjukvård och omhändertagande.

Pernilla Nordkvist
Verksamhetsområdeschef



REFLEKTION FRÅN RPK ÖREBRO

I Rättpsykiatri i Örebro har 2021 främst präglats av att undvika att få in covidsmitta i vår slutenvård, något vi lyckades undvika hela året. Men vi har även hunnit med mycket annat där de två största aktiviteterna varit att öppna ytterligare en vårdavdelning samt att höja säkerhetsklassen för en annan av våra avdelningar.

De senaste åren har vi angripit arbetet med hälsofrämjande insatser från olika håll med varierande resultat vilket vi också kan se i årsrapporten för 2020. Personal försöker kontinuerligt fånga upp och motivera patienter i hälsofrämjande åtgärder där tyngdpunkten många gånger ligger i just motiverande arbete. Förenklat så har arbetet främst fokuserat på olika aktiviteter kring fysiskt aktivitet, kosthållning och tobaksbruk. Exempelvis har vi personal utbildade genom Tobakspreventiva enheten i Region Örebro län.

Vi har infört morgongymnastik på våra avdelningar samt andra insatser kring fysisk aktivitet utifrån patientens förutsättningar. Tyvärr har vi inte kunnat arbeta med fysisk aktivitet i grupp i den utsträckning vi hade velat utifrån pandemin. En önskvärd insats som vi inte har på plats men kanske något för framtiden vore dietiststöd som i så fall kan se över och motivera kosthållning ur ett helhetsperspektiv. Vi har även påbörjat ett samarbete med folktandvården i syfte att förbättra insatser och kunskap kring oral hälsa i verksamheten.

En annan del är att tidigt uppmärksamma och undersöka patienternas somatiska status, bland annat genom inkomstkontroller samt årliga kontroller, de. När behov uppstår samverkar vi med regionens övriga hälso- och sjukvård. Sammanfattningsvis har vi kommit en bit på vägen men det finns mer arbete att göra.

REFLEKTION FRÅN RPV HALLAND

Inom vår verksamhet har vi genom åren försökt aktivera våra patienter genom att väcka intressen för hälsofrämjande insatser. Att man kartlägger patientens intressen, motiverar och hjälper den till att få rätta förutsättningar. Vad behöver hen till att börja ta en promenad utanför kliniken eller att aktiveras på avdelningen. Frågor om hälsa diskuteras med patienten från avdelningens läkare, sjuksköterska, psykolog och skötare. Kontaktmannen som utses ska på något sätt kunna matcha patientens intressen om inte koppla in någon med intresse och kunskap av att leda hälsoinsatser. Aktivitetsgruppen bestående av personal och patient skapar diverse utflyktsprogram beroende på årstiden. Vår Grön Rehab-grupp arbetar med odling av grönsaker och en gång om året hålls det en Skördefest av våra "lokalproducerade" grönsaker samt med annat smått och gott från trakten.

Vi använder oss av Varbergs Sjukhus sjukgymnastik för bollspel, simhallen eller någon av stadens många gymanläggningar. Ordnar temadagar med hälsofrämjande kost, stöttar patienten med att dra ned på sockerintaget och visar andra kostalternativ, ordnat utflykter med kanotpaddel, SUP-åkande i havet, cykelturer, Boulespel, Frisbeegolf, tipspromenader samt våra viktiga dagliga promenader med vardagssamtal. Varje vardagsmorgon håller vi även en kortare pulshöjande "gympapass" även om det är bara personalen är på plats under de 10 minuterna detta pågår. Mycket av detta har vi trots Corona pandemin kunnat ordna då aktiviteterna kan hållas genom att anpassa de till grupp eller enskilda utflykter. Vi har även köpt in Boulespel för inomhusbruk och ordnat delar av Arbetsterapin till ett gym.

Under 2021 ingår vi även i studien Yoga i Rättpsykiatri där fyra ur personalen är utbildade yoga-instruktörer.

Tyvärr saknar vi en dietist samt möjlighet att delta i ett rökavvänjningsprogram. Vi följer dock noga patientens hälsa både inom sluten och öppenvårdsverksamheten. Den somatiska hälsan följs noga upp under ronder, behandlingskonferenser samt av omvårdnadspersonalens dagliga bedömningar och så klart lyssna på patientens önskemål. Ofta kopplas in den somatiska vården in för att kunna göra rätt bedömning och ge patienten den adekvata vård hen behöver.

REFLEKTION FRÅN LRV-ENHETEN GÄVLEBORG

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

Fysisk aktivitet

- Innebandy i grupp 1 gång/vecka i grupp
- Planerad motion, oftast individuell, återkommande på veckoschema främst promenader
- Gym
- Tidvis planerade utflykter anpassade efter årstid

Kost

- I veckosamtal informera kring vikten av sunda och regelbundna kostvanor samt risker med högt sockerintag
- Enhetens utbud av livsmedel till exempel till kvällsfikat är avstämt med en dietist sen en tid tillbaka

Tobak

- Erbjud stöd i att sluta röka/snusa

Tandhälsa

- Ge stöd och påminna om tandborstning, i vissa fall på veckoschema och i ADL stöd
- Vid besvär med tänderna, erbjuda rätt till nödvändig tandvård

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

Resurser

- Primärjournaläkare dygnet runt vid behov av somatisk bedömning eller remiss. Omedelbar närhet till somatisk vård och behandling. Relativt hög bemanning av sjuksköterskor.

Insatser

- Ankomstprover.
- Årskontroll: Längd, vikt, kontroll av exempelvis HBA1C
- Uppföljningar enligt rutin och vid behov vid diabetes
- Utföra bedömningar och eventuella vitalparametrar/provtagningar på patienten utifrån symtombild av relevant personal

Anna Sundqvist
Verksamhetschef

REFLEKTION FRÅN RÄTTSPSYKIATRIN I SKÅNE

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

- Patienterna uppmuntras delta i fysiska aktiviteter såsom dagliga promenader, bollspel, styrketräning eller simning tillsammans med personal.
- Under "Hälsoveckor" inspireras patienter genom till exempel föredrag om sundare livsstil, bättre kosthållning samt möjlighet att prova på olika fysiska aktiviteter.
- Patienten erbjuds rådgivande samtal kring ohälsosamma levnadsvanor; tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

Inom rättspsykiatri i Skåne genomförs hälsokontroll av läkare, vanligen i samband med läkemedelsgenomgång, en gång per år. Hälsokontroll innebär bl.a. kontroll av patientens allmäntillstånd, längd, vikt, midjemått/bukomfång, puls, blodtryck och uppföljning av provsvar. Somatiskt hälsotillstånd diskuteras med patienten och eventuella åtgärder vidtas. Vårdpersonal genomför samtal kring levnadsvanor med patienten.

Reflektion årsrapport 2020

Patienterna inom heldygnsvård och öppenvård i Skåne skattar sin fysiska hälsa högre 2020 jämfört med 2019 vilket skulle kunna bero på att patienter deltagit i samtal kring levnadsvanor och uppmuntrats delta i fysiska aktiviteter.

REFLEKTIONER FRÅN RPR VADSTENA

Att målmedvetet ta lärdom av historien är ett sätt att styra mot framtiden och som stöd för att leda i förändring är Kvalitetsregistret ett utmärkt verktyg för att utveckla vården för rättspsykiatrins patienter. I verksamhetschefens reflektion kommenteras med utgångspunkt från kvalitetsregistret hur kliniken jobbar med hälsofrämjande insatser samt vilka resurser och insatser som används för att uppmärksamma patienternas somatiska hälsa.

Att uppmärksamma våra patienters somatiska hälsa är vårdens självklara uppdrag. Flera av de rättspsykiatriska klinikerna har någon form av aktivitetscentrum som erbjuder aktiviteter och sysselsättning. På kliniken i Vadstena finns ett stort fint motionshus med tillhörande utrymmen som används flitigt både med strukturerade aktiviteter där friskvårdsinstruktör och fysioterapeut arbetar. Patienterna får möjlighet att delta i olika typer av fysisk aktivitet anpassade efter deras behov och önskemål som innebandy, fotboll, träning, yoga och stående tid i den kommunala simhallen. Kliniken har under åren kompletterat utbudet av aktiviteter med innebandy och gruppträningar samt hästunderstödd rehabilitering och möjlighet att umgås med kaniner på en av inngårdarna. På avdelningarna uppmuntras promenader både enskilt och i grupp. Utflykter utanför kliniken ses som en viktig del i patienternas vård. Det finns även biljardbord, motionscykel och pingisbord på samtliga avdelningar för att kunna vara fysiskt aktiv under dagen. Möjlighet finns att delta i studiecirkeln Ett sundare liv (ESL), där vi talar om livsstilsförändring runt kost och fysisk aktivitet. Det finns friskvårdsombud på respektive avdelning som fångar upp önskemål om aktiviteter och försöker inspirera till fysisk aktivitet.

