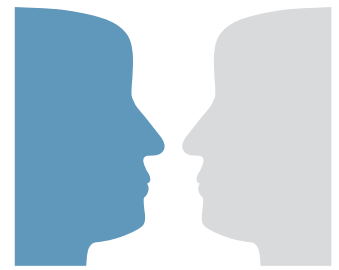


RättspsyK

Årsrapport 2015

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister

MED EXTRAMATERIAL



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2015

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

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

Registerhållare

Camilla Skåån

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

Kaj Forslund

Verksamhetschef
Rättspsykiatri vård Stockholm
Huddinge
Kaj.Forslund@sll.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Camilla Skåån
Marianne Ander
Hans Andersson
Helena Andreasson
Per Bülow
Johan Eriksson
Lars Eriksson
Madeleine Hammar
Peter Karlberg
Malin Lotterberg
Sven Pedersen
Benjamin Wrling

Statistiker

Peter Gidlund

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

Projektledare

Anneli Ambring

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

Utgivare

Camilla Skåån
Kaj Forslund

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

ISSN 2001-3698

Tryckår 2016



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	6
Syfte och måltal	7
Resultat	
Bortfall	9
Hälsa	11
Livskvalitet	12
Risk för återfall i brott	12
Utfall av vården för några indikatorer	13
Klinisk skattning av symtombilden	14
Insikt i sin sjukdom och problematik	14
Body Mass Index (BMI)	15
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	16
Förändring av skuldsituation	17
Nätverk	17
Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	18
Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	18
Vårdprocess	
Genomförd riskanalys	19
Behandling utifrån riskbeteende	20
Tvångsåtgärder	20
Brottsbearbetning	21
Farmakologisk behandling	21
Missbruksbehandling	24
Genomförd funktions- och/eller behovsskattning	24
Samverkan och samverkansbehov	25
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	26
Patientenkät	26
Patientgruppen i registret	27
Bakgrundsdata	30
Täckningsgrad	34
Enheterna i registret	35
Redovisning på enhetsnivå	40
Diskussion	55
Forskning och Utveckling	57
Vad är rättspsykiatrisk vård?	70
Fakta om RättspsyK	71

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 eftersträvs.

Beskrivning av enheter i registret

Respektive enhet beskriver kortfattat sin enhet i avsnittet "Enheter i registret". Denna uppgift har efterfrågats av läsare till tidigare rapporter. Nytt för i år.

Hur ser ledningen på verksamhetens data?

Nytt för i år är att varje verksamhetschef givits möjlighet att i rapporten ge sina reflexioner på data i 2014 års rapport för sin verksamhet. Läs mer under "Enheter i registret".

Utvecklingsarbete

Ett landsomfattande förbättringsarbete har skett under 2015 med inriktning på att förbättra patientens ekonomi. Utifrån det ges i rapporten en fördjupad redovisning av indikatorn ekonomi och projektet beskrivs i artikelform under "Forskning och utveckling".

Vidare har arbetet med att förbättra patientens BMI fortsatt. Ett antal intressenter har under året önskat data från registret. Även om detta finner du mer under "Forskning och utveckling".

Utfall av vården för några indikatorer

För ett antal indikatorer följs hur dessa förändrats från det att vården startade tills dess att vården upphörde. Läs mer under "Utfall av vården för några indikatorer".

Andel enheter som uppfyller respektive mål

Nytt för i år är en grafisk redovisning av andelen enheter som uppfyller de måltal som satts av registret. Läs mer under "Redovisning på enhetsnivå".

Valideringsarbetet ger avtryck i en del redovisningar

Det valideringsarbete som sker i registret innebär att några enheter förbättrat sin datakvalitet vilket ger utslag i grafer och tabeller i årets rapport. Detta kan ibland innebära att data kan skilja sig åt mot tidigare årsrapporter.

Bortfall

För några indikatorer redovisas för första gången bortfall. Läs mer under "Resultat".

Medianvårdtid kopplad till indexbrott

För första gången görs en jämförelse mellan medianvårdtid och indexbrott. Läs mer under "Bakgrundsdata".

Erfarenheter av att ha vårdats i rättspsykiatrisk vård

Hur beskriver en patient sina erfarenheter av rättspsykiatrisk vård? Läs mer under "Forskning och utveckling".

Jämförelse med PsykosR¹ för BMI och nu även farmakologisk behandling

I årets rapport fortsätter registret att jämföra sig med kvalitetsregistret PsykosR, som förra året för indikatorn BMI och nu även när det gäller läkemedel. Läs mer under "Resultat" respektive "Vårdprocess".

Återfall i brott

I rapporten redovisas, i samarbete med BRÅ, andel patienter som återfallit i brott ett år efter vårdens upphörande. Från och med nästa år kan även återfall i brott tre år efter vårdens upphörande redovisas. Läs mer under rubriken "Resultat".

Justerad redovisning för återfall i brottslig gärning

Under samma år kan en patient ha vårdats i såväl slutet som öppen vård. I årets rapport redovisas förekomst av återfall i brottslig gärning i båda vårdformerna och inte som tidigare i aktuell vårdform vid registrerings-tillfället. Detta innebär att samma patient kan förekomma i redovisning av såväl slutet som öppen vård. Förändringen speglar verkligheten bättre, men innebär att det inte är möjligt att göra jämförelser med tidigare årsrapporter.

”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”

GAF bort efter att ha utgått ur DSM-V

I registret följs inte längre GAF (Global Assessment of Functioning) eftersom instrumentet har utgått ur DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Läs mer under ”Resultat”.

Hur slutna respektive öppna vård registrerats

En del patienter har under året vårdats i såväl slutna som öppna vård. Data för dessa har registrerats utifrån vilken vårdform som varit aktuell när registreringen skett. I och med en förbättrad registrering av vårdform 2012 redovisas data från och med detta år på ett tydligare och säkrare sätt när det gäller öppna vård, vilket innebär en redovisning för 4 år i rapporten (2012 – 2015). Därmed kan också data i tidigare rapporter för öppenvård skilja sig från de i årets rapport redovisade.

Fler grafer än de i rapporten finns

För några variabler finns ytterligare grafer att redovisa, oftast i form av tabeller. När sådana finns anges detta med denna symbol. Graferna finns som PDF-filer och hittas på RättspsyKs hemsida som du når via: www.psykiatriregister.se. Dokumentet heter ”RättspsyK årsrapport 2015, Extramaterial”.



Redovisning av data

I rapporten redovisas, liksom tidigare år, inte data för färre än tio patienter för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att i en del sammanställningar kan enheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter. På enhetsnivå kan materialet i 2015 års rapport vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet. Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2015.

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.

Vården i siffror

Den tidigare publikationen Öppna jämförelser redovisas nu istället på nätet under rubriken Vården i siffror. RättspsyK deltar, som tidigare, med 6 indikatorer.

Ny redovisning av Piteå rättspsykiatri

När registret startade valde man att särskilja de patienter som Malmfältens psykiatri ansvarade för, varför de funnits som en egen klinik i registret. I dagsläget registreras dock alla patienter via Piteå rättspsykiatri. I årets rapport redovisas därför båda enheterna under Piteå rättspsykiatri.

Rapp på app

En testversion av 2014 års rapport har tagits fram och planen är att från och med kommande årsrapport även kunna erbjuda årsrapporten som app.

Rapportens syfte

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

Sammanfattning

Av registrets fyra måttal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, BMI och återfall i brottslig gärning under vårdtiden) har ett av dessa – återfall i brottslig gärning under vårdtiden – uppnåtts.

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer (skuldsituation, sjukdomsinsikt, BMI, symtombild och av patienten skattad livskvalitet) för patienter som 2009–2015 dömts till vård och där vården avskrivits. Dessa har förbättrats för mellan ca 24 procent (skuldsituation) och 60 procent (skattad livskvalitet). Indikatorerna har försämrats för mellan 4 procent (skuldsituation) och 45 procent (BMI).

Under året har ett landsomfattande förbättringsprojekt ägt rum i registrets regi tillsammans med registercentrum norr. Som en följd av detta redovisas i årets rapport fler variabler med anknytning till patientens ekonomi på enhetsnivå.

I år har redovisningen på enhetsnivå kompletterats med en beskrivning av respektive enhet samt reflexioner från verksamhetscheferna kring data från den egna enheten. Syftet är att ge bättre underlag för att tolka data på enhetsnivå liksom att få inspiration till hur dessa kan användas i det egna förbättringsarbetet.

Data från registret har efterfrågats av flera intressenter såväl utanför registret som inom registret.

Patienterna skattar sin psykiska hälsa högre än den fysiska. Livskvalitet skattas relativt högt, i intervallet 71–100 skattar sig cirka hälften av såväl kvinnor som män.

När det gäller självskattad risk för återfall i brott, är det runt 80 procent av männen och 90 procent av kvinnorna som skattar risk för återfall i brott inom det lägsta intervallet 0–10 på en VAS skala mellan 0–100.

Täckningsgraden på enhetsnivå är 100 procent och på patientnivå visar en täckningsgradsanalys utförd av Registerservice vid Socialstyrelsen en täckningsgrad på 86,4 procent.

Drygt 90 procent av patienterna har haft tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Fortsatt gäller det i högre grad kvinnor än män. Andelen patienter som tidigare dömts och vårdats enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ligger på cirka 10 procent (kvinnor) och 16 procent (män). Diagnosen schizofreni med dess olika varianter är vanligast både bland kvinnor och män. Dock föreligger könsskillnader.

Medianvårdtiderna vid olika brott för patienter med avslutad vård under åren 2009–2015 varierar mellan 2 till 14 år. För patienter i pågående vård ligger motsvarande siffror mellan 2 och 8 år.

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

Andelen patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling, har från år 2011 ökat från nära 70 procent till drygt 80 procent för männen och från närmare 60 procent till drygt 70 procent för kvinnor.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder har mellan åren 2011–2015 ökat med 4 procent för såväl kvinnor som män.

Syfte och måltal

Syfte

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

Måltal

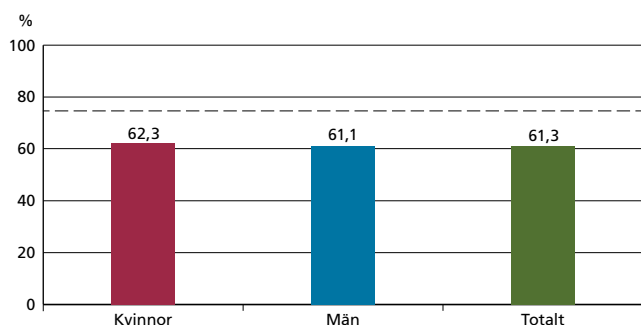
RättspsyK har fyra måltal på nationell nivå. Två av dessa bygger på patientrapporterade data. Måltalen är antagna av registrets styrgrupp och vid flertal tillfällen förankrade på nationella möten. De är tänkta att fånga viktiga aspekter av vården.

Nivåerna är satta så att de, utifrån aktuella värden, ska vara utmanande och samtidigt möjliga att nå. Vidare ska antalet mål vara få för att underlätta att de ska kunna vara kända av alla.

Nytt för i år är redovisning för andelen enheter i landet där respektive måltal nås. Detta återfinns under ”Redovisning på enhetsnivå”. Under rubriken redovisas också i vilken utsträckning respektive enhet nått målen.

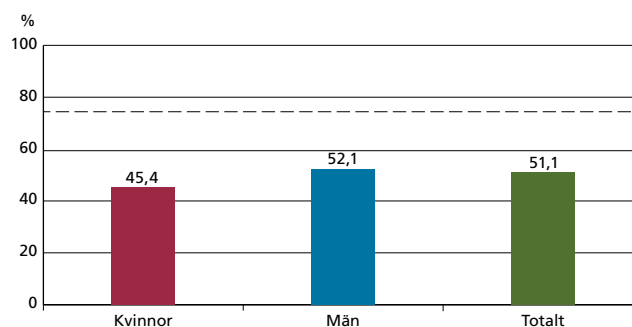
Under 2015 har samma måltal gällt som tidigare år.

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



Måltalet för patientens psykiska hälsa har inte nåtts under 2015. Skillnaden i andelen patienter som skattat sin psykiska hälsa över eller lika med 75 jämfört med föregående år är marginell.

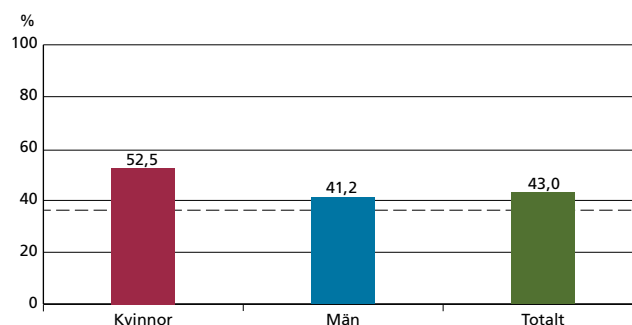
2. Andelen patienter i landet som skattar sin fysiska hälsa över eller lika med 75 på en VAS-skala ska vara minst 75 procent.



Måltalet för patientens fysiska hälsa har inte nåtts under 2015. Skillnaden i andelen patienter som skattat sin fysiska hälsa över eller lika med 75 jämfört med föregående år är marginell.

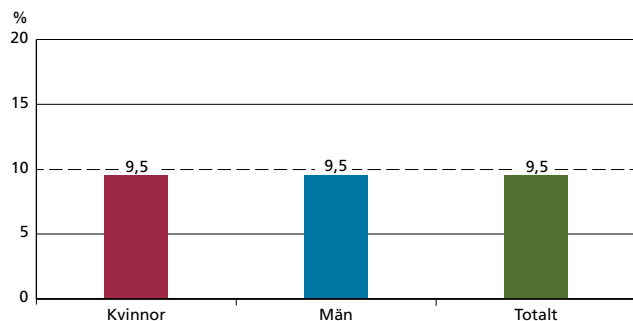
Notabelt är att genomgående skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska. Vidare har dessa måltal inte uppnåtts något år på nationell nivå. En reflexion man kan göra är om måltalen är alltför högt satta för att vara realistiska.

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



Måltalet för BMI har inte nåtts under 2015. Jämfört med föregående år har andelen för såväl kvinnor och män med BMI över eller lika med 30 ökat något.

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



Målnätet för återfall i brottslig gärning² har uppnåtts under 2015. Även förra året nåddes målnätet. Jämfört med föregående år kan en mindre ökning iakttas för såväl kvinnor och män som totalt. Ökningen är med stor sannolikhet en konsekvens av ett förbättrat sätt att redovisa återfall i brottslig gärning i öppen och sluten vård, vilket redogörs för i inledningen.

Under 2015 har ett av fyra måltal nåtts på nationell nivå. Samma utfall som 2014. Dock uppnås måltalen på flera enheter, vilket redovisas under "Redovisning på enhetsnivå". Eftersom måltalen berör viktiga aspekter av vården bör resultatet ses som en utmaning för verksamheterna att arbeta vidare med, inte minst genom det kunskapsutbyte i olika former som RättspsyK ger möjligheter till.

² Med "brottslig gärning" avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller att grund för polisanmälan föreligger.

Resultat

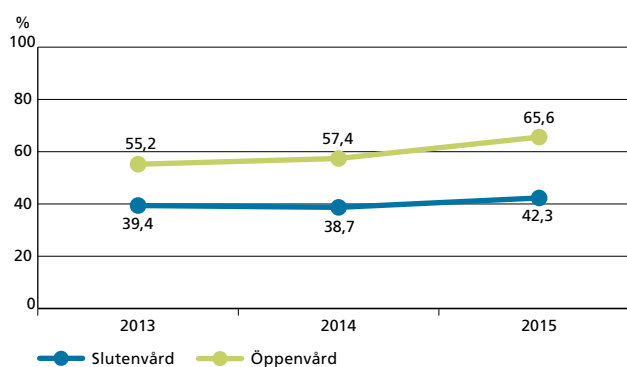
Patienten erbjuds att fylla i tre stycken självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur individen själv upplever sin aktuella situation i tre olika hänseenden; hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. Hälsan skattas i två delar, fysisk hälsa och psykisk hälsa. I detta avsnitt vägs ingen annan information in än den som individen själv lämnar. Personalen gör inte någon bedömning av den skattning patienten gör. Skattningsmetoden som används är VAS³. Svarsfrekvensen på dessa variabler är runt 50 procent, vilket gör att utfallet bör tolkas med försiktighet.

Bortfall

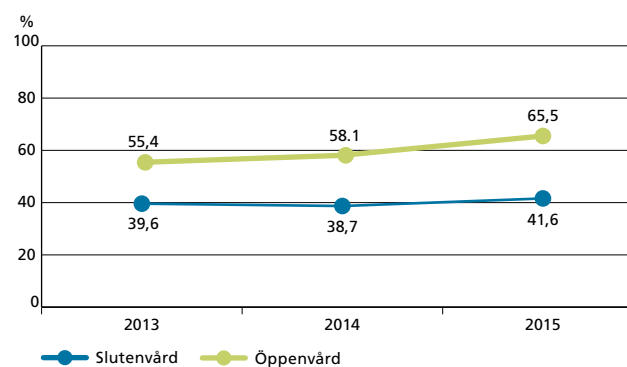
RättspsyK har en hög täckningsgrad då landets samtliga 25 enheter rapporterar in uppgifter, vilket innebär att rapporten innehåller någon form av data från, i princip, samtliga patienter som vårdas, eller har vårdats, på rättspsykiatriska enheter i Sverige. Det innebär dock inte att data är komplett 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. Alternativa svarsalternativ till dessa självskattningar är ”patienten vill inte delta” och ”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.

Figur 1. Bortfall, självskattad psykisk hälsa.

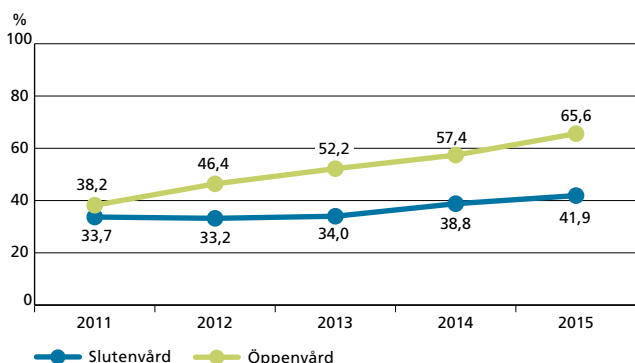


Figur 2. Bortfall, självskattad fysisk hälsa.

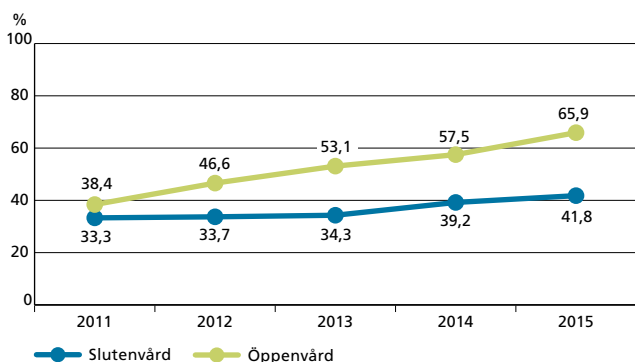


³ VAS (Visuell Analog Skala, 0–100).

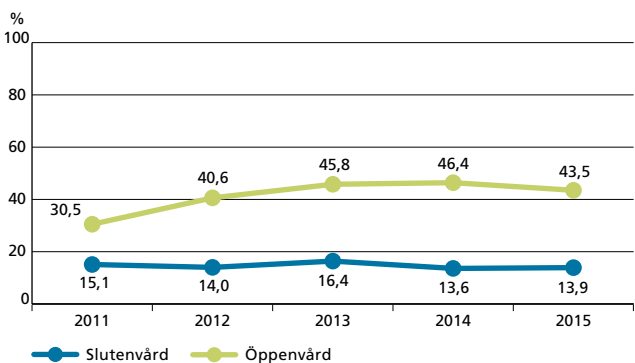
Figur 3. Bortfall, självskattad livskvalitet.



Figur 4. Bortfall, självskattad risk för återfall i brott.



Figur 5. Bortfall, uppgift om BMI.



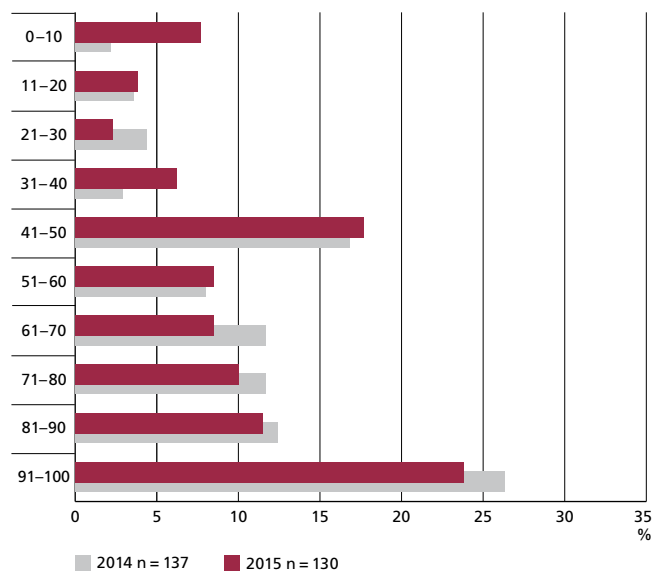
Självskattning av hälsa delades upp i en fysisk och en psykisk del 2014, efter att från 2009 ha följts sammantaget. Registreringsfrekvensen för alla självskattningar var som högst 2010, 67 procent, och faller sedan successivt till 47 procent 2015. Det är inga skillnader mellan de fyra olika självskattningsuppgifterna utan de följer samma mönster av bortfall, det vill säga de patienter som inte vill, eller kan, svara väljer att göra så på samtliga självskattningsfrågor. Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande enheterna. Rapporteringen för 2015 varierade mellan 82 procent till 9 procent registreringsfrekvens. 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 minskat successivt till 72 procent 2015.

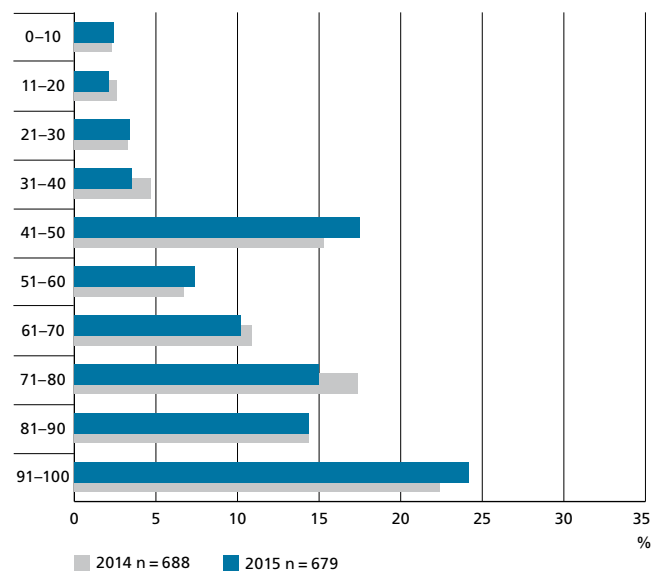
Generellt sett är bortfallet större i öppenvård än i slutenvård.

Hälsa

Figur 6. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.

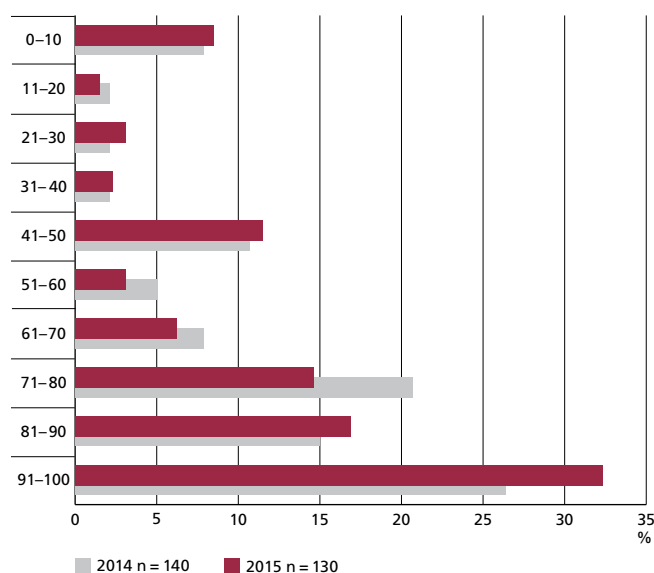


Figur 7. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, män.

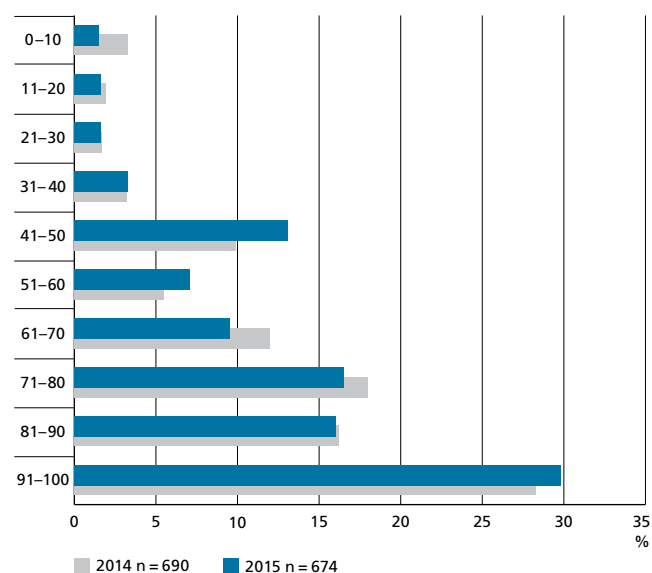


Kvinnor och män skattar sin upplevelse av fysisk hälsa relativt lika. Patienterna skattar sin fysiska hälsa förhållandevis högt och skillnaderna mellan åren är marginell.

Figur 8. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.



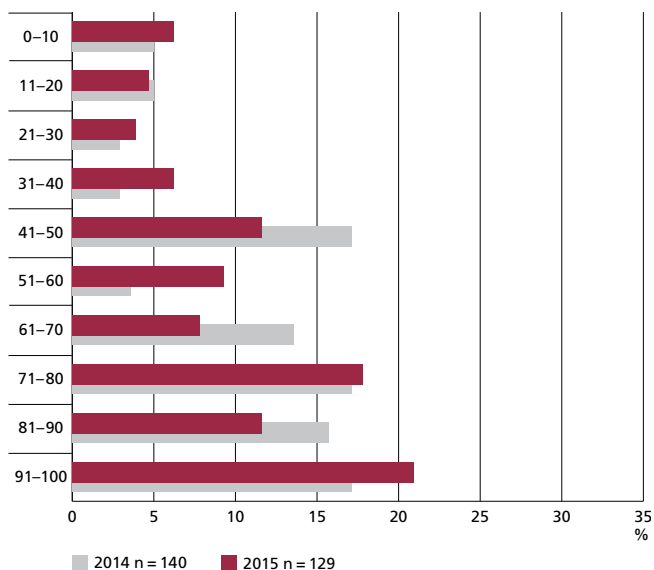
Figur 9. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall på VAS-skala, män.



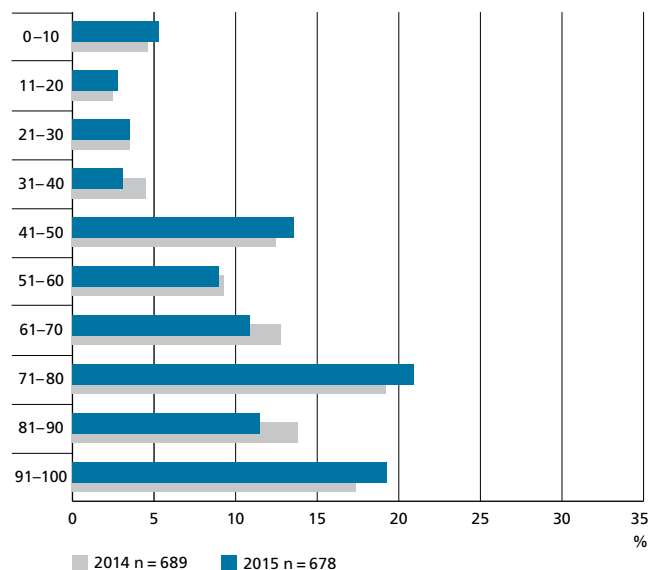
Den psykiska hälsan skattas relativt högt av både kvinnor och män. Skattningarna mellan åren visar på en marginell skillnad.

Livskvalitet

Figur 10. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, kvinnor.



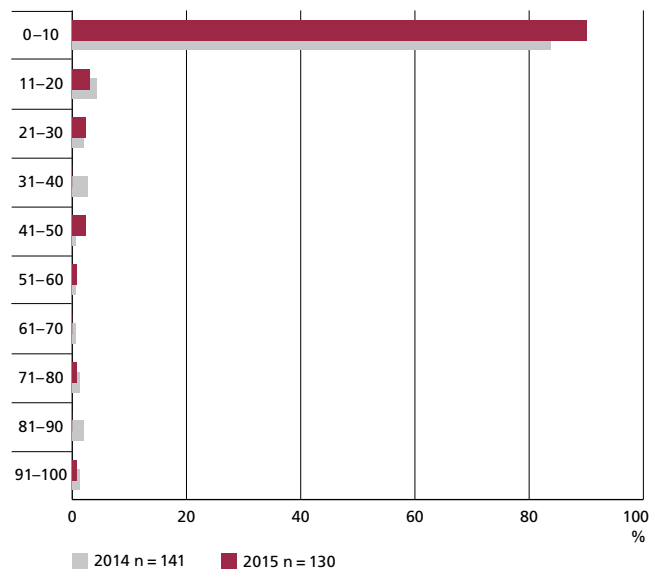
Figur 11. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall på VAS-skala, män.



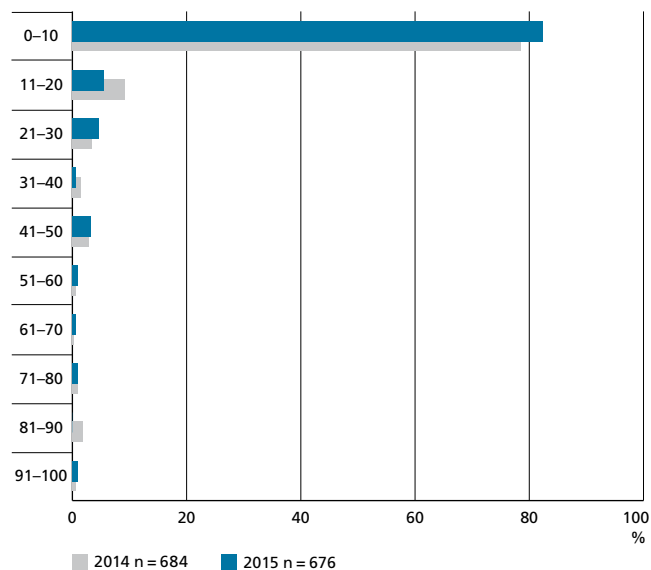
Skattningen visar på en spridning i upplevelsen av livskvalitet hos patienterna. Patienternas egen skattning av livskvalitet är relativt hög för både kvinnor och män.

