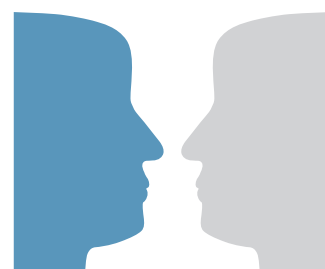


RättspsyK

Årsrapport 2013

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2013

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

Registerhållare (t.o.m. juni 2013)

Frances Hagelbäck Hanson

Verksamhetschef, Chefsöverläkare
Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

Hans Andersson

Verksamhetsutvecklare, Leg ssk
Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg

Registerhållare

(fr.o.m. juli 2013 p.g.a. pensionsavgångar)

Camilla Skåån

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

Kaj Forslund

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

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Camilla Skåån
Benjamin Wriling
Marianne Ander
Alessio Degl'Innocenti
Lars Eriksson
Peter Karlberg
Malin Lotterberg
Håkan Cederberg
Kaj Forslund
Madeleine Hammar
Sven Pedersen
Hans Andersson

Statistiker

Magnus Pettersson och Alexander Abrahamsen

Statistikkonsulterna Jostat och Mr Sample AB
Gårdavägen 1, 412 50 Göteborg
magnus.pettersson@statistikkonsulterna.se

Sektionschef statistik

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

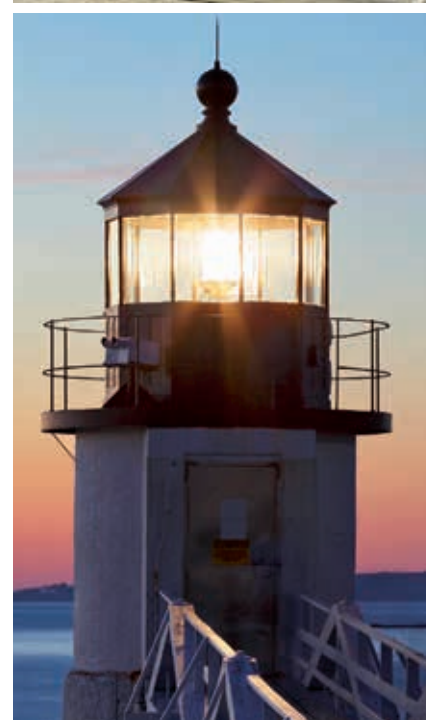
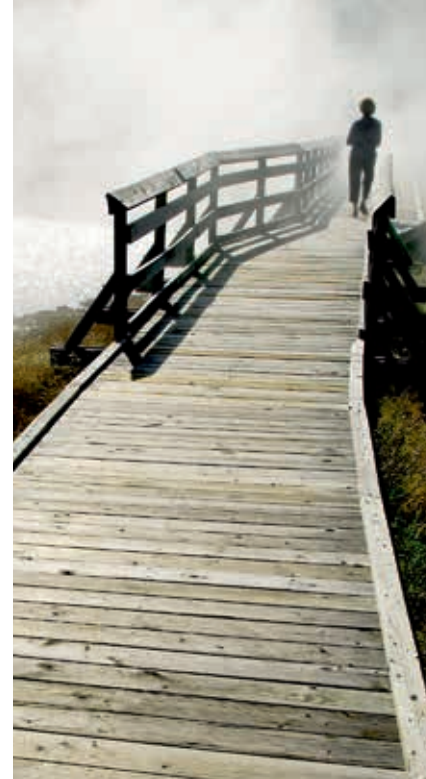
Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg

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

ISSN 2001-3698

Tryckår 2014



Fontän vid Brinkåsen
Vänersborg som 2013
tilldelats två utmärkelser
för byggnadsverk,
Vårdbyggnadspriset
och Helge Zimdalpriset.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	5
Vad är rättspsykiatrisk vård?	6
Syfte och måltal	7
Täckningsgrad	8
Verksamhetsnivå	8
Patientnivå	8
Patientgruppen i registret	9
Bakgrundsdata	10
Tidigare psykiatrisk vård	10
Tidigare missbruk	10
Indexbrott	10
Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol	12
Vårdtid	12
Domslutsår	13
Sociala data	14
Färdig för eftervård	14
Samverkan och samverkansbehov	14
Behov av ekonomisk hjälp	15
Förändring av skuldsituation	15
Nätverk	16
Boendeform	16
Självskattningar	17
Hälsa	17
Livskvalitet	18
Risk för återfall i brott	18
Behandlingsdata	19
Resultat	19
Utfall av vården för några indikatorer	19
GAF-skattning	19
GAF-värde	20
Klinisk skattning av symtombilden	21
BMI	22
Återfall i brottslig gärning	24
Återfall i brott	24
Process	25
Huvuddiagnos	25
Missbruksbehandling	25
Genomförd riskanalys	28
Farmakologisk behandling	29
Patientenkät	30
Insikt i sin sjukdom och problematik	30
Tvångsåtgärder	30
Genomförd funktions- och/eller behovsskattning	31
Brottsbearbetning	32
Behandling utifrån riskbeteende	32
Redovisning på enhetsnivå	34
Diskussion	50
Utvecklingsarbete	52
Forskning och pågående studier	53
Fakta om RättspsyK	54
Handläggare i RättspsyK	54
Registrets uppbyggnad	54
Analysgrupp	55
Registrets styrgrupp 2013	55

Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättpsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård.

Årsrapporten för 2013 är den sjätte sedan kvalitetsregistret startade på hösten 2008. Detta är tredje året rapporten även finns i tryckt form. Årets rapport har utökats med ett antal grafer och tabeller utifrån vad verksamheter och beställare frågat efter. På enhetsnivå visas även i år i grafisk form förändringen för ett antal indikatorer för att enkelt ge en bild av utvecklingen. Vidare visas på enhetsnivå förändringar i ett antal indikatorer från det att vården inleddes tills att den avslutades.

För andra gången redovisas återfall i brott första året efter det att domen om rättspsykiatrisk vård upphört.

I årets rapport finns även redovisat den första publicerade vetenskapliga artikeln framtagen på data från RättpsyK.

Genom att registret snabbt fick hög täckningsgrad, både vad gäller andel patienter och deltagande enheter, finns nu data för fem hela år, 2009, 2010, 2011, 2012 och 2013. Detta gör att vi nu kan visa trender för ett antal indikatorer.

Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer började 2003 och har bedrivits 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.

I rapporten redovisas inte data för färre än tio patienter för att säkerställa konfidentialitet. Detta innebär att i en del sammanställningar kan enheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter.

På enhetsnivå kan materialet vara mycket litet, varför data där får tolkas med stor försiktighet.

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2013. Om data saknas för någon enhet i en tabell anges detta med siffran 0.

För årsrapporterna har det gjorts uttag på skilda vis ur registret varför vissa data inte stämmer överens vid en jämförelse mellan rapporterna. Detta innebär att siffrorna i tidigare rapporter inte alltid stämmer överens med data i årets rapport för 2013.

I registret finns det en problematik att följa upp patienter som avslutas till enheter som inte registrerar i RättpsyK. Detta innebär att värdefulla uppföljningsdata tappas bort. Det har visat sig att även omorganisationer kan ha denna effekt ibland. Rapporteringsformulär har därför vidareutvecklats för att i någon mån kompensera för detta.

Utöver denna redovisning av utfall finns RättpsyK också sedan några år med i Öppna Jämförelser, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) med fem indikatorer; återfall i brottslig gärning under pågående vård, andel patienter med BMI > 30, patientens självrapporterade hälsa, andel patienter med förbättrad symtombild och andel patienter med förbättrad skuldsituation. I den sammanställningen redovisas utfall på landstings- och enhetsnivå för respektive variabel.

Tidigare och denna årsrapport samt klinikvisa rapporter finns att läsa och hämta på:
<http://www.psykiatregister.se>
<http://www.cancercentrum.se>

Efter att RättpsyK nu varit igång några år, med hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten, kan styrgruppen trots det konstatera att det återstår en del arbete när det gäller att få verksamheterna att agera på sina data. Utifrån den kunskapen har styrgruppen under åren valt olika sätt att presentera årsrapporten för att göra den lättillgänglig och intressant för den enskilda verksamheten. Som en del i det arbetet kommer rapporten i år för tredje gången även i tryckt form och med utvecklad grafik. 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

I rapporten redovisas resultat av vården för fem indikatorer för patienter som 2009–2013 dömts till vård och där vården avskrivits. Funktionsförmågan (GAF) förbättrades för 70 procent. Skuldsituationen förbättrades för drygt 15 procent av patienterna, men försämrades för 5 procent. Symtombilden förbättrades för drygt 50 procent och försämrades för 15 procent. BMI minskade för 40 procent, men ökade dock för drygt 40 procent. Den av patienterna självskattade indikatorn livskvalitet förbättrades för närmare 60 procent och försämrades för 20 procent.

Täckningsgraden på patientnivå är fortsatt hög, 87 procent. På enhetsnivå är täckningsgraden 100 procent.

Drygt 90 procent av patienterna har haft tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Fortsatt gäller det i högre grad kvinnor än män.

Diagnosen schizofreni med dess olika varianter är vanligast både bland män och kvinnor. Dock föreligger könsskillnader. Andelen personlighetsstörningar är, åtminstone som huvuddiagnos, högre hos kvinnor, drygt 14 procent, än hos män 4,5 procent, medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att 48,9 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och av de kvinnliga var 26,7 procent påverkade vid de gärningar man dömts för.

Ny redovisning för i år visar andelen patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid respektive brott. Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman som även visar sig vara det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, som döms till rättspsykiatrisk vård, var andelen påverkade 48,8 procent.

För ungefär en femtedel av patienterna är samverkansbehovet med externa aktörer inte tillgodosett. Detta gäller i något högre grad för kvinnor än för män. Andelen patienter som har hela eller delar av sitt samverkansbehov tillgodosett är runt 92 procent. Samma patient kan alltså förekomma i båda grupperna, det vill säga att samverkansbehovet är tillgodosett vad gäller visa behov medan andra ännu inte är tillgodosedda.

Den förbättrade skuldsituationen har marginellt förändrats för kvinnor och män jämfört med året innan.

Patienterna skattar från och med 2013 fyra indikatorer, då vi har valt att dela upp hälsa i fysisk respektive psykisk hälsa, samt livskvalitet och risk för återfall i brott. Indikatorerna hälsa redovisas således endast för 2013 eftersom jämförelse inte är möjlig. Livskvalitet skattas högre av män, medan det inte är någon skillnad mellan könen när det gäller risk för återfall i brott.

Återfall i brottslig gärning i slutenvård för män och kvinnor håller sig på ungefär samma nivå som förra året, 15 procent respektive 16 procent. I öppenvård är andelen män som återfallit 3,5 procent jämfört med 2012 års siffra 4,5 procent. Kvinnor i öppenvård redovisas ej då antalen är för få.

Andelen patienter som blivit dömda till brott ett år efter att vården avskrivits 2010 och 2011 är 9 respektive 14 procent.

Andelen patienter som bedöms färdiga för eftervård men ändå vårdas inneliggande har ökat för män med 2,4 procent. För kvinnor har det skett en ökning med 4,5 procent från 7 procent till 11,5 procent.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder en eller flera gånger under vårdtiden visar i en jämförelse mellan 2009–2013 att männen minskat med 19,1 till 14,1 procent och kvinnorna med 21,4 procent till 16,5 procent. Detta innebär en minskning under åren för män med 5 procent och för kvinnor 4,9 procent.

För enskilda tvångsåtgärder 2012–2013, har fastspänning minskat 3,1 procent för män och för kvinnor ökat med 0,3 procent. Avskiljande för män har ökat med 3,2 procent och för kvinnor minskat med 11 procent. Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande visar att männen ökat med 2,1 procent och kvinnorna med noterbara 22,7 procent.

Inskränkande av elektronisk kommunikation visar att männen mellan åren 2011–2013 har en ökning från 29,9 procent till 33,3 procent. För kvinnorna visas under samma period (2011–2013) en minskning från 44,7 procent till 22,2 procent, vilket innebär en halvering.

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, slutna ungdomsvård m.m.) anges i Brottsbalken 30 kap 6 §:

”Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning ska i första hand dömas till en annan påföljd än fängelse. Rätten får döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl.”

I Brottsbalkens 31 kap 3 § anges:

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

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård 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. Per år genomförs cirka 1 400 § 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, RPA Göteborg och RPA 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. Det genomförs cirka 500 ”stora” rättspsykiatriska undersökningar per år 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 så kallad särskild utskrivningsprövning. Den vanligaste formen 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).

Syfte och måltal

Syfte

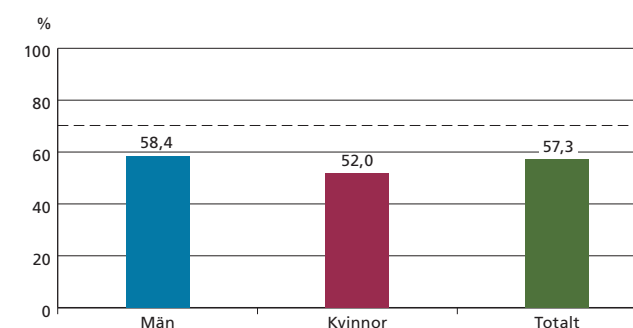
Det övergripande syftet med registret är att utifrån data ge underlag för såväl kliniskt förbättringsarbete som forskning.

Måltal

För 2013 har fyra måltal formulerats för registret med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatri.

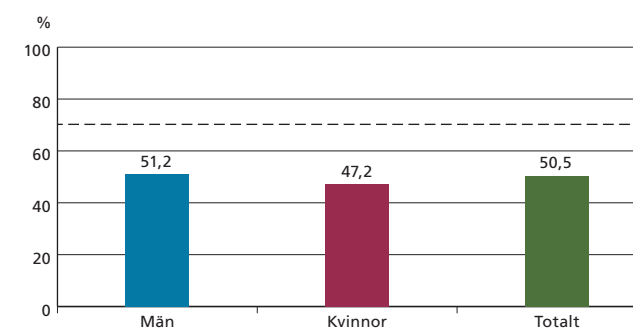
Måltalen är

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



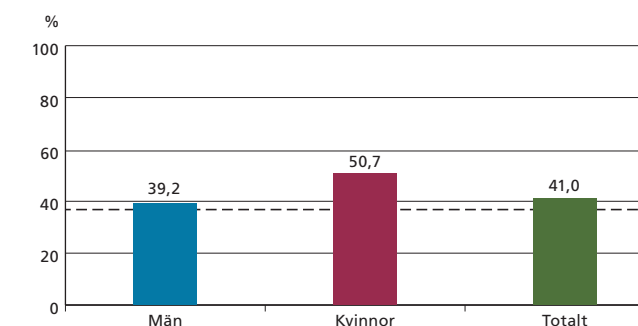
Måltalet för patientens psykiska hälsa har inte nåtts under 2013.

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



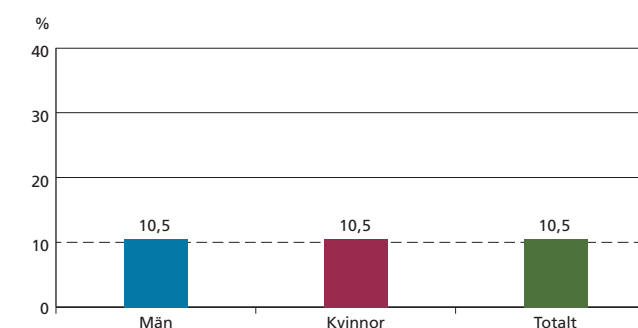
Måltalet för patientens fysiska hälsa har inte nåtts under 2013.

3. Andelen patienter i landet med BMI över 30 ska vara mindre än 37 procent.



Måltalet för BMI har inte nåtts under 2013.

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



Måltalet för återfall i brottslig gärning har inte nåtts under 2013.

Dessa måltal ska ses som måltal för registret som helhet på nationell nivå. Den enskilda enheten kan sedan sätta sitt eget måltal oavsett om detta ligger över eller under det nationella måltalet.

I dagsläget har inget av måltalen nåtts. Detta får betraktas som en utmaning för verksamheterna att fortsätta arbeta med.

En utgångspunkt i arbetet har varit att ha ett begränsat antal måltal som alla känner till, är utmanande, allsidiga och accepterade.

Täckningsgrad

Verksamhetsnivå

Samtliga 25 enheter i landet rapporterar till registret vilket ger en täckningsgrad på 100 procent.

Patientnivå

En täckningsgradsjämförelse mellan RättsspsyK och det patientadministrativa registret PAR utförd av Register-service på Socialstyrelsen visar en täckningsgrad på 87 procent i riket¹.

Ur SoS rapport "Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna – Jämförelser av täckningsgrader":

"Denna täckningsgradsjämförelse jämför data från kvalitetsregistret med uppgifter om psykiatrisk tvångsvård i patientregistret. Ur patientregistret har följande vårdtyper valts ut:

- Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

För att inkluderas i jämförelsen krävs att man varit inskriven i rättspsykiatrisk vård i något av registren under 2012, det vill säga att patienten har ett slutdatum under 2012 eller ett startdatum innan 2012 och saknar slutdatum. Jämförelsen är på individnivå och matchningen är gjord med personnummer och uppdelningen har skett på länsnivå².

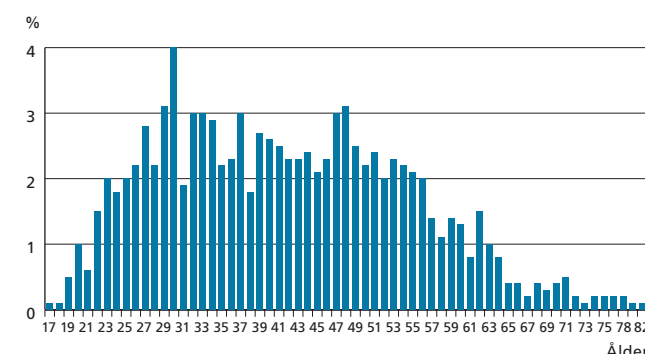
¹ Socialstyrelsen (2013). Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna – Jämförelser av täckningsgrader. Stockholm, Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19285/2013-12-12.pdf>

² Socialstyrelsen (2013). Rapporteringen till nationella kvalitetsregister och hälsodataregistrerna – Jämförelser av täckningsgrader. Stockholm, Socialstyrelsen, sidan 37–38. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19285/2013-12-12.pdf>

Patientgruppen i registret

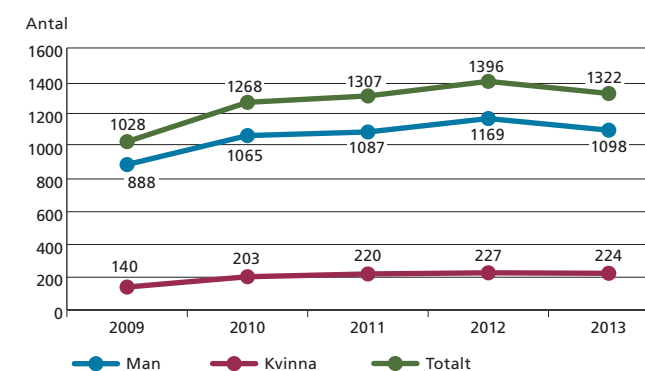
Ålder

Figur 1. Åldersfördelning i registret, andel.



Åldern på de rättspsykiatriska patienterna varierar mellan 17 och 82 år. Åldersgruppen 17–23 år utgör 6 procent av patientgruppen men är i många avseenden en grupp med stora behov. Andelen patienter över 57 år är 13 procent och även denna grupp har stora behov, inte minst på grund av somatisk sjukdom.

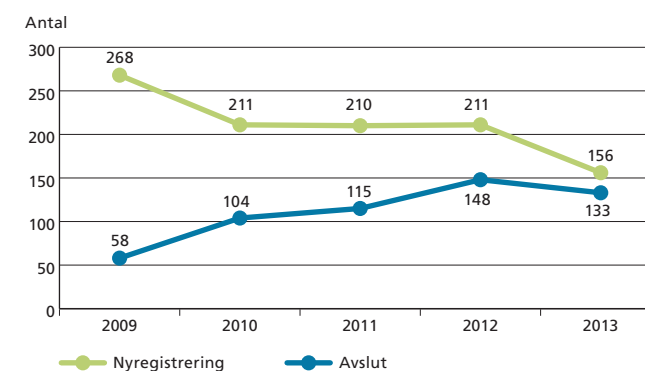
Figur 2. Antal uppföljda patienter.



Tabell 1. Uppföljda patienter.

	Män					Kvinnor				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Antal	888	1 065	1 087	1 169	1 098	140	203	220	227	224
Andel (%)	86,4	84,0	83,2	83,7	83,1	13,6	16,0	16,8	16,3	16,9
Ålder (medelvärde)	40,3	40,9	40,7	41,6	41,7	39,4	40,1	39,9	40,5	41,2

Figur 3. Antal nyregistrerade och avslutade patienter åren 2009–2013.



Bakgrundsdata

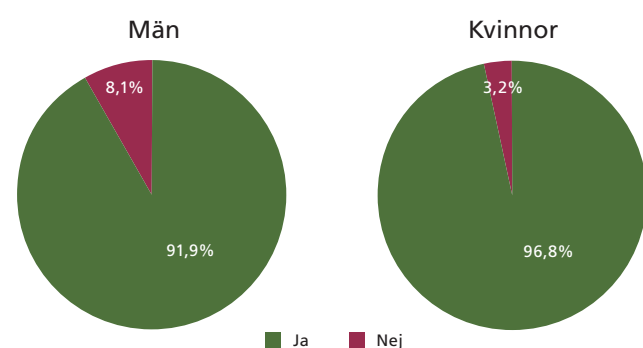
Data i detta kapitel är statiska och där inlämnad information inte förändras.

Tidigare psykiatrisk vård

Tabell 2. Antal patienter som tidigare fått psykiatrisk vård (andel patienter anges inom parentes).

	Ja (%)	Nej(%)	Totalt antal
Män	982 (91,9)	87 (8,1)	1 069
Kvinnor	215 (96,8)	7 (3,2)	222
Totalt	1 197 (92,7)	94 (7,3)	1 291

Figur 4. Andel patienter som fått psykiatrisk vård innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



De individer som genom domstolsbeslut överlämnas till rättspsykiatrisk vård utgör en utsatt och sårbar grupp människor. Även innan den brottslighet, som de dömts för har en stor andel haft kontakt med den psykiatriska vården. Fortsatt gäller detta i något högre grad kvinnor än män.

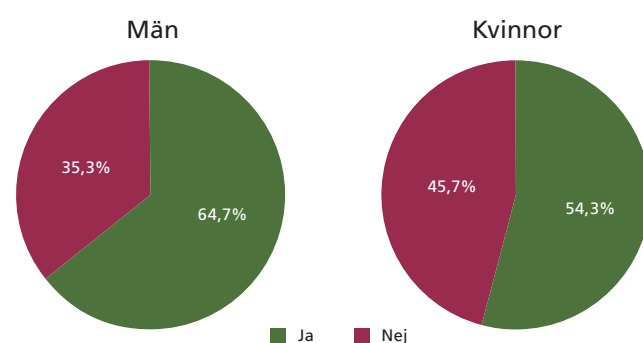
Tidigare missbruk

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. Dokumenterat på ett sådant sätt att det framkommit i tidigare journalföring.

Tabell 3. Antal patienter med dokumenterad historia av missbruk (andel anges inom parentes).

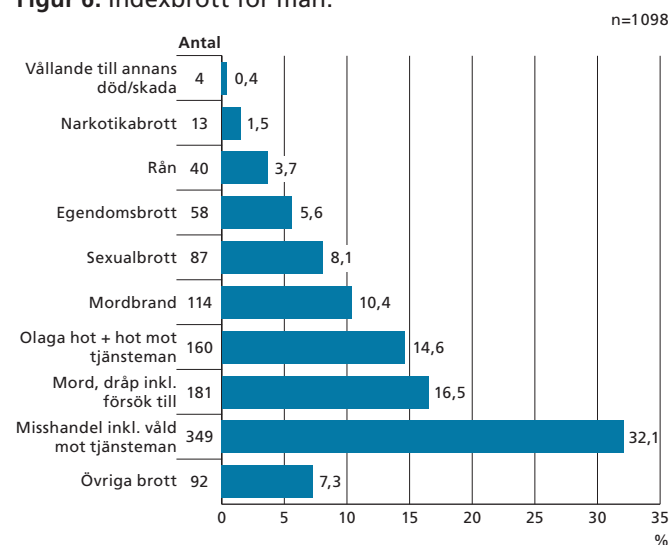
	Ja (%)	Nej (%)	Totalt antal
Män	691 (64,7)	377 (35,3)	1 068
Kvinnor	119 (54,3)	100 (45,7)	219
Totalt	810 (62,9)	477 (37,1)	1 287

Figur 5. Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.