Kliniken använder flera olika screeningmetoder för att fånga upp patienterna somatiska hälsa och metaboliska värden. Hälsoprofilsbedömningar erbjuds för patienter för att få en bild av aktuellt hälsotillstånd. Årliga somatiska kontroller genomförs där bland annat vikt, längd och blodprover ingår, men även strukturerade hälsosamtal. Särskilda hälsokontroller relaterade till vissa läkemedel sker kontinuerligt enligt gällande riktlinjer. Uppföljningar sker på ronder och vårdplaneringar där kliniken arbetar tvärprofessionellt gällande patientens somatiska hälsa. Avdelningspersonal kan observera patienternas mående och "fysiska beteende" och friskvårdsinstruktör, fysioterapeut och arbetsterapeuter kan göra bedömningar av olika slag. Läkare remitterar till vårdcentral för kon-

troller som inte kan genomföras på plats. Vad det gäller munhälsa och tandvård har kliniken en egen tandläkarmottagning där tandvårdspersonal från regionen regelbundet har mottagning på kliniken.

Olika perspektiv på somatisk hälsa och hälsofrämjande insatser kan inkluderas i exempelvis psykologutredningar, arbetsterapeutiska funktionsbedömningar, omvårdnadsanalyser, riskbedömningar och läkarbedömningar. Utredningarna inkluderar frågeställningar om den somatiska nedsättningen och vilka hinder som finns för patienten att utföra aktiviteter som påverkar vardagen och livskvaliteten. Många av de rättspsykiatriska patienterna har ett eller flera substansbrukssyndrom och tobaksanvändningen kan eskalera under tvångsvården. Detta är ett prioriterat område där kliniken ska fortsätta att systematiskt utvärdera och förbättra de insatserna som erbjuds.

Det kan konstateras att det fortsatt finns utvecklingsmöjligheter för de medicinska, psykologiska och för de omvårdnadsinsatser som sker idag och kliniken kommer att arbeta mer preventivt och proaktivt med hälsofrämjande insatser. Vi får inte glömma att den rättspsykiatriska vården har ett helhetsansvar för patienten under långa slutenvårdsperioder.

Bör också nämnas att vid en jämförelse av statistiken utifrån 2021 års register upptäcktes att registreringen gällande brottsbearbetning och missbruksbehandling ej rapporteras in ordentligt. Efter den upptäckten förbättrade kliniken sina journaldokumentationsrutiner. Aktuella KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder) och sökord har nu anpassats för att ge en bättre kvalitetsuppföljning och förhoppningen är att minska risken att patienten går miste om adekvat stöd, vård och behandling.

Att som verksamhetschef konstatera att Vadstenakliniken har resurser till att jobba med hälsofrämjande insatser för den rättspsykiatriska patienten är fantastiskt. Men för att bli ännu bättre och för att verkligen göra skillnad för patienternas hälsa behövs en prognos för framtiden samt en tydlig bild av historien, detta har Kvalitetsregistret 2021 bidragit med.

Christina Blom
Verksamhetschef, Rättspsykiatriska
regionkliniken Vadstena

REFLEKTIONER FRÅN RPK SÄTER

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

För var patient upprättas en Hälsoplan som förnyas två gånger per år. Hälsoplanen följs upp regelbundet i veckosamtal/motiverande samtal där även frågor kring kost och motion diskuteras. Medarbetare är rådgivande kring inköp av sötsaker och liknande, och motiverande till att minska konsumtion av snus och tobak. Tillsammans med patienten planeras inköp relaterade till hälsa och tillsammans försöker de hitta vinster i att begränsa dessa inköp.

Medarbetarna uppmuntrar till fysisk aktivitet, och kliniken erbjuder t.ex. promenadgrupper där man går ut tillsammans med patienterna på området. Vi har också en rehab-assistent som i huvudsak fokuserar på fysisk aktivitet och träning, både på plats på kliniken i ett träningsrum avsett för patienterna. För patienter med träningspermissioner finns även möjlighet att delta i träning vid en närliggande träningsanläggning. Det finns möjlighet att delta i yoga 1–2 gånger per vecka. Klinikens Behandlingsteam anordnar grupputbildningar med fokus på t.ex. kost och hälsa, rökavvänjning och matlagning.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

Klinikens sjuksköterskor ansvarar för att arbeta förebyggande och uppmärksamma avvikelser gällande somatiskt hälsa. Provtagningar och metabola uppföljningar genomförs årligen för att uppmärksamma riskmarkörer. Även vikt, puls och blodtryck följs för att notera förändringar över tid. Patienterna bedöms via ronder, och möjlighet att tillkalla jourläkare för bedömning av somatiska åkommor finns alltid. Kliniken tillser även att patienterna får tandvårdskort för att möjliggöra nödvändig tandvård.

Patienter med konstaterad somatisk ohälsa, t.ex. diabetes, följs särskilt. Vad gäller diabetes genomförs regelbundna kontroller av HbA1c, där även patienter med ett förhöjt värde följs upp och kontrolleras. Patienter som blir insatta på neuroleptika får innan insättandet ta utgångsprover, och dessa följs sedan upp vid rutinmässiga efterkontroller. Dessa kontroller består både av provtagningar, men även andra kontroller så som EKG.

Reflektion över resultat från 2020

Som bakgrundsinformation hade 36% av patienterna i slutenvård under 2020 någon form av somatisk ohälsa, 60% hade inga somatiska åkommor och för 4% saknas denna uppgift. För patienter i öppenvård är siffrorna ungefär likvärdiga. Senaste två åren har kliniken arbetat med strukturerade insatser för att öka den fysiska hälsan och livskvaliteten för våra patienter.

Den självskattade livskvaliteten och den fysiska hälsan för patienter (i slutenvård) har i jämförelse med 2019 ökat något, vilket ändå får anses vara anmärkningsvärt med tanke på att patienterna under stor del av året har fått leva med kraftiga begränsningar på grund av den alltjämt pågående pandemin. Vad detta beror på kan klart diskuteras, men siffran är intressant eftersom flertalet av gruppbehandlingarna har varit inställda under året medan de individuella insatserna istället har ökat.

67% av patienterna i slutenvård har under året fått ta del av någon form av hälsofrämjande insats. Som beskrivet ovan finns det ett relativt stort utbud av hälsofrämjande insatser på kliniken, och denna siffra borde därför kunna vara högre.

Sofia Sjörs
Klinikassistent

REFLEKTIONER FRÅN RPK SUNDSVALL

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

Vid kliniken arbetar vi utifrån tanken om salutogenes vilket kortfattat betyder hälsans ursprung. Grunden i detta tankesätt utgår ifrån vad det är som gör att man bibehåller hälsan eller till och med kan förbättra den. Med den fysiska hälsan i åtanke för våra patienter handlar detta om att stärka personens egen förmåga kring exempelvis kost och rörelse. Vid RPK Sundsvall finns flera insatser som genomförs i grupp eller individuellt, såsom gruppträning med fysioterapeut, anpassade träningsprogram, tillgång till motionshall, gym och att lära sig laga mat som passar i vardagen tillsammans med både arbetsterapeut och dietist i konceptet "bra mat varje dag".

En annan viktig del av att ha kontroll över och möjlighet att stärka sin hälsa som patient vid kliniken är att man träffar sin läkare med kontinuitet och att det finns utrymme för rådgivning/frågor och ordination av både motion, blodprover eller annat som kan ge vägledning för patienten mot en bättre hälsa.

Omvårdnadspersonalen finns också nära patienten, dygnets alla timmar. De kan hjälpa till med att kartlägga patientens egna resurser och tillsammans hitta vägar för att utnyttja dem, med hjälp av standardiserade omvårdnadsplaner enligt NANDA.