Risk för återfall i brott

Figur 12. Andel patienter som skattar sin risk i återfall i brott i respektive intervall, kvinnor.



Figur 13. Andel patienter som skattar sin risk i återfall i brott i respektive intervall, män.



Kvinnor och män skattar risken för återfall i brott under pågående vårdeperiod som mycket låg och i vissa fall som obefintlig.

Utfall av vården för några indikatorer

I registret följs ett antal indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. I årets rapport har GAF utgått och ersatts av indikatorn sjukdomsinsikt. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (patientens skuldsituation, BMI, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet). Grafen visar, för ett antal indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom intervallet 2009–2015 dömts till vård och där vården avskrivits. Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits.

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

GAF utgår i årets rapport

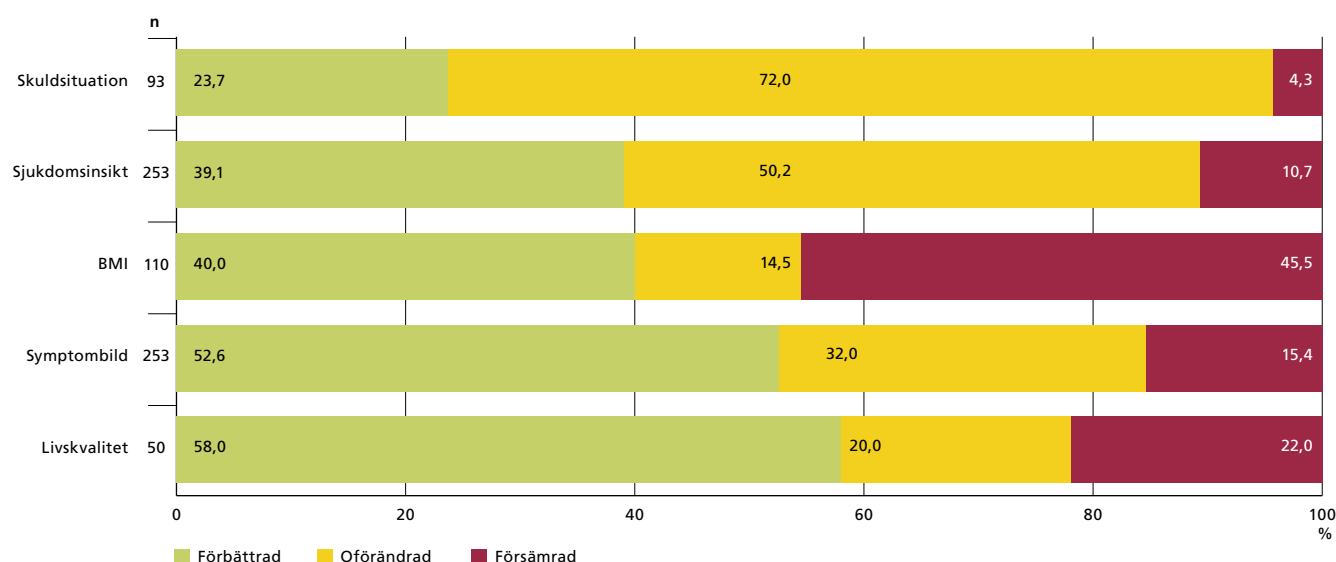
Funktionsnedsättning och funktionshinder är viktiga aspekter för upplevelse av hälsa men är svåra att definiera eftersom så många livsområden berörs och interagerar med omgivningen. Ett bedömningsinstrument som har använts under lång tid är Global Assessment of Functioning Scale (GAF) och som har ingått som en del i den amerikanska diagnosmanualen sedan 1987

(DSM-III-R). GAF har i Sverige använts i rättspsykiatriska undersökningar och av rättspsykiatrins kvalitetsregister för bedömning av funktionsförmåga/nivå.

I och med DSM-V, som publicerades i maj 2013, ersattes det multiaxiella diagnossystemet med ett dimensionellt system för diagnostisk klassificering. Denna förändring innebär att det inte längre finns en specifik diagnostisk kategori, tidigare axel V i det multiaxiella systemet, för bedömning av global funktionsförmåga. GAF ingår därför inte i DSM-5 utan the American Psychiatric Association (APA) rekommenderar istället användning av ett relativt nytt bedömningsinstrument, WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS).

Detta instrument är nyligen översatt till svenska (Socialstyrelsen 2015), men har inte ännu använts i någon större skala i Sverige. Då GAF inte längre ingår i kvalitetsregistrets frågeformulär redovisas inte funktionsförmåga/nivåer i RättspsyK:s årsrapport för 2015. Genom framtida erfarenheter av användning av WHODAS kommer ställning att tas om detta instrument, eller något annat, ska ersätta GAF i framtiden. Avgörande är vilket, eller vilka, instrument för att bedöma funktionsförmåga/nivåer som Rättsmedicinalverket beslutar ska användas i rättspsykiatriska undersökningar.

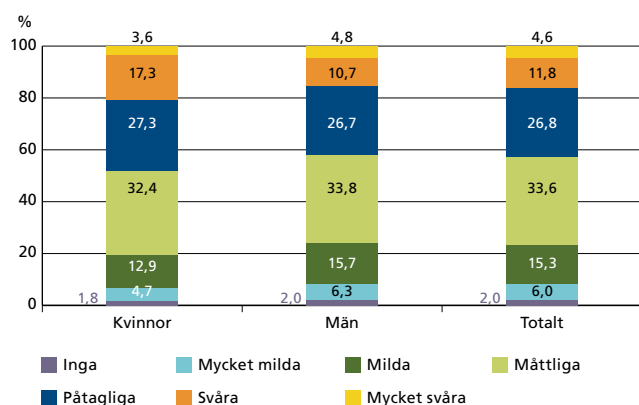
Figur 14. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under åren 2009–2015.



Klinisk skattning av symtombilden

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

Figur 15. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrad.



I figuren ovan visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på män, kvinnor och totalt. Andelen kvinnor vilkas symtom skattas som påtagliga, svåra eller mycket svåra var 48,2 procent jämfört med männens 42,2 procent. Att kvinnornas symtom skattas som svårare jämfört med männens har varit genomgående de senaste fem åren även om skillnaderna inte är stora och fluktuerar mellan åren.

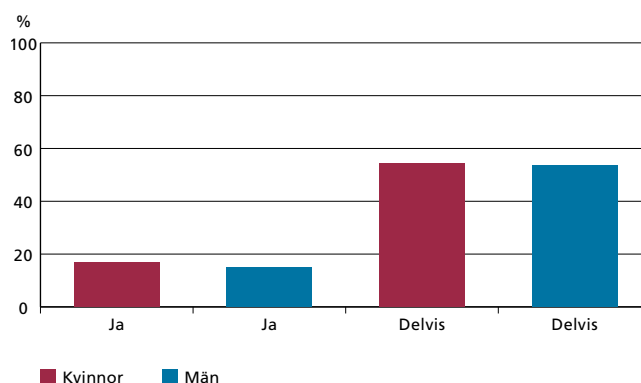
Tabell 15 a. Fördelning av skattad svårighetsgrad av symtom.



Se sidan 5

Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 16. Andel patienter som bedöms ha insikt eller delvis insikt i sin sjukdom.



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

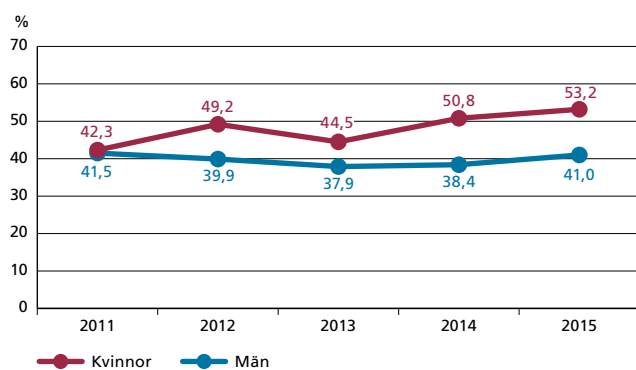
Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste 5 åren. Den del som bedöms ha insikt uppgår till cirka 15 procent och patienter med delvis insikt cirka 55 procent. I år redovisas även detta värde på enhetsnivå.

Patientens insikt i sin sjukdom och övrig problematik bedöms ofta kliniskt av patientens vårdgivare. Vid 35 procent av bedömningarna används skattningssinstrument. Frekvensen och val av dessa varierar stort i landet. Vanligtvis används faktorn ”Insikt” i det strukturerade riskbedömningsinstrumentet HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20).

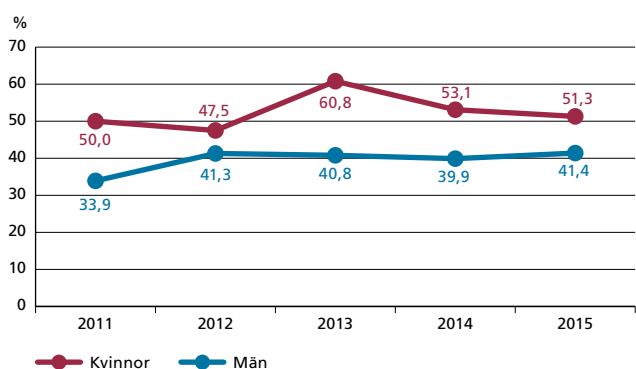
Body Mass Index (BMI)

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 17. Andel patienter med BMI ≥ 30 i slutenvård.

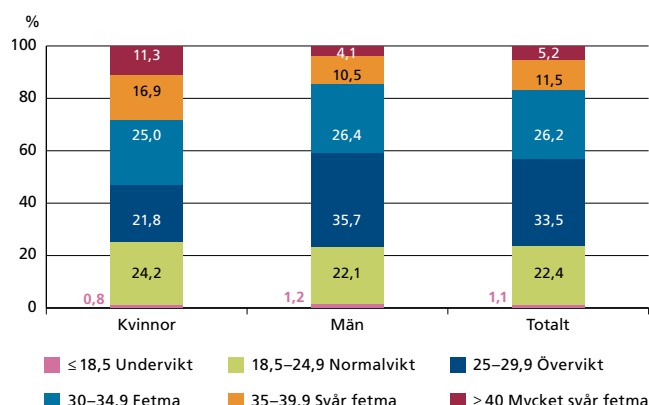


Figur 18. Andel patienter med BMI ≥ 30 i öppenvård.

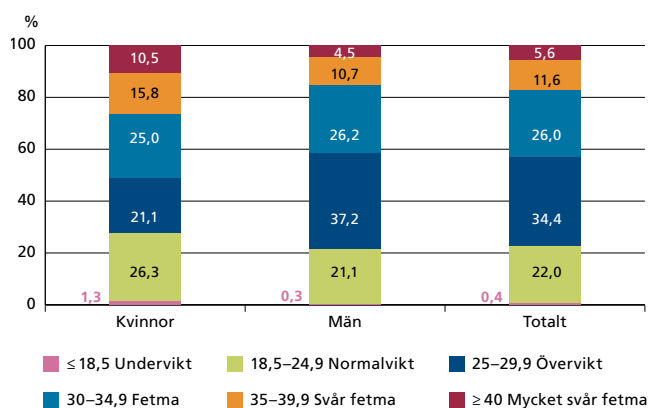


Fetma (> 30 i BMI) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männerna ligger på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl slutensom i öppenvård. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma har ökat från 42,3 procent till 53,2 procent under de senaste fem åren. I öppenvården har andelen kvinnor med fetma minskat i jämförelse med 2013 men ligger fortfarande 2015 på över 50 procent.

Figur 19. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.

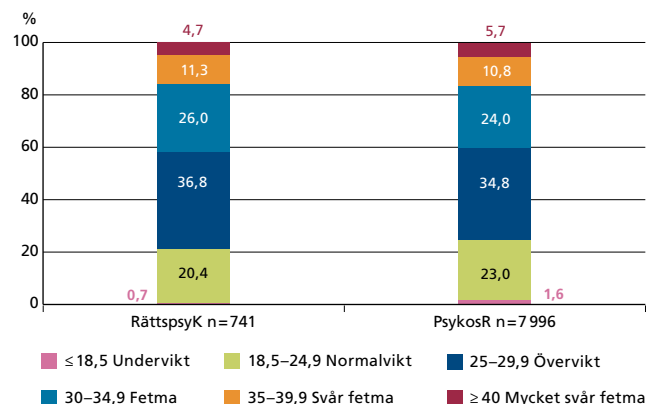


Figur 20. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



Jämförelse av BMI mellan RättspsyK och PsykosR

Figur 21. Jämförelse av BMI mellan personer registrerade i kvalitetsregistren RättspsyK och PsykosR.



I 2014 års rapport jämfördes andelen patienter som var registrerade i RättspsyK respektive PsykosR med BMI > 30. Det förelåg då ingen skillnad. I 2015 års registreringar är andelen patienter med ett BMI > 30, 43 procent bland patienter registrerade i RättspsyK och 41 procent i PsykosR. Siffrorna är inte uppdelade mellan könen utan gäller totalen. I siffrorna från PsykosR är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård exkluderade, även om de har en psykosdiagnos. På motsvarande sätt har patienter med huvuddiagnos inom psykospektrumet valts ut ur RättspsyK:s data för att möjliggöra en korrekt jämförelse. Siffrorna gäller för 2015.

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

Tabell 21 a. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.

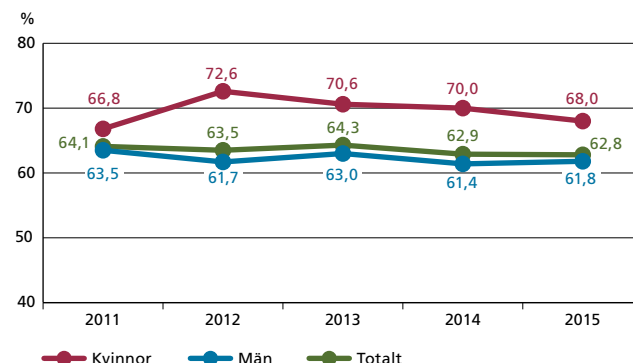
Tabell 21 b. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



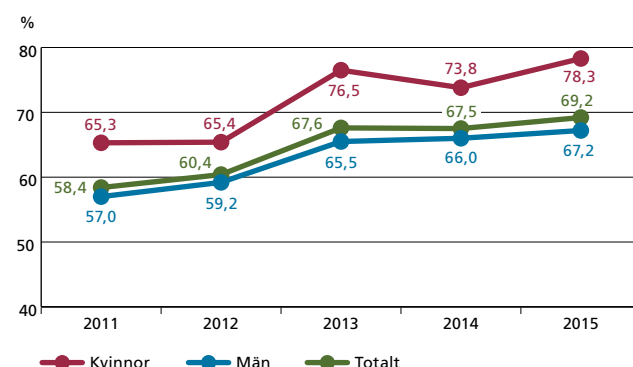
Se sidan 5

Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Figur 22. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi.



Figur 23. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man eller förvaltare.

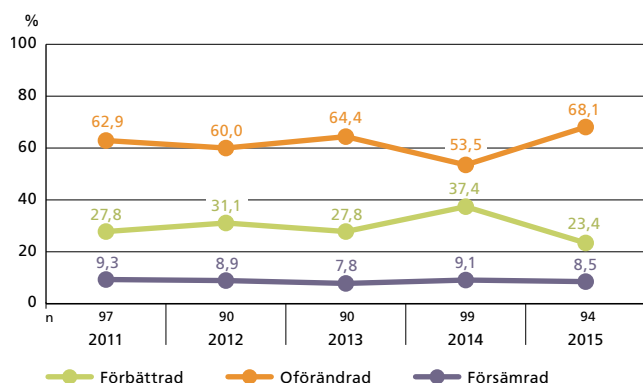


Mellan 60 och 70 procent av patienterna är i behov av hjälp med sin ekonomi vilket är en siffra som är konstant över åren. Detta är förenligt med tidigare visade resultat². Sedan 2010 har andelen patienter som fått hjälp med detta ökat kontinuerligt. Andelen har ökat med drygt 10 procentenheter för både kvinnor och män.

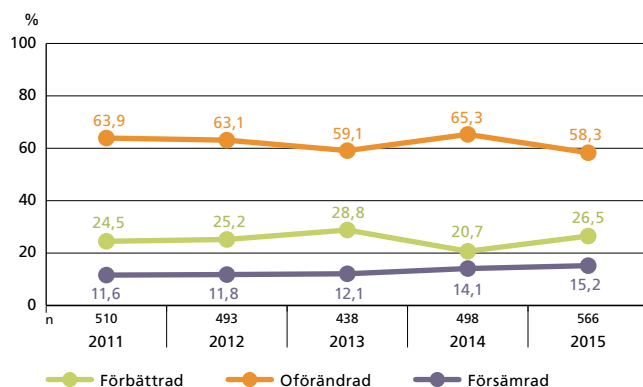
² Gustafsson E et. al. Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 Oct; 19(8): 729–37.

Förändring av skuldsituation

Figur 24. Andel kvinnor med förändrad skuldsituation.



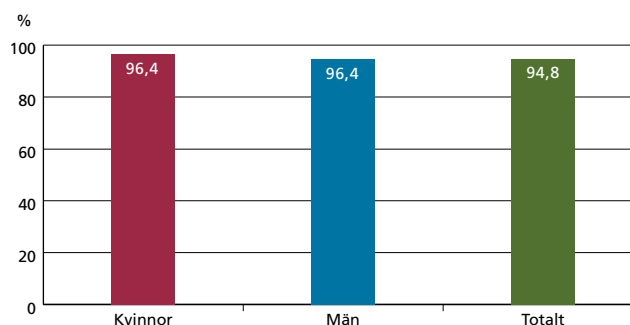
Figur 25. Andel män med förändrad skuldsituation.



För båda könen gäller att skuldsituationen hållit sig nästan konstant över åren. Totalt tycks cirka en fjärdedel få en något förbättrad situation under vårdtiden.

Nätverk

Figur 26. Andel patienter som själva uppbär kontakterna med sociala och/eller professionella nätverk.



Andelen patienter som själva uppbär kontakten med ett nätverk är hög, över 90 procent, en siffra som varit konstant de senaste 5 åren. Ingen skillnad syns mellan könen.

Formuläret i årsuppföljningen ger utrymme för flera svarsalternativ. Det sociala nätverket består av anhöriga (totalt 86 procent) och vänner (totalt 37 procent). I det professionella nätverket står kontakterna med kommunen (totalt 39,8 procent) och landstinget (totalt 38,3 procent) för den största delen. Det är inga stora variationer mellan kvinnors och mäns nätverk.

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

Tabell 26 a. Antal patienter som själva uppbär kontakterna med sociala och /eller professionella nätverk.

Tabell 26 b. Fördelning av sociala och/eller professionella nätverk.

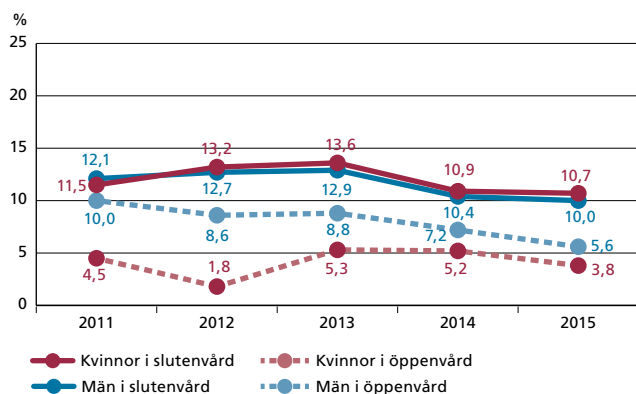


Se sidan 5

Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

I årets rapport är underlagen till återfall i brottslig gärning beräknade med en ny metod 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 registreringsstillfället. I praktiken kan dock en patient ha vårdats i både sluten- och öppenvård under det senaste året. Från och med årsrapporten avseende år 2015 tas hänsyn till detta vid beräkningarna. Med den nya beräkningsmetoden inkluderas patienter som vårdats i båda vårdformerna i underlagen både för öppenvård och för slutenvård.

Figur 27. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i öppen- och slutenvård.



Återfall i brottslig gärning under vårdtiden för såväl kvinnor som män har minskat något över femårsperioden 2011 – 2015. Tydligast är detta bland män i öppenvård.

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

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

Nytt för i år är redovisning av återfall i brottslig gärning i två kategorier: våldsbrott och övriga brott. I sluten vård var andelen återfall i våldsbrott 45 procent (120 individer) och i öppen vård 34 procent (50 individer).

Återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

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

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

	Antal personer som återfallit i brott	Antal personer där rättspsykiatrisk vård avslutats	Andel personer som återfallit i brott
2010	9	102	8,8
2011	15	108	13,9
2012	16	125	12,8
2013	14	112	12,5

För att få en uppfattning av brottets art redovisas återfallen i två kategorier: brott mot person och övriga brott. 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.

Under perioden 2010 – 2012 avskrevs 336 personer från rättspsykiatrisk vård. Av dessa lagfördes 41 personer, 12 procent för någon form av brottslighet under en 1-års period efter avskrivningen. Fjorton personer lagfördes för brott mot person, 27 personer för övriga brott. Eftersom vårdinsatserna, förutom att befrämja ökad hälsa, ska förebygga och minska risken för återfall i brott är det av intresse att följa relationen mellan indexbrott och eventuella återfallsbrott. Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och vården.

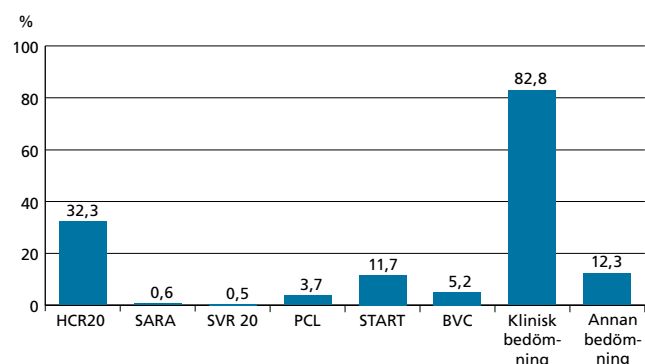
Bland de 41 som återföll i brott var fördelningen mellan indexbrottet, brott mot person i 23 fall och i övriga brott i 18 fall. Av de 23 personer vilkas indexbrott var brott mot person lagfördes 8 personer för brott inom samma kategori, brott mot person. Av de 18 personer vilkas indexbrott var övriga brott lagfördes 12 personer inom samma kategori, övriga brott.

Då återfallen är få är det inte relevant att försöka analysera dessa eller jämföra med statistik från Brå över återfallsbrott från riket i dess helhet. Relationen mellan index- och återfallsbrott kommer dock följas under kommande år och med mer omfattande data möjliggörs utökad uppföljningstid.

Vårdprocess

Genomförd riskanalys

Figur 28. Metoder för riskbedömningar. n = 1243



Risk- och farlighetsanalyser har genomförts på ca 90 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 (Historical Clinical and Risk management) det vanligast förekommande men användningen har minskat över åren för att nu vara nere på cirka 30 procent. Att vid sidan av klinisk bedömning även kategorin ”annan” ökar kan tyda på en ökad användning av lokalt utvecklade instrument. De strukturerade instrumenten har bidragit till att ge risk och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund men minskar ändå vilket kan vara ett tecken på att man i den kliniska vardagen finner dem svårare använda.

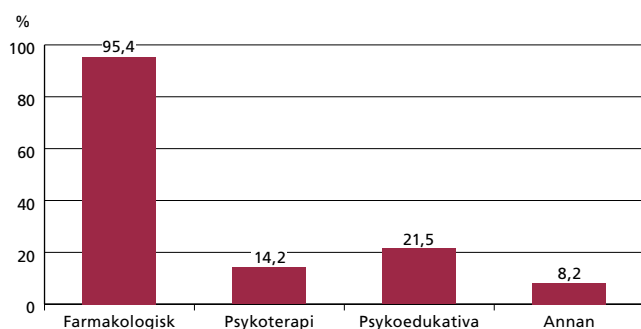
Här följer en beskrivning av instrumenten

- 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.

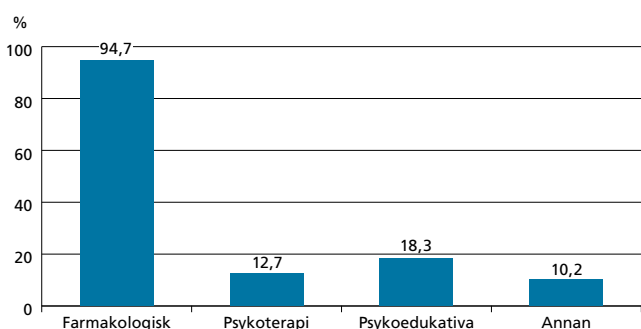
(2005¹; Boer, Hart, Kropp, och Webster, 1997¹ Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, Canada: The British Columbia Institute on Family Violence.)

Behandling utifrån riskbeteende

Figur 29. Behandlingsform utifrån identifierat riskbeteende, kvinnor.



Figur 30. Behandlingsform utifrån identifierat riskbeteende, män.



I figurerna framgår behandlingsinsatser utifrån identifierat riskbeteende. Givetvis kan flera olika typer av insatser användas samtidigt.

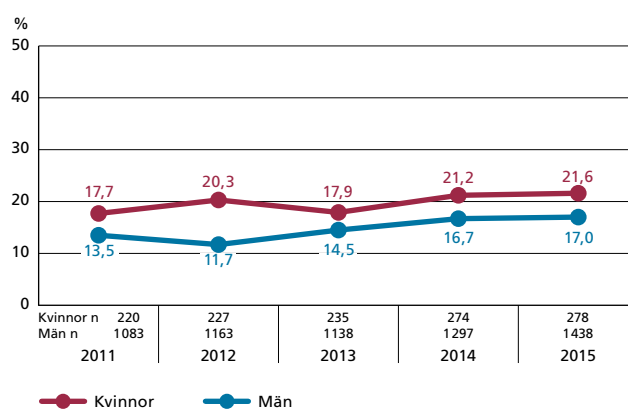
Behandling med psykoterapi utifrån bedömda riskfaktorer fortsätter även 2015 att visa en nedåtgående trend för både kvinnor och män.

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

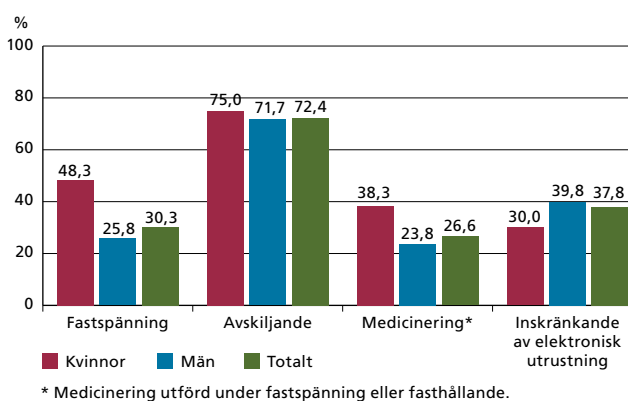
Behandling med läkemedel fortsätter att vara klart dominerande, 9 av 10 patienter behandlas med läkemedel.

Tvångsåtgärder

Figur 31. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19–20.



Figur 32. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder har varierat ganska lite över åren och hamnar strax under 20 procent. Observera att en förändring i lagstiftningen 2014 förändrat reglerna vad gäller elektronisk kommunikation.

Tabell 32 a. Antal patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



Se sidan 5

Brottsbearbetning

Andel patienter som har en pågående alternativt genomgått brottsbearbetning ligger på cirka 35 procent och är lika för både kvinnor och män.

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.

mässigt 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.

Farmakologisk behandling

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

	Kvinnor	Män	Totalt
Anti-depressiva	129 (46,4)	488 (33,9)	617 (36,0)
ADHD	25 (9,0)	150 (10,4)	175 (10,2)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	98 (35,3)	502 (34,9)	600 (35,0)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	88 (31,7)	309 (21,5)	397 (23,1)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	100 (36,0)	476 (33,1)	576 (33,6)
Beroendesjukdomar	23 (8,3)	134 (9,3)	157 (9,1)
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	99 (35,6)	440 (30,6)	539 (31,4)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	71 (25,5)	259 (30,6)	330 (19,2)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	84 (30,2)	229 (15,9)	313 (18,2)
Stämningsstabiliserare (litium)	23 (8,3)	73 (5,1)	96 (5,6)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	51 (18,3)	199 (13,8)	250 (14,6)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	135 (48,6)	733 (51,0)	868 (50,6)
Somatiska sjukdomar	192 (69,1)	882 (61,3)	1074 (62,6)

En majoritet av de rättspsykiatriska patienterna, klart över 80 procent, tar någon form av psykofarmaka och över 60 procent någon medicin för somatiska symtom. När det gäller användningen av olika grupper av psykofarmaka kan konstateras att utvecklingen sedan starten av registret varit långsam och att det är svårt att se några klara trender.

När det gäller användningen av antidepressiva läkemedel kan vi konstatera en klar könsskillnad med 46 procent för kvinnorna och 34 procent för männen och ännu större blir skillnaden för stämningsstabiliserare som tas av ca 40 procent av kvinnorna och 21 procent av männen.

Medicinering mot ADHD är fortsatt låg i relation till vad man borde förvänta sig i den aktuella patientgruppen och ligger nu på cirka 10 procent utan någon könsskillnad.

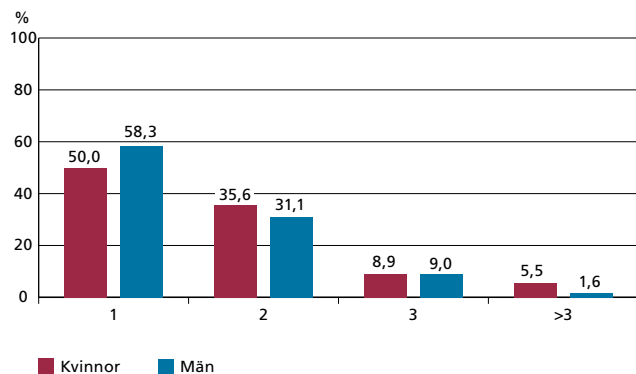
En försiktighet utifrån förekomsten av missbruksproblematik kan vara en förklaring.

Användningen av specifika medel för att minska sug efter droger är låg, inte mer än 9 procent, utan någon könsskillnad. Detta är anmärkningsvärt beaktande hur stor andel av patientgruppen som bedöms ha en missbruksproblematik och stämmer dåligt med uppgifterna vad gäller missbruksbehandling (se Figur 37 och Figur 38).

De största läkemedelsgrupperna är antipsykotika som delats upp efter om de tillhör första eller andra generationens läkemedel eller om de ges peroralt (tabletter, kapslar, flytande) eller som långverkande injektioner. En långsam utveckling kan skönjas här där nu hälften av patienterna får de nyare läkemedlen peroralt och 15 procent i form av långverkande injektioner.