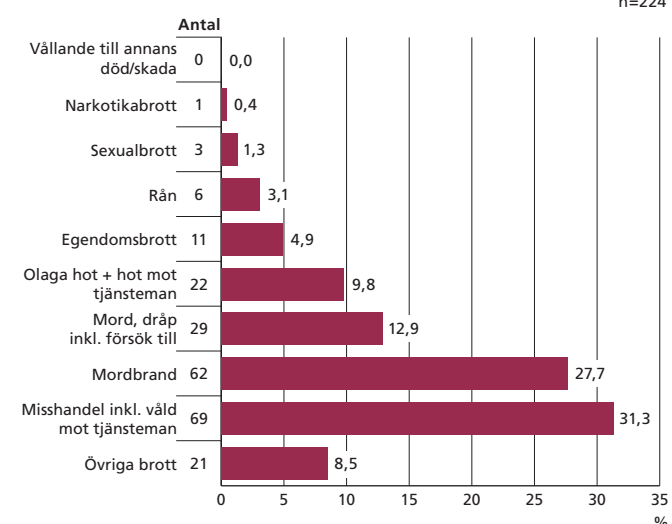


Indexbrott

Figur 6. Indexbrott för män. n=1098



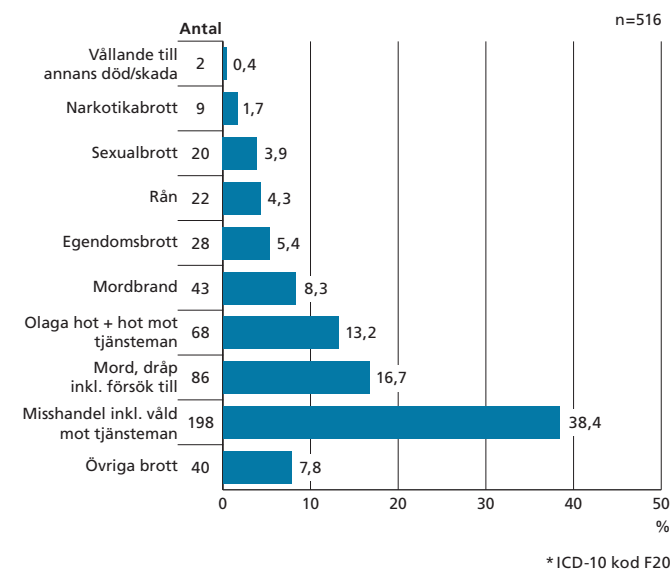
Figur 7. Indexbrott för kvinnor. n=224



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 män och kvinnor, drygt 30 procent.

Ovanstående är i linje med 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 tidigare¹.

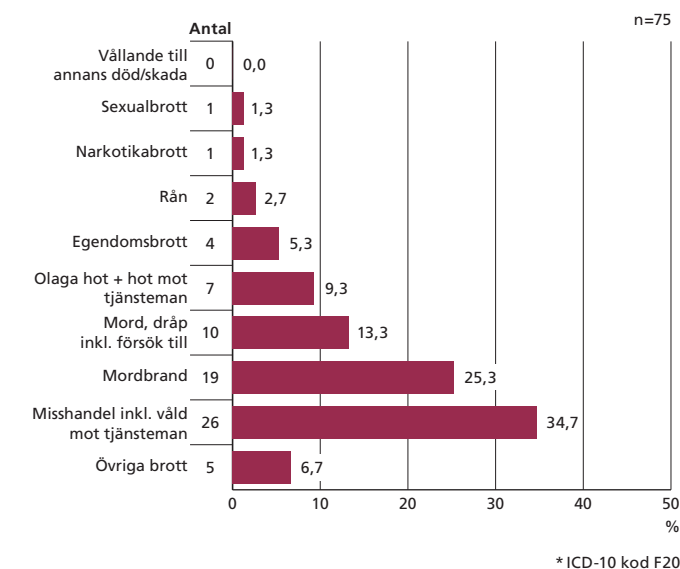
Figur 8. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* – män. n=516



I bland kvinnorna sticker brottet mordbrand – en "klassisk" brottstyp i rättspsykiatriska sammanhang ut.

Andelen sexualbrott är tämligen låg bland männen, cirka 8 procent, och är i det närmaste obefintlig bland kvinnorna.

Figur 9. Indexbrott vid huvuddiagnos schizofreni* – kvinnor. n=75

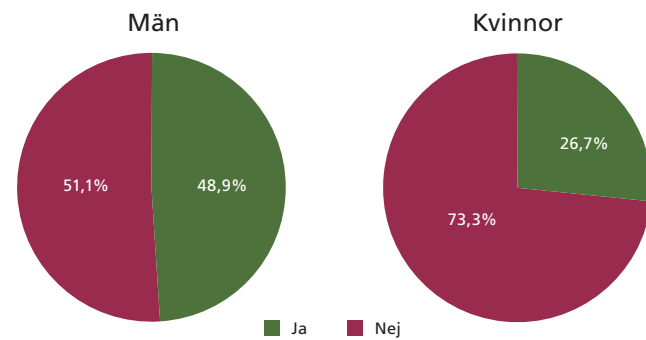


F20 diagnoserna Schizofreni med dess särdrag beskrivs i, Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related health problems, Tenth Revision (ICD-10)

¹ www.bra.se/bra/brott-och-statistik/vald-och-misshandel.html, 2014-05-14.

Påverkad vid brottet av någon drog/alkohol

Figur 10. Andelen patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid brottet.

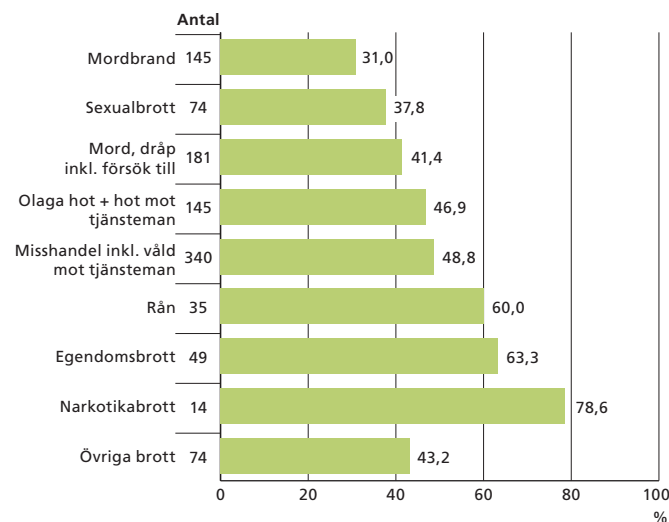


Tabell 4. Antal patienter som var dokumenterat påverkade av någon drog/alkohol vid brottet (andel anges inom parentes).

	Ja (%)	Nej (%)	Totalt antal
Män	427 (48,9)	446 (51,1)	873
Kvinnor	50 (26,7)	137 (73,3)	187
Totalt	477 (44,0)	583 (55,0)	1 060

Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och medicinska preparat är en vanlig faktor i samband med kriminalitet, särskilt våldskriminalitet. Det framgår att nära 49 procent av de manliga rättspsykiatriska patienterna och knappt 30 procent av de kvinnliga var påverkade av någon drog vid brottstillfället.

Figur 11. Andel patienter som var påverkade av någon drog/alkohol vid respektive brott.



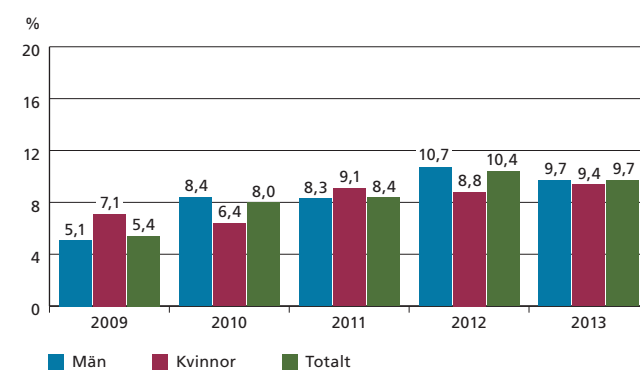
Vid misshandelsbrott inklusive våld mot tjänsteman som även är det mest förekommande indexbrottet för både kvinnor och män, var andelen påverkade 48,8 procent.

Vårdtid

Avslutade vårdepisoder 2009–2013

Nedanstående sammanställningar bygger på avslutade vårdepisoder under åren 2009–2013. I vissa av diagrammen kan en del poster ha utelämnats på grund av att antalet individer varit för få. Anledningen har dels varit att det funnits risk för identifiering, dels att medianvärdet kunnat bli missvisande om alltför få individer ingått. Gränsvärdet för antalet individer i en post har varit färre än tio. Detta innebär att summorna inte alltid blir desamma vid de olika sammanställningarna av medianvårdtider.

Figur 12. Andel avslutade vårdepisoder i hela landet åren 2009–2013.



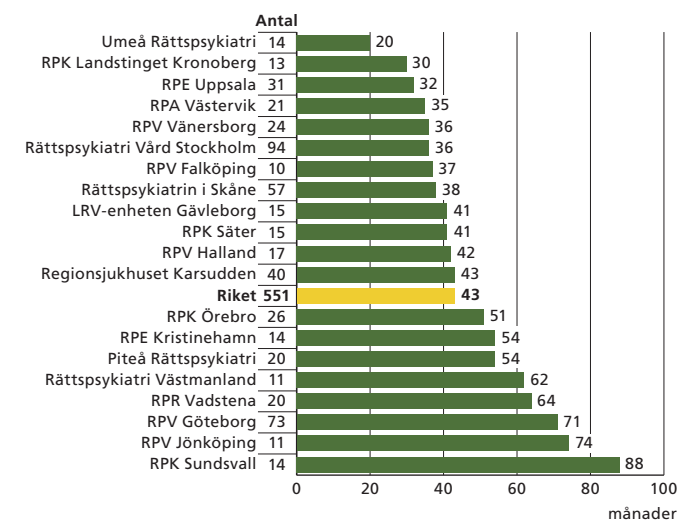
Sammanlagt 558 patienter skrevs ut från den rättspsykiatriska vården i Sverige under åren 2009–2013. Andelen kvinnor, 91 individer, utgör drygt 16 procent av det totala antalet patienter och antalet män som blev definitivt utskrivna under de tre åren är 467. Det kan tyckas anmärkningsvärt att antalet patienter som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården ökat kontinuerligt över åren t.o.m. 2012, men detta beror sannolikt på att flera patienter som skrevs ut de första åren inte hade registrerats i RättspsyK och därför inte är med i sammanställningen.

Medianvårdtider för individer som blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården under åren 2009–2013

Beräkningen bygger på uppgifter från sammanlagt 558 avslutade vårdepisoder, d.v.s. då patienten blivit definitivt utskrivna från den rättspsykiatriska vården. Medianvårdtiden för hela landet oavsett kön är 43 månader, (3,5 år). Det föreligger en viss skillnad i vårdtiden för män respektive kvinnor, där männens medianvårdtid är elva månader längre.

Medianvårdtider vid olika rättspsykiatriska vårdenheter

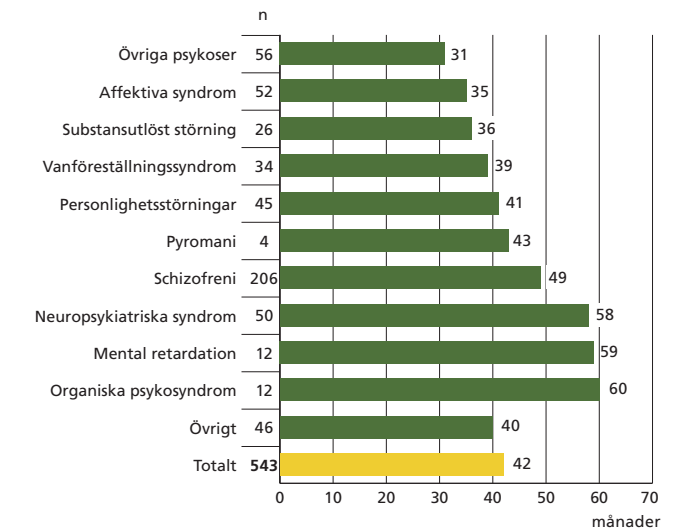
Figur 13. Medianvårdtider vid olika enheter, 2009–2013.



Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierar mellan 20 månader (drygt 1,5 år) och 88 månader (drygt 7 år). För landet som helhet ligger vårdtiden, som tidigare nämnts på 43 månader, (3,5 år).

Till skillnad mot tidigare år skiljer sig medianvårdtiderna vid regionklinikerna (Säter, Karsudden, Sundsvall, Vadstena och Växjö) åt. Tidigare år har vårdtiderna varit mer samlade kring riksgenomsnittet. Orsakerna till den större spridningen kan inte förklaras utifrån dessa data. En tänkbar delförklaring kan vara 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. Avslutande av vården vid särskild utskrivningsprövning, som utgör vårdformen för majoriteten av patienterna, beslutas av domstol men olika 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. För att närmare kunna studera den skillnad som noteras i årets data behövs ytterligare mätningar och observationstid.

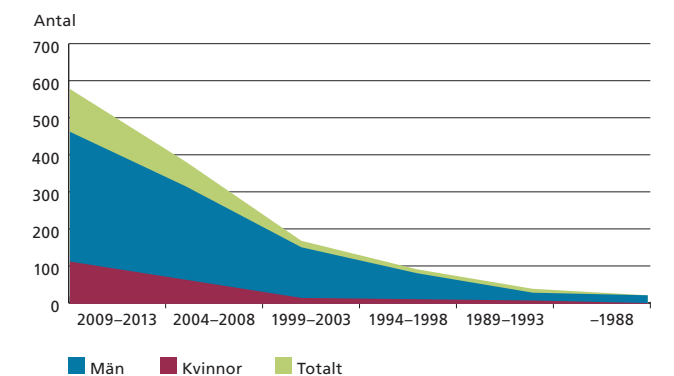
Figur 14. Medianvårdtid vid olika diagnostyper för patienter med avslutad vård under åren 2009–2013.



Även medianvårdtiden vid olika diagnoskategorier skiljer sig markant. Längst vårdtider fem år, noteras vid organiska psykosyndrom med psykisk utvecklingsstörning och neuropsykiatriska syndrom strax efter. Vårdtiderna vid den ovanliga diagnosen pyromani bygger på uppgifter från enbart fyra individer varför resultatet bör betraktas med reservation.

Domslutsår

Figur 15. Domslutsår för patienter som vårdades 2013.



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

Tabell 5. Domslutsår för patienter som vårdades 2013.

År	Män antal	Kvinnor antal	Totalt antal
-1988	24	1	25
1989–1993	32	9	41
1994–1998	85	12	97
1999–2003	156	18	174
2004–2008	326	67	393
2009–2013	475	117	592

Sociala data

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Tabell 6. Antal patienter som vårdats i slutenvård trots att patienten bedöms vara färdig för eget boende/annan vårdform (andel patienter anges inom parentes).

	2010		2011		2012		2013	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	61 (10,0)	612	51 (8,6)	592	59 (9,6)	612	64 (11,0)	581
Kvinnor	10 (8,8)	114	16 (11,9)	134	9 (7,0)	128	13 (11,5)	113

Tabellen visar hur stor andel rättspsykiatriska patienter som fortfarande vårdas i slutenvård trots att de bedömts kunna vårdas i öppnare vårdform, öppen rättspsykiatrisk vård. Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdas ineliggande är ca 11 procent för både män och kvinnor.

Fungerande samverkan och samverkansbehov

Tabell 7. Antal patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer (andel patienter anges inom parentes).

	2010		2011		2012		2013	
	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt	Ja	Totalt
Män	999 (93,8)	1065	1 024 (94,2)	1087	1 082 (93,4)	1159	1 008 (91,9)	1 097
Kvinnor	194 (95,6)	203	208 (94,5)	220	211 (93,8)	225	204 (91,1)	224

Tabell 8. Antal patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett (andel patienter anges inom parentes).

	2010		2011		2012		2013	
	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt
Män	200 (18,8)	1065	198 (18,2)	1087	195 (16,8)	1159	151 (13,8)	1 097
Kvinnor	43 (21,2)	203	53 (24,1)	220	47 (20,9)	225	35 (15,6)	224

Andel patienter med fungerande samverkan och andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett framgår av Tabell 7 och 8. Samma patient kan förekomma i båda graferna, det vill säga att samverkansbehovet är tillgodosett vad gäller vissa behov medan andra behov ännu inte har tillgodosetts.

Behov av ekonomisk hjälp

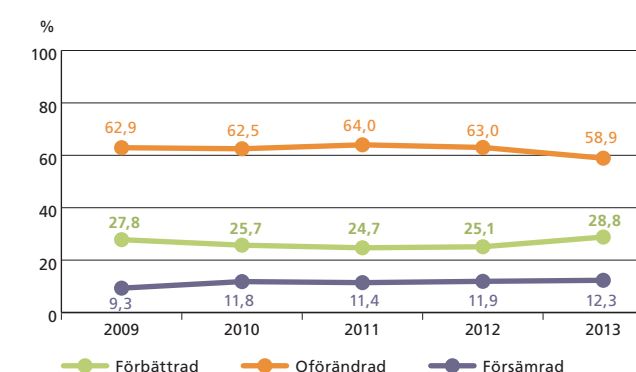
Tabell 9. Antal patienter som är i behov av hjälp för att hantera sin ekonomi (andel patienter anges inom parentes).

	2010		2011		2012		2013	
	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt
Män	673 (63,2)	1065	690 (63,5)	1087	715 (61,7)	1159	694 (63,3)	1 097
Kvinnor	140 (69,0)	203	220 (67,3)	220	164 (72,9)	225	157 (70,1)	224

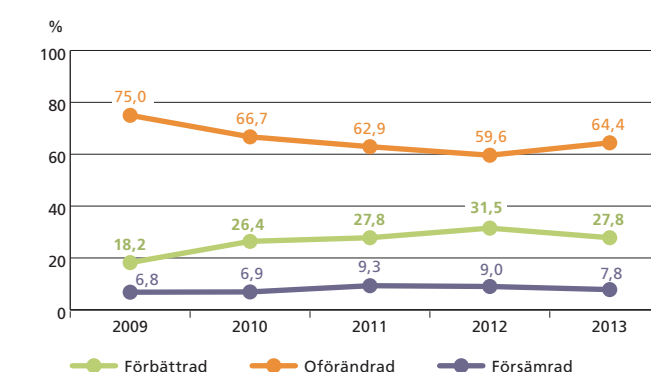
Andelen patienter som har behov av hjälp för att hantera sin ekonomi är stor vilket framgår av Tabell 9.

Förändring av skuldsituation

Figur 16a. Andel män med förändrad skuldsituation.



Figur 16b. Andel kvinnor med förändrad skuldsituation.



Tabell 10. Antal män med förändrad skuldsituation (andel patienter anges i parentes).

År	Förbättrats	Oförändrad	Försämrats
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
2009	72 (27,8)	163 (62,9)	24 (9,3)
2010	116 (25,7)	282 (62,5)	53 (11,8)
2011	126 (24,7)	327 (64,0)	58 (11,4)
2012	124 (25,1)	312 (63,0)	59 (11,9)
2013	124 (28,8)	254 (58,9)	53 (12,3)

Tabell 11. Antal kvinnor med förändrad skuldsituation (andel patienter anges i parentes).

År	Förbättrats	Oförändrad	Försämrats
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
2009	8 (18,2)	33 (75)	3 (6,8)
2010	19 (26,4)	48 (66,7)	5 (6,9)
2011	27 (27,8)	61 (62,9)	9 (9,3)
2012	28 (31,5)	53 (59,6)	8 (9)
2013	25 (27,8)	58 (64,4)	7 (7,8)

Figur 16a och 16b beskriver andelen patienter vars skuldbörda har minskat, är oförändrad eller har försämrats.

Cirka 30 procent av patienterna har en förbättrad ekonomi. Dock har cirka 70 procent av patienterna en ekonomi som är oförändrad eller försämrad. Gustavsson, Holm och Flensner påvisar att många patienter har stora svårigheter med att såväl förstå som att hantera sin ekonomi.¹

Kvinnor tenderar till att ha en fördelaktigare ekonomisk utveckling över tid.

¹ Gustafsson E, Holm M, Flensner G. 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.

Nätverk

Tabell 12. Antal patienter som själv uppber kontakterna med socialt och/eller professionellt nätverk (andel anges inom parentes).

	2010		2011		2012		2013	
	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt
Män	1 015 (95,3)	1065	1 038 (95,5)	1087	1 095 (93,7)	1 169	1 040 (94,7)	1 098
Kvinnor	194 (95,6)	203	217 (98,6)	220	221 (97,4)	227	216 (96,4)	224

Andelen patienter med tillgång till ett nätverk är hög, över 90 procent vilket framgår av Tabell 12. Formuläret i årsuppföljningen ger utrymme för flera svarsalternativ vilket medför att Nätverken kan vara av såväl professionell som privat karaktär.

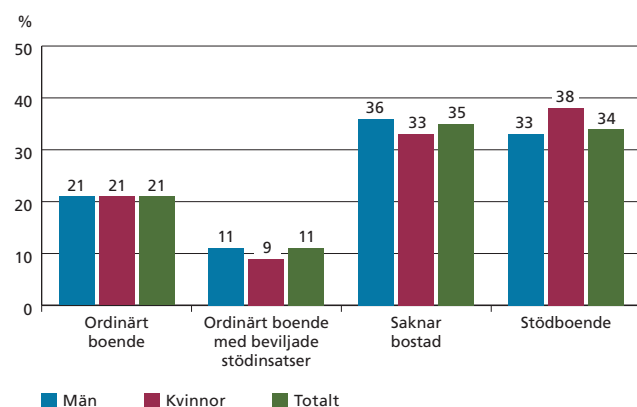
Boendeform

Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i Tabell 13 och Figur 17. I tabell och figur ingår både ineliggande patienter och patienter som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård vilket gör att andelen patienter med boendeform stödboende utgör cirka 30 procent. Noterbart är att över 30 procent av patienterna saknar bostad.

Tabell 13. Fördelning av boendeform (andel anges inom parentes).

År		Ordinärt boende	Beviljade stödinsatser	Saknar bostad	Stödboende	Totalt
2010	Män	265 (25,0)	102 (9,6)	376 (35,4)	319 (30,0)	1062
	Kvinnor	53 (26,1)	13 (6,4)	64 (31,5)	73 (36,0)	203
	Totalt	318 (25,1)	115 (9,1)	440 (34,8)	392 (31,0)	1 265
2011	Män	269 (25,0)	111 (10,3)	362 (33,6)	334 (31,0)	1076
	Kvinnor	43 (19,5)	20 (9,1)	84 (38,2)	73 (33,2)	220
	Totalt	312 (24,1)	131 (10,1)	446 (34,4)	407 (31,4)	1 296
2012	Män	288 (25,1)	108 (9,4)	378 (32,9)	374 (32,6)	1148
	Kvinnor	45 (20,2)	26 (11,7)	80 (35,9)	72 (32,3)	223
	Totalt	333 (24,3)	134 (9,8)	458 (33,4)	446 (32,5)	1 371
2013	Män	223 (20,5)	118 (10,8)	390 (35,8)	357 (32,8)	1088
	Kvinnor	46 (20,5)	20 (8,9)	73 (32,6)	85 (37,9)	224
	Totalt	269 (20,5)	138 (10,5)	463 (35,3)	442 (33,7)	1 312

Figur 17. Andel patienter uppdelat på boendeform under pågående vård.



Självskattningar

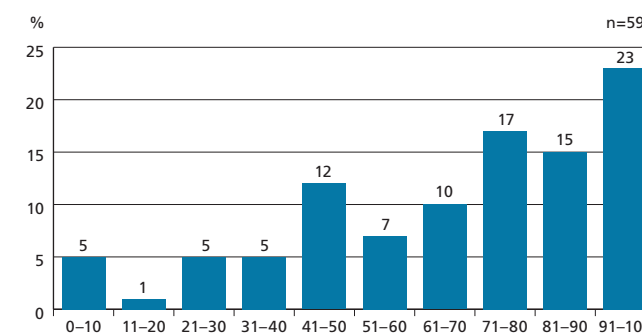
Patienten erbjuds att fylla i tre stycken självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur individen själv upplever sin aktuella situation i tre olika hänseenden; hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. Nytt för 2013 är att hälsan skattas 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. Skattningarna som används är vetenskapligt framtagna och är hämtade från Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM)¹. Nedan redovisas patientens självskattade hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott på en VAS-skala².

Hälsa

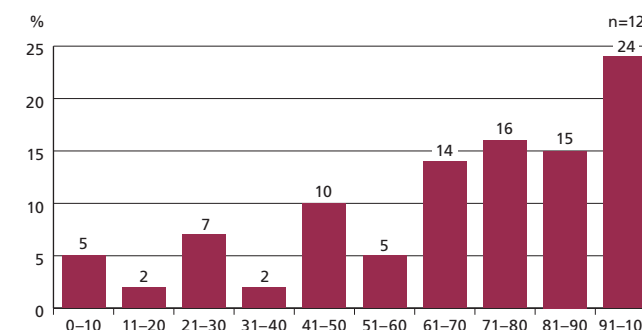
2013 redovisas patienternas skattade hälsa uppdelad i fysisk hälsa och psykisk hälsa. Detta medför att i 2013 års rapport kan inga jämförelser med 2012 och tidigare år gällande hälsa göras.

Patienterna skattar sin fysiska hälsa förhållandevis högt. Män och kvinnors skattning av sin fysiska hälsa tenderar att vara relativt lika.

Figur 18a. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall, på VAS-skala, män.

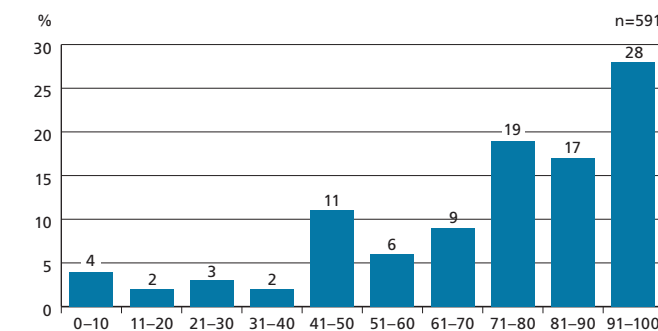


Figur 18b. Andel patienter som skattat sin fysiska hälsa i respektive intervall, på VAS-skala, kvinnor.

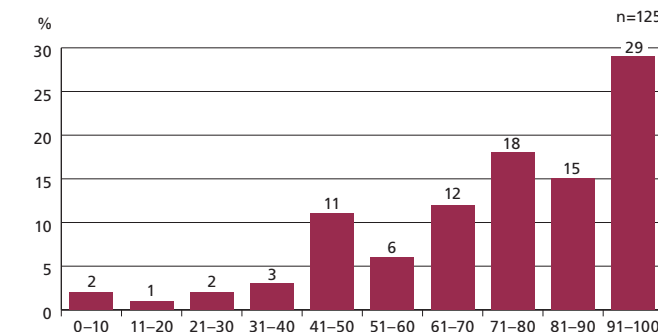


Skattningen av den psykiska hälsan visar inte på några större skillnader mellan män och kvinnor. Även den psykiska hälsan skattas relativt högt av alla patienterna.