Psykologer, läkare, omvårdnadspersonal, kuratorer och arbetsterapeuter ämnar ge patienten största möjliga känsla av sammanhang genom att stärka begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i vårdens vardag. Det är ingen enskild handling utan ett synsätt som präglar vården i alla led, med syftet att stärka patientens möjlighet till god hälsa.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

Somatiska undersökningar utförs i samband med varje vårdplanering vilket normalt sett innefattar att läkare lyssnar på hjärta och lungor, kontrollerar puls, blodtryck, vikt och BMI. Det utförs också rutinprover enligt nationella riktlinjer för psykosvård, en gång om året. Givetvis uppmärksammas också somatiska aspekter vid vårdavdelningarnas rond. Andra resurser som redan nämnts i sammanhanget är t.ex. insatser av dietist, sjuksköterska och fysioterapeut. Ytterligare resurser för utredning och behandling står till förfogande efter remittering.

REFLEKTIONER FRÅN RPV JÖNKÖPING

Rättspsykiatri i Region Jönköpings län arbetar med hälsofrämjande insatser och aktiviteter för rättspsykiatriens patienter. Enheten har en friskvård- och aktivitetsgrupp som består av arbetsterapeut, skötare, biträdande vårdenhetschef och som också innefattar patientmedverkan. Till enheten finns en terapienhet och friskvårdslokal med möjlighet till fysisk aktivitet samt bastubad. Samtliga patienter erbjuds kontroll av vikt och längd när de läggs in slutenvården. Vi följer sedan upp dessa parametrar tillsammans med patienten.

Enheten har tillgång till dietist och sjukgymnast när behov föreligger. Dietisten har varit och föreläst om hälsosamma matvanor och allmänna kostråd. På föreläsningen deltog både patienter och personal vilket var mycket uppskattat!

Dagliga promenader och träning i gymmet kan erbjudas och avslappningsövningar i grupp har testats med relativt gott resultat. Vi följer utvecklingen nationellt gällande traumayoga inom rättspsykiatri och ser fram emot mer forskning inom området.

Vi har bytt ut det dagliga eftermiddagsfikat mot frukt i dialog med patienterna. Tillgång till mineralvatten har minskat läsk- och energidryckskonsumtionen i slutenvården.

Utifrån resultatet i kvalitetsregistrets årsrapport 2020 har vi än mer arbetat för att hålla hälsosamtal med våra patienter både i slutenvård och öppenvård. Planer finns på att utbilda personal i Hälsokurvan framåt för att kvalitetssäkra samtalen.

Rättspsykiatriens patienter tas emot inom den somatiska vården när behov föreligger. Geografiskt är vi en del av Länssjukhuset Ryhov vilket innebär närhet till somatisk vård. Vi har ett gott samarbete med både vårdcentraler och specialistmottagningar i länet och kan också få läkemedelsgenomgång av farmaceut.

Samtliga patienter inklusive öppenvårdspatienterna följs upp med årsprover, vitala parametrar/NEWS, vikt och längd. Vi kan också konstatera att vi är bra bemannade gällande sjuksköterske-, arbetsterapeut- och läkarresurser, vilket ökar möjligheten att fånga upp fysisk ohälsa hos våra patienter.

Ulrika Wendel Hagstedt
Mats Gynnerstedt
Staffan Hjelm
Anders Nordström

REFLEKTION FRÅN RPV GÖTEBORG

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

Rättspsykiatrien vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar aktivt med patienters somatiska hälsa och tandstatus. Ett övergripande mål är att patienter under vårdtiden skall undvika att utveckla metabolt syndrom. Särskilda arbetsgrupper och funktioner med fokus på somatisk hälsa, munhälsa och levnadsvanor arbetar med olika delar.

En årlig somatisk hälsokontroll inklusive venprovtagning görs på alla rättspsykiatriskt dömda patienter för att förebygga och tidigt upptäcka metabolt syndrom och andra sjukdomar.

I patientens vårdplan planeras åtgärder och uppföljning kring hälsofrämjande insatser med inriktning somatisk hälsa inklusive munhälsa. Förutom engagemang från behandlingsteamet kring varje patient finns flera specialiserade personalkategorier som är riktade mot fysisk aktivitet, kostvanor och andra levnadsvanor. Fysioterapeut, aktiveringspedagog, hälsopedagog och arbetsterapeut är knutna till verksamhetens aktivitetshus och aktiveras vid behov. Tillgång till dietist finns som sjukhusgemensam resurs.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

På åtgärdsidan finns olika typer av insatser tillgängliga för den enskilde. Enkla råd om levnadsvanor ges av omvårdnadspersonal på vårdenheterna. Kvalificerade råd om levnadsvanor kan ges av personal som fysioterapeut, hälsopedagog, aktiveringspedagog och dietist. Fysisk aktivitet i form av exempelvis bollsport och gym kan erbjudas. Både individuella fysiska och gruppaktiviteter kan också erbjudas och mål kopplas till den enskildes vårdplan.

Ett av verksamheten framtaget informationsblad riktat till patienterna beskriver vikt och tillvägagångssätt för god munhälsa. Verksamheten tillhandhåller vid behov tandborste och tandkräm samt även pedagogiskt/praktiskt stöd för att upprätthålla en god munhälsa.

Fysisk aktivitet på recept (FAR) gäller huvudsakligen patienter föremål för öppen vårdform. Recept utfärdas av fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare i verksamheten och aktiviteten ingår då i patientens vårdplan med regelbunden uppföljning.

Eirini Alexiou
Verksamhetschef



REFLEKTION FRÅN RPE KRISTINEHAMN

Inom rättspsykiatri är det oerhört viktigt att jobba med olika hälsofrämjande insatser utifrån bl.a. långa vårdtider, ändrad livsföring med mindre aktivitet samt mediciner som påverkar vikten.

Vid vårdplaneringen tar vi upp alltid upp hälsofrämjande insatser som ett särskilt område vilket omfattar kost, fysisk aktivitet, droger, tobak och tandhälsa. I samband med vårdplaneringen formuleras mål och åtgärder på dessa områden.

Sedan något år tillbaka har vi börjat med FaR (Fysisk aktivitet på recept) vilket har lett till ökad fysisk aktivitet för ett antal patienter i verksamheten, bl.a. med hjälp av stegräknare och andra individuella insatser. Vi arbetar även med tobaksavvänjning. Det senaste året har vi på deltid fått en fysioterapeut som bistår med bedömning och stöttning kring fysisk aktivitet. Vi genomför också individuella aktiviteter samt avdelningsvisa gruppaktiviteter inriktade på motion, promenader samt träning på gym. Under pandemitiden har vi haft en hel del riktade motionspermissioner, för promenader eller joggingturer utomhus.

Det senaste året har vi skötare på två av vårdavdelningarna som planerar in och genomför friluftsflykter tillsammans med patienter på avdelningarna. Det handlar om kortare vandringsturer där man ofta lagar mat tillsammans över öppen eld, en social och hälsofrämjande aktivitet som varit mycket populär och avkopplande för patienterna. Vi har också påbörjat ett samarbete med Friluftsrådets lokalavdelning, där vi har möjlighet att bl.a. låna deras klubbstuga för olika aktiviteter. De senaste åren har patienter och personal genomfört loppet Blodomloppet på distans vid denna klubbstuga.

Vi har påbörjat yogagrupper på en av vårdavdelningarna, med plan för införande på samtliga avdelningar fr o m våren 2022.

Sedan två år tillbaka har vi två vårdhundar i verksamheten. Hundarna och deras förare (psykolog respektive kurator) är ofta ute på samtalspromenader med patienter som kanske annars inte valt att promenera om inte hunden varit med. Vårdhundarna har således också haft en positiv effekt rörande ökad fysisk aktivitet.

För att tidigt i vårdtiden uppmärksamma eventuella somatiska sjukdomar genomförs en större provtagning i samband med att domen vinner laga kraft. Bl.a. tas EKG och andra prover för att uppmärksamma eventuell påverkan på metabola riskfaktorer. Vid eventuella avvikelser i provtagningen skickas remisser till vårdcentral eller annan relevant klinik.

Vi har under 2021 infört rutin på att de prover som tidigare särskilt togs en gång/år vid behandling med antipsykotika nu tas på samtliga patienter, oavsett typ av medicinering.

Vi följer regelbundet patientens vikt under vårdtiden, för att tidigt uppmärksamma eventuella förändringar och sätta in åtgärder.

Vi har under året utarbetat en tydligare struktur för att genomföra årliga hälsosamtal för samtliga patienter. Sjuksköterska håller i samtalet med stöd av särskilt utformat formulär med hälsofrågor. Vid det första hälsosamtalet, som genomförs i samband med inskrivning på kliniken, följer vi särskilt upp om kvinnliga patienter har hörsammat kallelser för mammografi och cellprovtagning. Om så inte skett, ser vi till att tid bokas för detta snarast möjligt.

