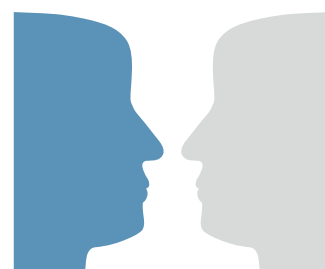


RättspsyK

Årsrapport 2024

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



RättspsyK

Nationellt
rättspsykiatriskt
kvalitetsregister



Årsrapport 2024

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

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

Citera denna rapport:

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister,
RättspsyK (2024). Årsrapport 2024. Göteborg:
Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

Swedish National Forensic Psychiatric Register,
RättspsyK (2024). Annual report 2024. Gothenburg:
Swedish National Forensic Psychiatric Register.

ISSN 2001-3698 (Print)
ISSN 3035-8671 (Online)
Produktionsår 2025

Formgivning och produktion: Gullers Grupp AB

Registerhållare

Helena Andreasson

Psykiatrisjuksköterska
Rättspsykiatri Skåne
helena.i.andreasson@skane.se

Författare

Analysgruppen i RättspsyK

Mattias Andersson
Helena Andreasson
Per Bülow
Kaj Forslund
David Johansson
Peter Karlberg
Magnus Kristiansson
Ebba Noland
Tom Palmstierna

Statistiker

Alexander Thorén

Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg
alexander.thoren@vgregion.se

Utgivare

Helena Andreasson

Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen
413 45 Göteborg



Innehållsförteckning

Inledning	4
Sammanfattning	7
Syfte och måltal	9
Patientgruppen i registret	12
Resultat	21
Bortfall	21
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott	22
Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2024	23
Klinisk skattning av symtombilden för patienter under pågående vård	24
Insikt i sin sjukdom och problematik	25
Behandlingsmotivation	25
Body Mass Index (BMI)	25
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi	27
Nätverk	28
Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård	29
Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård	30
Vårdprocess	33
Stöd- och behandlingsinsatser	33
Hälsofrämjande insatser	34
Läkemedelsbehandling	34
Missbruksbehandling	37
Tvångsåtgärder	38
Brottsbearbetning	38
Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning	39
Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård	40
Vårdrelaterade faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård	40
Vårdtid	44
Verksamheterna i registret	50
Redovisning på verksamhetsnivå	51
Diskussion	62
Användning och utmaningar med RättspsyK: Enkätvar från 2024	63
Där naturen blir en del av vården	64
Forskning och validering	66
Urval av publikationer med referens till RättspsyK publicerade 2024	67
Registerhållaren reflekterar	68
Vad är rättspsykiatrisk vård?	70
RättspsyK:s organisation	72
Täcknings- och anslutningsgrad	74

Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättsspsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård. Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer pågick mellan åren 2003–2008 och bedrevs i olika arbetsgrupper med Svenska Rättspsykiatriska Föreningen som sammanhållande länk. Antalet nya rättspsykiatriska undersökningar ökade från 537 år 2022 till 555 under 2023 och till 593 under 2024. Täckningsgraden är fortsatt hög, 85 procent. Mer statistik finns presenterade under rubriken "Vad är rättspsykiatrisk vård?" Från och med årsrapport 2023 har den statistiska redovisningen förändrats och anpassats till strängare krav på röjandekontroll, se rubrik "Läsanvisningar – redovisning av data".

Rapportens syfte

RättsspsyK har hög anslutningsgrad och välbesökta nationella möten. Rapporten används alltmer i verksamheterna som underlag för att få en bild av vilka förbättringsområden som bör prioriteras. Rapportens innehåll och utformning är gjord med ambitionen att den ska vara lättillgänglig och ge uppslag till ytterligare förbättringsarbete och forskning till gagn för vårdens innehåll.

Underlag till forskning

Antalet vetenskapliga publikationer som refererar till RättsspsyK har ökat kraftigt under åren och under 2024 har vi identifierat sju vetenskapliga publikationer, en avhandling och en masteruppsats som refererar till RättsspsyK.

Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är framtagna av analysgruppen. Urvalet är grundat på återkopplingar från tidigare rapporter, diskussioner på nationella möten,

erfarenheter från valideringar, kontakter med registerare och övrigt kliniskt verksam personal. Utöver urvalet i denna rapport finns ytterligare data som kan analyseras och vara av intresse för verksamheterna.

Verksamheter med få patienter

Eftersom data, av sekretesskäl, inte redovisas för verksamheter som har färre än 15 patienter saknas data för dessa i rapporten när redovisning sker på verksamhetsnivå. På mer aggregerad nivå är data från dessa verksamheter med. Det finns alltid möjlighet att få ut data för den egna verksamheten genom att kontakta registerhållaren.

Jämförelser med patientdata från kvalitetsregistret Bipolär- och psykosregistret (Bipsy)

I årets rapport presenteras jämförelse med det ny-startade nationella kvalitetsregistret Bipsy avseende stämningsstabiliserande läkemedel.