Figur 19a. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall, på VAS-skala, män.



Figur 19b. Andel patienter som skattat sin psykiska hälsa i respektive intervall, på VAS-skala, kvinnor.

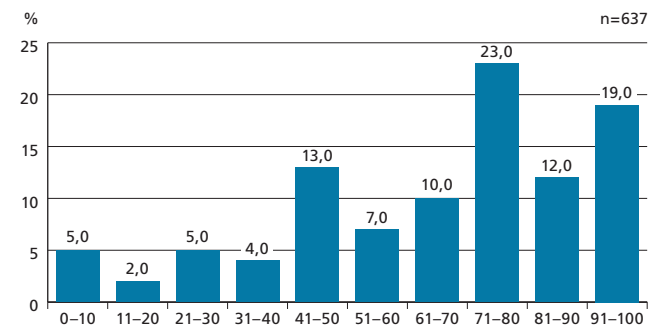


¹SORM är ett riskhanteringsinstrument utvecklat vid Centrum för våldsprevention, Karolinska Institutet, Stockholm.

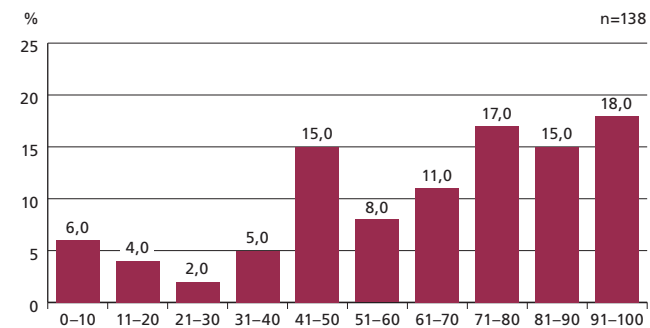
²VAS (Visuell Analog Skala, 0-100)

Livskvalitet

Figur 20a. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall, på VAS-skala, män.

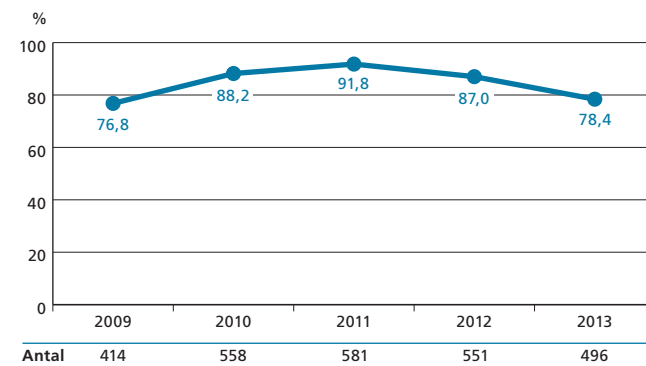


Figur 20b. Andel patienter som skattat sin livskvalitet i respektive intervall, på VAS-skala, kvinnor.

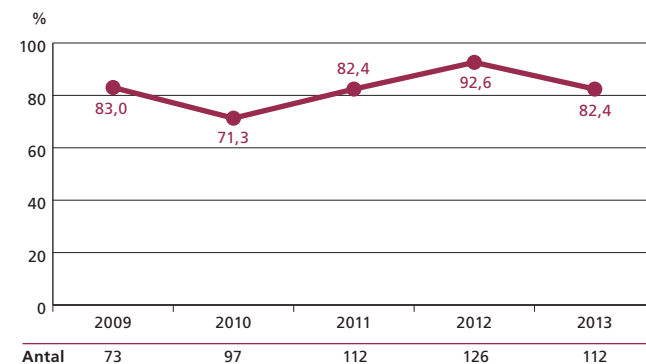


Risk för återfall i brott

Figur 21a. Andel patienter som skattat sin risk för återfall i brott mindre än 11 på VAS-skalan, män.



Figur 21b. Andel patienter som skattat sin risk för återfall i brott mindre än 11 på VAS-skalan, kvinnor.



Självskattningarna för 2013 visar att patienternas egen upplevelse av sin fysiska och psykiska hälsa (Figur 18a–19b) samt sin livskvalitet (Figur 20a–b) är god både för kvinnor och för män. Den egna skattningen av risk för återfall i brott (Figur 21a–b) under pågående vårdepidod har både kvinnor och män skattat som mycket låg och i vissa fall obefintlig. En ökning av skattningen av risk för återfall i brott under pågående vårdepidod finns att notera för både män och kvinnor under 2013.

För övriga självskattningar är resultaten likvärdiga med åren 2009–2012.

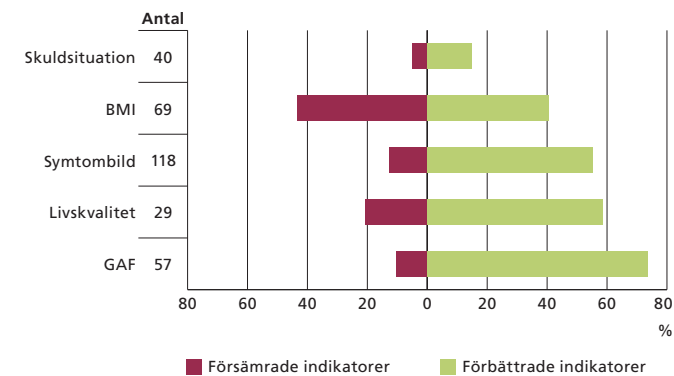
Behandlingsdata

Resultat

I registret följs ett antal faktorer upp för att ge en indikation på utfallet av vården. Dessa består av fyra faktorer som skattats av vårdgivare (patientens skuldsituation, BMI, GAF och symtombild) och en faktor som skattats av patienterna själva (livskvalitet). Det verkar som om en större andel patienter skattats eller skattat sig som förbättrade än försämrade, även om skillnaderna verkar mindre för faktorn BMI.

Utfall av vården för några indikatorer

Figur 22. Andel patienter där värden avskrivits med förbättrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under åren 2009–2013.



Grafen visar, för ett antal indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom intervallet 2009–2013 dömts till vård och där värden avskrivits. Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan första registrerade värdet när vården inleddes och sista registrerade värdet när vården avskrivits. I staplarna finns representerade endast de patienter där en förändring skett mellan åren. Det innebär att det för varje indikator finns en grupp patienter där ingen förändring skett, varför summan av staplarna inte är 100 procent.

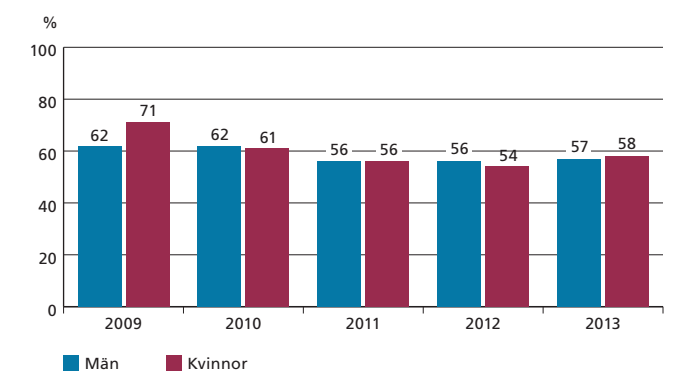
GAF-skattning

Den diagnostiska taxonomin DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV) belyser psykisk problematik utifrån fem dimensioner, så kallade axlar. Den femte axeln avser att ge ett numeriskt värde på den psykosociala funktionsförmågan, ett GAF-värde (Global Assessment of Functioning).

Skalans värden ligger på en poängskala mellan ett och hundra (1–100) där värdet 100 anger bäst fungerande. Bedömaren har möjlighet att ange noll (0) då en skattning av olika anledningar inte går att genomföra.

Den psykosociala funktionsnivån belyses ur två aspekter: psykiatriska symtom (t.ex. nervositet, depressiva besvär, vanföreställningar, hallucinationer) och social funktionsförmåga (t.ex. arbetsförmåga, socialt kontaktnät, ADL-funktioner). Ibland görs en gradering av var och en av dessa aspekter, ibland görs en sammanvägd gradering. Om gradering görs av båda aspekterna ska det lägsta värdet gälla som indikator på psykosocial funktionsförmåga. Gradering av psykosocial funktionsförmåga utförs på de flesta rättspsykiatriska vårdenheter. Vem som utför graderingen och i vilka sammanhang kan skifta mellan enheterna och också inom en enhet. Vid den rättspsykiatriska undersökningen kommer GAF-värdet, då den undersökte bedöms ha ett vårdbehov och rekommenderas att bli överlämnad till rättspsykiatrisk vård, i de flesta fall att ligga omkring eller under 40.

Figur 23. Andel patienter med genomförd GAF-skattning¹.



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

Andelen patienter som skattats enligt GAF låg under 2013 på 57 procent respektive 58 procent för män respektive kvinnor. Under de senaste fem åren förefaller nivån ha varit förhållandevis stabil runt cirka 60 procent.

GAF-värde

Tabell 14. Fördelning av skattade GAF-värden (andel patienter anges inom parentes).

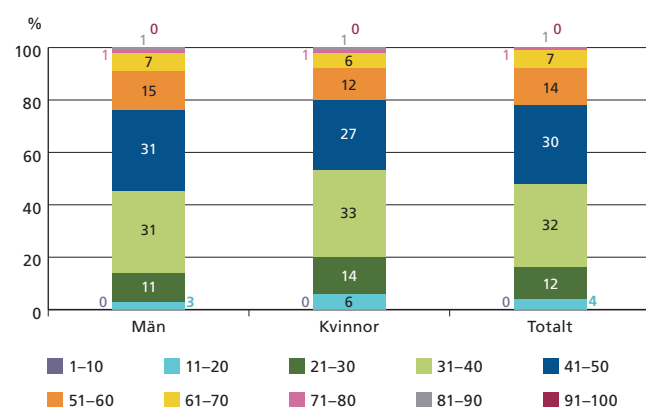
År		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Totalt antal
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2009	Män	5 (0,9)	19 (3,5)	76 (13,9)	191 (34,9)	121 (22,1)	88 (16,1)	34 (6,2)	11 (2,0)	2 (0,4)	0 (0,0)	547
	Kvinnor	0 (0,0)	4 (4,0)	16 (16,2)	30 (30,3)	27 (27,3)	14 (14,1)	6 (6,1)	2 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	99
	Totalt	5 (0,8)	23 (3,6)	92 (14,2)	221 (34,2)	148 (22,9)	102 (15,8)	40 (6,2)	13 (2,0)	2 (0,3)	0 (0,0)	646
2010	Män	9 (1,4)	26 (3,9)	81 (12,3)	203 (30,8)	168 (25,5)	113 (17,1)	45 (6,8)	14 (2,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	660
	Kvinnor	0 (0,0)	10 (8,1)	21 (17,1)	48 (39,0)	20 (16,3)	17 (13,8)	7 (5,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	123
	Totalt	9 (1,1)	36 (4,6)	102 (13,0)	251 (32,1)	188 (24,0)	130 (16,6)	52 (6,6)	14 (1,8)	1 (0,1)	0 (0,0)	783
2011	Män	4 (0,7)	27 (4,5)	69 (11,4)	204 (33,7)	153 (25,2)	94 (15,5)	41 (6,8)	13 (2,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	606
	Kvinnor	3 (2,5)	6 (4,9)	20 (16,4)	44 (36,1)	32 (26,2)	9 (7,4)	7 (5,7)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	122
	Totalt	7 (1,0)	33 (4,5)	89 (12,2)	248 (34,1)	185 (25,4)	103 (14,1)	48 (6,6)	14 (1,9)	1 (0,1)	0 (0,0)	728
2012	Män	7 (1,1)	26 (4,0)	73 (11,1)	222 (33,8)	161 (24,5)	112 (17,0)	42 (6,4)	12 (1,8)	2 (0,3)	0 (0,0)	657
	Kvinnor	2 (1,6)	6 (4,9)	13 (10,6)	39 (31,7)	33 (26,8)	17 (13,8)	11 (8,9)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	123
	Totalt	9 (1,2)	32 (4,1)	86 (11,0)	261 (33,5)	194 (24,9)	129 (16,5)	53 (6,8)	14 (1,8)	2 (0,3)	0 (0,0)	780
2013	Män	1 (0,2)	18 (2,9)	69 (11,1)	195 (31,4)	192 (30,9)	91 (14,7)	43 (6,9)	8 (1,3)	4 (0,6)	0 (0,0)	621
	Kvinnor	0 (0,0)	8 (6,2)	18 (14,0)	43 (33,3)	35 (27,1)	15 (11,6)	8 (6,2)	1 (0,8)	1 (0,8)	0 (0,0)	129
	Totalt	1 (0,1)	26 (3,5)	87 (11,6)	238 (31,7)	227 (30,3)	106 (14,1)	51 (6,8)	9 (1,2)	5 (0,7)	0 (0,0)	750

Cirka 30 procent av patienterna har skattats i intervallet 31-40 och cirka 30 procent i intervallet 41-50. 31-40 motsvarar uttalade funktionssvårigheter eller viss störning av realitetsprövning/kommunikationsförmåga, 41-50 motsvarar allvarliga funktionssvårigheter eller symtom.

Tabell 14 visar antal och andel patienter, fördelat på män, kvinnor och totalt, som skattats i respektive intervall under de fem senaste åren. Förändringarna över åren verkar små och det är svårt att uttala sig om någon tydlig trend i GAF-skattningarna. Möjligen kan det finnas en trend mot något högre värden, att fler patienter skattas över 40 under 2013.

I Figur 24 visas grafiskt fördelningen mellan olika intervall för män respektive kvinnor. Kvinnor förefaller få värden under 40 i något större utsträckning än män. Detta skulle kunna peka på att kvinnor som dömts till rättspsykiatrisk vård i större utsträckning har uttalade funktionsnedsättningar eller störning i realitetsprövning/kommunikation än män. Alternativt skulle det kunna vara ett uttryck för hur kvinnor uppfattas av den rättspsykiatriska vården.

Figur 24. Fördelning av GAF-värde för uppföljningar.

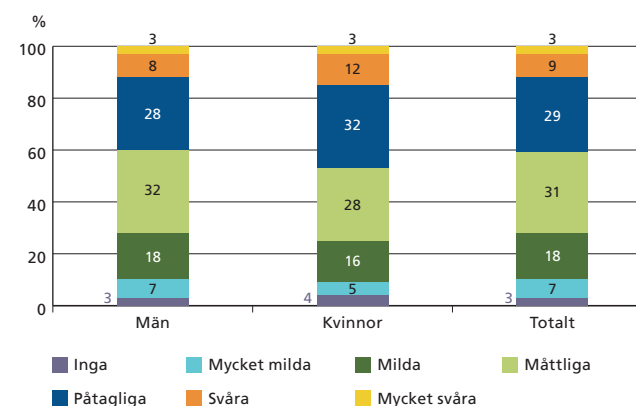


Klinisk skattning av symtombilden

Patienternas symtombild och svårighetsgraden av denna skattas av behandlande personal för registret. Symtombilden skattas efter klinisk bedömning på en sjugradig skala, från inga symtom till mycket svåra symtom. I Figur 25 visas andelen patienter som skattats i respektive skalsteg, uppdelat på män, kvinnor och totalt. Igen förefaller kvinnor bedömas ha stora svårigheter i större utsträckning än män.

I Tabell 15 återfinns antal och andel patienter som skattats i respektive skalsteg för svårighetsgrad av symtom fördelat på män, kvinnor och totalt. Här återfinns data för de senaste fem åren. Sammantaget förefaller skillnaderna vara små mellan åren. Andelen som bedöms ha måttliga till påtagliga symtom uppgår till cirka 60 procent, vilket verkar motsvara föregående års siffror.

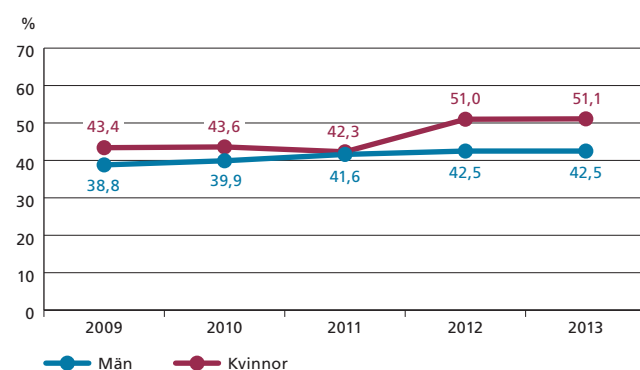
Figur 25. Andel patienter med symtombild av olika svårighetsgrader.



Tabell 15. Fördelning av skattad svårighetsgrad av symtom (andel patienter anges inom parentes).

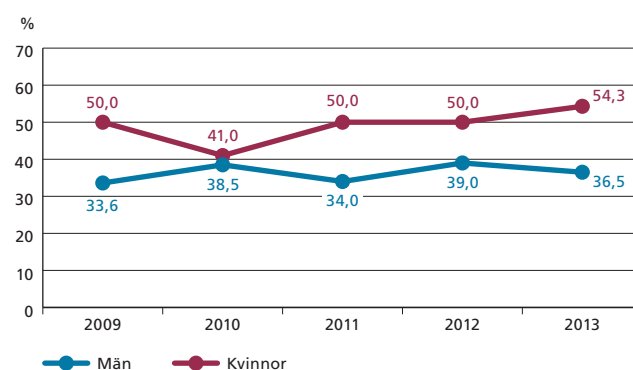
År		Inga	Mycket milda	Milda	Måttliga	Påtagliga	Svåra	Mycket svåra	Totalt antal
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2009	Män	28 (3,2)	50 (5,6)	152 (17,1)	261 (29,4)	275 (31,0)	95 (10,7)	27 (3,0)	888
	Kvinnor	4 (2,9)	9 (6,4)	20 (14,3)	41 (29,3)	41 (29,3)	18 (12,9)	7 (5,0)	140
	Totalt	32 (3,1)	59 (5,7)	172 (16,7)	302 (29,4)	316 (30,7)	113 (11,0)	34 (3,3)	1028
2010	Män	45 (4,2)	75 (7,0)	184 (17,3)	345 (32,4)	286 (26,9)	100 (9,4)	30 (2,8)	1065
	Kvinnor	4 (2,0)	12 (5,9)	26 (12,8)	52 (25,6)	58 (28,6)	32 (15,8)	19 (9,4)	203
	Totalt	49 (3,9)	87 (6,9)	210 (16,6)	397 (31,3)	344 (27,1)	132 (10,4)	49 (3,9)	1268
2011	Män	32 (2,9)	83 (7,6)	183 (16,8)	347 (31,9)	309 (28,4)	110 (10,1)	23 (2,1)	1087
	Kvinnor	2 (0,9)	12 (5,5)	28 (12,7)	59 (26,8)	76 (34,5)	27 (12,3)	16 (7,3)	220
	Totalt	34 (2,6)	95 (7,3)	211 (16,1)	406 (31,1)	385 (29,5)	137 (10,5)	39 (3,0)	1307
2012	Män	38 (3,3)	86 (7,4)	222 (19,2)	331 (28,6)	352 (30,4)	95 (8,2)	35 (3,0)	1159
	Kvinnor	6 (2,7)	11 (4,9)	40 (17,8)	75 (33,3)	58 (25,8)	27 (12,0)	8 (3,6)	225
	Totalt	44 (3,2)	97 (7,0)	262 (18,9)	406 (29,3)	410 (29,6)	122 (8,8)	43 (3,1)	1384
2013	Män	35 (3,2)	78 (7,1)	202 (18,4)	349 (31,8)	309 (28,2)	92 (8,4)	32 (2,9)	1097
	Kvinnor	9 (4,0)	12 (5,4)	36 (16,1)	63 (28,1)	72 (32,1)	26 (11,6)	6 (2,7)	224
	Totalt	44 (3,3)	90 (6,8)	238 (18,0)	412 (31,2)	381 (28,8)	118 (8,9)	38 (2,9)	1321

BMI

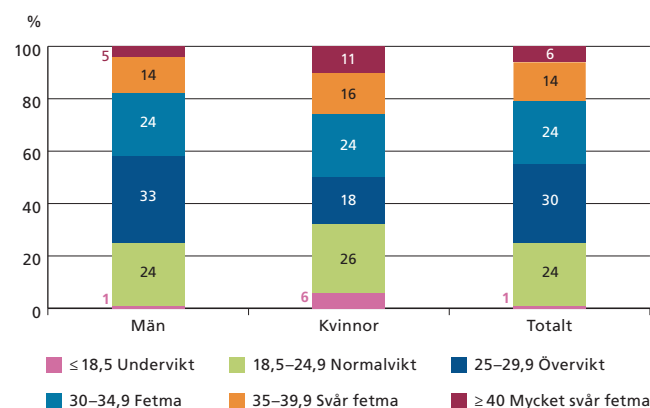
Figur 26a. Andel patienter med BMI ≥ 30 i slutenvård.

För såväl kvinnor som män i slutenvård ligger BMI fortfarande högt. Jämfört med föregående år är förändringen obetydlig.

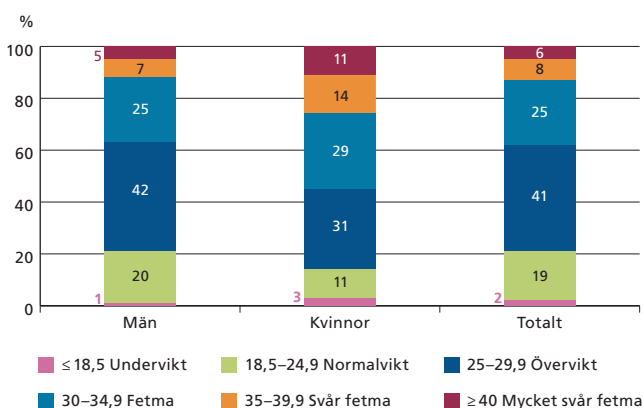
För män i öppenvård har BMI sjunkit, medan den för kvinnor visar en ökande trend.

Figur 26b. Andel patienter med BMI ≥ 30 i öppenvård.

Figur 27a. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård.



Figur 27b. Andel patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, öppenvård.



Tabell 16. Antal patienter i respektive BMI-kategori enligt WHO:s definition, slutenvård (andel patienter anges inom parentes).

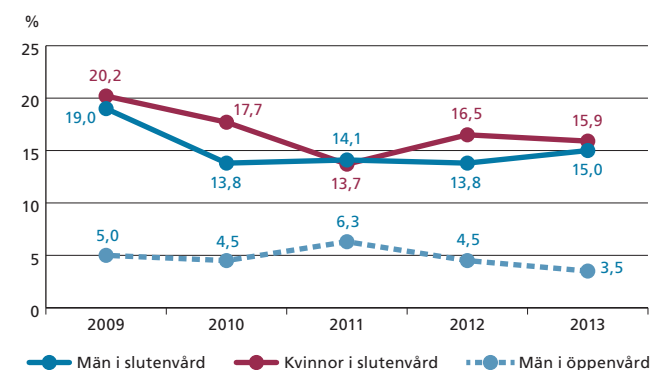
År		≤ 18,5 Undervikt	18,5–24,9 Normalvikt	25–29,9 Övervikt	30–34,9 Fetma	35–39,9 Svår fetma	≥ 40 Mycket svår fetma	Totalt antal
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2009	Män	2 (0,4)	119 (25,2)	168 (35,6)	113 (23,9)	46 (9,7)	24 (5,1)	472
	Kvinnor	0 (0,0)	26 (34,2)	17 (22,4)	10 (13,2)	15 (19,7)	8 (10,5)	76
	Totalt	2 (0,4)	145 (26,5)	185 (33,8)	123 (22,4)	61 (11,1)	32 (5,8)	548
2010	Män	2 (0,4)	131 (24,4)	190 (35,4)	138 (25,7)	52 (9,7)	24 (4,5)	537
	Kvinnor	2 (2,1)	25 (26,6)	26 (27,7)	13 (13,8)	18 (19,1)	10 (10,6)	94
	Totalt	4 (0,6)	156 (24,7)	216 (34,2)	151 (23,9)	70 (11,1)	34 (5,4)	631
2011	Män	2 (0,4)	119 (23,6)	174 (34,5)	126 (25,0)	55 (10,9)	29 (5,7)	505
	Kvinnor	4 (3,6)	33 (29,7)	27 (24,3)	21 (18,9)	18 (16,2)	8 (7,2)	111
	Totalt	6 (1,0)	152 (24,7)	201 (32,6)	147 (23,9)	73 (11,9)	37 (6,0)	616
2012	Män	3 (0,6)	123 (24,5)	163 (32,4)	145 (28,8)	45 (8,9)	24 (4,8)	503
	Kvinnor	4 (3,8)	23 (22,1)	24 (23,1)	28 (26,9)	13 (12,5)	12 (11,5)	104
	Totalt	7 (1,2)	146 (24,1)	187 (30,8)	173 (28,5)	58 (9,6)	36 (5,9)	607
2013	Män	3 (0,6)	112 (24,0)	153 (32,8)	112 (24,0)	63 (13,5)	23 (4,9)	446
	Kvinnor	5 (5,6)	23 (25,6)	16 (17,8)	22 (24,4)	14 (15,6)	10 (11,1)	90
	Totalt	8 (1,4)	135 (24,3)	169 (30,4)	134 (24,1)	77 (13,8)	33 (5,9)	556

Tabell 17. Antal patienter i respektive BMI kategori enligt WHO:s definition, öppenvård (andel patienter anges inom parentes).