Tandhälsa är ett eftersatt område för de flesta av våra patienter. Vi lyfter tandhälsan vid inskrivning, vid kartläggning i samband med den första tiden inom rättspsykiatri samt vid varje vårdplanering. Vi försöker jobba förebyggande på olika sätt med exempelvis hjälp och stöd vid tandborstning och munhygien, genom tandläkarkontakt och ibland särskild remiss p.g.a stark tandvårdsrädsla. Utfärdande av läkarintyg görs också många gånger i syfte att få tandvårdskort. Vi hoppas efter pandemitiden att få till ett samarbete med Folk tandvården, så att tandläkare regelbundet kan komma till kliniken för bedömning av patienternas tandvårdsbehov.

Christina Karlsson, chefsöverläkare
Monica Gustavsson, verksamhetschef
Victoria Dalgård, verksamhetsutvecklare

REFLEKTION FRÅN REGIONSJUKHUSET KARSUDDEN

När vi nu lägger ytterligare ett år i pandemins tecken bakom oss, så kan vi konstatera att det har varit ett mycket påfrestande, men väldigt utvecklande år. Även om 2021 till stor del påverkades av Covid-19, så präglades ändå året av rekrytering och utveckling. Men året förde även med sig en känsla av att spurta på upploppet och att gå i mål.

Under året så avslutades en nästan ett decenniums byggande på Regionsjukhuset Karsudden. De gamla lokalerna, som var byggda för en annan tid och andra strömningar, är rivna och förpassade till historien. I högen av rivningsmassor, bland vittrad betong och förvridna armeringsjärn, ligger också en uttjänt och förlegad vårdkultur. Ibland säger man att kulturen sitter i väggarna, men det gör den inte, den lever i människorna innanför väggarna. Kultur kan förklaras som beteenden som förstärks över tid. Beteenden och attityder formas i sin tur av yttre faktorer såsom; ledarskap, sociala normer, konformitet och andra miljömässiga faktorer exempelvis; lokaler.

Regionsjukhuset Karsudden har nu de lokalmässiga förutsättningar som krävs för att erbjuda patienterna god rättspsykiatrisk vård, genom att lokalerna stöder de beteenden och den vårdkulturen som vi vill se hos engagerade och drivna medarbetare inom rättspsykiatrin. Sjukhuset nya grundplatta och bärande konstruktion är nu; delaktighet och personcentrerad vård.

Under året öppnade Karsudden det nya huset Aktivitetscentrum, med lokaler för aktivitet och sysselsättning. Här finns det möjligheter för patienterna att vara kreativa, aktiva och lära sig förmågor och färdigheter som det behöver när slutenvården avslutas. I och med det nya huset, gymnastikhallen och vårt stora parkområde så är sjukhuset rustat för att erbjuda många olika pulshöjande aktiviteter.

Målet att, utifrån varje patients unika situation, väsentligt öka aktivitetsnivå i vardagen, har varit svårt att nå under pandemiåren. Många gruppaktiviteter såsom innebandy, cirkelträning mm har inte kunnat genomföras på grund av restriktionerna. Likaså har breddinförandet av "hälsoprojektet", en tidigare pilotsatsning på kost, motion och gemensamma aktiviteter med både patienter och personal, fått skjutas upp och kommer att återupptas under 2022.

Sjukhusets somatiska konsultläkare följer upp bland annat diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Våra aktivitetsstödjare, hälsoutvecklare och fysioterapeut arbetar hälsofrämjande. En annan viktig del av den upplevda psykiska och fysiska hälsan är tandstatusen. En specialisttandläkare kommer till mottagningen på Karsudden en gång i veckan, vilket möjliggör för de patienter som inte kan eller får lämna sjukhuset.

Sammantaget har coronaåret 2021 på många sätt varit utmanande när det gäller arbetet med att förbättra patienternas somatiska hälsa, men det är en av de viktigaste frågorna för sjukhuset. Jag väljer att sluta där jag började, med känslan av att närma sig mål. På mållinjen i Mora står det; "I fädens spår för framtids segrar". Jag tror att vi behöver tänka; "Ur fädens spår för framtids segrar", för vi behöver byta spår och våga tänka och göra nytt för att verkligen förbättra våra patienters somatiska hälsa.

Jörgen Bragner
Verksamhetsområdeschef
Regionsjukhuset Karsudden

REFLEKTION FRÅN RÄTTSPSYKIATRI VÅRD STOCKHOLM

På kliniken pågår ett kontinuerligt arbete för att främja goda levnadsvanor hos våra patienter. Samtliga insatser bidrar till att inspirera och motivera till goda levnadsvanor, öka patientens förmåga till delaktighet kring sin hälsa och till en positiv livsstilsförändring gällande levnadsvanor, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Insatserna ges individuellt eller i grupp och anpassas efter patienternas förutsättningar.

Hur jobbar ni vid er klinik med hälsofrämjande insatser för patienterna?

Sektionsgemensamma aktiviteter:

- Deltagande i Hälsogrupp där deltagande patienter får ökad kunskap om en hälsosammare livsstil med fördjupad kunskap inom fysisk aktivitet, mat och kost, mat och aktivitet, stress och sömn.
- Pulshöjande fysiska aktiviteter inom- och utomhus.
- Anpassat utbud i kiosk och café för hälsosammare alternativ.
- Åtgärder för missbruk eller beroende integrerat (Återfallsprevention, Community Reinforcement Approach) med åtgärder för den psykiska sjukdomen. Individuellt och i grupp.

Aktiviteter via Aktivitetscenter:

- Beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och/eller hälsosamma kostvanor i grupp.
- Psykopedagogisk utbildning i grupp kring psykisk sjukdom, somatisk hälsa och funktionsnedsättning.
- Pulshöjande fysiska aktiviteter inom- och utomhus.

Aktiviteter på avdelningsnivå:

- Läkemedelsinterventioner för att främja rökreduktion och rökfrihet.
- Motiverande samtal för att stärka inre motivation till förändring vid livsstilsrelaterade faktorer.
- Individuell psykopedagogisk utbildning kring psykisk sjukdom, somatisk hälsa och funktionsnedsättning.
- ESL (Ett självständigt Liv) genomförs på delar av kliniken, bland annat i syfte att öka patientens strategier att själv påverka sin hälsa.
- Fokus på meningsfulla hälsobefrämjande aktiviteter i samband med utestelser.
- Sysselsättande aktiviteter på avdelning för ökad meningsfullhet i vardagen och stabil dygnsrytm.
- Pulshöjande fysiska aktiviteter inom- och utomhus.
- Tillgång till utegym finns.

Vilka insatser och resurser har ni för att hantera och uppmärksamma patienternas somatiska hälsa?

- Årliga kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och mätvärden samt hälsokontroll och hälsosamtal.
- Hälsofrämjande omvårdnadsinsatser där behoven är identifierade i vårdplanen.
- Behovsanalys av arbetsterapeut för vidare hänvisning till ex fysioterapeut.
- Fallriskåtgärder i samband med fallriskbedömningar.
- Tandvårdsprevention.

Ola Broström

Verksamhetschef, chefsöverläkare

REFLEKTION FRÅN RPK REGION KRONOBERG-VÄXJÖ

Människor med schizofreni dör i förtid – den förväntade livslängden är förkortad med 10–25 år. Under sina liv är människor med schizofreni drabbade av kroppsliga sjukdomar i högre utsträckning än andra. Det finns stöd för att livsstilsfaktorer som påverkar hälsan negativt, såsom rökning, begränsad fysisk aktivitet och onyttigt kostintag, förekommer i högre utsträckning hos personer med schizofreni och svår psykisk sjukdom.

Utifrån denna evidens arbetar vi aktivt med preventivt arbete gällande upplysning och stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor vid rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö.

Sedan 2018 har kliniken en distriktsläkare med särskild kompetens inom kardiovaskulär prevention anställd. I uppdraget ingår, parallellt med allmänmedicinska kliniska bedömningar, ett strukturerat levnadsvanearbete. Under 2021 har ett arbete med att samtliga patienter på kliniken erbjuds hälsosamtal påbörjats. Socialstyrelsens indikatorfrågor avseende bedömning har genomförts, därtill ett personcentrerat motiverande samtal på 45 min med upprättande av hälsoplan, där frisk- och riskfaktorer skrivs ned samt mål för förändringen. Hälsoplanen följs upp vid uppföljande besök med avstämning kring mål. Vid behov och önskemål upprepas uppföljningsbesöken. Personalutbildning och samråd kring mer hälsoinriktad avdelning har skett på "pilotavdelning" där även fysioterapeut initierat lunchgympa samt dagliga salladsbeställningar för att förbättra kostutbudet. Samtliga patienter på avdelningen skall erbjudas en hälsoplan som läggs upp med vårdlaget och skall vara en integrerad del av vårdlagsmöten med patienten.