I riktlinjer för antipsykotikabehandling rekommenderas oftast så kallad monoterapi, det vill säga att man bör hålla sig till ett antipsykotiskt läkemedel. Hur detta förhåller sig för vår patientgrupp framgår nedan:

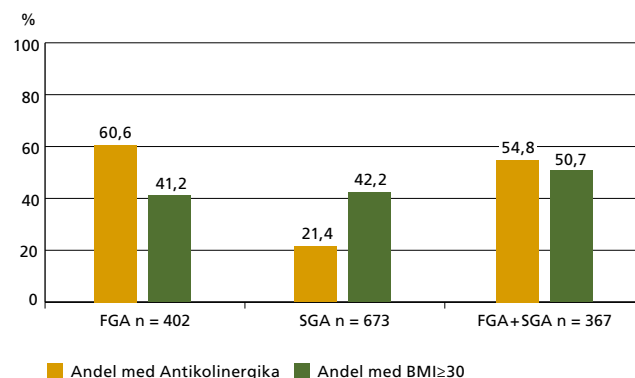
Figur 33. Antal FGA- och SGA-preparat per patient.



Som framgår står 50 procent av kvinnorna och 58 procent av männen på monoterapi. 36 procent respektive 31 står på två antipsykotiska preparat vilket ofta kan vara rimligt utifrån biverkningsprofiler och förväntade synergistiska effekter. Endast 5,5 respektive 1,6 procent står på tre eller fler antipsykotika, det vill säga en polyfarmaci av mer avancerat slag.

Första(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 viktupp-gång och diabetesrisk. Hur det ser ut för de rättspsykiatriska patienterna framgår i figuren nedan.

Figur 34. Andel patienter med BMI ≥ 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp.



Patienter som behandlas med FGA får också ofta (drygt 60 procent) antikolinerga biverkningsmediciner. För patienterna med SGA är motsvarande andel drygt 20 procent. Ett mycket förväntat resultat vilket vi däremot inte kan se vad gäller övervikt. Andelen med ett BMI över 30 är hög, och lika hög i båda grupperna. Detta kan förklaras med att även FGA ofta ger viktupp-gång och att livsstilsfaktorer betyder mer än farmakologisk behandling.

Tabell 34a. Antal patienter som förskrivits läkemedel år 2012–2015.



Se sidan 5

Farmakologisk behandling i jämförelse med PsykosR och Socialstyrelsens nationella riktlinjer

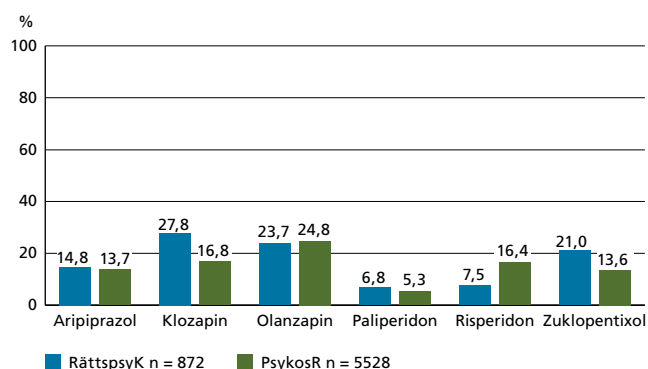
Socialstyrelsens riktlinjer för farmakologisk behandling vid schizofreni rekommenderas vissa läkemedel. Det kan därför vara av intresse att se på fördelningen mellan de populäraste antipsykotiska läkemedlen inom rättspsykiatri och att också jämföra med motsvarande andelar inom övrig psykosvård som det 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.

Tabell 3. Läkemedel fem i topp i RättspsyK och PsykosR.

RättspsyK	PsykosR
Klozapin	Olanzapin
Olanzapin	Klozapin
Zuklopentixol	Risperidon
Haloperidol	Aripiprazol
Aripiprazol	Zuklopentixol

Figur 35. Jämförelse av farmakologisk behandling mellan personer registrerade i kvalitetsregistren RättspsyK och PsykosR.



Risperidon som har en hög användning i PsykosR hamnar långt ned på RättspsyKs lista, först på en nionde plats.

Klozapin, som särskilt rekommenderas vid suicidalitet och tidigt vid bristande svar på behandling, har en hög användning inom båda grupperna.

Den största skillnaden kan vi se vad gäller användningen av de äldre läkemedlen (FGA) där Zuklopentixol och Haloperidol kommer in bland de fem mest använda inom rättspsykiatri.

Patienterna i PsykosR har således oftare läkemedel ur den nyare gruppen (SGA) och oftare monoterapi (cirka 80 procent mot RättspsyK cirka 50 procent).

Det kan vara intressant att konstatera att Zuklopentixol som av Socialstyrelsen rankas lågt i riktlinjerna bland annat på grund av bristande vetenskaplig dokumentation kommer så högt bland patienterna i båda registren.

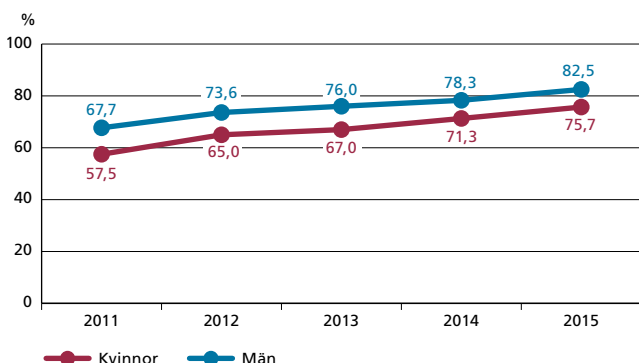
Socialstyrelsens formulering vad gäller användning av biverkningsmediciner av antikolinerg typ som enligt ovan ges till 60 procent av patienterna med FGA-läkemedel är också intressant i sammanhanget:

”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.

Missbruksbehandling

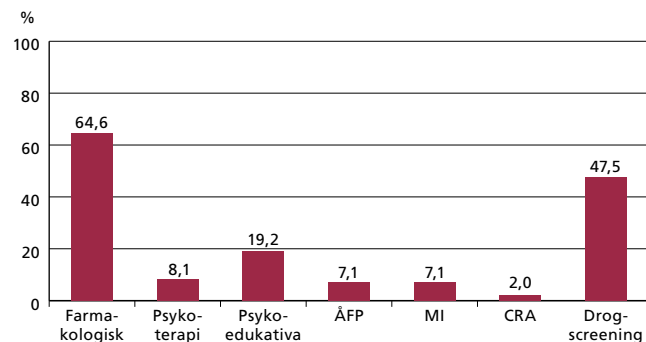
Figur 36. Andelen patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



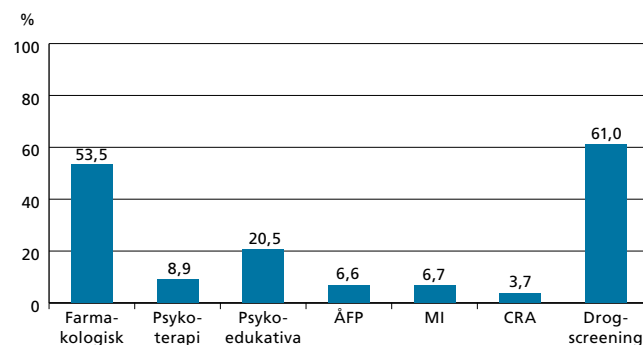
Fler patienter än tidigare år anges få missbruksbehandling. Vi kan se en ökning från 2011 till 2015 med cirka 15 procent och nu anges 82 procent av männen och 76 procent av kvinnorna få behandling.

I de nationella riktlinjerna framhålls drogscreening som en metod för behandling vilket borde ha påverkat resultatet.

Figur 37. Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos där uppgift om missbruk finns, kvinnor.



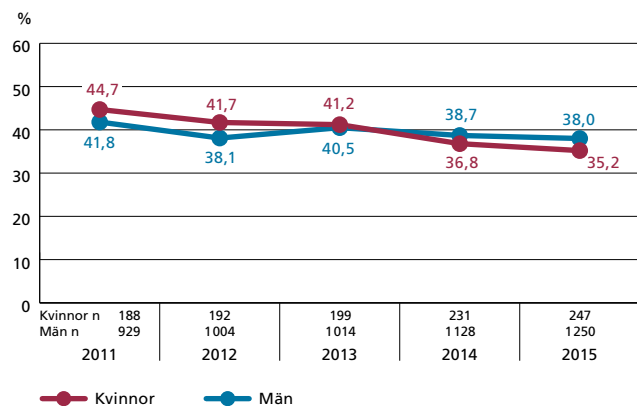
Figur 38. Missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos där uppgift om missbruk finns, män.



En hög andel av både män (53 procent) och kvinnor (65 procent) får farmakologisk missbruksbehandling. Det kan då inte avse specifika läkemedel för beroendestillstånd som bara ges till cirka 9 procent av patienterna. Förmodligen registrerar man här även exempelvis anti-psykotisk, stämningsstabiliserande eller annan mediciner som förväntas ge effekt på grundsjukdomen och därmed även påverka missbruksproblematiken.

Genomförd funktions- och/eller behovskattning

Figur 39. Andel patienter som genomgått funktions- och/eller behovskattning.



Funktionskattning av patienter sker inte regelbundet och årligen utan kan komma när det är lämpligt under vårdtiden såsom vid nybedömning, i samband med förändringar i vårdprocessen, vårdformen eller patientens mående.

I utredning och bedömning har psykologen en mängd instrument till sitt förfogande. De kan ta formen av skattningsskalor eller frågeformulär, strukturerade eller semi-strukturerade intervjuer och mer renodlade tester. I grova drag kan de delas upp i de instrument som är avsedda för bedömning av svårighetsgraden i ett tillstånd, de som är avsedda för att vägleda diagnostik, de som är avsedda för bedömning av kognitiva förmågor eller funktioner samt de som är avsedda för bedömning av generella beteende- och personlighetsmönster. Dessa instrument används aldrig fristående utan utgör en informationskälla till en övergripande bedömning av en persons fungerande och svårigheter.

Exempel på arbetsterapeutiska bedömningsinstrument som är användbara inom rättspsykiatri.



Se sidan 5

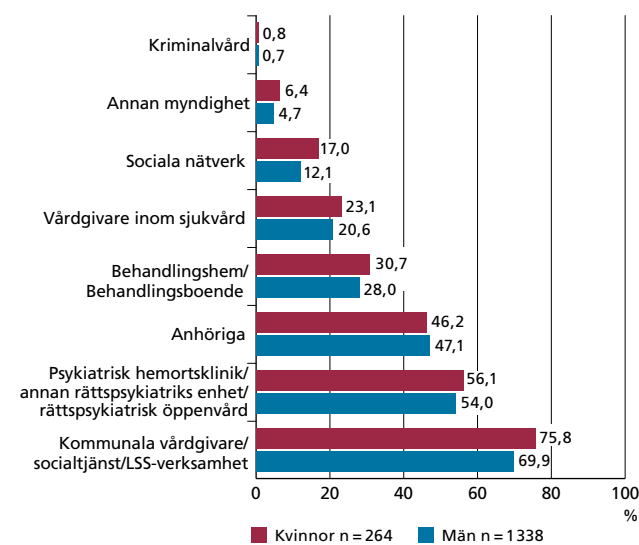
Samverkan och samverkansbehov

Vid denna redovisning kan samma patient förekomma i flera olika poster. Detta innebär att en patient kan ha fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan ha behov av ytterligare samverkan som ännu ej är tillgodosedda. Till exempel kan en patient ha fungerande samverkan med kommunen avseende boende, men ha behov av ytterligare samverkan med samma aktör avseende arbetsrehabilitering.

Tabell 4. Antal patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer (andel anges inom parentes).

	Fungerande samverkan med externa aktörer	Totalt
Kvinnor	264 (95,0)	278
Män	1 338 (93,1)	1 437
Totalt	1 602 (93,4)	1 715

Figur 40. Andel patienter med fungerande samverkan per aktör.

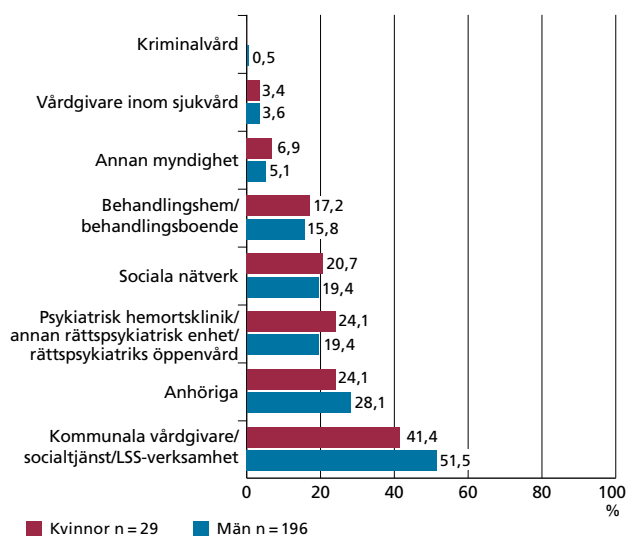


Andelen patienter som har fungerande samverkan med externa aktörer är fortsatt hög. Högst andel har en fungerande samverkan med kommunala aktörer.

Tabell 5. Antal patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett (andel anges inom parentes).

	Icke tillgodosett samverkansbehov med externa aktörer	Totalt
Kvinnor	29 (10,4)	278
Män	196 (13,6)	1 437
Totalt	225 (13,1)	1 715

Figur 41. Andel patienter med icke tillgodosett samverkansbehov per aktör.



Andelen kvinnor som har ett icke tillgodosett behov av samverkan har minskat från 24 procent 2011 till 10 procent 2015, 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 rättspsykiatriens vanligaste samverkanspartner. När det gäller kommunala vårdgivare har andelen kvinnor med icke tillgodosett samverkansbehov mellan åren 2014 och 2015 minskat från 59 procent till 41 procent. På motsvarande sätt kan en rörelse iaktas för kvinnor när det gäller behandlingshem/ behandlingsboende från 40 till 17 procent, liksom för vårdgivare inom sjukvård från 19 till 3 procent.

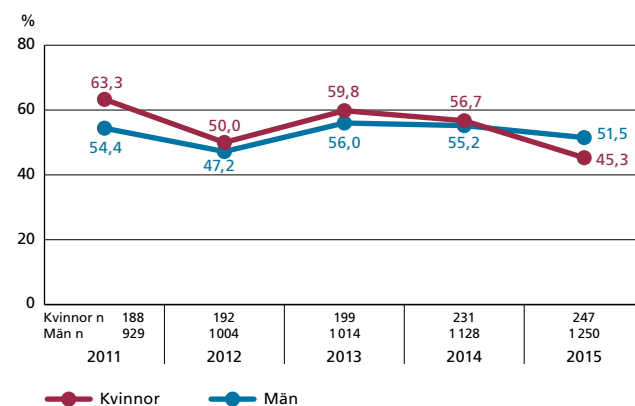
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdas i slutenvård är ca 11 procent. Det har visat sig att det i landet inte finns någon entydig definition för när en patient ska anses vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det finns inte heller någon samsyn kring hur länge det är acceptabelt att en patient som bedömts vara färdig för öppen rättspsykiatrisk vård kvarstannar inom slutenvård, innan detta är att betrakta som ett problem. Dessa faktorer gör det svårt att dra några vittgående slutsatser utifrån siffrorna ovan. De är snarare att betrakta som stickprov som ger en fingervisning om hur svårt det upplevs att säkerställa nödvändiga strukturer för fungerande öppenvård.

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

Patientenkät

Figur 42. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.



Andelen patienter som erbjudits att besvara någon enkät fortsätter sjunka även 2015. Mellan åren 2011 och 2015 kan en stor minskning ses vad det gäller kvinnor på nära 20 procent. Enkäterna kan vara Nationella, regionala, interna och vara som underlag till förbättringsarbete och/eller forskning.

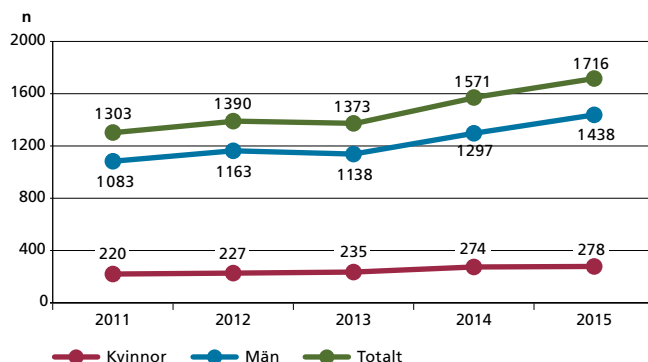
Patientgruppen i registret

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för att ingå i registret är att patientens LRV-dom vunnit laga kraft. Patienten följs därefter under hela sin vårdtid, såväl sluten- som öppenvård samt mellan vårdenheter. Exklusionskriterier är att LRV- domen upphör eller att patienten avlider.

Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 43. Antal uppföljda patienter.

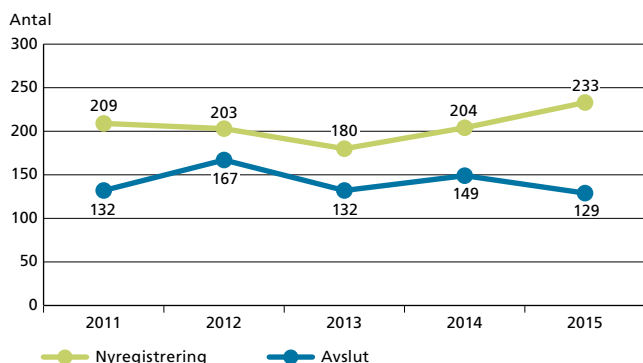


Tabell 6. Antal uppföljda patienter.

	Kvinnor					Män				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt antal patienter	220	227	235	274	278	1083	1163	1138	1297	1438
Andel (%)	16,9	16,3	17,1	17,4	16,2	83,1	83,7	82,9	82,6	83,8
Ålder (medelvärde)	39,9	40,5	41,2	41,4	41,9	40,6	41,5	41,6	42,0	41,8

Antalet uppföljda patienter ökar för varje år och har sedan 2011 ökat med dryga 20 procent. Fördelningen är relativt konstant med närmare 20 procent kvinnor och 80 procent män.

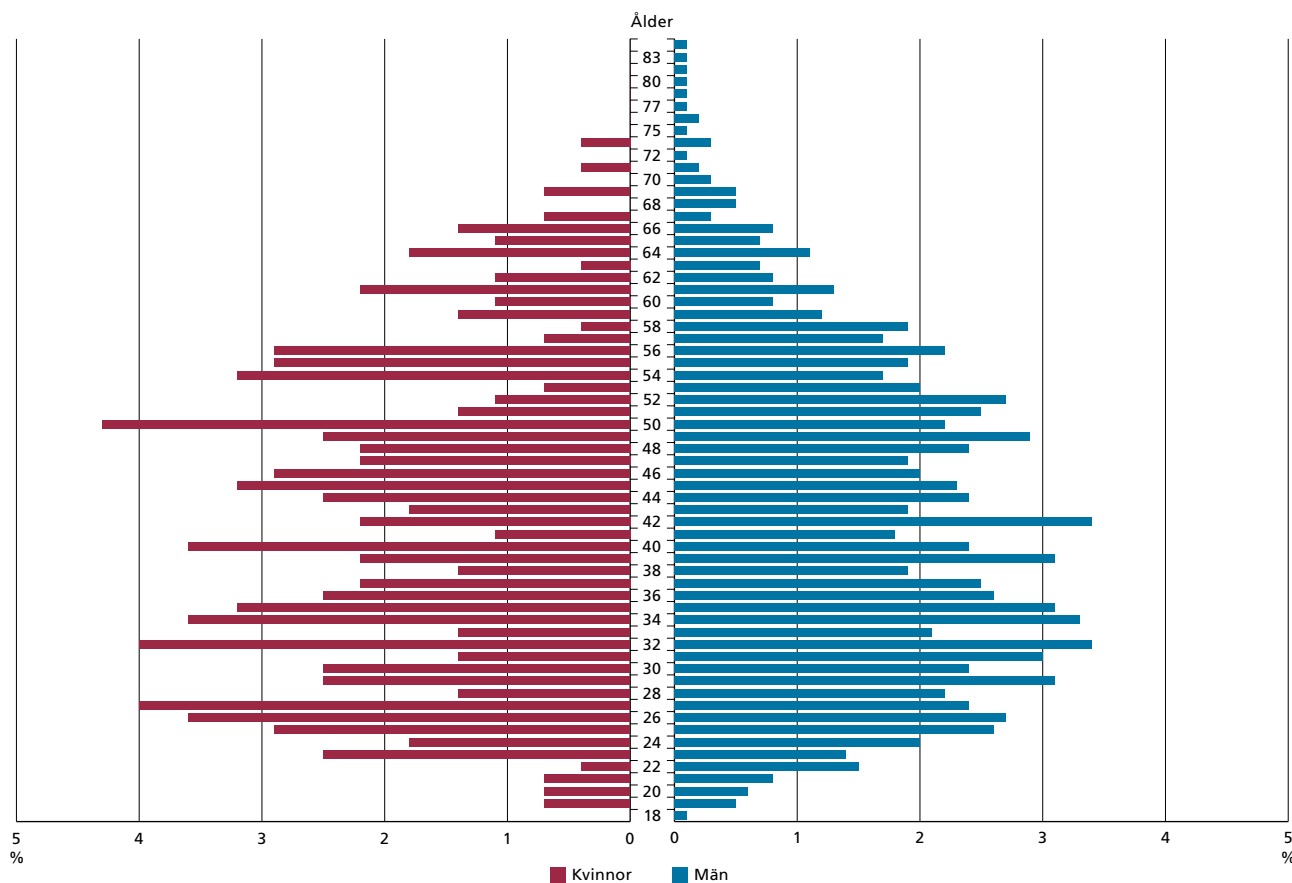
Figur 44. Antal nyregistrerade och avslutade patienter under åren 2011–2015.



Under 2015 genomfördes ett stort valideringsarbete där några enskilda kliniker avslutade patienter i registret som under en tid ej hanterats. Detta har höjt registrets datakvalitet och har i efterhand påverkat statistiken genom att öka antalet avslutade patienter mellan 2009–2015. Mellan dessa år har totalt 878 patienter avslutats i registret. Den vanligaste orsaken till avslut är att LRV-vården avskrivs, cirka 90 procent. Andelen avlidna patienter är cirka 10 procent, huvuddelen av naturliga orsaker.

Ålder

Figur 45. Ålderfördelning i registret, män och kvinnor.



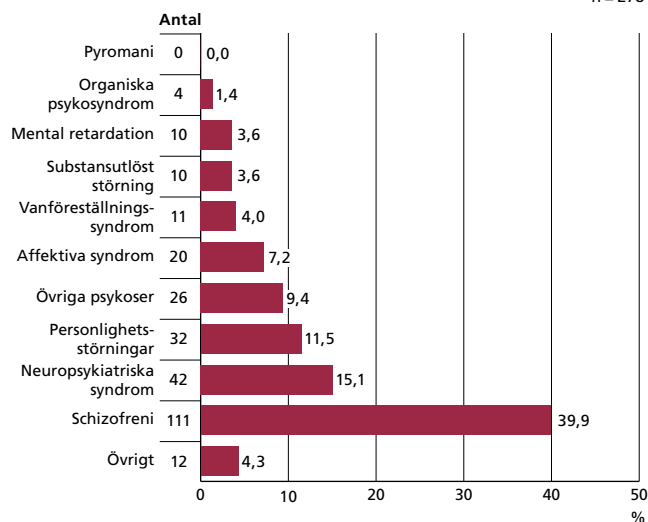
Åldern på de rättspsykiatriska patienterna varierar mellan 18 till 84 år. Åldersgruppen 18–24 år utgör cirka 5 procent av patientgruppen, men är i många avseenden

en grupp med stora behov. Andelen patienter över 57 år är dryga 13 procent och även denna grupp har stora behov, inte minst på grund av somatisk sjukdom.

Huvuddiagnos

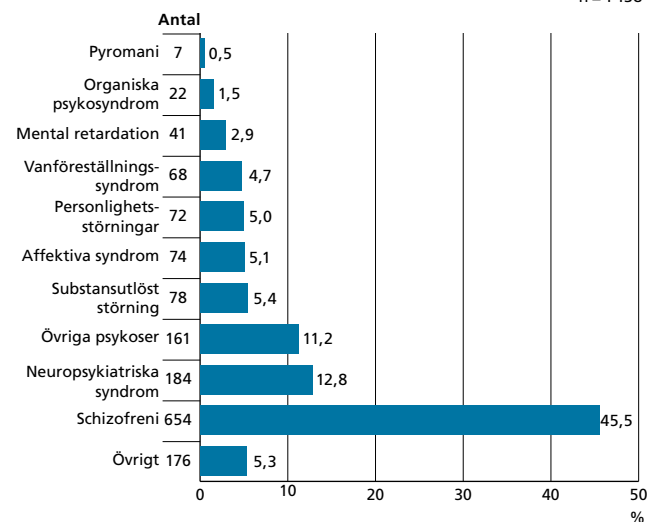
Figur 46. Huvuddiagnoser för kvinnor.

n = 278



Figur 47. Huvuddiagnoser för män.

n = 1438



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

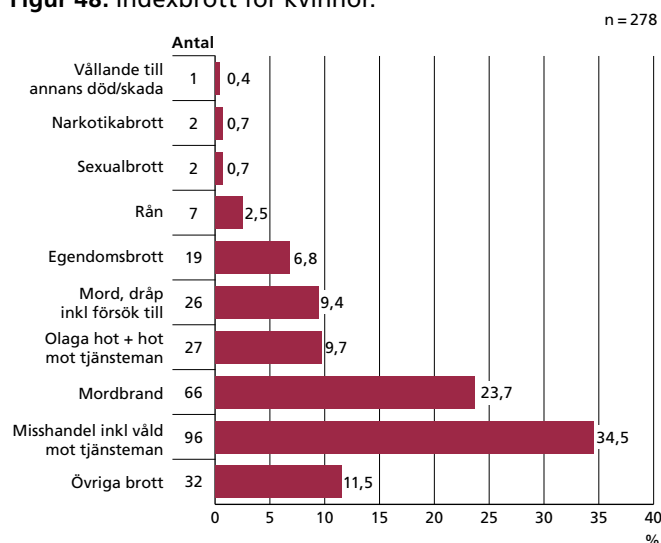
Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både män och kvinnor. Denna diagnos karaktäriseras ofta av svåra psykotiska symtom. Diagnosen har också visat sig ha en enskilt stark koppling till risk för återfall i våldsbrott. En majoritet av patienterna uppvisar en psykisk störning med psykotisk valör (inklusive affektiva störningar).

Här kan man dessutom se en klar ökning sedan 2010. Figurerna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Personlighetsstörningar är som huvuddiagnos dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män medan schizofreni-diagnos är något vanligare bland männen.

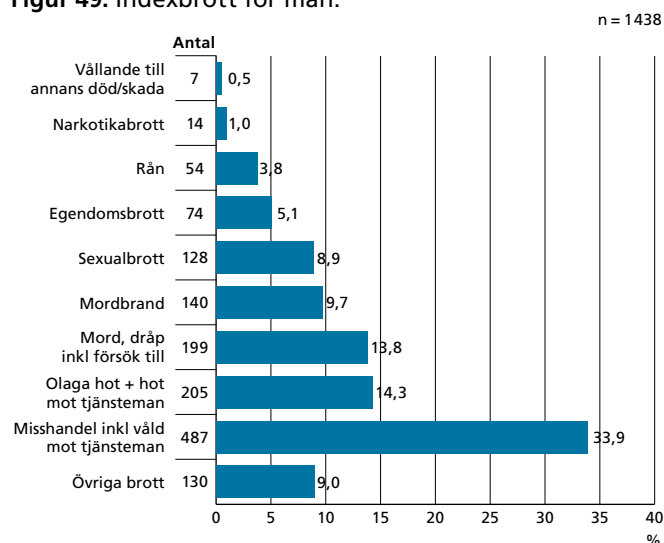
Andelen patienter som har en mental retardation som huvuddiagnos, vilket i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattar mindre än 4 procent, men är likväl en patientgrupp som medför många svårigheter att hantera i en rättspsykiatrisk vårdmiljö.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

Indexbrott

Figur 48. Indexbrott för kvinnor.



Figur 49. Indexbrott för män.



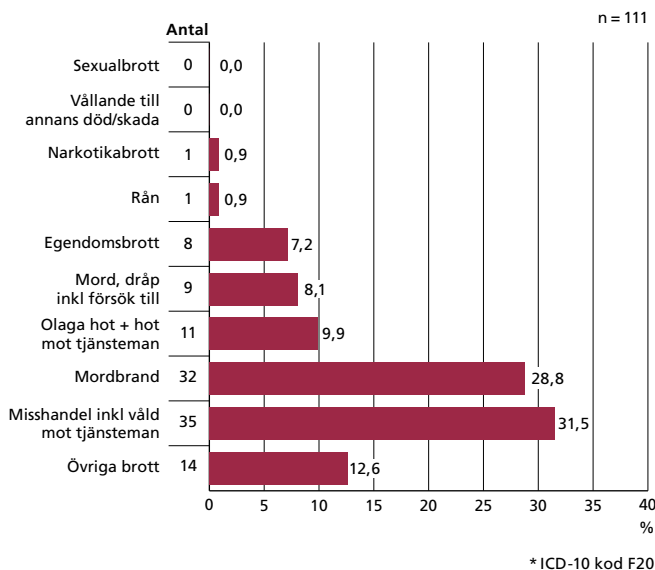
Eftersom en rättslig särbehandling i form av överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art. Brottsligheten som de rättspsykiatriska patienterna uppvisar domineras av brott mot person (inklusive sexualbrott och rån), där misshandel inklusive våld mot tjänsteman är det vanligaste indexbrottet hos både kvinnor och män, drygt 30 procent.

Ovanstående är i linje med den statistik som BRÅ visar. Bland lagförda våldsbrott utgör misshandel den största

brottskategorin, samt att en stor del av misshandel är relaterad till alkohol och sker på allmän plats, mellan personer som inte är kända med varandra sedan tidigare. <http://www.bra.se/bra/brott-och-statistik/vald-och-misshandel.html>.

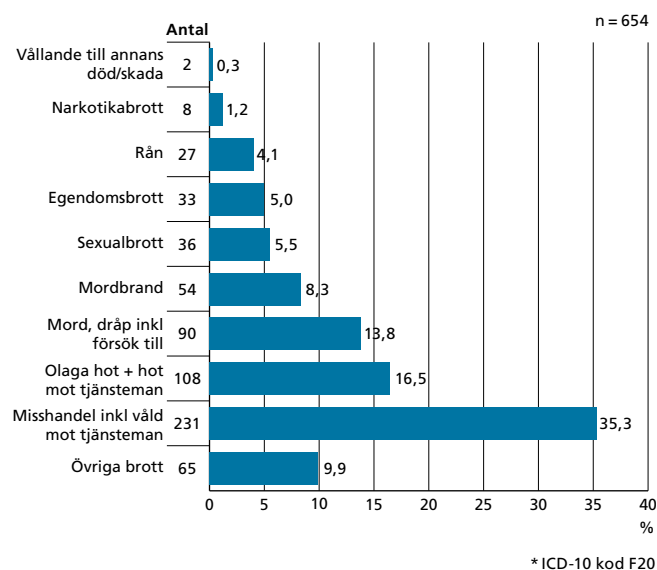
Bland kvinnor sticker brottet mordbrand ut, en ”klassisk” brottstyp i rättspsykiatriska sammanhang. Andelen sexualbrott är relativt låg bland männen, cirka 9 procent, och nästan obefintlig bland kvinnorna.