År		≤ 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
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2009	Män	1 (0,8)	31 (26,1)	47 (39,5)	30 (25,2)	8 (6,7)	2 (1,7)	119
	Kvinnor	0 (0,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	4 (33,3)	0 (0,0)	2 (16,7)	12
	Totalt	1 (0,8)	33 (25,2)	51 (38,9)	34 (26,0)	8 (6,1)	4 (3,1)	131
2010	Män	2 (0,8)	63 (25,8)	85 (34,8)	55 (22,5)	25 (10,2)	14 (5,7)	244
	Kvinnor	1 (2,6)	9 (23,1)	13 (33,3)	9 (23,1)	6 (15,4)	1 (2,6)	39
	Totalt	3 (1,1)	72 (25,4)	98 (34,6)	64 (22,6)	31 (11,0)	15 (5,3)	283
2011	Män	1 (0,4)	60 (24,9)	98 (40,7)	56 (23,2)	17 (7,1)	9 (3,7)	241
	Kvinnor	0 (0,0)	5 (14,7)	12 (35,3)	7 (20,6)	7 (20,6)	3 (8,8)	34
	Totalt	1 (0,4)	65 (23,6)	110 (40,0)	63 (22,9)	24 (8,7)	12 (4,4)	275
2012	Män	2 (0,8)	61 (24,8)	87 (35,4)	58 (23,6)	25 (10,2)	13 (5,3)	246
	Kvinnor	1 (3,3)	9 (30,0)	5 (16,7)	7 (23,3)	3 (10,0)	5 (16,7)	30
	Totalt	3 (1,1)	70 (25,4)	92 (33,3)	65 (23,6)	28 (10,1)	18 (6,5)	276
2013	Män	3 (1,4)	44 (20,1)	92 (42,0)	54 (24,7)	15 (6,8)	11 (5,0)	219
	Kvinnor	1 (2,9)	4 (11,4)	11 (31,4)	10 (28,6)	5 (14,3)	4 (11,4)	35
	Totalt	4 (1,6)	48 (18,9)	103 (40,6)	64 (25,2)	20 (7,9)	15 (5,9)	254

Återfall i brottslig gärning

Figur 28. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning i öppen- och slutenvård.



I grafen redovisas inte kvinnor i öppenvård då antalet som återfallit i brottslig gärning understiger tio.

Återfall i brottslig gärning under vårdtiden för män har i slutenvård ökat, medan det för kvinnorna visar på en sänkning. I öppenvård är andelen återfall för män något mindre än föregående år.

Då de registrerande enheterna inte har tillgång till belastningsregistret illustrerar figuren och tabellen 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.

Återfall i brott

För andra gången kan RättsspsyK i år genom samarbete med Brottsförebyggande rådet, BRÅ, redovisa återfall i brott under ett år efter det att vården upphört. Data avser patienter där vården avskrevs under 2010, 102 personer och 2011, 108 personer och som var registrerade i RättsspsyK.

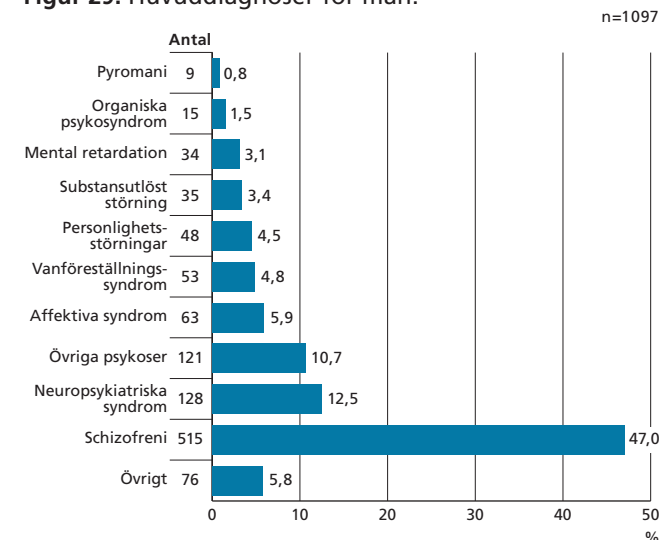
År 2010 återföll 9 personer och 2011 15 personer, vilket motsvarar 9 respektive 14 procent.

Motsvarande andel återfall i brott ett år efter påföljderna fängelse är 49 procent och slutna ungdomsvård 58 procent.

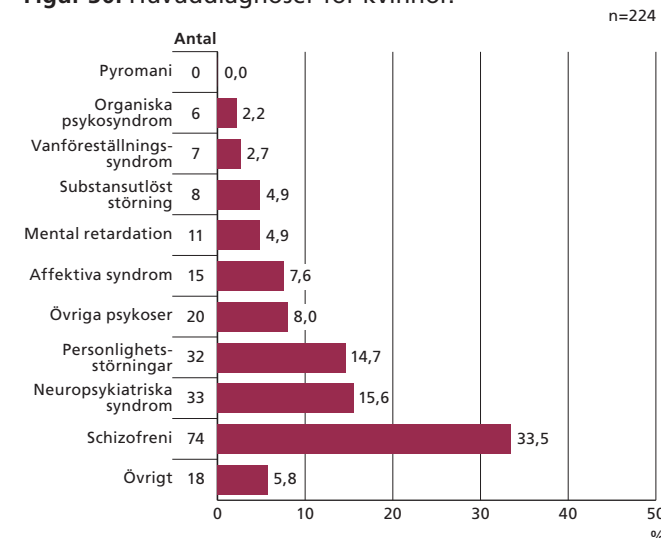
Process

Huvuddiagnos

Figur 29. Huvuddiagnoser för män. n=1097



Figur 30. Huvuddiagnoser för kvinnor. n=224



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 ger störst funktionsnedsättning. Därutöver kan en patient ha flertalet andra diagnoser, så som missbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

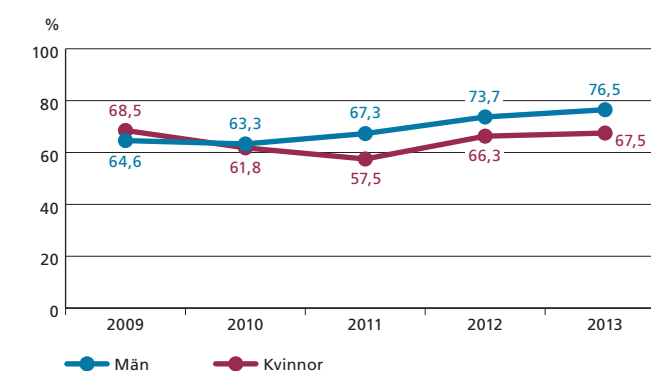
Schizofreni med dess olika varianter dominerar bland både män och kvinnor. En majoritet av patienterna uppvisar en psykisk störning med psykotisk valör (inklusive affektiva störningar).

Graferna antyder att det föreligger vissa könsskillnader. Andelen personlighetsstörningar är, åtminstone som huvuddiagnos, högre hos kvinnor än hos män medan schizofrenidiagnos är vanligare hos män.

Andelen patienter som har 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 psykosyndrom. Denna grupp utgör nu cirka 13 procent.

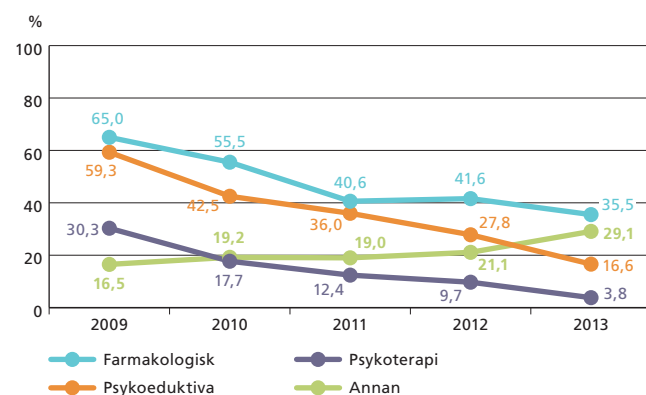
Missbruksbehandling

Figur 31. Andel patienter med missbruksdiagnos som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.

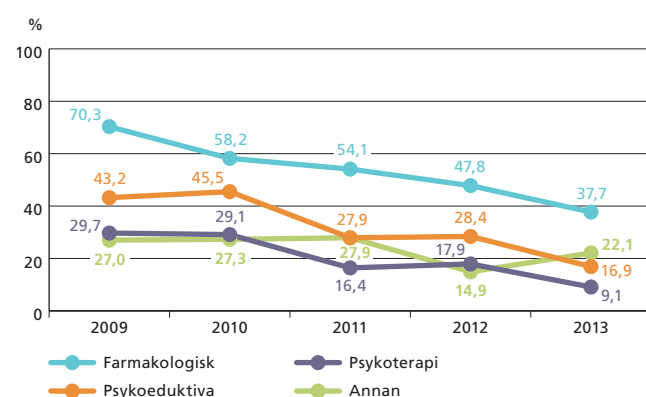


Andelen patienter med missbruksdiagnos som erhållit missbruksbehandling av något slag var under 2013 drygt 70 procent. Denna siffra har ökat något under de senaste åren för hela gruppen, men kvinnor verkar av någon anledning erhålla missbruksbehandling i mindre utsträckning än män (Figur 31).

Figur 32a. Erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos – män.



Figur 32b. Erhållen missbruksbehandling bland patienter med missbruksdiagnos – kvinnor.



Figur 32a och 32b visar fördelningen mellan olika behandlingsalternativ, fördelat på män och kvinnor. I Tabell 18 framgår även siffror för kvinnor och män tillsammans. Av de specificerade behandlingsalternativen är farmakologisk behandling det vanligaste, följt av psykoeduktiva metoder och psykoterapi. Annan behandling erbjuds patienter i större utsträckning än vad de psykosociala behandlingsalternativen gör. Det är dock oklart vad denna kategori innefattar. Sedan registrets start förefaller de specificerade behandlingsalternativen ha erbjudits i mindre utsträckning för varje år och annan behandling i större.

Varför denna utveckling ser ut som den gör är oklart. Vid närmare granskning av kategorin Annan behandling syns att såväl psykopedagogiska insatser och psykologisk behandling registrerats under Annan behandling, varför det kan konstateras att det till viss del rör sig om registreringsfel. Det är dock oklart om detta gjorts i större utsträckning än under tidigare år. En tänkbar förklaring är att det rör sig om en faktisk förändring i vilken behandling som erbjuds. Exempelvis kan en ökning av nykterhetskontroller och extern struktur utgöra en betydande del av ökningen i kategorin Annan behandling. Om detta i sin tur också betyder att psykopedagogiska, psykologiska och farmakologiska behandlingar minskat i frekvens så är det något som bör följas upp i kommande rapporter och beröras i verksamhetsledning.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007¹, 2012²), liksom av de rapporter som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2001)³,⁴ sammanställer, framkommer vilka farmakologiska och psykosociala behandlingsinsatser som har bäst stöd vid missbruk- och beroendeproblematik och följaktligen rekommenderas som insatser inom vård. Rekommendationerna inkluderar:

- farmakologisk behandling så som disulfiram (Antabus®) och acamprosat (Campral®)
- psykologisk behandling så som psykodynamisk behandling, KBT och ACT
- psykopedagogiska insatser så som MET, MI och tolvstegsbehandling
- annan behandling, exempelvis urinprov och strukturerade kartläggningar så som ASI eller AUDIT/DUDIT

Vid samtidig psykisk ohälsa rekommenderas att insatser inriktade på missbruket eller beroendet bör utformas i samordning med behandling för den psykiska störningen. Personer med samtidig psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroendesjukdom utgör en heterogen grupp. Denna heterogenitet gör att behandlingsinsatserna måste kunna möta patienternas olika förutsättningar och problembilder.

Tabell 18. Antal missbruksbehandlingar bland patienter med missbruksdiagnos (andel anges inom parentes).

År		Farmakologisk	Psykoterapi	Psykoeduktiva	Annan	Antal unika patienter*
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
2009	Män	193 (65,0)	90 (30,3)	176 (59,3)	49 (16,5)	297 (64,6)
	Kvinnor	26 (70,3)	11 (29,7)	16 (43,2)	10 (27,0)	37 (68,5)
	Totalt	219 (65,6)	101 (30,2)	192 (57,5)	59 (17,7)	334 (65,0)
2010	Män	223 (55,5)	71 (17,7)	171 (42,5)	77 (19,2)	402 (63,3)
	Kvinnor	32 (58,2)	16 (29,1)	25 (45,5)	15 (27,3)	55 (61,8)
	Totalt	255 (55,8)	87 (19,0)	196 (42,9)	92 (20,1)	457 (63,1)
2011	Män	177 (40,6)	54 (12,4)	157 (36,0)	83 (19,0)	436 (67,3)
	Kvinnor	33 (54,1)	10 (16,4)	17 (27,9)	17 (27,9)	61 (57,5)
	Totalt	210 (42,3)	64 (12,9)	174 (35,0)	100 (20,1)	497 (65,9)
2012	Män	211 (41,6)	49 (9,7)	141 (27,8)	10 (21,1)	507 (73,7)
	Kvinnor	32 (47,8)	12 (17,9)	19 (28,4)	10 (14,9)	67 (66,3)
	Totalt	243 (42,3)	61 (10,6)	160 (27,9)	117 (20,4)	574 (72,8)
2013	Män	188 (35,5)	20 (3,8)	88 (16,6)	154 (29,1)	530 (76,5)
	Kvinnor	29 (37,7)	7 (9,1)	13 (16,9)	17 (22,1)	77 (67,5)
	Totalt	217 (35,7)	27 (4,4)	101 (16,6)	171 (28,2)	607 (75,2)

* Patienten har fått en eller flera behandlingsalternativ.

¹ Socialstyrelsen. (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.

² Socialstyrelsen (2012). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen.

³ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). Behandling av alkohol- och narkotiskproblem: En evidensbaserad kunskapsuppsättning Vol. 1. (SBU-rapport, 156:I). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2001). Behandling av alkohol- och narkotiskproblem: En evidensbaserad kunskapsuppsättning Vol. 2. (SBU-rapport, 156:II). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Genomförd riskanalys

Tabell 19. Antal riskbedömningar (andel anges inom parentes).

År		HCR 20	SARA	SVR 20	PCL	Klinisk bedömning	Annan	Antal unika patienter*
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
2009	Män	353 (52,1)	5 (0,7)	4 (0,6)	124 (18,3)	505 (74,6)	44 (6,5)	677
	Kvinnor	59 (55,7)	1 (0,9)	0 (0,0)	20 (18,9)	75 (70,8)	7 (6,6)	106
	Totalt	412 (52,6)	6 (0,8)	4 (0,5)	144 (18,4)	580 (74,1)	51 (6,5)	783
2010	Män	474 (55,4)	6 (0,7)	9 (1,1)	154 (18,0)	583 (68,2)	121 (14,2)	855
	Kvinnor	88 (54,3)	2 (1,2)	0 (0,0)	36 (22,2)	114 (70,4)	25 (15,4)	162
	Totalt	562 (55,3)	8 (0,8)	9 (0,9)	190 (18,7)	697 (68,5)	146 (14,4)	1017
2011	Män	432 (49,5)	2 (0,2)	11 (1,3)	115 (13,2)	616 (70,6)	154 (17,6)	873
	Kvinnor	90 (54,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (13,3)	109 (65,7)	26 (15,7)	166
	Totalt	522 (50,2)	2 (0,2)	11 (1,1)	137 (13,2)	725 (69,8)	180 (17,3)	1039
2012	Män	354 (35,1)	3 (0,3)	14 (1,4)	118 (11,7)	702 (69,6)	285 (28,2)	1009
	Kvinnor	73 (35,6)	1 (0,5)	0 (0,0)	19 (9,3)	139 (67,8)	49 (23,9)	205
	Totalt	427 (35,2)	4 (0,3)	14 (1,2)	137 (11,3)	841 (69,3)	334 (27,5)	1214
2013	Män	304 (30,2)	2 (0,2)	11 (1,1)	83 (8,3)	757 (75,2)	255 (25,3)	1006
	Kvinnor	82 (38,1)	2 (0,9)	0 (0,0)	19 (8,8)	150 (69,8)	50 (23,3)	215
	Totalt	386 (31,6)	4 (0,3)	11 (0,9)	102 (8,4)	907 (74,3)	305 (25,0)	1221

* Patienten har blivit bedömd med en eller flera metoder.

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.
- 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

(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.)

Av Tabell 19 framgår att risk- och farlighetsanalyser har genomförts på drygt 1200 av registrets patienter, vilket motsvarar ungefär 90 procent av patienterna som följts upp i registret. Klinisk riskbedömning, som i registret inte specificerats närmare, används i störst utsträckning. Av de specificerade, strukturerade riskbedömningsinstrumenten var HCR-20 (Historical Clinical and Risk management) det vanligast förekommande. Liksom i förra årets register förefaller dock HCR-20 och PCL (Psychopathy Checklist) användas i något mindre utsträckning än åren innan 2012, medan kategorin Annan förefaller öka. Möjligen är detta ett resultat av en ökad användning av lokalt utvecklade instrument eller sådana instrument som inte är valbara alternativ i nuvarande formulär. Bedömningsinstrumentet VRAG är borttaget som alternativ då det inte använts under registrets existens.

Samtliga instrument som beskrivs här bredvid har bidragit till att ge risk- och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund och en mer strukturerad tillämpning, än vad som tidigare har varit fallet.

Farmakologisk behandling

Tabell 20. Antal patienter som förskrivits läkemedel (andel anges inom parentes).

	2011			2012			2013		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Anti-depressiva	411 (32)	109 (43,4)	520 (33,9)	386 (26,7)	112 (40,0)	498 (28,9)	431 (32,6)	112 (41,2)	543 (34,1)
ADHD	119 (9,3)	21 (8,4)	140 (9,1)	107 (7,4)	17 (6,1)	124 (7,2)	131 (9,9)	14 (5,1)	145 (9,1)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	468 (36,5)	77 (30,7)	545 (35,5)	434 (30,0)	68 (24,3)	502 (29,1)	434 (32,8)	79 (29,0)	513 (32,2)
Lugnande och sömnmedicin med beroendepotential	321 (25,0)	81 (32,3)	402 (26,2)	279 (19,3)	85 (30,4)	364 (21,1)	272 (20,6)	82 (30,1)	354 (22,2)
Lugnande och sömnmedicin utan känd beroendepotential	455 (35,5)	106 (42,2)	561 (36,6)	388 (26,8)	90 (32,1)	478 (27,7)	422 (31,9)	98 (36,0)	520 (32,6)
Beroendesjukdomar	108 (8,4)	18 (7,2)	126 (8,2)	125 (8,6)	16 (5,7)	141 (8,2)	127 (9,6)	19 (7,0)	146 (9,2)
Första generationens antipsykotika, depotsprutor	428 (33,4)	73 (29,1)	501 (32,7)	427 (29,5)	79 (28,2)	506 (29,3)	381 (28,8)	64 (23,5)	445 (27,9)
Första generationens antipsykotika, per-oralt	237 (18,5)	56 (22,3)	293 (19,1)	236 (16,3)	73 (26,1)	309 (17,9)	208 (15,7)	59 (21,7)	267 (16,8)
Stämningsstabiliserare antiepileptika	203 (15,8)	62 (24,7)	265 (17,3)	201 (13,9)	62 (22,1)	263 (15,2)	195 (14,8)	73 (26,8)	268 (16,8)
Stämningsstabiliserare (litium)	70 (5,5)	21 (8,4)	91 (5,9)	57 (3,9)	31 (11,1)	88 (5,1)	82 (6,2)	24 (8,8)	106 (6,6)
Andra generationens antipsykotika, depotsprutor	124 (9,7)	27 (10,8)	151 (9,8)	131 (9,1)	29 (10,4)	160 (9,3)	143 (10,8)	27 (9,9)	170 (10,7)
Andra generationens antipsykotika, per-oralt	599 (46,7)	125 (49,8)	724 (47,2)	588 (40,7)	121 (43,2)	709 (41,1)	644 (48,7)	134 (49,3)	778 (48,8)
Somatiska sjukdomar	723 (56,4)	185 (73,7)	908 (59,2)	680 (47)	174 (62,1)	854 (49,5)	695 (52,6)	177 (65,1)	872 (54,7)

En patient kan vara förskrivna flera läkemedel inom en eller flera läkemedelsgrupper.

Över 89 procent av patienterna tar läkemedel, 86,9 procent någon form av psykofarmaka. Könsskillnaderna är små med något högre läkemedelsanvändning bland de kvinnliga patienterna.

Mer än hälften av patienterna (54,7 procent) tar någon form av läkemedel för somatiska symtom. Här ligger kvinnorna klart högre med drygt 65 procent.

Vad gäller användningen av olika psykofarmaka kan generellt sägas att utvecklingen sedan 2011 varit obetydlig. Det är svårt att se några klara trender och introduktionen av nya preparat har inte avsatt sig i några påtagliga förändringar.

Cirka en tredjedel av patienterna behandlas med anti-depressiva läkemedel, en andel som varit i stort sett oförändrad. Kvinnorna ligger knappt 10 procent högre än männen.

Medicinering vid ADHD vilket framför allt avser centralstimulantia ligger kvar på drygt 9 procent vilket nog fortfarande får betraktas som lågt beaktande patientgruppen.

Vad gäller antipsykotika kan konstateras att förändringarna är små och att första generationens depotpreparat endast har minskat marginellt och att de nyare depotpreparaten ligger relativt konstant trots introduktionen av nya preparat med gynnsammare biverkningsprofil.

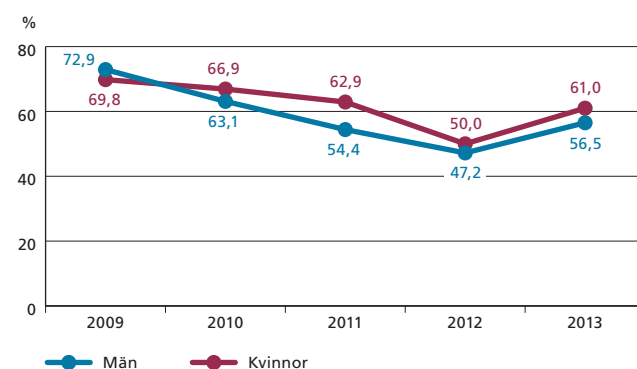
Förskrivningen av beroendeframkallande anxiolytika har planat ut. De icke beroendeframkallande läkemedlen förskrivs i något högre utsträckning jämfört med 2012. Det finns ingen tydlig trend över de senaste tre åren att icke beroendeframkallande läkemedel ersätter beroendeframkallande läkemedel.

Vad gäller farmakologisk behandling av beroendetillstånd är emellertid andelen fortfarande låg, ca 10 procent.

Patientenkät

Förra året såg det ut som att andelen patienter som haft möjlighet att besvara någon form av enkät riktad till patienter fortsatte att sjunka för tredje året i rad. På tre år hade andelen minskat med en fjärdedel och 2011 hade hälften av patienterna möjlighet att besvara en patientenkät. 2013 ser denna negativa trend ut att ha brutits, utan att andelen är lika stor som för fyra år sedan.

Figur 33. Andel patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät.

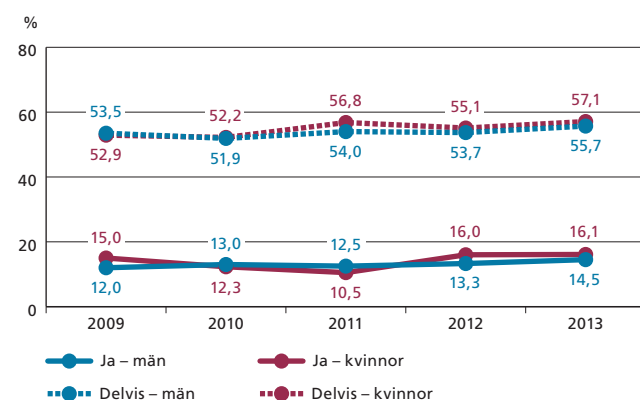


Tabell 21. Antal patienter som haft möjlighet att besvara patientenkät (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt
Män	502 (72,9)	689	574 (63,1)	910	506 (54,4)	930	474 (47,2)	1005	560 (56,5)	991
Kvinnor	74 (69,8)	106	111 (66,9)	166	117 (62,9)	186	95 (50,0)	190	119 (61,0)	195

Insikt i sin sjukdom och problematik

Figur 34. Andel patienter som bedöms ha helt eller delvis insikt i sin sjukdom.

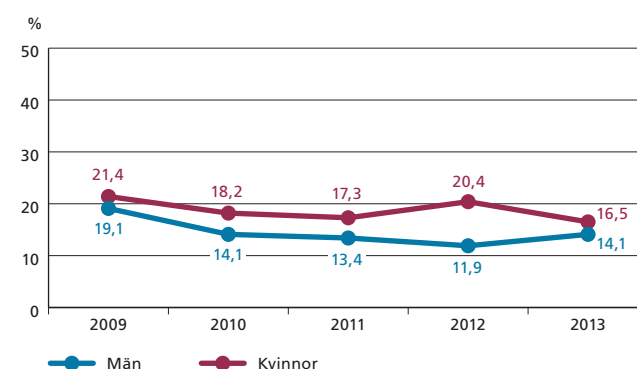


Patientens insikt i den egna sjukdomen och i övrig problematik bedöms av patientens vårdgivare utifrån klinisk bedömning alternativt med hjälp av strukturerade instrument. Figur 34 visar andelen patienter med partiell respektive full insikt i sin sjukdom och problematik, fördelat på kvinnor och män samt över de senaste fem åren. Att döma av denna grafiska representation förefaller könsskillnader och skillnader mellan åren vara obetydliga.

Av de som ingår i 2013 års register bedömdes cirka 50 procent ha viss insikt i sin sjukdom och problematik och cirka 15 procent ha full insikt i sin sjukdom och problematik.

Tvångsåtgärder

Figur 35. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19–20.



Tabell 22. Omfattning av tvångsåtgärder (andel patienter anges inom parentes).

Tvångsåtgärderna är uppdelade på de fyra kategorier som åtgärderna registreras och rapporteras under.