Vidare möten, för att se om fördjupat projekt med fokus på ökad fysisk aktivitet och kost, är planerade. Översyn görs om tobaksavvänjare kan utbildas på avdelningen. Visionen är att skapa en struktur och kunskap hos personalen för att mer aktivt arbeta med kardiovaskulärt preventionsarbete och ohälsosamma levnadsvanor som en integrerad del av vården.

Årskontroller görs på samtliga patienter och där avvikelser förekommer följs dessa upp av kliniciens specialist i allmän medicin.

Rättspsykiatriska regionkliniken genomför fördjupade/tvårprofessionella läkemedelsgenomgångar. Bedömnings-teamet består av en apotekare, en specialist i allmänmedicin, chefsöverläkare samt ansvarig överläkare.

En läkemedelsgenomgång görs för att såväl patient som hälso- och sjukvårdspersonal ska få en korrekt bild över vilka läkemedel patienten är ordinerad. Detta är en förutsättning för att ansvarig läkare ska kunna utvärdera läkemedelsbehandlingen och fatta korrekta beslut. Kliniken ser ett stort värde i att ha just allmänmedicinare med vid dessa genomgångar då även hälsoperspektiv fångas upp här.

Tina Fogelklou
Rättspsykiatrichef
Rättspsykiatriska regionkliniken Växjö

REFLEKTION FRÅN RPA VÄSTERVIK

- Vi arbetar med motivationsarbete/motiverande samtal kring kost, motion och rökning samt sömnhygien.
- Vi har tillgång till ett mindre gym för aktivering och våra medarbetare jobbar också med motivering till andra typer av aktivering.
- Vi mäter en gång/månad vikt, puls, blodtryck och midjemått.
- Vi tar blodprover på ordination och en gång om året genomförs metabol screening (glucos, blodfetter).
- Vi använder somatiska konsultationer vid behov.

Christian Jansson, Verksamhetschef

Registerhållarna reflekterar

”Hen kom som ett yrväder en marsafton med sjukdom och hade restriktioner och rekommendationer i en svängrem om halsen.”

Så började vår reflektion i förra årets rapport och så började och slutade även 2021. Det blev ytterligare ett pandemiår.

Vi fick en liten andhämtning och lugnare period under augusti till november men sen kom den nya varianten av viruset att göra så smittspridningen slog alla rekord. Vi är nog många som är tacksamma för att det nu finns vaccin som ger skydd mot allvarlig sjukdom.

Men trots en fortsatt pandemi så har arbetet med vårt register fortsatt med oförminskad styrka under 2021. RättspsyK tilldelades medel av SKR för 2021 års drift med 1 200 000 kr och vi behöll vår certifieringsnivå.

Registret har en fortsatt hög täckningsgrad även om det ses en försiktigt nedgående trend. Det är svårt att avgöra vad denna trend beror på men har sannolikt flera orsaker såsom bättre information till patienter, metod för genomförda täckningsgradsanalyser via Socialstyrelsen register-service med mera. Den senaste beräknade täckningsgraden för RättspsyK visar på att 82,2 procent av patienter som kan vara med i registret är det och deltar i vårt utvecklingsarbete av den rättspsykiatriska vården.

Året började med att vi från och med 2021 endast tillhör Registercentrum Västra Götaland. Detta efter att i många år haft koppling till både Registercentrum Västra Götaland som vår CPUA och hjälp med statistik och produktion av årsrapport samt med Registercentrum Norr där vår plattform INCA funnits.

Det gjordes fantastiska insatser med registreringar och trots den starka påverkan som pandemin hade på oss alla. Vi förlängde tiden för sista registrering med 14 dagar vilket räckte för att vi skulle få ett bra resultat avseende uppföljda patienter 2020.

Analysgruppens arbete genomfördes helt digitalt och resulterade i en årsrapport för 2020 som kom verksamheterna till del i mitten av april. Temat för rapporten var öppenvård och samverkan.

Under mars och april presenterade representanter för registret RättspsyK dels för psykiatriberedningen i Västra Götalands Regionen dels för nätverket för ledning och

styrning inom SKR. Det visar på att det finns intresse för vårt register och den data vi samlar in.

Under 2021 har styrgruppen beslutat om och fastställt riktlinjer även för styrgruppen, så nu finns det en riktlinje för alla uppdrag inom registrets verksamhet. Alla aktuella riktlinjer finns på registrets hemsida.

Styrgruppen har haft fem möten under 2021, samtliga naturligtvis digitala. Den 7 oktober genomfördes en föreläsning om praktisk juridik gällande kvalitetsregister för styrgruppen och kansliet.

Det planerade plattformbytet från INCA till Stratum har genomförts under året. Ett särskilt projekt sattes i gång med företrädare för Registercentrum Västra Götaland, Registercentrum Norr samt registret. Under bytet gick det inte att genomföra registreringar som vi tidigare varit vana vid. Under tiden 1 april till 1 juni var registret helt stängt för registreringar och from 1 juni till 1 september kunde man endast genomföra nyregistreringar. Full funktionalitet gällande registreringar fick registret from september. Projektet avslutades 26 november men ännu återstår en del arbete för att det ska bli som vi vill. Detta arbete pågår tillsammans med Registercentrum Västra Götaland.

Plattformbytet har inneburit ett litet annorlunda sätt att registrera och hantera inmatning och information på och många har gjort ett fantastiskt arbete med att anpassa sig till de nya förutsättningarna. Det har under hösten anordnats en del aktiviteter för att underlätta övergången och som exempel genomfördes ett informationsmöte för registrerare via teams i slutet av november. Det har även varit bråda tider för kansliet och koordinatörer under året för att hantera frågor kring plattformbytet. Noteras kan att det nu finns en ”demoversion” av RättspsyK via hemsidan där man kan prova att registrera fiktiva patienter för att lära sig hur den nya plattformen fungerar.

Glädjande nog nådde antalet ansökningar om datauttag all time high för registret under 2021. Hela 22 ansökningar om datauttag ur RättspsyK gjordes under 2021 och samtliga beviljades. Det var många verksamheter som begärde ut data under januari månad då Justieombudsmannen, JO genomförde en granskning av patienter som rapporterats

som färdiga för öppenvård men fortsatt vårdas inom slutenvård. Även media har begärt ut data från registret och använt detta i olika artiklar och produktioner. Avseende data för forskning har data ur registret lämnats till forskare vid Karolinska institutet som bedriver två olika forskningsprojekt. Registret levererar även data till Brå och SKR.

Ett fortsatt givande samarbete har skett med Brottsförbyggande rådet då vi utökat den data som Brå levererar avseende återfall i brott.

Under året har en arbetsgrupp efter beslut av styrgruppen påbörjat ett arbete för att hitta en process för en variabelöversyn av de indikatorer och variabler som vi följer i RättspsyK. Arbetsgruppen har haft två möten. Till följd av det intensiva arbetet med plattformsbyte och den pågående pandemin har arbetet inte kunnat prioriteras och det återstår mycket arbete. Vi hoppas att vi under 2022 kan komma avsevärt mycket längre i processen.

Samarbete och samverkan med de andra nationella kvalitetsregistren inom psykiatri, NPK har fortsatt och utvecklats under året. Vi har haft täta avstämningsmöten och vi deltog tillsammans i en workshop den 18 juni med Socialstyrelsen som under året haft ett regeringsuppdrag att se över förutsättningar för våra register och se vilken data som samlas in som överlappas av data som Socialstyrelsen samlar in samt se hur registren kan stödjas på både kort och lång sikt. Detta arbete skall redovisas av Socialstyrelsen i april 2022.

När det gäller de två årliga nationella mötena som sedan registrets start har hållits vår och höst och som lagt grunden till ett gott samarbete blev årets möten digitala. Vi genomförde vårens möte i maj och mycket handlade om det pågående plattformsbytet och Skåne var mötesvärd och deras verksamhetschef presenterade deras klinik med särskilt fokus på öppenvård.

