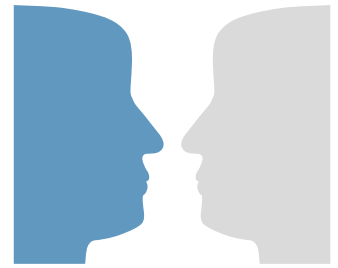


RättspsyK

Årsrapport 2017

PDF-version

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2017

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK

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

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

Registerhållare

Camilla Skåån

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

Kaj Forslund

Verksamhetschef
Rättspsykiatri Vård Stockholm
Huddinge
Kaj.Forslund@sl.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

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

Projektledare och statistiker

Peter Gidlund

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

Utgivare

Camilla Skåån
Kaj Forslund

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISSN 2001-3698

Tryckår 2018



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	7
Resultat	
Bortfall	10
Självskattad hälsa	12
Självskattad livskvalitet	13
Självskattad risk för återfall i brott	13
Utfall av vården för några indikatorer	14
Klinisk skattning av symtombilden	15
Insikt i sin sjukdom och problematik	15
Body Mass Index (BMI)	16
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	17
Skuldsituation	18
Nätverk	18
Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	19
Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	20
Vårdprocess	
Utfall i några indikatorer under vårdtid för två grupper	21
Farmakologisk behandling	23
Genomförd riskbedömning	27
Behandling utifrån riskfaktorer	28
Brottsbearbetning	28
Missbruksbehandling	29
Tvångsåtgärder	30
Samverkan och samverkansbehov	31
Stödperson	32
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	32
Patientgruppen i registret	33
Verksamheterna i registret	44
Redovisning på verksamhetsnivå	45
Verksamhetscheferna reflekterar	56
Forskning och utveckling	64
Artikel: Bättre levnadsvanor kräver uthållighet och tålamod	65
Frågeställningar för utbildningsanordnare	68
Diskussion	69
Vad är rättspsykiatrisk vård?	70
Fakta om RättspsyK	72
Täckningsgrad	74

Inledning

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

Rapportens syfte

RättspsyK har hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten. Styrgruppen kan trots det konstatera att det återstår en del arbete när det gäller att få verksamheterna att agera på sina data för att utveckla sin förmåga att tillgodose patienternas behov. Det är styrgruppens förhoppning att rapportens innehåll och utformning ska bidra till att den blir läst, reflekterad kring och ge uppslag till förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Analys av måltal

Inför rapporten har en analys genomförts avseende måltalens rimlighet. Läs mer under ”Syfte och måltal”.

Farmakologisk fördjupning

Farmakologi är temat för årets rapport. Den farmakologiska redovisningen har fördjupats med ett antal nya sammanställningar; användning av antipsykotika redovisas för första- respektive andra generationens antipsykotika liksom för depåpreparat. Förekomsten av medicinering mot kardiovaskulära sjukdomar och diabetes synliggörs. Läs mer under ”Vårdprocess”.

Utfall i några indikatorer under vårdtid för två grupper

Nytt för i år. I årets rapport beskrivs hur ett antal indikatorer förändras under vårdtiden för patienter med vårdtid fyra respektive sex år. Vidare jämförs de båda gruppernas bakgrundsdata. Läs mer under ”Vårdprocess”.

Erfarenheter av förbättringsarbete från Kristinehamn

Här finns sedan länge en tradition av att arbeta med levnadsvanor, ett arbete som fick värdefullt stöd och kraft i samband med RättspsyK:s förbättringsarbete för några år sedan. Övergången från projektsyn till processsyn, förändrat arbetssätt och summering av erfarenheter kan du ta del av i artikeln ”Bättre levnadsvanor kräver uthållighet och tålamod”, under ”Forskning och utveckling”.

Utfall av vården

Nytt för i år. Förutom utfall av vården för ett antal indikatorer visas i år också andel patienter som under vårdtiden byter BMI-kategori från över till under BMI 30 och omvänt. Läs mer under ”Resultat”.

Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) har aktuell statistik för återfall i brott ett till tre år efter den rättspsykiatriska vårdens upphörande publicerats. Publiceringen görs i denna rapport i juni månad då dessa data offentliggjorts. Läs mer under ”Resultat”.

Utvecklingsarbete

Exempel på utvecklingsarbeten som utgått från registerdata ges under ”Forskning och utveckling”.

Frågeställningar för utbildningsverksamheter

I årsrapporten finns för första gången i år förslag på frågeställningar tänkta som möjliga områden för fördjupningsarbeten inom rättspsykiatri i utbildningar på olika nivåer. Läs mer under ”Forskning och utveckling”.

”Den största skillnaden kan vi se vad gäller användningar av de äldre läkemedlen (FGA) där zuklopentixol och haloperidol har en betydligt högre användning inom rättspsykiatrin.”

LÄSANVISNINGAR

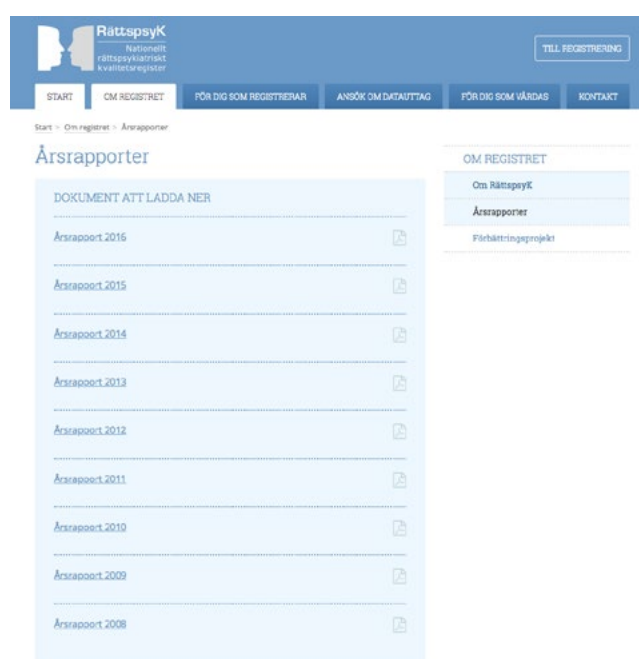
Redovisning av data

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

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

Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek. Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2017.

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



Så här hittar du årsrapporten på nätet

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

Sammanfattning

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

En översyn av två av måltalen, BMI och återfall i brottslig gärning, har gjorts. Måltalen har jämförts med uppgifter på befolkningsnivå och med uppgifter inom bedömt relevanta grupper, samt med utfallet på indikatorerna i RättspsyK historiskt. Utifrån dessa jämförelser har bedömningen gjorts att dessa två måltal ligger på en rimligt utmanande nivå tillsvidare.

I årets rapport har några indikatorer följts för två grupper av patienter vårdade fyra respektive sex år. Generellt framträder förbättringar av indikatorerna över vårdtid, även om ingångsvärdena skiljer sig något mellan grupperna.

Inom ett år efter avslutad rättspsykiatrisk vård hade 11 procent återfallit i brott och inom tre år var andelen 22 procent.

Årets rapport innehåller en fördjupad beskrivning av läkemedelsbehandling och jämförelser med registren PsykosR, Bipolär och SBR samt Socialstyrelsens riktlinjer. Den bild som framkommer är en traditionell behandling med hög användning av äldre läkemedel, hög grad av biverkningar och hög grad av polyfarmaci. Användningen av läkemedel mot kardiovaskulära tillstånd och diabetes visar på en förväntad somatisk översjuklighet.

I rapporten redovisas resultat av vården för fyra indikatorer (BMI, livskvalitet, sjukdomsinsikt och symtombild) för patienter som 2009–2017 dömts till rättspsykiatrisk vård och där vården avskrivits. Största förbättringen uppvisar indikatorn livskvalitet med 63 procent, största försämringen uppvisar indikatorn BMI med 48 procent.

I år redovisas också andel patienter som under vårdtiden gått från BMI lika med eller över 30 till under 30 (18 procent) liksom patienter som gått från BMI under 30 till lika med eller över 30 (16 procent).

Andelen patienter som är föremål för tvångsåtgärder minskar för andra året i rad. Detta gäller för såväl kvinnor som män. Andelen kvinnor var 17 procent och andelen män 13 procent.

Efter att bortfallet under 2016 minskade påtagligt har det under 2017 hållit sig på samma nivå som året innan i såväl sluten som öppen vård.

Täckningsgraden på verksamhetsnivå är 96 procent och på patientnivå visar en täckningsgradsanalys utförd av Registerservice vid Socialstyrelsen en täckningsgrad på 84,5 procent.

I registret finns 1 737 patienter varav 16 procent kvinnor och 84 procent män.

Närmare 100 procent av kvinnorna och drygt 90 procent av männen har tidigare haft kontakt med psykiatrisk vård.

Andelen patienter som tidigare dömts och vårdats enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ligger på cirka 12 procent (kvinnor) och 16 procent (män).

Hälften av kvinnorna och närmare 70 procent av männen har en dokumenterad historia av missbruk.

Diagnosen schizofreni med dess olika varianter är vanligast såväl bland kvinnor som män.

Medianvårdtiderna vid olika brott för patienter med avslutad vård under åren 2009–2017 varierar mellan drygt två till drygt nio år. För patienter i pågående vård ligger motsvarande siffror mellan tre och åtta år.

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

Närmare 80 procent av kvinnorna och 90 procent av männen i pågående vård 2017 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP).

För första gången har registret tagit fram några exempel på områden och frågeställningar att använda i utvecklings- och utbildningssammanhang.

Inför sammanställning av årsrapporten genomfördes en inventering gällande hur registrets verksamheter använder sig av RättspsyK. Inventeringen visade att RättspsyK framförallt används som utgångspunkt för olika utvecklingsarbeten och i kommunikationssyfte såväl internt som externt.

Syfte och måltal

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

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

Måltalen är:

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

I följande redovisning visas i vilken utsträckning verksamheterna har nått respektive måltal. Punkterna i måltavlan visar hur stor andel av verksamheterna som har uppfyllt målet inom respektive måldimension för åren 2016 och 2017. Ju närmre centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika målet. I måltavlan redovisas samtliga verksamheter, även de med färre registreringar än tio.

Mellan åren 2016 och 2017 har det inte skett någon större förändring på nationell nivå. I år är det endast en av de fyra måldimensionerna där fler verksamheter har uppfyllt målet vilket är återfall i brottslig gärning. Dock är det små rörelser.

Jämfört med år 2016 är det lika stor andel verksamheter (4,5 procent) som har uppfyllt måltalen för psykisk hälsa och fysisk hälsa.

För måldimensionen BMI, jämfört med år 2016, har andelen verksamheter, som uppfyller målet, minskat från 36,4 procent till 18,2 procent.

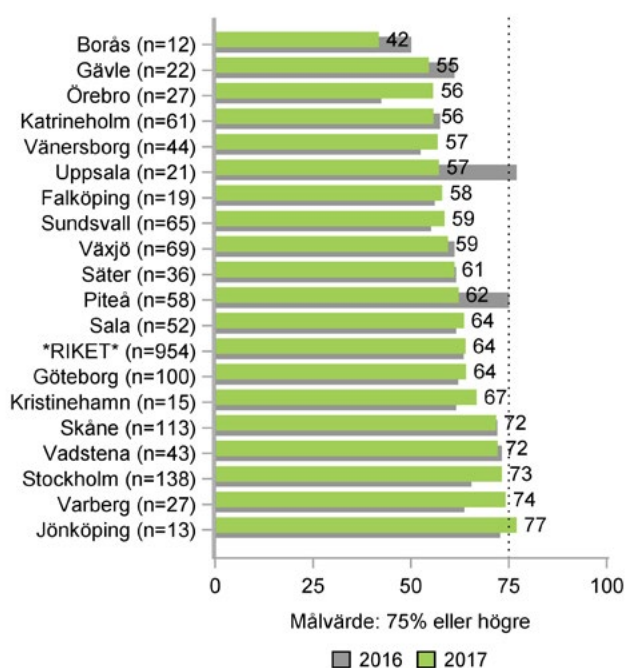
Figur 1. Andel verksamheter som uppfyller respektive måltal, 2016 och 2017.



Självskattad psykisk hälsa

På nationell nivå skattade 64 procent av patienterna sin psykiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala¹. Andelen kvinnor som skattade sin psykiska hälsa till lika med eller över 75 var 55 procent och för männen var andelen 66 procent. Detta innebär att måltalet för psykisk hälsa inte uppnåtts. Jämfört med år 2016 har andelen ökat med en procent för riket och två procent för män medan andelen för kvinnor minskat med fem procent.

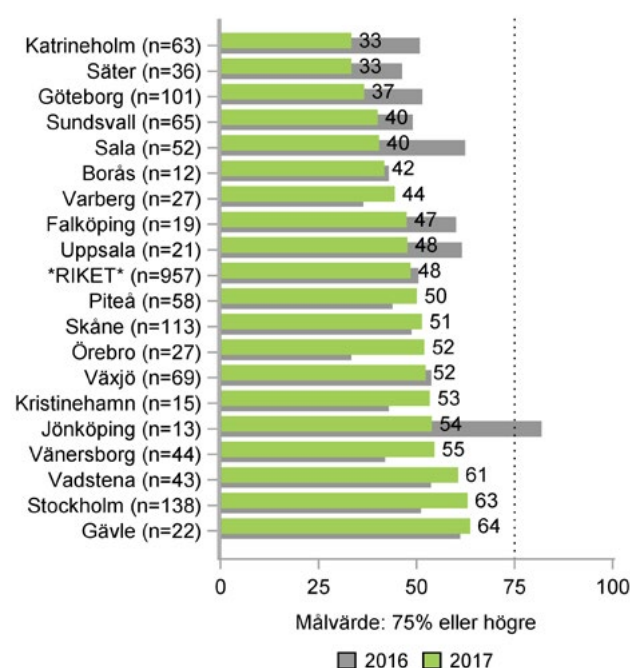
Figur 2. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



Självskattad fysisk hälsa

På nationell nivå skattade 48 procent av patienterna sin fysiska hälsa till lika med eller över 75 på en VAS-skala. Andelen kvinnor som skattade sin fysiska hälsa till lika med eller över 75 var 45 procent och för männen var andelen 49 procent. Detta innebär att måltalet för fysisk hälsa inte uppnåtts. Jämfört med år 2016 har andelen minskat med två procent för riket, fem procent för kvinnor samt en procent för män.

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



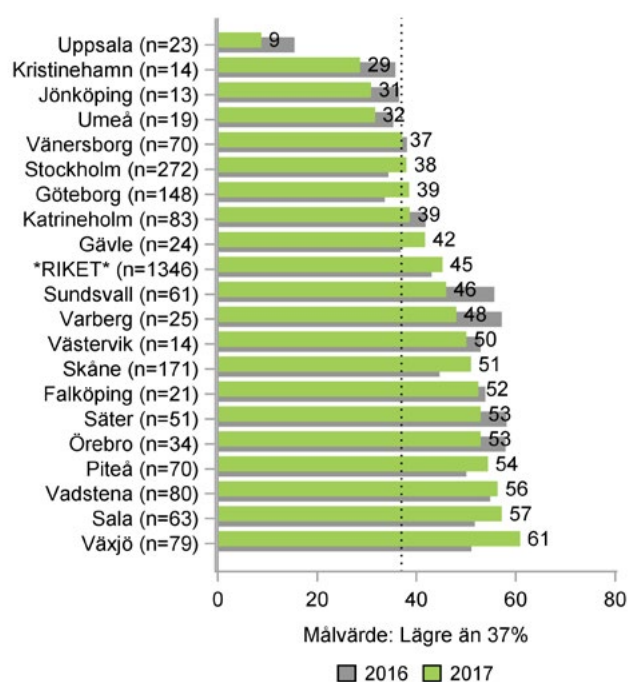
Genomgående skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska.

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

BMI

På nationell nivå var BMI lika med eller över 30 för i genomsnitt 45 procent av patienterna. För kvinnor var andelen 56 procent och för män 43 procent i genomsnitt. Detta innebär att måltalet för BMI inte uppnåts. Jämfört med år 2016 har andelen ökat med två procent för såväl riket som för män. För kvinnor har andelen ökat med tre procent.

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



Sammanfattningsvis har under 2017 endast ett måltal (återfall i brottslig gärning) uppnåtts på nationell nivå för kvinnor. Dock visar graferna på verksamhetsnivå att ett antal verksamheter uppfyller några av måltalen. Under rubriken ”Redovisning på verksamhetsnivå” finns att läsa om måltalen uppdelat i sluten- och öppenvård.

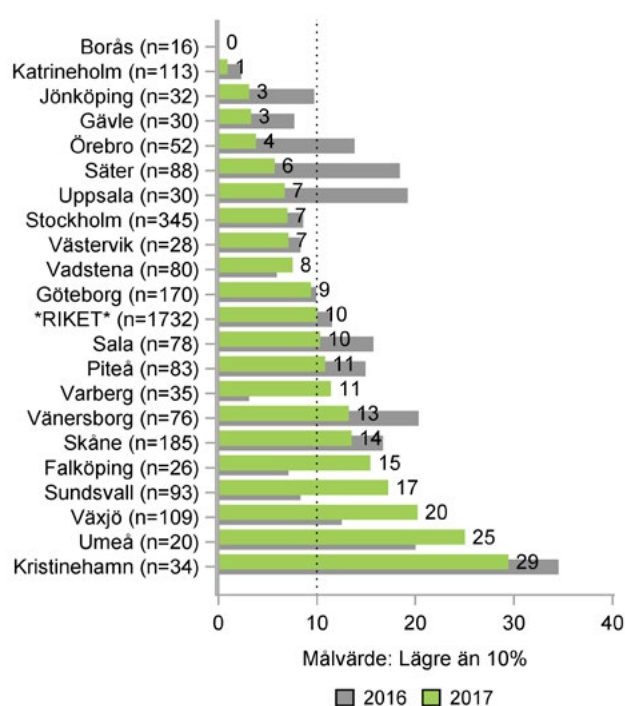
Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå och reflektioner har gjorts om måltalen är alltför högt satta för att vara realistiska.

Mot bakgrund av detta har det inför Årsrapport 2017 genomförts en översyn av måltalen för BMI och återfall i brottslig gärning. Måltalen har jämförts med uppgifter på befolkningsnivå och med uppgifter inom bedömt relevanta grupper, samt med utfallet på indikatorerna i

Återfall i brottslig gärning under vårdtiden

På nationell nivå var andelen patienter som återföll i brottslig gärning totalt 10 procent. För kvinnor var andelen nio procent och för män 10 procent. Detta innebär att måltalet för återfall i brottslig gärning under vårdtid har uppnåtts för kvinnor. Jämfört med år 2016 har andelen minskat med två procent för såväl riket som kvinnor och män. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel ”Resultat”.

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



Rättpsyki historiskt. Utifrån dessa jämförelser har bedömningen gjorts att dessa måltal ligger på en rimligt utmanande nivå tillsvidare. Uppgifter har i sammanhanget hämtats från Folkhälsomyndigheten, Brottsförebyggande rådet (Brå), samt från Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar, PsykosR och från Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom, Bipolär. En översyn av måltalen avseende psykisk- och fysisk hälsa planeras i samband med kommande årsrapporter.

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

Resultat

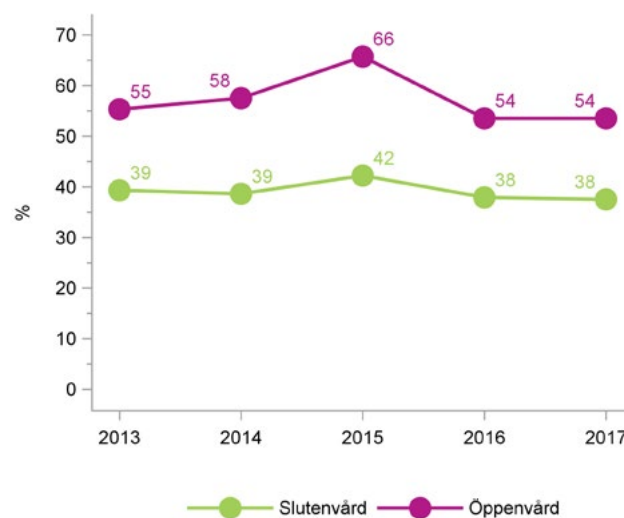
Resultatdelen består av skattningar genomförda av både personal och patienter. Patienten erbjuds att fylla i fyra självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur patienten själv upplever sin aktuella situation i fyra olika hänseenden; psykisk hälsa,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

Bortfall

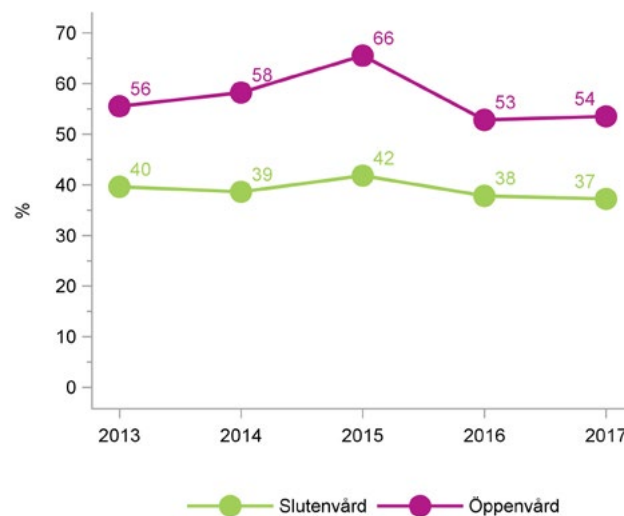
RättspsyK har en hög täckningsgrad då 24 av landets 25 verksamheter rapporterar in uppgifter, vilket innebär att rapporten innehåller någon form av data från, i princip, samtliga patienter som vårdas, eller har vårdats, på rättspsykiatriska verksamheter i Sverige. Det innebär dock inte att data är komplett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

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

Figur 6. Bortfall, självskattad psykisk hälsa.



Figur 7. Bortfall, självskattad fysisk hälsa.

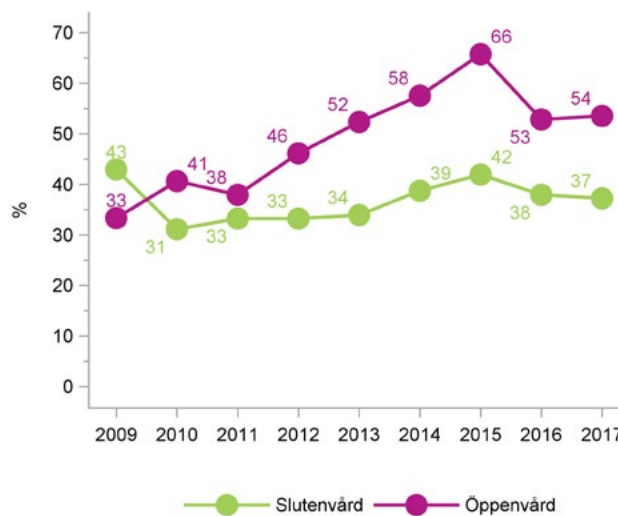


Självskattning av psykisk och fysisk hälsa påbörjades 2013, livskvalitet och återfall i brottslig gärning 2009, därav olika tidsspann i tabellerna. Registreringsfrekvensen var som högst 2010 och faller sedan successivt fram till 2015. Under 2016 ökade registreringarna något och i årets rapport ligger de kvar på i stort sett samma nivå. Generellt sett är bortfallet större i öppenvård än i slutenvård.

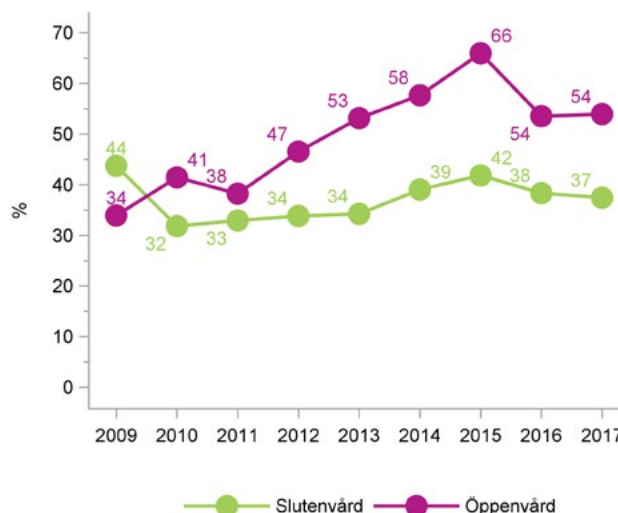
Det är inga skillnader mellan de fyra olika självskattningsuppgifterna utan de följer samma mönster av bortfall, det vill säga de patienter som inte vill eller kan svara, svarar inte på några av självskattningsfrågor. Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke.

Bortfallet för mätning av BMI är mindre och har inte minskat i samma omfattning som självskattade uppgifter. År 2009 var registreringsfrekvensen 85 procent vilket minskade succesivt till 72 procent 2015 men ökar till 77 procent i 2016 års rapport, och är kvar på samma nivå 2017. Det är inom öppenvården som registreringar av BMI har ökat de senaste åren.

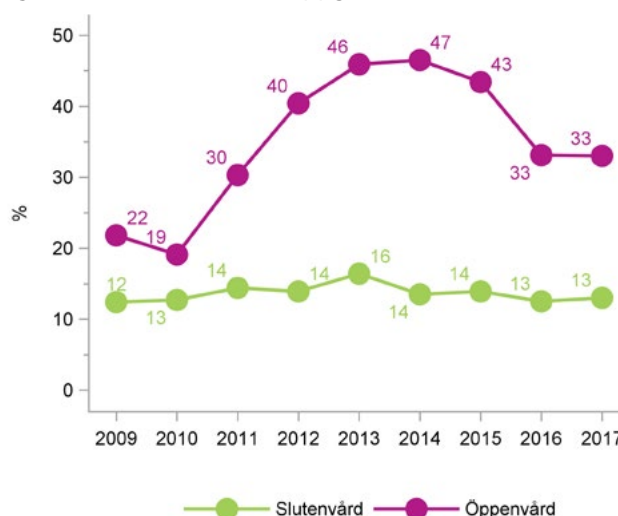
Figur 8. Bortfall, självskattad livskvalitet.



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

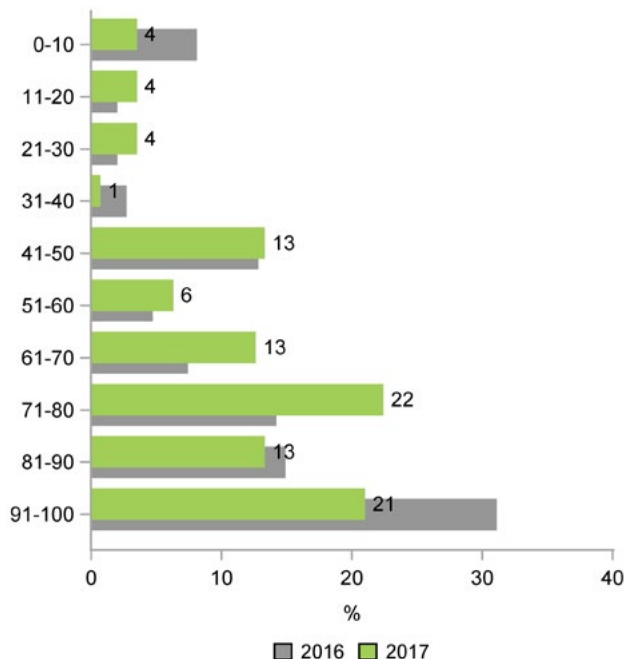


Figur 10. Bortfall, saknad uppgift om BMI.

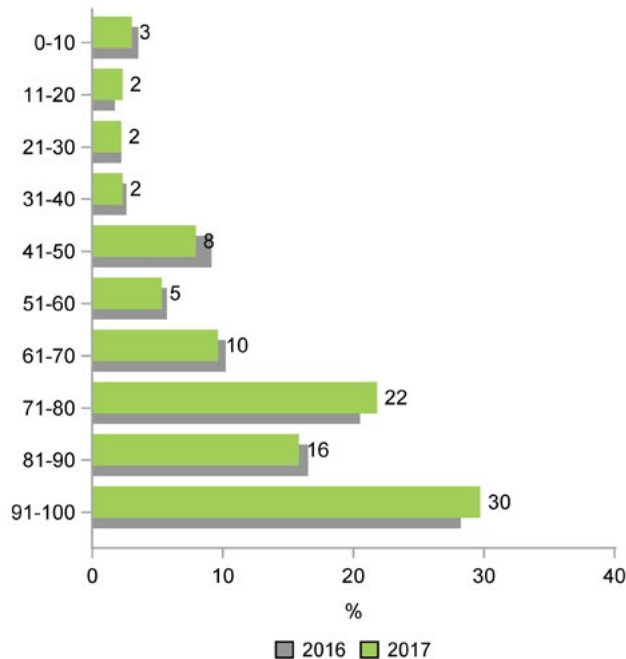


Självskattad hälsa

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

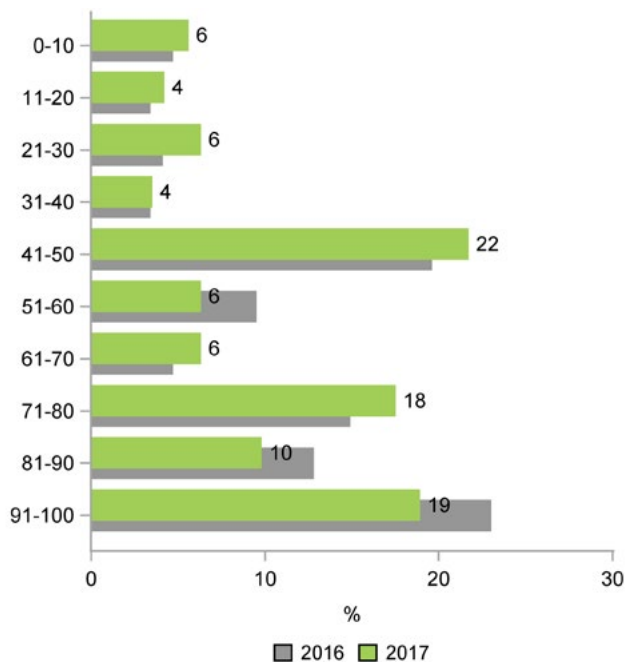


Figur 12. Andel patienter som skattat sin **psykiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **män**.