År		Fastspänning	Avskiljande	Medicinering *	Inskränkande av elektronisk kommunikation	Antal unika patienter **
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
2009	Män	64 (38,1)	108 (65,1)	48 (29,1)	37 (23,1)	170 (19,1)
	Kvinnor	13 (43,3)	18 (62,1)	12 (41,4)	4 (13,8)	30 (21,4)
	Totalt	77 (38,9)	126 (64,6)	60 (30,9)	41 (21,7)	200 (19,5)
2010	Män	54 (36)	102 (68,5)	48 (32,2)	29 (19,6)	150 (14,1)
	Kvinnor	25 (69,4)	20 (55,6)	20 (55,6)	9 (24,3)	37 (18,2)
	Totalt	79 (42,5)	122 (65,9)	68 (36,8)	38 (20,5)	187 (14,7)
2011	Män	61 (42,4)	84 (58,3)	47 (33,3)	43 (29,9)	146 (13,4)
	Kvinnor	20 (52,6)	17 (44,7)	14 (36,8)	17 (44,7)	38 (17,3)
	Totalt	81 (44,5)	101 (55,5)	61 (34,1)	60 (33)	184 (14,1)
2012	Män	45 (34,4)	89 (65)	34 (26)	40 (30,3)	138 (11,9)
	Kvinnor	23 (51,1)	34 (73,9)	11 (24,4)	16 (35,6)	46 (20,4)
	Totalt	68 (38,6)	123 (67,2)	45 (25,6)	56 (31,6)	184 (13,3)
2013	Män	45 (31,3)	105 (68,2)	41 (28,1)	47 (33,3)	155 (14,1)
	Kvinnor	18 (51,4)	22 (62,9)	16 (47,1)	8 (22,2)	37 (16,5)
	Totalt	63 (35,2)	127 (67,2)	57 (31,7)	55 (31,1)	192 (14,5)

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

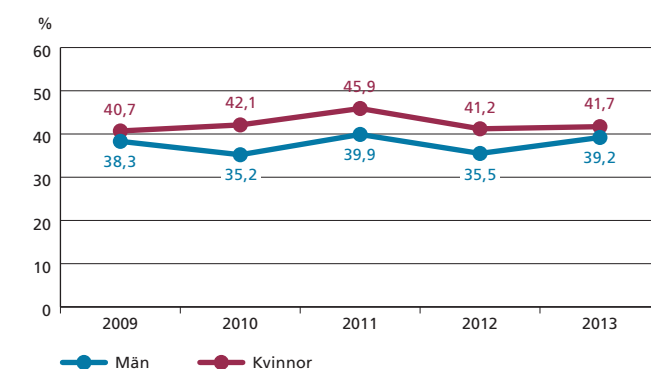
Antalet patienter som varit föremål för tvångsåtgärder är relativt konstant, dock har antalet registrerade patienter ökat varför den procentuella andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder sjunkit.

Andelen män som någon gång under sin vårdtid varit föremål för tvångsåtgärder har visat en nedåtgående trend under flera år, trenden bröts dock under 2013. En femtedel färre kvinnor har varit föremål för tvångsåtgärder 2013 jämfört med 2012.

Genomförd funktions- och/eller behovskattning

Över tid har det funnits en tendens till att en större andel av de kvinnliga patienterna blir bedömda utifrån sitt funktionstillstånd jämfört med de manliga patienterna, denna trend verkar bruten i och med 2013. Fortfarande är dock 6 av 10 patienter inte bedömda.

Figur 36. Andel patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter.

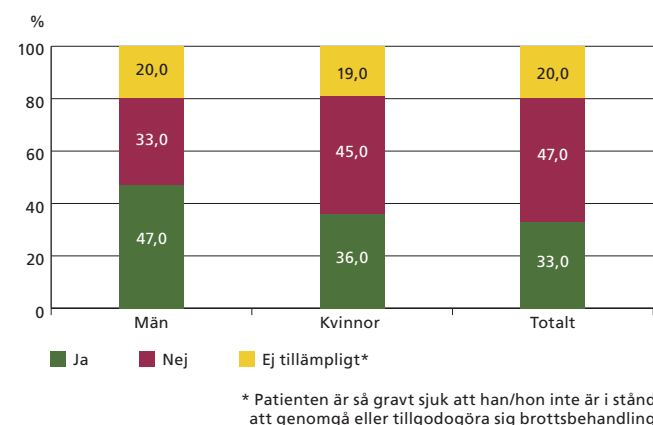


Tabell 23. Antal patienter med bedömt funktionstillstånd och bedömt behov av stöd i dagliga aktiviteter (andel patienter anges inom parentes).

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt	Ja (%)	Totalt
Män	301 (38,3)	786	371 (35,2)	1053	434 (39,9)	1088	446 (35,5)	1256	468 (39,2)	1194
Kvinnor	48 (40,7)	118	80 (42,1)	190	96 (45,9)	209	98 (41,2)	238	101 (41,7)	242

Brottsbearbetning

Figur 37. Andel patienter med pågående eller genomförd brottsbearbetning.



Andelen patienter som under sin vårdtid genomgått brottsbearbetning har konstant legat strax under 50 procent. Under 2013 sjönk siffran till 1 av 3 patienter. En orsak kan vara att antalet patienter som bedömts vara för sjuka för brottsbearbetning ökat påtagligt under 2013. Ytterligare en problematik ligger i att det inte finns någon enhetlig definition på innebörden av brottsbearbetning.

Tabell 24. Antal patienter med pågående eller genomförd brottsbearbetning (andel anges inom parentes).

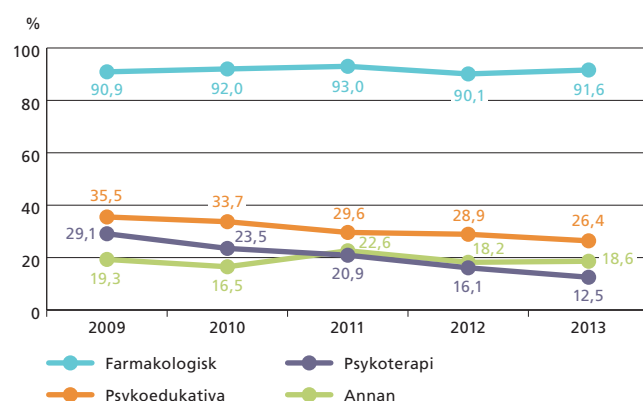
År		Ja	Nej	Ej tillämpligt*	Totalt
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal
2009	Män	306 (45,7)	293 (43,8)	70 (10,5)	669
	Kvinnor	47 (45,2)	38 (36,5)	19 (18,3)	104
	Totalt	353 (45,7)	331 (42,8)	89 (11,5)	773
2010	Män	333 (37,9)	429 (48,9)	116 (13,2)	878
	Kvinnor	75 (46,0)	62 (38,0)	26 (16,0)	163
	Totalt	408 (39,2)	491 (47,2)	142 (13,6)	1041
2011	Män	346 (40,2)	426 (49,5)	89 (10,3)	861
	Kvinnor	70 (40,5)	83 (48,0)	20 (11,6)	173
	Totalt	416 (40,2)	509 (49,2)	109 (10,5)	1034
2012	Män	435 (46,9)	376 (40,6)	116 (12,5)	927
	Kvinnor	75 (41,2)	82 (45,1)	25 (13,7)	182
	Totalt	510 (46,0)	458 (41,3)	141 (12,7)	1109
2013	Män	311 (32,6)	451 (47,3)	192 (20,1)	954
	Kvinnor	66 (36,1)	82 (44,8)	35 (19,1)	183
	Totalt	377 (33,2)	533 (46,9)	227 (20,0)	1137

* Patienten är så gravt sjuk att han/hon inte är i stånd att genomgå eller tillgodogöra sig brottsbearbetning.

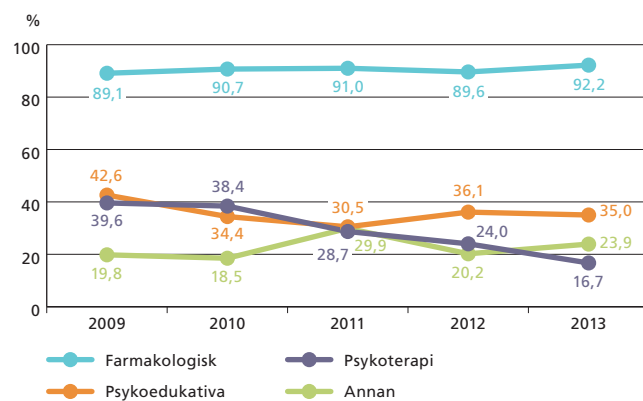
Behandling utifrån riskfaktorer

Behandling med psykoterapi utifrån bedömda riskfaktorer fortsätter även 2013 att visa en nedåtgående trend för både män och kvinnor, andelen behandlade har mer än halverats sedan 2009. Psykoedukativa metoder som behandlingsform har en fortsatt nedåtgående trend för män, medan trenden för kvinnor är mer konstant. Behandling med läkemedel fortsätter att vara klart dominerande, drygt 9 av 10 patienter behandlas med läkemedel.

Figur 38a. Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer – Män.



Figur 38b. Andel patienter som får behandling utifrån identifierade riskfaktorer – Kvinnor.

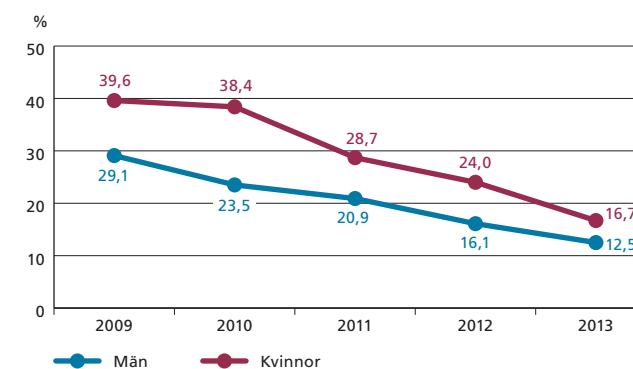


Tabell 25. Antal behandlade patienter utifrån identifierat riskbeteende (andel patienter anges inom parentes).

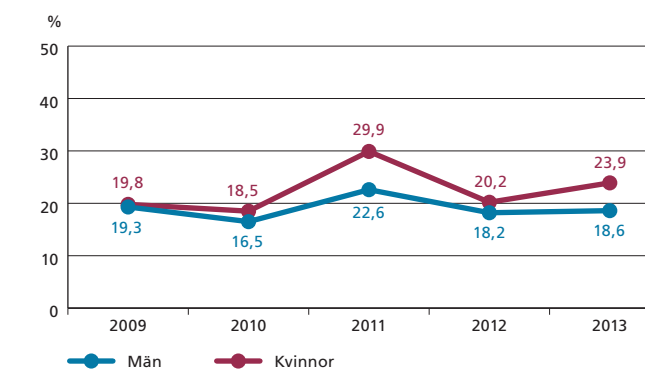
År		Farmakologisk	Psykoterapi	Psykoedukativa metoder	Annan	Antal unika patienter*
		Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
2009	Män	597 (90,9)	191 (29,1)	233 (35,5)	127 (19,3)	657 (95,4)
	Kvinnor	90 (89,1)	40 (39,6)	43 (42,6)	20 (19,8)	101 (95,3)
	Totalt	687 (90,6)	231 (30,5)	276 (36,4)	147 (19,4)	758 (95,3)
2010	Män	770 (92,0)	197 (23,5)	282 (33,7)	138 (16,5)	837 (92)
	Kvinnor	137 (90,7)	58 (38,4)	52 (34,4)	28 (18,5)	151 (91)
	Totalt	907 (91,8)	255 (25,8)	334 (33,8)	166 (16,8)	988 (91,8)
2011	Män	798 (93,0)	179 (20,9)	254 (29,6)	194 (22,6)	858 (92,3)
	Kvinnor	152 (91,0)	48 (28,7)	51 (30,5)	50 (29,9)	167 (89,8)
	Totalt	950 (92,7)	227 (22,1)	305 (29,8)	244 (23,8)	1025 (91,8)
2012	Män	827 (90,1)	148 (16,1)	265 (28,9)	167 (18,2)	918 (91,3)
	Kvinnor	164 (89,6)	44 (24,0)	66 (36,1)	37 (20,2)	183 (96,3)
	Totalt	991 (90,0)	192 (17,4)	331 (30,1)	204 (18,5)	1101 (92,1)
2013	Män	807 (91,6)	110 (12,5)	233 (26,4)	164 (18,6)	881 (88,9)
	Kvinnor	166 (92,2)	30 (16,7)	63 (35,0)	43 (23,9)	180 (92,3)
	Totalt	973 (91,7)	140 (13,2)	296 (27,9)	207 (19,5)	1061 (89,5)

* Patienten har fått ett eller flera behandlingsalternativ.

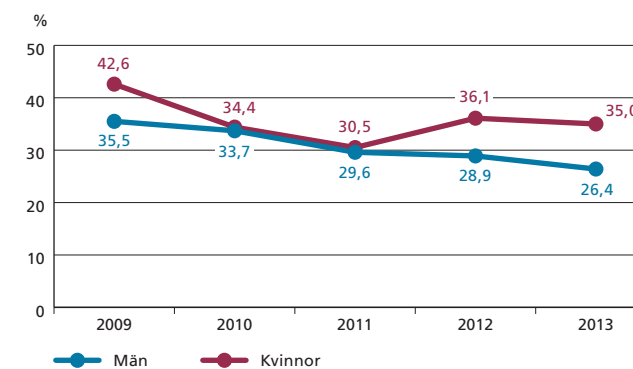
Figur 39a. Andel patienter som behandlas med psykoterapi.



Figur 39c. Andel patienter som behandlas på annat sätt.



Figur 39b. Andel patienter som behandlas med psykoedukativa metoder.



Redovisning på enhetsnivå

Tabell 26. Ålder och könsfördelning för uppföljda patienter på enhetsnivå.

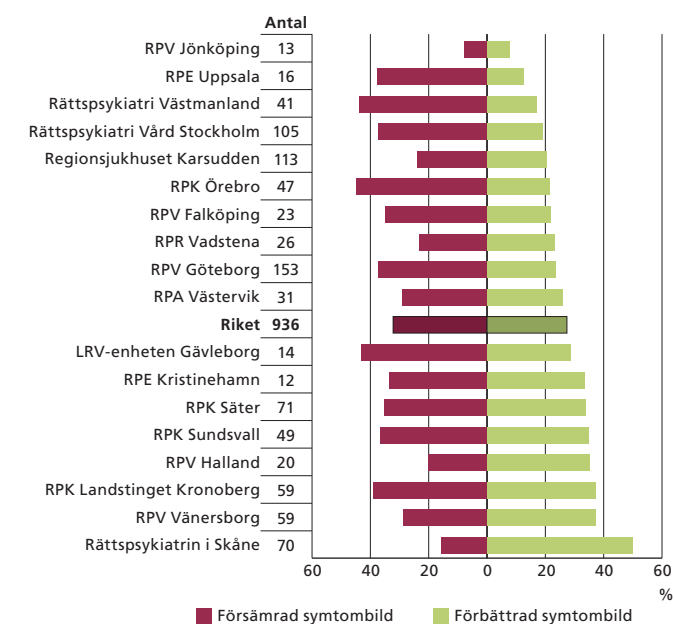
	Antal	Ålder (medelvärde)	Andel kvinnor (%)	Andel slutenvård* (%)
LRV-enheten Gävleborg	19	45,2	5,3	33,3
Malmöfältens psykiatri	< 10			
Mälarsjukhuset	< 10			
Piteå Rättspsykiatri	67	43,1	17,9	46,0
Regionsjukhuset Karsudden	131	38,1	18,3	87,1
RPA Skellefteå	12	41,8	8,3	62,5
RPA Västervik	38	46,5	34,2	27,3
RPE Kristinehamn	18	38,2	22,2	87,5
RPE Uppsala	25	36,3	8,0	40,0
RPK Landstinget Kronoberg	87	39,3	17,2	80,0
RPK Sundsvall	66	41,1	15,2	50,0
RPK Säter	82	40,6	19,5	64,1
RPK Örebro	56	42,0	16,1	62,0
RPR Vadstena	29	38,2	17,2	92,3
RPV Borås	15	42,4	26,7	33,3
RPV Falköping	29	42,6	10,3	63,0
RPV Göteborg	173	44,2	15,6	57,1
RPV Halland	31	42,7	25,8	50,0
RPV Jönköping	17	39,2	0,0	50,0
RPV Vänersborg	70	38,7	24,3	66,7
Rättspsykiatri Vård Stockholm	188	44,2	15,4	46,6
Rättspsykiatri Västmanland	57	39,4	12,3	51,0
Rättspsykiatri i Skåne	94	42,9	13,8	52,3
Umeå Rättspsykiatri	< 10			
Östersund psykiatri	< 10			
Riket	1322	41,6	16,9	58,5

* Där uppgift kunnat hämtas i registret

Årets rapport redovisar per enhet andel patienter som förbättrats respektive försämrats mellan åren 2012 och 2013 för indikatorerna symtombild, BMI, återfall i brott och skuldsituation. Från och med i år skattas upplevd hälsa i två delar, fysisk hälsa och psykisk hälsa. Detta innebär att jämförelse med tidigare år inte är möjligt. I figurerna på nästa sida visas staplar för endast den andel patienter där en förändring skett mellan åren. Det innebär att det för varje enhet kan finnas en grupp patienter där ingen förändring skett. Viktigt att notera är att enheterna kan se olika ut, utifrån om enheterna bedriver både sluten- och öppenvård.

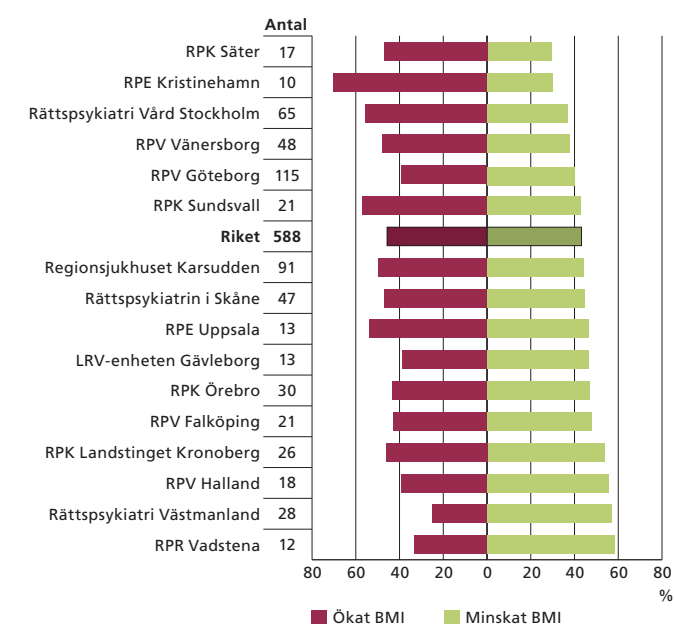
I följande figurer redovisas resultat endast för enheter med minst 10 patienter registrerade.

Figur 40. Andel patienter med förbättrad respektive försämrad symtombild mellan åren 2012 och 2013.



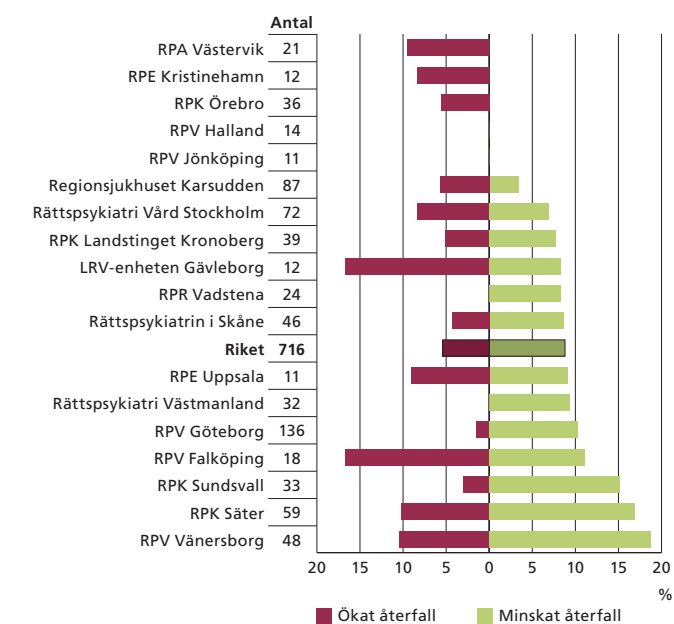
Symtombilden mäts på en sjugradig skala med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figuren som en förändring.

Figur 41. Andel patienter med ökat respektive minskat BMI mellan åren 2012 och 2013.



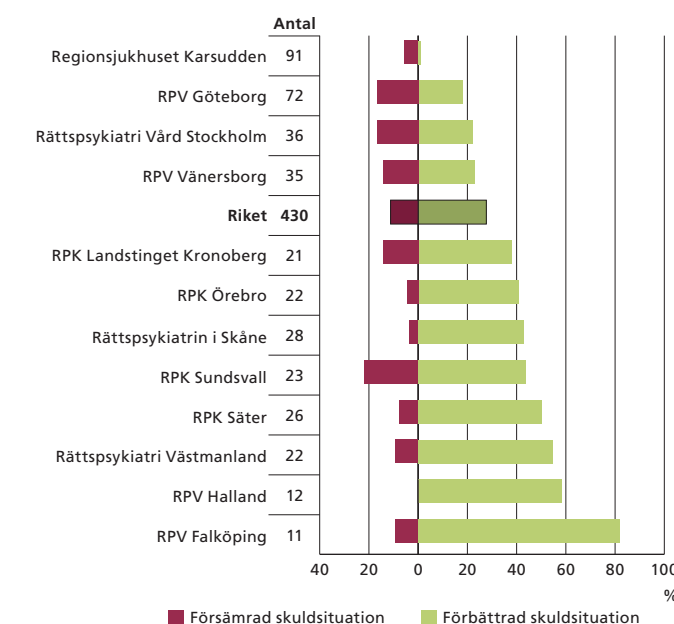
I figuren redovisas varje förändring mellan mätningarna på minst en decimal. Som förbättring (grön stapel) redovisas ett minskat BMI vilket gäller för de flesta patienter och på motsvarande sätt som försämring ett ökat BMI (röd stapel). I det enskilda fallet kan dock ett ökat BMI vara en förbättring.

Figur 42. Andel patienter med ökade respektive minskade återfall i brottslig gärning mellan åren 2012 och 2013.



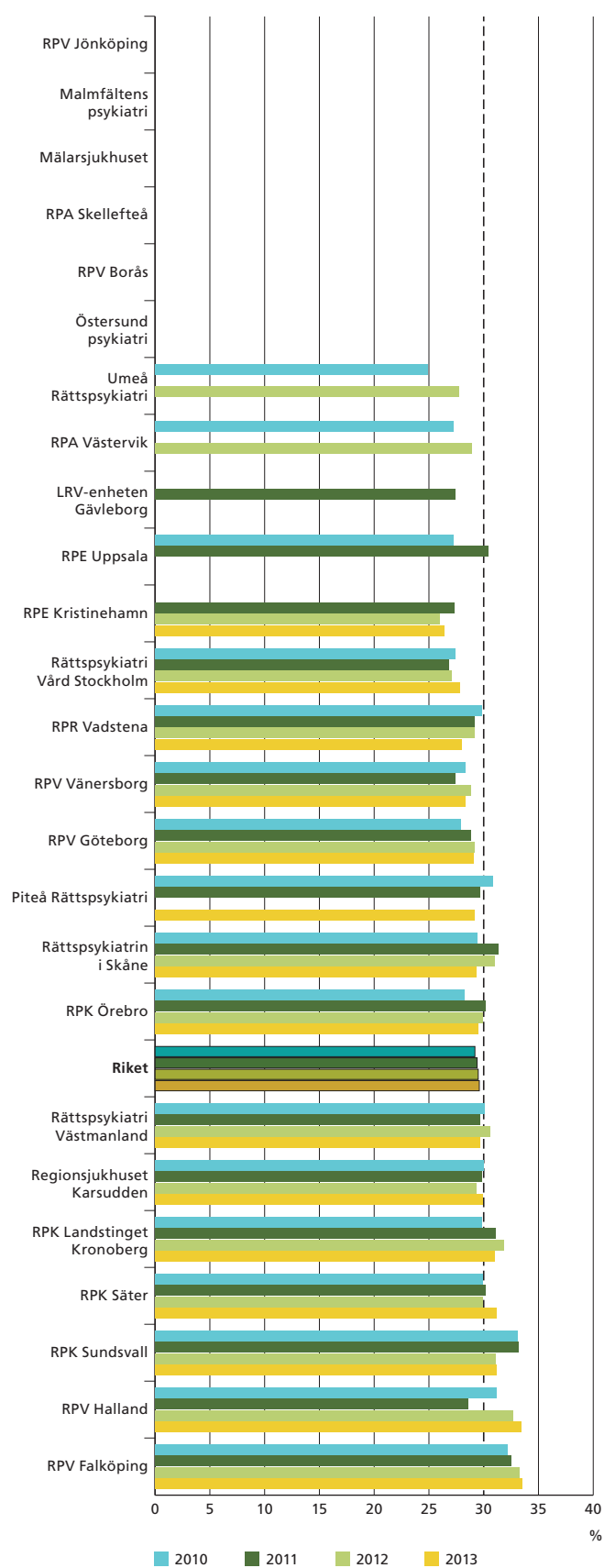
I figuren redovisas ett minskat antal återfall i brottslig gärning som en förbättring (grön stapel) och på motsvarande sätt ett ökat antal återfall som en försämring (röd stapel).

Figur 43. Andel patienter med förbättrad respektive försämrad skuldsituation mellan åren 2012 och 2013.