Även Ebba Noland som forskar vid Umeå universitet presenterade sin forskning som handlar om de rättspsykiatriska patienterna efter utskrivning från den rättspsykiatriska vården i Sverige och utgår mycket från registerdata.

Vid höstens nationella möte som genomfördes i november var Vadstena mötesvärd och presenterade sin verksamhet. Peter Andersson som forskar via Karolinska institutet presenterade sin forskning som handlar om BMI i rättspsykiatrisk vård – en longitudinell observationsstudie.

Trots en pågående pandemi så var det cirka 50 deltagare med på både vår- och höstmötet.

Om vi blickar framåt så hoppas vi att pandemin nu släpper sitt grepp om tillvaron och att vi kan gå vidare in i det nya normala. För oss innebär det att vi får möjlighet att ses fysiskt igen, kanske inte med samma frekvens som innan pandemin men att möjlighet finns. De fysiska träffarna vid våra nationella möten och andra konferenser och sammanhang tror vi är viktiga för att utveckla vårt register och den rättspsykiatriska vården. I skrivande stund har vi fått veta att nästan samtliga restriktioner upphör den 9 februari och vi planerar därför för ett fysiskt nationellt möte i maj 2022.

Vi ska naturligtvis ta med de goda erfarenheterna och kunskaperna att ses även digitalt in i framtiden då det ger oss än mer möjligheter till samverkan och utbyte av goda idéer.

Under 2022 planerar registret att fortsätta arbetet med variabelöversyn via arbetsgruppen och utveckla vår statistikvisning via hemsidan tillsammans med Registercentrum Västra Götaland. Vi hoppas även att arbetet med en valideringsmanual kommer att ta fart. För mer information om denna se sidan 79 under rubrik Forskning och validering.

Det är vår ambition att fortsätta utveckla registret samt årsrapporten som vi och andra tycker håller en hög kvalitet och förhoppningsvis ger underlag för verksamhetsutveckling och inspiration och möjlighet till forskning.

Avslutningsvis hoppas vi att 2022 innebär mer normaliserade förhållanden och ger oss möjlighet till fler sociala kontakter och fysiska möten.

Hälsningar i februari 2022 från

Magnus Kristiansson och Helena Andreasson



Forskning och validering

Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmanar till att registret används för forskning. Framtagna rutiner kring datauttag kan erhållas av styrgruppen och på hemsidan rattpsyk.registercentrum.se. Forskare uppmanas tidigt ta kontakt med registerhållare och styrgruppen för diskussion om det går att använda registrets data för det man har tänkt sig samt få vetskap om motsvarande projekt med registrets data pågår någon annanstans i landet. Genom tidigt samarbete med styrgruppen ges möjlighet att få god kännedom om registrets styrkor samt utmaningar. Felaktiga analyser kan då undvikas samt underlätta ansökan om tillstånd för att bedriva forskning hos Etikprövningsmyndigheten.

Validering

Kvalitetsregistret RättspsyK är tänkt att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning och syftet med validering är att möjliggöra att de inmatade uppgifterna är så kompletta och korrekta som möjligt. I registret sker validering kontinuerligt i olika forum.

Besök av verksamheter för validering av källdata startade år 2012. Två handläggare har av styrgruppen fått i uppdrag att med stöd av framtaget instrument genomföra monitorering/validering av samtliga deltagande verksamheter i registret fortlöpande. Sedan hösten 2012 har 23 verksamheter besökts för validering och sedan 2017 har sju verksamheter haft ett uppföljande besök.

Arbetet sker tillsammans med handläggarna som navigerar i patientjournalen och på kvalitetsregistrets plattform samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs. Slumpmässiga val av ett par registreringar, ett eller två nyregistreringsformulär och cirka tre till fyra uppföljningsformulär, vilka man går igenom under besöket tills ingen mer information kommer fram eller ges. Parallellt diskuteras och värderas tolkning av inrapporterade data samt hur man hanterar och funderar över de frågor som valideringen utgår från. Vid behov sker även utbildning. 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 handläggaren för avstämning och när det är klart skickas det slutgiltiga dokumentet till både handläggare och verksamhetschef.

Sedan start har registret haft två årliga nationella användarmöten där alla verksamheter bjuds in för att delta. Uppslutningen på dessa möten har varit mycket god med i snitt 50 deltagare per tillfälle där nästan alla verksamheter har varit representerade. Under dessa möten ges möjlighet att nå ut med information, diskutera frågor kring indikatorer och få en samsyn kring och/eller kunskap om olikheter. I år på grund av Covid-19 pandemin genomfördes vårens och höstens nationella möte i form av webinarium. Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 12 verksamheter utspridda över hela landet.

Registret har ett kansli som består av tre erfarna registre-rare som även ingår i registrets styrgrupp. Kansliet hjälper användarna med frågor eller problem som kan uppstå. De vanligaste frågorna som användarna vill ha hjälp med är problem med inloggning, rättning eller komplettering av indata, läkemedel och diagnoskod saknas att registrera eller hjälp med att hitta och tolka brottskoder.

Utifrån önskemål och behov som har framkommit vid de nationella användarmötena, styrgruppsmöten och monitorering av källdata har registrets hemsida uppdaterats kontinuerligt. För indikatorn symtom har en film tagits fram för att underlätta för användarna bedöma svårighetsgraden av symtom.

I de framtagna webb- och pappersformulären har en kontinuerlig utveckling skett gällande förtydligande av indikatorerna med hjälp av förklaringsstexter för att ge användarna stöd i bedömningen inför ifyllandet av svarsalternativen.

Under året har stort arbete pågått med att byta IT-plattform och i samband med framtagande av årsrapporten har validering av data utförts.

Valideringsmanual för registret kommer att tas fram under 2022. En beskrivning av hur registret arbetar med validering i form av till exempel utbildning av registerare, validering mot källdata, logiska kontroller vid inmatning, lokal monitorering, beskrivning av variabler, spårbarhet och dokumentation samt bortfall.

Möjliga områden för utvecklingsprojekt

Analysgruppen har tagit fram exempel på möjliga områden och frågeställningar att använda i utvecklings- och utbildningssammanhang. Kontakta gärna registerhållaren för ytterligare diskussion.

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

Psykosociala insatser betydelse i utskrivningsprocessen

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 2021

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Sveriges kommuner och Regioner (SKR)
 - Uppdrag psykisk hälsa
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen
 - Avdelning Data och analys
- Rättspsykiatriska verksamheter
 - RPK Falköping
 - RPK Göteborg
 - RPK Halland
 - Regionsjukhuset Karsudden
 - RPE Kristinehamn
 - RPK Region Kronoberg/Växjö
 - Piteå Rättspsykiatri
 - Rättspsykiatri i Skåne
 - Rättspsykiatri Vård Stockholm
 - RPK Sundsvall
 - RPK Säter
 - RPK Vänersborg
 - RPK Örebro
- Forskningsinstitutioner
 - Karolinska institutet KI
- Övriga
 - Media

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

Urval av publikationer med referens till Rättpsyk

Noland, E., & Strandh, M. (2021). Historical, clinical and situational risk factors for post-discharge recidivism in forensic psychiatric patients – A Swedish registry study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 79, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101749>

Degl' Innocenti, A., Alexiou, E., Andiné, P., Striskaite, J., & Nilsson, T. (2021). A register-based comparison study of Swedish patients in forensic psychiatric care 2010 and 2018. *International Journal of Law and Psychiatry*, 77, 101715. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101715>

Pollak, C. (2021). Bridging the gap: Patients and professionals perspective on risk and recovery in forensic psychiatry. [Doktorsavhandling, Karolinska institutet]. Karolinska institutet open archive. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/47710/Thesis_Charlotte_Pollak.pdf?sequence=3

Sygel, K., & Wallinius, M. (2021). Immersive virtual reality simulation in forensic psychiatry and adjacent clinical fields: A review of current assessment and treatment methods for practitioners. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 673089. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.673089>

Howner K, Andiné P, Engberg G, Ekström EH, Lindström E, Nilsson M, Radovic, S & Hultcrantz, M. (2020). Pharmacological Treatment in Forensic Psychiatry – A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 10:963. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00963>

Levin, S., Nilsen, P., Bendtsen, P. & Bülow P. (2019). Adherence to planned risk management interventions in Swedish forensic care: What is said and done according to patient records. *International Journal of Law and Psychiatry* 64, p 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.02.003>

Levin, S. (2019). Preventing adverse events in forensic psychiatric care. The challenges of implementing structured risk assessment instruments. Linköping University Medical Dissertations No. 1666, Linköping University, Linköping.