Figur 50. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* för kvinnor.



Indexbrotten vid huvuddiagnos schizofreni skiljer sig inte nämnvärt från vid övriga huvuddiagnoser. Noterbart är att män med huvuddiagnos schizofreni begår färre sexualbrott än den genomsnittliga gruppen och att andelen ”övriga brott” har ökat för kvinnor med samma huvuddiagnos.

Figur 51. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* för män.



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

Bakgrundsdata

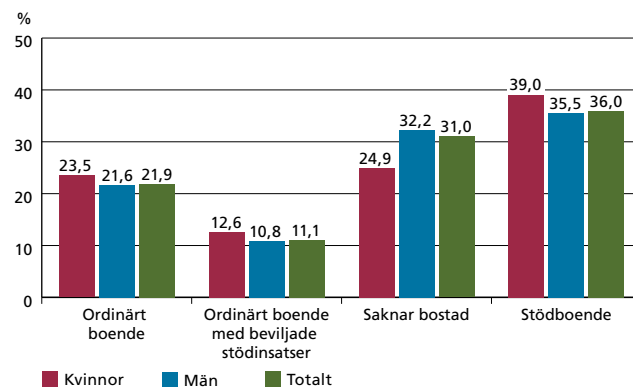
Barn

I registret följs om patienten har barn under 18 år. 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 12,4 procent av de rättspsykiatriska patienterna. Det är en ökning på 3 procent sedan föregående år.

Boendeform

Figur 52. Andel patienter uppdelat på boendeform under pågående vård, 2015.



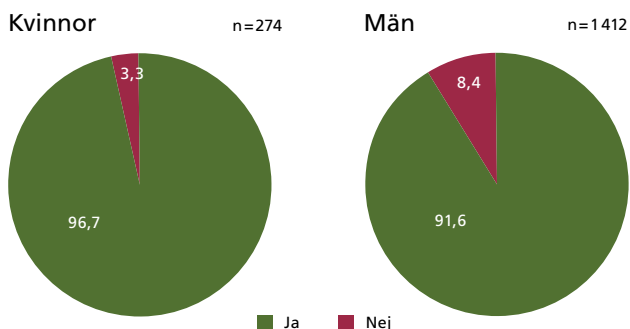
Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figuren. I figuren ingår både ineliggande patienter och patienter som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård. Cirka 1/3 av patienterna har boende med eller utan beviljade stödinsatser, 1/3 har stödboende och 1/3 saknar bostad, detta skiljer sig inte mycket från de föregående åren.

Tabell 52a. Fördelning av boendeform (andel anges inom parentes).

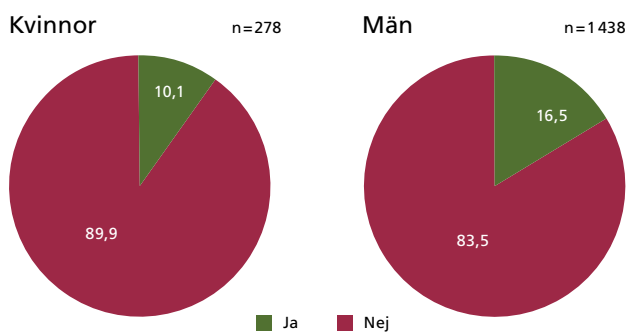


Tidigare psykiatrisk vård

Figur 53. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



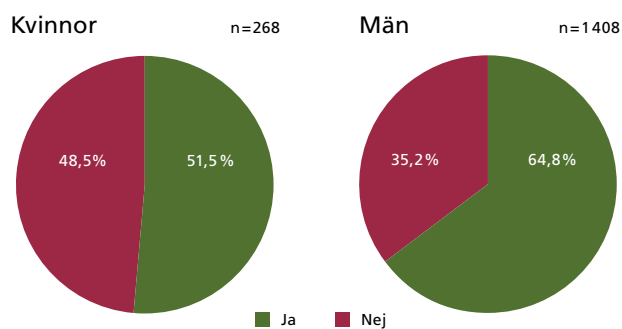
Figur 54. Andel patienter som tidigare vårdats enligt LRV.



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 kvinnor än män, även om skillnaden är relativt liten. En mindre andel har dömts till vård enligt LRV vid tidigare tillfälle. Andelen män är fler i denna grupp än kvinnor.

Tidigare missbruk

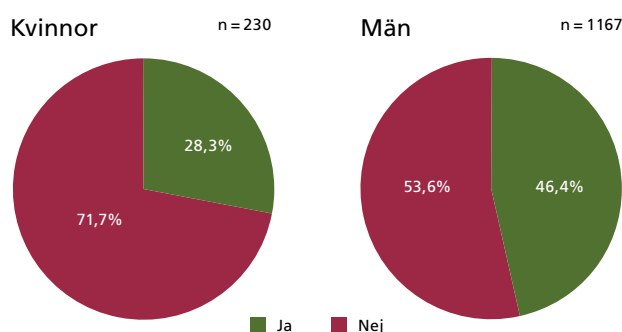
Figur 55. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



Utöver den psykiatriska problematiken har de rättspsykiatriska patienterna ofta också ett missbruk. Fortsatt har två tredjedelar av männen och drygt hälften av kvinnorna ett tidigare dokumenterat missbruk.

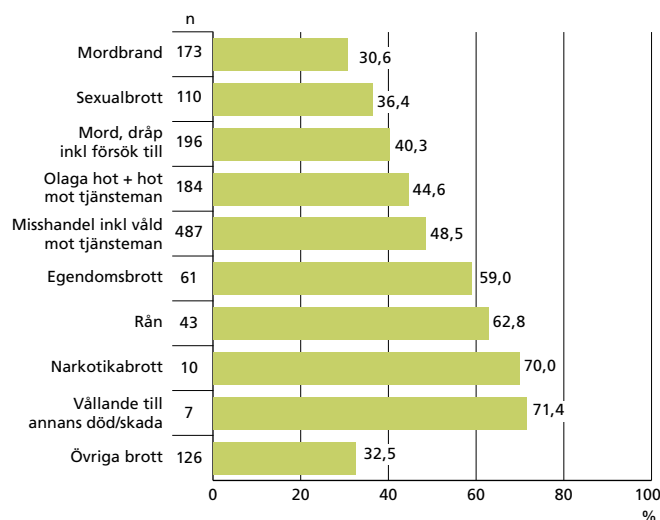
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol

Figur 56. Andelen patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid brottet (indexbrottet).



Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 46,4 procent av männen och 28,3 procent av kvinnorna var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

Figur 57. Andelen patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid respektive brott (indexbrott).

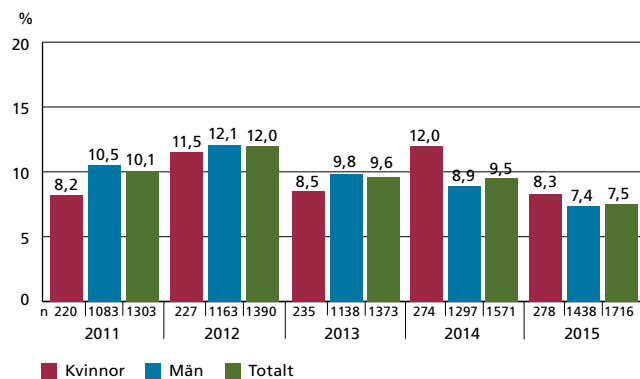


Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman som även är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var nästan hälften påverkade av någon drog eller alkohol.

Vårdtid

Avslutade vårdepisoder 2011 – 2015

Figur 58. Andel avslutade vårdepisoder i hela landet åren 2011–2015.

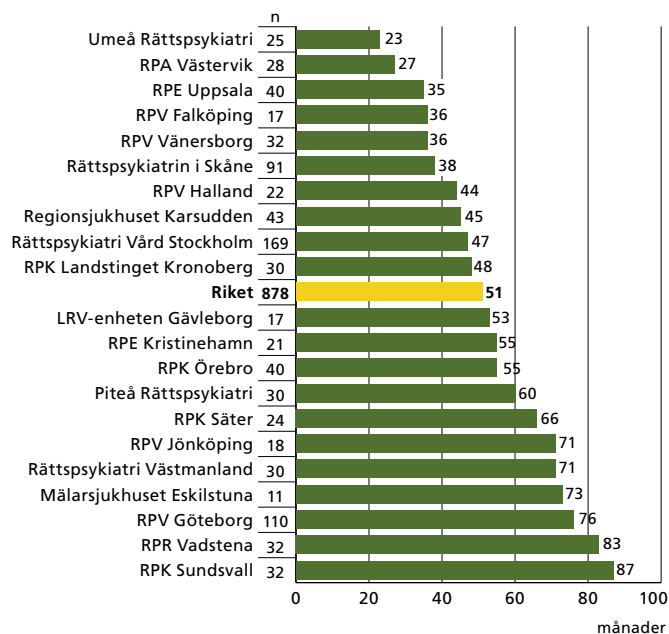


Sammanlagt 709 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården under åren 2011 – 2015. Av dessa är andelen kvinnor, 120 individer som utgör drygt 17 procent. Antalet män som blev utskrivna under de fem åren är följaktligen 589. Antalet patienter som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården har ökat kontinuerligt över åren till och med 2012 men de senaste tre åren har utskrivningar totalt minskat.

Medianvårdtider för individer som blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2015

Sammanlagt 878 patienter har blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården mellan åren 2009 – 2015. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 51 månader, (4 år och 3 månader). Det föreligger en viss skillnad i vårdtiden för män respektive kvinnor, där människens medianvårdtid i genomsnitt är drygt 7 månader längre än kvinnornas under perioden 2009 – 2015.

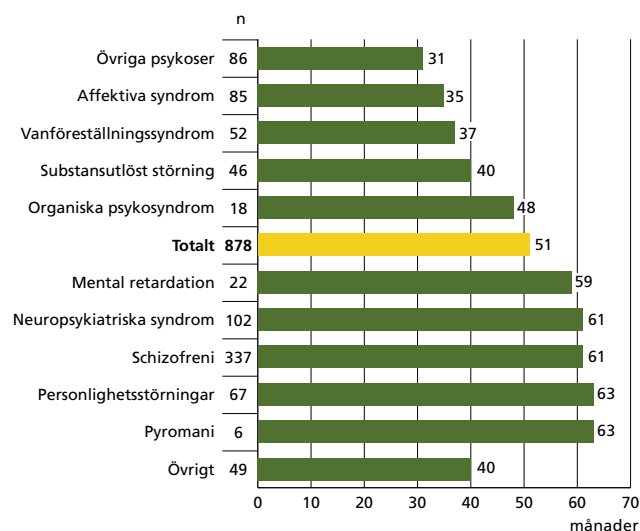
Figur 59. Medianvårdtider för individer med avslutad vård vid olika enheter, 2009–2015.



Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 23 månader (knappt 2 år) och 87 månader (drygt 7 år och 2 månader). Även i år skiljer sig medianvårdtiderna vid regionklinikerna (Säter, Karsudden, Sundsvall, Vadstena och Växjö) åt.

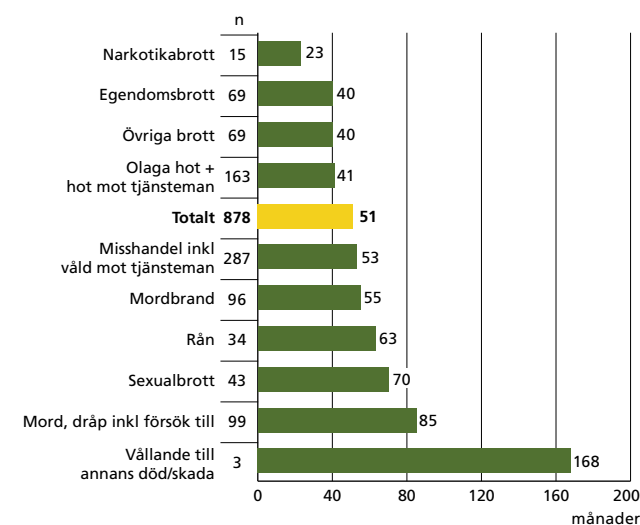
De varierande medianvårdtiderna kan eventuellt förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig något åt och att man därför delvis hanterar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring kan vara att enstaka patienter (i de trots allt ganska låga utskrivningstalen) med avvikande vårdtidslängd påverkar i viss riktning. Andra faktorer såsom till exempel tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

Figur 60. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avslutad vård under åren 2009–2015.



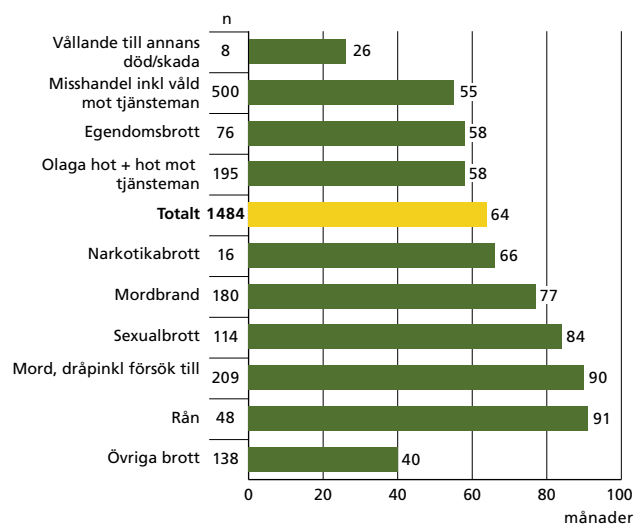
Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Personlighetsstörningar noteras ha längst vårdtider (cirka 5 år och 2 månader) och strax efter kommer neuropsykiatriska syndrom och schizofreni. Vårdtiderna vid den ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart sex individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

Figur 61. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avslutad vård under åren 2009–2015.



Stor variation på medianvårdtid efter brottsgrupp (indexbrott) för patienter med avslutad vårdtid. Den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman har medianvårdtid på 53 månader (cirka 4 år och 3 månader).

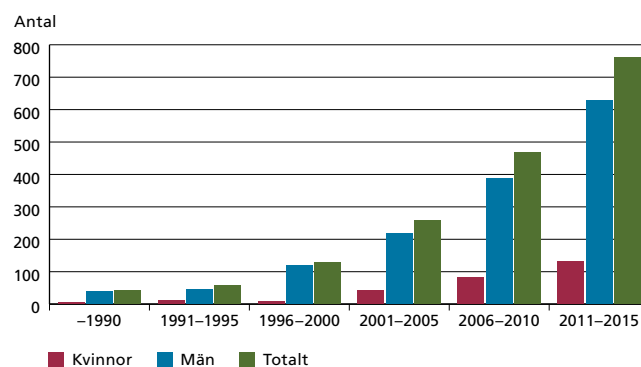
Figur 62. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående vård.



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

Domslutsår

Figur 63. Domslutsår för patienter som vårdades 2015.



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

Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

Samtliga 25 enheter i landet har under året rapporterat till registret, vilket ger en täckningsgrad på 100 procent.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättsspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av Register-service vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 86,4 procent i riket. Täckningsgradsanalysen finns beskriven i Täckningsgrader 2015: Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren, Socialstyrelsen 2015.

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättsspsyK består av patienter som var aktuella under 2014, med inskrivningsdatum senast 31 december 2014. Urvalet ur patientregistrets psykiatriska tvångsvård består av de patienter som vårdades 2014 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 RättsspsyK (1 728). Nämnaren är totala antalet patienter i RättsspsyK och patientregistret (2 000).

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

Enheterna i registret

Enheterna visas här ur olika perspektiv. Respektive enhet har lämnat en beskrivning av sin verksamhet som sammanställts i tabellen nedan. Vidare har ledningen för res-

pektive verksamhet via sin verksamhetschef erbjudits möjlighet att reflektera över sina data i 2014 års rapport.

Tabell 7.

Landsting	Typ av klinik	Vårdplatser	Säkerhetsnivå*	Vårdform	Upptagningsområde	Lokalisering
Dalarna	Regionsjukvård	63	2,3	Sluten och öppen	Uppsala-Örebroregionen/avtal Gävleborg	Säter
Gävleborg	Länssjukvård	10	0	Sluten och öppen	Gävleborg	Gävle Sjukhus
Halland	Länssjukvård	12	2	Sluten och öppen	Halland	Varbergs sjukhus
Jönköping	Länssjukvård	12	3	Sluten och öppen	Jönköpings län	Jönköping/Ryhov
Kalmar	Länssjukvård	20	2,3	Sluten och öppen	Kalmar län	Västervik
Kronoberg	Regionsjukvård	125	1,2,3	Sluten och öppen	Södra regionen	Växjö
Norrbottnen	Länssjukvård	53	2,3	Sluten och öppen	Norrbottnen/avtal Västerbotten	Piteå/Öjebyn, Malmfälten
Skåne	Länssjukvård	90	2	Sluten och öppen	Region Skåne	Malmö, Hässleholm, Helsingborg
Stockholm	Regionsjukvård	168	1,2,3	Sluten och öppen	Stockholms län	Helix, Flemingsberg, Löwenströmska
Sörmland	Regionsjukvård	130	2	Sluten och öppen	Stockholm, Sörmland, Gotland	Karsudden, Katrineholm
Uppsala	Länssjukvård	20	2	Sluten och öppen	Uppsala län	Uppsala/Ulleråkersområdet
Värmland	Länssjukvård	32	2,3	Sluten och öppen	Värmland	Kristinehamn
Västerbotten	Länssjukvård	14	2	Sluten och öppen	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå
Västerbotten	Länssjukvård	44	3	Sluten och öppen	Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå
Västernorrland	Regionsjukvård	101	2,3	Sluten och öppen	Region Västernorrland/avtal Jämtland, Hälsingland	Sundsvall
Västmanland	Länssjukvård	55	2,3	Sluten och öppen	Västmanland	Sala
Västra Götaland	Länssjukvård	0	0	Öppen	Södra Älvsborg	Borås
Västra Götaland	Länssjukvård	24	2	Sluten och öppen	Skaraborg	Falköping
Västra Götaland	Länssjukvård	96	1,2	Sluten och öppen	Göteborgs och Bohus län	Göteborg
Västra Götaland	Länssjukvård	54	2	Sluten och öppen	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SÄS slutenvård	Vänersborg
Örebro	Länssjukvård	25	3	Sluten och öppen	Örebro län	Örebro
Östergötland	Regionsjukvård	72	2,3	Sluten och öppen	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena

* 1 = Mycket hög 2 = Hög eller godtagbar 3 = Godtagbar

I tabellen saknas tre enheter: Malmfälten där Piteå/Öjebyn registrerar, Mälarsjukhuset där Karsudden registrerar samt Östersund.

Reflektioner från verksamheterna

RPE KRISTINEHAMN

Återfall i brottslig gärning

Redovisningen av denna parameter har för vår verksamhet blivit till ett problem, då vi statistiskt ligger högt i jämförelse med många av de andra klinikerna. Antagandet att detta är en sanning har media tagit fasta på och publicerat en artikel "Värmländska patienter begår flest brott" där vi fått beskriva vad anledningen till detta är och fått försvara oss. Jag ser med oro på hur detta påverkar våra patienter som redan innan är en grupp där stigmatiseringen är en risk och människors syn på patienternas "farlighet" ofta ifrågasätts.

Jag anser att om denna parameter överhuvudtaget ska fortsätta att registreras så behöver utförandet ske på ett likvärdigt sätt av alla deltagande kliniker, det vill säga att vi värderar och tolkar frågorna på ett sätt som får tillförlitligheten i resultatet att överensstämma med verkligheten.

Lena Ohlsén, Verksamhetschef

lena.ohlsen@liv.se

Landstinget i Värmland Division psykiatri

Rättspsykiatri 681 80 Kristinehamn

RPK SÄTER

Utifrån data i RättspsyK har vi valt att titta på hur vi arbetar med patienternas ekonomi och eventuella skuldsituation. Detta är ett fokusområde för förbättringsarbete på kliniken, och arbetet kommer att fortsätta under kommande år för att om möjligt förbättra situationen för patienterna vid utskrivning.

Ulf Björnfort, Verksamhetschef

Rättspsykiatriska kliniken, Säter

ulf.bjornfort@ltdalarna.se

PITEÅ

Vi har varit med i registret sedan första början och har även en representant i styrgruppen.

Patienternas egna skattningar

Glädjande kan vi konstatera att vi ligger högt när det gäller patienternas egna skattningar om sitt psykiska och somatiska mående samt livskvalitet. När det gäller psykiskt mående för patienter inom öppen rättspsykiatrisk vård ligger vi högst i landet samt även när det gäller deras egna skattningar om livskvalitet.

BMI

Vi ligger fortfarande över rikssnittet i andelen patienter med alldeles för högt BMI, men detta är något vi jobbar frekvent med. Vi har många hälsosatsningar på kliniken, som en hälsogrupp, nybyggt utegym, hälsoveckor och med olika teman och hälsocoacher på våra avdelningar. Under 2016 kommer vi även att bjuda in en dietist för att informera och motivera personalen för att de i sin tur ska kunna motivera och arbeta mer aktivt med våra patienter.

Återfall i brottslig gärning

En annan siffra som sticker ut för vår klinik, är återfall i brottslig gärning under slutenvårdstiden.

Att vårt landsting är sämst i landet gällande denna parameter, är ett mycket vådligt antagande.

Ett sätt att värdera risken för återfall i brott är att notera om brottslig gärning begåtts av patienten under vårdtiden. Om en olaglig gärning begåtts under vårdtiden är detta en viktig indikation på risk för återfall i brott ute i samhället. Detta innebär att vi kan arbeta mer fokuserat på att förebygga brott när utskrivning blir aktuell.

Ett problem i registreringen är att det inom psykiatrisk vård, och i synnerhet inom rättspsykiatrisk vård, funnits en tradition att ignorera "mildare" lagöverträdelser såsom hot, skadegörelse och narkotikainnehav. Denna tradition skiljer sig avsevärt mellan olika enheter, vilket övriga kliniker är medvetna om och arbetar med att förbättra.

När det gäller statistik, är det alltid extra viktigt att validera indata, att alla tolkar frågor på samma sätt, att registreringen sker på samma sätt på alla kliniker, därför pågår ett valideringsarbete inom registret som ska förbättra registreringarna och göra siffrorna mer jämförbara.

Rolf Stenvall, verksamhetschef gn

Anna-Karin Burman, Sekreterare

Psykiatrin läns gemensamt, Box 8, 943 21 Öjebyn

RPV BRINKÅSEN VÄNERSBORG

BMI

Totalt ligger vi strax under riksnittet och når inte det nationella målet, men genom projektet "Rätt insatser för patientens bästa", har vi inspirerats av hur rättspsykiatri i Piteå arbetar med hälsoveckor, vilket vi infört som obligatorisk aktivitet, vår och höst.

Aktiviteterna i anslutning till hälsoveckorna, arbetet i kost och aktivitetsgruppen, samt införd årlig hälsokontroll, är åtgärder vi önskar ge resultat hos den enskilde individen, som på sikt sänker BMI-indikatoren.

Skuldsituation

Förbättringsarbete med fokus på patienternas ekonomi, har verksamheten arbetat med sedan sjuksköterskorna Maritha Holm och Erika Gustafsson i sin magisteruppsats 2009 identifierade, att ekonomi var en stor faktor för fungerande utslussning i öppenvården. Indikatoren blir spännande att följa, då åtgärder successivt införs, i syfte att stärka och hjälpa patienterna, att hantera sin ekonomi.

Återfall i brottslig gärning

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

*Med vänlig hälsning
Verksamhetschef Kent Storm,
kent.storm@vgregion.se*

*Enhetschef Göran Arthursson,
goran.arthursson@vgregion.se
RPV Brinkåsen Vänersborg
Vuxenpsykiatri NU-sjukvården*

RÄTTSPSYKIATRI VÄSTMANLAND

Rättspsykiatri Västmanland har utifrån registret uppmärksammat ett högre BMI än önskvärt vilket vi arbetar successivt med genom kostmedvetenhet och ökade möjligheter för aktivitet för patienterna. Detta är ett långsamt projekt som kräver fortsatt många nya rutiner och förändringar.

Vid rekrytering av drogterapeut har vi tagit ut dataunderlag för andel patienter i Västmanland som begått brott under påverkan av alkohol och/eller droger samt vilken behandling de fått under vårdtiden.

Även om våra patienter under vårdtiden inte återfaller i brottslig gärning i någon större utsträckning är vi i startgrupparna att påbörja ett mindre projekt att under en kortare period registrera mera ingående oacceptabla beteenden på en avdelning. Meningen är att på så sätt få en ökad medvetenhet kring detta.

Rättspsykiatri Västmanland utmärker sig inte nämnvärt i någon parameter, förutom "Tvångsåtgärder". Då den absoluta uppfattningen är att vi använder oss av ytterst få tvångsåtgärder, ser vi resultatet som missvisande och förklaringen till det höga värdet står sannolikt att finna i tolkningen av anvisningen för ifyllande av vidtagna tvångsåtgärder (i vårt fall begränsning av tillgång till elektronisk kommunikation).

Under kommande år är ambitionen att bli ännu bättre på att använda oss av registret som en fingervisning för förbättringsområden.

*Bengt Jarl
Resultatområdes-, verksamhetschef
Rättspsykiatri Västmanland, Sala
bengt.jarl@ltv.se*

VADSTENA

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena har haft förmånen att arbeta med det nationella kvalitetsregistret RättspsyK, alltsedan planeringen för registret startade. Kliniken har därtill fått förtroendet att medverka i registrets nationella analysgrupp de sista åren.

Kliniken har under senare år tagit flera steg för att koppla registrerade värden inom flera områden för att ge underlag till klinikkens förbättringsarbete. Ett exempel är klinikkens fleråriga satsning inom friskvård, där kliniken tidigt fokuserade på att följa BMI-värden och deras förändring över tid. Detta kopplat till olika friskvårdsinsatser.

Under 2015 startade en lokal analysgrupp. Gruppen har arbetat under senare delen av 2015 med att koppla fler variabler till verksamhetens mål och mätbara resultat.

Arbetet inom den lokala analysgruppen har gjort att registrets resultat tydligare blir en del av underlag för planering och uppföljning. Tillkommande områden där vi sedan 2015 följer resultatet av värden är patienternas självskattning av sin somatiska och psykiska hälsa samt ineliggande patienters skuldsituation.

Under 2016 kommer den lokala analysgruppen arbeta vidare med att utveckla kopplingen mellan verksamhetens mål och uppföljning av resultat. I denna process kommer någon ytterligare samverkande rättspsykiatrisk klinik inom sjukvårdsregionen att ingå.

*Med vänlig hälsning
Jan Cederborg
Verksamhetschef*

*Rättspsykiatriska regionkliniken
592 81 VADSTENA
E-post: jan.cederborg@regionostergotland.se*

GÖTEBORG

Inom rättspsykiatri i Göteborg pågår många aktiviteter för att förbättra rehabiliteringen av patienterna och för att skapa en ännu bättre arbetsmiljö. Vårdtiderna för rättspsykiatrisk rehabilitering är långa och verksamheten i Göteborg arbetar målinriktat på att se över vårdtiderna och vad som kan göras för att korta dessa.

Som ett led i Rättspsykiatriens förbättrings- och utvecklingsarbete har vi i utvecklingsplanen valt att kvartalsvis följa vissa indikatorer. Dessa är BMI, återfall i brottslig gärning och symptombild. Anledningen till att vi följer indikatorerna tämligen ofta har att göra med att ska vi få till en förändring så måste vi ha vetskap om hur den indikatorn ligger till. Att mäta den för sällan (t ex en gång om året) skapar inte förutsättningar för att göra förändringar.

*Vänligen Alessio
Alessio Degl' Innocenti
Verksamhetschef, docent, leg psykolog*

*Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Rättspsykiatri/Rågården
Besöksadress: Rågårdsvägen 5, 424 57 Gunnilså
Postadress: 416 85 Göteborg*

*alessio.deglinnocenti@vgregion.se
<https://www.youtube.com/watch?v=8uQaVyZZRdY>*

STOCKHOLM

Reflektioner kring RättspsyK

Kvalitetsregistret RättspsyK har nu funnits sedan 2008 och har ända sedan starten engagerat ett stort antal enheter och entusiasmen nationellt för att få till ett fungerande register har varit påtaglig. Från vår klinik har vi ända från början haft förmånen att delta i registrets styrgrupp och periodvis också i analysgruppen.

En grundtanke med registerarbetet har hela tiden varit att få en god täckningsgrad sett ur enhetsnivå varför mycket kraft och tid har lagts på att aktivera registrerare och att centralt från registret följa upp och informera om alla förändringar.

På de enskilda enheterna har lags ett ansvar att själva hitta en fungerande intern organisation för registreringsarbetet vilket vi under min tid här i Stockholm lagt ner mycket arbete på. Det gäller att försöka hitta engagerade personer som känner ansvar för detta arbete då ett noggrant registreringsarbete är en förutsättning för att man skall kunna hämta data ur registret.

En fråga som ofta diskuteras är hur man på bästa sätt skall använda de data man får fram ur registret. Årsrapporten har utvecklats och ger nu en god grund för internt arbete med data där man också utan större svårigheter kan jämföra sin egen enhet med andra och fundera kring orsaker till skillnader.

Olika utvecklingsprojekt har drivits inom och med anknytning till registerarbetet. På senare tid har vi deltagit i projektet kring patienternas ekonomi vilket lett till ett ganska omfattande utvecklingsarbete internt på kliniken. Ur en ledningssynvinkel vill man att registerarbetet skall inspirera och väcka ideer som kan tas tillvara i enhetens egen utveckling vilket verkar ha skett genom projektet om patienternas ekonomiska situation.

Med vänlig hälsning

Kaj Forslund, Verksamhetschef Registerhållare

Rättspsykiatri Vård Stockholm

Röntgenvägen 3, plan 6

14152 Huddinge

www.sls.sll.se

FALKÖPING

Tankar på Skaraborgs Sjukhus Falköping kring arbetet med förbättring för patienterna med hjälp av data från kvalitetsregistret RättspsyK.

Förändring av skuldsituation

För att fortsätta det påbörjade arbetet med att förändra patienternas skuldsituation i positive riktning som framförallt kuratorerna tidigare har haft framträdande roller i – har en tvärprofessionell arbetsgrupp startats. Gruppen har jobbat med kartläggning av patienternas ekonomi och skulder, startat en ekonomiskola, självskattning och "Lyxfällan-tavla".

BMI

Rättspsykiatri i Falköping har sedan ett flertal år tillbaka jobbat med patienternas BMI med start av ett "hälsoprojekt" som sedan har permanentats. En ny arbetsgrupp är ny tillsatt med uppgiften att se över vilka aktiviteter som erbjuds patienterna. En ambition är att kunna erbjuda samtliga patienter någon form av fysisk aktivitet varje dag men även erbjuda utbildning i kost och motionens betydelse för hälsan.

Risk för återfall i brott

Här har enheten gjort en satsning på utbildning av personal i riskbedömningsinstrumentet HCR-20 version 3 för att ha ett team som kan utföra strukturerade riskbedömningar. Därtill genomförs intern utbildning i brottsbearbetning där enhetens psykolog undervisar omvårdnads- och övrig temapersonal.