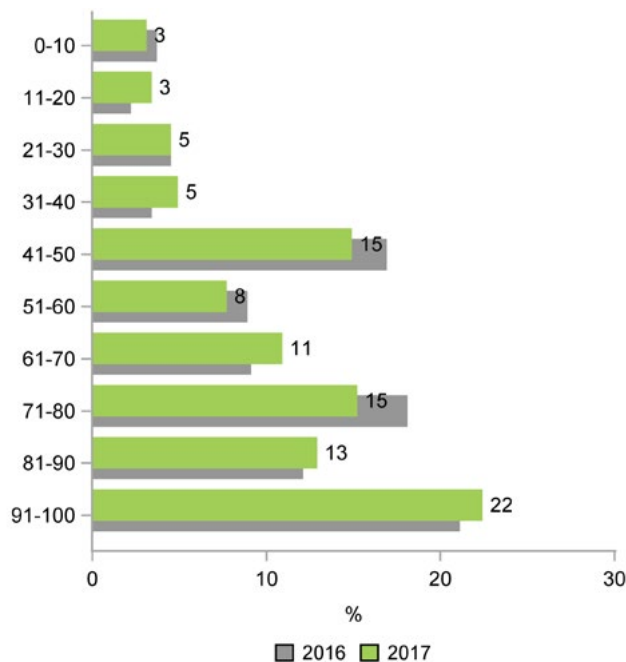


Den psykiska hälsan skattas relativt högt av både kvinnor och män. Skattningarna mellan åren visar på små förändringar. I årets rapport har andelen kvinnor som skattar sin hälsa i högsta intervall, 91–100, minskat med 10 procentenheter i jämförelse med 2016 års rapport.

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



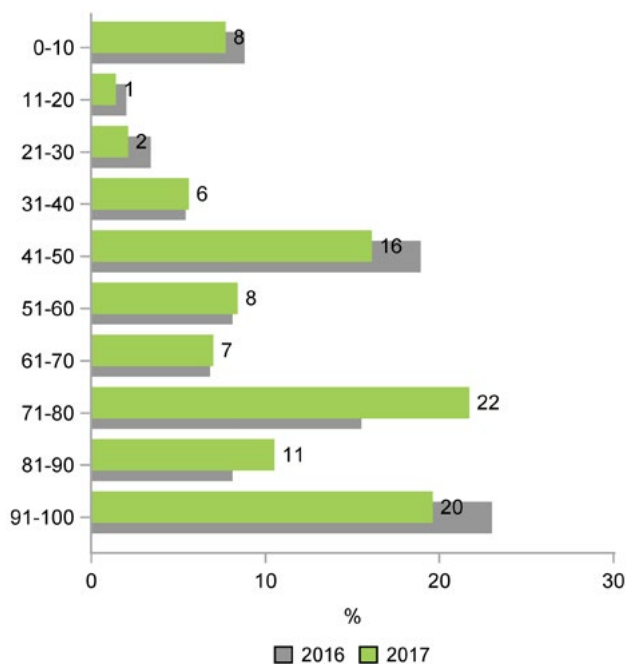
Figur 14. Andel patienter som skattat sin **fysiska hälsa** i respektive intervall på VAS-skala, **män**.



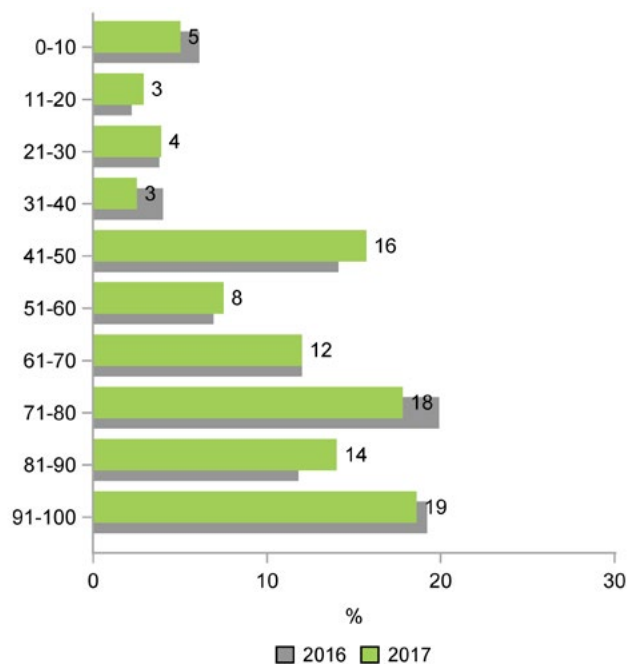
Kvinnor och män skattar även sin upplevelse av fysisk hälsa relativt högt och skillnaderna mellan åren och mellan män och kvinnor är små.

Självskattad livskvalitet

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



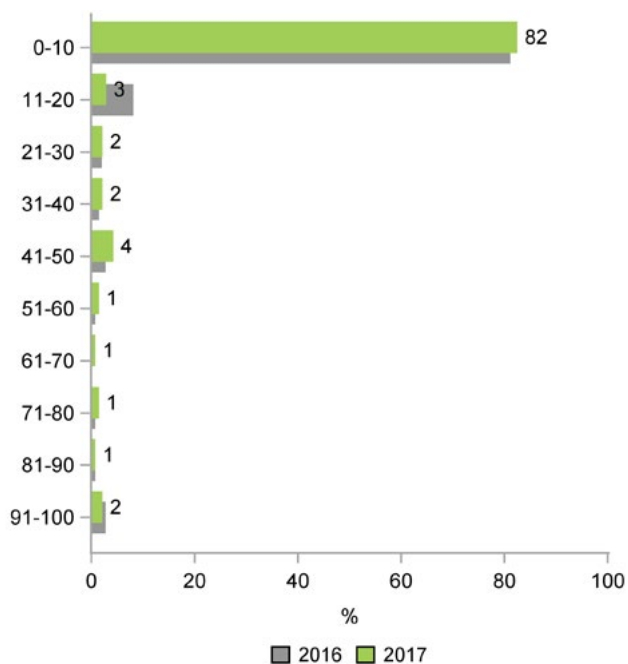
Figur 16. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, **män**.



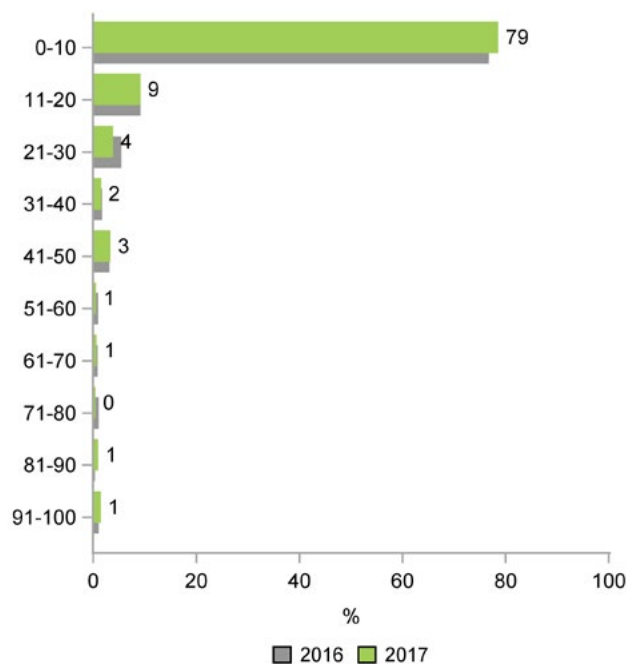
Skattningen visar på en spridning i upplevelsen av livskvalitet hos patienterna. Patienternas egen skattning av livskvalitet är relativt hög för både kvinnor och män.

Självskattad risk för återfall i brott

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



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



Utfall av vården för några indikatorer

I registret följs ett antal indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. I 2015-års rapport utgick Global Assessment of Functioning (GAF) och ersattes av indikatorn sjukdomsinsikt. I årets rapport har indikatorn skuldsituation utgått ur figuren eftersom både in- och utvärden har visat sig osäkra. Tre av indikatorerna skattas av personalen (BMI, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Grafen visar, för fyra indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2017 dömts till vård och där vården avskrivits. Värden som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits.

De 49 procent av patienterna som har en oförändrad sjukdomsinsikt uppvisar följande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde):

- Har sjukdomsinsikt (10 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (27 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (12 procent)

Detta klargör om en utebliven förändring är önskad eller ej beroende på patientens ingångsvärde då vården påbörjas. 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.

För de 29 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

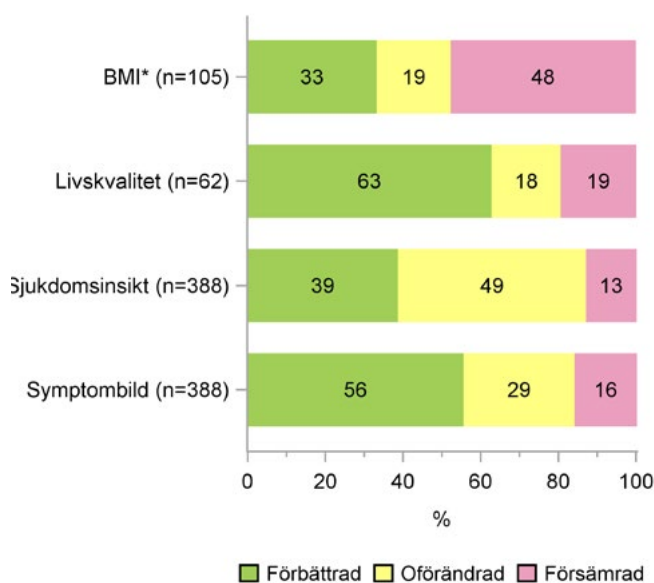
- Inga symptom (2 procent)
- Mycket milda symptom (3 procent)
- Milda symptom (8 procent)
- Måttliga symptom (10 procent)
- Påtagliga symptom (4 procent)
- Svåra symptom (1 procent)
- Mycket svåra symptom (1 procent)

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

Då BMI är en indikator där vi noterar försämringar i hög grad gör vi en ytterligare analys av förändringar av BMI. Detta gör vi genom att följa förändringar kring gränsen för fetma som är BMI lika med eller över 30.

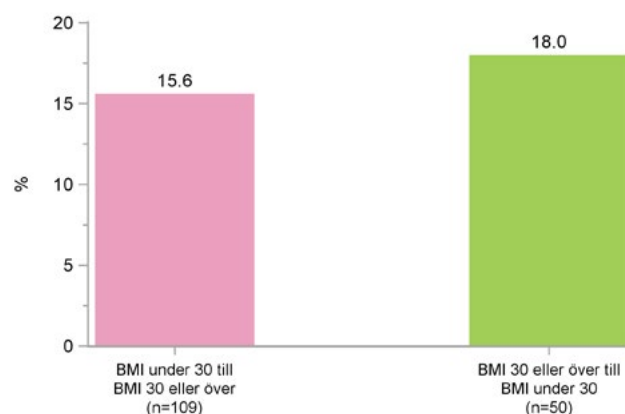
Figuren visar andelen patienter som vid inskrivningen hade ett BMI under 30 men som vid avskrivning av vården hade ett BMI lika med eller över 30 samt den motsatta rörelsen, från över 30 till under ett BMI på 30.

Figur 19. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2017.



* Endast patienter med ingångsvärde BMI ≥ 25 . Definition av förändring: Minst 2.5 % minskning eller ökning av BMI-värdet.

Figur 20. Byte av BMI-klasser mellan inskrivning och utskrivning, 2009–2017.

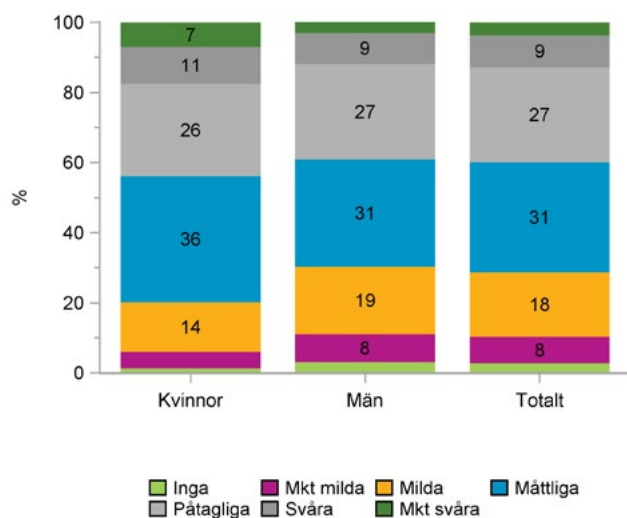


Observera att figuren redovisar andel, dvs. procentuell förändring, som rört sig över gränsen 30 BMI. Fler patienter har ökat sitt BMI till över 30-gränsen än tvärtom. Antalet som ökat i BMI till över 30 är 17 patienter (n=106) medan antalet patienter som minskat till BMI under 30 är 9 (n=50).

Klinisk skattning av symtombilden

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

Figur 21. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad.



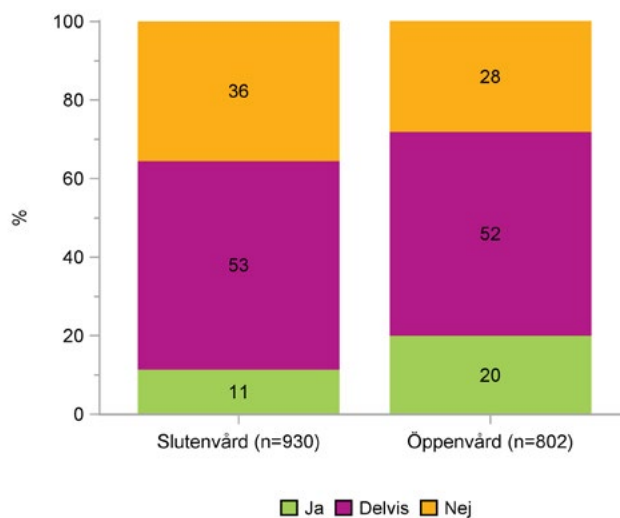
I figuren ovan visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på kvinnor, män och totalt. Andelen kvinnor vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra var 2016 drygt 54 procent och innebar en ökning i jämförelse med 2014 (46 procent) och 2015 (48 procent). I årets rapport har andelen kvinnor med påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom minskat till 44 procent. Vad denna minskning beror på är okänt.

Andelen män vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra har också minskat men endast i mindre utsträckning, från 43 till 39 procent.

Att kvinnornas symtom skattas som svårare jämfört med männens har varit genomgående de senaste fem åren och skillnaden mellan könen har ökat sedan 2014.

Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 22. Fördelning av sjukdomsinsikt vid uppföljning.



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

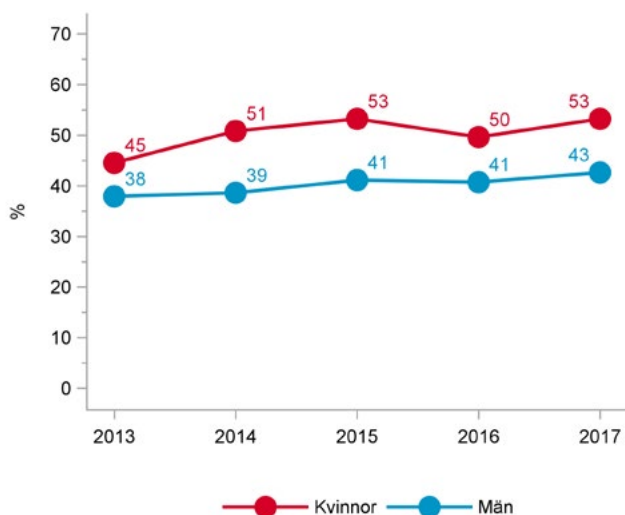
Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste sju åren. Den andel som bedöms ha insikt uppgår till cirka 15 procent och andelen med delvis insikt cirka 55 procent. I år redovisas värdet fördelat mellan öppen- och slutenvård. Skillnaderna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

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

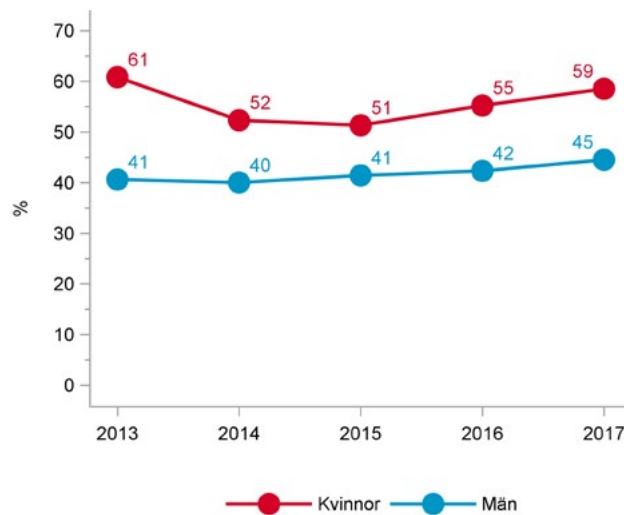
Body Mass Index (BMI)

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

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



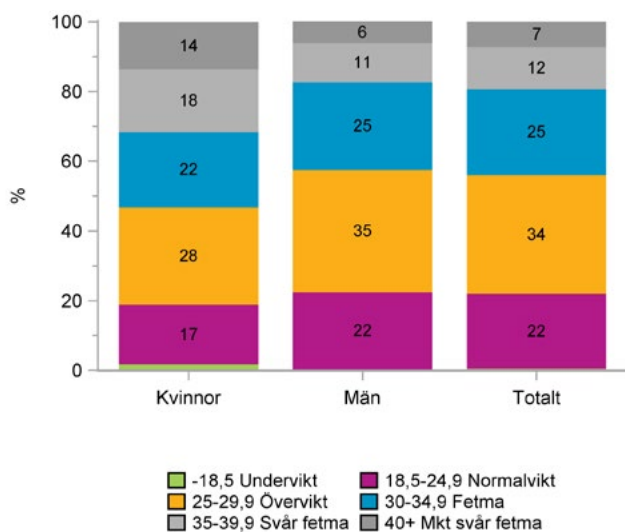
Figur 24. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



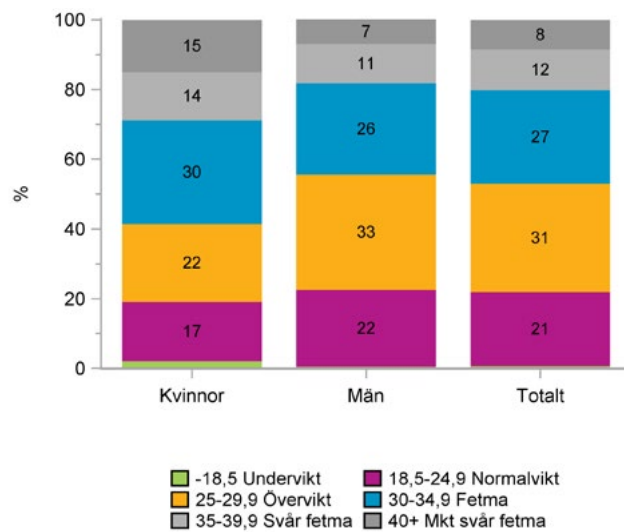
Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna ligger på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl sluten- som i öppenvård. En liten ökning kan noteras i år, både inom både öppenvård (45 procent) och

slutenvård (43 procent). Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma fluktuerar något men ligger kring 50 procent under de senaste fem åren. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma legat konstant över 50 procent, för 2016 var den siffran 55 procent och har nu 2017 ökat till 59 procent.

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

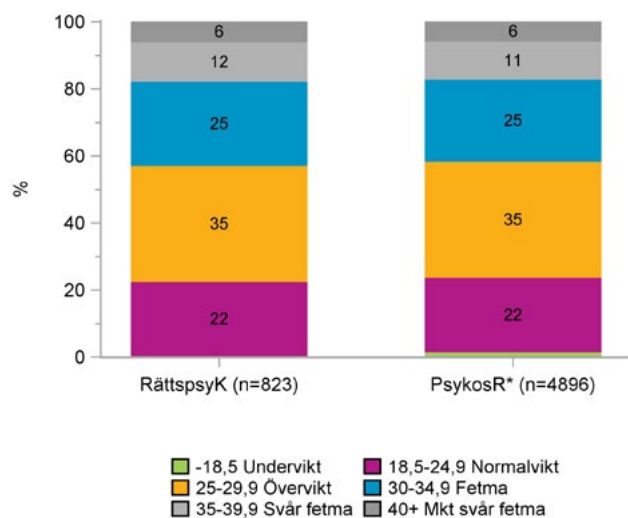


Figur 26. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



Jämförelse av BMI mellan RättpsyK och PsykosR

Figur 27. Jämförelse av BMI mellan patienter registrerade i RättpsyK och PsykosR.



* Databasversion 2018-02-01

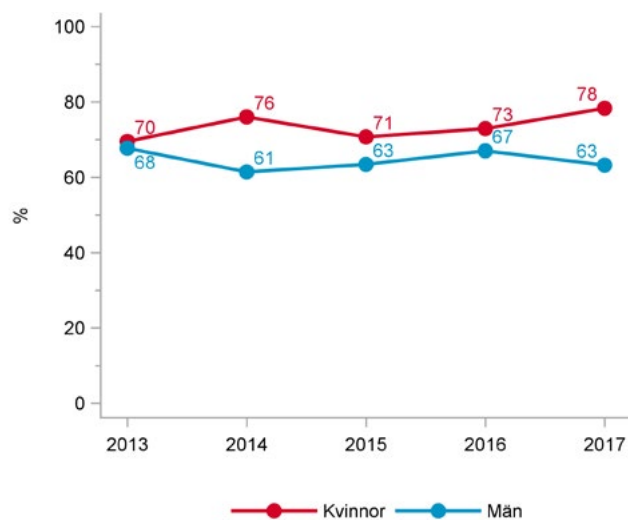
Sedan rapporten 2014 har vi jämfört andelen patienter som var registrerade i RättpsyK respektive PsykosR med BMI lika med eller över 30. Det har inte förelegat några signifikanta skillnader mellan grupperna under dessa år. I 2017 års registreringar kvarstår likheterna.

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.

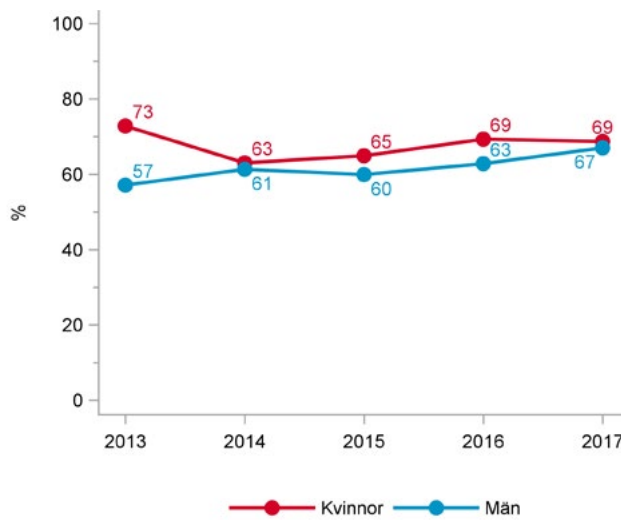
Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2016, Folkhälsomyndigheten) ser man en kontinuerlig ökning av fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen. Andelen personer, båda könen mellan 18–64 år, med ett BMI lika med eller över 30 har ökat från 11 till 14 procent mellan åren 2014 och 2016. Inga jämförbara siffror finns publicerade för 2017.

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

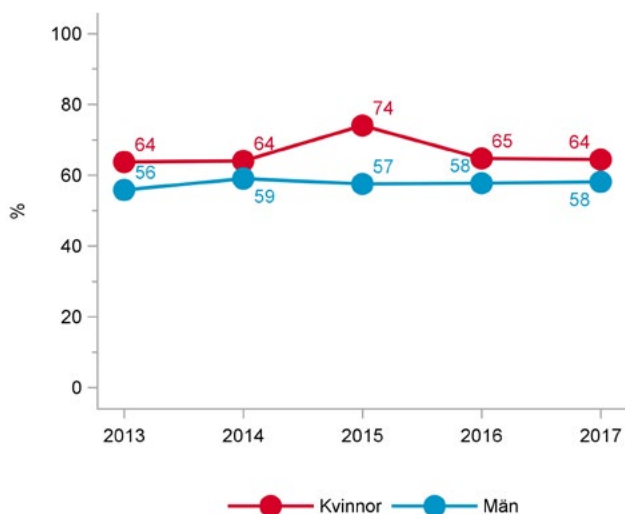
Figur 28. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



Figur 29. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.

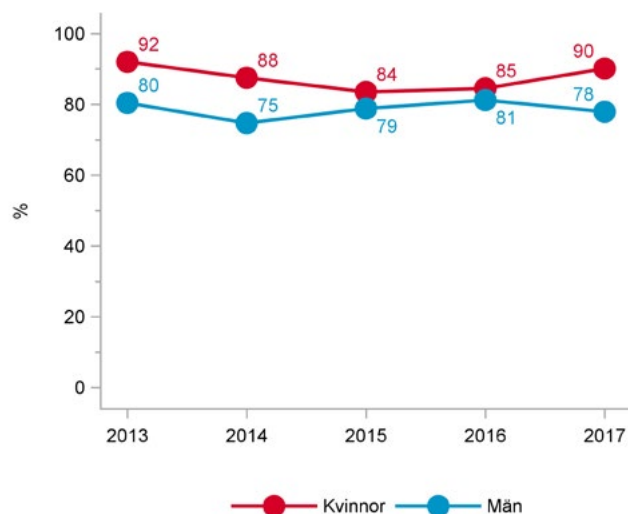


Figur 30. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**



Mellan 60 och 70 procent av patienterna har varit i behov av hjälp för att hantera sin ekonomi vilket är en siffra som hållit sig relativt konstant över åren, se figurerna 28 och 29. Detta är förenligt med tidigare visade resultat. Under 2017 har dock andelen kvinnor i behov av hjälp ökat i slutenvården, däremot inte i öppenvård.

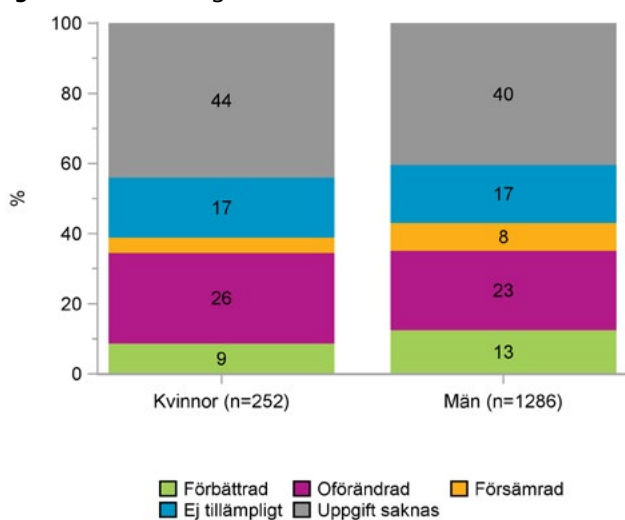
Figur 31. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**



Under perioden 2010–2015 ökade andelen patienter som fått hjälp av god man/förvaltare kontinuerligt. Under 2016 förändras trenden för kvinnor i slutenvården. För de kvinnor som var i behov av hjälp för att hantera sin ekonomi minskade andelen som fick hjälp från god man/förvaltare, en nivå som kvarstår 2017. Däremot ökade andelen kvinnor som fick hjälp av god man/förvaltare inom öppenvården.

Skuldsituation

Figur 32. Förändring av skuldsituation.



I årets rapport redovisas skuldsituationen med samtliga svarsalternativ och alternativen ”Ej tillämpligt” och ”Uppgift saknas” har inkluderats i figuren. ”Ej tillämpligt” innebär att patienten inte har någon skuldsituation och ”Uppgift saknas” innebär att personalen inte har kännedom om patientens skuldsituation. Dessa svarsalternativ var inte tidigare inkluderade i redovisningen vilket gav en felaktig bild av hela patientgruppens skuldsituation. Som syns i figuren så omfattar ”Ej tillämpligt” och ”Uppgift saknas” mer än hälften av svaren vilket innebär att årets figur omfattar mer än dubbelt så många patienter jämfört med tidigare årsrapporter och att siffrorna inte är jämförbara med tidigare redovisningar.

Nätverk

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

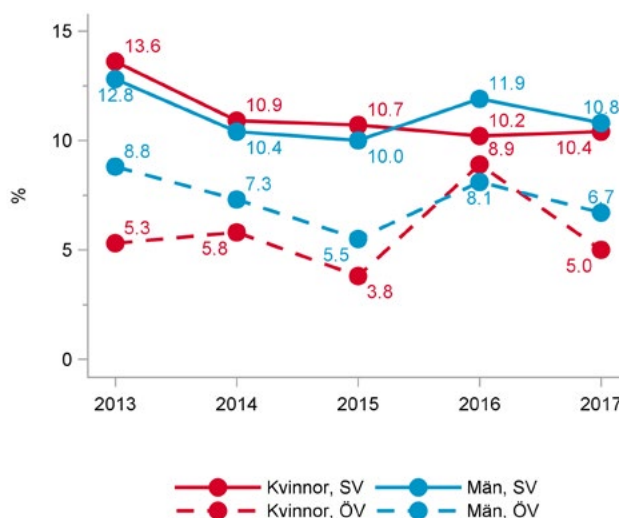
Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

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

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

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

Figur 33. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i slutenvård och öppenvård.



Återfall i brottslig gärning under vårdtiden minskade något för såväl kvinnor som män under femårsperioden 2013–2017. Under 2016 noterades en tillfällig ökning. Under 2017 har andelen som återfallit i brottslig gärning minskat för båda könen som vårdades i öppenvård.

Återfall i brottslig gärning redovisas i två kategorier: våldsbrott och övriga brott, vilket följer såväl registrets som Brå:s kategoriseringar. I slutenvård var 123 patienter registrerade för återfall i brottslig gärning, i öppenvård 58. I slutenvård klassificerades 55 procent av brotten som våldsbrott, 54 procent som övriga. För patienter i öppenvården var skillnaden större mellan våldsbrott och övriga brott, 12 procent klassificerades som våldsbrott 88 procent som övriga. Anledningen till att procentsatsen överstiger 100 procent är att några personer är registrerade för både våldsbrott och övriga brott.

Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Statistiken hämtas ur register där uppgifter kan uppdateras även bakåt i tiden. Detta innebär att data för samma tidsperiod kan variera beroende på när sammanställning sker. Tabell 1 visar preliminära uppgifter från Brå:s återfallsstatistik medan uppgifterna i tabell 2 är slutliga.

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

Brottets art

För att få en uppfattning om brottets art delas brotten upp i:

- 1) våldsbrott/brott mot person, BrB 3–7 kap.
- 2) tillgreppsbrott, BrB 8–12 kap.
- 3) narkotikabrott och
- 4) övriga brott

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

Index- respektive återfallsbrott

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

Återfall inom 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

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

Tabell 1. Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård.

Avslutsår	Antal personer som återfallit i brott	Antal personer där rättspsykiatrisk vård avslutats	%
2015	11	121	9.1
2014	12	106	11.3
2013	14	112	12.5
2012	16	125	12.8
2011	15	108	13.9
2010	9	102	8.8

Under åren 2010–2014 avskrevs 553 personer från LRV-vård, 96 kvinnor och 457 män. Av dessa återföll 66 personer (12 procent) i brott. Av dessa var åtta kvinnor (8 procent återfallshändelser) och 58 män (13 procent återfallshändelser). Andelen utskrivningar och återfallshändelser har varit stabilt över åren 2010 till 2014.

Återfallshändelserna var jämt fördelade mellan brottskategorierna. Sjutton personer lagfördes för våldsbrott/brott mot person, 18 för tillgreppsbrott, 15 för narkotikabrott samt 16 för övriga brott.

I 23 av återfallshändelserna var återfallsbrottet samma som indexbrottet, dvs. inom den brottskategori som föranledde LRV-vård. Vanligaste återfallsbrottet var våldsbrott/brott mot person oavsett indexbrottet. Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för fler brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medel 4,6 vilket innebär att det är några få personer som har flera återfallshändelser. De brott som redovisas här är det allvarligaste brottet enligt straffskalan.

Återfall 1, 2 och 3 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Tabell 2. Återfall i brott 1–3 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård.

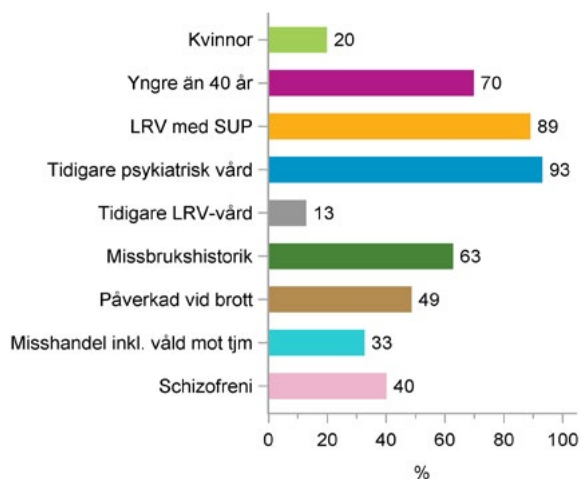
Avslutsår	1 år, %	2 år, %	3 år, %
2011 (n=118)	14.4	20.3	28.0
2010 (n=101)	8.9	15.8	21.8

Vårdprocess

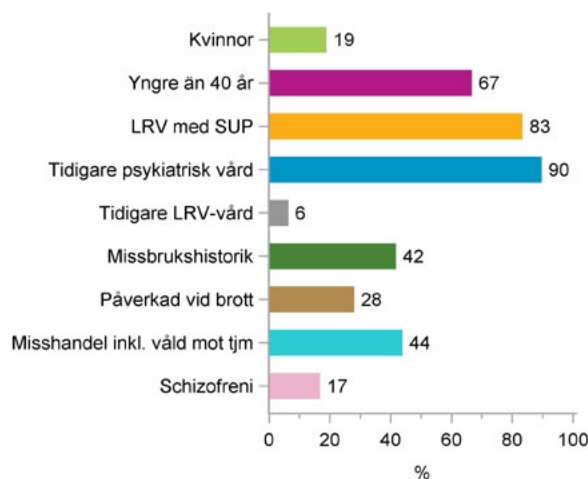
Utfall i några indikatorer under vårdtid för två grupper

Registret har nu funnits i tillräckligt många år för att kunna följa utvecklingen i ett vårdförlopp för några utvalda indikatorer. Genom att följa dessa indikatorer för två unika grupper, kallade "fyra-" respektive "sexårsgruppen" utifrån längd på vårdtid, kan vi för första gången se förändringar i indikatorer för dessa grupper. Indikatorerna som följdes var självskattad risk för återfall i brott och självskattad livskvalitet, samt bedömd sjukdomsinsikt, behandlingsmotivation, svårighetsgrad på symtom och registrerade återfall i brottslig gärning. I grupperna ingår patienter där vården påbörjades mellan åren 2010 och 2011. Alla patienter som fortfarande fick vård efter sex år ingår i sexårsgruppen. Alla patienter som fortfarande fick vård efter fyra år, men inte efter sex år, ingår i fyraårsgruppen.

Figur 34. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.



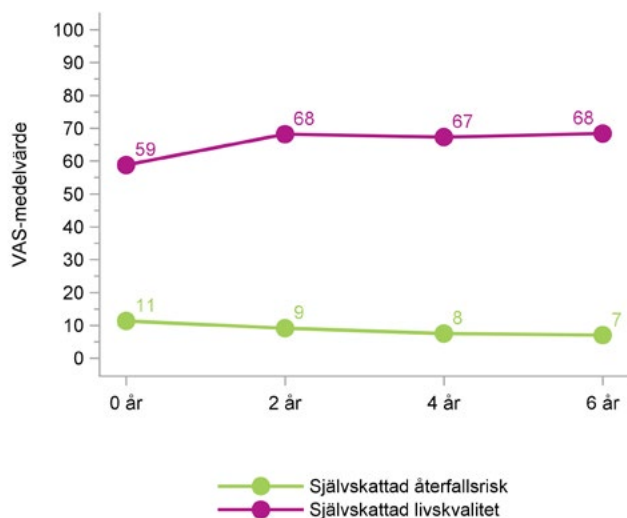
Figur 35. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



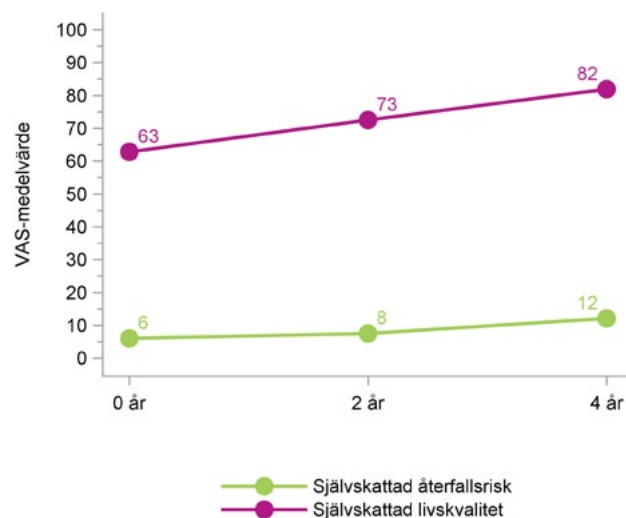
Sexårsgruppen består av totalt 172 individer medan antal inkluderade individer i fyraårsgruppen uppgår till 48. Grupperna är i stort sett lika vad gäller könsfördelning, andel under 40 år, andel med SUP och andel med tidigare psykiatrisk vård. Skillnader kan ses mellan grupperna med lägre andel i fyraårsgruppen när det

gäller andel patienter med schizofreni, andel patienter som var påverkade vid indexbrottet, missbrukshistorik liksom tidigare LRV-vård. Det vanligaste indexbrottet i båda grupperna var misshandel inklusive våld mot tjänsteman, dock var andelen något högre i fyraårsgruppen.

Figur 36. Utfall i några självskattningar, **sexårsgruppen.**



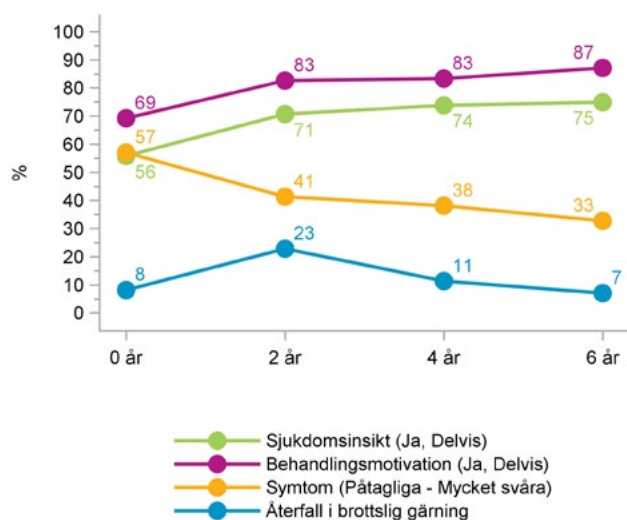
Figur 37. Utfall i några självskattningar, **fyraårsgruppen.**



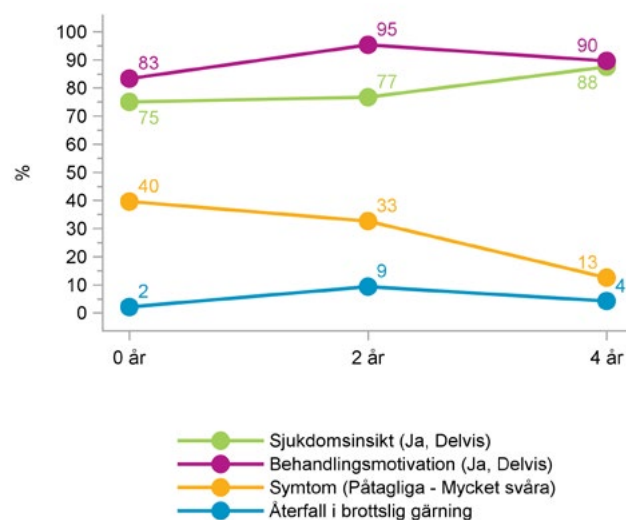
Självskattad livskvalitet ökade i båda grupperna med störst ökning i fyraårsgruppen. När det gäller självskattad risk att återfalla i brott skiljer sig grupperna åt. Fyraårs-

gruppen rapporterar en ökad återfallsrisk medan sexårsgruppen rapporterar en fallande återfallsrisk.

Figur 38. Utfall i några indikatorer, **sexårsgruppen.**



Figur 39. Utfall i några indikatorer, **fyraårsgruppen.**



Båda grupperna visade förbättringar i sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation, men fyraårsgruppen startade och slutade på högre nivåer. Symtombilden förbättrades för båda grupperna där svårighetsgraden genom-

gående var lägre för fyraårsgruppen. För sexårsgruppen rapporteras en minskning avseende återfall i brottslig gärning, medan det för fyraårsgruppen rapporteras en ökning.

Farmakologisk behandling

Tabell 3. Antal patienter som förskrivits läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

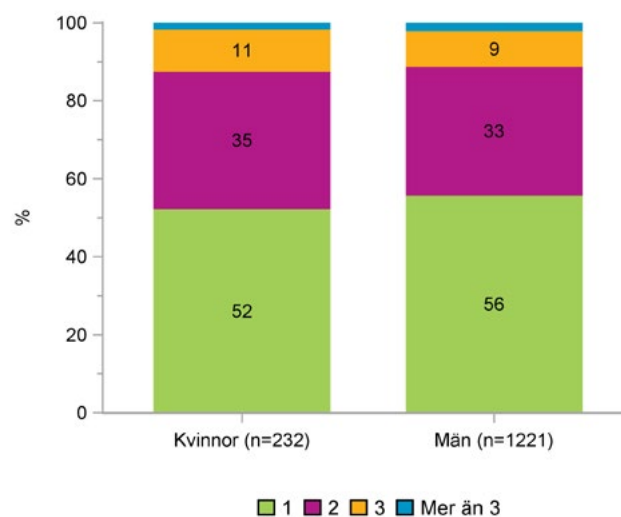
Läkemedelsgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	87 av 277 (31.4)	429 av 1 460 (29.4)	516 av 1 737 (29.7)
Första generationens antipsykotika, peroralt	57 av 277 (20.6)	271 av 1 460 (18.6)	328 av 1 737 (18.9)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	57 av 277 (20.6)	275 av 1 460 (18.8)	332 av 1 737 (19.1)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	136 av 277 (49.1)	734 av 1 460 (50.3)	870 av 1 737 (50.1)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	104 av 277 (37.5)	502 av 1 460 (34.4)	606 av 1 737 (34.9)
Antidepressiva	115 av 277 (41.5)	505 av 1 460 (34.6)	620 av 1 737 (35.7)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	92 av 277 (33.2)	265 av 1 460 (18.2)	357 av 1 737 (20.6)
Stämningsstabiliserare (litium)	24 av 277 (8.7)	70 av 1 460 (4.8)	94 av 1 737 (5.4)
Beroendesjukdomar	23 av 277 (8.3)	165 av 1 460 (11.3)	188 av 1 737 (10.8)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	80 av 277 (28.9)	286 av 1 460 (19.6)	366 av 1 737 (21.1)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	120 av 277 (43.3)	508 av 1 460 (34.8)	628 av 1 737 (36.2)
ADHD	23 av 277 (8.3)	130 av 1 460 (8.9)	153 av 1 737 (8.8)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	83 av 277 (30.0)	356 av 1 460 (24.4)	439 av 1 737 (25.3)
Medel vid diabetes	39 av 277 (14.1)	178 av 1 460 (12.2)	217 av 1 737 (12.5)
Övriga somatiska sjukdomar	200 av 277 (72.2)	839 av 1 460 (57.5)	1 039 av 1 737 (59.8)

Antipsykotika

De största läkemedelsgrupperna är antipsykotika som delats upp efter om de tillhör första (FGA) eller andra generationens läkemedel (SGA) och om de ges peroralt (tablett, kapsel, flytande) eller som långverkande injektioner. En långsam utveckling kan skönjas här där nu hälften av patienterna får de nyare läkemedlen peroralt och 19 procent i form av långverkande injektioner. På fem år har andelen ökat från 11 procent men samtidigt är andelen som får de äldre injektionerna i det närmaste oförändrad under motsvarande tid och ges till nästan 30 procent av patienterna.

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

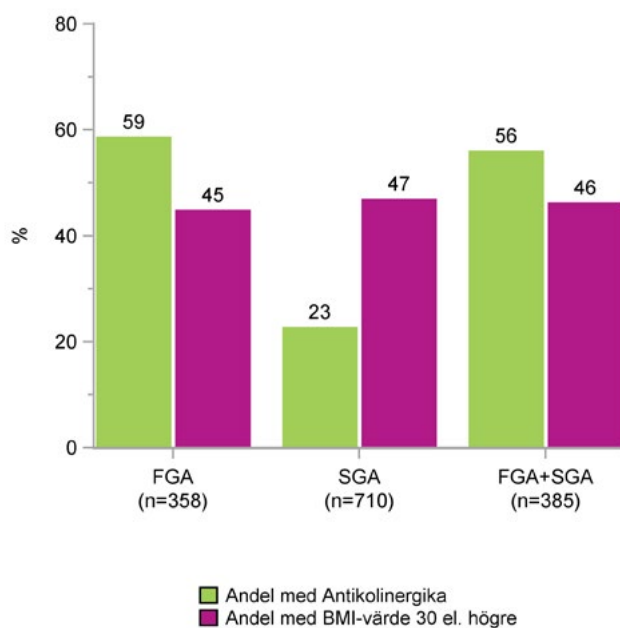
Figur 40. Antal antipsykotiska läkemedel per patient.



Som synes hade 52 procent av kvinnorna och 56 procent av männen monoterapi. Andelen kvinnor och män som behandlas med två antipsykotiska preparat är 35 respektive 33 procent vilket ofta kan vara rimligt utifrån biverkningsprofiler och förväntade synergistiska effekter. Endast 11 respektive 9 procent står på tre eller fler antipsykotika, det vill säga en polyfarmaci av mer avancerat slag och kanske ur teoretisk synpunkt mer problematisk.

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

Figur 41. Andel patienter med BMI lika med eller över 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp.

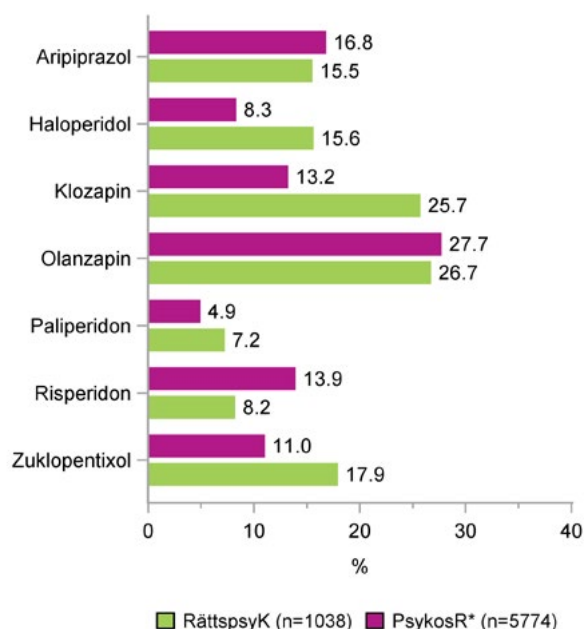


Patienter som behandlas med FGA får ofta, 59 procent, antikolinerga biverkningsmediciner. För patienterna med SGA är motsvarande andel 23 procent. Andelen patienter under antipsykotikabehandling med ett BMI över 30 är hög, mellan 45 och 47 procent men utan någon egentlig skillnad mellan grupperna. Förmodligen har livsstilsfaktorer större betydelse än läkemedlets påverkan vad gäller viktuppgång.

Farmakologisk behandling i jämförelse med PsykosR och Socialstyrelsens nationella riktlinjer

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

Figur 42. Jämförelse av behandling med antipsykotiska läkemedel mellan patienter registrerade i RättspsyK och PsykosR.



* Databasversion 2018-02-01

Patienterna i PsykosR har oftare läkemedel ur den nyare gruppen (SGA) och oftare monoterapi, cirka 80 procent mot RättspsyK, cirka 53 procent.

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

Den största skillnaden kan vi se vad gäller användningen av de äldre läkemedlen (FGA) där zuklopentixol och haloperidol har en betydligt högre användning inom

rättspsykiatrin. Detta trots att zuklopentixol av Socialstyrelsen rankas lågt i de farmakologiska riktlinjerna bland annat på grund av bristande vetenskaplig dokumentation.

Som vi kan se leder den höga användningen av FGA inom rättspsykiatrin också till en hög användning av antikolinerga biverkningsmediciner. Cirka 60 procent enligt figur 41.

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

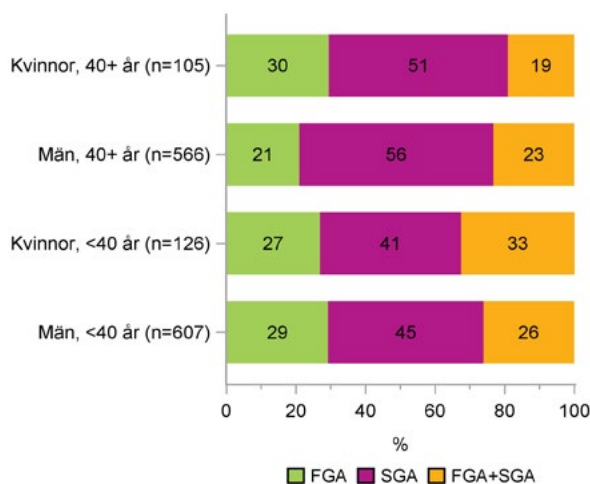
”Det förekommer att man försöker minska de extrapyramidala biverkningarna / med tillägg av så kallade antikolinerga läkemedel. Tillägg av de antikolinerga läkemedlen biperiden och trihexyfenidyl i syfte att motverka extrapyramidala biverkningar tillhör dock inte modern behandling. Det på grund av läkemedlets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

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

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

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

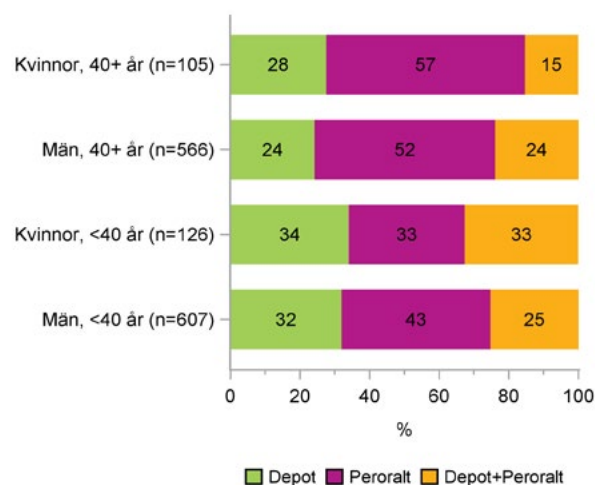
Figur 43. Antipsykotika (FGA, SGA samt FGA+SGA) efter kön och ålder (över/under 40 år).



Resultaten går faktiskt i motsatt riktning mot den förväntade. De äldre patienterna står oftare på de nyare (SGA) läkemedlen.

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

Figur 44. Antipsykotika (FGA, SGA) – Administrerings sätt efter kön och ålder (över/under 40 år).



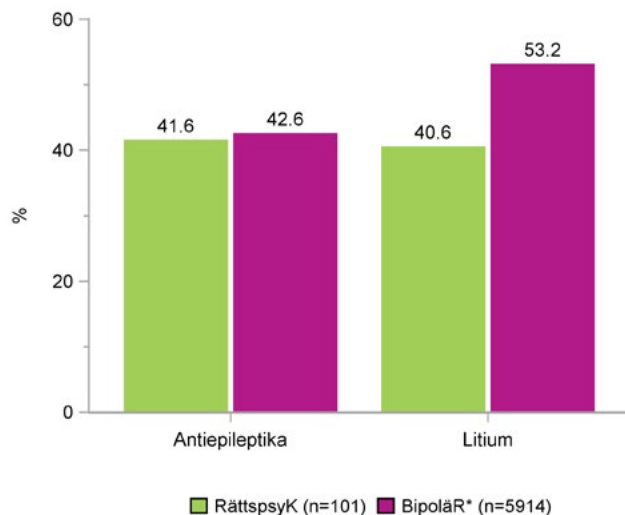
De yngre patienterna står oftare på långverkande injektioner, 67 procent av kvinnorna och 57 procent av männen. Här kan introduktionen av de nyare depotläkemedlen ha bidragit till utvecklingen.

Antidepressiva och stämningsstabiliserare

När det gäller användningen av antidepressiva läkemedel kan vi konstatera en klar könsskillnad med 41 procent för kvinnorna och 34 procent för männen och ännu större blir skillnaden för stämningsstabiliserare som tas av 33 procent av kvinnorna och 18 procent av männen. För litium är andelen för kvinnor nio procent mot männen fem. Detta är ju helt förenligt med diagnosfördelningen där kvinnorna har klart mer av affektiva syndrom. När det gäller val av stabiliserare mellan litium och antiepileptika kan det vara av intresse att jämföra med Bipolär.

Farmakologisk behandling av patienter med bipolär diagnos i jämförelse med Bipolär

Figur 45. Jämförelse av behandling med stämningsstabiliserande läkemedel mellan patienter registrerade i RättspsyK och Bipolär.



* Databasversion 2018-02-01

Användningen av antiepileptika som stämningsstabiliserare är som synes lika omfattande inom båda patientgrupperna medan litiumanvändningen är betydligt högre inom Bipolär. Det senare är ju förenligt med europeisk terapitradition där litium rekommenderas som förstahandsmedel.

Medicinering vid ADHD

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

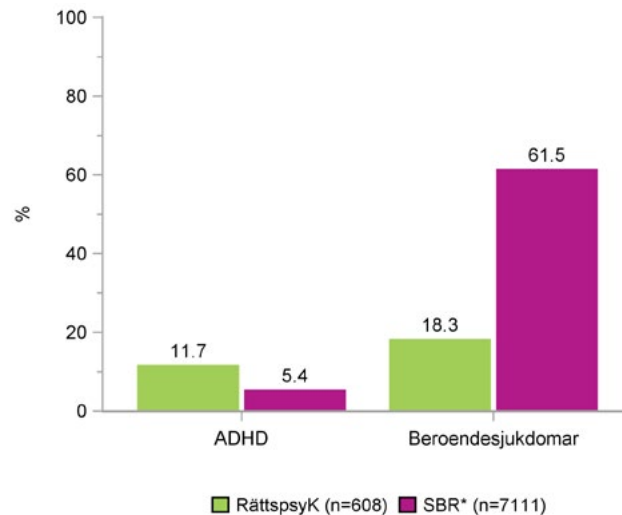
Läkemedel vid missbruk och beroende

Användningen av specifika medel för att minska sug efter droger är låg, inte mer än 11 procent, utan någon könsskillnad. Detta är anmärkningsvärt beaktande hur stor andel av patientgruppen som bedöms ha en missbruksproblematik.

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

Farmakologisk behandling av patienter med missbruksdiagnos i jämförelse med SBR

Figur 46. Jämförelse av behandling med läkemedel för ADHD och beroendesjukdomar mellan patienter registrerade i RättspsyK och SBR.



* Databasversion 2018-02-01

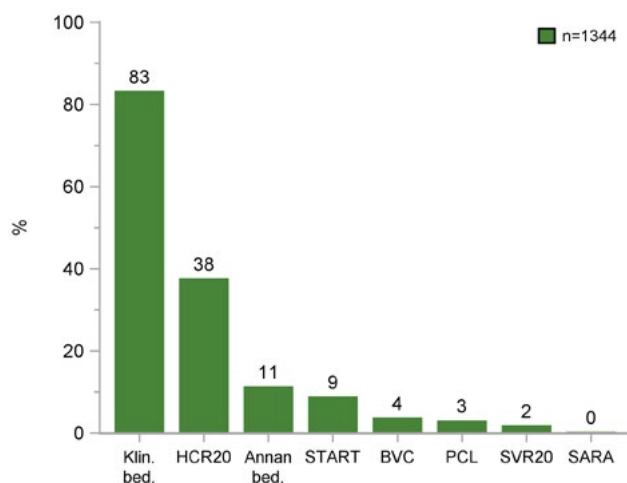
Användningen av medel vid ADHD är högre inom RättspsyK medan SBR-patienterna oftare får läkemedel med specifik beroende/missbruksindikation. Inom rättspsykiatri kan möjligheterna att kontrollera förekomsten av sidomissbruk vara bättre än inom missbruksvården vilket kan underlätta farmakologisk ADHD-behandling.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

Medicinering på somatiska indikationer

Över 60 procent av patienterna har någon medicin för somatiska symtom. I gruppen behandlas 25 procent med läkemedel mot kardiovaskulära tillstånd inkluderande medel mot högt blodtryck och blodfettssänkande medel. Läkemedel vid diabetes i form av insulin eller perorala antidiabetika har 12 procent av patienterna.

Genomförd riskbedömning

Figur 47. Andel patienter som bedömts med respektive riskbedömningsmetod.



Risk- och farlighetsanalyser har genomförts på drygt 80 procent av de patienter som följts upp i registret. Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare används i störst utsträckning. Av de strukturerade bedömningsinstrumenten är HCR-20 det vanligast förekommande. Användningen har minskat över åren och ligger nu på 38 procent mot 57 procent 2009.

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

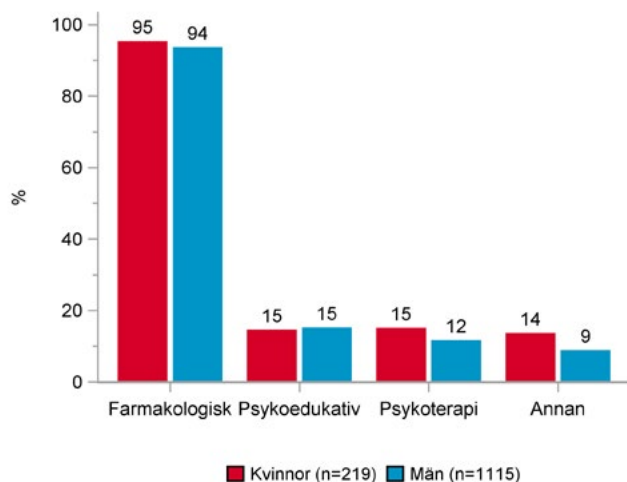
Här följer en beskrivning av instrumenten

- PCL (Psychopathy Checklist) togs initialt fram som ett diagnostiskt hjälpmedel men har även visat sig fungera bra för att predicera våldshandlingar hos individer med psykopati.
- HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) används för bedömning av risk för framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/eller sjukdomar. Instrumentet kan användas för såväl riskbedömning som riskhantering men är inriktat på prevention.
- Bröset Violence Checklist (BVC) är ett instrument för att identifiera patienter med risk för aggressionsgenombrott. Instrumentet används av skötare, behandlingsassistenter och sjuksköterskor. Skattning sker under 24 timmar och vid risk för aggressionsutbrott finns åtgärdsförslag att tillgå. Användningsområden är förutom att identifiera risk för aggressionsgenombrott, våldsprevention, underlag för beslut och vårdtyngdsmätning.
- SARA (Spousal Assault Risk Assessment) är en klinisk checklista över riskfaktorer för partnervåld. Instrumentet utgör en strukturerad hjälp i bedömningen av risk för återfall i partnervåld.
- SVR-20 (Sexual Violence Risk) är en bedömningsmetod eller ett bedömningsförfarande, snarare än ett test eller en skala. Metoden är lämplig i fall där en individ har begått eller påstås ha begått en sexuell våldshandling.¹
- START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) är ett strukturerat instrument för bedömningar av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, avvikning och egen offerrisk inom kortare tidsram (dagar, veckor, månader). Bedömningen görs utifrån kliniska, dynamiska riskfaktorer och skyddsfaktorer.

(2005¹; Boer, Hart, Kropp, och Webster, 1997¹ Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, Canada: The British Columbia Institute on Family Violence.)

Behandling utifrån riskfaktorer

Figur 48. Behandlingsform utifrån identifierade riskfaktorer.



I figuren framgår behandlingsinsatser utifrån identifierade riskfaktorer. Givetvis kan flera olika typer av insatser användas samtidigt. Farmakologisk behandling anges för cirka 95 procent av patienterna vilket varit relativt konstant över åren. Andelen som anges behandlas med psykoterapi och psykoedukativa metoder har stadigt sjunkit över åren. Särskilt markant är detta för psykoterapi där andelen minskat och nu ligger på mellan 12 (män) och 15 (kvinnor) procent.