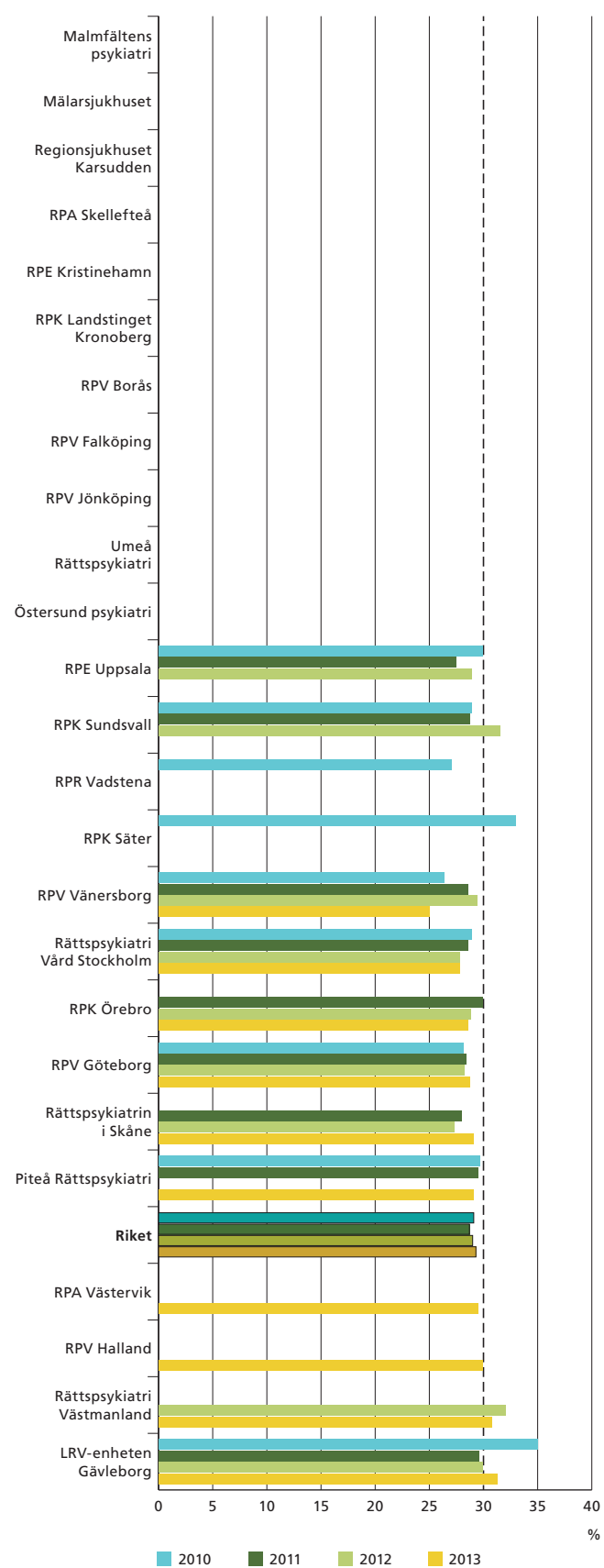


I figuren redovisas skillnaden i skuldsituation mellan åren.

Figur 44. Genomsnittligt BMI per enhet i slutenvården.



Figur 45. Genomsnittligt BMI per enhet i öppenvården.



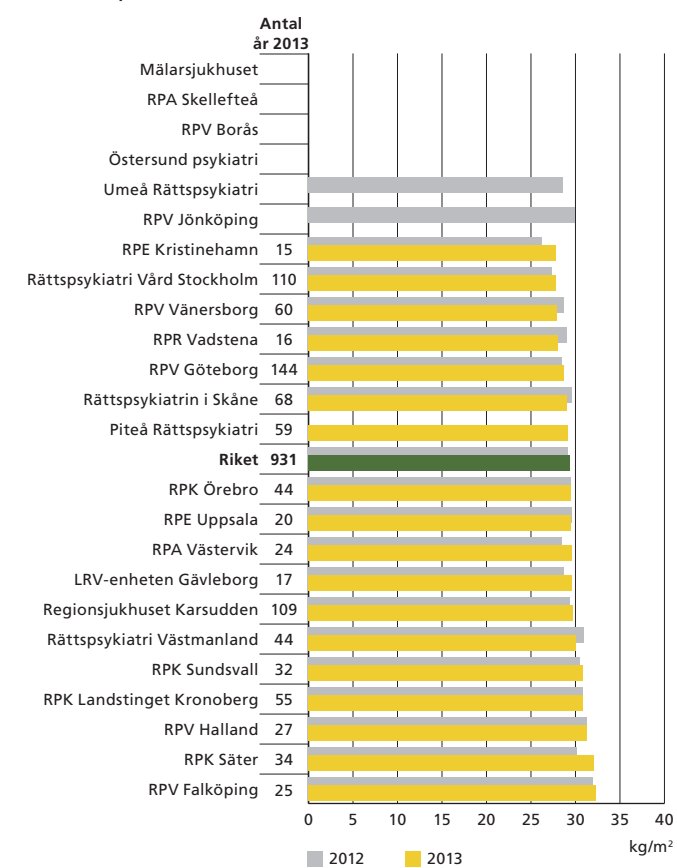
Tabell 27. Genomsnittligt BMI per enhet i slutenvården.

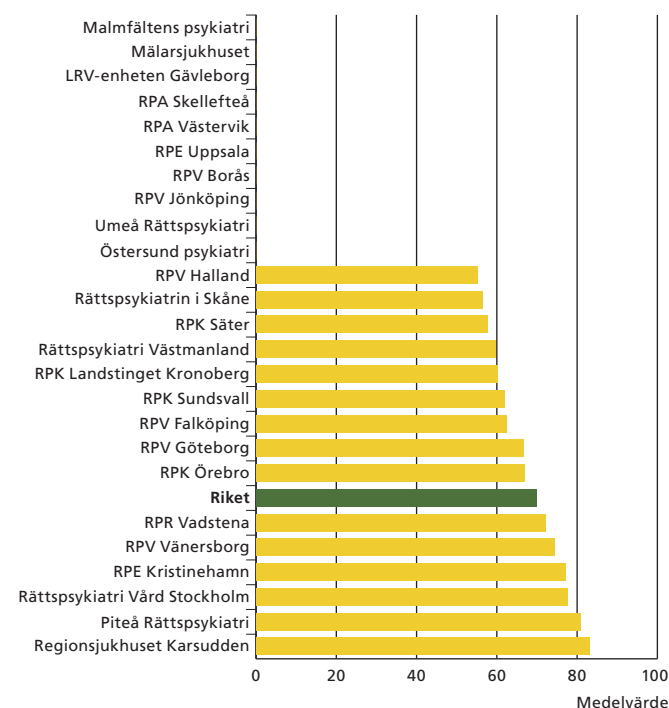
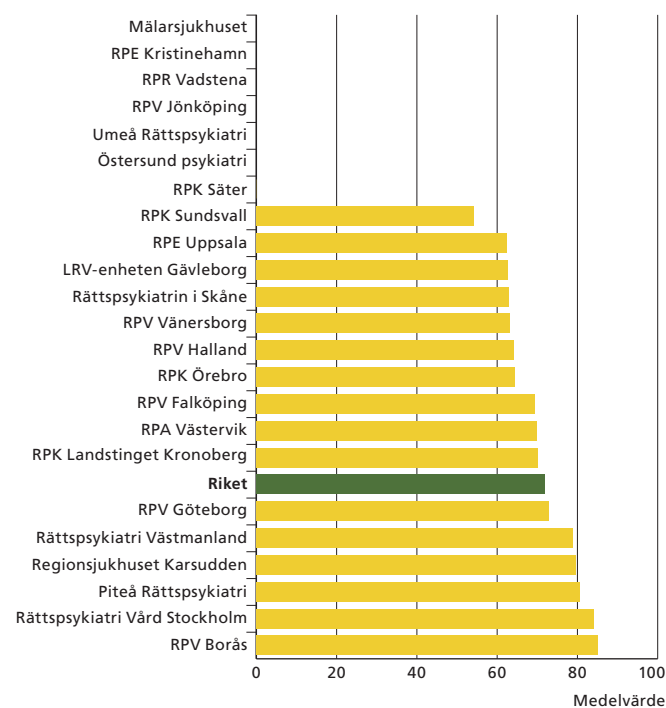
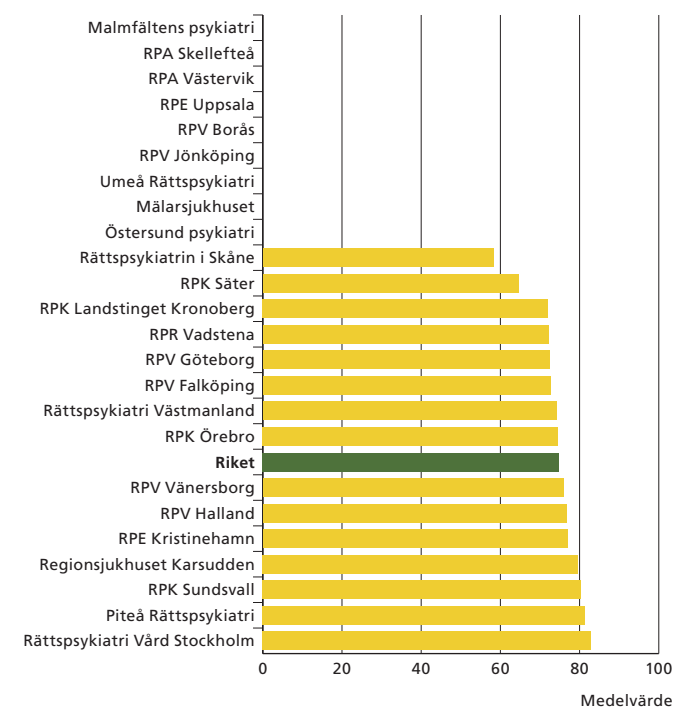
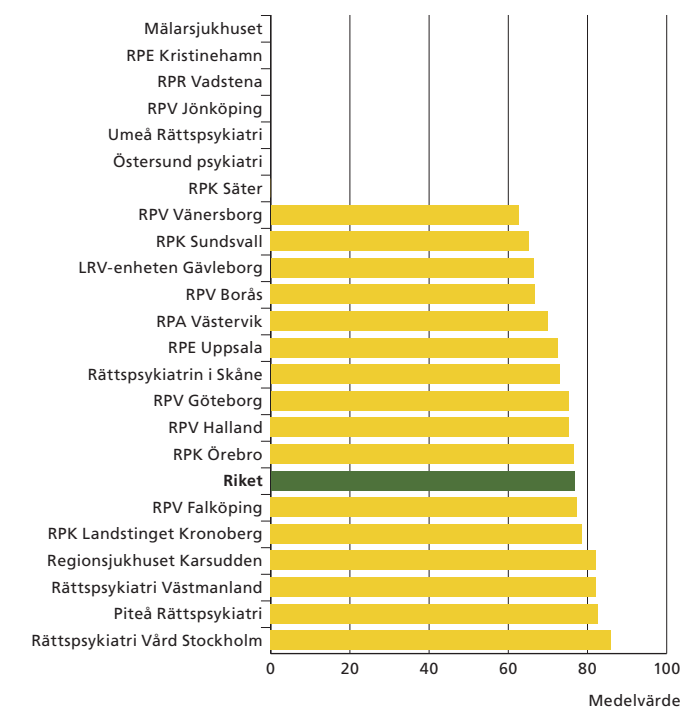
Enhet	2010		2011		2012		2013	
	Antal	BMI (kg/m²)	Antal	BMI (kg/m²)	Antal	BMI (kg/m²)	Antal	BMI (kg/m²)
LRV-enheten Gävleborg	<10		10	27,4	<10		<10	
Malmfältens psykiatri	0		0		0		<10	
Mälarsjukhuset	0		0		0		0	
Piteå Rättspsykiatri	34	30,8	24	29,7	<10		28	29,2
Regionsjukhuset Karsudden	118	30	116	29,8	111	29,3	95	29,9
RPA Skellefteå	0		0		0		<10	
RPA Västervik	12	27,2	<10		12	28,9	<10	
RPE Kristinehamn	<10		17	27,3	13	26	12	26,4
RPE Uppsala	14	27,2	12	30,4	<10		<10	
RPK Landstinget Kronoberg	18	29,8	21	31,1	39	31,8	38	31
RPK Sundsvall	22	33,1	30	33,2	21	31,1	18	31,2
RPK Säter	46	29,9	41	30,2	30	29,9	30	31,2
RPK Örebro	15	28,2	20	30,2	21	29,9	24	29,5
RPR Vadstena	37	29,8	38	29,2	35	29,2	14	28
RPV Borås	0		0				<10	
RPV Falköping	12	32,2	12	32,5	11	33,3	17	33,5
RPV Göteborg	89	27,9	80	28,8	74	29,2	75	29,1
RPV Halland	10	31,2	13	28,6	13	32,7	13	33,4
RPV Jönköping	<10		<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	37	28,3	38	27,4	43	28,8	42	28,3
Rättspsykiatri Vård Stockholm	68	27,4	65	26,8	83	27,1	63	27,8
Rättspsykiatri Västmanland	29	30,1	28	29,7	15	30,6	23	29,7
Rättspsykiatri i Skåne	44	29,4	37	31,3	57	31	36	29,3
Umeå Rättspsykiatri	<10		<10		<10		<10	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	631	29,2	616	29,4	607	29,5	556	29,6

Tabell 28. Genomsnittligt BMI per enhet i öppenvården.

Enhet	2010		2011		2012		2013	
	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)	Antal	BMI (kg/m ²)
LRV-enheten Gävleborg	12	35	11	29,6	12	29,9	10	31,3
Malmöfältens psykiatri	<10		0		0		<10	
Mälarsjukhuset	0		0		0		<10	
Piteå Rättspsykiatri	19	29,7	25	29,5	<10		27	29,1
Regionsjukhuset Karsudden	<10		0		<10		0	
RPA Skellefteå	0		0		0		<10	
RPA Västervik	<10		<10		<10		12	29,5
RPE Kristinehamn	0		<10		<10		<10	
RPE Uppsala	17	29,9	13	27,5	11	28,9	<10	
RPK Landstinget Kronoberg	0		0		0		<10	
RPK Sundsvall	19	28,9	25	28,7	16	31,5	<10	
RPK Säter	11	33	<10		<10		<10	
RPK Örebro	<10		11	29,9	16	28,8	15	28,6
RPR Vadstena	10	27	<10		<10		0	
RPV Borås	<10		<10		<10		<10	
RPV Falköping	<10		<10		<10		<10	
RPV Göteborg	54	28,1	64	28,4	61	28,2	57	28,7
RPV Halland	<10		<10		<10		10	29,9
RPV Jönköping	<10		<10		<10		<10	
RPV Vänersborg	11	26,4	14	28,6	12	29,4	11	25
Rättspsykiatri Vård Stockholm	86	28,9	48	28,6	53	27,8	22	27,8
Rättspsykiatri Västmanland	0	0	<10		18	32	17	30,8
Rättspsykiatri i Skåne	<10		13	28	24	27,3	25	29,1
Umeå Rättspsykiatri	0		0		<10		0	
Östersund psykiatri	0		0		0		0	
Riket	283	29,1	275	28,7	276	29	254	29,3

Figur 46. Medelvärde av patienternas BMI vid uppföljning 2012 respektive 2013.



Figur 47. Patientens skattade fysiska hälsa i slutenvård, år 2013.**Figur 48.** Patientens skattade fysiska hälsa i öppenvård, år 2013.**Figur 49.** Patientens skattade psykiska hälsa i slutenvård, år 2013.**Figur 50.** Patientens skattade psykiska hälsa i öppenvård, år 2013.**Tabell 29.** Patientens skattade fysiska hälsa i slutenvård.

Enhet	2013	
	Antal	Medelvärde
Malmöfältens psykiatri	< 10	
Mälarsjukhuset	0	
LRV-enheten Gävleborg	< 10	
RPA Skellefteå	< 10	
RPA Västervik	< 10	
RPE Uppsala	< 10	
RPV Borås	< 10	
RPV Jönköping	< 10	
Umeå Rättspsykiatri	< 10	
Östersund psykiatri	0	
RPV Halland	13	55,3
Rättspsykiatri i Skåne	45	56,4
RPK Säter	50	57,7
Rättspsykiatri Västmanland	26	59,6
RPK Landstinget Kronoberg	60	60,2
RPK Sundsvall	30	61,8
RPV Falköping	17	62,3
RPV Göteborg	92	66,6
RPK Örebro	31	67
Riket	694	69,9
RPR Vadstena	24	72,2
RPV Vänersborg	42	74,5
RPE Kristinehamn	14	77
Rättspsykiatri Vård Stockholm	75	77,6
Piteå Rättspsykiatri	29	80,9
Regionsjukhuset Karsudden	101	83,2

Tabell 30. Patientens skattade fysiska hälsa i öppenvård.

Enhet	2013	
	Antal	Medelvärde
Malmöfältens psykiatri	< 10	
Mälarsjukhuset	< 10	
RPE Kristinehamn	< 10	
RPR Vadstena	< 10	
RPV Jönköping	< 10	
Umeå Rättspsykiatri	0	
Östersund psykiatri	0	
RPK Säter	28	0,0
RPK Sundsvall	30	54,2
RPE Uppsala	12	62,5
LRV-enheten Gävleborg	12	62,6
Rättspsykiatri i Skåne	41	63,0
RPV Vänersborg	21	63,1
RPV Halland	13	64,1
RPK Örebro	19	64,4
RPV Falköping	10	69,4
RPA Västervik	24	70,0
RPK Landstinget Kronoberg	15	70,1
Riket	492	72,0
RPV Göteborg	69	72,8
Rättspsykiatri Västmanland	25	78,8
Regionsjukhuset Karsudden	15	79,5
Piteå Rättspsykiatri	34	80,7
Rättspsykiatri Vård Stockholm	86	84,1
RPV Borås	10	85,0

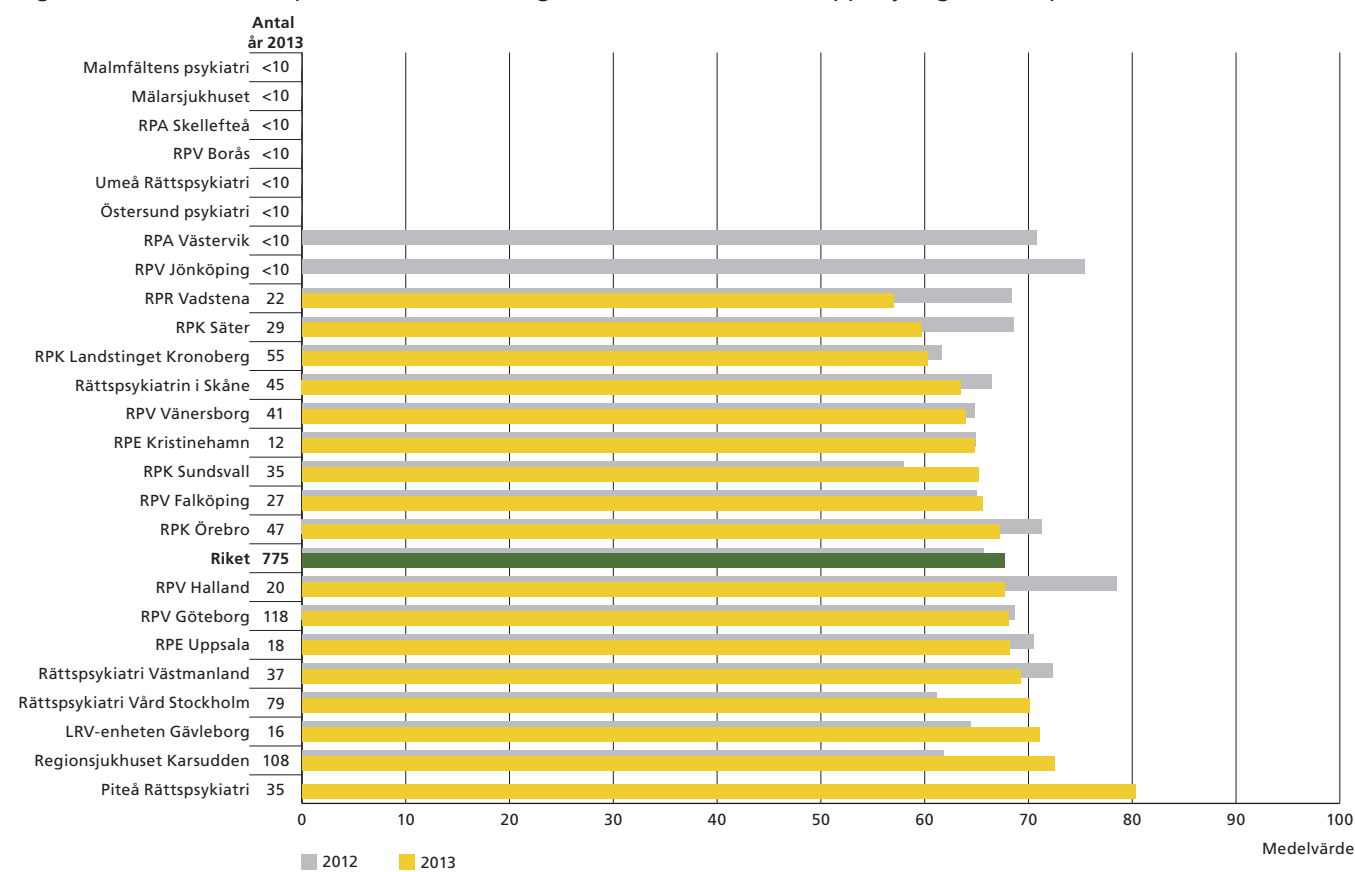
Tabell 31. Patientens skattade psykiska hälsa i slutenvård.

Enhet	2013	
	Antal	Medelvärde
LRV-enheten Gävleborg	< 10	
Malmöfältens psykiatri	< 10	
RPA Skellefteå	< 10	
RPA Västervik	< 10	
RPE Uppsala	< 10	
RPV Borås	< 10	
RPV Jönköping	< 10	
Umeå Rättspsykiatri	< 10	
Mälarsjukhuset	0	
Östersund psykiatri	0	
Rättspsykiatri i Skåne	45	58,2
RPK Säter	50	64,6
RPK Landstinget Kronoberg	60	72
RPR Vadstena	24	72,2
RPV Göteborg	92	72,4
RPV Falköping	17	72,6
Rättspsykiatri Västmanland	26	74,1
RPK Örebro	31	74,6
Riket	694	74,8
RPV Vänersborg	42	76
RPV Halland	13	76,7
RPE Kristinehamn	14	77
Regionsjukhuset Karsudden	101	79,6
RPK Sundsvall	30	80,4
Piteå Rättspsykiatri	29	81,4
Rättspsykiatri Vård Stockholm	75	82,9

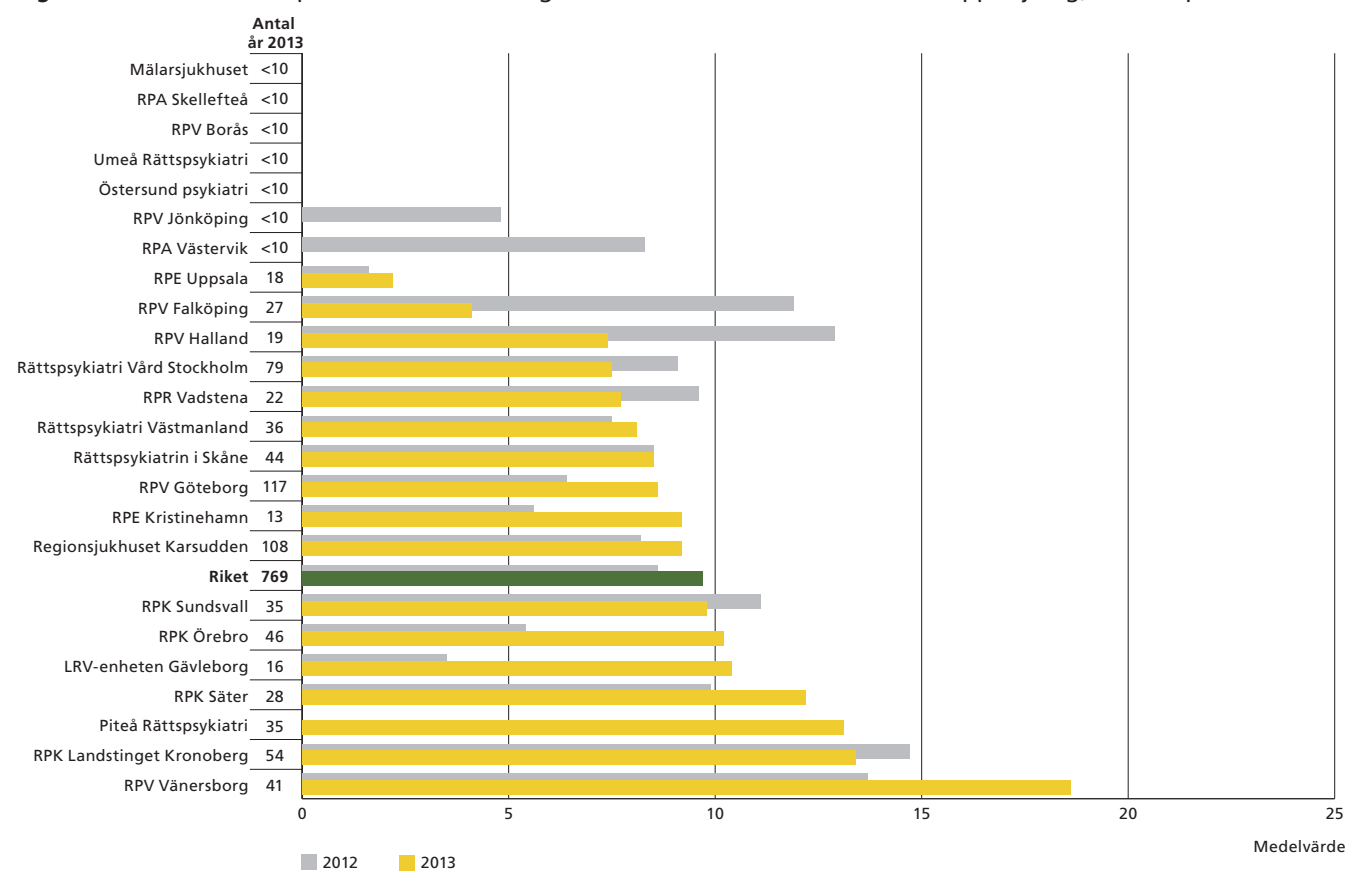
Tabell 32. Patientens skattade psykiska hälsa i öppenvård.