Jane Johansson, verksamhetschef

Vuxenpsykiatri

Skaraborgs Sjukhus Falköping

Redovisning på enhetsnivå

Redovisning på enhetsnivå sker dels för att det efterfrågats av rapporterande enheter, dels för att respektive enhet ska kunna se sina förbättringsområden. Resultat redovisas endast för enheter med minst 10 patienter registrerade. Då enheterna i landet skiljer sig i storlek, varierar också antalet patienter per enhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan när man läser materialet. Nytt för i år redovisas på enhetsnivå nätverk samt insikt i sin sjukdom och problematik. Enheterna uppmuntras att vända sig till analysgruppen för att få ytterligare redovisning på önskade variabler.

Patientgruppen i registret

Tabell 8. Ålder och könsfördelning för uppföljda patienter på enhetsnivå.

	Antal patienter	Ålder (medelvärde)	Andel kvinnor (%)	Andel slutenvård* (%)
LRV-enheten Gävleborg	23	42,6	4,3	30,4
Mälarsjukhuset Eskilstuna	< 10			
Piteå Rättpsykiatri	64	41,3	25,0	45,3
RPA Skellefteå	10	42,1	0,0	30,0
RPA Västerвик	33	44,1	27,3	39,4
RPE Kristinehamn	27	39,7	14,8	74,1
RPE Uppsala	28	35,6	10,7	39,3
RPK Landstinget Kronoberg	94	39,7	14,9	75,5
RPK Sundsvall	69	42,5	14,5	62,3
RPK Säter	94	40,9	18,1	64,9
RPK Örebro	60	43,8	15,0	51,7
RPR Vadstena	70	39,2	14,3	65,7
RPV Borås	18	41,8	27,8	0,0
RPV Falköping	32	41,4	12,5	62,5
RPV Göteborg	166	44,6	13,3	45,5
RPV Halland	30	41,4	33,3	50,0
RPV Jönköping	37	41,3	13,5	32,4
RPV Vänersborg	63	40,1	19,0	69,8
Regionsjukhuset Karsudden	140	37,5	16,4	85,0
Rättpsykiatri Västmanland	65	41,8	15,4	36,9
Rättpsykiatri Vård Stockholm	396	43,9	15,9	44,2
Rättpsykiatri i Skåne	163	41,8	14,7	52,8
Umeå Rättpsykiatri	29	38,5	17,2	44,8
Östersund psykiatri	0			
Riket	1716	41,8	16,2	53,5

*Avser den vårdform patienten vårdades i vid registreringstillfället.

Måltal

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

samt återfall i brottslig gärning. Som enskild enhet kan man sätta ett eget måltal för att trigga till förbättring och utveckling.

Figur 64. Andel enheter som uppfyller respektive mål.



Punkterna i måltavlan visar hur stor andel av enheterna som uppfyller det nationella målet inom respektive måldimension för kvinnor (rött) respektive män (blått). Ju närmre centrum (100 procent) en punkt ligger desto större är andelen enheter som uppnår det specifika målet.

Måltavlan kompletterar bilden av måluppfyllnad på nationell nivå som presenteras under avsnittet Syfte och Måltal. Där framkommer exempelvis att målet att Andelen patienter som återfallit i brottslig gärning under vårdtiden ska vara mindre än 10 procent är uppfyllt på nationell nivå både för kvinnor (9,5 procent) och män (9,5 procent). Måltavlan visar att det trots detta endast är 57 respektive 61 procent av enheterna som uppfyller målet för kvinnor respektive män.

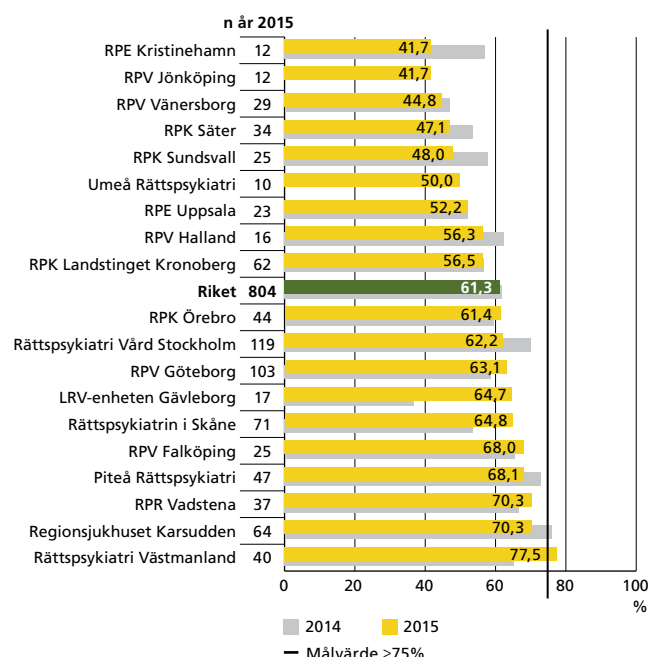
På nationell nivå uppnås inte målet inom någon av de övriga tre måldimensionerna; fysisk hälsa, psykisk hälsa och Body Mass Index (BMI). Detta återspeglas i måltavlan där det framkommer att måluppfyllnaden på enhetsnivå inom fysisk hälsa är så låg som 19 procent för kvinnor och 4,5 procent för män. Motsvarande måluppfyllnad inom psykisk hälsa är 38 procent för kvinnor och 4,5 procent för män.

Det nationella BMI-målet säger att andelen patienter med BMI ≥ 30 (fetma) ska vara mindre än 37 procent. Andelen kvinnliga patienter med fetma är 52,5 procent på nationell nivå och motsvarande andel bland männen är 41 procent. Måltavlan visar att bara 2 av 10 enheter respektive 4 av 10 enheter uppnår BMI-målet för kvinnor respektive män.

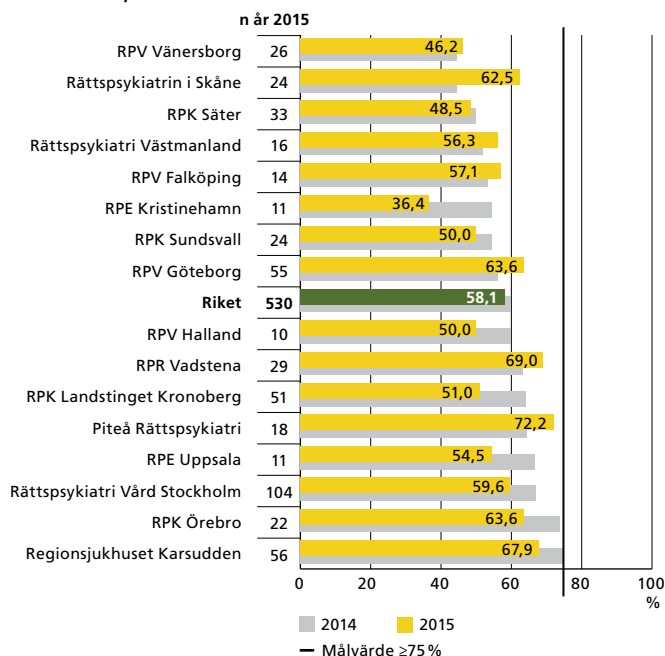
Måltal Psykisk hälsa

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

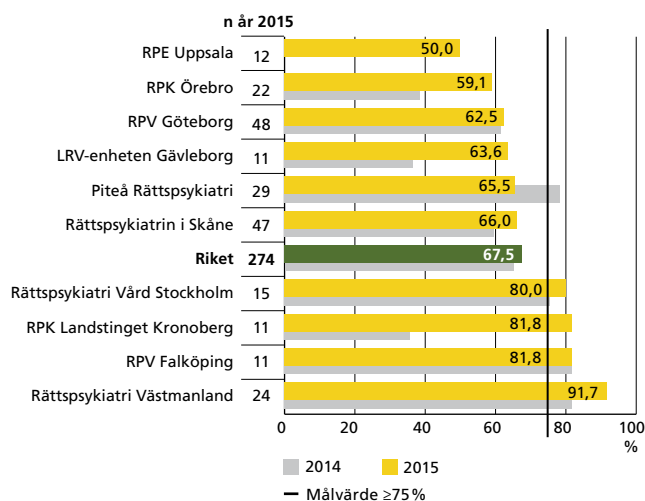
Figur 65. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 , totalt.



Figur 66. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 , slutenvård.



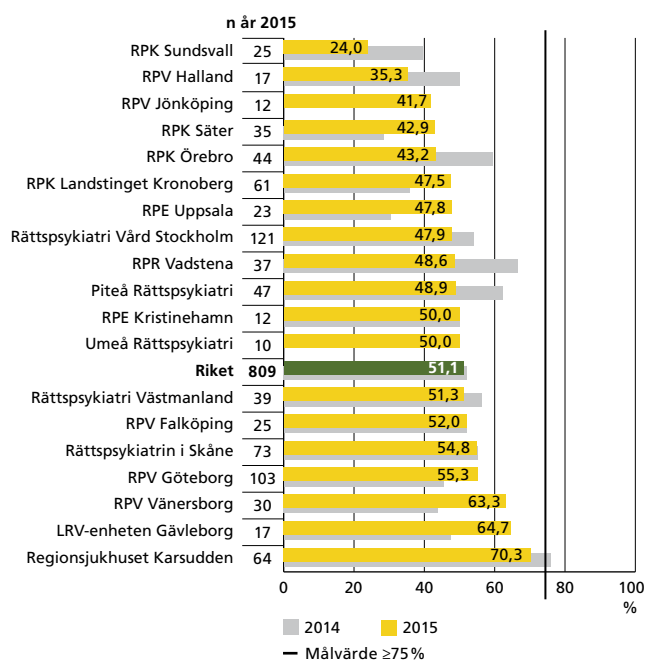
Figur 67. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa ≥ 75 , öppenvård.



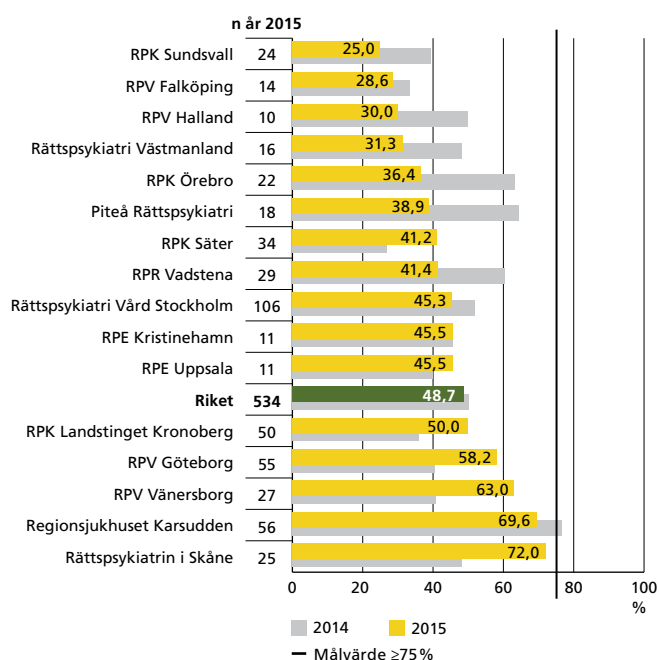
Måltal Fysisk hälsa

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

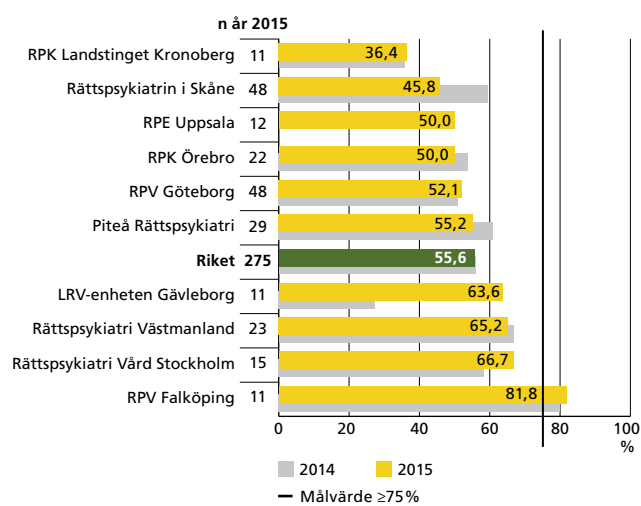
Figur 68. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 , totalt.



Figur 69. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 , slutenvård.



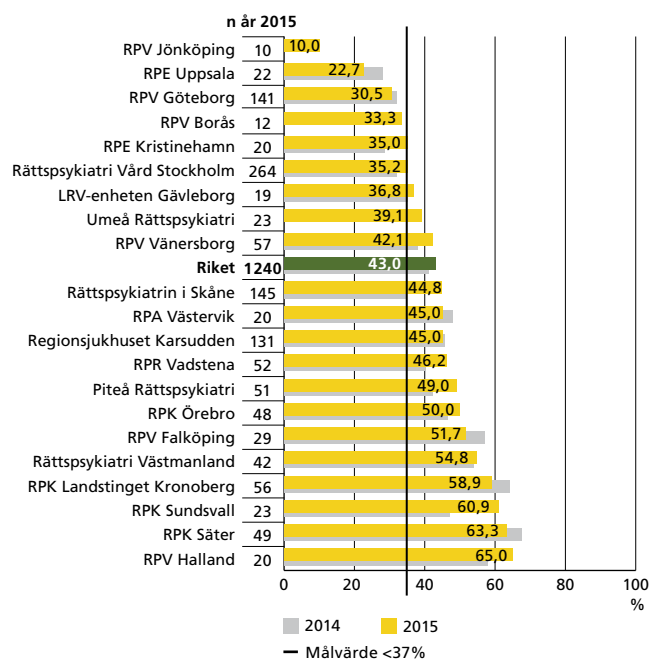
Figur 70. Andel patienter med självskattad fysisk hälsa ≥ 75 , öppenvård.



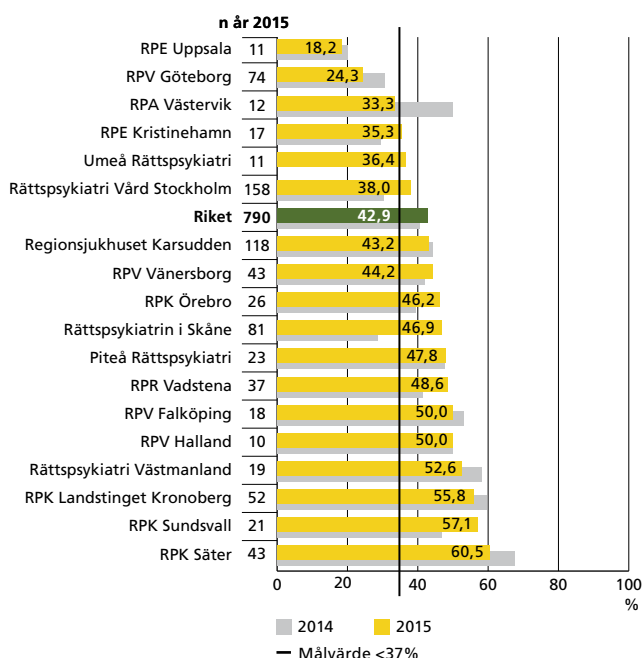
Måltal Body Mass Index (BMI)

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

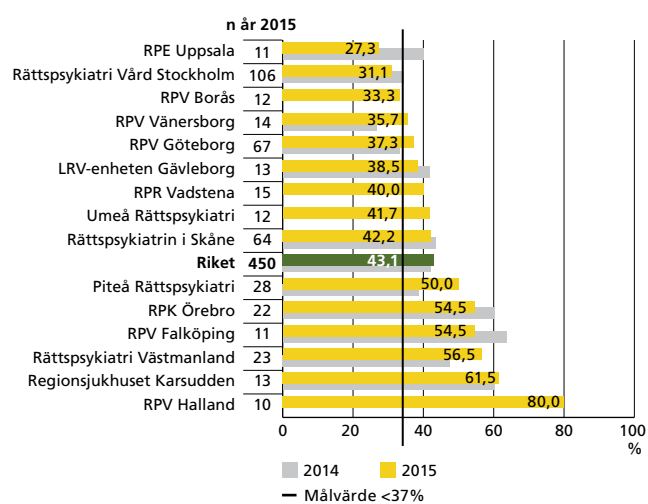
Figur 71. Andel patienter med BMI ≥30, totalt.



Figur 72. Andel patienter med BMI ≥30, slutenvård.



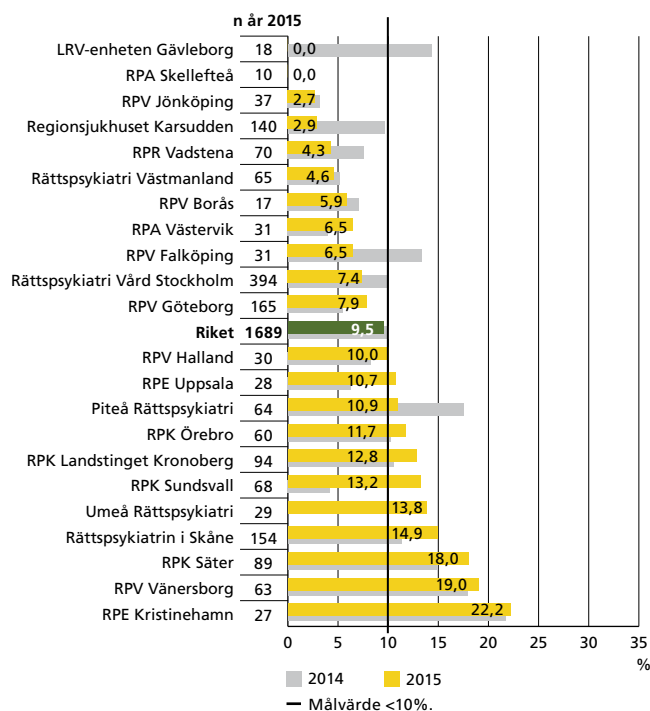
Figur 73. Andel patienter med BMI ≥30, öppenvård.



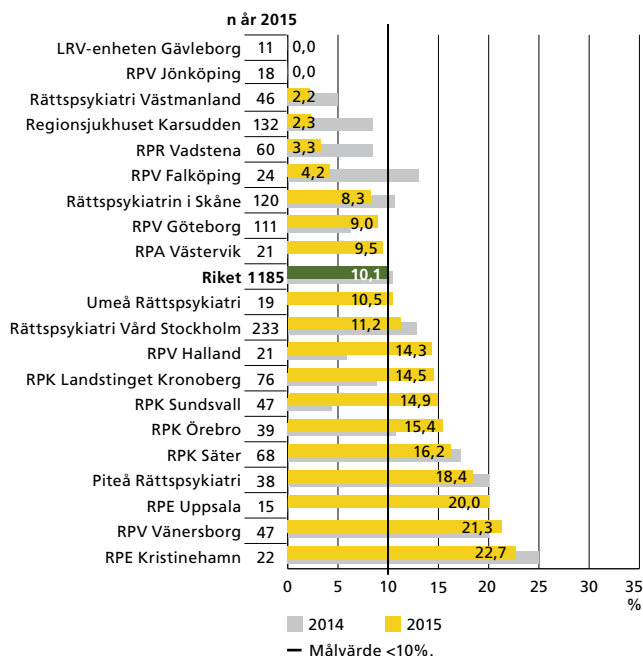
Måltal Återfall i brottslig gärning

Andelen patienter på enheterna som återfaller i brottslig gärning under vårdtiden ska vara mindre än 10 procent. Med ”brottslig gärning” avses sådan handling att polisanmälan gjorts eller att grund för polisanmälan förligger. Samma patient kan förekomma i båda grupperna, slutet och öppenvård.

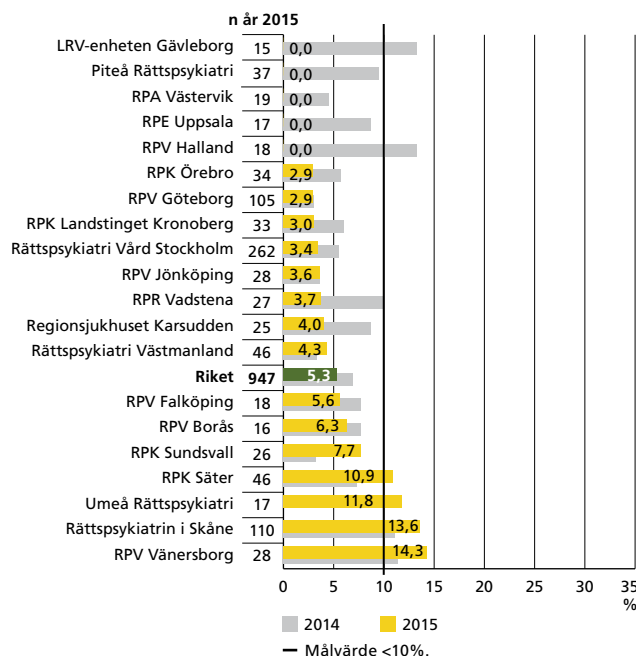
Figur 74. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **totalt**.



Figur 75. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **slutenvård**.

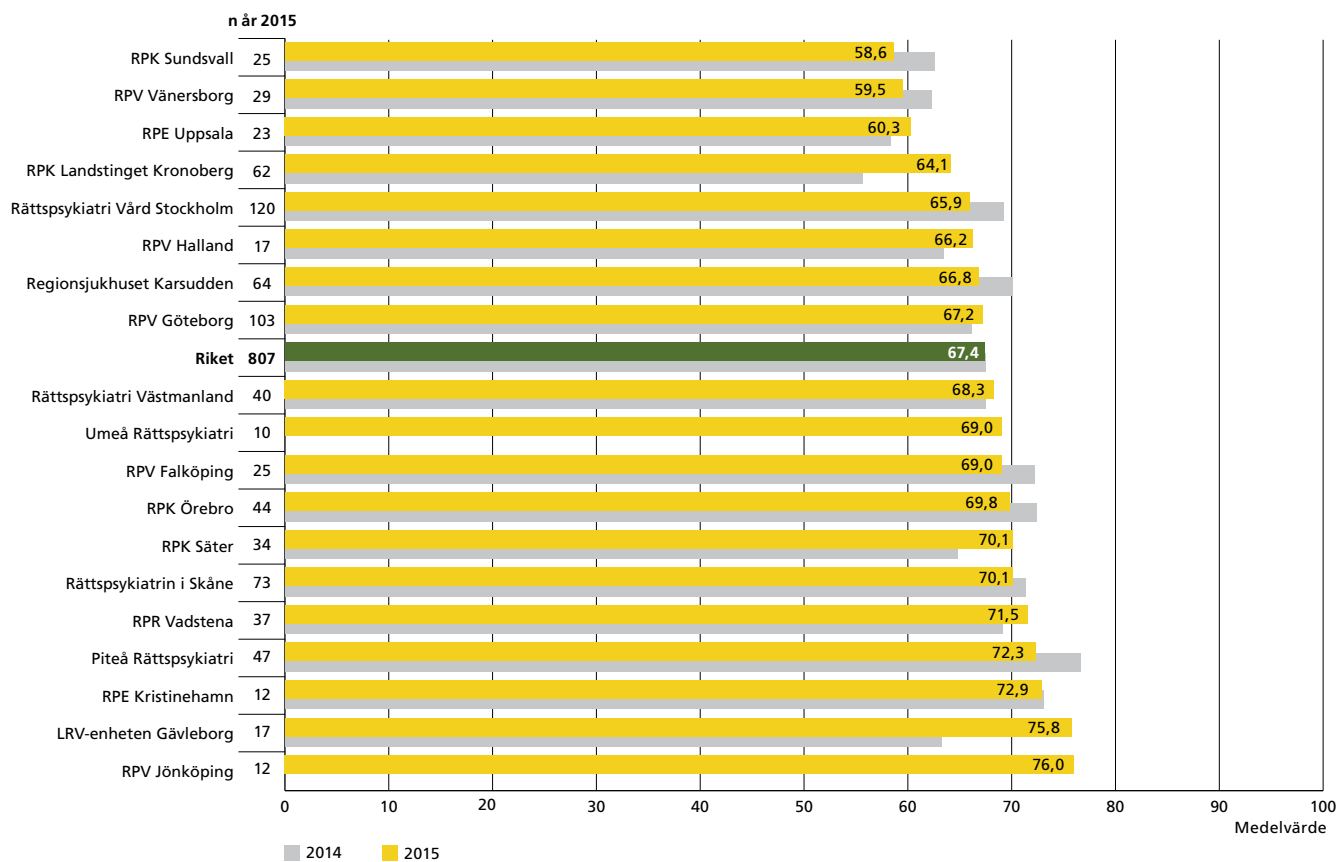


Figur 76. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, **öppenvård**.



Livskvalitet

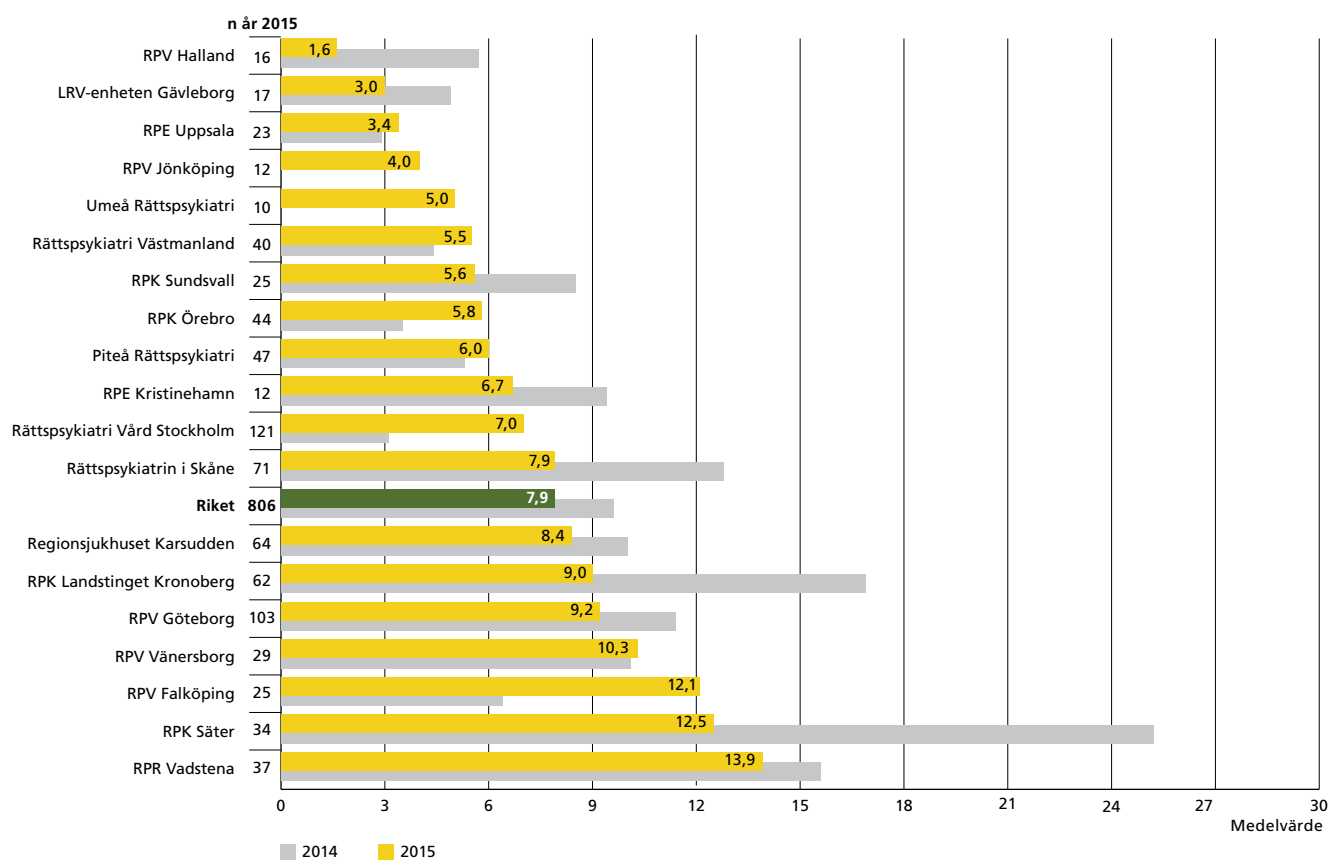
Figur 77. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning.



Patienterna fyller självständigt i skattningen gällande livskvalitet på en VAS-skala (0–100).

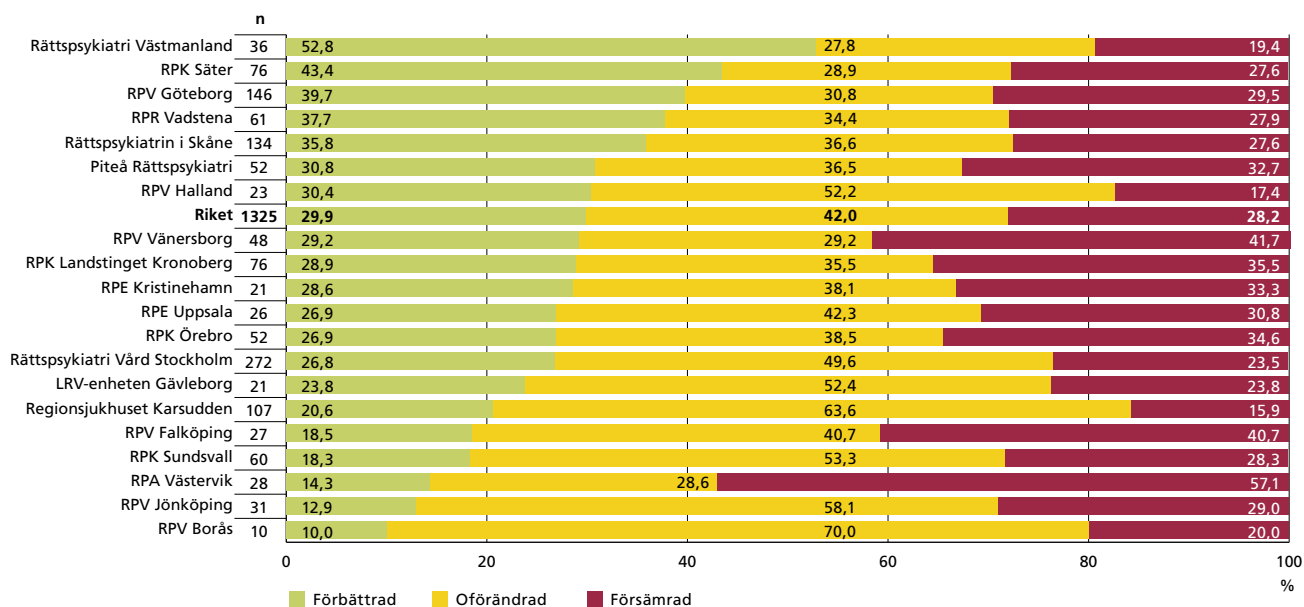
Risk för återfall i brott

Figur 78. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott vid uppföljning.



Patienterna fyller självständigt i skattningen gällande risk för återfall i brott på en VAS-skala (0–100).