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

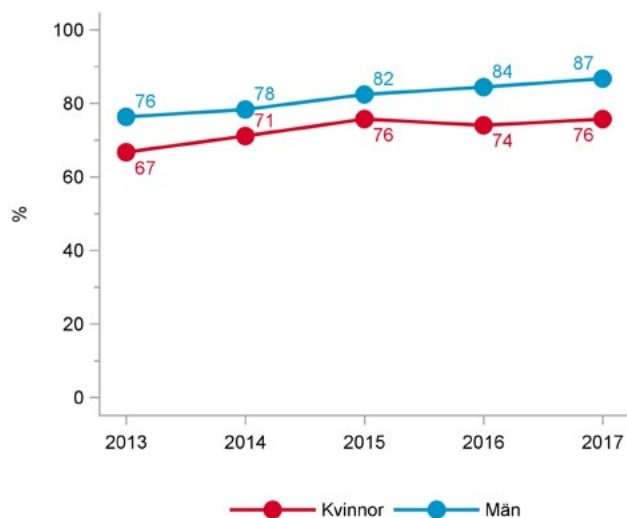
Brottsbearbetning

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

Andel patienter som har en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 19 procent vilket innebär en ytterligare minskning från föregående år med 9 procent.

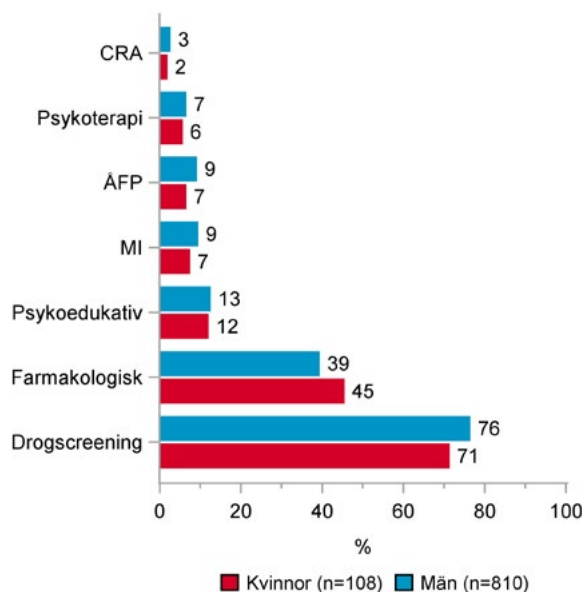
Missbruksbehandling

Figur 49. Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



Fler patienter än tidigare år anges få missbruksbehandling. Vi kan se en ökning från 2012 till 2017 med cirka 10 procent och nu anges 76 procent av kvinnorna och 87 procent av männen få behandling. Förklaringen till den drastiska ökningen ligger framför allt i att de nationella riktlinjerna definierar drogscreening som en metod för behandling. Att andelen ändå inte ligger närmare 100 procent (se figur 50) förklaras möjligtvis av att inte alla patienter med missbruksdiagnos har ett pågående missbruk och då inte bedöms behöva screenas.

Figur 50. Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos.

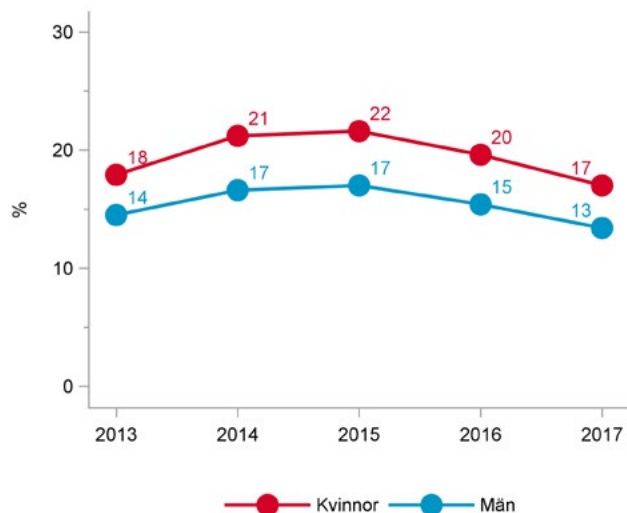


En hög andel av både kvinnor (45 procent) och män (39 procent) anges få farmakologisk missbruksbehandling. Det kan då inte enbart avse specifika läkemedel för beroendetillstånd. Förmodligen registrerar man här även exempelvis antipsykotisk, stämningsstabiliserande eller annan medicinering som förväntas ge effekt på grundsjukdomen och därmed även påverka missbruksproblematiken. Drogscreening utförs för cirka 70 procent av patienterna.

Psykoterapeutiska och pedagogiska behandlingsmetoder har fördelats utifrån några vanliga inriktningar: Psykoterapi, CRA (Community Reinforcement Approach), MI (Motivational Interviewing), ÅFP (Återfallsprevention) och Psykoedukation innebär olika metoder och tekniker för samtalsbehandling av missbruksbeteende. Lokala terapitraditioner samt tillgång till utbildade terapeuter blir väl ofta avgörande för vilken eller vilka metoder som kommer till användning.

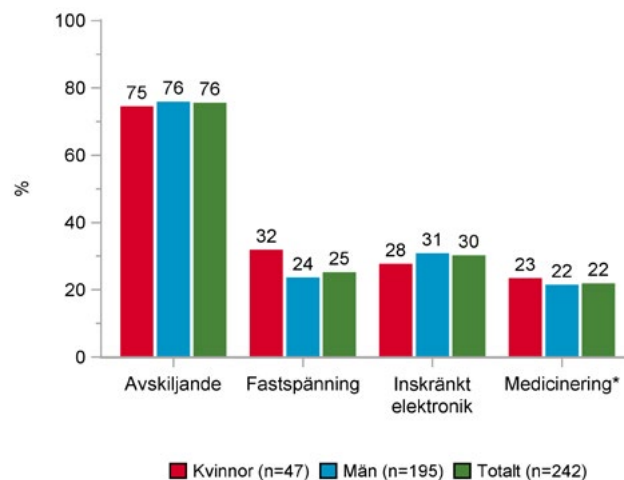
Tvångsåtgärder

Figur 51. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.



Vi kan här se en fortsatt nedåtgående trend med färre patienter som utsatts för tvångsåtgärder. Andelen kvinnor ligger nu på 17 procent och för män är andelen 13 procent. Observera att en förändring i lagstiftningen 2014 förändrat reglerna vad gäller elektronisk kommunikation där nu mer generella begränsningar får ske för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning.

Figur 52. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande

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

Samverkan och samverkansbehov

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

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

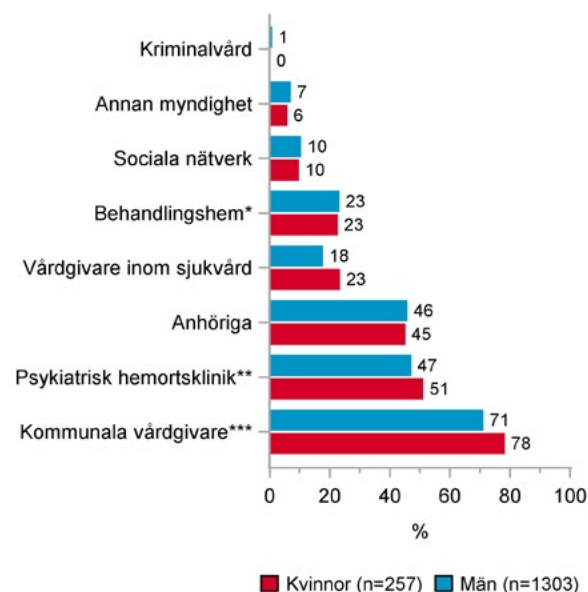
Tabell 4. Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

	Fungerande samverkan	%
Kvinnor	257 av 276	93.1
Män	1 303 av 1456	89.5
Totalt	1 560 av 1732	90.1

Tabell 5. Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

	Icke tillgodosett samverkansbehov	%
Kvinnor	33 av 276	12.0
Män	205 av 1456	14.1
Totalt	238 av 1732	13.7

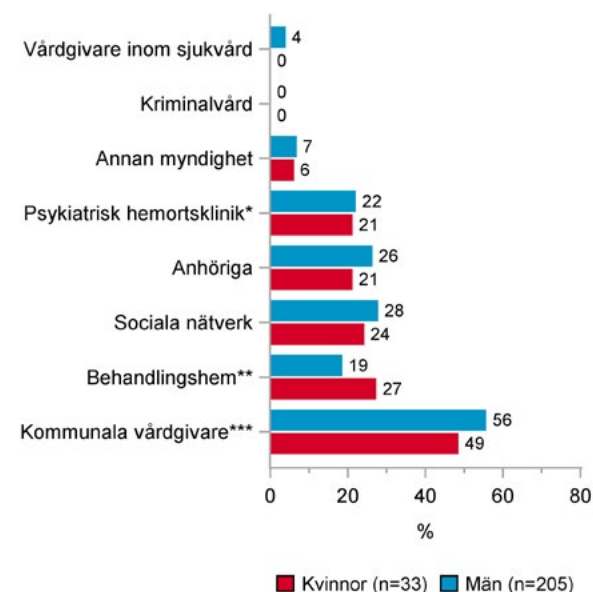
Figur 53. Andel patienter med fungerande samverkan per aktör.



* Behandlingshem/behandlingsboende
 ** Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård
 *** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

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

Figur 54. Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör.

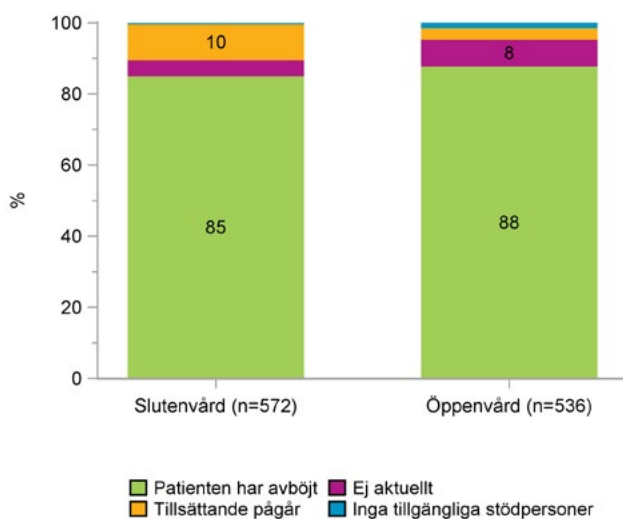


* Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård
 ** Behandlingshem/behandlingsboende
 *** Kommunala vårdgivare/Socialtjänst/LSS-verksamhet

Andelen kvinnor som har ett icke tillgodosett behov av samverkan har minskat från 24 procent 2011 till 12 procent 2017, medan det för män har skett en liten ökning. Kommunen är den aktör med vilken det är vanligast att det finns ett icke tillgodosett samverkansbehov. Det är också den aktör med vilken det är vanligast med fungerande samverkan. Detta beror på att kommunen är rättspsykiatrins vanligaste samverkanspartner.

Stödperson

Figur 55. Orsak till att stödperson inte utsetts.



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

39 procent av patienterna i slutenvård och 33 procent av patienterna i öppenvård har stödperson.

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård under 2017 var 10 procent. Det har visat sig att det i landet inte finns någon entydig definition för när en patient ska anses vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns inte heller någon samsyn kring hur länge det är acceptabelt att en patient som bedömts vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård kvarstannar inom slutenvård, innan detta är att betrakta som ett problem. Dessa faktorer gör det svårt att dra några vittgående slutsatser utifrån siffran ovan. Siffran ger en fingervisning om hur svårt det upplevs vara att säkerställa nödvändiga strukturer för fungerande öppenvård.

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

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

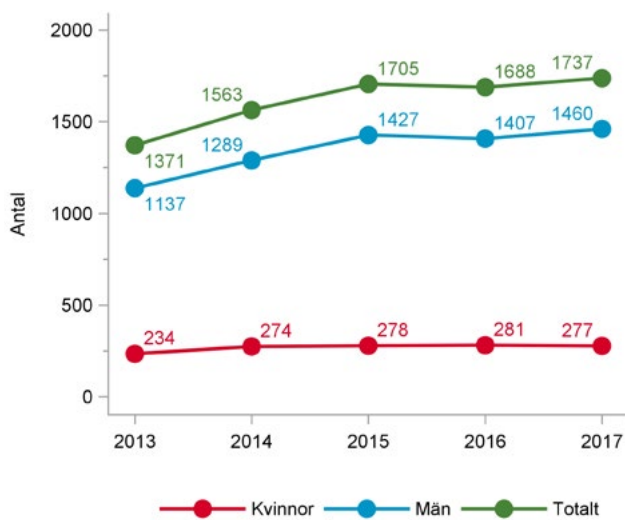
Patientgruppen i registret

Inklusions- och exklusionskriterier

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

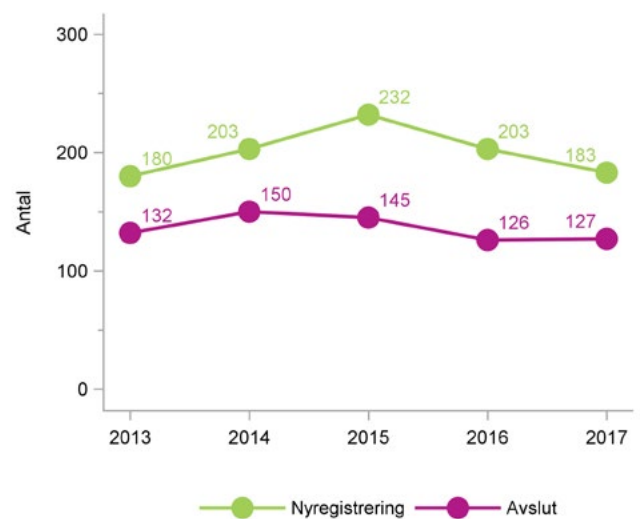
Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 56. Antal uppföljda patienter.



Antalet uppföljda patienter har sedan 2013 ökat med dryga 25 procent. Fördelningen är relativt konstant med närmare 20 procent kvinnor och 80 procent män. En ökning av antalet uppföljda män ses under 2017.

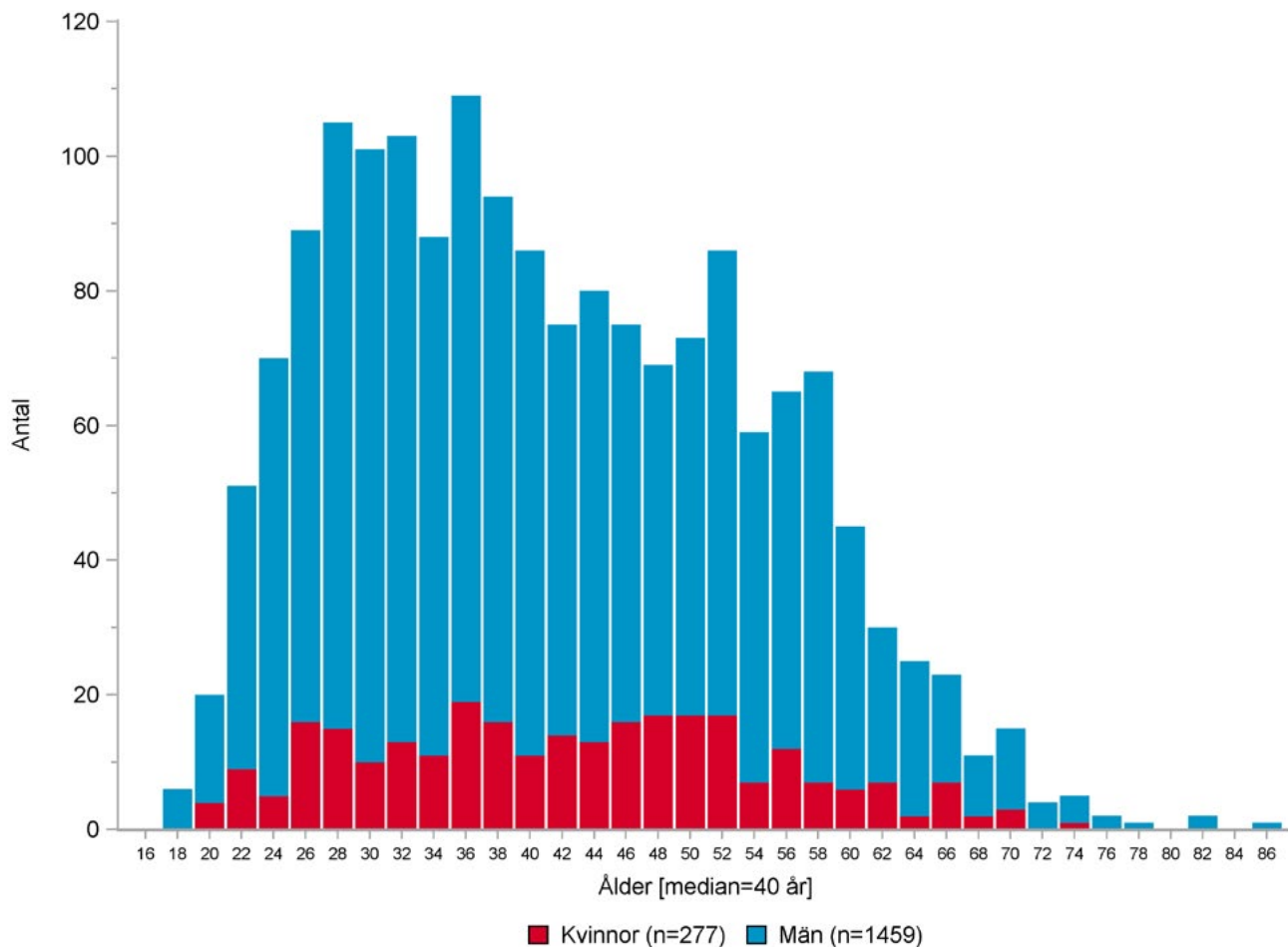
Figur 57. Antal nyregistrerade och avslutade patienter under åren 2013–2017.



Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda verksamheter avslutade patienter som under en tid ej hanterats i registret. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Under 2017 har antalet nyregistrerade minskat med 10 procent. Antalet avslutade patienter 2017 är på samma nivå som 2016. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 90 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Under perioden 2009–2017 har 26 patienter avlidit till följd av suicid.

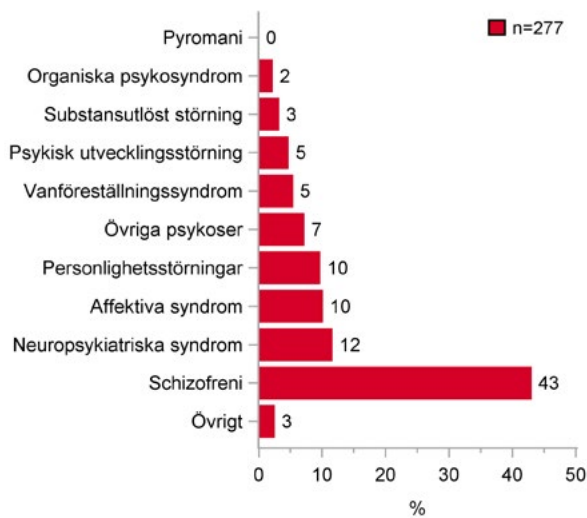
Ålder

Figur 58. Åldersfördelning i registret, kvinnor och män.



Huvuddiagnos

Figur 59. Huvuddiagnos*, kvinnor.



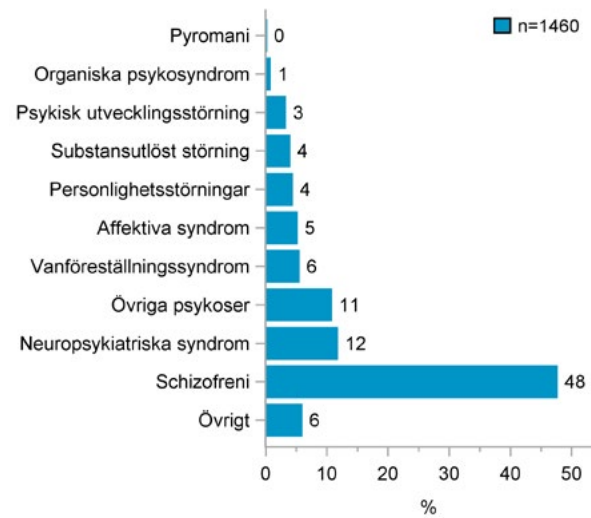
* ICD-10

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

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

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

Figur 60. Huvuddiagnos*, män.



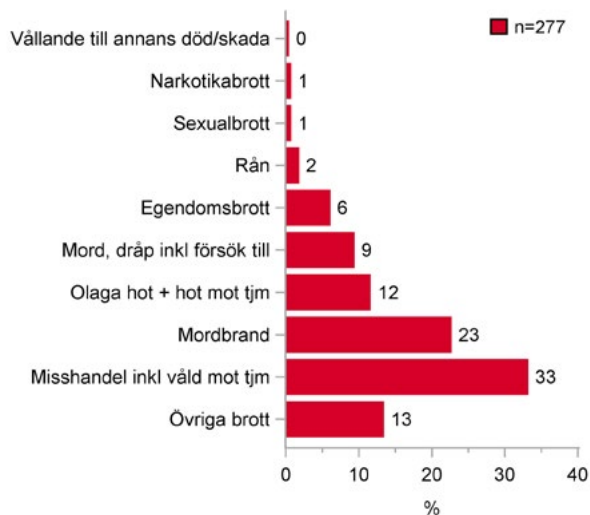
* ICD-10

Andelen patienter som har diagnosen psykisk utvecklingsstörning (intellektuell funktionsnedsättning) som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar knappt fyra procent, men är likväl en patientgrupp som medför många svårigheter att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan neuropsykiatriska störningar utgöra utmaningar som inte liknar majoritetsgruppen med psykosjukdomar. Denna grupp utgör nu 12 procent av både män och kvinnor. Som bi-diagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

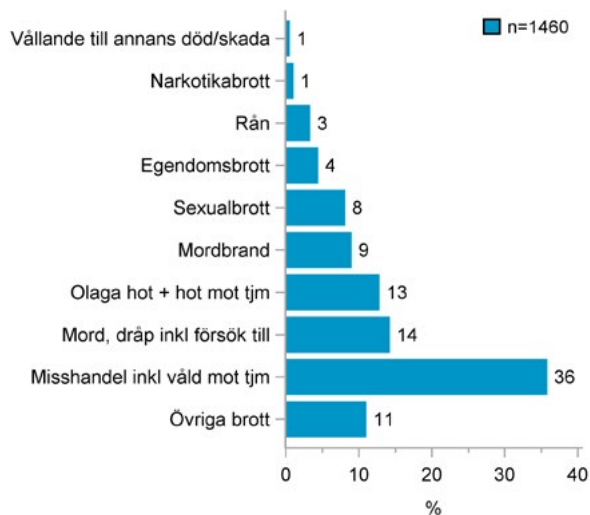
Indexbrott

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

Figur 61. Indexbrott, kvinnor.



Figur 62. Indexbrott, män.

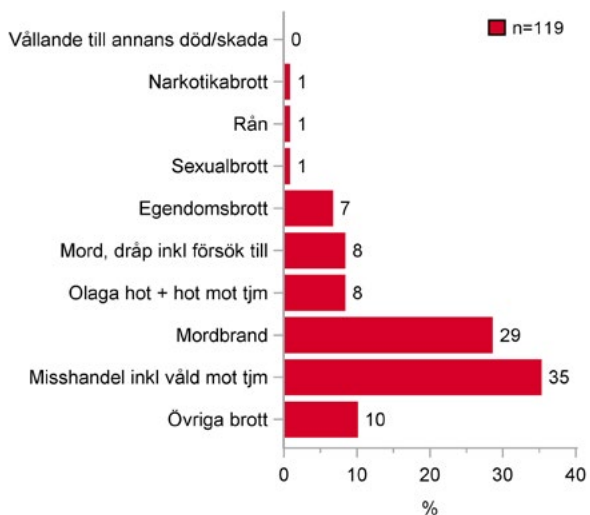


Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot person (inklusive sexualbrott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjäns-

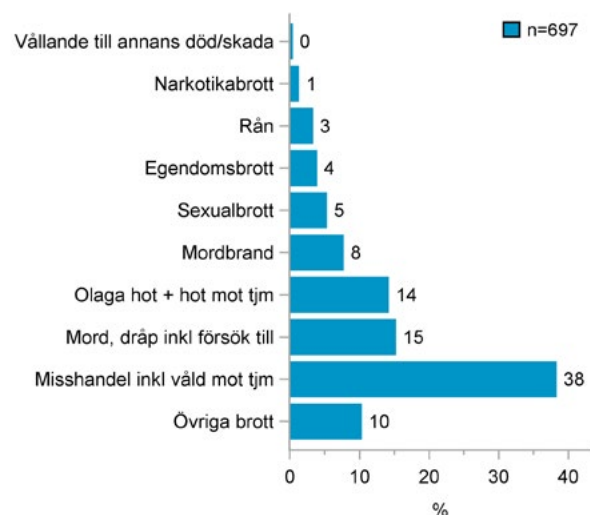
teman är det vanligaste indexbrottet hos både kvinnor och män, drygt 35 procent.

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

Figur 63. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, kvinnor.



Figur 64. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni*, män.



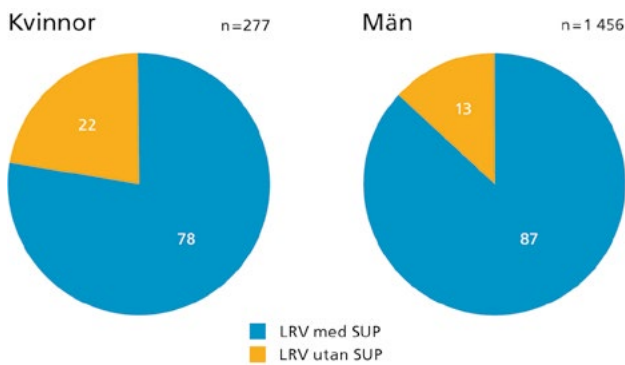
* ICD-10-kod F20, F21 och F25

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

Figur 65. Andel patienter med respektive utan SUP.



Det framgår att 78 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2017 är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med SUP.

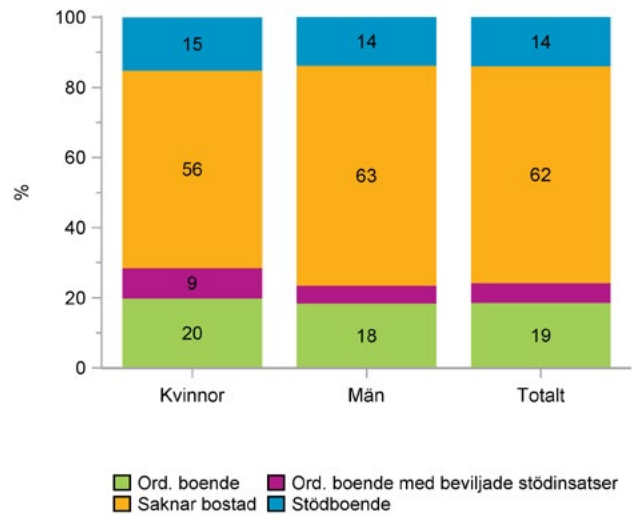
Barn

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

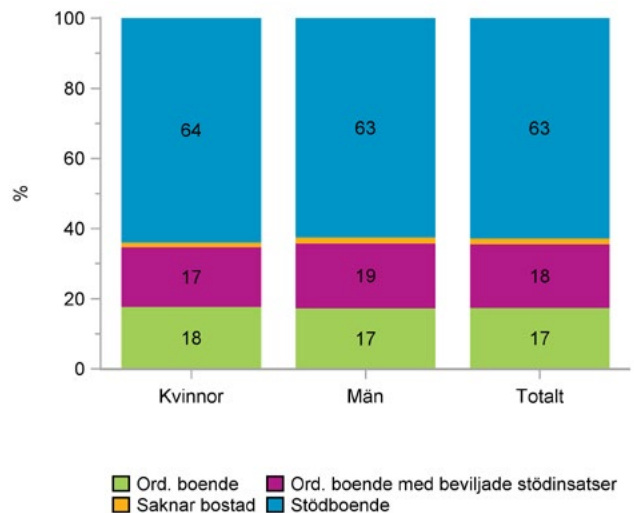
Barn under 18 år förekommer hos 13 procent av de rättspsykiatriska patienterna.

Boendeform

Figur 66. Boendeform under pågående slutenvård.



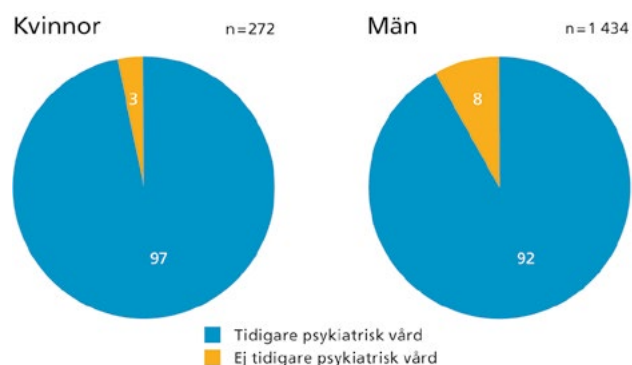
Figur 67. Boendeform under pågående öppenvård.



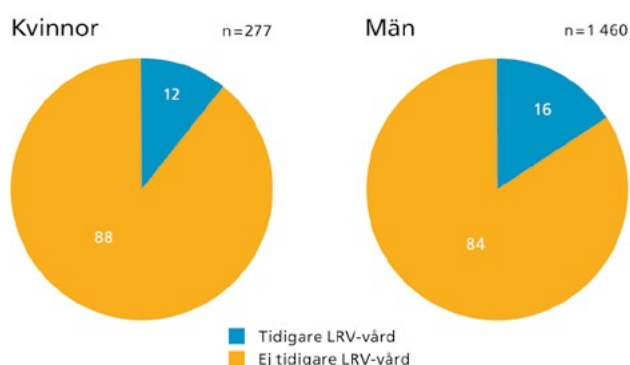
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figurerna.