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>

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

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 rättspsykiatrin – kartläggning 2017. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Alexiou, E., Wijk, H., Ahlquist, G., Kullgren, A. & Degl' Innocenti, A. (2018). Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 56(5) 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.04.006>

Howner K, Andiné P, Bertilsson G, Hultcrantz M, Lindström E, Mowafi F, Snellman, A & Hofvander, B. (2018). Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Frontiers in Psychiatry* 9:452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00452>

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

Löfgren Wilteus, A., Bartonek, F., Borg, J. & Bölte. (2016). Toward a new generation of quality registries for neurodevelopmental disorders: the example of NEUROPSYK. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* 4(3):141-146.

Emilsson, L., Lindahl, B., Köster, M., Lambe, M. & Ludvigsson J.F. (2014). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12303>

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>

Diskussion

I årets rapport syns att inga måltal är uppfyllda på nationell nivå. Temat för årets årsrapport är somatisk hälsa, ett ständigt aktuellt ämne, och tyvärr uppnås alltså varken måltalen för självskattad fysisk hälsa eller BMI. De rättspsykiatriska patienterna vårdas inte inom rättspsykiatri av somatiska anledningar, men icke desto mindre måste ett uppmärksammande av hela patienten och dennes mående inkludera även somatisk hälsa. Hälsofrämjande insatser för patienter som kanske vårdats inom slutenvården under en längre tid behöver kanske både sikta mot att bibehålla den hälsa som finns och att förbättra den på de områden där det finns problem. Att rättspsykiatriska patienter genomgående skattar sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan visar att det är ett område med förbättringspotential. I årets rapport inkluderas bland annat de olika verksamheternas beskrivningar av det hälsofrämjande arbete som bedrivs vid deras respektive kliniker, vilket visar att det finns likheter men även skillnader avseende kanske framför allt hur verksamheterna tolkar sitt uppdrag och använder sina resurser för patienternas somatiska hälsa.

Att ha någon somatisk sjukdom är vanligt för patienterna i registret, 42 procent av kvinnorna och 33 procent av männen. Jämfört med patienterna i PsykosR är skillnaden dock påtaglig till de rättspsykiatriska patienternas fördel, då 21 procent av patienterna i RättspsyK har någon somatisk sjukdom av typen hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer, thyroidea eller njursjukdom jämfört med 37 procent av patienterna i PsykosR. Kanske är detta en indikation på att rättspsykiatriens långa vårdtider, med den struktur och kontinuitet detta innebär, kanske är positiv för patienterna och att verksamheternas hälsofrämjande arbete har givit effekt, i jämförelse med icke rättspsykiatriska psykospatienter? Dessa siffror kan också påverkas av den trend vi ser där en mindre del av verksamheterna jämfört med tidigare år rapporterar att ”Uppgift saknas” avseende somatisk sjukdom, vilket antagligen innebär att data på detta område blir mer och mer komplett och förhoppningsvis speglar att frågan faktiskt arbetas med i verksamheternas dagliga arbete.

I årets rapport har det också tagits fram siffror på förekomsten av läkemedelsbehandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdom som jämförts med läkemedelskonsumtionen för dessa tillstånd i landet. Det konstateras att patientgruppen i RättspsyK jämfört med befolkningen som helhet har en mångdubbelt förhöjd läkemedelsbehandlingskrävande sjuklighet i dessa tillstånd. Detta, sammantaget med att en stor grupp av patienterna som inte har behov av sådan

behandling lider av fetma och därför är i risk för att utveckla diabetes och hjärt-kärlsjukdom manar till att aktivt öka tillgången till allmänmedicinsk kompetens.

Denna årsrapports resultat visar att även om många faktorer är stabila över tid sker ändå vissa förändringar av patienterna i registret. Ett tecken på detta är den trend som syntes redan 2020 och fortsätter avseende bakgrundsdata för nyregistrerade patienter över tid, där nya patienter oftare än tidigare är yngre än 40 år, har en missbrukshistorik, diagnosen schizofreni och döms till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (LRV med SUP). På kort sikt innebär detta inte någon drastisk förändring av patientgruppen men på sikt kan det få stor betydelse för vilka insatser som behöver prioriteras. Det är också relevant utifrån att vi vet att vårdtiden blir längre för de som är yngre än 40 år vid inskrivning, dömda till LRV med SUP och har känd missbrukshistorik innan vården inleddes – det är alltså just denna grupp som nyregistreras, och det återstår att se vad detta i framtiden kommer att innebära för de rättspsykiatriska vårdtiderna.

Nya data från BRÅ avseende återfall i brott efter avskriven vård visar också tydligt hur relevant en patients liv innan indexbrottet är för utfallet. Det är tydligt att ju fler gånger en patient dömts innan indexbrottet, desto mer sannolikt är det att denne kommer att återfalla i brott efter att vården avskrivits, och att skillnaderna är stora. Detta stämmer väl överens med vad vetenskapliga studier visat, både för andra grupper och för denna grupp, och det ser ut att vara viktigt att ta hänsyn till inför kommande utslussningar. Inte helt okomplicerat eftersom så många som 70 procent av alla i gruppen hade dömts någon gång innan indexbrottet, men ändå tänkvärt.

Vidare syns i år en tydlig trend avseende ”fyraårsgruppen” och ”sexårsgruppen”, där de patienter som fortfarande vårdas efter sex år har tydligt lägre behandlingsmotivation och sjukdomsinsikt, återfaller oftare i brott och har svårare symtom än fyraårsgruppen. Detta visar att det verkligen inte är slumpen som avgör vilka patienter som skrivs ut fortast utan att systemet fungerar, och att de patienter som har svårast symtom och högst återfallsrisk är de som blir kvar inom den rättspsykiatriska vården.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (LRV)

Omfattar fyra kategorier patientgrupper:

- den som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning
- den som är anhållna, häktade eller intagna i Kriminalvården
- den som är dömd till slutet ungdomsvård
- den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning

De tre sista grupperna berör endast patienter som är i behov av mestadels kortvarig psykiatrisk vård frivilligt eller med tvång.

Patientgrupp i RättspsyK

Patienter som överlämnats av domstol och med dom som vunnit laga kraft.

Från brott till dom enligt LRV

Om det vid anhållan och häktning blir uppenbart att den misstänkte kan vara psykiskt sjuk kan domstolen begära att en personundersökning görs. Därifrån kan man gå vidare med en rättspsykiatrisk undersökning som vanligtvis görs i två steg.

Först görs en § 7-undersökning av specialist i rättspsykiatri. Denna kallas i äldre och i dagligt tal för en ”liten sinnesundersökning”. Om ytterligare utredning bedöms nödvändig föreslås en stor undersökning, en rättspsykiatrisk undersökning – en RPU.

Vanligtvis är personen då intagen på en rättspsykiatrisk utredningsenhet under fyra veckor om personen är häktad för en bredare och mer omfattande utredning av ett team bestående av läkare, psykolog, socionom, sjuksköterska och skötare. Utredningen kan också göras om den tilltalade är på fri fot och skall då vara klar på sex veckor.

Rättspsykiatrisk undersökning får endast genomföras om det föreligger bevis för att den tilltalade är skyldig och då minimistraflet för brottet är fängelse.

Den som lider av en allvarlig psykisk störning – APS, får i princip inte dömas till fängelse.

Om brottet har begåtts under **påverkan** av en APS får man med vår nuvarande lagstiftning ta straffrättsligt ansvar för sina handlingar även om man faktiskt inte vet vad man gjort eller kunnat styra över sina handlingar.

Internationellt sett är detta mycket ovanligt. Där använder man sig av en tillräknelighetsbedömning, NGRI – not guilty by reason of insanity, vilket innebär att den psykiska sjukdomen anses förklara orsaken till brottet dvs. till följd av den psykiska sjukdomen begicks brottet. Personen döms alltså inte utan överlämnas till vård direkt. Ett sådant förslag lades fram för Sverige i utredningen SOU 2002:3. Psykisk Störning, Brott och Ansvar. Förslaget finns också med i utredningen SOU 2012:17 Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Någon lagändring har ännu inte kommit som en följd av dessa utredningar. Det är alltså inga lätta etiska frågor att hantera.

Den större rättspsykiatriska undersökningen skall till domstolen besvara frågorna:

- Förelåg en allvarlig psykisk störning vid gärningen?
- Föreligger dessutom ett vårdbehov vid undersökningen?
- Föreligger det en risk för återfall i allvarlig brottslighet?