Enhet	2013	
	Antal	Medelvärde
Malmöfältens psykiatri	< 10	
Mälarsjukhuset	< 10	
RPE Kristinehamn	< 10	
RPR Vadstena	< 10	
RPV Jönköping	< 10	
Umeå Rättspsykiatri	0	
Östersund psykiatri	0	
RPK Säter	28	0,0
RPV Vänersborg	21	62,6
RPK Sundsvall	30	65,2
LRV-enheten Gävleborg	12	66,4
RPV Borås	10	66,7
RPA Västervik	24	70,0
RPE Uppsala	12	72,5
Rättspsykiatri i Skåne	41	72,9
RPV Göteborg	69	75,2
RPV Halland	13	75,3
RPK Örebro	19	76,6
Riket	492	76,7
RPV Falköping	10	77,4
RPK Landstinget Kronoberg	15	78,6
Regionsjukhuset Karsudden	15	82,1
Rättspsykiatri Västmanland	25	82,2
Piteå Rättspsykiatri	34	82,6
Rättspsykiatri Vård Stockholm	86	86,0

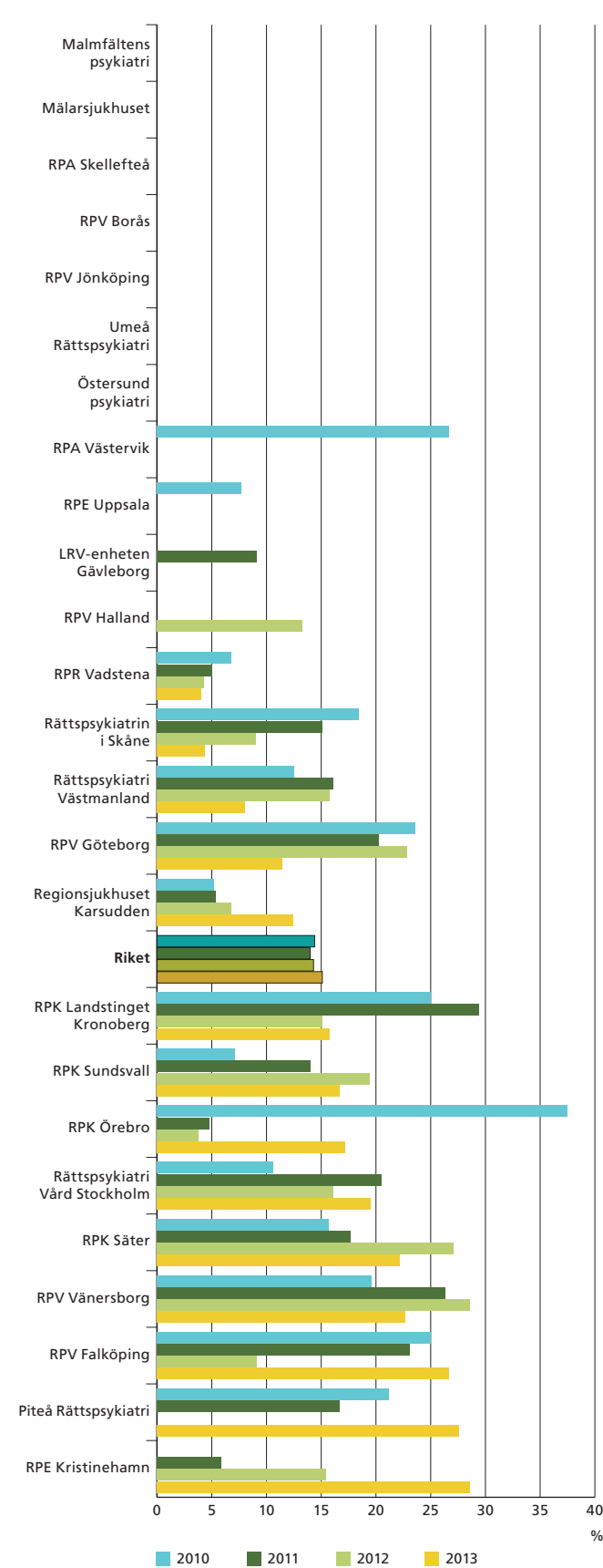
Figur 51. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet vid uppföljning 2012 respektive 2013.



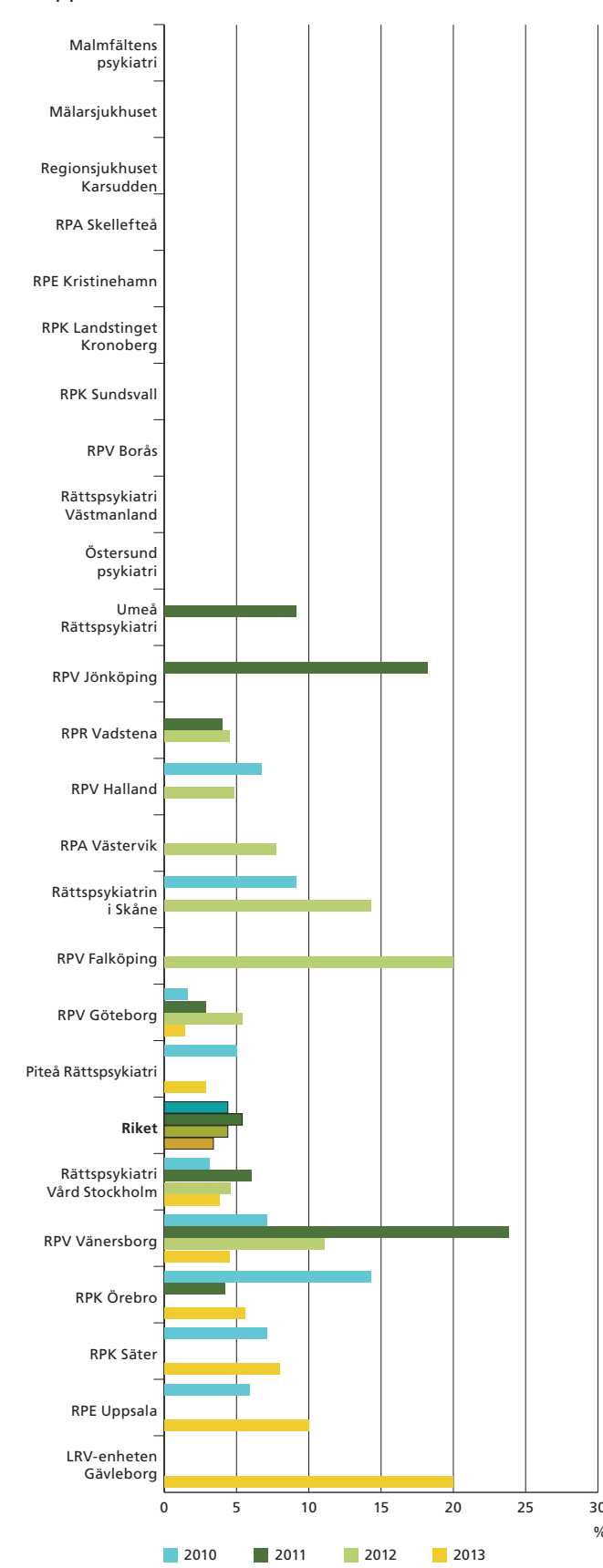
Figur 52. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brott vid uppföljning, 2012 respektive 2013.



Figur 53. Andel som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året.



Figur 54. Andel som återfallit i brottslig gärning i öppenvård det senaste året.



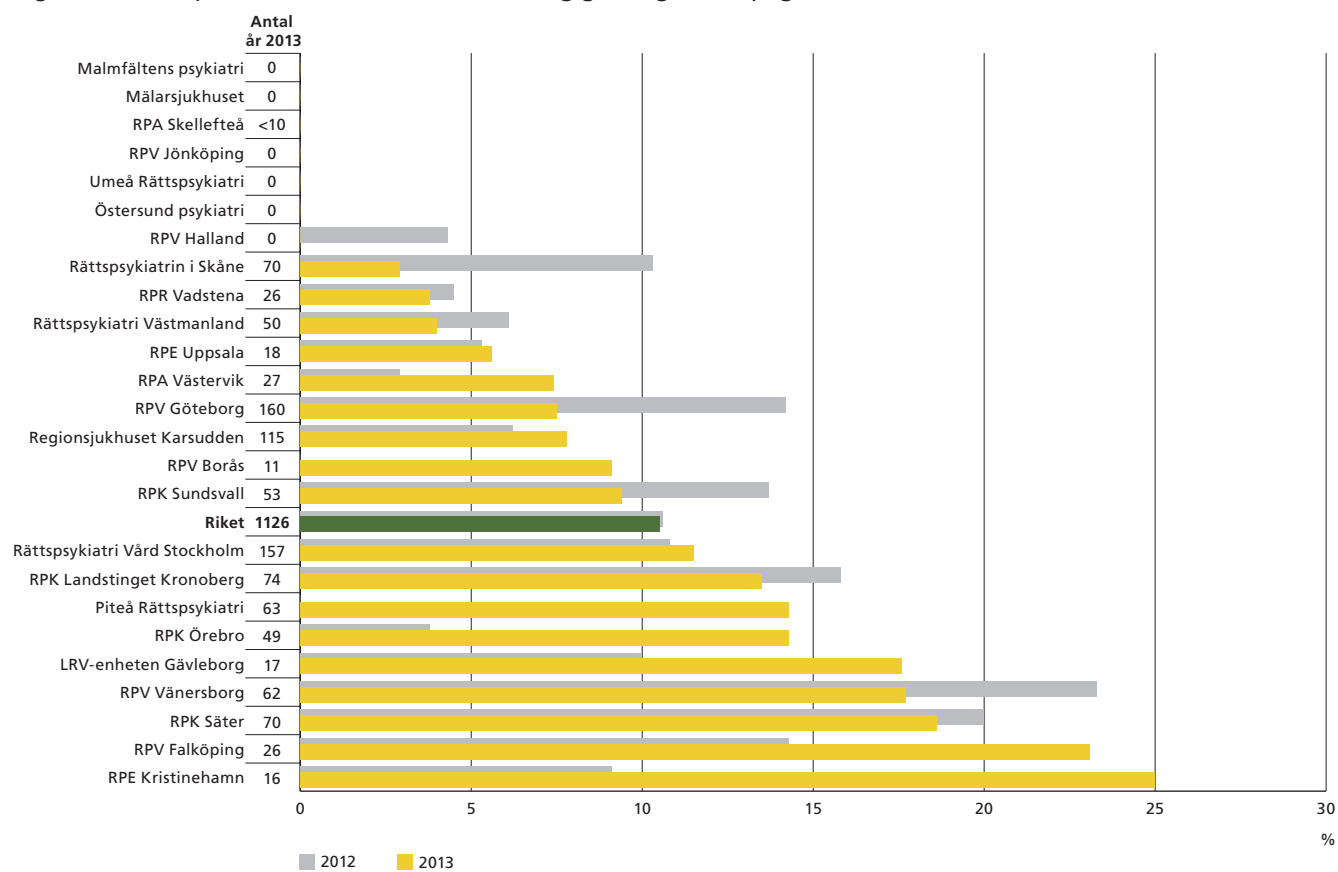
Tabell 33. Antal som återfallit i brottslig gärning i slutenvård det senaste året (andel anges inom parentes).

Enhet	2010	2011	2012	2013
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
LRV-enheten Gävleborg	0	11 (9,1)	< 10	< 10
Malmfältens psykiatri	0	0	0	0
Mälarsjukhuset	0	0	0	0
Piteå Rättspsykiatri	33 (21,2)	24 (16,7)	0	29 (27,6)
Regionsjukhuset Karsudden	135 (5,2)	130 (5,4)	118 (6,8)	105 (12,4)
RPA Skellefteå	0	0	0	< 10
RPA Västervik	15 (26,7)	0	0	< 10
RPE Kristinehamn	<10	17 (5,9)	13 (15,4)	14 (28,6)
RPE Uppsala	13 (7,7)	0	< 10	0
RPK Landstinget Kronoberg	28 (25,0)	34 (29,4)	53 (15,1)	57 (15,8)
RPK Sundsvall	28 (7,1)	43 (14,0)	31 (19,4)	30 (16,7)
RPK Säter	51 (15,7)	62 (17,7)	59 (27,1)	45 (22,2)
RPK Örebro	16 (37,5)	21 (4,8)	26 (3,8)	29 (17,2)
RPR Vadstena	44 (6,8)	40 (5,0)	47 (4,3)	25 (4,0)
RPV Borås	0	0	0	0
RPV Falköping	12 (25,0)	13 (23,1)	11 (9,1)	15 (26,7)
RPV Göteborg	89 (23,6)	79 (20,3)	79 (22,8)	88 (11,4)
RPV Halland	0	0	15 (13,3)	0
RPV Jönköping	< 10	0	0	0
RPV Vänersborg	46 (19,6)	38 (26,3)	42 (28,6)	44 (22,7)
Rättspsykiatri Vård Stockholm	85 (10,6)	73 (20,5)	93 (16,1)	77 (19,5)
Rättspsykiatri Västmanland	32 (12,5)	31 (16,1)	19 (15,8)	25 (8,0)
Rättspsykiatri i Skåne	49 (18,4)	53 (15,1)	67 (9,0)	45 (4,4)
Umeå Rättspsykiatri	0	0	0	0
Östersund psykiatri	0	0	0	0
Riket	716 (14,4)	713 (14,0)	722 (14,3)	680 (15,1)

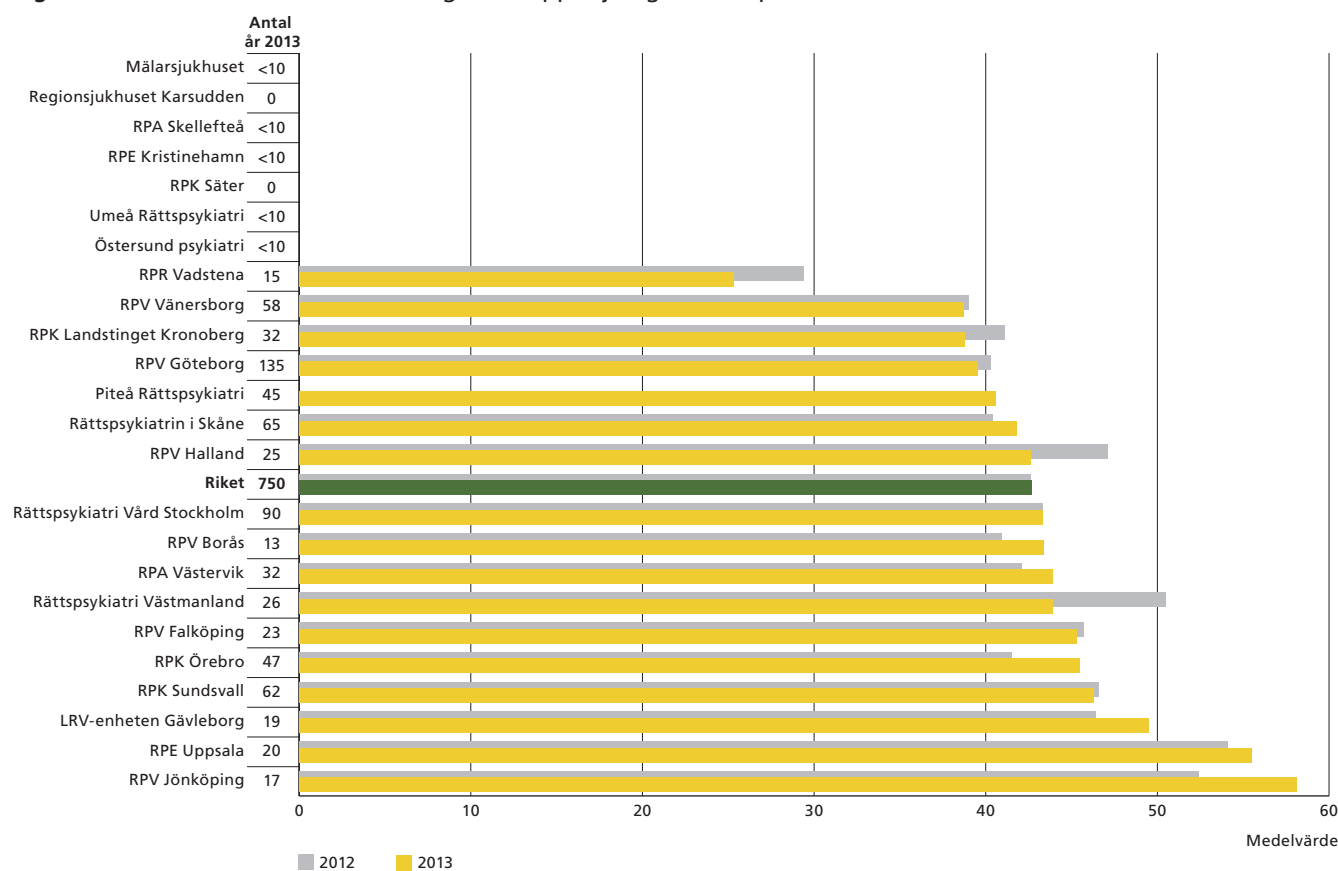
Tabell 34. Antal som återfallit i brottslig gärning i öppenvård det senaste året (andel patienter anges inom parentes).

Enhet	2010	2012	2012	2013
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
LRV-enheten Gävleborg	0	0	0	10 (20,0)
Malmfältens psykiatri	0	0	0	0
Mälarsjukhuset	0	0	0	0
Piteå Rättspsykiatri	20 (5,0)	0	0	34 (2,9)
Regionsjukhuset Karsudden	0	0	0	0
RPA Skellefteå	0	0	0	< 10
RPA Västervik	< 10	< 10	13 (7,7)	0
RPE Kristinehamn	0	0	0	0
RPE Uppsala	17 (5,9)	0	0	10 (10,0)
RPK Landstinget Kronoberg	0	0	0	0
RPK Sundsvall	0	25 (4,0)	22 (4,5)	0
RPK Säter	14 (7,1)	0	0	25 (8,0)
RPK Örebro	14 (14,3)	24 (4,2)	0	18 (5,6)
RPR Vadstena	15 (6,7)	0	21 (4,8)	0
RPV Borås	0	< 10	0	< 10
RPV Falköping	< 10	< 10	10 (20,0)	< 10
RPV Göteborg	64 (1,6)	70 (2,9)	74 (5,4)	69 (1,4)
RPV Halland	0	11 (18,2)	0	0
RPV Jönköping	0	0	0	0
RPV Vänersborg	14 (7,1)	21 (23,8)	18 (11,1)	22 (4,5)
Rättspsykiatri Vård Stockholm	98 (3,1)	67 (6,0)	87 (4,6)	80 (3,8)
Rättspsykiatri Västmanland	0	11 (9,1)	0	0
Rättspsykiatri i Skåne	11 (9,1)	0	28 (14,3)	0
Umeå Rättspsykiatri	0	0	0	0
Östersund psykiatri	0	0	0	0
Riket	340 (4,4)	368 (5,4)	432 (4,4)	446 (3,4)

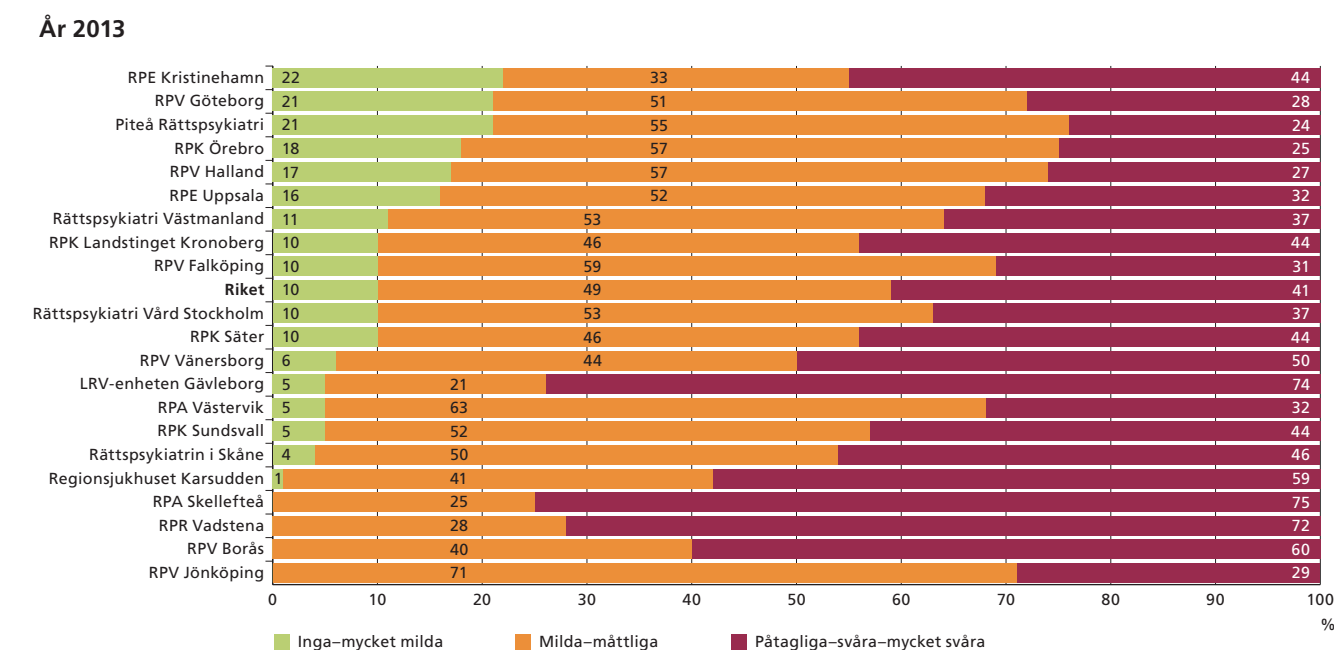
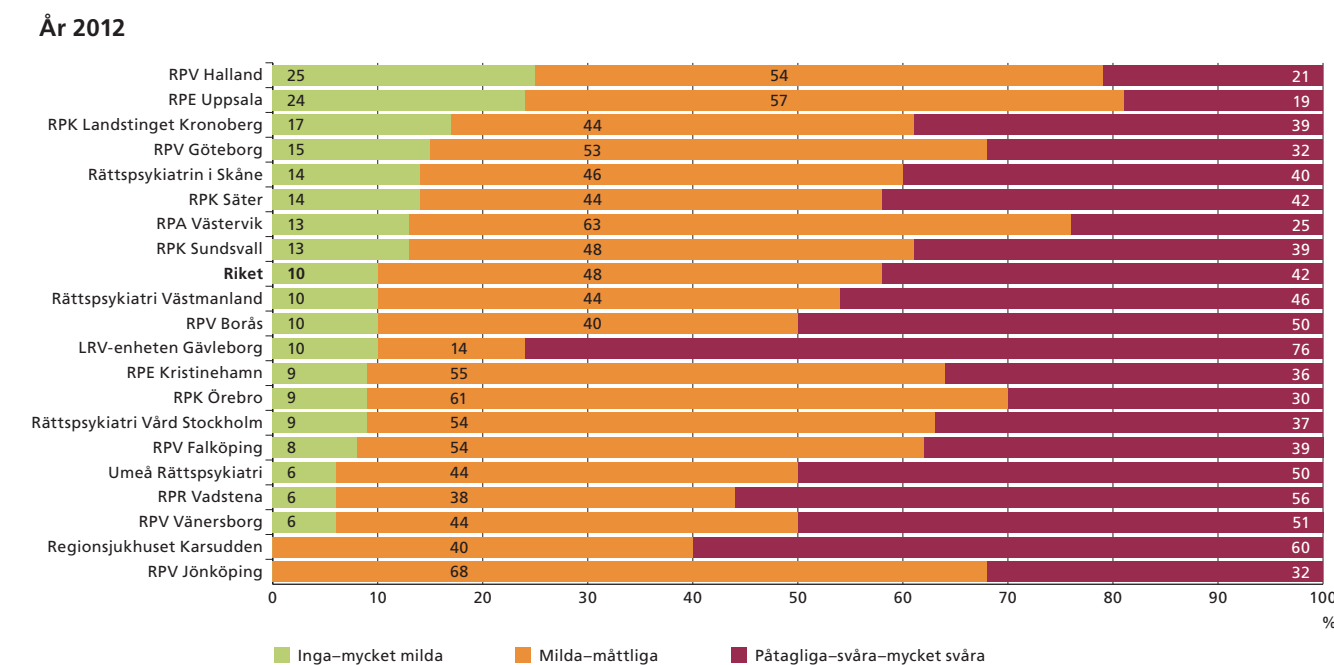
Figur 55. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård 2012 och 2013.