Tidigare psykiatrisk vård

Figur 68. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



Figur 69. Andel patienter som tidigare vårdats enligt LRV.

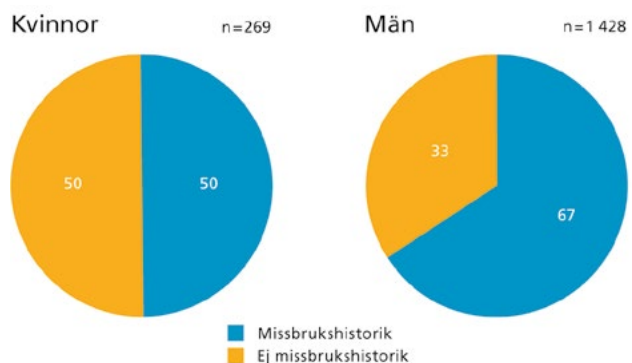


De patienter som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. En stor andel har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. Detta gäller i högre grad kvin-

nor än män, även om skillnaden är relativt liten. En mindre andel har dömts till vård enligt LRV vid tidigare tillfälle, i denna grupp utgör männen en något större andel än kvinnorna.

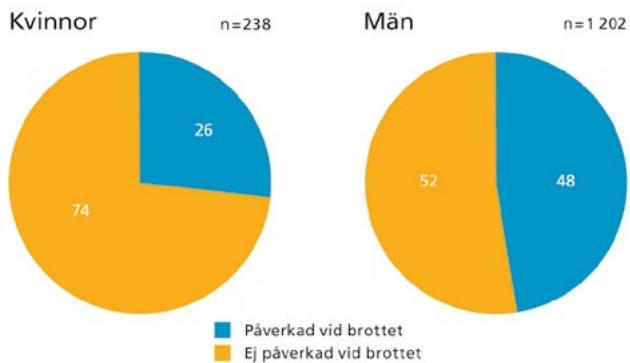
Tidigare missbruk

Figur 70. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



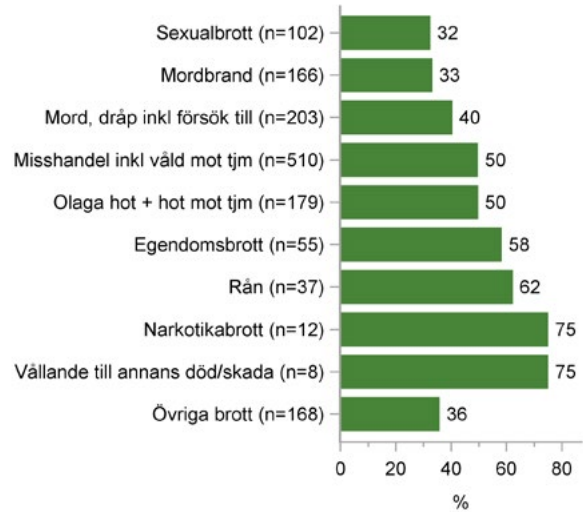
Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

Figur 71. 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 omständighet i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att drygt 26 procent av kvinnorna och närmare 48 procent av männen var påverkade av någon drog eller alkohol vid brottstillfället.

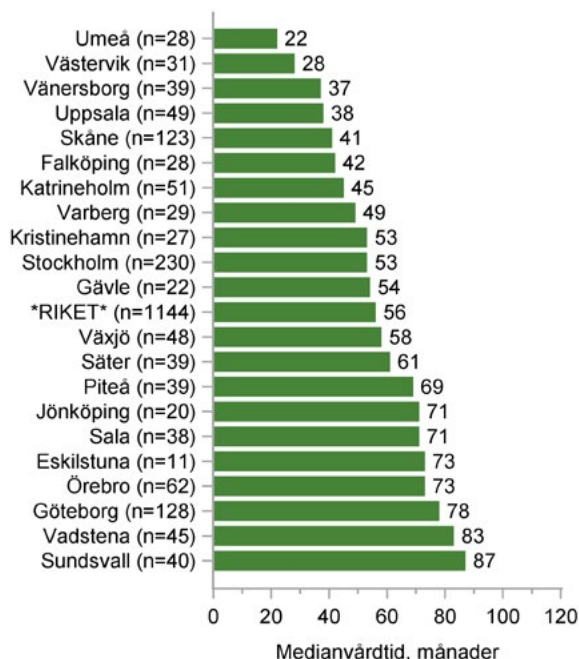
Figur 72. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid indexbrottet efter **brottsgrupp**.



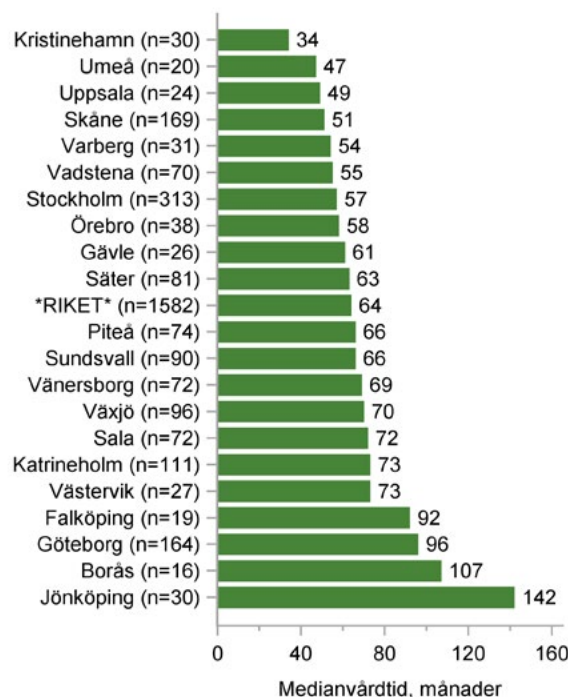
Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman, som även är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var hälften av alla patienter påverkade av någon drog eller alkohol.

Vårdtid

Figur 73. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård mellan 2009–2017.



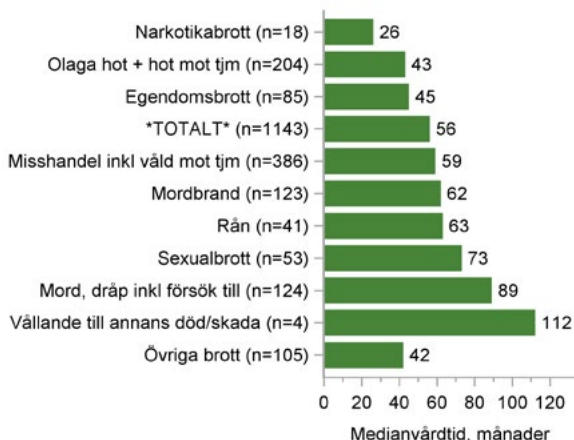
Figur 74. Medianvårdtid för patienter i pågående vård.



Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska verksamheterna i landet och varierar mellan 22 månader (knappt två år) och 87 månader (sju år och tre månader). De varierande medianvårdtiderna kan eventuellt förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig något åt och att man därför delvis hanterar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

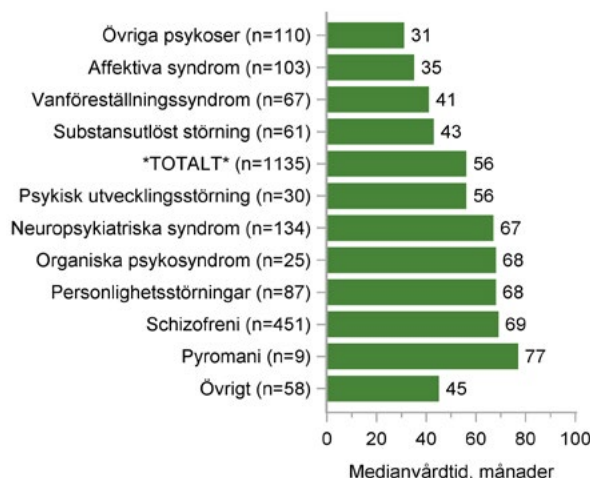
Sammanlagt blev 1 144 patienter utskrivna från den rättspsykiatriska vården mellan åren 2009–2017. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön var 56 månader, (fyra år och åtta månader). Skillnaden i vårdtid mellan män och kvinnor är mycket liten under perioden.

Figur 75. Medianvårdtid efter **brottsgrupp** för patienter med **avskriven** vård under åren 2009–2017.



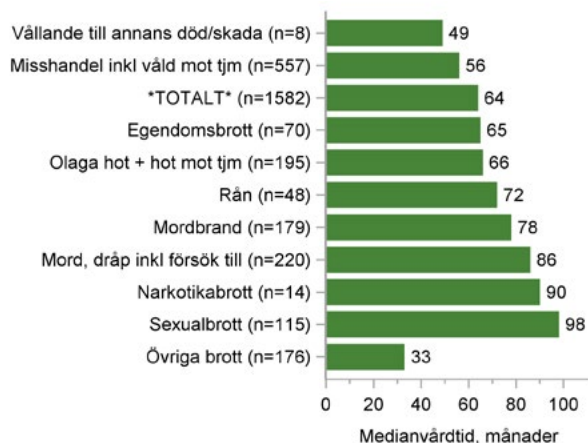
Det är stor variation på medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avslutad vårdtid. Den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman har medianvårdtid på 59 månader (cirka fyra år och elva månader).

Figur 76. Medianvårdtid efter **diagnosgrupp** för patienter med **avskriven** vård mellan 2009–2017.



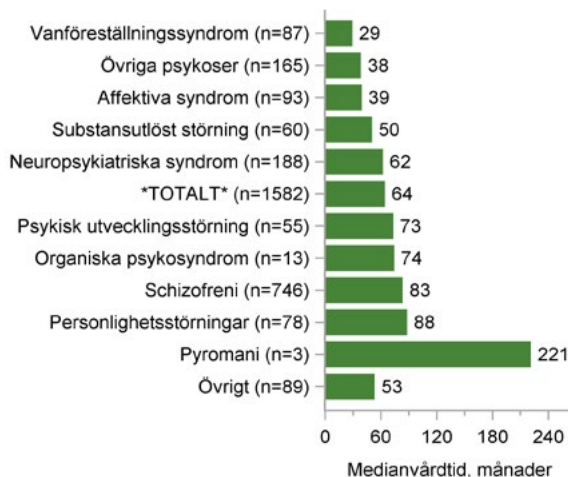
Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Patienter med schizofrenidiagnoser noteras ha lång vårdtid (cirka fem år och nio månader) och jämförelsevis långa vårdtider förekommer även för patienter med neuropsykiatriska syndrom och personlighetsstörningar. Den långa vårdtiden vid den relativt ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart nio individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

Figur 77. Medianvårdtid efter **brottsgrupp** för patienter i **pågående** vård.

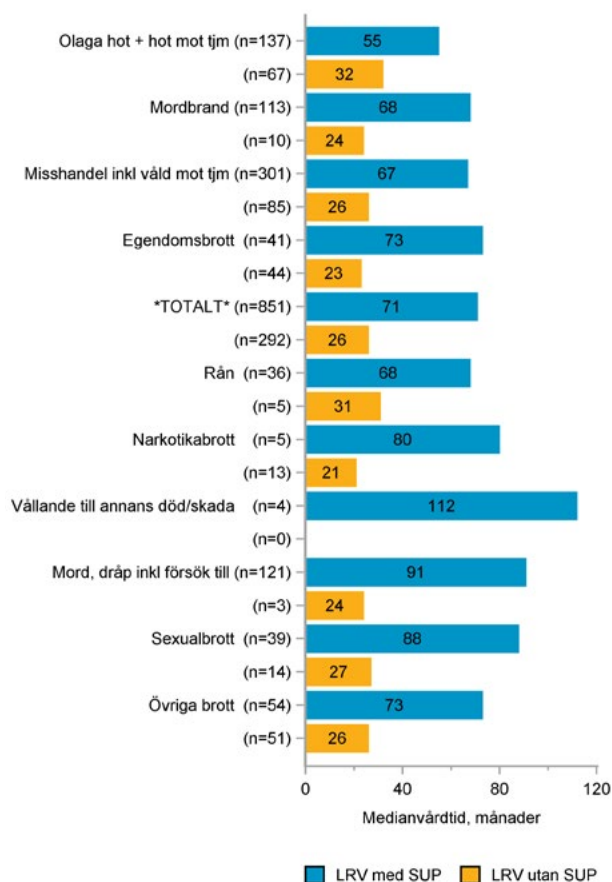


Även för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman. Grupperna mord/dråp, inklusive försök till, samt narkotikabrott och sexualbrott är de som hittills har vårdats längst.

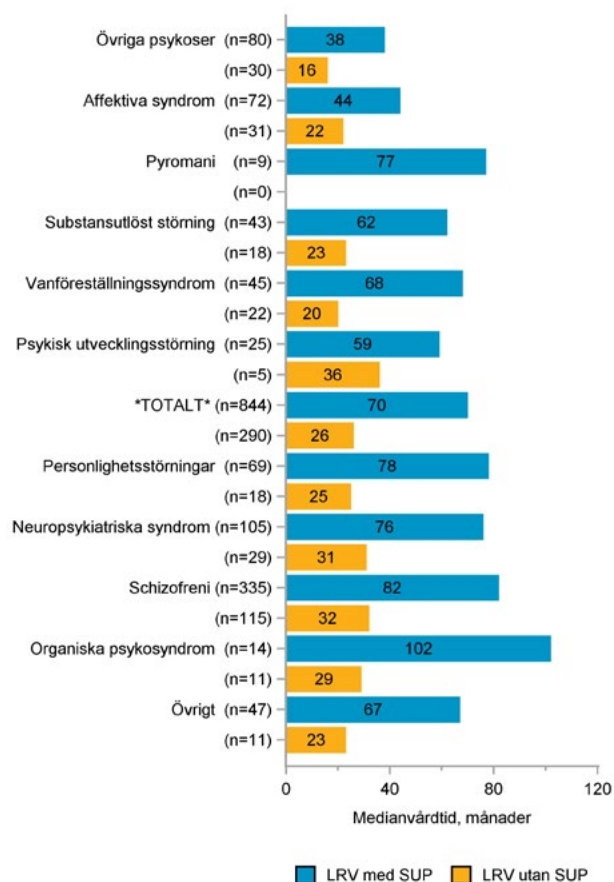
Figur 78. Medianvårdtid efter **diagnosgrupp** för patienter i **pågående** vård.



Figur 79. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under åren 2009–2017.



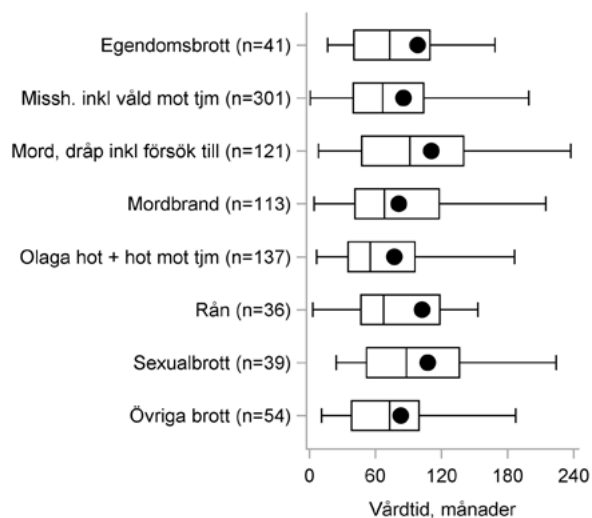
Figur 80. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under åren 2009–2017.



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

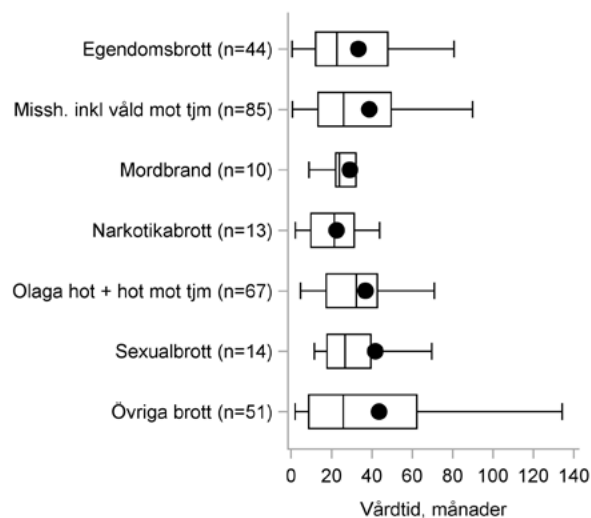
fall i brottslighet av allvarligt slag bedömts föreligga hos dessa patienter av rätten. Vidare är frågan om att avsluta vården föremål för prövning i förvaltningsrätten.

Figur 81. Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vårderna avskrivits under åren 2009–2017, per brottsgrupp.



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

Figur 82. Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vårderna avskrivits under åren 2009–2017, per brottsgrupp.



Förklaring: Box Plot

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

Verksamheterna i registret

Tabell 6. Verksamheterna i registret.

Landsting	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna					Uppgifter från registret, 2017				
		Antal vårdplatser	Typ av klinik**	Säkerhetsnivå***	Vårdform	Uppagningsområde	Lokalisering	Antal patienter	Medelålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Dalarna	Säter	63	R	2, 3	S/O	Uppsala-Örebroregionen / avtal Gävleborg	Säter	90	41.9	16.7	65.9
Gävleborg	Gävle	10	L	3	S/O	Gävleborg	Gävle Sjukhus	30	42.5	3.3	40.0
Halland	Varberg	12	L	2	S/O	Halland	Varbergs sjukhus	35	42.3	20.0	42.9
Jönköping	Jönköping	12	L	3	S/O	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	32	42.0	18.8	37.5
Kalmar	Västervik	10	L	2, 3	S/O	Kalmar län	Västervik	28	44.9	25.0	35.7
Kronoberg	Växjö	119	R	1, 2, 3	S/O	Södra regionen	Växjö	109	38.1	9.2	78.0
Norrbottnen	Piteå	44	L	2, 3	S/O	Norrbottnen/avtal Västerbotten	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	83	42.0	25.3	44.6
Skåne	Skåne	77	L	2, 3	S/O	Region Skåne	Trelleborg, Malmö, Hässleholm, Helsingborg	185	43.2	16.2	44.3
Stockholm	Stockholm	186	R	1, 2, 3	S/O	Stockholms län	Helix, Flemingsberg, Löwenströmska	345	43.9	19.7	43.8
Sörmland	Katrineholm	127	R	2	S/O	Stockholm, Sörmland, Gotland	Katrineholm (Karsudden)	113	39.3	17.7	85.0
Uppsala	Uppsala	12	L	3	S/O	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	30	36.0	6.7	40.0
Värmland	Kristinehamn	32	L	2, 3	S/O	Värmland	Kristinehamn	34	40.5	14.7	73.5
Västerbotten	Umeå	14	L	2	S/O	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	20	39.6	20.0	60.0
Västerbotten	Skellefteå	3	L	3	S/O	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 10			
Västernorrland	Sundsvall	101	R	2, 3	S/O	Region Västernorrland/avtal Jämtland, Hälsingland	Sundsvall	93	37.4	12.9	75.3
Västmanland	Sala	55	L	2, 3	S/O	Västmanland	Sala	79	44.2	12.7	55.1
	Borås	0	L	-	Ö	Södra Älvsborg	Borås	16	41.1	25.0	0.0
	Falköping	24	L	2	S/O	Skaraborg	Falköping	26	42.5	7.7	50.0
Västra Götaland	Göteborg	96	L	1, 2	S/O	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	172	43.6	10.5	45.3
	Vänersborg	54	L	2	S/O	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SÄS slutenvård	Vänersborg	76	40.1	14.5	65.8
Örebro	Örebro	25	L	3	S/O	Örebro län	Örebro	52	45.0	15.4	48.1
Östergötland	Vadstena	83	R	1, 2, 3	S/O	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	80	38.7	18.8	55.0
TOTALT								1 737	41.9	15.9	53.7

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

** Regionsjukvård (R) eller Länsjukvård (L)

*** Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§)

Redovisning på verksamhetsnivå

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

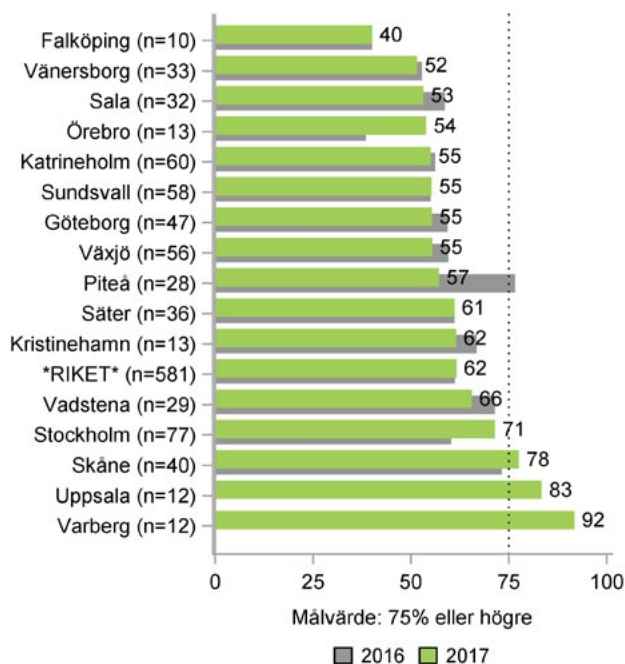
Måltal

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

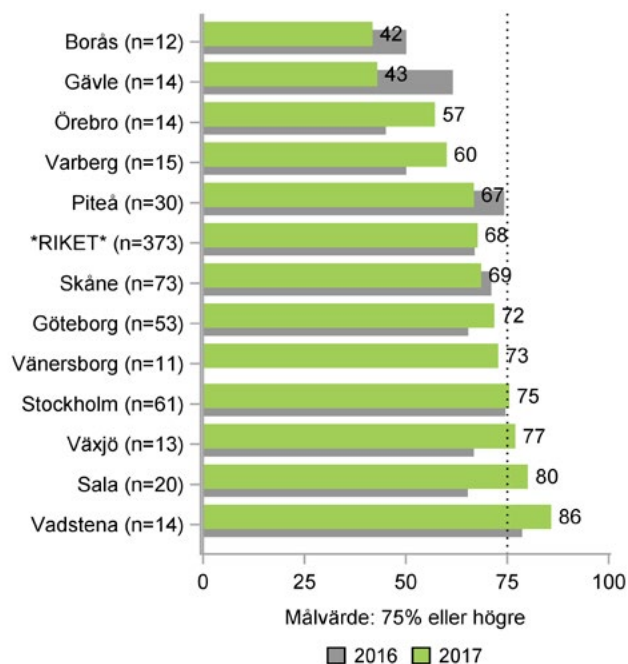
Måltal: Självskattad psykisk hälsa

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

Figur 83. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75, slutenvård.



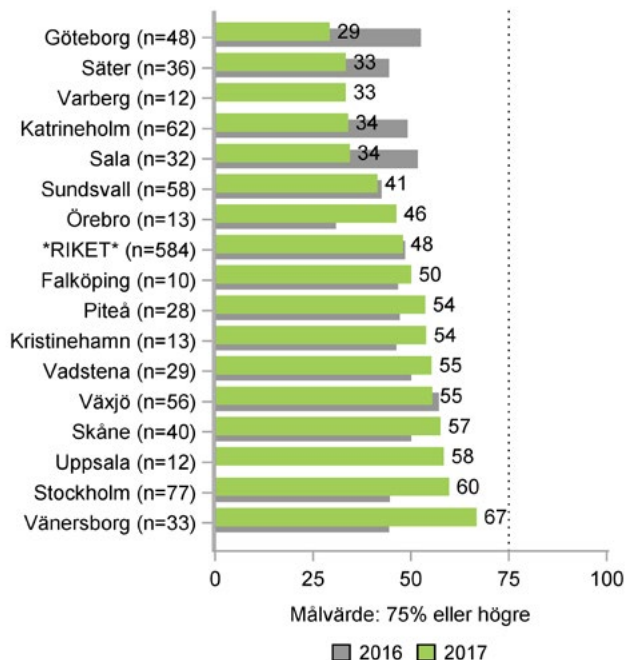
Figur 84. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75, öppenvård.



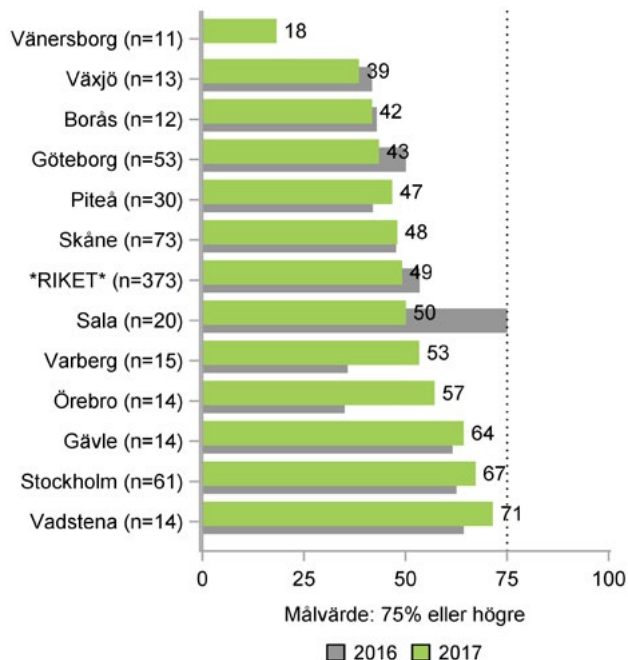
Måltal: Självskattad fysisk hälsa

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

Figur 85. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75, slutenvård.



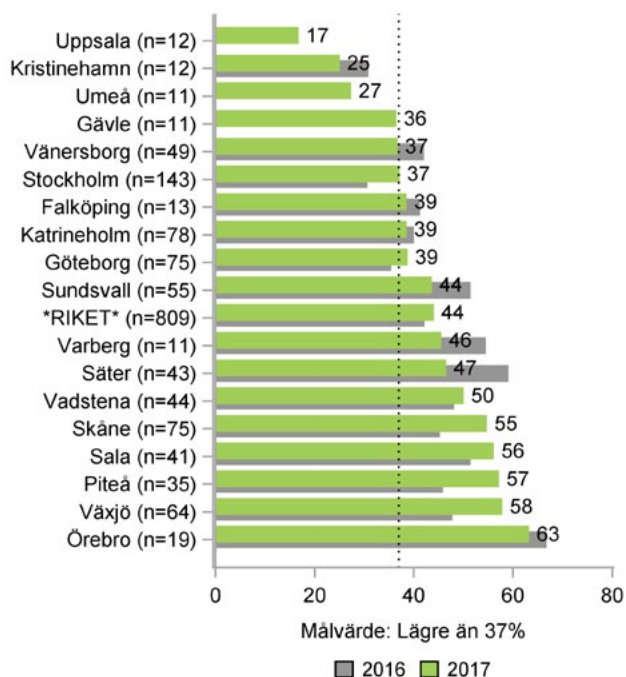
Figur 86. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75, öppenvård.



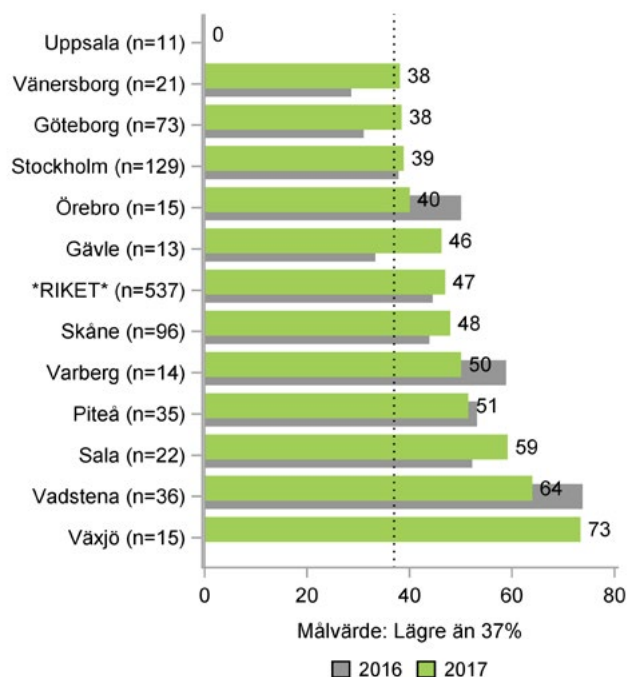
Måltal: Body Mass Index (BMI)

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

Figur 87. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



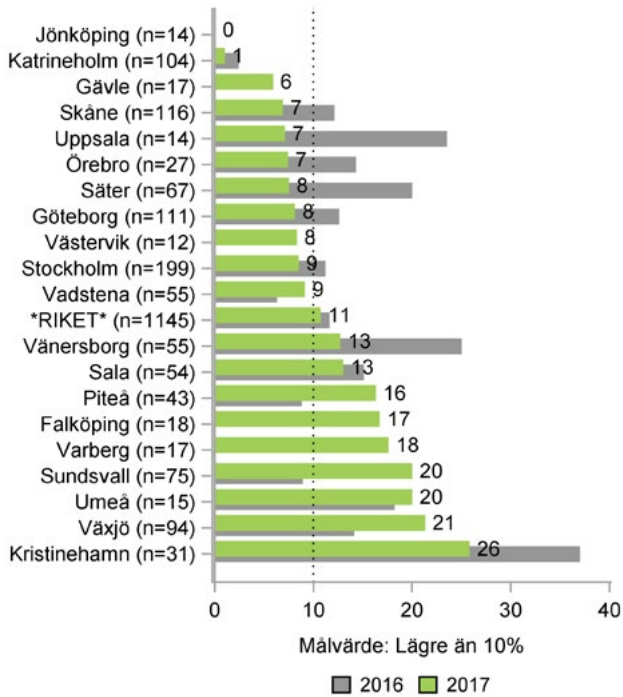
Figur 88. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



Måltal: Återfall i brottslig gärning under pågående vård

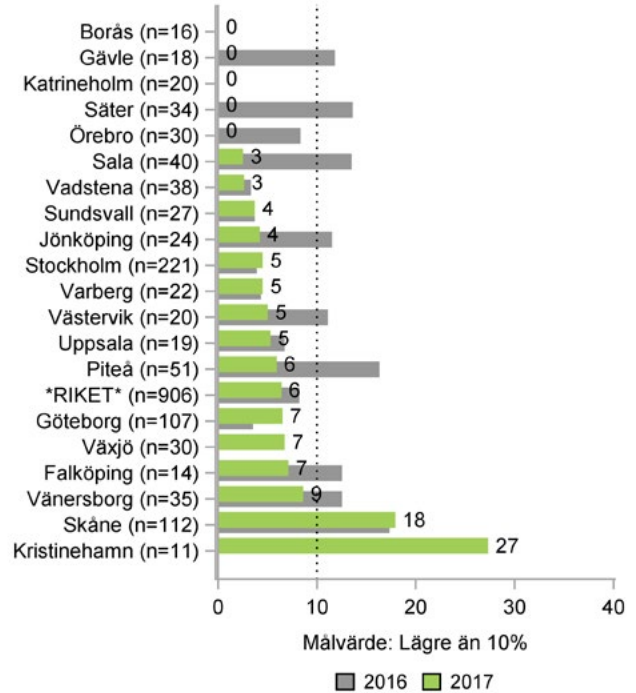
Andelen patienter som återfaller i brottslig gärning under pågående vård ska vara mindre än 10 procent. Med

Figur 89. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **slutenvård**.