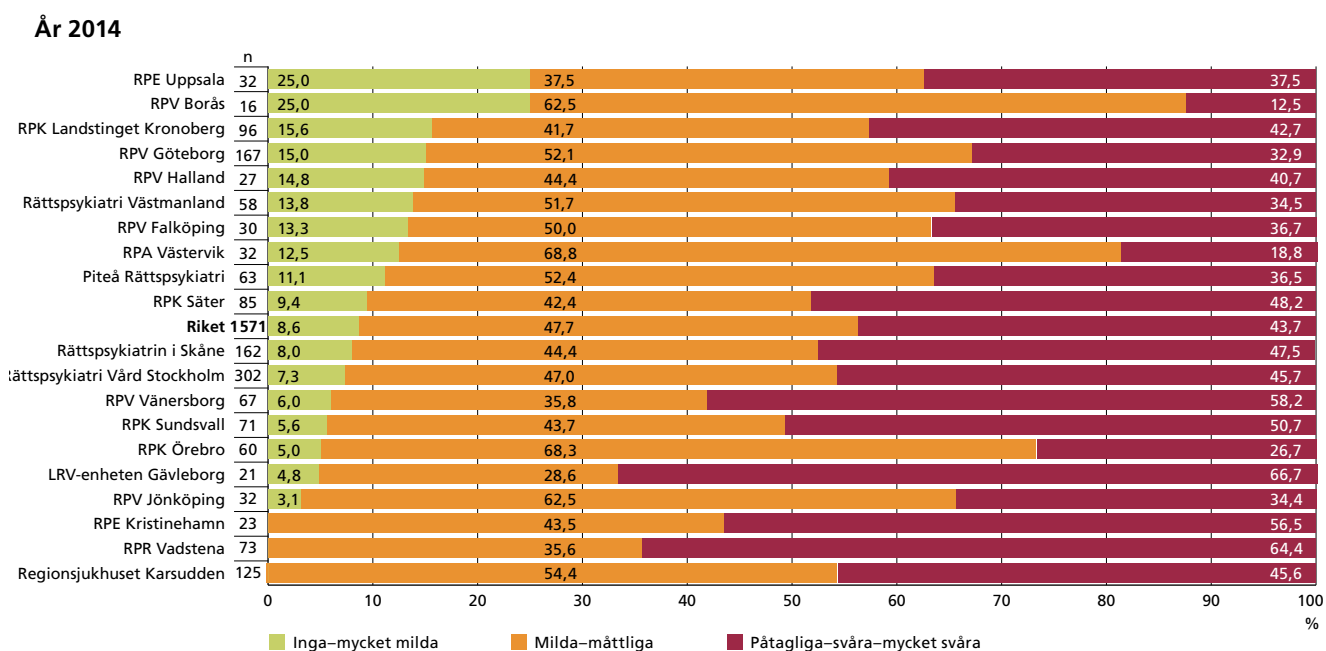
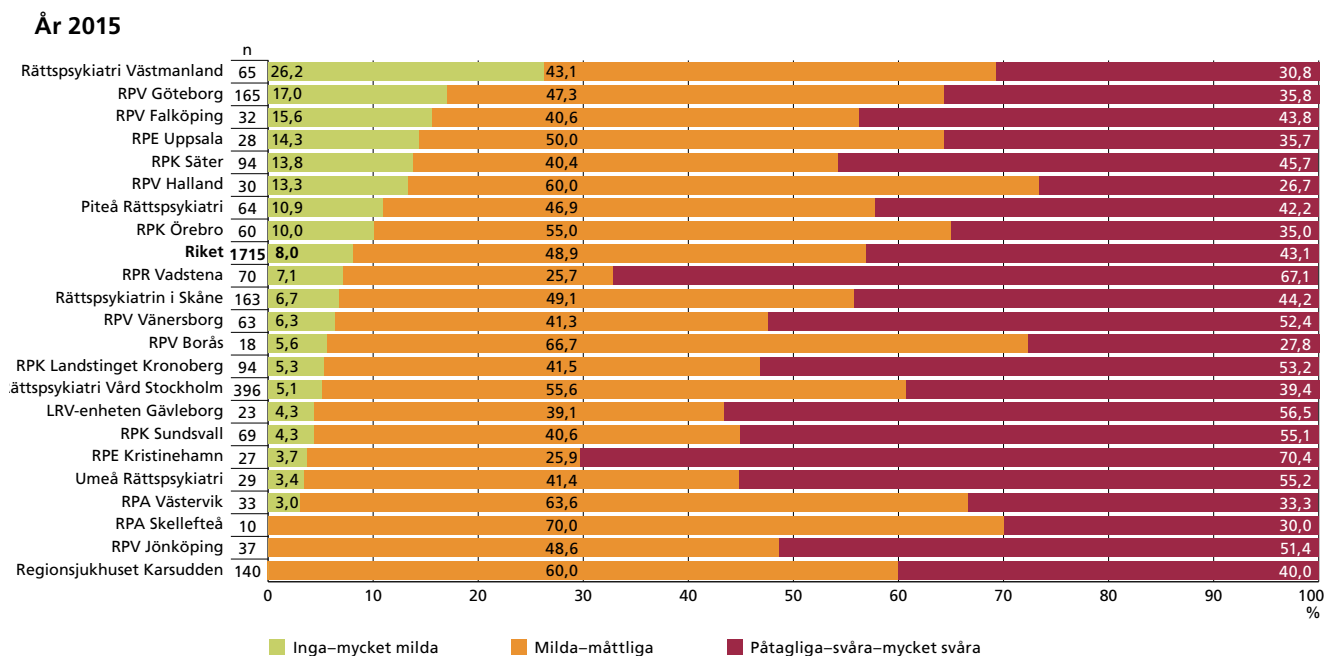
Klinisk skattning av symtombilden

Figur 79. Andel unika patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2014 och 2015.

Behandlingsteamet runt patienten skattar symtombilden på en sjugradig skala (CGI-skalan) med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och

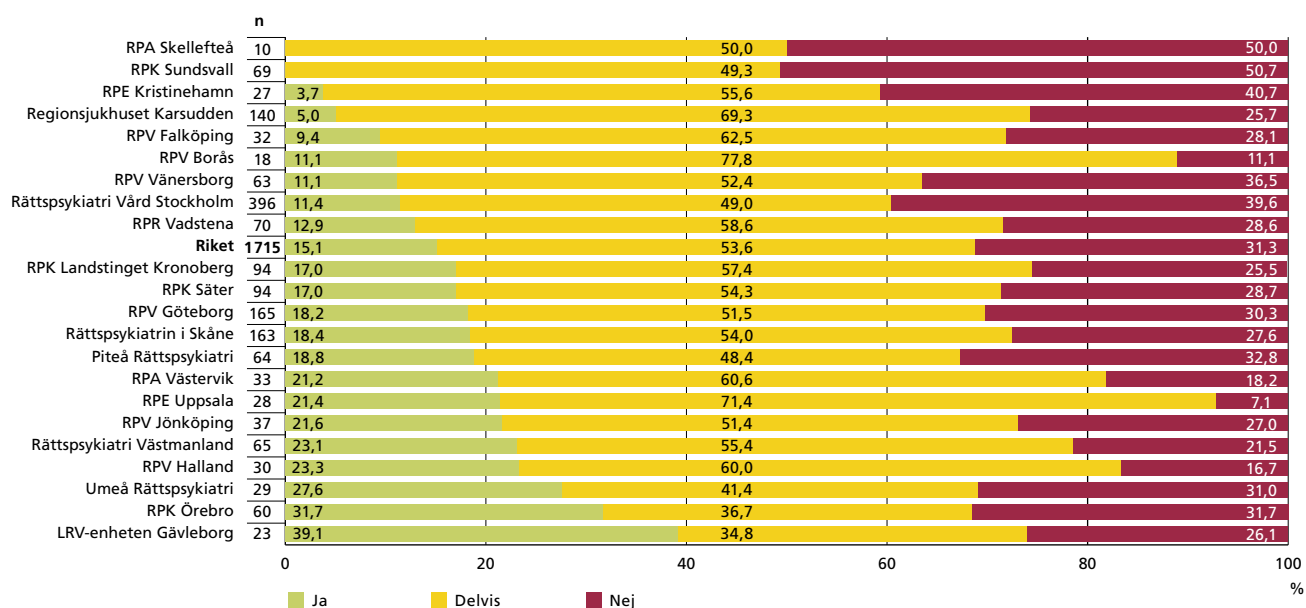
mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

Figur 80. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning respektive år.



Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 81. Fördelning av sjukdomsinsikt vid uppföljning.

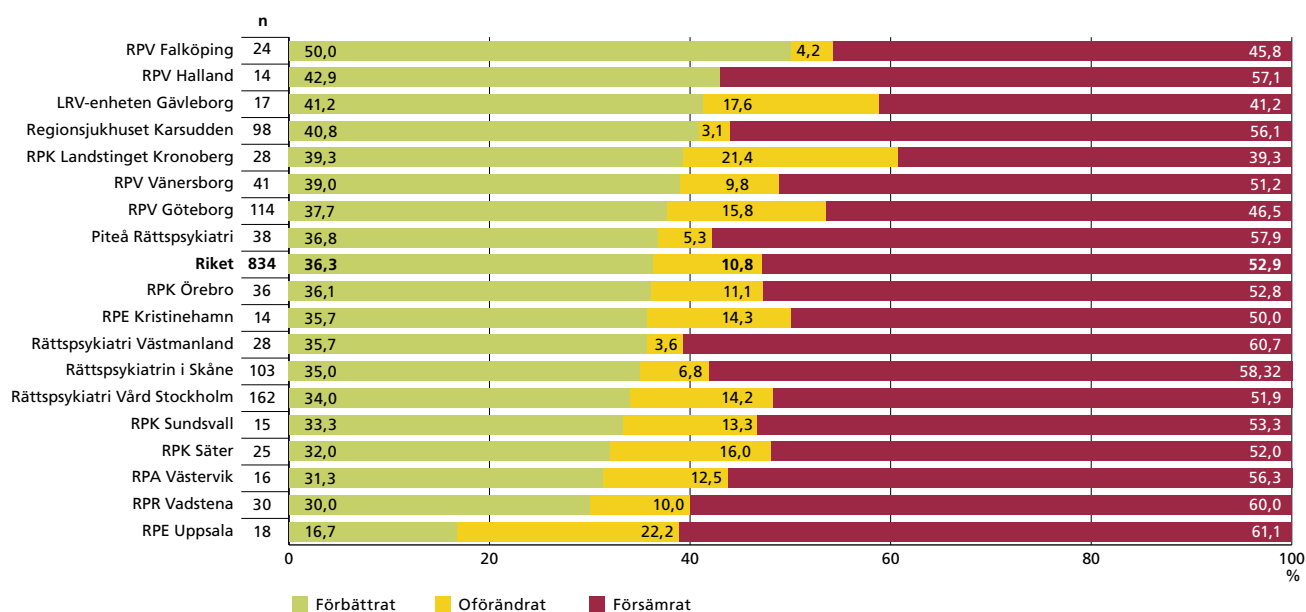


Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik bedöms av behandlingsteamet runt patienten.

Detta kan göras både kliniskt och/eller med hjälp av ett instrument.

Body Mass Index (BMI)

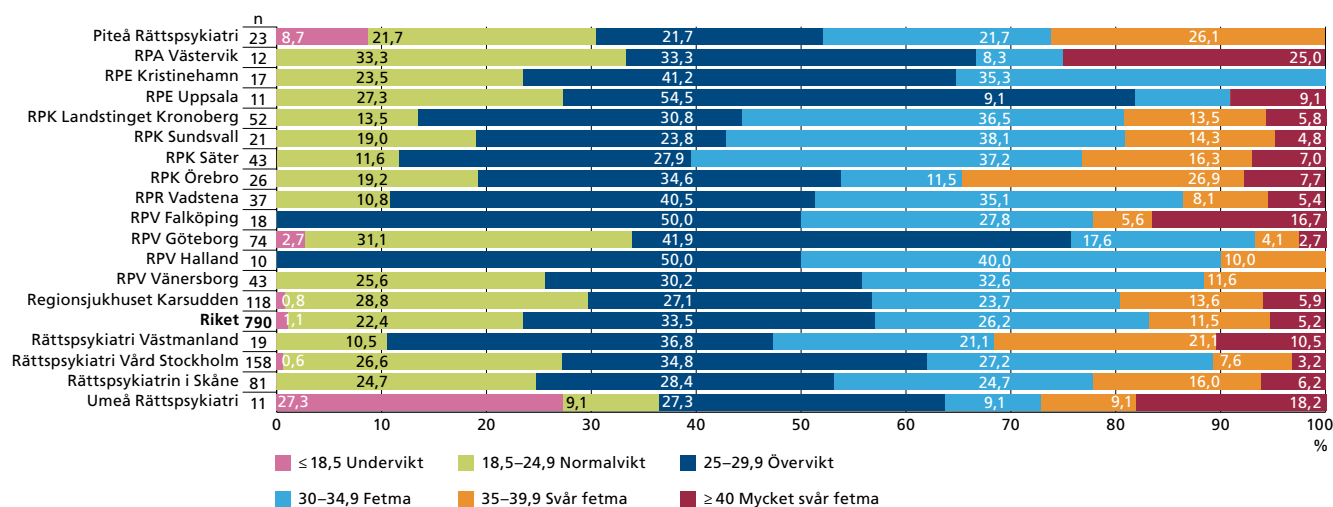
Figur 82. Andel patienter med förbättrat, oförändrat respektive försämrat BMI mellan åren 2014 och 2015.



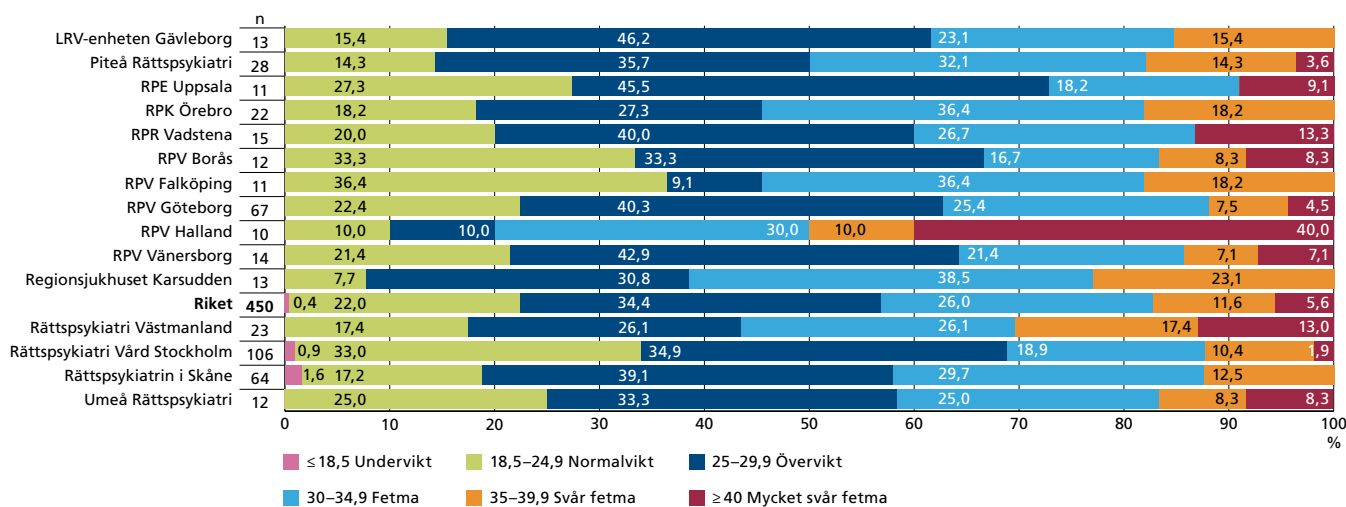
I figuren redovisas varje förändring för samma individ mellan mätningarna med minst en decimal. Som förbättring (grön stapel) redovisas ett minskat BMI och

försämring (röd stapel) redovisas ett ökat BMI. I det enskilda fallet kan dock ett ökat BMI innebära en förbättring.

Figur 83. Andel patienter i respektive BMI-kategori per enhet enligt WHO:s definition, slutenvård.

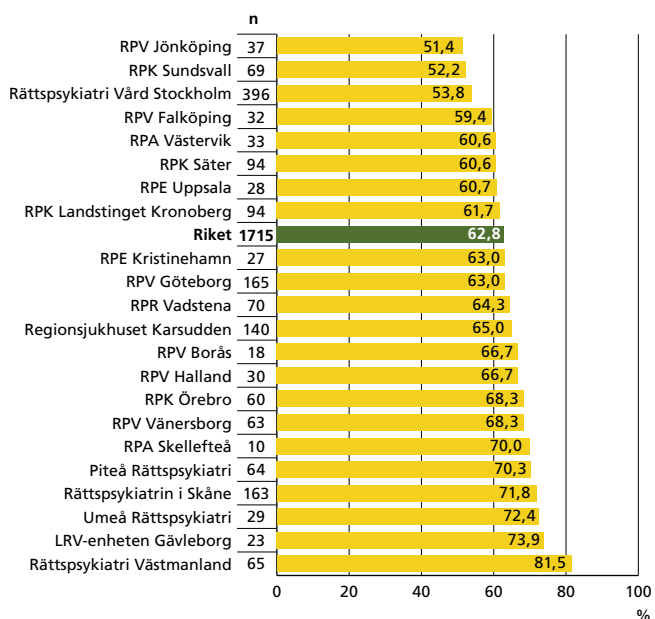


Figur 84. Andel patienter i respektive BMI-kategori per enhet enligt WHO:s definition, öppenvård.

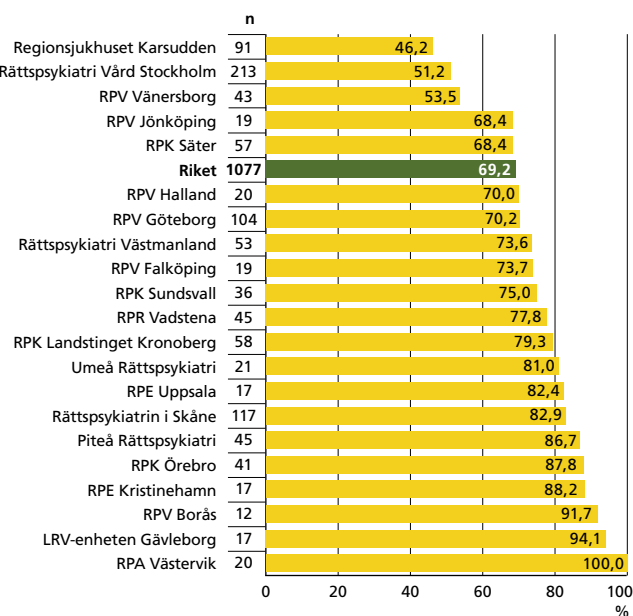


Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Figur 85. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi.

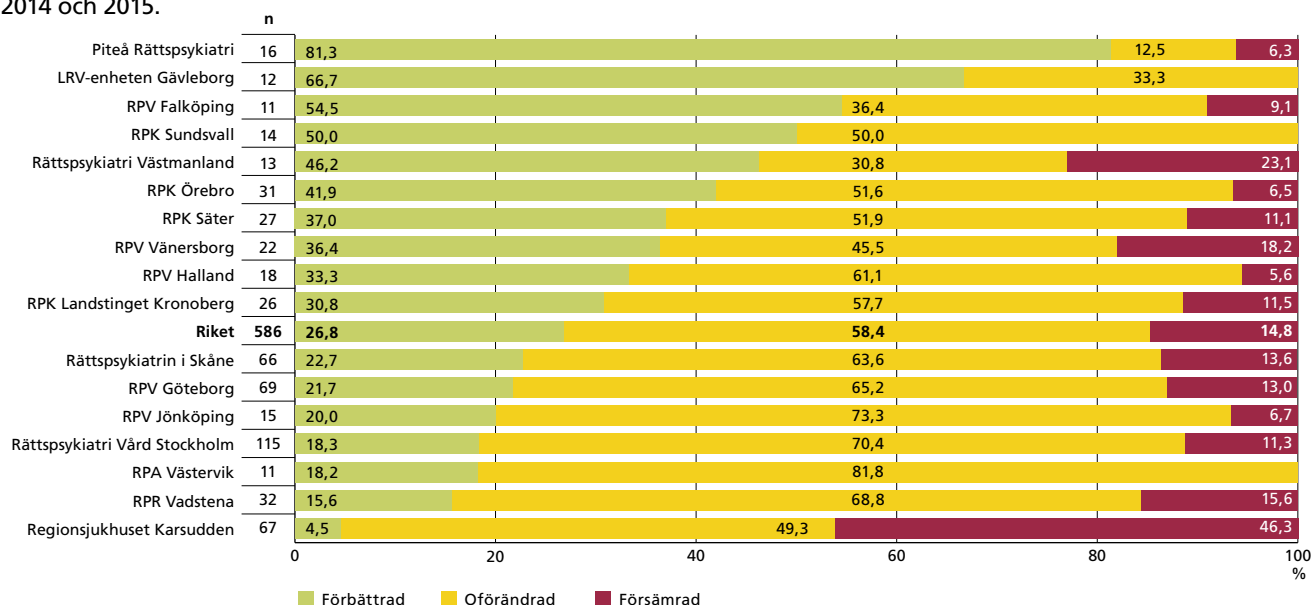


Figur 86. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare.



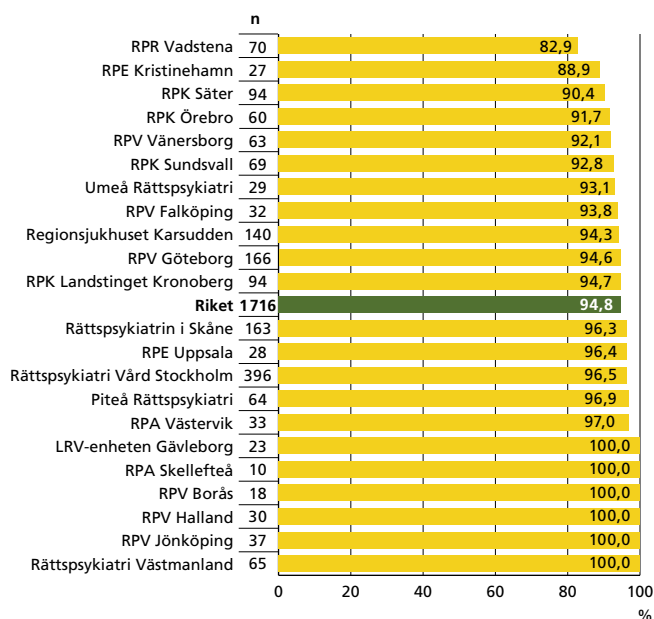
Förändring av skuldsituation

Figur 87. Andel patienter med förbättrad, oförändrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2014 och 2015.



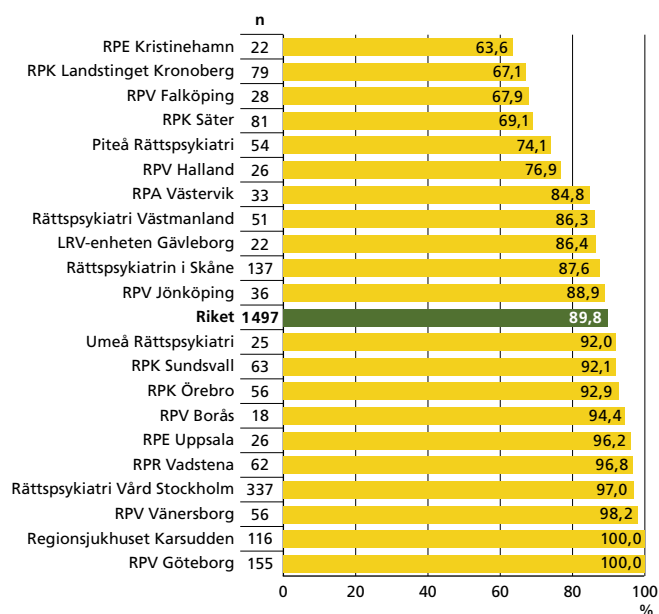
Nätverk

Figur 88. Andel patienter som själva uppbär kontakterna med socialt och/eller professionellt nätverk.



Behandling utifrån riskbeteende

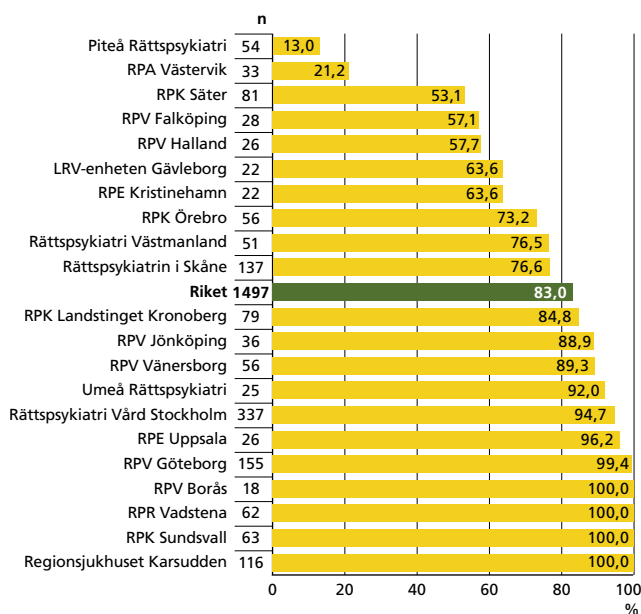
Figur 89. Andel patienter som fått behandling utifrån riskbeteende.



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

Genomförd riskanalys

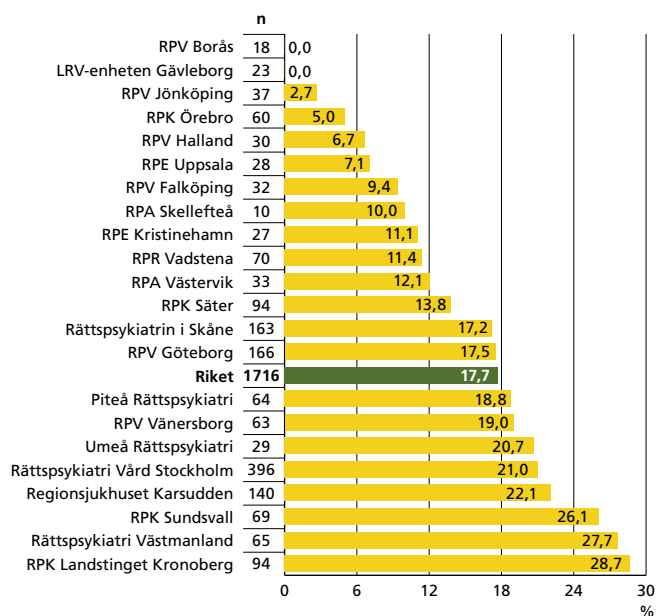
Figur 90. Andel patienter med genomförd riskanalys.



Metoder som registreras förutom klinisk bedömning samt annan riskbedömning är; HCR 20, SARA, SVR 20 samt olika versioner av PCL. Nytt för i år registreras även START och BVC.

Tvångsåtgärder

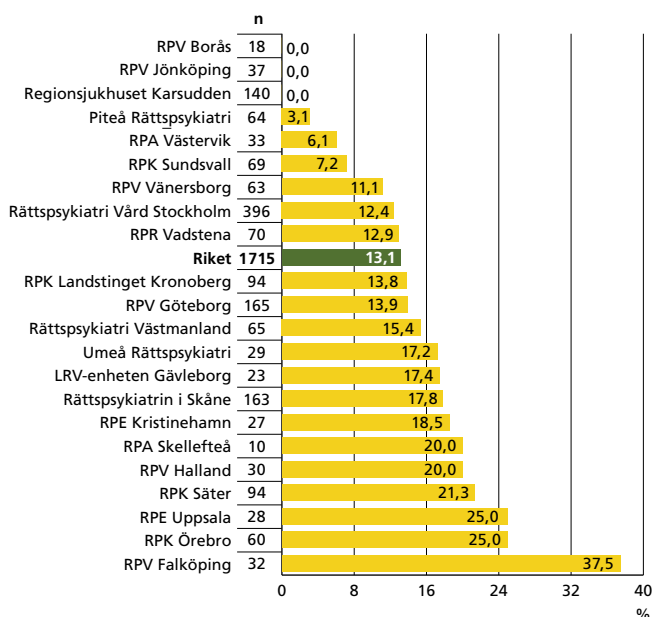
Figur 91. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV §8/LPT §19–20.



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

Samverkan och samverkansbehov

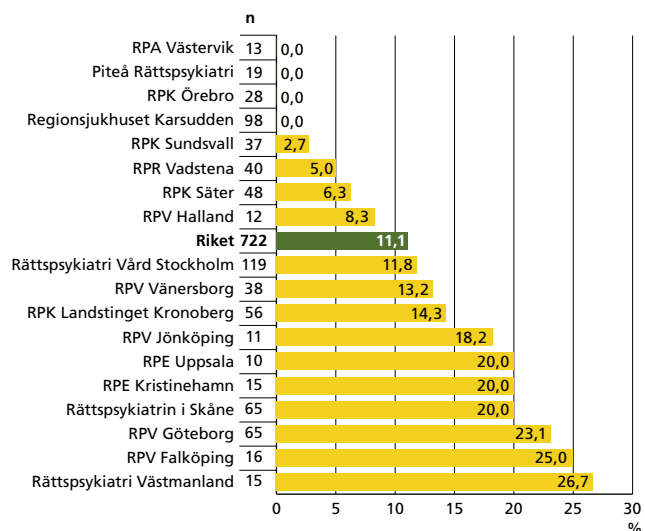
Figur 92. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett.



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

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

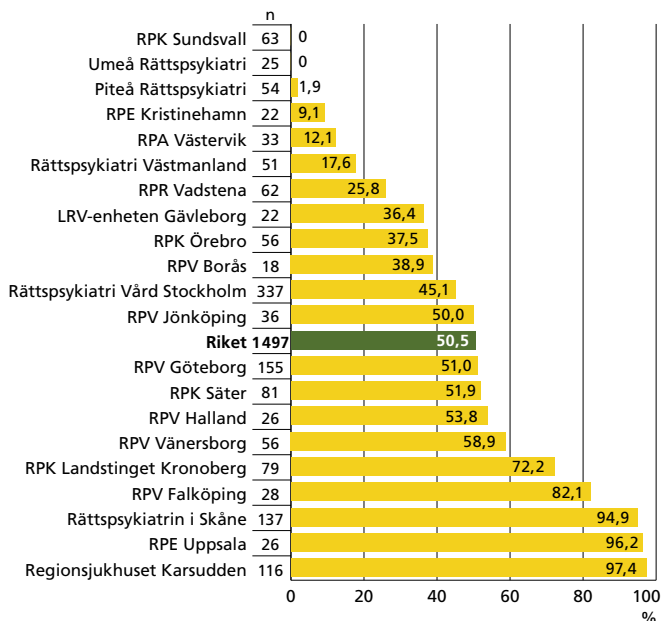
Figur 93. Andel patienter som är färdiga för eftervård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård.



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

Patientenkät

Figur 94. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.



En enkät som patienten erbjuds kan vara såväl nationell som lokal.

Diskussion

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

För att ytterligare förbättra möjligheterna för enheterna i registret att tolka redovisade data på enhetsnivå har dessa i årets rapport beskrivits ur ytterligare två perspektiv. Dels redovisas data för enheterna såsom antal vårdplatser till exempel, dels reflekterar verksamhetschefen över sin enhets data vilket ger en bild av hur ledningen betraktar sin enhets data. Eftersom det är kombinationen av kunskap om sin egen verksamhet kombinerat med jämförelsen med liknande verksamheter som ger förutsättningar för förbättringsarbete ser analysgruppen här en utvecklingsmöjlighet att nå förbättringar i patientens vård.