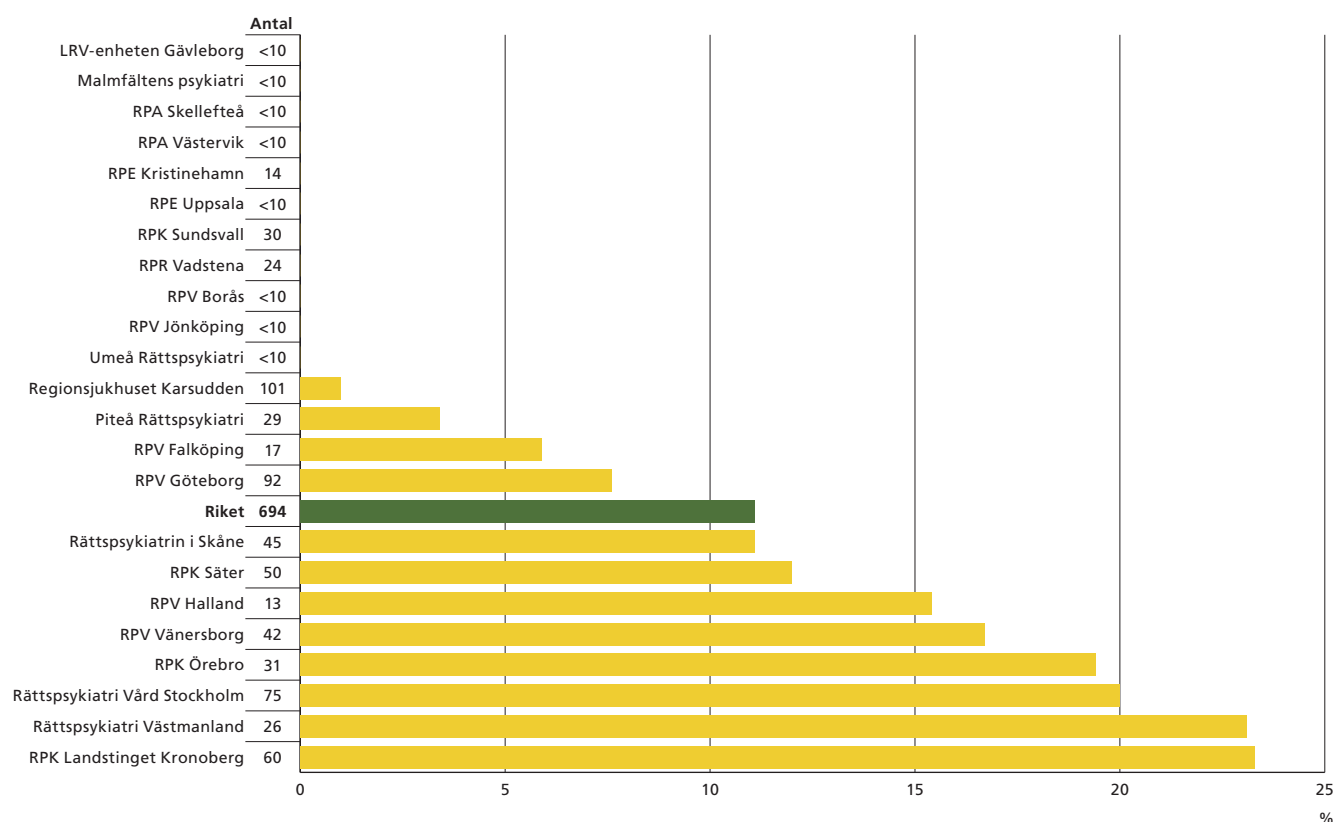
Figur 56. Medelvärde av GAF-skattningar vid uppföljning 2012 respektive 2013.



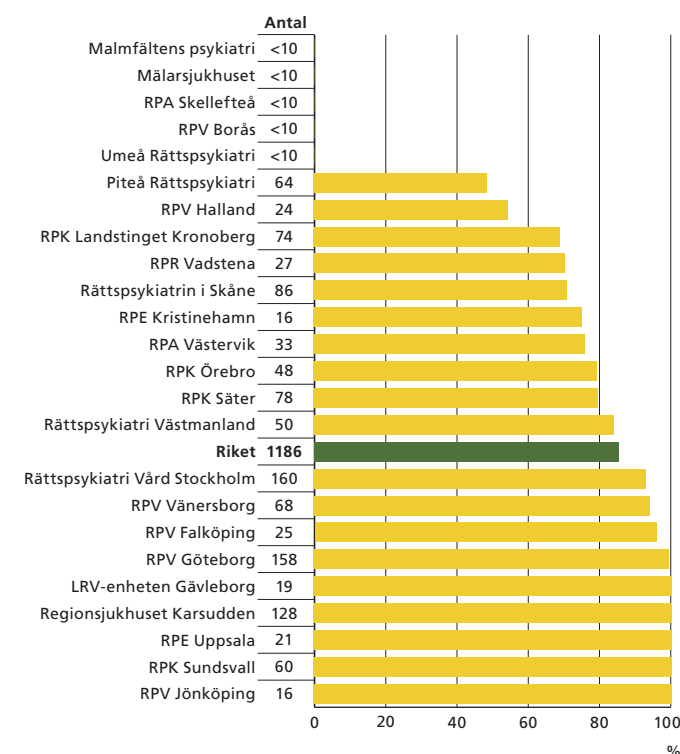
Figur 57. Fördelningen av symtombildens svårighetsgrad vid uppföljning 2012 och 2013.



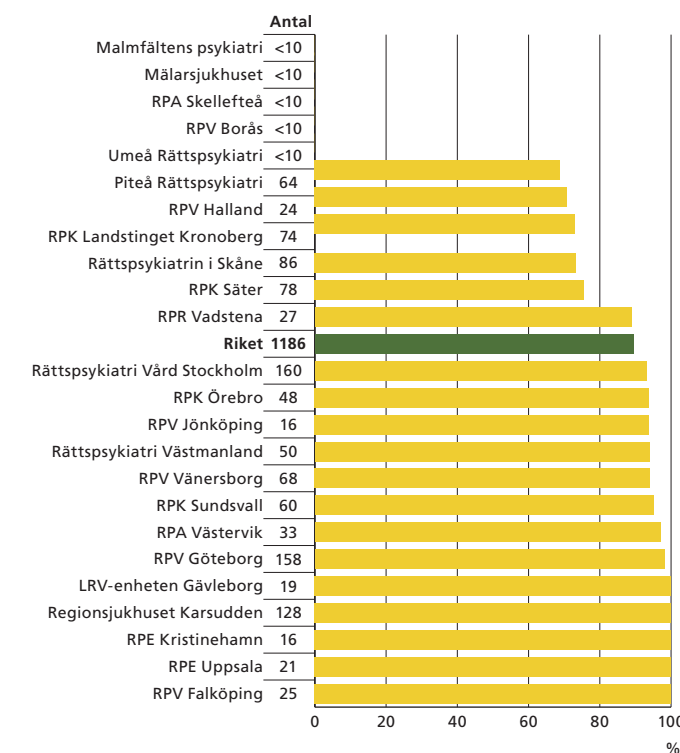
Figur 58. Andel patienter som är färdiga för eftervård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård, 2013.



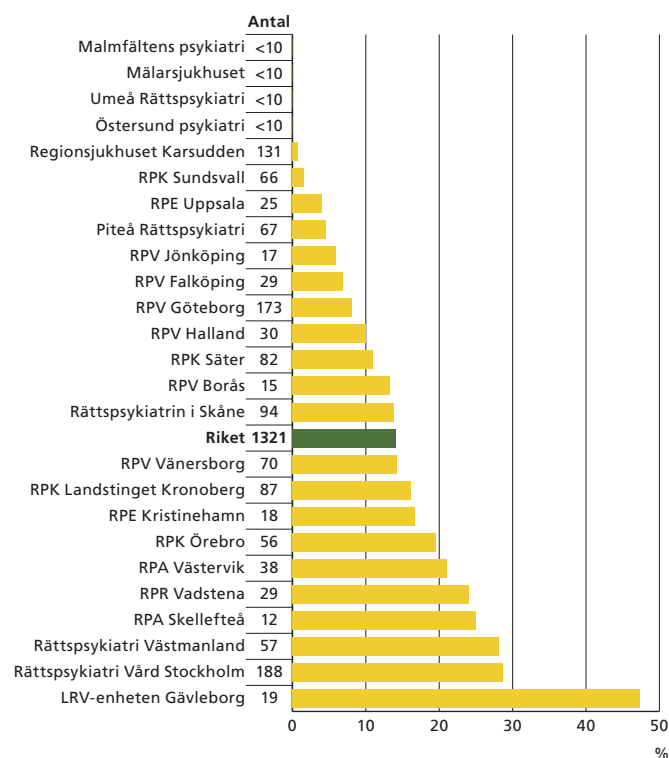
Figur 61. Andel patienter med genomförd riskanalys, 2013.



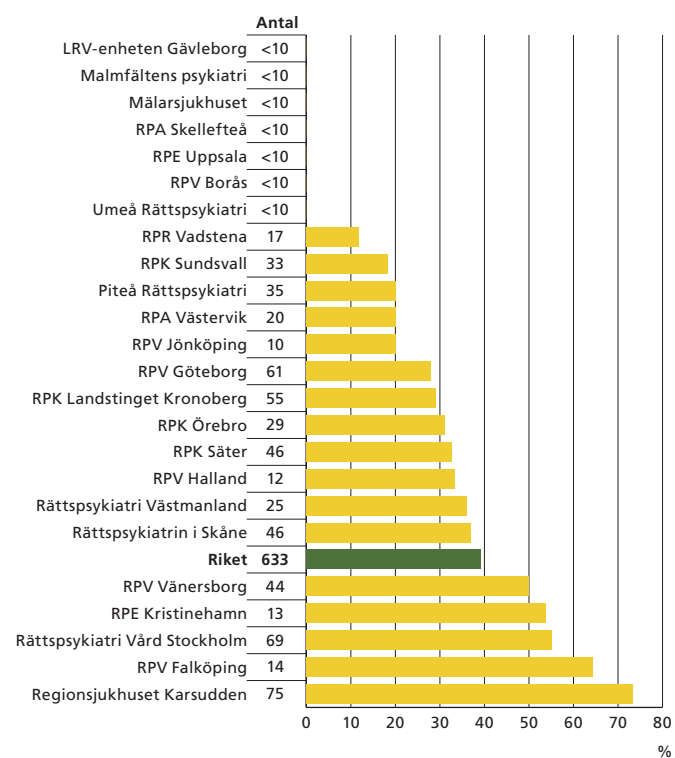
Figur 63. Andel patienter som fått behandling utifrån riskbeteende, 2013.



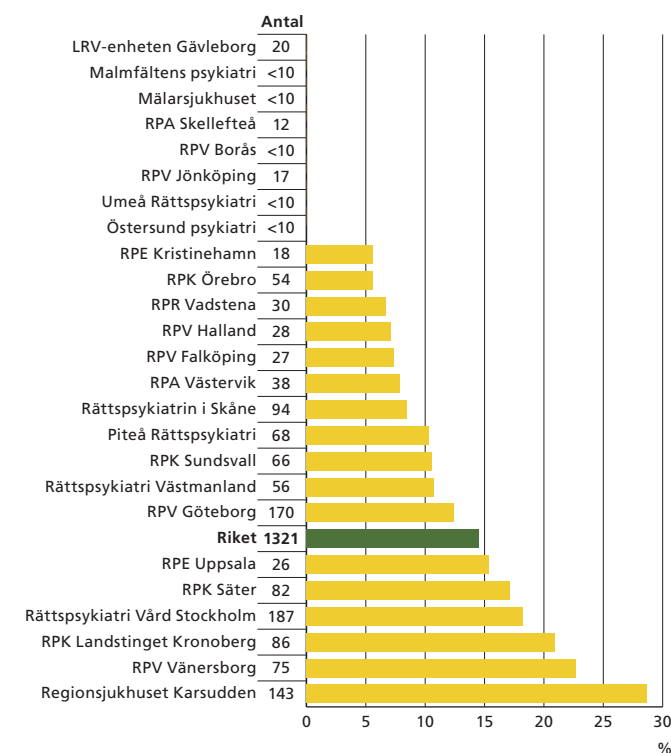
Figur 59. Andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer finns som inte är tillgodosett, 2013.



Figur 60. Andel patienter med indragna friförmåner, 2013.



Figur 62. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV § 8/LPT § 19-20, 2013.



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.

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 missbrukare är högre än vad de registrerade siffrorna anger. Diagnosen hämtas från den rättspsykiatriska utredningen. Om en klar allvarlig psykisk störning konstateras så penetreras inte alltid missbruket fullt ut i denna utredning.

Bedömning av allvaret i de psykiatriska symtomen bygger på kliniska värderingar, men för att få en ökad samstämmighet är det värdefullt att använda bedömnings/skattningsinstrument.

Ett sådant skattningsinstrument är GAF-skalan (Global Assessment of Functioning) som ingår i DSM (Diagnostic and Statistical Manual), som är en sedan många år spridd taxonomi över psykiska störningar. GAF-skalan är avsedd att ge ett värde mellan 1 och 100, men skattningen bygger på en subjektiv bedömning. Det är viktigt att skattarna blir "kalibrerade" för att nå tillfredsställande interbedömarreliabilitet. Man kan i årets rapport konstatera att under de senaste 5 åren förefaller nivån ha varit förhållandevis stabil runt ca 60 procent.

Ett annat sätt att värdera symtom är att göra en bedömning av mer kvalitativ art där man har att bedöma symtomen i olika nivåer. För att öka tillförlitligheten i bedömningarna gäller även här att öka interbedömarreliabiliteten och som ett resultat av ett tidigare förbättringsprojekt finns nu en DVD på varje enhet där olika svårighetsgrader på symtom åskådliggörs som en grund för diskussion i teamet. Ett intressant resultat i aktuella data är att den globala funktionsnivån skattas lägre och symtombilden bedöms svårare hos kvinnor än män. I en avhandling vid Psykologiska Institutionen vid Stockholms Universitet når forskaren slutsatserna att kvinnor oftare än män bedöms vara allvarligt psykiskt störda samt att det finns en systematisk snedvridning i rättspsykiatriska undersökningar där kön hade betydande påverkan på beslut om allvarlig psykisk störning bland kliniker och domare.¹

Ett tredje sätt att värdera psykisk hälsa är att låta patienten själv värdera sitt tillstånd. I RättspsyK får patienten värdera sin hälsa enligt en SORM-skala där man kan avläsa värden mellan 1 och 100. Skattningen är subjektiv och är påverkad av flera faktorer där patientens önskan att framstå som frisk kan spela en betydande roll.

En avgörande del av rättspsykiatrisk vård är att risken för återfall i brott minskar. Självfallet kan risken för att göra en brottslig handling (i normala fall) aldrig uteslutas. Detta gäller såväl dömda som tidigare ostraffade personer.

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 titta närmare på detta framöver inför kommande rapporter.

Ett annat sätt är att, i likhet med psykisk hälsa, låta patienten själv värdera sin risk för återfall. Genomgående värderar patienten sin egen risk som låg, vilket kan bero på ett flertal orsaker såsom exempelvis bristande insikt.

Inte sällan tecknas bilden att det är svårt att få ut rättspsykiatriska patienter i öppna vårdformer. Det visar sig dock att endast ca 10 procent av dem som bedöms kunna vårdas i rättspsykiatrisk öppenvård fortfarande är i slutenvård.

Det faktum att ca 35 procent av patienterna uppges ha fått brottsbearbetning under året borde leda till eftertanke. Alternativet att patienten inte kan tillgodogöra sig en sådan ligger på 20 procent medan 47 procent inte fått någon brottsbearbetning. Det saknas en vedertagen definition på brottsbearbetning vilket försvårar värderingen av svaren som på de registrerande klinikerna kan ha getts olika innebörd. Likaså kan uppfattningen av i vilken form brottsbearbetning ska genomföras, exempelvis vilka yrkeskategorier som kan delta variera. I RättspsyK har detta problem uppmärksammats och ett arbete kring brottsbearbetning har presenterats.

När det gäller samverkan med externa aktörer följs i registret samverkansbehov som är tillgodosedda, och samverkansbehov, som inte är tillgodosedda. Exempelvis kan det vara så att det finns fungerande samverkan med en del av kommunens verksamhet medan det finns samverkansbehov med en annan del som inte är tillgodosett. Samma patient kan alltså förekomma i båda grupperna. För drygt 90 procent av patienterna finns en fungerande samverkan med externa aktörer vilket är värt att notera, men för en tredjedel finns det behov som ännu inte är tillgodosedda. Här finns ett stort och viktigt förbättringsområde.

Medianvariationen av vårdtid vid olika diagnoskategorier är avsevärd. Längst vårdtider noteras vid i synnerhet organiska psykosyndrom, mental retardation och neuropsykiatriska syndrom. Det tycks, utifrån dessa data, som om den rättspsykiatriska vården har goda behandlingsmöjligheter, vilket möjliggör bättre behandlingsresultat och kortare vårdtider vid psykotiska tillstånd än vid störningar utan dominerande psykosymtom. Å andra sidan är vårdtiden för personlighetsstörningar lika lång som för hela populationen.

¹ Yourstone Cederwall, J., 2008. Violent female offenders: facts and preconceptions. Diss. Stockholms universitet.

Utvecklingsarbete

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 validering av indata. Två granskare, Marianne Ander och Malin Lotterberg som utsetts av registrets styrgrupp har under 2013 besökt totalt sju enheter. Syftet med valideringsarbetet är att få en uppskattning av hur väl data på enheten överensstämmer med data i registret. Vidare ger valideringsarbetet värdefull kunskap om hur olika indikatorer uppfattas och vilket förbättringsarbete som bör göras gällande instruktioner i registerformulär. Registrets styrgrupp har under 2013 tagit beslut på att genomföra valideringsarbete på alla enheter som deltar i registret.

Inför starten av valideringsarbetet hämtades värdefulla synpunkter via nätverksarbete med Registercentrum Västra Götaland.

Ett brett förbättringsarbete är i full gång med stöd av medel från SKL. Arbetet kallas "Rätt insatser för patientens bästa" och 10 enheter deltar. Med stöd av data från registret har viktiga förbättringsområden identifierats. Förbättringsarbetet genomförs i genombrottsliknande arbetsformer med regelbundna träffar på nationell nivå och mellanliggande arbete på den egna kliniken. I arbetet deltar Memeologen från Västerbottens läns landsting som metodstöd. Arbetet påbörjades under våren 2012 och avslutades i december 2013.

Registerhållare har deltagit vid kompetenscentrets, KCP:s registermöten, inför psykiatriregistrens övergång till Registercentrum Västra Götaland.

Forskning och pågående studier

Forskning

Styrgruppen för RättspsyK uppmuntrar till att registret används för forskning. Det finns framtagna rutiner för detta som kan erhållas av styrgruppen.

Det övergripande syftet med den första vetenskapliga artikeln med data från RättspsyK (Degl' Innocenti, et al., 2013) är att systematiskt beskriva innehållet i kvalitetsregistret. Data från kvalitetsregistret har också använts för en psykologexamensuppsats vid Karolinska Institutet (Edman & Spåls, 2013).

Referens

Degl' Innocenti, A., Hassing, L.B., Lindqvist, A-S., Andersson, H., Eriksson, L., Hagelbäck Hanson, F., Möller, N., Nilsson, T., Hofvander, B., & Anckarsäter, A. First report from the Swedish Forensic Psychiatric Register (SNFPR), *International Journal of Law and Psychiatry* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jilp.2013.11.013>

Uppsatsen "Time use among Swedish forensic psychiatric patients". kan rekvireras från Åsa Eriksson, Karolinska Institutet, asa.eriksson@ki.se.

Pågående studier

RättspsyK innehåller många frågor, många individer och därmed mycket data. De studier som är på gång är godkända av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

De variabler som valts ur RättspsyK är sociodemografiska variabler (inklusive levnadsförhållanden), brottsrelaterade faktorer, psykiatriska diagnoser, sjukdomsrelaterade faktorer och läkemedelsanvändning.

Utifrån dessa ovan nämnda variabler har följande frågeställningar utarbetats:

1. Skiljer sig manliga och kvinnliga patienter åt i dessa variabler?
2. Rättspsykiatriska patienter med olika psykiatriska sjukdomar, skiljer de sig åt i dessa variabler?
3. Rättspsykiatriska patienter som begått våldsbrott jämfört med icke våldsbrott, skiljer de sig åt i dessa variabler?

Studierna leds av Alessio Degl' Innocenti, docent, enhetschef och styrgruppsmedlem, och bedrivs vid Rättspsykiatriska vårdkedjan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med CELAM (Centre för Ethics, Law and Mental Health) vid Göteborgs universitet.

Fakta om RättspsyK

Handläggare i RättspsyK

Enhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Elisabeth Palmeby
LRV-enheten Gävleborg	Ingrid Klasenius
LRV-enheten Gävleborg	Ulrika Hedström
Mälarsjukhuset Eskilstuna	Åsa Wallén
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Piteå Rättspsykiatri	Ronny Wiklund
Regionsjukhuset Karsudden	Malin Lotterberg
RPA Skellefteå	Gabriella Sjölund
RPA Skellefteå	Helena Edvardsson
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västerвик	Lena Koffed
RPE Kristinehamn	Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Tina Plensäll
RPK Landstinget Kronoberg	Helena Lang
RPK Landstinget Kronoberg	Karin Örnheim
RPK Landstinget Kronoberg	Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Katarina Sjökvist
RPK Säter	Sofia Eklund
RPK Örebro	Carina Granlund
RPK Örebro	Jimmy Björkman
RPR Vadstena	Christine Rosén
RPR Vadstena	Therese Granberg
RPV Borås	Camilla Johnsson
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Göteborg	Marianne Ander
RPV Halland	Annelie Bertilsson
RPV Jönköping	Anders Nordström
RPV Vänersborg	Regina Blomqvist
RPV Vänersborg	Camilla Skåån
Rättspsykiatri Västmanland	Anna Johansson
Rättspsykiatri Västmanland	Jessica Lyxell
Rättspsykiatri Västmanland	Johan Eriksson
Rättspsykiatri i Skåne	Camilla Sandberg
Rättspsykiatri i Skåne	Catarina Brandsten
Rättspsykiatri i Skåne	Helena Andreasson
Rättspsykiatri i Skåne	Jessica Jonsson
Rättspsykiatri i Skåne	Jessica Nilsson
Rättspsykiatri i Skåne	Katarina Hagerberg
Rättspsykiatri i Skåne	Pernilla Törnqvist
Rättspsykiatri i Skåne	Susanne Hansson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ali Khalvati
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Angela Karlson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Anneli Byström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Britt Marie Fjällström
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Gunilla Karlsson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Lena Knutsson-Duran
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Martin Åkersten
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Mattias Andersson
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Rolando Cartagena
Rättspsykiatriska vårdsektionen Stockholm	Ulrika Freijdh
Umeå Rättspsykiatri	Mattias Persson
Östersund Psykiatri	Elin Andersson
Östersund Psykiatri	Jen Olsson

Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt på varje klinik och matas in av handläggare. Vid datainmatningen, som sker i webbaserade formulär, finns kontroller 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. 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. Detta är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering och datum då domen vinner laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner och utfallet av dessa. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas. Detta innebär att 2013 års rapport bygger på data som registrerats under 2012 och 2013.

Analysgrupp

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

- **Camilla Skåån**, Rättspsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare
- **Benjamin Wrling (Wasniowski)**, Avd. 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättspsyK
- **Marianne Ander**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- **Alessio Degl'Innocenti**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Docent
- **Lars Eriksson**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Överläkare
- **Peter Karlberg**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare
- **Malin Lotterberg**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- **Håkan Cederberg**, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, Systemutvecklare
- **Kaj Forslund**, Rättspsykiatri Vård, Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare
- **Madeleine Hammar**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare
- **Sven Pedersen**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Psykolog
- **Hans Andersson**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska

Registrets styrgrupp 2013

- **Frances Hagelbäck Hanson**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetschef, Registerhållare
- **Hans Andersson**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Kvalitetssamordnare, Registerhållare
- **Camilla Skåån**, Rättspsykiatri Vänersborg, Leg. sjuksköterska, Registerhållare
- **Kaj Forslund**, Rättspsykiatri vård, Stockholm, Verksamhetschef, Registerhållare
- **Benjamin Wasniowski**, Avd. 26, LRV-enheten, Gävle sjukhus, Leg sjuksköterska, Projektledare RättspsyK
- **Alessio Degl'Innocenti**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Enhetschef, Docent
- **Marianne Ander**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg sjuksköterska, Vårdsamordnare
- **Madeleine Hammar**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Verksamhetsutvecklare
- **Bengt Persson**, Rättspsykiatri, Skåne, Leg. psykolog
- **Helena Andreasson**, Rättspsykiatri Skåne, Leg. sjuksköterska
- **Kenth Persson**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Chefsöverläkare/förvaltningschef
- **Malin Lotterberg**, Karsuddens sjukhus, Katrineholm, Leg sjuksköterska, Kvalitetsansvarig, Doktorand
- **Jan Cederberg**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef
- **Caroline Millberg**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Administrativ chef
- **Annette Mill**, Rättspsykiatri vård, Stockholm, Biträdande sektionschef
- **Martin Carlsson**, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Leg. psykolog
- **Håkan Cederberg**, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, Systemutvecklare
- **Peter Tjelander**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. sjuksköterska
- **Håkan Andersson**, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, Biträdande verksamhetschef
- **Johan Eriksson**, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. psykolog
- **Anna-Karin Burman**, Piteå rättspsykiatriska avdelning, Öjebyn, Sekreterare
- **Bengt Eriksson**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Stf. verksamhetschef

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

Missbruksbehandling

Har patienten erhållit missbruksbehandling under vårdtiden?

Risicanalys

Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället?

HCR 20

SARA

SVR 20

PCL, PCL-SV, PCL-R

Klinisk bedömning

Annan riskbedömning

Hur bedöms patientens risk och farlighet enligt användandet av något av ovanstående instrument efter intervention/behandling enligt gällande vårdplan?

Behandling utifrån riskbeteende

Är behandling utifrån riskbeteende genomförd (med Ja menas även pågående)?

Farmakologisk behandling

Psykoterapi

Psykoedukativa metoder

Annan behandling

Brottsbearbetning

Är brottsbearbetning pågående/genomförd?

Återfall i brottslig gärning

Återfall i brottslig gärning under slutenvårdstiden

Återfall i brottslig gärning under öppen rättspsykiatrisk vård/"lång permission"?

Tvångsåtgärder

Har patienten varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV§8/LPT§19-20 (åtgärden rapporteras till socialstyrelsen)?



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se