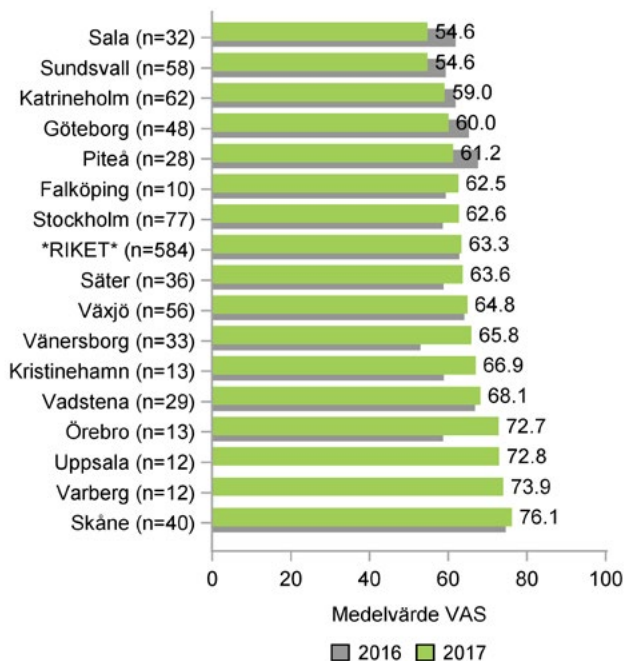
”brottslig gärning” avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller att grund för polisanmälan förligger. Samma patient kan förekomma i båda grupperna, slutenvård och öppenvård.

Figur 90. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **öppenvård**.

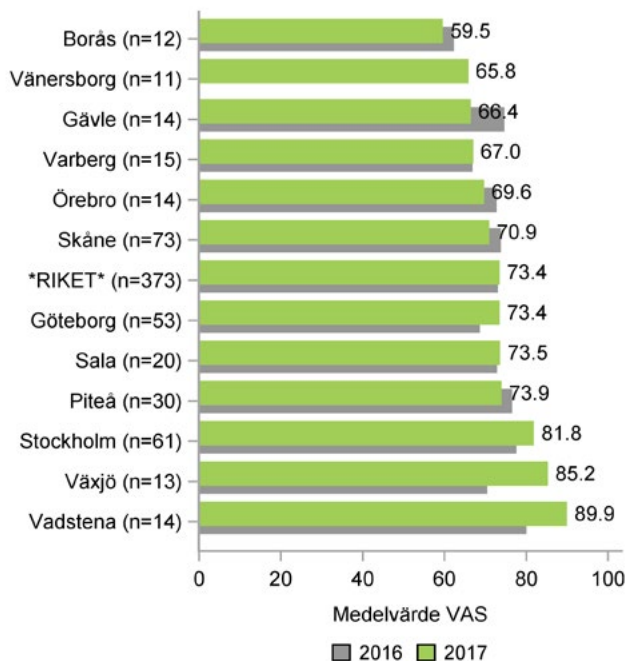


Livskvalitet

Figur 91. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning, **slutenvård**.

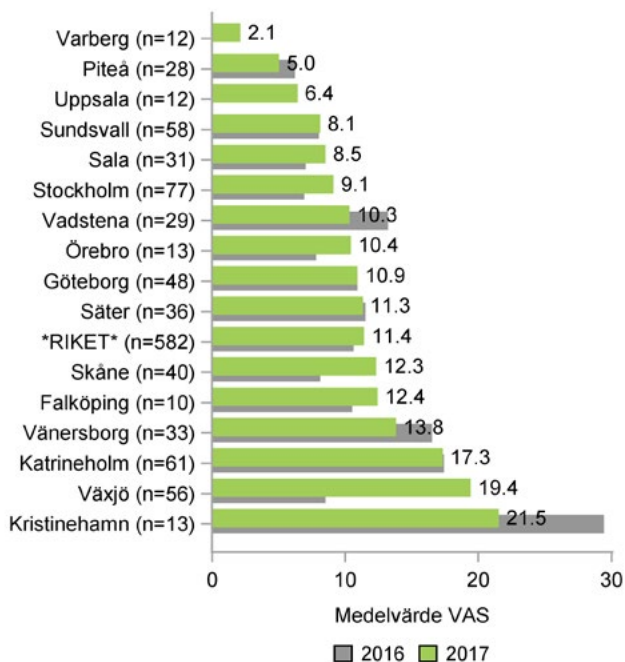


Figur 92. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning, **öppenvård**.

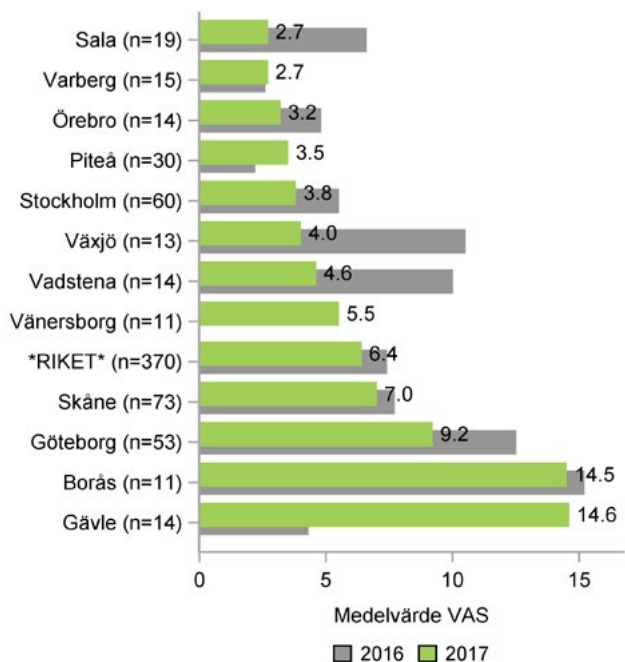


Självskattad risk för återfall i brott

Figur 93. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, **slutenvård**.



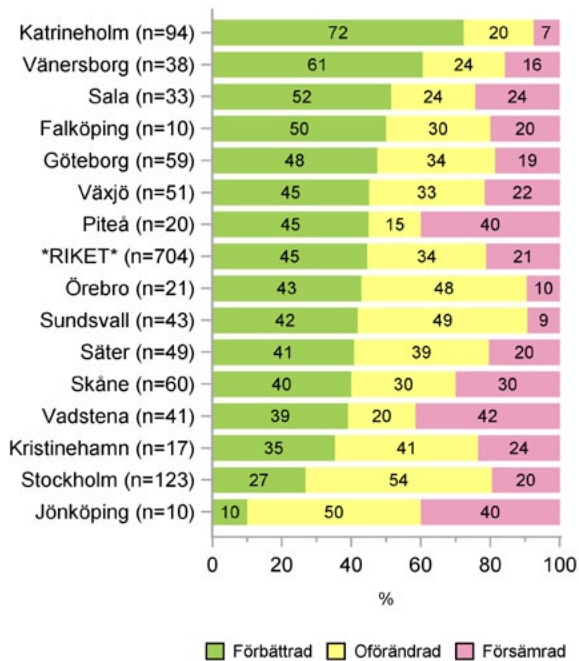
Figur 94. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott, **öppenvård**.



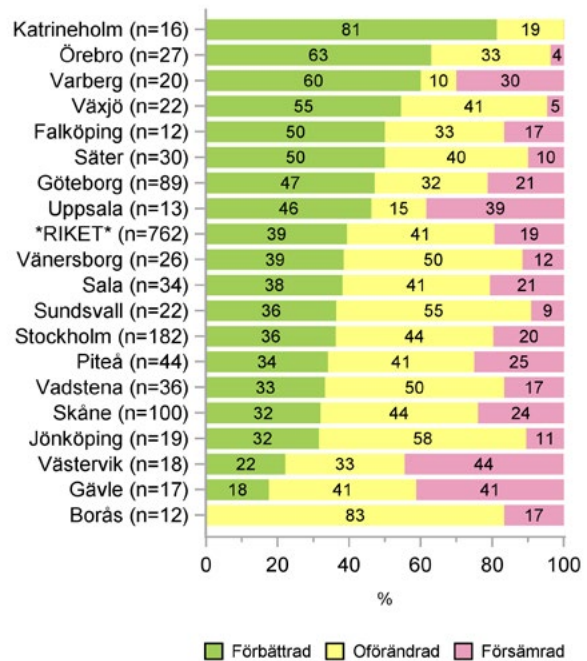
Klinisk skattning av symtombilden

Behandlingsteamet runt patienten skattar symtombilden på en sjugradig skala (CGI-skalan) med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

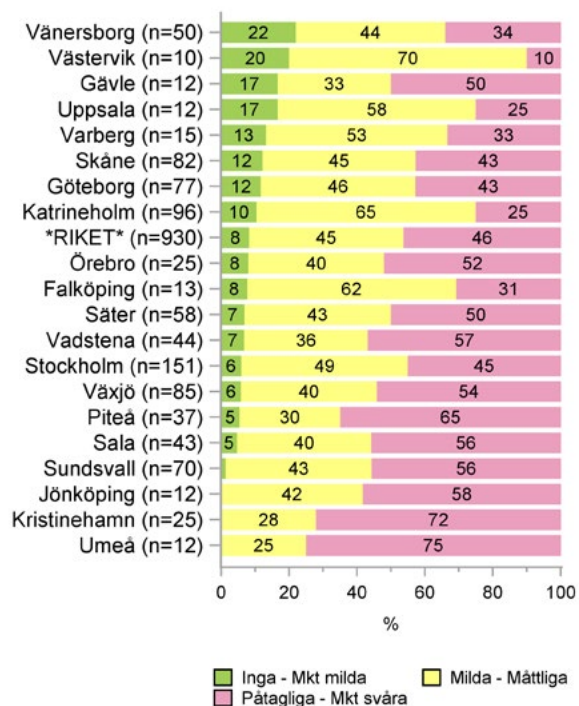
Figur 95. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2016 och 2017, slutenvård.



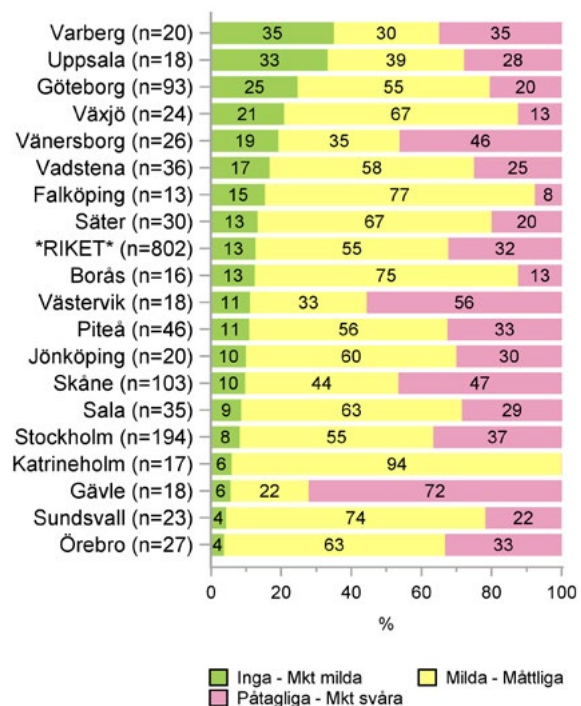
Figur 96. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2016 och 2017, öppenvård.



Figur 97. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, slutenvård.



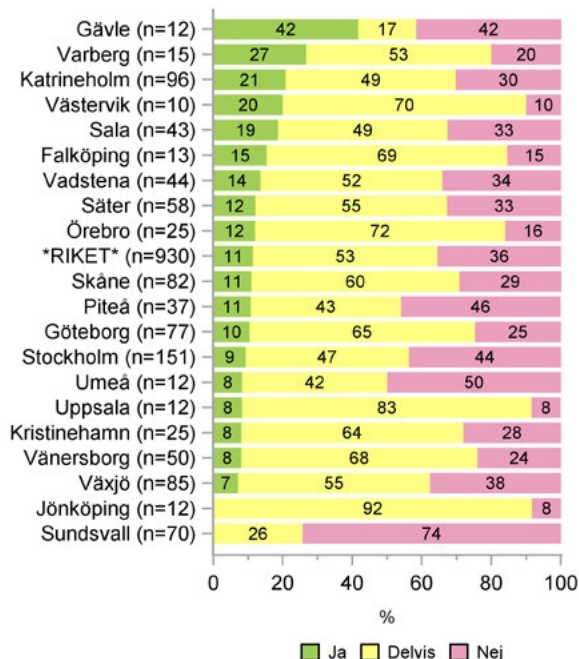
Figur 98. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, öppenvård.



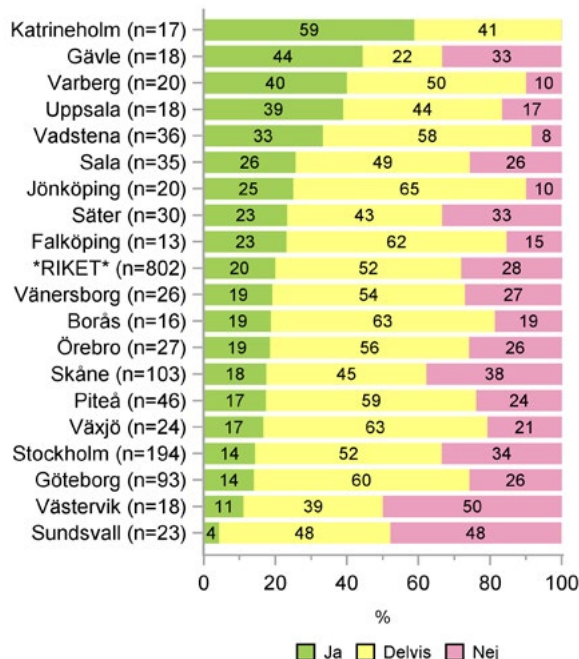
Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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

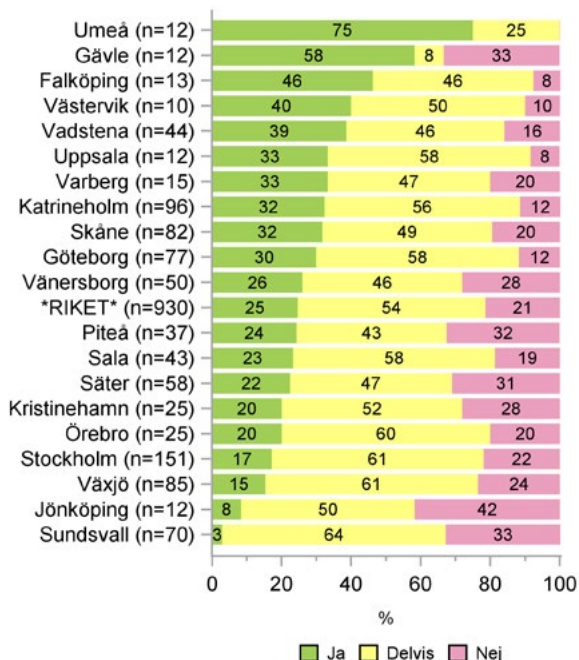
Figur 99. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



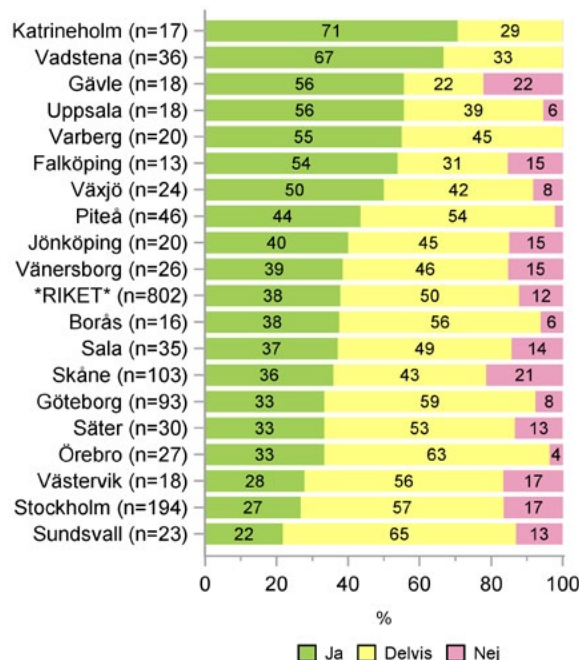
Figur 100. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 101. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

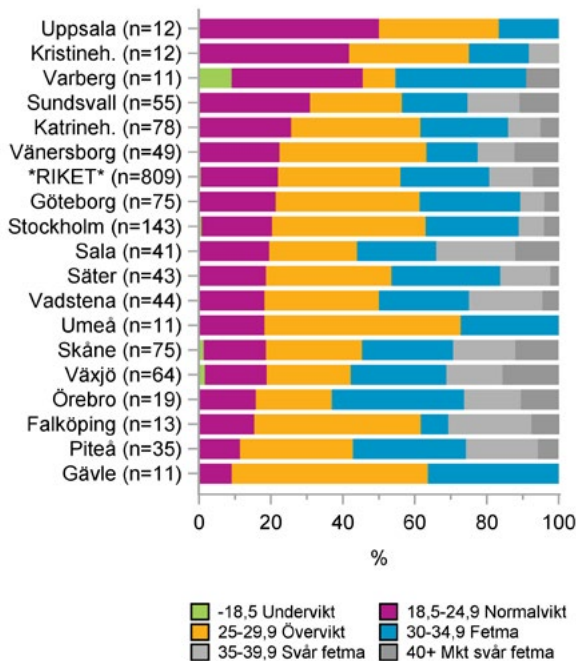


Figur 102. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

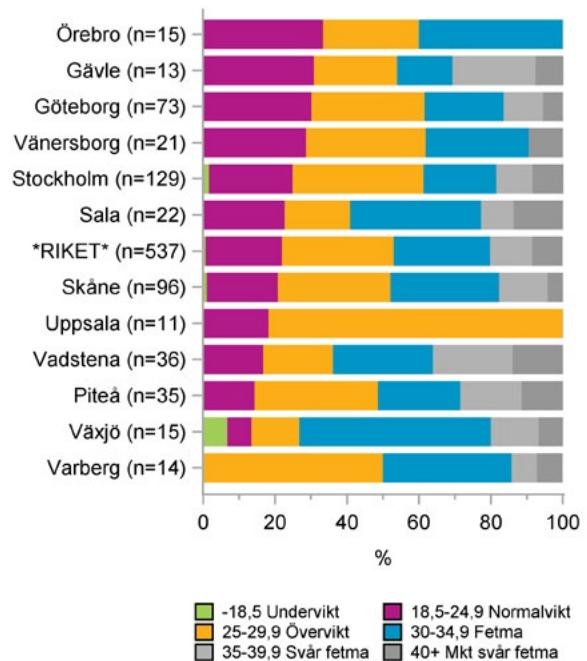


Body Mass Index (BMI)

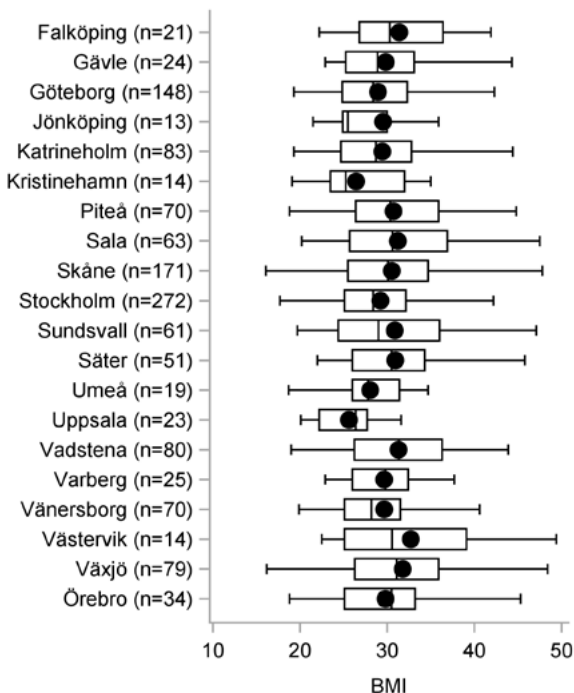
Figur 103. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.



Figur 104. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



Figur 105. Fördelning av BMI bland patienter i pågående vård.

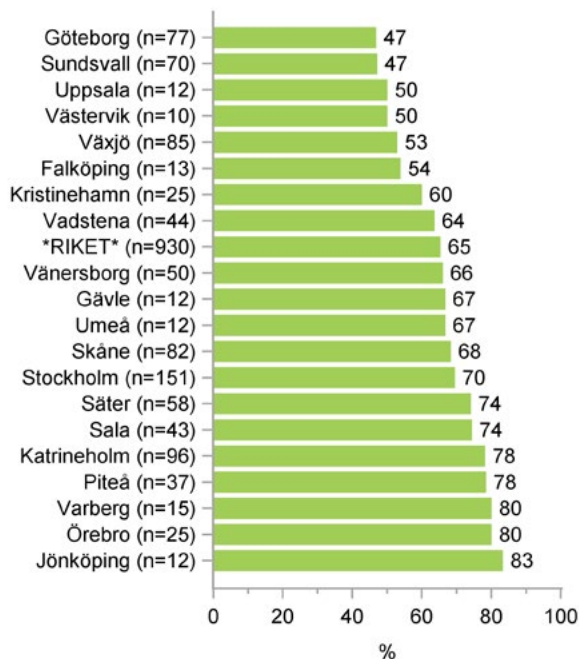


Förklaring: Box Plot

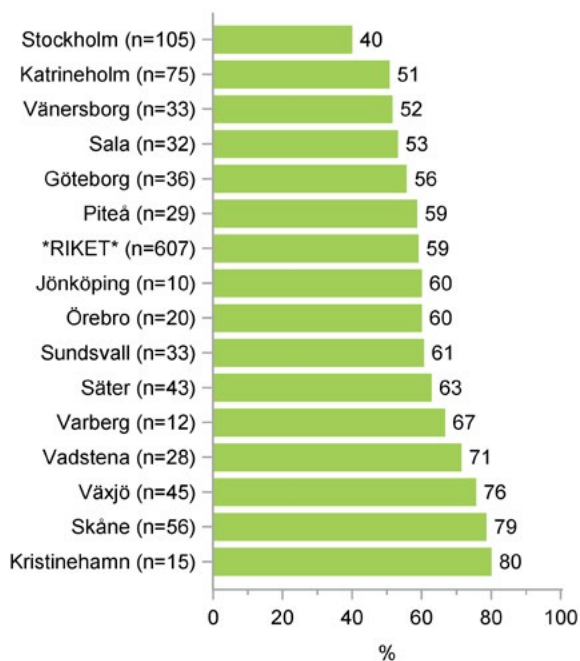
Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil (Q1), median och övre kvartil (Q3) och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstreck på vänster sida markerar det lägsta värdet som ligger inom 1,5 mellankvartilavstånd (Q3–Q1) från Q1. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstreck på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

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

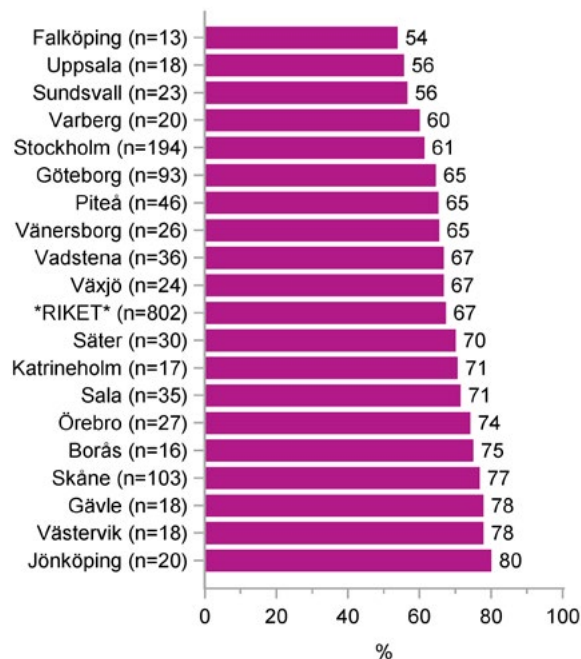
Figur 106. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård.**



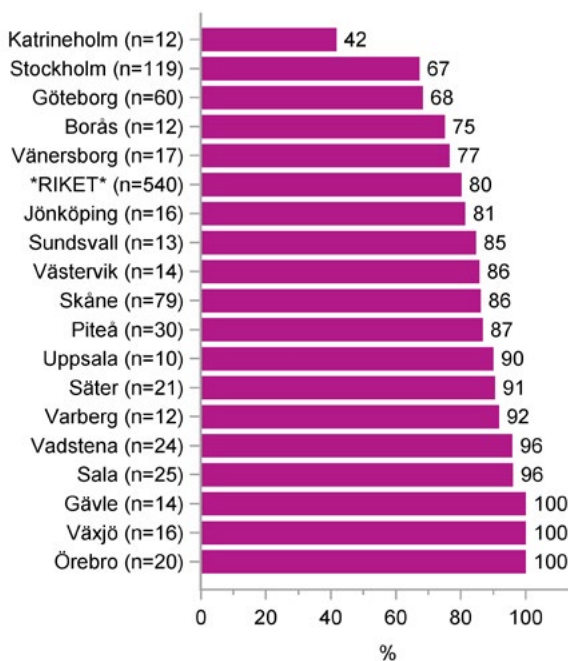
Figur 108. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**



Figur 107. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård.**

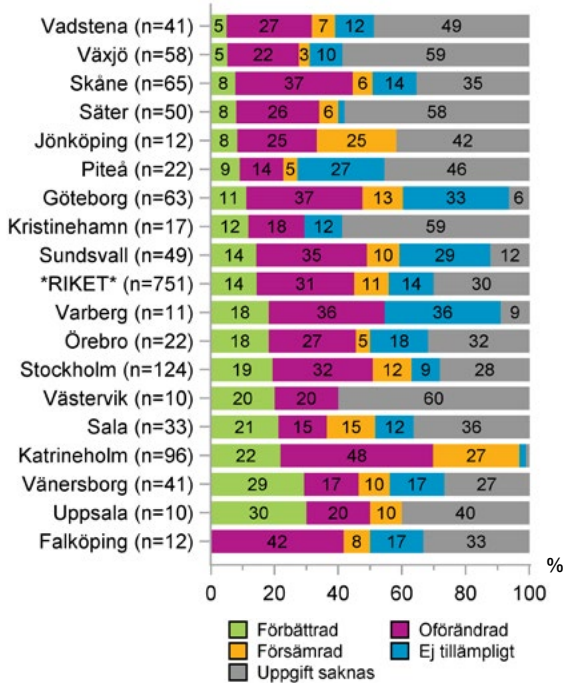


Figur 109. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**

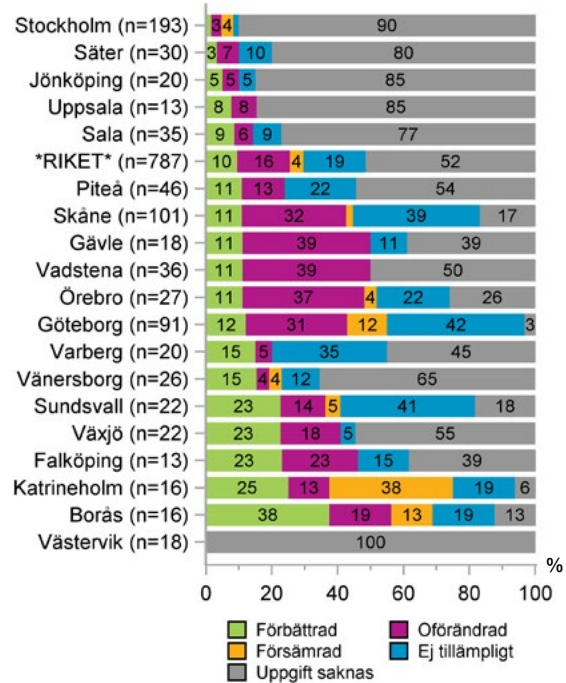


Skuldsituation

Figur 110. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation, **slutenvård**.



Figur 111. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation, **öppenvård**.

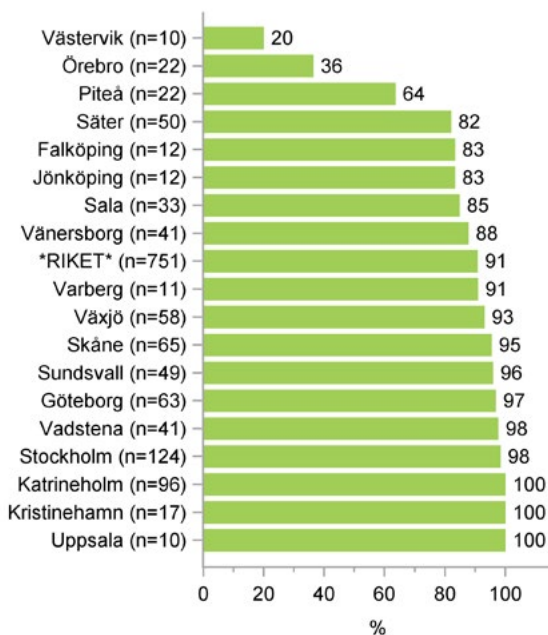


”Ej tillämpligt” innebär att patienten inte har någon skuldsituation.