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

Ytterligare ett sätt är att följa resultatet av värden är patienternas självskattning av sin hälsa och livskvalitet och risk för återfall i brott. Av dessa indikatorer följs för närvarande patientens självskattade livskvalitet. Drygt hälften av patienterna uppger en förbättrad livskvalitet, medan en femtedel uppger försämrade. Man kan dock tänka sig att i den sistnämnda gruppen ingår patienter vars symtombild förbättrats och som därmed fått en ny syn på hur livet skulle kunna vara om man inte varit sjuk. Detta skulle kunna innebära att livskvaliteten skattas lägre än när patientens vård påbörjades.

Ett allt större problem är att andelen patienter med BMI större än 30 ökar. Framförallt är detta påtagligt bland kvinnor i öppenvård där andelen med fetma, det vill säga BMI större än 30 har ökat från 42 procent till 53 procent. Detta trots att fler enheter har börjat med förbättringsar-

beten för att medvetandegöra och förändra ett ohälsosamt leverne. Det är en liten skillnad mellan patienter som registreras i RättspsyK och PsykosR och det är viktigt att följa och fortsätta göra jämförelser för att se om detta är trender som gäller patienter med psykosdiagnoser eller om de långa vårdtiderna på rättspsykiatriska enheter inverkar negativt med viktuppgång som följd. Om man jämför dessa siffror med genomsnittsbefolkningen är andelen patienter med BMI större än 30 tre gånger så hög.

Notabelt är att ingen skillnad mellan användning av första och andra generationens antipsykotika när det gäller andelen patienter med BMI > 30 inte kan ses, vilket kan tyda på att andra insatser än de farmakologiska kan vara avgörande.

Eventuella positiva effekter av insatser i syfte att förbättra BMI är inte omedelbara så det är viktigt att enheterna fortsätter med sina förbättringsarbeten då fetma är ett allvarligt problem med somatiska sjukdomar som följd.

En ökad andel patienter har fått missbruksbehandling jämfört med 2011. I samband med att verksamheterna fått besök för validering av indata har det förts diskussioner om vad som ska ingå i registreringen av missbruksbehandling. I begreppet ingår även drogscreening från 2015, enligt nationella riktlinjer för missbruksbehandling, vilket kan innebära att en del av ökningen beror på ett nytt sätt att registrera.

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

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

Ett sätt att värdera risken för återfall i brott är att notera om brottslig gärning begåtts av patienten under vårdtiden. Om en olaglig handling begåtts under vårdtiden är

detta en viktig indikation på risk för återfall i brott ute i samhället. Ett problem i registreringen är att det inom psykiatrisk och i synnerhet rättspsykiatrisk vård funnits en tradition att ignorera ”mildare” lagöverträdelser såsom hot, skadegörelse eller narkotikainnehav. Denna tradition kan skilja sig avsevärt mellan olika enheter. Det kan finnas skäl till att fortsätta titta närmare på detta inför kommande rapporter. I registrets valideringsarbete har det betonats vikten av att rapportera konsekvent.

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

Nytt i årets rapport är rapportering om bortfall. Bortfallet bland de självskattade frågorna ökar vilket kan vara ett utslag av en viss trötthet från patienternas sida att fylla i enkäter och skattningar. Det kan också bero på en ökad arbetsbelastning bland personalen och att det dagliga kliniska arbetet prioriteras. Det är dock en stor skillnad mellan olika enheter, en skillnad som inte kan förklaras med att enheterna har olika grupper av patienter. Det rättspsykiatriska kvalitetsregistret kan fungera som ett stöd där man kan följa siffror från den egna enheten och lyfta frågan om vad som kan göras för att minska bortfallen.

Ett bortfall på ca 50 procent när det gäller självskattningar, som är fallet i 2015 års rapport, är stort men sett ur ett internationellt och nationellt perspektiv acceptabelt för att beskriva trender. Det är dock viktigt att ha bortfallet i åtanke när man tolkar siffror, framförallt om de avviker kraftigt mellan årens rapporter. I och med att tre av självskattningarna följts sedan 2009 och inte varierat i någon större utsträckning kan man tolka detta som att siffrorna speglar en majoritet av patienternas uppfattningar. Självskattning av psykisk respektive fysisk hälsa har genomförts under de två senaste åren och det är viktigt att följa dem och se hur de utvecklas över tid.

Medan rapporten arbetats fram har det blivit allt mer uppenbart för analysgruppen att jämförbarheten av data mellan enheter underlättas av en mer genomgående uppdelning i öppen och slutet vård. Sannolikt kommer en sådan uppdelning att göras i kommande årsrapporter.

Forskning och utveckling

Forskning

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

Utvecklingsarbete

Intressenter som efterfrågat data under året

Det är glädjande att redovisa att registret kommit till användning under året och data har efterfrågats av följande intressenter.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
 Brukare
 Forskare
 HSA i Västragötalandsregionen

- Område uppföljning och analys
- Psykiatrikompassen
- Uppföljningsplan Rättspsykiatri

 Riksdagens utredningstjänst
 Rättspsykiatri Göteborg
 Studenter magisternivå
 SVT Veckans brott
 Vården i siffror (VIS)

Validering av indata

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

Med stöd av medel från SKL pågår arbete med att validera indata. Inför starten av valideringsarbetet hämtades värdefulla synpunkter via nätverksarbete med Registercentrum Västra Götalandsregionen. Två granskare, Marianne Ander och Malin Lotterberg, som utsetts av registrets styrgrupp har under 2012–2015 besökt samtliga enheter. Syftet med valideringsarbetet är att få en uppskattning av hur väl data på enheten överensstäm

mer med data i registret. Granskning sker utifrån en förutbestämd mall. Besöket avslutas med en muntlig sammanfattning och en skriftlig återkoppling skickas till enheten i efterhand. Vidare ger valideringsarbetet värdefull kunskap om hur olika indikatorer uppfattas och förbättringsarbeten har genomförts kring bland annat informationstext vid registrering.

Under 2015 har ytterligare en stor andel patienter, som haft en felaktig/ofullständig registrering identifierats. Ett gediget arbete har pågått med att ”rensa” bort, rätta till samt komplettera de ärenden som visat sig vara inaktuella eller ofullständiga. Vid registrets stängning av 2015 års data fanns inga sådana ärenden kvar.

Under 2015 genomfördes också ett arbete med att utbilda registrerare i landet vid fyra olika tillfällen för att förtydliga innebörden av registerfrågorna och på så sätt höja kvaliteten på inmatade data.

Önskemål som framkommit under tiden för validering är att man förenklar/förtydligar registreringen av frågor som upplevs som svårtolkade. Genom en tydligare uppdelning vid registreringen av vårdformen slutet/öppen vård ska det bli det enklare att registrera rätt. En översyn och ett arbete har påbörjats för att en förbättring ska vara möjlig.

Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter

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

”Rätt insatser för patientens bästa” med fokus på BMI som ett flertal kliniker anslöt sig till och arbetade med olika infallsvinklar såsom kost, somatisk hälsa hos svårt sjuka patienter, hälsoveckor osv.

Artikel på sidorna 58 och 59 har utgått.

Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård

Patienterna inom rättspsykiatrisk vård har ofta problem med sin ekonomi, visar utdata från det nationella kvalitetsregistret RättspsyK. Under 2015 genomfördes därför ett förbättringsprojekt för att förändra situationen.

Text och bild: Anna Matzinger

RättspsyK visade i årsrapporten för 2013 att 64 procent av patienterna på de svenska rättspsykiatriska enheterna behöver hjälp med att hantera sin ekonomi. Det kan handla om sådant som att patienten saknar översikt över hur hans ekonomi ser ut, att patienten (om hen inte har en god man) har svårt att betala räkningar själv eftersom man till exempel saknar internetbank eller att det finns stora skulder och liten motivation för att betala tillbaka dem. Årsrapporten visar nämligen också att ungefär 70 procent av de patienter som hade skuldbörda vid inskrivningen har oförändrad eller försämrad skuldbörda efter vårdtiden.

Att sakna ordning på sin ekonomi har flera negativa följder för patienter inom rättspsykiatrisk vård (se mer i separat artikel). Det påverkar bland annat den psykiska hälsan på ett negativt sätt och gör det svårare att så småningom anpassa sig till öppen-vård eller utskrivning.

Att möjliggöra ett förbättringsprojekt för att förändra situationen kändes därför angeläget för RättspsyKs styrgrupp.

– Ekonomin har tydlig påverkan på patientens utveckling och är en av de faktorer som har störst betydelse för hur det går för patienten både under och efter vårdtiden. Därför är det

självklart att vi ska göra allt vi kan för att se till att patienternas ekonomi fungerar, säger Peter Tjelander, medlem i styrgruppen och sjuksköterska vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö.

Fanns inget facit

Startskottet för förbättringsprojektet gick sommaren 2014. Då gick Registercentrum Norr ut med ett erbjudande om stöd för att genomföra förbättringsarbeten, vilket RättspsyK tackade ja till. Under hösten sändes inbjudan om deltagande till landets 25 rättspsykiatriska enheter och 13 av dessa deltog sedan i projektet.

Åsa Hörnlund vid Registercentrum Norr har ansvarat för intervjuer och sammanställning av material i projektet. Under vintern 2014 inledde hon projektet genom att intervjua personal vid 18 av landets 25 kliniker.

– Patienternas ekonomi visade sig då vara ett stort problemområde. Samtliga kliniker jag intervjuade sa att de kan bli bättre på att hantera och hjälpa patienterna med deras ekonomi. Det saknades bland annat rutiner för att kartlägga patienternas ekonomi och policies för hur förbättringsarbetet kan se ut, säger hon.

– Ofta när vi gör förbättringsprojekt av det här slaget så finns det

FAKTA

SÅ GENOMFÖRDES PROJEKTET:

Sommar 2014: Erbjudande från Registercentrum Norr om stöd för att genomföra förbättringsarbeten. RättspsyK tackar ja.

Höst 2014: Landets 25 rättspsykiatriska enheter bjuds in att medverka. 13 stycken väljer att delta.

Vinter 2014–15: Åsa Hörnlund, projektledare Registercentrum Norr, genomför intervjuer med personal vid 18 av landets kliniker för att få ett underlag till förbättringsprojektet.

18 mars 2015: Deltagarna i projektet träffas i Katrineholm för ett tvådagars uppstartsseminarium.

Mars–maj 2015: Fem webinarier genomförs, där deltagarna får utbyta erfarenheter och kan få stöd i sina processer på hemmaplan.

3–4 juni 2015: Ett avslutande seminarium hålls i Katrineholm. Deltagarna redovisar sina resultat och diskuterar de erfarenheter man gjort under projektets gång.

Höst 2015: Fortsatt kontakt mellan deltagare och projektledare i projektet, för utvärdering och uppföljning.

kliniker som ”knäckt koden” och hittat arbetssätt som verkligen fungerar. Då kan övriga kliniker lära sig av dem. Men så var alltså inte fallet på ekonomiområdet, säger Åsa Hörnlund.

Upptartsmöte i mars 2015

På vissa av de deltagande klinikerna hade man dock hittat effektiva processer och rutiner för att jobba med patienternas ekonomi. Styrgruppen såg därför att ett erfarenhetsutbyte mellan klinikerna emellan kunde vara till stor nytta för alla deltagare.

– Det fanns visserligen inte, som i en del andra förbättringsprojekt, ett ”facit” som kunde läras ut till alla deltagande kliniker. Men vi såg att ett erfarenhetsutbyte enheterna emellan skulle kunna vara till stor nytta. Det fick därför, tillsammans med en grundlig analys av hur arbetet med patienternas ekonomi fak-

tiskt ser ut idag och vilken målbild respektive klinik vill ha, utgöra basen för förbättringsprojektet, säger Anders Edström, projektledare från Registercentrum

Norr och Västerbottens läns landstings utvecklingsenhet Memeologen.

Deltagarna i projektet träffades första gången fysiskt på ett två-dagarsseminarium i Katrineholm i mars 2015. Efter en inledande presentation fick de medverkande på seminariet gå igenom situationen på de egna klinikerna. Med hjälp av matriser i en gemensam arbetsbok gjordes en självskattning i syfte att tydliggöra dagens rutiner och arbetssätt. Flera av grupperna kom fram till att arbetet med att förbättra

Vi såg att ett erfarenhetsutbyte enheterna emellan skulle kunna vara till stor nytta



Anders Edström och Åsa Hörnlund

patienternas ekonomiska situation var mycket bristfälligt.

– Vid inskrivningen frågar vi om patienten har några problem med sin ekonomi och önskar hjälp med att sköta den. Men om patienten säger nej går vi inte vidare med frågan, var en kommentar.

– Nej, det är lite konstigt. Vi ser till att patienterna tränar

på allt från att laga mat till att tvätta kläder, och det är obligatoriskt att delta i de aktiviteterna. Men så jobbar vi inte alls när det gäller ekonomin. Här är det helt frivilligt, trots att det kanske egentligen är ett mycket viktigare ämne att kunna hantera, sade en annan deltagare.

Man diskuterade också gruppvis vilka rutiner och arbetssätt man skulle vilja införa. Då framkom det bland annat att de flesta medarbetare önskade sig bättre verktyg och större kunskap om hur arbetet kring

patienternas ekonomi kan bedrivas.

Självskattningen och listan över önskade förbättringsområden tog deltagarna sedan med sig hem – för att försöka implementera förändringarna på hemmaplan. Till stöd i det arbetet ordnade projektledarna fem webinarier, det vill säga möten på webben där deltagarna kunde utbyta erfarenheter och få tips om hur de kunde jobba vidare.



Deltagande kliniker på följande orter:

Vänersborg	Säter
Falköping	Uppsala
Göteborg	Vadstena
Katrineholm	Växjö
Kristinehamn	Piteå
Stockholm	Örebro
Sundsvall	

Kronofogden hade en spännande dragning om Budbärarutbildningen



Avslutande seminarium



Avslutande seminarium i juni

I juni träffades så alla deltagande kliniker igen i Katrineholm, för att prata om erfarenheter de gjort under projektets gång och redovisa hur långt de hade kommit i sitt arbete med att förbättra patienternas ekonomi. Syftet var givetvis att grupperna skulle inspirera och lära av varandra. Seminariet innehöll också en föreläsning av Kronofogden inom ramen för deras Budbärarutbildning, om hur man kan arbeta förebyggande för att hjälpa människor att skapa balans i sin vardagsekonomi.

– Eftersom tidsramen för projektet var förhållandevis snäv har målet varit att initiera arbetet med patienternas ekonomi på klinikerna. Det ser vi nu

att vi har lyckats med; engagemanget har varit stort och alla grupper har jobbat på bra. Nu återstår att genomföra det praktiska arbetet och se till att de önskade förändringarna landar i den praktiska verksamheten, säger Anders Edström.

– Alla kliniker hade ju vid projektets start kommit olika långt i sitt arbete med patienternas ekonomi och det är ju skillnader som består. Men alla har arbetat väldigt engagerat och målmedvetet med de förändringar de vill genomföra och jag ser att det här arbetssättet mycket väl kan användas i framtida projekt, säger Camilla Skåån, en av registerhållarna vid RättsspsyK och sjuksköterska vid Rättsspsykiatri Brinkåsen i Vänersborg. ■

Ordnad ekonomi tung faktor för framgångsrik utslussning av patienter inom rättspsykiatri

Ekonomi påverkar stora delar av patientens vardag och spelar stor roll för en lyckad utslussning till öppna vårdformer. Det har Maritha Holm och hennes kollegor visat i sin forskning.

Text och bild: Anna Matzinger

Det hela började när Maritha Holm och en kollega läste vidareutbildningen till psykiatrisköterska.

– När vi funderade på vilket ämne vi ville skriva uppsats om insåg vi att vi båda sett att många av patienterna som går ut i öppenvård kommer tillbaka till slutenvården. Sedan finns det såklart många som det lyckas för också, men vi ville undersöka vilka faktorer som påverkade om en patient skulle lyckas med sin utslussning eller inte, säger Maritha Holm, sakkunnig i förbättringsprojektet och biträdande avdelningsföreståndare vid Rättspsykiatri Brinkåsen i Vänersborg.

I uppsatsen genomfördes intervjuer med två fokusgrupper och det var här som det framkom att ekonomin hade större betydelse än vad man kanske trott för en lyckad utslussning.

– Det fanns många faktorer som spelade in för om patienten klarade sin övergång till långpermission eller öppenvård. Men en ordnad ekonomi var väldigt viktig och en av de faktorer

FAKTA

Ytterligare några av de faktorer som har betydelse för en lyckad övergång till öppenvård är:

- Rätt psykiatrisk diagnos
- Frånvaro av missbruk
- Följsamhet i medicinering
- Socialt nätverk
- Tryggt boende



Maritha Holm

som påverkade allra mest. Och det är klart, om patienten inte vet hur man betalar räkningar eller är förberedd på vad saker och ting som man behöver i ett hushåll kostar, så blir det snabbt en rörig tillvaro, säger Maritha Holm.

Viktigt att lyfta in ekonomiaspekten tidigt

Uppsatsen omarbetades sedan till en artikel, som publicerades i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011. I artikeln framkom bland annat förslag på en ”ekonomiskola” som åtgärd för att hjälpa patienterna med ekonomin.

Maritha Holm har nu ingått som sakkunnig i RättspsyKs förbättringsprojekt, där syftet är att få landets rättspsykiatriska enheter att jobba mer medvetet och formaliserat med att förbättra patienternas hantering av sin ekonomi.

– Det är viktigt att redan tidigt i vårdprocessen lyfta in ekonomin som en aspekt. Många av våra patienter

har till exempel stora skulder när de kommer in och vill eller orkar inte alltid bry sig om att betala tillbaka på dem. De behöver också ofta lära sig grundläggande saker som hur man betalar räkningar och vad det kan få för konsekvenser om man inte gör det, säger Maritha Holm.

Rättspsykiatri Brinkåsen, där du jobbar, har också deltagit i förbättringsprojektet. Vad har det inneburit för er del?

– Jag tycker att vi har fått med oss jättemycket tips och inspiration. Alla deltagare stöttar varandra och nu kan vi kontakta vilket team som helst och be om hjälp. Vi behöver inte uppfinna hjulet igen. Vårt mål med våra patienter har redan sedan tidigare varit att de i alla fall inte ska skuldsätta sig mer under sin tid hos oss, och i projektet har vi fått många tips på hur man kan jobba för att inspirera och motivera patienterna till det. ■

Ekonomigrupper på Rättspsykiatriska enheten i Uppsala

På Uppsala Rättspsykiatriska enhet har man sedan 2008 jobbat med ekonomikunskap i mindre grupper. Man har genom åren testat några olika upplägg – och hösten 2015 är det dags för en ny satsning igen.



Åsa Antonsen och Thomas Mäkinen

Text och bild: Anna Matzinger

Uppsala Rättspsykiatriska enhet är en av de kliniker som länge arbetat formaliserat med att utbilda sina patienter i ekonomi. Men man vill helst inte kalla det ”ekonomiskola”.

– Ordet skola kan vara laddat för många av våra patienter, och starkt förknippat med misslyckande. Dessutom har vi varje vardag klockan 10 olika grupper för våra patienter, från film- och musikgrupper till samtalsgrupper, och vi ville att ekonomigruppen helt odramatiskt skulle vara en av många andra, säger Thomas Mäkinen, kurator på enheten.

Enhetens **första variant** av ekonomigrupp var mer undervisningsstyrd, med hemuppgifter mellan tillfällena.

I den **andra varianten** var patienterna med och styrde mera, och undervisningen var mer diskussionsbaserad än lärarledd. Patienterna erbjöds också individuell hjälp med frågor om sin ekonomi.

– Den här varianten upplevde jag som roligare. Patienterna blev också mer öppna när alla berättade om sina egna erfarenheter och det här med ekonomi inte blev så högtidligt, säger Åsa Antonsen, arbetsterapeut på kliniken.

Under hösten 2015 ska så en ny form av ekonomigrupp startas, där man plockar med sig erfarenheter från de tidigare ekonomigrupperna.

– Ekonomigrupperna till hösten kommer också de att vara diskussionsbaserade, men vi kommer att ha färre deltagare, mellan tre och åtta stycken, och några inbjudna gäster. Och vi kommer att försöka göra undervisningen ännu mer verklighetsbaserad, och ta upp sådant som månadsbudget, kommande vårdkostnader och vad man ska tänka på när man tecknar abonnemang för till exempel mobiltelefon och bredband, säger Åsa Antonsen. ■

FÖRSTA VARIANTEN

De ämnen som ingick var:

1. Vad är ekonomi?
2. Vardagsekonomi och budget
3. Struktur
4. Skadestånd och köpvillkor
5. Mat: planering och inköp
6. Konsumentlagar
(konsumentrådgivare deltar)
7. Skuldsanering
(budget- och skuldrådgivare deltar)

ANDRA VARIANTEN

Gruppträffarna om ekonomi bestod då av:

1. Vad är ekonomi?
2. Att flytta hemifrån
3. Hushållsekonomi
4. Sjukvård och kostnader
5. Spara pengar och ta lån

FAKTA

Rättspsykiatriska enheten i Uppsala har 20 slutenvårdsplatser och därtill öppenvård. Enheten är en del av Akademiska sjukhuset och finns på Ulleråkersområdet. Flera yrkeskategorier är representerade. Upptagningsområdet är hela Uppsala län.

“Projektet har verkligen hjälpt oss framåt”

**Handfasta tips och stöd som fungerar i den praktiska verkligheten.
Det tycker deltagarna från Rättspsykiatriska kliniken i Säter att
förbättringsprojektets träffar har gett dem.**

Text och bild: Anna Matzinger

På Rättspsykiatriska kliniken i Säter har det bedrivits psykiatrisk vård sedan 1912. I nuläget bedrivs vård på säkerhetsklass 2 och 3. På kliniken finns 63 vårdplatser fördelat på 6 avdelningar.

Innan förbättringsprojektet drog igång saknade man skriftliga rutiner för hur man skulle prata om och hantera patienternas ekonomi. Det första steget efter projektets startseminarium blev därför att identifiera vad som faktiskt gjordes på området, med syfte att så småningom skapa en övergripande rutin.

– När vi kom hem och inventerade hur arbetet kring patienternas ekonomi såg ut så såg vi att vi faktiskt gjorde en hel del redan. Men det var mest kuratorerna som pratade med patienterna kring ekonomin och hela processen kring det fanns i deras huvuden. Det gjorde att det blev väldigt svårt för andra medarbetare, inklusive mig själv när jag kom som ny kurator, att veta hur arbetet egentligen såg ut, säger Sarah Johansson, kurator på Säter.

– Ja, det är ju dessutom en väldigt stor risk för verksamheten att ha all kunskap samlad hos en person i tyst form, säger Malin Larsson, som är arbetsterapeut på samma klinik.

Kunskap kring ekonomi saknas ofta

Vid den inventering som Sarah, Malin och deras kollega Marlene

Gunnarsson, som är skötare, gjorde framkom att patienterna fick väldigt skiftande hjälp vad det gällde ekonomin.

– Vårdpersonalen kunde ofta hjälpa till, om det till exempel kom ett brev som man undrade om kunde man inleda ett samtal kring det, men det fanns inget formaliserat arbete. Det hängde helt på hur intresserad till exempel skötaren var, säger Marlene Gunnarsson.

– Våra patienter saknar ju ofta kunskap och rutiner kring ekonomi, eftersom de inte direkt haft en standarduppväxt. Samtidigt finns det ju de som har koll på läget och enda sättet att ta reda på hur det ligger till är ju att samtal med varje patient, säger Malin Larsson.

Bra ta del av andras material

När nu kartläggningen av hur arbetet med patienternas ekonomi ser ut är färdig, är nästa steg att skapa skriftliga rutiner för hur man vill jobba.

– Vi vill ha en tydligare rollfördelning så att alla vet vem som ska göra vad. En del kan kuratorn sköta, annat är det bra om skötarna hjälper till med. Vi skulle också vilja utveckla fler pedagogiska verktyg för att använda i arbetet

om ekonomi tillsammans med patienterna, säger Malin Larsson.

– Det är ju något som varit väldigt bra med både de fysiska kursträffarna och webinarier, att alla deltagare delat med sig av sitt material och att vi fått stöd i hur man kan jobba vidare. Om vi får ta del av hur andra klinikers eko-

nomiskola ser ut, till exempel, så behöver vi ju inte uppfinna en egen från start utan kan utgå från den som finns och anpassa den efter våra patienter. Det sparar vi mycket tid och jobb på, säger Sarah Johansson.

– Ja, på så sätt är det här faktiskt en av de bästa kurserna jag gått på. Alla har varit väldigt generösa med att dela med sig av sina erfarenheter och sitt material, och många tips har varit väldigt användbara, säger Marlene Gunnarsson. ■

En av de bästa kurserna jag gått på!



Marlene Gunnarsson, Malin Larsson och Sara Johansson



Dan Gothefors

Kliniska riktlinjer ska förebygga metabol störning

Personer med allvarlig psykisk störning dör tidigare än befolkningen i övrigt, den förkortade livslängden kan räknas i decennier. Den största hälsorisk är metabol störning. Dan Gothefors är överläkare på Karsudden, Sveriges största rättspsykiatriska sjukhus. Han har varit med och tagit fram kliniska riktlinjer för att färre patienter ska drabbas av diabetes och hjärt-kärlsjukdom.

Text och bild: Catharina Malmfors

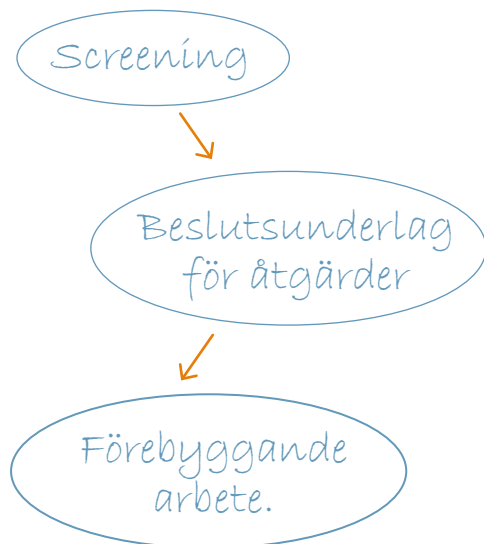
Metabolt syndrom är ett samlingsnamn för bukfetma, högt blodtryck och andra faktorer som ökar risken för diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Enligt Dan Gothefors, överläkare i psykiatri på Karsuddens sjukhus, finns det flera orsaker till att rättspsykiatriska patienter drabbas i så hög grad.

– Patienterna är instängda och befinner sig i en konstig miljö. Många väntar passivt på frihet i stället för att ta eget ansvar för goda levnadsvanor. Kortsiktiga belöningar som cigaretter och godis går före långsiktiga mål. Många har ingen hobby utöver att röka. Det finns också läkemedel som bidrar till ökad vikt. Dels genom att

aptiten ökar, dels genom att bukspottskörteln och därmed insulinbalansen påverkas, säger Dan Gothefors.

De senaste åren har medvetenheten om problemet ökat, mycket tack vare kvalitetsindikatorn BMI i kvalitetsregistret RättspsyK.

Men för att få till en radikal förändring räcker det inte att känna till problemet, man måste också göra något åt det. Därför har kliniska riktlinjer tagits fram av företrädare för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Internmedicinisk



Är din rättspsykiatriska klinik intresserad av att ingå i projektet i framtiden?

Kontakta Dan Gothefors på dan.gothefors@dll.se

Förening, Svenska Cardioloföreningen samt Svensk Förening för Obesitasforskning.

En process i tre steg

På många kliniker sätts åtgärder in först när patienten har en etablerad övervikt eller utvecklad diabetes. Men då är det ofta svårt att backa. Därför syftar riktlinjerna till att upptäcka tidiga tecken på metabolt syndrom. Tanken är att varenda patient – oavsett fysisk hälsa vid inskrivningen – ska genomgå en process som består av tre punkter: **Screening, Beslutsunderlag för åtgärder och Förebyggande arbete.**

– **Screening** handlar om att få en bild av patientens grundhälsa, med hjälp av sjukdomshistorien och olika tester. Exempelvis kan vi upptäcka förstadium till diabetes, berättar Dan Gothefors, som företräder Svenska Psykiatriska Föreningen och har varit med och formulerat de kliniska riktlinjerna.

Beslutsunderlag för åtgärder handlar om att göra något åt de hälsoproblem som upptäcks vid screeningen.

– Låt säga att vi upptäckte förstadium till diabetes. Då ser vi till att patienten får träffa en specialistläkare i medicin. Punkten Beslutsunderlag för åtgärder handlar mycket om att etablera fungerande samarbetsformer med den övriga vården, så att vi snabbt och smidigt kan slussa patienten vidare till rätt instans.

Enligt studier på området är det betydligt vanligare hos personer med allvarlig psykisk sjukdom än hos befolkningen i övrigt att det föreligger en eller flera obehandlade somatiska sjukdomar.

– Det beror antingen på att sjukdomen inte har upptäckts eller på att patienten inte får rätt somatisk vård, förklarar Dan Gothefors.

Svårt skapa nya vanor

Förebyggande åtgärder är den punkt som Dan Gothefors ser som den största utmaningen.

– Förebyggande åtgärder handlar om att hjälpa patienten att skapa nya levnadsvanor. Att äta bättre. Att motionera. Det är här det stora jobbet ligger. Allting handlar om motivation, och är man inlåst och kanske deprimerad är det väldigt svårt att hitta den motivation som krävs för att skapa nya och bättre vanor, säger Dan Gothefors.

För närvarande pågår ett projekt som handlar om att implementera de kliniska riktlinjerna. Projektet, som drivs av Svenska Psykiatriska Föreningen i samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa och Sveriges Kommuner och Landsting, föreslår att ett antal personer på kliniken utbildas till så kallade hälsocoacher.

– Hälsocoacherna utbildas inom bland annat orsaker till ohälsa, metoder för att komma över de vanliga

hindren till förändring, stresshantering och fysisk aktivitet. Tanken är att de ska implementera ett hälsofrämjande arbete och, om det behövs, arbeta för strukturella förändringar på kliniken. För att hälsocoacherna ska få det stöd de behöver, ska även en representant för ledningen samt brukarrepresentanter genomgå utbildningen till hälsocoacher.

Fyra pilotkliniker

Med ekonomiskt stöd från staten får i dagsläget fyra allmänpsykiatriska kliniker hjälp att implementera de kliniska riktlinjerna och utbilda hälsocoacher. Om arbetet på de så kallade pilotklinikerna faller väl ut, och om projektet beviljas ytterligare medel, är tanken att ytterligare kliniker ska ges hjälp att implementera riktlinjerna.

Karsudden är inte en av de fyra pilotklinikerna, men sjukhuset följer i princip riktlinjerna ändå.

– Vi kom igång i början av 2012. Numera screenar vi alla patienter, hälsoprocessen är en stående punkt på behandlingskonferenserna och personalen pratar om patienternas fysiska hälsa i högre utsträckning. Om patienterna sedan lever längre eller inte får framtiden utvisa.