Om de två översta rekvisiten gäller så överlämnas man till vård utan särskild utskrivningsprövning. Om alla tre föreligger överlämnas man till vård med särskild utskrivningsprövning.

När RPU är klar och dom har fallit överförs den tilltalade till en vårdinrättning som drivs av sjukvårdshuvudmannen i det landsting (numer region) där personen är folkbokförd. Om personen inte är folkbokförd i Sverige överförs man till den sjukvårdshuvudman där brottet begicks.

Vad är allvarlig psykisk störning (APS)?

APS är ett juridiskt begrepp som infördes i och med lagstiftningen 1991 med två nya lagar – LPT och LRV. LPT står för lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). Socialstyrelsen fick i nya forskrifter förklara vad som menades.

Kort sammanfattat så rör det sig om tillstånd med psykotisk svårighetsgrad oavsett etiologi med något av symtomen förvirring, tankestörningar, hallucinationer och vanföreställningar.

Man skall vid bedömning av det psykiska tillståndets allvar se till såväl art (diagnostisk kategori) som grad (symtomens påverkan på individen och den psykosociala funktionsförmågan).

Enbart demens eller utvecklingsstörning anses ej som APS. Självförvållat rus utgör heller inte en APS.

Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket gjordes 2021 1 158 § 7-utredningar och 495 stora undersökningar RPU.

Antalet har ökat kraftigt de senare åren men inte under 2021 då pandemin påverkat möjligheten att genomföra framför allt RPU med personer på fri fot. Under årens lopp har det varierat och var i slutet på 90-talet drygt 600. Förr ledde knappt hälften av utredningarna till förslag om rättspsykiatrisk vård men under senare år har andelen stigit till närmare 55 procent.

Utredningarna görs i Stockholm och Göteborg vid RMV:s rättspsykiatriska avdelningar. Dessutom görs § 7-undersökningar i Umeå genom ett avtal med staten.

Syftet med den rättspsykiatriska vården är att ge patienten en individuellt formad vård och att minska risken att återfalla i brott av allvarligt slag.

LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning – konsekvenser för vården

LRV utan särskild utskrivningsprövning innebär att enbart vårdbehovet avgör hur länge vården skall pågå. Chefsöverläkaren beslutar om utskrivning dvs. i princip samma regler som för LPT.

LRV med särskild utskrivningsprövning innebär att hänsyn även skall tas till samhällsskyddet. Chefsöverläkaren får inte besluta om frigång, permission eller utskrivning om inte förvaltningsrätt har gett delegation att fatta dessa beslut. Innan förvaltningsrätten dömer skall åklagaren i brottmålet ges möjlighet att yttra sig. Om domstolen inte följer åklagarens önskan kan denne överklaga till kammarrätten. Detta kan även patienten göra men inte chefsöverläkaren.

Under vården sker en regelbunden rättslig prövning i förvaltningsrätten. Den första efter fyra månaders vårdtid och därefter var sjätte månad.

Sedan 1 september 2008 kan slutenvården under vissa förutsättningar övergå till Öppen Rättspsykiatrisk Vård – ÖRV. Prövning sker var sjätte månad i förvaltningsrätten.

Således kan vårdens företrädare anse att patienten är färdigvårdad i slutenvård och att risken för återfall i allvarlig brottslighet inte föreligger längre men ändå inte kunna skriva ut patienten. Detta blir ett etiskt dilemma för personalen som de tidigare nämnda utredningarnas förslag hade rätt bot på. Det innebär dock inte att alla etiska dilemman hade lösts om lagstiftningen hade ändrats. Det finns nämligen ingen perfekt lagstiftning för denna grupp av patienter.

Fakta om RättspsyK

Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substans påverkan 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 2020/2021 och som registrerats under 2021.

Registrerare i RättspsyK

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Anette Rönn, Camilla Johansson, Alexandru Isbasoiu
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Regionsjukhuset Karsudden	Erik Blomqvist, Fredrik Dahlström, Espen Dørdal, Alexandra Mrak, Ann-Katrin Andersson, Ylva Hjernö-Christensen, Linda Rosenlund, Evelina Moilanen
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson, Christian Persson, Lisa Örnfjäder, Carola Lindgren
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov, Sara Henriksson
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Region Kronoberg	Christel Karlsson, Emelie Lageson, Mona Göthe, Lena Holstein Ferrau, Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell, Johanna Rovio
RPK Säter	Klara Brandt, Matilda Morelius, Maria Eriksson, Sofia Sjörs
RPK Örebro	Tessa Krona, Jessica Björnberg, Frida Tholster, Anne Billros, Johanna Ohlson, Johan Sartz
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson, Thérèse Andersson, Peter Karlberg
RPV Borås	Marcus Mellåker, Fredrik Weström
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Göteborg	Johanna Wahll, Mari Johansson, Marianne Ander, Susanna Enblom, Susanne Frid
RPV Halland	Ingela Hägg, Johanna Hagström, Juan-Carlos Zamorano
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt, Staffan Hjelm, Anders Nordström
RPV Vänersborg	Annie Hultman, Camilla Skåån
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson, Emma Ejvind
Rättspsykiatri i Skåne	Emma Andersson, Helena Andreasson, Linda Svensson, Susanne Fredriksson
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari, Anna Boström, Mikaela Tobysdotter, Elin Linder, Helene Höglund, Jan Andersson, Kjell Samuelsson, Lena Knutsson-Duran, Jenny Gustavsson, Malin Källman, Mattias Andersson, Robert Harris, Thomas Håkansson, Tuss Gustavsson, Zaklina Blazevska
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2021

Magnus Kristiansson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Områdesdirektör, Registerhållare

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

Kaj Forslund, Stockholms läns sjukvårdsområde, bitr. Närsjukvårdschef

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

Mattias Andersson, Rättspsykiatri Vård, Stockholm, Handläggare

Jimmy Björkman, Psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri, region Örebro, Verksamhetschef

Christina Blom, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

Jörgen Bragner, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Verksamhetsområdeschef

Anna-Karin Burman, Piteå rättspsykiatriska avdelning, Öjebyn, Sekreterare

Victoria Dalgård, Rättspsykiatri Värmland, Verksamhetsutvecklare

Emma Ejvind, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. Sjuksköterska

Bengt Eriksson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, T.f. Verksamhetschef t.o.m. 2021-11-02

Ebba Noland, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Administratör fr.o.m. 2021-11-02

Tuiké Hirvenoja, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef

Sofia Sjörs, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Klinikassistent

Camilla Sömsk, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef t.o.m. 2021-05-19

Johan Stetsko, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Verksamhetschef fr.o.m. 2021-09-23

Peter Tjelander, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. Sjuksköterska

Benjamin Wriling, Gävle, Leg. sjuksköterska, f.d. Projektledare RättspsyK

Registrets analysgrupp 2021

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

Magnus Kristiansson, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Leg. Sjuksköterska, Områdesdirektör, Registerhållare

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne, Leg. Sjuksköterska, Bitr. Registerhållare

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Sjuksköterska

Per Bülow, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Klinisk lektor, Fil. dr., Docent i välfärd och socialvetenskap

Kaj Forslund, Stockholms läns sjukvårdsområde, bitr. Närsjukvårdschef, f.d. Registerhållare

Peter Karlberg, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare

Tom Palmstierna, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Överläkare, Professor, Fakultet för medicin och helsevetenskap v/Norges teknisk-naturvetenskapelige universitet (NTNU), Avd Brøset Trondheim

Ebba Noland, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Fil. Mag. i kriminologi, doktorand i socialt arbete vid Umeå Universitet

Täcknings- och anslutningsgrad

Verksamhetsnivå

Anslutningsgraden var 96 procent, där 24 av 25 verksamheter i landet rapporterade till RättspsyK. Den verksamheten som inte rapporterade 2021 var Östersund.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av registerservice vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 82 procent i riket.

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK består av patienter som var aktuella under 2020, med inskrivningsdatum senast 31 december 2020. Urvalet ur patientregistret består av de patienter som vårdades 2020 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. Nämnaren är totala antalet patienter som förekommer i något av registren RättspsyK eller patientregistret. Läs mer om metoden i Att beräkna täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister:

socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7049-metodbilaga.pdf

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

Pers sten, Omberg, Östergötland. Foto: Peter Karlberg



Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

Vårdinsatserna har som mål 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 rattpsyk.registercentrum.se kvalitetsregister.se

NÅGRA INDIKATORER

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