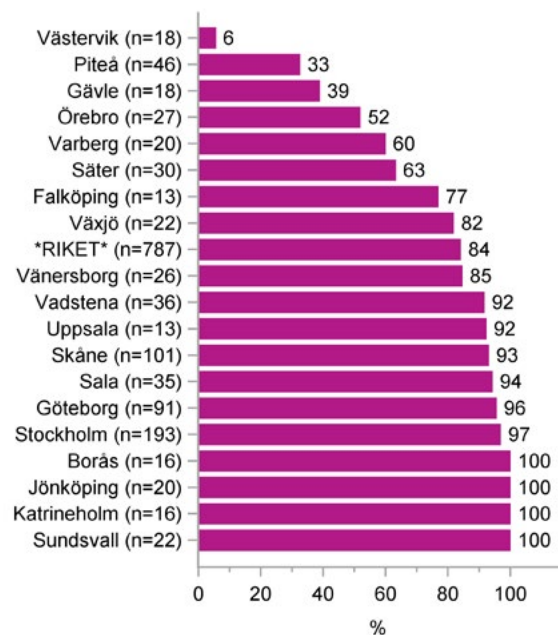
Genomförd riskbedömning

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

Figur 112. Andel patienter med genomförd riskbedömning, **slutenvård**.



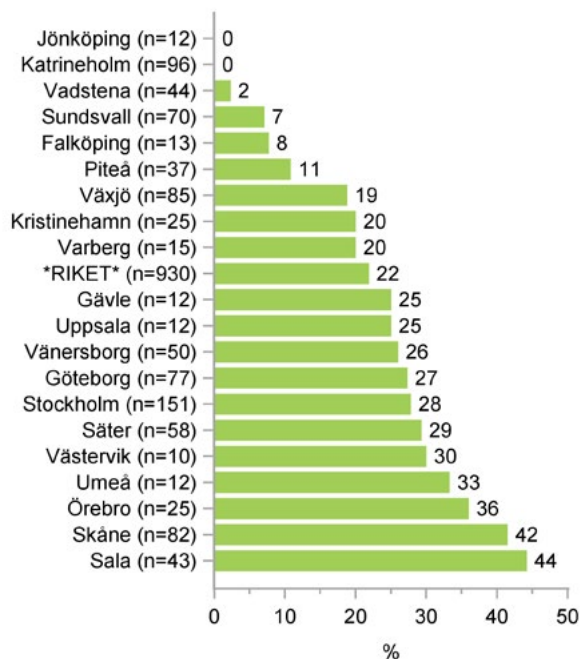
Figur 113. Andel patienter med genomförd riskbedömning, **öppenvård**.



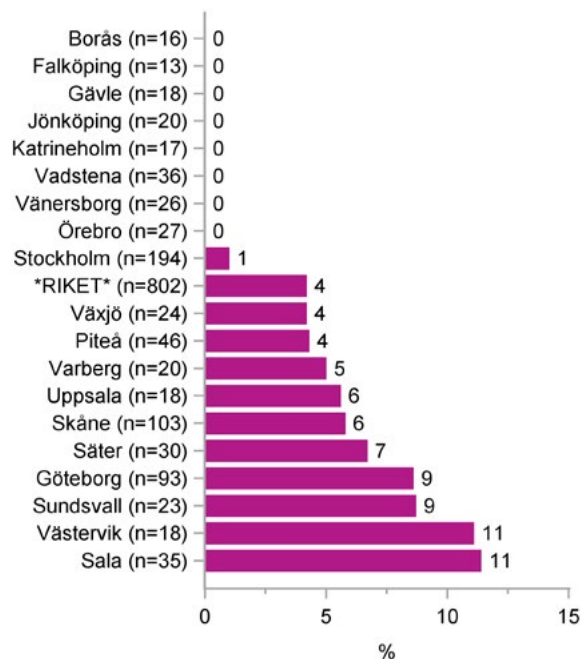
Samverkan och samverkansbehov

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

Figur 114. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, **slutenvård**.

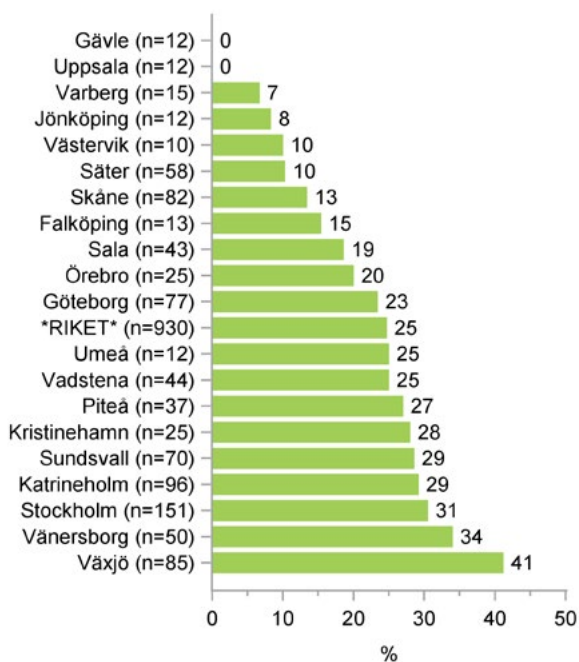


Figur 115. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, **öppenvård**.



Tvångsåtgärder

Figur 116. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19–20 §§.

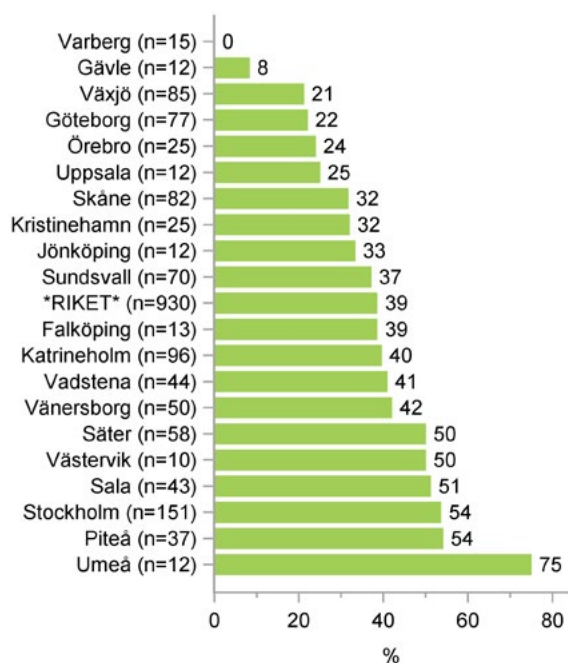


Tvångsåtgärder som avses är fastspänning, avskiljande, läkemedelstillförelse utförd under fastspänning eller fasthållande samt inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård.

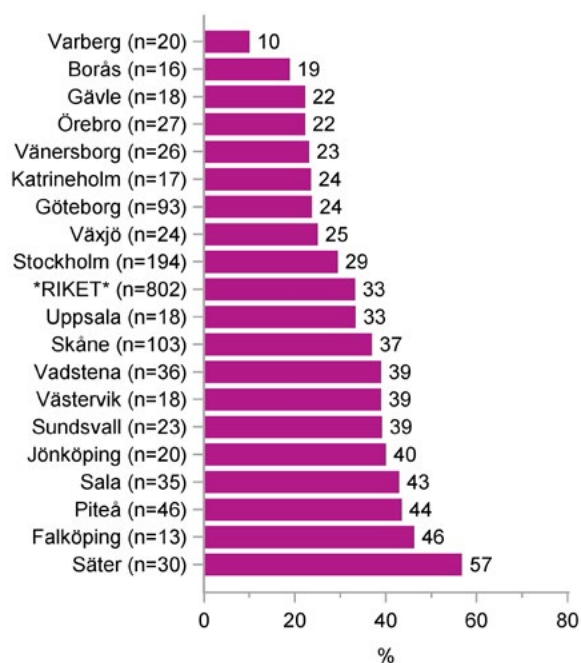
Stödperson

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

Figur 117. Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.

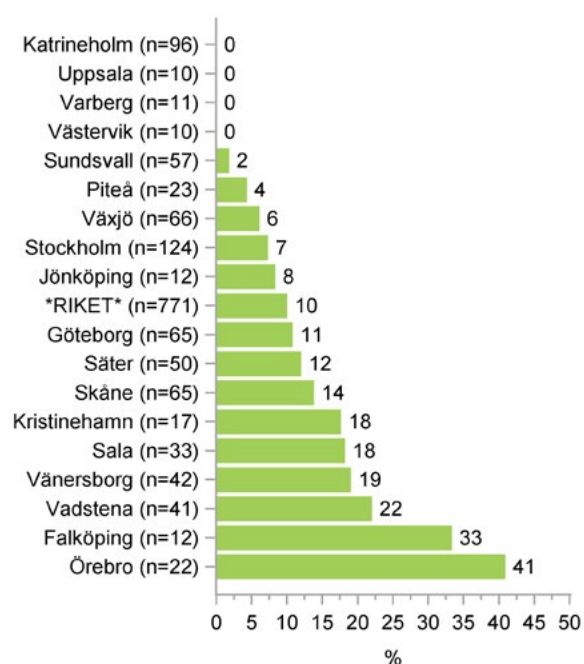


Figur 118. Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Figur 119. Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



Verksamhetscheferna reflekterar

Analysgruppen har bett respektive verksamhetschef reflektera kring:

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

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

REFLEKTIONER RPK VÄXJÖ, ÅRSRAPPORT RÄTTSPSYK 2017

Under 2017 har kliniken fortsatt arbeta med SKL:s webbplattform för förbättringsarbeten, genombrott.nu. Vi har utökat antalet plattformar samt utbildat förbättringsteam. Det vi ser i förbättringsarbetet är att fokus alltmer handlar om det som är värdeskapande för patienterna, såsom bl.a. delaktighet, autonomi och meningsfulla aktiviteter i vardagen. På flera avdelningar arbetar man med förbättringsmöten tillsammans med patienterna där utfallet av enkätsvaren ligger till grund. Utfallet av dessa förbättringsmöten har varit mycket positivt och ska implementeras på samtliga avdelningar under 2018.

Förbättringsarbetet har gett positivt gensvar från patienter, anhöriga och vårdpersonal och konkreta resultat i form av minskade tvångsåtgärder. Kliniken har under flera år arbetat med att försöka minska tvångsåtgärderna. Genom tydligt fokus med krav på innehåll, delaktighet och engagemang samt balans mellan säkerhet och kvalitativ vård så ser kliniken nu alltså ett tydligt resultat. Det fortsatta arbetet kommer handla om att bibehålla eller allra helst lyckas sänka, antalet tvångsåtgärder ytterligare. Ett stort fokus är dessutom att försöka skapa en meningsfull vardag med möjlighet till utökat antal aktiviteter.

	Avskiljning	Fastspänning	Tvångs- medicinering	Totalt	Månadsnitt	Minskning %
2015	1 023	178	176	1 377	114,8	
2016	773	104	88	965	80,4	29,9%
2017	365	52	72	489	40,8	64,5%

Andra positiva effekter som vi har noterat under det gångna året är bl.a. att antalet registrerade negativa händelser har minskat, likaså antalet registrerade hot- och våldssituationer. Även antalet inkomna klagomål och synpunkter på kvaliteten i verksamheten har minskat.

Kliniken har under de senaste två åren också arbetat intensivt med att rekrytera bl.a. läkare och sjuksköterskor. Allt för att kunna säkerställa god kontinuitet i teamen med hög patientsäkerhet.

En av våra patienter på intagningsavdelningen, säkerhetsklass 1, berättar så här om förbättringsarbetet och möjligheten att vara mer delaktig i sin vård:

”Det är positivt med möjligheten att kunna vara med och påverka och tycka till kring sin vård. Självklart finns det regler som man måste följa men det går att påverka en hel del och framförallt måste man kompromissa och hitta lösningar. Det finns kanske fler mindre saker i vardagen som går att påverka och ändra, än större beslut. Det finns ett patientråd där vi patienter kan ta upp förbättringsförslag. Ett önskemål som vi kommer ta upp på nästa möte med patientrådet är att det vore bra med mer information om var man som patient kan söka olika ersättningar. Man känner sig lyssnad på av personalen här, och klimatet är generellt helt ok, även om man ibland kan bli frustrerad som patient av att vissa saker tar sig mer tid än vad man tycker att det borde ta.”

Tina Fogelklou, verksamhetschef & Ann-Sofie Karlsson, vårdutvecklare – RPK Växjö

VC REFLEKTION SÄTER

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

Under 2017 har RPK Säter arbetat aktivt med måltalet för psykisk hälsa, fysisk hälsa och BMI. Gällande BMI och fysisk hälsa har aktiviteter både i grupp och enskilt för patientgruppen utökats. Idag är de fysiska aktiviteterna ett återkommande inslag i patienternas vardag och även en del av vårdplanens innehåll.

Implementeringsarbetet med Vårdprocessen 2.0 (klinikens styrdokument) är också ett resultat utifrån måltalet för fysisk hälsa och psykisk hälsa. Att arbeta strukturerat i vårdprocessen, med vårdplanen som främsta verktyg, är en väg till en mer kvalitativ vård för patienten. I detta sammanhang har även den vårdplansmall som kliniken arbetar med utvecklats till en mer konkret och lättbegriplig vårdplan med tydlig problem-/behovsbeskrivning, mål och delmål samt tydliga och strukturerade insatser och åtgärder.

Mötesstrukturen för vårdplaneringar har också utvecklats och kliniken ser vårdplaneringsstrukturen som en viktig del i vårdprocessen för att patienten ska kunna erhålla vård och behandling utifrån sina specifika problem och behov.

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

Utifrån kvalitetsregistret har kliniken valt att arbeta med indikatorn livskvalité, där även måltalet psykisk hälsa ingår. Kliniken har valt en metod som Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna för Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd: IMR - Illness Management Recovery. Interventionen går ut på att hjälpa patienten att formulera egna mål och personligt meningsfulla aktiviteter och att se över vilka strategier personen använder för att hantera sin psykiska ohälsa.

Under 2017 startades ett pilotprojekt på en av klinikens vårdavdelningar. Projektet inleddes med utbildning av personalen och grupper för patienterna kom igång under senare delen av året. Grupperna kommer fortsätta under 2018 och tanken är att även de övriga avledningarna ska införa IMR.

Med vänlig hälsning

Sofia Eklund

Administrativ samordnare/

Medicinsk sekreterare RPK Säter

Klassificeringskoordinator Lt Dalarna

Rättspsykiatriska kliniken, Box 350, 783 27 Säter

Telefon: 0225-49 43 15 | Mobil: 072-706 08 96

Fax 0225-49 43 34 | sofia.eklund@ltdalarna.se

www.ltdalarna.se

RÄTTSPSYKIATRI VÄSTMANLAND

Registret manar till satsning på somatisk hälsa

Rättspsykiatri Västmanland har under flera år haft fokus på och arbetat mot att förbättra patienternas somatiska hälsostatus. Trots alla ansträngningar har resultaten uteblivit. Marginella förbättringar har kunnat skönjas, men vi är långt ifrån det målvärde för t.ex. BMI som registret har satt upp. År 2016 hade 52 % av våra patienter ett BMI som översteg 30. Det målvärde som registret satt upp var 37 %. Genomsnittet i riket var 43 %. Alltså måste vi kapitulera och konstatera att Västmanland här ligger långt från nationellt genomsnitt och det mål som uppsatts av såväl oss själva som registret.

Varje enhet där det bedrivs rättspsykiatrisk vård har förstås olika förutsättningar att arbeta för att förbättra patienters somatiska hälsa. I Sala finns såväl möjligheter som hinder för framgångsrikt arbete mot ohälsa. Den sannolikt starkaste prediktorn till somatisk ohälsa i vår patientgrupp är fetma. Därför har vi nu bestämt oss för att ta krafttag mot metabola syndrom och se utmaningar istället för hinder i detta arbete.

En genomförd gap-analys bekräftade att den somatiska vården i vår verksamhet var eftersatt. Därför ansökte vi om särskilda medel för att förstärka somatiken, vilket slutade med att vi upphandlade allmänläkarkonsult som på plats kan undersöka patienterna.

Det är svårt att hitta genvägar i det hälsofrämjande arbetet. I slutändan handlar det förstås om bättre kost och mer motion. Detta vet alla, men utmaningen är att motivera till ändrade och bättre levnadsvanor. Särskilt svårt är det då vi vet att medicineringen i sig kan bidra till fetma och vara ett hinder för aktivering samt att villkoren för själva slutenvården ofta begränsar individens rörelsefrihet.

I Sala kommer vi nu att arbeta systematiskt med hälsofrämjande insatser. Först genomför vi, med samsamhetens hjälp, en genomgripande inventering, utifrån givna parametrar, av hälsoläget i patientgruppen. Utifrån individens värden och förutsättningar, anpassar vi sedan olika hälsofrämjande aktiviteter och vi kommer att använda oss av FYSS och FAR, något vi tidigare inte gjort. Vi inser också betydelsen av att skärpa rutinerna för patienternas inköp av "nyttigheter", utan att fördenskull införa förbud. Det handlar om att motivera patienten och tillhandahålla alternativ. Vi ser också betydelsen av att anlita kompetenser som vi tidigare saknat som t.ex. dietist och fysioterapeut.

Bengt Jarl

Verksamhetschef

Rättspsykiatri Västmanland

SKÅNE

Vi har för tredje året blivit certifierade i vårt kvalitetsledningssystem. Vi har en uppskattad median på slutenvårdstid på 2,3 år och 4,7 i öppenvård och något enstaka återfall i indexbrott. Tvångsätgärden fastspänningar har minskat markant i Skåne. Tolkningen av vad som är en tvångsinjektion är dock osäker hos oss där muntligt avböjande men annars acceptans vanligen har registrerats som tvångsätgärd. Tolkningen av vad som är återfall i brott är tydlig i registerfrågan och svaren är subjektiva. Det kan inte jämföras i riket och riskanalys kan svårligen göras på den basen.

Mvh

*Robert Rydbeck
Verksamhetschef
robert.rydbeck@skane.se*

STOCKHOLM

I egenskap av verksamhetschef får man vid den här tiden på året en fråga från vårt kvalitetsregister om att skriva några ord om registerarbetet. Man vill veta hur man utnyttjat registerdata för att utveckla verksamheten.

Vi som arbetar övergripande med registret har noterat att dessa reflektioner av många uppfattas som viktiga varför frågan kom även i år.

Det är viktigt och oftast roligt att ha kontakt med varandra och till nytta både för vår specialitet och för våra verksamheter. Vi arbetar inom en del av vården som är ganska liten, specialiserad och många gånger hamnar i en särställning. Vi behöver träffas, höra vad och hur andra gör och skapa kontakter. Inom registret har detta varit en tydlig grundtanke när vi tillsammans skapat arbetssätt. En av våra styrkor är vår höga täckningsgrad och det finns säkert många orsaker till det. Att vårt arbetssätt med nationella möten med engagerade deltagare som också får möjlighet att skapa kontakter är sannolikt en av huvudorsakerna. Att registerarbetet innebär kontakter med andra och skapar en vikänsla inom rättspsykiatri tror jag är en viktig orsak som också bidrar till att göra vården bättre. Nu när många processer pågår kring kvalitetsregistrens organisation, ekonomi och framtid är det viktigt att gemensamt bevaka våra intressen och se till att registret fortsätter fungera lika bra som det gjort hittills och att alla engagerade och kunniga personer uppmuntras och får möjlighet att fortsätta sitt framgångsrika registerarbete.

*Kaj Forslund
Registerhållare RättspsyK,
Verksamhetschef, Rättspsykiatri Vård Stockholm*

INDIKATORER I KVALITETSREGISTRET – RÄTTSPSYKIATRI KRISTINEHAMN

BMI

Vi har en positiv utveckling på indikatorn BMI. Några funderingar kan man ha kring detta. Vi är en liten klinik och får vi ett antal patienter med högre BMI blir andelen direkt högre.

Ser man på våra resultat är ju förhoppningen att det beror på vårt processarbete med hälsosammare livsstil. En arbetsgrupp med deltagare från alla avdelningar som arbetar med PDSA-modellen och genomför små förändringar som fungerar för just den avdelningen. Allt från att erbjuda tallriksmodellen till pedagogiska måltider, nyttiga mellanmål, utevistelse m.m.

Gruppen har ett gemensamt lärande vad som fungerar och de för med sig sina kunskaper vidare och tillbaka till avdelningarna. Positivt i detta arbete är även att avdelningscheferna har aktivt efterfrågat resultat och hur vi ska arbeta med hälsosammare livsstil.

Vi jobbar vidare enligt pdsa-modellen och ska utöka erbjudna aktiviteter av fysisk karaktär.

Tvångsätgärder

Kliniken arbetar kontinuerligt med Resima och att förebygga tvångsätgärder. Detta är något som syns tydligt i indikatorn. Personal har en hög kompetens i att skapa en allians/anknytning med patienten och har god kontroll och kunskap om patientens mående.

*Per-Magnus Hassel
Avdelningschef behandlingsteamet*

RPK SUNDSVALL, RÄTTSPSYK 2017

Ekonomisk kartläggning

Under 2017 påbörjades ett strukturerat arbetssätt med fokus på ekonomisk kartläggning av patienter, både inom slutet och öppenvård. Målet är att hjälpa patienten att få en ekonomi i balans från det att patienten tas in på kliniken och hela vägen fram till öppenvård och utskrivning. Genom att i ett tidigt skede kartlägga patientens ekonomi kan vårdteamet arbeta aktivt under hela vårdprocessen för att påverka den ekonomiska situationen. Kliniken arbetar med att ekonomi ska vara en självklar del av den rättspsykiatriska vården, exempelvis genom kontaktpersonernas veckosamtal med patienten, vid vårdplaneringar, och kontakt med gode man eller förvaltare. Klinikens mål på längre sikt är att erbjuda patienten att delta i ekonomiskola för att skaffa sig kunskap för att själv hantera och sköta sin ekonomi.

Återfall i brottslig gärning under pågående vård

Med tanke på att risk för återfall i brott är en av grundbultarna i LRV för en patient ska kunna skrivas ut från den rättspsykiatriska vården är måltalet för återfall i brottslig gärning under pågående vård mycket viktigt att följa. Det bör dock påpekas att det förts långa diskussioner inom registret kring hur registrering ska ske och hur man på de olika klinikerna bedömer incidenter. Vid RPK i Sundsvall registreras bland annat alla patienter som bevisligen varit

påverkade av något narkotiskt preparat, vilket gör att procenttalen kan vara högst varierande mellan åren.

Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

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

Bengt Eriksson

Stf. Verksamhetschef

Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall

REFLEKTIONER INFÖR KVALITETSREGISTRETS ÅRSRAPPORT 2017, RPE UPPSALA

Självskattad psykisk hälsa

Enligt Årsrapport 2016 är Rättspsykiatriska enheten i Uppsala en utav två enheter i landet som uppnår målet för självskattad psykisk hälsa bland patienter. Hela 79 % av patienter som registrerats skattar sin psykiska hälsa som 75 eller mer på en 100-gradig VAS-skala. Vi tycker att utfallet är positivt då god psykisk hälsa skulle kunna beskrivas som ett utav rättspsykiatrins kärnfokus. Utfallet kan delvis bero på att Uppsala är en länsenhet och att patienter är bosatta i relativ geografisk närhet till enheten, vilket underlättar rehabilitering, samverkan, utslussning och kontakt med närstående. Vi tror också att enhetens medvetna arbete med aktivitetsgrupper för patienter i heldygnsvård kan bidra till en känsla av struktur och meningsfull tillvaro.

Samtidigt som vi gläds åt de positiva siffrorna, noterar vi att andelen patienter som skattade sin hälsa som 75/100 eller mer under föregående år (2015) endast var drygt 50 %, vilket indikerar att utfallet kan variera ganska mycket mellan åren, kanske beroende på vilka patienter som deltar i registreringen. Framtida årsrapporter ger oss möjlighet att följa om vi kan upprätthålla en hög nivå på upplevd psykisk hälsa hos vårdade patienter.

Patienters behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Vi noterar att två tredjedelar av patienterna i såväl heldygns- som öppenvård har behov av någon form av hjälp att hantera sin ekonomi. Detta är en andel som ligger någorlunda nära snittandelen i riket som helhet. Vanliga insatser vid identifierade svårigheter med ekonomi är stöd från god man eller förvaltare.

Ekonomiska svårigheter och/eller en upplevelse av att inte ha koll på sin ekonomi kan utgöra en stressor i patientens tillvaro, och kan förvärra exempelvis psykiatriska symptom. Därmed är behov av hjälp med att hantera ekonomin en aspekt som är viktig att uppmärksamma när en rehabiliteringsplan ska formuleras. Det rättspsykiatriska kvalitetsregistret fyller en viktig funktion i att klargöra den generella omfattningen av dylika behov i patientpopulationen. Där vi kanske tidigare i större utsträckning behövde förlita oss till anekdotiska belägg om utbredningen, finns idag mer av sammanställd fakta som möjliggör att resurser och insatser kan allokeras utifrån de behov som finns.

Praktisk användning av kvalitetsregistret i verksamheten

Inför en temadag i verksamheten beställdes ett datauttag över ett flertal indikatorer från kvalitetsregistret. Genom materialet kunde ögonblicksläge och utveckling över tid för enheten jämföras med riket som i helhet. Materialet presenterades inför hela personalgruppen och användes som underlag för diskussioner och reflektioner om vilka förbättringsområden som finns för enheten.

Presentationen var uppskattad. Det blev utifrån materialet möjligt att på ett översiktligt sätt få en uppfattning om möjliga kopplingar mellan enhetens arbete och vårdens olika process- och utfallsmått. Sådana kopplingar kan kanske annars ibland kännas avlägsna under det vardagliga arbetets alla mindre moment.

Vänliga hälsningar

Åsa Antonsen, Lena Wetterborg, Thomas Mäkinen, Veronika Zanzi och David Johansson, registratorer vid Rättspsykiatriska enheten Uppsala, på delegation från sektionschef

RÄTTSPSYKIATRISKA ENHETEN FALKÖPING

På den rättspsykiatriska enheten i Falköping har vi valt att integrera arbetet med kvalitetsregister RättspsyK och Psykos R med det övergripande utvecklingsarbetet som är utformat i verksamhetsplanen för Skaraborgs sjukhus. Handlingsplanen för Rättspsykiatri har under de senaste åren omfattat bland annat BMI och patienternas fysiska hälsa, brottsbearbetning.

BMI och patientrapporterad fysisk hälsa

Arbetet på detta området kräver långsiktighet och tålamod. Vi fortsätter med såväl vardagliga aktiviteter såsom promenader och motiverande till olika fysiska aktiviteter i grupp eller individuellt. Vidare anordnas friluftsvveckor med aktiviteter samt att alla patienter ska erbjudas individuella hälsosamtal. Även om vi ännu inte nått målvärdet så har andelen patienter i slutenvård med ett BMI över eller lika med 30 minskat successivt sedan 2014. En liknande utveckling kan vi se vad gäller patienternas självskattning avseende fysisk hälsa där allt fler patienter i slutenvård skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 %. Bland öppenvårdspatienterna har vi nått målvärdet men arbetet fortsätter.

Brottsbearbetning/brottskartläggning

Vi har under flera års tid försökt hitta ett mer strukturerat arbetssätt avseende brottsbearbetning. Sedan 2017 ingår Falköping i Nätverket för brottskartläggning där ytterligare sex rättspsykiatriska enheter deltar. Under 2018 kommer det praktiska arbetet att påbörjas på enheten med samtida uppföljning och utvärdering.

*Frida Lundquist
Socionom/kurator
Handläggare RättspsyK*

*Rättspsykiatriska enheten
Skaraborgs Sjukhus Falköping
521 85 Falköping*

REFLEKTIONER KRING RÄTTSPSYK:S ÅRSRAPPORT 2016, PSYKIATRIN LÄNSGEMENSAMT ÖJEBYN

Självskattningar

Det är positivt att se, att när det gäller självskattningar av det psykiska måendet, både för sluten- och öppenvårdspatienter, har vi ökat sedan året innan, och vi ligger fortfarande nästan högst i landet, och där vi når upp till måltalen.

Den skattade fysiska hälsan för patienter inom slutenvården har också ökat en del, för öppenvårdspatienterna har den minskat något, men för båda grupperna ligger vi en bra bit under målet, vilket gör att vi kommer att lägga extra fokus på kost och motion under 2018. Även BMI har ökat något, vilket indicerar att vi bör satsa mer på levnadsvanorna.

Återfall i brottslig gärning

Man kan se en ökning sedan föregående år, vilket dels kan förklaras med enskilda patienter som står för merparten av registreringarna samt att kliniken noggrant dokumenterar och registrerar dessa incidenter. Detta är ett mycket omdiskuterat mått, och stora skillnader ses mellan klinikerna, som inte enbart beror på frekvensen återfall, utan även hur det rapporteras och dokumenteras. Vi anser att för att kunna sätta in behandlingsåtgärder och arbeta aktivt mot återfall, är det av stor vikt att det dokumenteras i journalen och kan fångas upp vid registreringar.

Personalens skattningar

Av slutenvårdspatienternas symptombild enligt CGI-skalan är det ganska jämt fördelat mellan andelen som ökat, minskat och är oförändrade sedan året innan. För öppenvårdspatienterna ser vi en större ökning av försämring. Vad som orsakar dessa öknings är något vi behöver titta närmare på.

Genomförd riskanalys

Vi har under 2017 försökt öka resurserna för HCR-skattning en del, vilket har gjort att fler patienter har blivit skattade, dock är det fortsatt ett eftersatt område för oss, och fler satsningar ska göras under 2018.

2017-01-18

*Pernilla Nordkvist
Verksamhetschef
Psykiatri Länsgemensamt Öjebyn
Tel 072-707 75 44*

REFLEKTION FRÅN GÖTEBORG

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

- patientrapporterad psykisk hälsa
- patientrapporterad fysisk hälsa

Patientrapporterad psykisk och fysisk hälsa och BMI där när inte verksamheten inte riktigt måltalen. Tyvärr har både den upplevda fysiska och psykiska hälsan har minskat sedan 2015, medan patienternas BMI i slutenvården minskat lite. Alla dessa parametrar är viktiga faktorer för patienterna, (något de framfört i den stora intervju undersökningen vi gjort gällande vad patienterna önskar få ut av vården) och därför centralt för oss att arbeta med.

Det pågår flera förbättringsarbeten som ligger i linje med att öka dessa parametrar för patienterna, här kommer lite exempel.