Är din rättspsykiatriska klinik intresserad av att ingå i projektet i framtiden? Kontakta Dan Gothefors på dan.gothefors@dll.se

Erfarenheter vid insamling av PROM-mått

För att få med patientens perspektiv har RättspsyK fyra så kallade PROM-mått. Men hur fungerar det att samla in PROM-måtten? Vad tycker patienterna om att bidra till kvalitetsregistret? Och ger patienterna sanningsenliga svar? Sex personer som arbetar med att samla in PROM-mått berättar om sina erfarenheter.

Text och bild: Catharina Malmfors



Lisette Karlsson, Britt-Marie Fjällström, Christine Rosén, Therese Granberg och Ali Khalvati, (Eva-Karin Zachrisson saknas på bild).

PROM (*Patient Reported Outcome Measures*) är mått på hur patienten själv upplever sin sjukdom och sin hälsa. De fyra PROM-måtten i RättspsyK är *fysisk hälsa*, *psykisk hälsa*, *livskvalitet* och *risk för återfall i brott*, som patienten får skatta på en VAS-skala (visuell analog skala) från noll till hundra. PROM-måtten samlas in en gång om året och det är frivilligt för patienten att delta.

Tidigare var *fysisk hälsa och psykisk hälsa* ett och samma PROM-mått, *hälsa*. Men patienterna upplevde *hälsa* som oklart, vilket gjorde att man 2013 delade in det PROM-måttet i två.

Patienter positiva till att delta

Sex personer som arbetar med att samla in PROM-mått delar med sig av sina erfarenheter: Britt-Marie Fjällström och Ali Khalvati, skötare på

Löwenströmska i Stockholm; Eva-Karin Zachrisson, kurator och Lisette Karlsson, sjuksköterska på Rågården i Göteborg samt Christine Rosén och Therese Granberg, skötare på Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena. De är alla positiva till kvalitetsregistrets PROM-mått.

– Det känns viktigt att patienterna får yttra sig. Och att det är deras eget val. Patienterna omges av så mycket

tvång, och här har de möjlighet att göra sin röst hörd utan att det är för- enat med ett tvång, säger Britt-Marie Fjällström.

– Genom att tillvarata patientens perspektiv kan vi utveckla verksamheten. PROM-måtten är också ett bra underlag i vårt patientsäkerhetsarbete. Om en patient exempelvis mår väldigt dåligt psykiskt, då kan vi sätta in åtgärder, säger Eva-Karin Zachrisson.

– De allra flesta är positiva till att delta. I undantagsfall upplever vi att patienten blir paranoid när vi ber dem fylla i skalorna, säger Ali Khalvati.

Patienterna omges av så mycket tvång, och här har de möjlighet att göra sin röst hörd.

Måttet

livskvalitet svårt att greppa

Av de fyra PROM-måtten brukar det vara måttet *livskvalitet* som patienterna har svårast att greppa.

– Många frågar ”livskvalitet, vad menar du med det?”. Särskilt utlandsfödda har svårt att förstå den frågan. Jag brukar svara att det handlar om hur man upplever sin situation, här och nu, säger Christine Rosén.

– Jag försöker undvika att förklara vad som menas, vill hellre att de gör sin egen tolkning och värdering. Det intressanta är att patienterna hos oss generellt skattar sin livskvalitet högt, ofta över 80. Många tänker nog på att situationen är ganska okej; de har tak över huvudet, en säng att sova i och mat för dagen. Jag beundrar patienternas känsla av livskvalitet, säger Britt-Marie Fjällström.

Ingen risk för återfall i brott?

PROM-måttet *risk för återfall i brott* ger i stort sett samtliga patienter, på alla kliniker, siffran noll. Det är

kanske inte så konstigt, med tanke på patienternas strävan mot frihet. Men Britt-Marie Fjällström tror inte bara det handlar om att stryka systemet medhårs.

– Jag tror många patienter talar sanning. De är kanske inte alltid medvetna om sin egen skörhet och upplever där och då att de aldrig mer kommer att begå ett brott, säger Britt-Marie Fjällström.

– Även om svaret inte stämmer överens med sanningen får sig patienterna en funderare. Frågan kan vara en tankeväckare, säger Ali Khalvati.

– Jag brukar förklara tydligt att deras svar inte har någon som helst betydelse för deras eventuella utskrivning, säger Christine Rosén.

– Många tänker nog också att de inte kommer att återfalla i samma brott som de är dömda för. Men frågan täcker in alla brott. Det tänker inte patienterna på förrän man påpekar det, säger Lisette Karlsson.

Sanna svar kräver diskussion

Hur insamlingen går till skiljer sig en del åt mellan olika kliniker och avdelningar. Vissa patienter fyller i PROM-måtten tillsammans med personal som har god kunskap om kvalitetsregistret. Andra patienter fyller i tillsammans med personal som inte har den kunskapen. Det händer också att patienter fyller i helt på egen hand, främst på grund av resursbrist.

Lisette Karlsson tycker det är av största vikt att patienten får stöd från kunnig personal när måtten samlas in. Hon berättar hur hon själv brukar arbeta.

– Vi går igenom ett PROM-mått i taget. Jag ber patienten sätta ett tunt litet kryss i blyerts på skalan. Sedan diskuterar vi vad måttet innebär och varför patienten satte krysset just där. Efter diskussionen brukar patienten suddas och flytta krysset mer mot mitten. För livet är sällan noll eller hundra, ofta är det någonstans där emellan. För att få fram hur det förhåller sig måste man föra en diskussion, säger Lisette Karlsson, som ser en vits med att använda resultatet i vårdarbetet.

– Ja, det är väldigt viktigt att patienten får hjälp. Både personal och patient behöver förstå vad man mäter, varför man mäter och vad undersökningen ska användas till. I dag tror jag att PROM-måtten ofta samlas in för lättvindigt, säger Eva-Karin Zachrisson.

Återkoppling behöver förbättras

Även om patienterna generellt är positiva till att delta i undersökningen, så är deras intresse ganska ljust. Det bekräftas av att inga patienter frågar efter resultatet.

– Som det är nu samlar vi in PROM-måtten, sedan blir det tyst. Tror det vore bra om såväl personal som patienter fick någon form av återkoppling. Kanske kan vår enhets analysgrupp reflektera kring våra resultat, det vore bra, föreslår Therese Granberg.

– Det borde spridas mer kunskap i verksamheten om mätningarna och hur resultatet i slutändan kan bidra till bättre vård för patienten, avslutar Eva-Karin Zachrisson. ■

Vad är rättspsykiatrisk vård?

Rättspsykiatrisk undersökning och rättspsykiatrisk vård.

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

Undantaget från att döma till vanliga påföljder (fängelse, skyddstillsyn, böter, villkorlig dom, 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 skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.”

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

Den rättspsykiatriska bedömningen sker för det mesta i två steg. Den aktuella domstolen begär ett läkarutlåtande av den tilltalade, ett så kallat § 7-intyg eller, med äldre språkbruk, ”liten sinnesundersökning”, vilken fungerar som ett ”gallringsinstrument” för vilka som ska gå vidare i bedömningsprocessen. Varje år genomförs ungefär 1300st (1248 st 2015) § 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. 2015 genomfördes 471 st ”stora” rättspsykiatriska undersökningar i Sverige.

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

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

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

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

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

Fakta om rättspsyk

Registrets uppbyggnad

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

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas för Grunddata. 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 2016 års rapport bygger på data som registrerats under 2014/2015 och som sammanställts någon gång under 2015.

Registrerare i Rättspsyk

Enhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Elisabeth Palmeby
LRV-enheten Gävleborg	Tomas Kleveholt
LRV-enheten Gävleborg	Tony Nisukangas
LRV-enheten Gävleborg	Ulla Skarp
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättspsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Malin Lotterberg
Mälarsjukhuset	Teresa Lauren
RPA Skellefteå	Anna Åkerström
RPA Skellefteå	Helena Edvardsson
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Anneli Hallgren
RPA Västervik	Lena Koffed
RPA Västervik	Morgan Johansson
RPA Västervik	Pernilla Nyberg
RPA Västervik	Roger Andersson
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	David Johansson
RPE Uppsala	Erika Bergvall

Enhet	Namn
RPE Uppsala	Ida Augustin
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnheim
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Angelika Vicente
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Sofia Eklund
RPK Örebro	Carina Granlund
RPR Vadstena	Christine Rosén
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Camilla Johnsson
RPV Borås	Marcus Mellåker
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Falköping	Henrich Prüssner
RPV Göteborg	Janet Boerenbeker
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Anne Holmblad
RPV Halland	Katarina André
RPV Jönköping	Anders Nordström
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt
RPV Jönköping	Staffan Hjelm
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri Västmanland	Johan Eriksson
Rättspsykiatri Västmanland	Tina Plensäll
Rättspsykiatri i Skåne	Camilla Sandberg
Rättspsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättspsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatri i Skåne	Jeanette Quednau
Rättspsykiatri i Skåne	Jessica Jonsson
Rättspsykiatri i Skåne	Jessica Nilsson
Rättspsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättspsykiatri i Skåne	Monika Juhasz
Rättspsykiatri i Skåne	Pernilla Törnqvist
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Fredriksson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Aicha Elouagari
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Fredrik Nyblom
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Gunilla Karlsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	John Kerkhoven
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Kjell Samuelsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Lars Gisel
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ljubica Medjed
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Rikard Persson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Roger Vesterberg
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ulrika Freijdh
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Åsa Boquist
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2015

Camilla Skåån, Rättspsykiatri Vänersborg,
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

Kaj Forslund, Rättspsykiatri vård, Stockholm,
Verksamhetschef, Registerhållare

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska,
Vårdsamordnare

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne,
Leg. sjuksköterska

Mattias Andersson, Rättspsykiatri vård, Stockholm,
IT administratör

Ulf Björnfot, Rättspsykiatriska kliniken, Säter,
Verksamhetschef

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

Jan Cederborg, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, Verksamhetschef

Alessio Degl'Innocenti, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef,
Docent

Holger Edquist, Rättspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog

Sofia Eklund, Rättspsykiatriska kliniken, Säter,
Administrativ samordnare

Bengt Eriksson, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Sundsvall, Stf. Verksamhetschef

Johan Eriksson, Rättspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog

Madeleine Hammar, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare

Malin Lotterberg, Karsuddens sjukhus, Katrineholm,
Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand

Caroline Millberg, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, Administrativ chef

Kenth Persson, Karsuddens sjukhus, Katrineholm,
Chefsöverläkare

Peter Tjelander, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Växjö, Leg. sjuksköterska

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

Registrets analysgrupp 2015

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

Camilla Skåån, Rättspsykiatri Vänersborg,
Leg. sjuksköterska, Registerhållare

Marianne Ander, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska,
Vårdsamordnare

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

Helena Andreasson, Rättspsykiatri Skåne,
Leg. sjuksköterska

Per Bülow, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, Klinisk lektor, Fil dr

Johan Eriksson, Rättspsykiatri Västmanland, Sala,
Leg. psykolog

Lars Eriksson, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Överläkare

Madeleine Hammar, Rättspsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare

Peter Karlberg, Rättspsykiatriska regionkliniken,
Vadstena, IT-samordnare

Malin Lotterberg, Karsuddens sjukhus, Katrineholm,
Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand

Sven Pedersen, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg, Leg. Psykolog, Doktorand

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

Exempel på delfrågor ur webbformulär som används vid datainsamling

Indexbrott/brott

Indexbrott

Brott 2

Brott 3

Tidigare påföljder

Inga tidigare domar

Påverkad vid brottet

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

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Lösningsmedel

Anabola steroider

Övrigt

Dokumenterad historia av missbruk

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

Tidigare psykiatrisk vård

Tidigare psykiatrisk vård?

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård

Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård

Inom primärvård, motsvarande eller somatisk vårdgivare

Övrigt

Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?

Domslut

Datum för dom saknas

Datum för dom i brottsmålet

Typ av domslut

Tabell 15 a. Fördelning av skattad svårighetsgrad av symptom (andel anges inom parentes).

År	Kön	Inga	Mycket milda	Milda	Måttliga	Påtagliga	Svåra	Mycket svåra	Totalt
2011	Kvinnor	2 (0,9)	12 (5,5)	28 (12,7)	60 (27,3)	75 (34,1)	27 (12,3)	16 (7,3)	220 (100,0)
	Män	32 (3,0)	83 (7,7)	181 (16,7)	345 (31,9)	309 (28,5)	110 (10,2)	23 (2,1)	1 083 (100,0)
	Totalt	34 (2,6)	95 (7,3)	209 (16,0)	405 (31,1)	384 (29,5)	137 (10,5)	39 (3,0)	1 303 (100,0)
2012	Kvinnor	6 (2,7)	11 (4,9)	40 (17,8)	75 (33,3)	58 (25,8)	27 (12,0)	8 (3,6)	225 (100,0)
	Män	38 (3,3)	87 (7,5)	223 (19,3)	327 (28,4)	348 (30,2)	95 (8,2)	35 (3,0)	1 153 (100,0)
	Totalt	44 (3,2)	98 (7,1)	263 (19,1)	402 (29,2)	406 (29,5)	122 (8,9)	43 (3,1)	1 378 (100,0)
2013	Kvinnor	9 (3,8)	12 (5,1)	38 (16,2)	64 (27,2)	75 (31,9)	31 (13,2)	6 (2,6)	235 (100,0)
	Män	36 (3,2)	81 (7,1)	206 (18,1)	362 (31,8)	322 (28,3)	97 (8,5)	33 (2,9)	1 137 (100,0)
	Totalt	45 (3,3)	93 (6,8)	244 (17,8)	426 (31,0)	397 (28,9)	128 (9,3)	39 (2,8)	1 372 (100,0)
2014	Kvinnor	5 (1,8)	10 (3,6)	41 (15,0)	93 (33,9)	79 (28,8)	33 (12,0)	13 (4,7)	274 (100,0)
	Män	37 (2,9)	83 (6,4)	201 (15,5)	415 (32,0)	367 (28,3)	139 (10,7)	55 (4,2)	1 297 (100,0)
	Totalt	42 (2,7)	93 (5,9)	242 (15,4)	508 (32,3)	446 (28,4)	172 (10,9)	68 (4,3)	1 571 (100,0)
2015	Kvinnor	5 (1,8)	13 (4,7)	36 (12,9)	90 (32,4)	76 (27,3)	48 (17,3)	10 (3,6)	278 (100,0)
	Män	29 (2,0)	90 (6,3)	226 (15,7)	486 (33,8)	383 (26,7)	154 (10,7)	69 (4,8)	1 437 (100,0)
	Totalt	34 (2,0)	103 (6,0)	262 (15,3)	576 (33,6)	459 (26,8)	202 (11,8)	79 (4,6)	1 715 (100,0)



Tabell 21a. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård (andel anges inom parentes).

År	Kön	≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2011	Kvinnor	4 (3,6)	33 (29,7)	27 (24,3)	21 (18,9)	18 (16,2)	8 (7,2)	111 (100,0)
	Män	2 (0,4)	121 (23,9)	173 (34,2)	126 (24,9)	55 (10,9)	29 (5,7)	506 (100,0)
	Totalt	6 (1,0)	154 (25,0)	200 (32,4)	147 (23,8)	73 (11,8)	37 (6,0)	617 (100,0)
2012	Kvinnor	3 (2,5)	32 (27,1)	25 (21,2)	32 (27,1)	12 (10,2)	14 (11,9)	118 (100,0)
	Män	7 (1,2)	148 (26,1)	185 (32,7)	153 (27,0)	50 (8,8)	23 (4,1)	566 (100,0)
	Totalt	10 (1,5)	180 (26,3)	210 (30,7)	185 (27,0)	62 (9,1)	37 (5,4)	684 (100,0)
2013	Kvinnor	6 (5,5)	34 (30,9)	21 (19,1)	25 (22,7)	13 (11,8)	11 (10,0)	110 (100,0)
	Män	3 (0,6)	140 (26,4)	187 (35,2)	119 (22,4)	62 (11,7)	20 (3,8)	531 (100,0)
	Totalt	9 (1,4)	174 (27,1)	208 (32,4)	144 (22,5)	75 (11,7)	31 (4,8)	641 (100,0)
2014	Kvinnor	3 (2,5)	30 (24,6)	27 (22,1)	28 (23,0)	20 (16,4)	14 (11,5)	122 (100,0)
	Män	4 (0,6)	150 (24,2)	227 (36,7)	148 (23,9)	68 (11,0)	22 (3,6)	619 (100,0)
	Totalt	7 (0,9)	180 (24,3)	254 (34,3)	176 (23,8)	88 (11,9)	36 (4,9)	741 (100,0)
2015	Kvinnor	1 (0,8)	30 (24,2)	27 (21,8)	31 (25,0)	21 (16,9)	14 (11,3)	124 (100,0)
	Män	8 (1,2)	147 (22,1)	238 (35,7)	176 (26,4)	70 (10,5)	27 (4,1)	666 (100,0)
	Totalt	9 (1,1)	177 (22,4)	265 (33,5)	207 (26,2)	91 (11,5)	41 (5,2)	790 (100,0)

« TILLBAKA

Tabell 21b. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård (andel anges inom parentes).

År	Kön	≤18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥40 Mycket svår fetma	Totalt
2011	Kvinnor	0 (0,0)	5 (14,7)	12 (35,3)	7 (20,6)	7 (20,6)	3 (8,8)	34 (100,0)
	Män	1 (0,4)	59 (24,7)	98 (41,0)	55 (23,0)	17 (7,1)	9 (3,8)	239 (100,0)
	Totalt	1 (0,4)	64 (23,4)	110 (40,3)	62 (22,7)	24 (8,8)	12 (4,4)	273 (100,0)
2012	Kvinnor	2 (5,0)	10 (25,0)	9 (22,5)	10 (25,0)	5 (12,5)	4 (10,0)	40 (100,0)
	Män	2 (0,7)	69 (24,0)	98 (34,0)	71 (24,7)	31 (10,8)	17 (5,9)	288 (100,0)
	Totalt	4 (1,2)	79 (24,1)	107 (32,6)	81 (24,7)	36 (11,0)	21 (6,4)	328 (100,0)
2013	Kvinnor	1 (2,0)	6 (11,8)	13 (25,5)	13 (25,5)	10 (19,6)	8 (15,7)	51 (100,0)
	Män	3 (1,1)	51 (18,4)	110 (39,7)	71 (25,6)	25 (9,0)	17 (6,1)	277 (100,0)
	Totalt	4 (1,2)	57 (17,4)	123 (37,5)	84 (25,6)	35 (10,7)	25 (7,6)	328 (100,0)
2014	Kvinnor	1 (1,6)	17 (26,6)	12 (18,8)	16 (25,0)	9 (14,1)	9 (14,1)	64 (100,0)
	Män	2 (0,6)	71 (22,3)	118 (37,1)	76 (23,9)	29 (9,1)	22 (6,9)	318 (100,0)
	Totalt	3 (0,8)	88 (23,0)	130 (34,0)	92 (24,1)	38 (9,9)	31 (8,1)	382 (100,0)
2015	Kvinnor	1 (1,3)	20 (26,3)	16 (21,1)	19 (25,0)	12 (15,8)	8 (10,5)	76 (100,0)
	Män	1 (0,3)	79 (21,1)	139 (37,2)	98 (26,2)	40 (10,7)	17 (4,5)	374 (100,0)
	Totalt	2 (0,4)	99 (22,0)	155 (34,4)	117 (26,0)	52 (11,6)	25 (5,6)	450 (100,0)

« TILLBAKA

Tabell 26a. Antal patienter som själv uppbär kontakterna med sociala och /eller professionellt nätverk (andel anges inom parentes).

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Kvinnor	217 (98,6)	220	221 (97,4)	227	227 (96,6)	235	263 (96,0)	274	268 (96,4)	278
Män	1036 (95,7)	1083	1091 (93,8)	1163	1074 (94,4)	1138	1217 (93,8)	1297	1359 (94,5)	1438
Totalt	1253 (96,2)	1303	1312 (94,4)	1390	1301 (94,8)	1373	1480 (94,2)	1571	1627 (94,8)	1716

← TILLBAKA

Tabell 26b. Fördelning av socialt och/eller professionellt nätverk (anges i procent).

År	Kön	Totalt antal patienter	Anhöriga	Vänner	Kommun	Landsting	Försäkringskassa	Arbetsgivare	Frivilligorganisation	Annan aktör	Nätverk ej specificerat
2011	Kvinnor	217	83,4	26,7	49,3	52,1	34,1	5,1	4,1	14,7	0,0
	Män	1036	81,0	30,4	54,2	51,4	33,9	5,5	2,8	15,3	0,0
	Totalt	1253	81,4	29,8	53,4	51,6	33,9	5,4	3,0	15,2	0,0
2012	Kvinnor	221	87,3	26,2	38,5	37,1	20,8	5,0	2,3	14,9	0,9
	Män	1091	81,7	31,1	45,6	38,8	24,3	5,1	3,2	12,3	0,9
	Totalt	1312	82,6	30,3	44,4	38,5	23,7	5,1	3,0	12,7	0,9
2013	Kvinnor	227	89,0	42,7	39,2	36,6	16,7	10,1	4,8	15,4	0,0
	Män	1074	85,8	40,0	39,1	34,2	16,6	6,9	3,0	13,3	0,1
	Totalt	1301	86,4	40,5	39,1	34,6	16,6	7,5	3,3	13,7	0,1
2014	Kvinnor	263	90,1	38,0	39,9	36,1	18,3	5,7	6,1	12,9	0,0
	Män	1217	86,9	37,4	36,2	32,9	20,0	5,1	4,4	12,2	0,0
	Totalt	1480	87,4	37,5	36,9	33,4	19,7	5,2	4,7	12,4	0,0
2015	Kvinnor	268	86,2	41,0	42,9	44,0	23,1	6,0	6,0	9,3	0,0
	Män	1359	85,9	36,2	39,2	37,2	28,1	7,5	2,8	9,1	0,1
	Totalt	1627	86,0	37,0	39,8	38,3	27,3	7,3	3,3	9,1	0,1

← TILLBAKA

Tabell 32a. Antal patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd (andel anges inom parentes).

År	Kön	Fastspänning	Avskiljande	Medicinering*	Inskränkande av elektronisk utrustning	Antal patienter**
2011	Kvinnor	20 (51,3)	18 (46,2)	14 (35,9)	18 (46,2)	39 (17,7)
	Män	61 (41,8)	84 (57,5)	47 (32,2)	43 (29,5)	146 (13,5)
	Totalt	81 (43,8)	102 (55,1)	61 (33,0)	61 (33,0)	185 (14,2)
2012	Kvinnor	23 (50,0)	34 (73,9)	11 (23,9)	16 (34,8)	46 (20,3)
	Män	45 (33,1)	87 (64,0)	34 (25,0)	40 (29,4)	136 (11,7)
	Totalt	68 (37,4)	121 (66,5)	45 (24,7)	56 (30,8)	182 (13,1)
2013	Kvinnor	21 (50,0)	26 (61,9)	17 (40,5)	10 (23,8)	42 (17,9)
	Män	47 (28,5)	117 (70,9)	42 (25,5)	49 (29,7)	165 (14,5)
	Totalt	68 (32,9)	143 (69,1)	59 (28,5)	59 (28,5)	207 (15,1)
2014	Kvinnor	23 (39,7)	39 (67,2)	19 (32,8)	15 (25,9)	58 (21,2)
	Män	56 (25,9)	151 (69,9)	47 (21,8)	84 (38,9)	216 (16,7)
	Totalt	79 (28,8)	190 (69,3)	66 (24,1)	99 (36,1)	274 (17,4)
2015	Kvinnor	29 (48,3)	45 (75,0)	23 (38,3)	18 (30,0)	60 (21,6)
	Män	63 (25,8)	175 (71,7)	58 (23,8)	97 (39,8)	244 (17,0)
	Totalt	92 (30,3)	220 (72,4)	81 (26,6)	115 (37,8)	304 (17,7)

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

◀ TILLBAKA

Tabell 34a. Antal patienter som förskrivits läkemedel (andel anges inom parentes).

	2012			2013			2014			2015		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Anti-depressiva	89 (39,2)	323 (27,8)	412 (29,6)	95 (40,4)	377 (33,1)	472 (34,4)	117 (42,7)	440 (33,9)	557 (35,5)	129 (46,4)	488 (33,9)	617 (36,0)
ADHD	14 (6,2)	89 (7,7)	103 (7,4)	12 (5,1)	117 (10,3)	129 (9,4)	26 (9,5)	136 (10,5)	162 (10,3)	25 (9,0)	150 (10,4)	175 (10,2)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	60 (26,4)	367 (31,6)	427 (30,7)	73 (31,1)	380 (33,4)	453 (33,0)	91 (33,2)	440 (33,9)	531 (33,8)	98 (35,3)	502 (34,9)	600 (35,0)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	70 (30,8)	226 (19,4)	296 (21,3)	76 (32,3)	239 (21,0)	315 (22,9)	81 (29,6)	285 (22,0)	366 (23,3)	88 (31,7)	309 (21,5)	397 (23,1)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	72 (31,7)	326 (28,0)	398 (28,6)	82 (34,9)	375 (33,0)	457 (33,3)	100 (36,5)	442 (34,1)	542 (34,5)	100 (36,0)	476 (33,1)	576 (33,6)
Beroendesjukdomar	12 (5,3)	101 (8,7)	113 (8,1)	16 (6,8)	110 (9,7)	126 (9,2)	20 (7,3)	126 (9,7)	146 (9,3)	23 (8,3)	134 (9,3)	157 (9,1)
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	57 (25,1)	342 (29,4)	399 (28,7)	57 (24,3)	324 (28,5)	381 (27,7)	87 (31,8)	404 (31,1)	491 (31,3)	99 (35,6)	440 (30,6)	539 (31,4)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	55 (24,2)	191 (16,4)	246 (17,7)	55 (23,4)	180 (15,8)	235 (17,1)	67 (24,5)	224 (17,3)	291 (18,5)	71 (25,5)	259 (18,0)	330 (19,2)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	52 (22,9)	168 (14,4)	220 (15,8)	62 (26,4)	167 (14,7)	229 (16,7)	76 (27,7)	205 (15,8)	281 (17,9)	84 (30,2)	229 (15,9)	313 (18,2)
Stämningsstabiliserare (litium)	24 (10,6)	49 (4,2)	73 (5,39)	21 (8,9)	67 (5,9)	88 (6,4)	25 (9,1)	73 (5,6)	98 (6,2)	23 (8,3)	73 (5,1)	96 (5,6)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	22 (9,7)	99 (8,59)	121 (8,7)	28 (11,9)	122 (10,7)	150 (10,9)	30 (10,9)	160 (12,3)	190 (12,1)	51 (18,3)	199 (13,8)	250 (14,6)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	105 (46,3)	500 (43,0)	605 (43,5)	116 (49,4)	564 (49,6)	680 (49,5)	130 (47,4)	668 (51,5)	798 (50,8)	135 (48,6)	733 (51,0)	868 (50,6)
Somatiska sjukdomar	143 (63,0)	570 (49,0)	713 (51,3)	152 (64,7)	597 (52,5)	749 (54,6)	184 (67,2)	736 (56,7)	920 (58,6)	192 (69,1)	882 (61,3)	1074 (62,6)

◀ TILLBAKA

Exempel på arbetsterapeutiska bedömningsinstrument som är användbara inom rättspsykiatri. Observation i aktivitet:

Beskrivning	Beskrivning	Not
PRPP	Beskriver kognition i relation till utförande av uppgifter.	The Assessment- Perceive, Recall, Plan, Perform
AWP	Beskriver utförande i arbetslika uppgifter/aktiviteter baserat på social interaktion, motorisk förmåga och processfärdigheter.	The Assessment Of Work Performance
ADL-taxonomi/ADL-skalar	Beskriver utförandet i aktiviteter i det dagliga livet.	Aktiviteter i det dagliga livet
ACIS-S	Bedömning av kommunikations och interaktionsfärdigheter.	Svensk version av The Assessment of Communication & Interaction Skills
MOHOST-S	Screening av delaktighet i aktiviteter, hur vilja, vanor och färdigheter samspelar med personens miljö.	Svensk version av Model Of Human Occupation Screening Tool
AMPS	Bedömning av aktivitetsförmåga utifrån processfärdigheter och motoriska färdigheter. Intervju:	Assessment of Motor and Process Skills
BDA	Kartläggning om aktivitetssituation och delaktighet i det dagliga livet	Bedömning av delaktighet i aktivitet
WRI	Psykosociala och miljömässiga faktorer påverkan på personers möjligheter att vara kvar i, återgå till eller skaffa ett arbete	The Worker Role Interview
OPHI-II S	Aktivitetsanamnes Självskattning:	Svensk version av The Occupational Performance History Interview
MM	Patientens skattning av problem, styrkor och önskemål gällande dagliga aktiviteter.	Min mening
DOA	Patientens skattning av sin arbetsförmåga	Dialog om arbetsförmåga
COPM1	Patientens uppfattning av sin förmåga vid utförande av aktivitet	COPM Canadian Occupational Performance Measure

◀ TILLBAKA

Tabell 52a. Fördelning av boendeform (andel anges inom parentes).

År	Kön	Ordinärt boende	Ordinärt boende med beviljade stödinsatser	Saknar bostad	Stödboende	Totalt
2012	Kvinnor	44 (19,7)	26 (11,7)	81 (36,3)	72 (32,3)	223 (100,0)
	Män	285 (25,0)	108 (9,5)	375 (32,8)	374 (32,7)	1 142 (100,0)
	Totalt	329 (24,1)	134 (9,8)	456 (33,4)	446 (32,7)	1 365 (100,0)
2013	Kvinnor	51 (21,7)	21 (8,9)	76 (32,3)	87 (37,0)	235 (100,0)
	Män	235 (20,8)	120 (10,6)	404 (35,8)	369 (32,7)	1 128 (100,0)
	Totalt	286 (21,0)	141 (10,3)	480 (35,2)	456 (33,5)	1 363 (100,0)
2014	Kvinnor	50 (18,3)	26 (9,5)	86 (31,5)	111 (40,7)	273 (100,0)
	Män	288 (22,4)	131 (10,2)	417 (32,4)	450 (35,0)	1 286 (100,0)
	Totalt	338 (21,7)	157 (10,1)	503 (32,3)	561 (36,0)	1 559 (100,0)
2015	Kvinnor	65 (23,5)	35 (12,6)	69 (24,9)	108 (39,0)	277 (100,0)
	Män	308 (21,6)	154 (10,8)	460 (32,2)	507 (35,5)	1 429 (100,0)
	Totalt	373 (21,9)	189 (11,1)	529 (31,0)	615 (36,0)	1 706 (100,0)


 A blue button with a white double-left arrow icon and the text "TILLBAKA" in white capital letters.

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 rättspsykiatriskavården innebär frihetsberövande och vården utövas enligt tvångslag. Det är en grannliga uppgift att ändå bedriva vården med största hänsyn till patientens integritet och självbestämmande. Detta gör att höga krav måste ställas på att vården är likvärdig i landet och bedrivs med hög kvalitet.

Startår 2008

www.kvalitetsregister.se

NÅGRA INDIKATORER

- Patientskattad hälsa
- Återfall i brottslig gärning under pågående vård
- BMI (kroppsmasseindex)
- Förändring av ekonomisk skuldsituation
- Svårighetsgrad av symtombild