Metabolt syndrom:

Vi genomför nu screeningar (för att fånga riskgrupper och redan utvecklade) på alla våra patienter gällande metabolt syndrom. Vi har skapat en riktlinje kring screening, utredning, vårdplanering, behandlingsinsatser och uppföljning.

Just nu pågår arbete parallellt med screeningen att skapa utbildningsmaterial för medarbetare och informationsmaterial för patienterna. Vi har undersökt möjligheterna till koständringar från Regionsservice och ser över utbudet i vårt patientcafé.

Levnadsvanor:

På vår utrednings- och bedömningsenhet (dit patienterna kommer först när dom vunnit laga kraft) arbetas nu med förbättringsinsatser under namnet levnadsvanor. Hälso-pedagog och fysioterapeut träffar patienterna och gör en mer omfattande genomgång kring levnadsvanor. Samtalen resulterar i planer kring kost, fysisk aktivitet och rökavvänjning.

Verksamhetens Aktivitetshus arrangerar varje år en Hälsovecka. Här finns mikro föreläsningar om rökning, kost och aktivitet, goda hälsoutbud i café, demonstrationer kring hur mycket socker olika livsmedel innehåller samt ett Rågårdslopp för så väl patienter som medarbetare.

Symtomskattning:

I arbetet med Värdebaserad vård blev det tydligt för oss att vi kunde utveckla möjligheterna till hur patientens psykiska hälsa följs över tid.

Just nu pågår ett förbättringsarbete där ett instrument från DSM 5, som tidigare översatts av bl.a. medarbetare i verksamheten och CELAM (centrum för etik, juridik och mental hälsa). Instrumentet är ett skattningssinstrument som hallucinationer, vanföreställningar, desorganiserat tal, abnormt psykomotoriskt beteende, negativa symptom mm. Tanken är att denna skattning ska göras under hela patientens vårdtid, dels för att förhoppningsvis visa att för varje enskild individ sker det en förbättring över tid och dels för att kunna följa förloppet och vid behov sätta in eller ta bort behandlingsinsatser.

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

Stödperson:

Riksgenomsnittet är 39 % i slutenvård och 32 % i öppenvård. Verksamheten har stor utvecklingsmöjlighet i bägge dessa parametrar, då måttetalen är 21 % i slutenvård och 10 % i öppenvård.

Dessa siffror har gett energi till att starta förbättringsarbete kring att öka antalet personer som får frågan om stödpersoner. **Vi genomförde benchmarking hos rättspsykiatriska verksamheter i regionen som låg bättre till än oss, för att lära av andra.**

Stickprovsundersökning gjordes på flera enheter där frågor om kunskap om stödperson ställdes. Sammanfattningen blev att många medarbetare och patienter inte riktigt visste vad stödperson var och innebar för individen. Detta har genererat utbildningstillfällen för medarbetarna och frekventare utdelning av broschyrer på enheterna. Kontaktpersoner och patientens team har fått förtydligande gällande hur dessa delar ska arbeta med att informera/erbjuda stödperson till patienterna med en tydlig frekvens. Information och utbildning om stödperson har gjorts i läkargruppen och de har nu som uppdrag att ta upp frågan om stödperson med patienterna inför varje möte med förvaltningsrätten. Dessa insatser resultat ska följas upp med en mätning som ska göras i april 2018.

Madeleine Hammar
Verksamhetssamordnare
Sahlgrenska universitetssjukhuset
Rättspsykiatri
Rågården

REFLEKTION FRÅN RPV BRINKÅSEN VÄNERSBORG

Vårdtid

Verksamhetens medianvårdtid ligger fortsatt på 36 månader och under rikssnittet. Arbetet med att effektivisera aktiveringsprocessen för patienten genom den rättspsykiatriska vården är igång sedan ett år tillbaka. Arbetsterapeuterna arbetar med att göra screeningar tidigt under patientens vårdtid. Aktivitetshuset jobbar med ett strukturerat arbetssätt att följa patienten i aktivitet som underlag för bedömning, utvärdering och fortsatt planering. Det sker genom instrumenten AWP (Assessment of Work Performance) och AWC (Assessment of Work Characteristics). De patienter som deltar i aktiviteter i Aktivitetshuset skattas och utvärderas var tredje månad. På så sätt kan behandlingsplanen följa patientens utveckling och revideras efter behov. Det resulterar även i ett bättre underlag av vilka insatser patienten kan behöva inför utskrivning.

För att följa om det nya arbetssättet ger några vinster har data hämtats från kvalitetsregistret för åren 2009–2016 angående hur många patienter som erhållit funktions och/eller behovsskattningar samt när under vårdtiden första skattning är genomförd. Tanken är nu att följa dessa frågor årsvis för att se om statistiken förbättras.

BMI och självskattad fysisk och psykisk hälsa

Slutenvården fortsätter alltså att ligga något högt jämfört med de nationella målen kring BMI, dock med en förbättring från 44 till 42 procentenheter. Ett fortsatt arbete med årlig hälsokontroll, hälsoveckor, kost och aktivitetsgrupper samt ett ökat utbud avseende fysisk aktivitet och hälsosammare utbud i verksamhetens café är utav yttersta vikt. Öppenvården uppnår de nationella målen med en andel på 29 procentenheter, vilket är klart under de 37 procent som är målet.

Det återstår även en del arbete med den fysiska hälsan hos patienterna, då vi inte når upp till målvärdet på den självupplevda fysiska hälsan. Även för den upplevda psykiska hälsan krävs fortsatta insatser. Trots en förbättring för slutenvårdens patienter från föregående år, är det en bit kvar till målvärdet.

Skuldsituation

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

ÅRSRAPPORT 2016

Totalt 22 patienter
7 patienter (32 %) försämrad
7 patienter (32 %) oförändrad
8 patienter (36 %) förbättrad

ÅRSRAPPORT 2015

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

Jämförelse mellan åren 2015 och 2016 visar att faktorn förbättrad är procentuellt oförändrad, faktorn oförändrad har minskat och faktorn försämrad har ökat. Förändringarna i de två sistnämnda faktorerna avser tre patienter och därför går det inte att utesluta att förändringen kan bero på tillfälligheter. Något som också kan ha påverkat utfallet är den tidigare ekonomigruppens uppehåll under föregående år.

Det har nu beslutats att ekonomigruppen åter igen kommer att träffas kontinuerligt för att fortsätta arbetet med att vägleda patienterna till en stabil ekonomisk situation. Ekonomigruppen består av kontaktpersoner och kuratorer som representerar Brinkåsens fyra rättspsykiatriska avdelningar.

Återfall i brottslig gärning under pågående vård

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

Med vänlig hälsning

Verksamhetschef Kent Storm, kent.storm@vgregion.se

RPV Brinkåsen Vänersborg

Vuxenpsykiatri NU-sjukvården

Forskning och utveckling

Forskning

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

Verksamheternas användning av RättspsyK

” Inför sammanställning av årsrapport för 2017 genomfördes en inventering gällande hur registrets verksamheter använder sig av RättspsyK. Inventeringen visade att RättspsyK framförallt används som utgångspunkt för olika förbättringsprojekt, såsom exempelvis avseende fysisk- och psykisk hälsa samt ekonomi:

”... vi fortsätter att jobba med ekonomi och BMI.” – Rättspsykiatri Vård Stockholm

”Det vi kan peka på är bl.a. att vi mer systematiskt och genomtänkt arbetar med patienternas komplexa sjukdomsbild som registret påvisar. Utifrån registerdata får vi en uppfattning om hur det ser ut på gruppnivå, vilket blir till hjälp när resurser ska prioriteras. En konkret konsekvens av detta blev bl.a. att vi nu har somatiska konsulter i verksamheten.” – Rättspsykiatri Västmanland

”Utifrån data från registret arbetar vi aktivt, både i grupp och med personliga insatser, gällande den fysiska hälsan.”
– RPK Säter

” Vidare används RättspsyK som grund för omvärldsbevakning samt intern och extern jämförelse:

”... använda utdata till att jämföra oss med föregående år för att se vilka områden vi behöver arbeta med. Samt att det är en möjlighet att påvisa hur det statistiskt ser ut för verksamheten i de olika områden både internt för oss men även i jämförelse med övriga landet.” – RPK Örebro

”... vi har utökat vårt samarbete med övriga enheter på kliniken, t.ex. med Beroendepsykiatri.” – Umeå Rättspsykiatri

”Kommunikation med personalen på arbetsplatsen som givit omvärldsperspektiv och nyanserad diskussion. Varför gör vi detta? Varför gör vi inte detta?” – RPA Västervik

”En inte föraktlig vinst med registret och framför allt årsrapporten, är att vi kan ge en beskrivning av patientgruppen och då kan avmystifiera rättspsykiatri, men också peka på komplexiteten. Vi använder detta då vi möter politiker och beslutsfattare, men också i vardagen, då nya medarbetare ska introduceras.” – Rättspsykiatri Västmanland

Text: Anna Matzinger

RPE Kristinehamn

Bättre levnadsvanor kräver uthållighet och tålamod

Ökad variation i de fysiska aktiviteterna, speciella pizzadagar och pedagogiska måltider. På RPE Kristinehamn är arbetet med förbättrade levnadsvanor inte längre ett projekt – utan en process som pågår varje dag.

RPE Kristinehamn har en lång tradition av att arbeta med levnadsvanorna hos sina patienter. Redan på 1950-talet fanns vad som kallades "Mariebergsandan" (efter det område där avdelningen då var placerad). Mariebergsandan innebar att personal och patienter skulle motiveras till fysisk aktivitet, bland annat genom Riksmarschen som man deltog i tillsammans.

På senare år har RPE Kristinehamn under ledning av verksamhetschef Lena Ohlsén arbetat med flera projekt kopplade till bättre levnadsvanor. I maj 2012 påbörjades, i samband med kvalitetsregistrets förbättringsarbete, det metabola projektet.

– Det har som sagt under lång tid funnits en stor medvetenhet om vikten av bra levnadsvanor i organisationen och vi har till exempel generellt haft bra resultat när det gäller BMI. I det metabola projektet satte vi upp mer uttalade mål, säger Lena Ohlsén.

Ett sådant mål var att patienterna skulle ha trettio minuters fysisk aktivitet om dagen, och att 75 procent av patienterna skulle ha uppnått målet när projektet var slut.

Det måste man väl säga var ett ganska ambitiöst mål?

– Jo, det var det nog, men med tanke på att det redan fanns en ganska hög medvetenhet tyckte vi att det kändes helt rimligt, säger Lena Ohlsén.

– I projektet mätte vi mer än BMI, som till exempel EKG och blodtryck. Vi gjorde en hälsokurva för varje patient och samlade också in ett stort underlag, säger Heini Nilsson, chefssekreterare och verksamhetsutvecklare.

Under projektet genomfördes en "mätvecka", för att se om målet uppnåts. Resultatet visade att 67 procent av patienterna genomförde minst 30 minuters fysisk aktivitet om dagen.

– Det var vi nöjda med, såklart.



Fr v. Per-Magnus Hassel, Heini Nilsson och Lena Ohlsén Foto: Victoria Dalgård



Foto: Shutterstock

Däremot lyckades vi inte riktigt lika bra med att följa upp de övriga värdena i hälsokurvan. Vi samlade in underlaget men kom inte vidare med analys och uppföljning på det sätt vi hade tänkt, säger Heini Nilsson.

Vad berodde det på?

– Jag tror helt enkelt inte att organisationen var mogen för att följa upp resultat och förändra arbetssättet, säger Lena Ohlsén.

Process istället för projekt

Det metabola projektet avslutades i december 2013 och efter det fortsatte hälsoarbetet på ungefär samma nivå som det bedrivits tidigare. Patienterna hade bra resultat avseende BMI och medarbetarna arbetade i varierad utsträckning med att förbättra patienternas levnadsvanor.

I april 2017 började sjukgymnast Per-Magnus Hassel en delad tjänst

som sjukgymnast och avdelningschef för behandlingsteamet – och tog med sig ett stort engagemang för hälsofrågorna.

– Jag tyckte det var inspirerande att få komma till ett ställe där hälsoarbetet redan var så etablerat. Det fanns en arbetsgrupp och man hade bra rutiner på många sätt. Det enda som behövde göras var att intensifiera arbetet lite, säger Per-Magnus Hassel.

Bland det första som gjordes när Magnus började var att förtydliga att hälsoarbetet nu skulle vara en process och en konstant del av det dagliga arbetet.

– Den distinktionen var väldigt viktig, tror jag. Den förtydligade att det här är en del av vår verksamhet som vi alltid ska jobba med, säger Lena Ohlsén.

– Ja, det ger oss en möjlighet att jobba mer processinriktat och få varje avdelning att hitta det sätt att

arbeta som passar dem bäst, säger Per-Magnus Hassel.

Under senaste halvåret har man bland annat fokuserat på att förbättra kostmedvetenheten.

– Ett exempel på åtgärder var att hitta alternativa mellanmål; vete-kransen byttes ut mot fruktsallader eller smoothies. Som alltid när man gör en förändring blir det ett visst motstånd i början, men nu tycker jag att både patienter och personal har landat i det nya, säger Per-Magnus Hassel.

– Det är klart, har man alltid haft bullar eller annat sött till fikat så tar det emot att ta bort det. Kanske lika mycket för personalen som för patienterna. Men efter hand som många upptäcker att sockersuget minskar och att man kanske också får lite mer energi så blir det lättare att acceptera förändringen, säger Heini Nilsson.

Allt syftar till bättre vård

När det gäller kosten har man också arbetat med tallriksmodellen och pedagogiska måltider.

– Tidigare har patienterna kunnat beställa pizza när de velat. Nu har vi infört en pizzadag i veckan. Visst blev det lite protester mot det också men de flesta inser att det för mycket gott med sig, som till exempel att man verkligen uppskattar att få äta pizza när det inte blir så ofta, säger Lena Ohlsén.

– Jag tror att det är de här bitarna av omställningen som har varit svårast för medarbetarna att acceptera. Det ligger så nära oss själva. Vi tänker att ”jag får ju äta pizza när jag vill så varför ska inte våra patienter få göra det”. Men det handlar hela tiden om att försöka se det vi gör i ett större perspektiv. Se att det kan förändra livet till det bättre för våra patienter, säger Per-Magnus Hassel.

– Det är viktigt att komma ihåg att det inte finns något självändamål med att patienterna ska äta bättre och röra mer på sig. Alltihop syftar till att vi sammantaget ska kunna ge en bättre rättspsykiatrisk vård. Det är den stora vinsten här, säger Lena Ohlsén.

RPE Kristinehamn har också, på inrådan av sin koststrateg, haft kontakt med centralköket.

– Vi har försökt styra mot en nyttigare kost med större andel grönt. Via centralköket fick vi till exempel möjlighet att beställa varor utanför den ordinarie beställningslistan för större variation. Vi har också infört pedagogiska måltider, vilket innebär att medarbetare sitter med under alla måltider och kan uppmuntra till att patienterna använder tallriksmodellen, säger Heini Nilsson.

Ökad fysisk aktivitet

En annan viktig del i hälsoarbetet har – självklart – varit den fysiska aktiviteten. RPE Kristinehamn har som sagt redan sedan tidigare en stark tradition på området, så i den

process som påbörjades för knappt ett år sedan har mycket handlat om att utöka och utveckla aktiviteterna.

– Väl motiverade medarbetare är en av de viktigaste framgångsfaktorerna för att få med också patienterna, det vet vi sedan tidigare. Så en åtgärd har varit att involvera personalen mer, bland annat genom att på arbetstid låta dem leda aktiviteter som de själva är intresserade av, säger Lena Ohlsén.

– Vi har breddat vår syn på vad vi räknar som aktiviteter och vårt brukarråd har bidragit med många bra idéer. Det kan vara allt från styrketräning till dans och tv-spel. Det engagemanget är väldigt viktigt för motivationen hos patienterna, säger Per-Magnus Hassel.

– Vi har också ett väl utrustat gym som blir allt mer välanvänt. Det ligger ju lite i tiden att lägga mer vikt på träning och det märker vi på personalen också. Och deras motivation och engagemang smittar ju av sig på patienterna, säger Heini Nilsson.

Hur viktigt har det varit, i hela den här processen, att få med sig personalen?

– Det tror jag är nyckeln till väldigt mycket. Kanske till och med viktigast av allt om man vill lyckas, säger Lena Ohlsén.

Vilken har varit den största utmaningen här?

– Att ändra på gamla vanor. Förändra en rådande kultur. Vi vet ju att förändring tar tid, att vi är förändringsbenägna i olika grad och att man får börja med några i taget, säger Heini Nilsson.

Har ni sett några resultat, hittills?

– Nu mäter vi ju inte på samma sätt som i tidigare projekt, som haft en tydlig början och slut. Men vi märker ju ett större engagemang, hos både personal och patienter. Patien-

terna upplever till exempel att ilska blir mindre av träning, säger Per-Magnus Hassel.

– Då är vi åter tillbaka i det som är huvudanledningen till att vi gör det här, nämligen att kunna ge bättre vård åt våra patienter. Det är ju det som allt det här arbetet syftar till, säger Lena Ohlsén.

Vad har varit roligast i arbetet?

– Att få se att förändring verkligen kan ske. På de snart fem år som vi jobbat med det här så har jag verkligen sett kulturen förändras, säger Lena Ohlsén.

– Att se enskilda medarbetare och patienter, som tidigare varit negativt inställda, svänga och bli mer positiva. Det har varit riktigt häftigt, säger Heini Nilsson.

– Att vi har lyckats hålla i. Inte gett oss. Och på så vis börjat få ett ökat engagemang för bättre levnadsvanor bland medarbetare och patienter. Det är en härlig upplevelse, säger Per-Magnus Hassel.

Vägen till bättre levnadsvanor – bästa tipsen från RPE Kristinehamn

1. Se det inte som ett projekt utan som en process. Ett konstant arbete som ingår i varje dags arbete.
2. Motivationen hos personalen är avgörande. Låt dem vara med i processen så att de får påverka innehållet i sitt arbete på ett positivt sätt. Då blir det lättare att få med alla på taget.
3. Håll i! Det tar tid att förändra vanor och mönster.

Frågeställningar för utbildningsanordnare

För första gången har registret tagit fram några exempel på områden och frågeställningar att använda i utvecklings- och utbildningssammanhang. Kontakta gärna registret vid ytterligare förslag.

Förslag på områden/frågeställningar

Karaktäristika för de patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder?

Följsamhet gällande nationella riktlinjer kopplade till diagnosgrupper?

Karaktäristika för patienter dömda till LRV med respektive utan SUP?

Karaktäristika utifrån könsperspektiv för valda indikatorer?

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

Intressenter som efterfrågat data

Data från RättspsyK har efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (Brå)
- Forskare
- HSA i Västragötalandsregionen
 - Område uppföljning och analys
 - Psykiatrikompassen
 - Uppföljningsplan Rättspsykiatri
- Rättspsykiatriska verksamheter
 - Göteborg
 - Sala
 - Säter
 - Uppsala
 - Vänersborg
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) Nysam
- Socialstyrelsens rättsliga råd
- Statens beredning och utvärdering (SBU)
- Vården i siffror (VIS)

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

Diskussion

En spännande nyhet i årets rapport är att några indikatorer följs under vårdtid för två grupper, kallade sexårs- respektive fyraårsgruppen. Detta är ett sätt att närma sig ambitionen att registerdata förankras på en nära klinisk nivå och möjliggör att förändringar följs upp under vårdtiden. Grupperna skiljer sig åt avseende vissa aspekter i bakgrundsdata samt i ingångsvärde på indikatorerna som följs.

Redovisningen pekar på vissa skillnader, exempelvis gällande att fyraårsgruppen självskattar en ökad återfallsrisk i brott medan det hos sexårsgruppen tvärtom kan skönjas en självskattad minskning. Intressant är att samma trend ses även där vårdpersonal registrerar huruvida patienten återfallit i brottslig gärning under vårdtiden.

I båda grupperna ses önskvärda positiva förändringar i indikatorerna självskattad livskvalitet och bedömd behandlingsmotivation, självinsikt och svårighetsgrad på symtombild. Framöver vore det intressant att se om det går att finna samband mellan förändringar i indikatorer under vårdtid och den vård som patienterna får. Denna redovisning bör ses som ett startskott på ett fortsatt arbete gällande att följa upp förändringar under vårdtid.

I granskningen av farmakologisk behandling kan konstateras att utvecklingen mot en modernare antipsykotika-behandling går långsamt. Många patienter står på äldre läkemedel, ofta i form av långverkande injektioner och måste då också behandlas med antikolinerga biverkningsmediciner. Behandling med flera antipsykotika samtidigt är inte ovanligt. Detta är inte i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för farmakologisk behandling och kan försvåra rehabiliteringsinsatser. De långa vårdtiderna inom rättspsykiatri borde möjliggöra en effektivare och mer skonsam medicinering, särskilt som det oftast handlar om en medicinering som rekommenderas vara livslång.

Bortfallet i patientrapporterade mått minskade 2016 efter aktiva insatser från registret. För 2017 har bortfallet hållit sig på samma nivå. Bortfallet består dels av att patienten inte vill svara, dels av att patienten inte kan svara. Dock är bortfallet fortfarande för stort för att tillräckligt säkert kunna värdera dessa mått som är en del i registrets måltal. Efter tidigare goda erfarenheter att kunna påverka bortfallet kommer registret fortsätta arbeta för att öka patientens delaktighet och svarsfrekvens.

Utifrån erfarenheterna av förbättringsarbetet kring patientens ekonomi redovisas i år också ”Uppgift saknas”. Innebörden i detta är att personalen vid registreringstillfället inte har kunskap om patienten har någon skuld eller ej, alternativt om patientens eventuella skuld har förändrats. Andelen är kring 40 procent vilket borde kunna minskas väsentligt för att därmed kunna nå viktig information om en central del i patientens förutsättningar.

Att rättspsykiatriska verksamheter nationellt sett har stor användning av RättspsyK vittnar de svar som inkommit i och med inventeringen om hur arbetet med registret ser ut över landet. I avsnittet ”Verksamhetscheferna reflekterar” återfinns flera varierande exempel på hur registret bidrar till att göra vården bättre för patienterna. Reflektionerna visar på att det är en stor bredd i hur registret används i kliniskt förbättringsarbete. Utifrån de lokala förutsättningarna används såväl årsrapporten som egna sammanställningar av utdata.

En nyhet för i år är förslag på områden/frågeställningar att använda i olika utvecklings- och utbildningssammanhang. Förutom att dessa nu finns med i årsrapporten planerar registret att framöver ta kontakt med olika utbildningsanordnare för att informera om möjligheten för dessa att använda sig av registerdata. Glädjande nog ses både en ökad frekvens och variation gällande intressenter som efterfrågar registerdata. Önskvärt vore också att fler forskare framöver använder sig av RättspsyK. Registret fortsätter således verka för att registerdata används i ändamålsenliga sammanhang samt att sprida kunskap om den rättspsykiatriska vården.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård

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

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

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

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

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

Den rättspsykiatriska bedömningen sker för det mesta i två steg. Den aktuella domstolen begär ett läkarutlåtande av den tilltalade, ett så kallat § 7-intyg eller, med äldre språkbruk, ”liten sinnesundersökning”, vilken fungerar som ett ”gallringsinstrument” för vilka som ska gå vidare i bedömningsprocessen. Varje år genomförs ungefär 1200 st. § 7 undersökningar i landet. Domstolen kan därefter begära att en rättspsykiatrisk undersökning, så kallad RPU eller ”stor sinnesundersökning”, ska genomföras. Detta sker vid två statliga enheter, Rättspsykiatriska avdelningen Göteborg och Rättspsykiatriska avdelningen Huddinge, samt, enligt avtal med staten,

vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. En rättspsykiatrisk undersökning ska enbart genomföras då det föreligger klara bevis för att den tilltalade är skyldig till de brott som han eller hon är anklagad för och då fängelse ingår i straffskalan för den åtalade gärningen. Knappt 500 ”stora” rättspsykiatriska undersökningar genomförs årligen i Sverige.

Den rättspsykiatriska undersökningen syftar till att ge domstolen, utifrån formuleringarna i Brottsbalken, svar på frågorna:

- Förelåg en allvarlig psykisk störning vid gärningen?
- Föreligger en allvarlig psykisk störning och ett vårdbehov vid tidpunkten för den rättspsykiatriska undersökningen?

En rättspsykiatrisk undersökning genomförs under ganska kort tid: fyra veckor för en person som är häktad eller sex veckor för en som inte är häktad.

Begreppet Allvarlig Psykisk Störning (APS) är ett juridiskt begrepp, men grundar sig på en medicinsk-psykiatrisk bedömning. Enligt regelverket beskrivs APS som ett tillstånd med psykotisk svårighetsgrad, oavsett etiologi, med något av symtomen förvirring, tankestörningar, hallucinationer eller vanföreställningar. Man ska vid bestämning av det psykiska tillståndets allvar se till såväl art (diagnostisk kategori) som grad (symtomens påverkan på individen och den psykosociala funktionsför mågan).

Som anges i Brottsbalken kan den rättspsykiatriska vården ges med respektive utan särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste vårdformen är med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att en lokal Förvaltningsrätt beslutar om friförmåner under vårddiden (frigång och permission), överföring till öppen rättspsykiatrisk vård samt definitiv utskrivning från vården. Den rättspsykiatriska vården ska regelbundet prövas av Förvaltningsrätten var sjätte månad. Om vården sker utan särskild utskrivningsprövning beslutar chefsöverläkaren vid enheten om friförmåner, överföring till öppen vård och definitiv utskrivning. En patient har dock möjlighet att när som helst under vårddiden vända sig till Förvaltningsrätten för att få sitt ärende prövat. Parterna har även möjlighet att vända sig till en högre instans (Kammarrätt och Regeringsrätt).

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

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

Fakta om Rättpsyk

Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2016/2017 och som registrerats under 2017.

Handläggare i Rättpsyk

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Tomas Kleveholt
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
Piteå Rättpsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättpsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Mattias Vincze
Regionsjukhuset Karsudden	Åsa Wallén
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Annika Nilsson
RPE Uppsala	David Johansson
RPE Uppsala	Lena Wetterborg
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Landstinget Kronoberg	Christel Karlsson

Verksamhet	Namn
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnhem
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Klara Brandt
RPK Örebro	Carina Granlund
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Annika Riddarskjöld
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Henrich Prüssner
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Johanna Hagström
RPV Halland	Katarina André
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättpsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättpsykiatri Västmanland	Holger Edquist
Rättpsykiatri Västmanland	Victoria André
Rättpsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättpsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättpsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättpsykiatri i Skåne	Linda Svensson
Rättpsykiatri i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Aicha Elouagari
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Ali Khalvati
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Evelina Juujärvi
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Fredrik Nyblom
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Helene Envall
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Jan Andersson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Jenny Gustavsson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Lars Gisell
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Ljubica Medjed
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Mattias Andersson
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Mikaela Tobysdotter
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Åsa Boquist
Umeå Rättpsykiatri	Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2017

Camilla Skåån, Rättsspsykiatri Vänersborg,
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

Kaj Forslund, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm,
Verksamhetschef, Registerhållare

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

Mattias Andersson, Rättsspsykiatri Vård, Stockholm,
IT-administratör

Helena Andreasson, Rättsspsykiatri Skåne,
Leg. sjuksköterska

Victoria Andrén, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog, Verksamhetsutvecklare

Ulf Björnfot, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter,
Verksamhetschef

Jörgen Bragner, Karsuddens sjukhus, Katrineholm,
Verksamhetschef

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

Jan Cederborg, Rättsspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, Verksamhetschef

Holger Edquist, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog

Sofia Eklund, Rättsspsykiatriska kliniken, Säter,
Administrativ samordnare

Bengt Eriksson, Rättsspsykiatriska regionkliniken,
Sundsvall, stf. Verksamhetschef

Madeleine Hammar, Rättsspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetssamordnare

Malin Lotterberg, Psykiatrisk rehabilitering och
rättsspsykiatri, region Örebro, Verksamhetschef

Caroline Millberg, Rättsspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, Administrativ chef

Peter Tjelander, Rättsspsykiatriska regionkliniken,
Växjö, Leg. sjuksköterska

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

Registrets analysgrupp 2017

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

Camilla Skåån, Rättsspsykiatri Vänersborg,
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

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

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

Helena Andreasson, Rättsspsykiatri Skåne,
Leg. sjuksköterska

Victoria Andrén, Rättsspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog, Verksamhetsutvecklare

Per Bülow, Rättsspsykiatriska regionkliniken, Vadstena,
Klinisk lektor, Fil. dr., Docent i Valfärd och socialvetenskap

Lars Eriksson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg, Leg. läkare, specialist i psykiatri

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

David Johansson, Rättsspsykiatriska enheten, Uppsala,
Leg. psykolog, specialist i forensisk psykologi

Peter Karlberg, Rättsspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, IT-samordnare

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

Christian Marquez von Hage, Rättsspsykiatri Vård
Stockholm, Leg. psykolog

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

* Korrekturläsare

Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

Under 2017 har rättspsykiatri i Jämtland inte rapporterat till registret, så 24 av 25 enheter i landet har rapporterat till RättspsyK vilket ger en anslutningsgrad på 96 procent.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av Register-service vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 84,5 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2017: Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren, Socialstyrelsen 2017.

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK består av patienter som var aktuella under 2016, med inskrivningsdatum senast 31 december 2016. Urvalet ur patientregistrets psykiatriska tvångsvård består av de patienter som vårdades 2016 med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J. Analysen har genomförts på individnivå, om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är antalet patienter i RättspsyK (1 834). Nämnaren är totala antalet patienter (2 170) som förekommer i något av registren RättspsyK eller patientregistret.

Vårdformer

E = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

F = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

I = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

J = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

Innan 2011-01-01:

3 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

4 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

7 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

8 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning



Skogen med Bexells "Talande stenar" i Halland. Foto Johanna Hagström

Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling

Indexbrott/brott

Indexbrott

Brott 2

Brott 3

Tidigare påföljder

Inga tidigare domar

Påverkad vid brottet

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

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Lösningsmedel

Anabola steroider

Övrigt

Dokumenterad historia av missbruk

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

Tidigare psykiatrisk vård

Tidigare psykiatrisk vård?

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård

Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare

Övrigt

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?

Domslut

Datum för dom saknas

Datum för dom i brottsmålet

Typ av domslut

Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

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

Startår 2008 <https://rattpsyk.registercentrum.se>, www.kvalitetsregister.se

NÅGRA INDIKATORER

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