Registercentrum Västra Götalands nya föreskrifter för att minska risken för röjande av identitet

Statistik från kvalitetsregister får inte utformas på ett sådant sätt att det finns risk för röjande av enskild individs identitet. När statistik baseras på få observationer uppstår risk för röjande samtidigt som slumpens möjliga påverkan på de mönster som studeras är stor. I syfte att minimera risken för röjande och öka statistikens tillförlitlighet tillämpas avrundning och censurering i RättsspsyK:s årsrapport. Grundprincipen är att antalsuppgifter avrundas till närmsta tiotal och att censurering sker när antalet observationer är mindre än 15.

Måltal

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

Utfall av indikatorer utifrån vårdtid

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

Hur ser utfallet av vården ut?

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

Vad påverkar vårdtiden?

Då vårdtiden, och faktorer som påverkar längden på vårdtiden, har hamnat mer i fokus, inte minst på grund av det ökade behovet av nya vårdplatser, fördjupas detta avsnitt och är nu ett separat kapitel och återfinns efter kapitlet ”Vårdprocessen”. Kapitlet har utökats något med anledning av det fokus som har riktats mot vårdtidernas längd.

Återfall i brott

I samarbete med Brottsförebyggande rådet (Brå) fortsätter redovisningen av återfall i brott efter att vården avskrivits. Förutom antal återfall redovisas tidigare lagföringar och mest ingripande påföljd och relationen till återfall i brott. Läs mer under ”Resultat”.

Hur ser verksamheterna ut i registret?

Hur ser verksamheterna ut vad avser till exempel lokalisation, antal slutenvårdsplatser, säkerhetsnivå och patienternas medelålder? Läs mer under ”Verksamheterna i registret”.

Vad är rättspsykiatrisk vård?

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

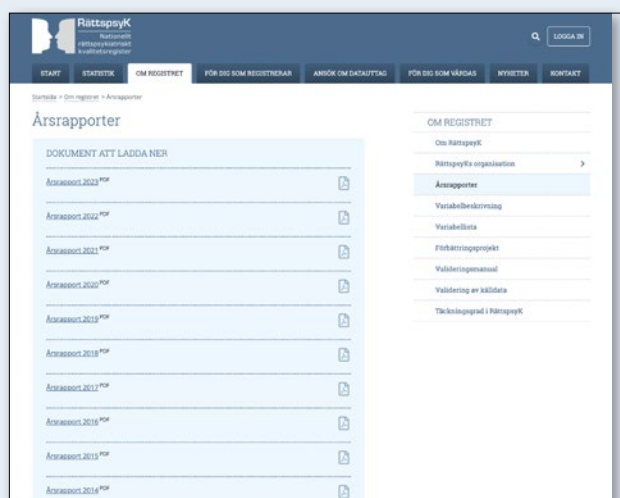
Tillgång till årsrapporter och statistik på nätet

Årsrapporter

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

Statistik

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



Läsanvisningar – redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2024. Där inte annat anges ingår såväl sluten- som öppenvård.

I rapporten redovisas inte data för färre än 15 patienter för att säkerställa anonymiteten. Detta innebär att i en del sammanställningar kan verksamheter eller värden saknas beroende på litet antal patienter.

Då uppgifter om antal patienter avrundas till närmsta tiotal stämmer inte uppgifter om andel, presenterad i procent, med antal redovisade patienter. Som exempel: Om det i texten beskrivs att 20 av 40 patienter har en

viss behandling, så är andelen 50 procent. Men om det faktiska antalet är 15 av 44 (som avrundats till 20 av 40) så är den korrekta andelen 34 procent, och det är alltid den korrekta procentsatsen som presenteras i årsrapporten. Då andelar, angivna i procent, avrundas till närmsta heltal, är inte alltid den totala summan 100 procent utan kan variera mellan 99 och 101 procent.

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

Kön och genus

För att beskriva likheter och skillnader mellan kvinnor och män används begreppen kön och/eller genus. Dessa begrepp är omdebatterade och saknar en självklar definition. Begreppet kön avser oftast den biologiska och juridiska kategoriseringen och uppdelas i två kategorier, kvinnor och män. Genom personnumret identifieras det biologiska könet via den tredje kontrollsiffran, jämn siffra för kvinnor och ojäm för män.

Begreppet genus används ofta för att beskriva könsidentiteten konstruerad av den sociala och kulturella kontexten och används också ofta för att förklara och analysera maktrelationer mellan kategorierna kvinnor och män.

Analysgruppen är medveten om att det biologiska/juridiska könet inte alltid stämmer överens med hur en person uppfattar sig själv i relation till rådande sociala och kulturella normer kring vad det innebär att vara en kvinna eller en man. Utan att förneka mångfalden av könsidentiteter presenteras data i RättsspsyK fördelat på kvinnor och män. Data i rapporten är hämtad från den rättspsykiatriska undersökningen (RPU) och från det webbaserade frågeformuläret. Då den rättspsykiatriska undersökningen enbart frågar efter könstillhörigheten kvinna eller man följer vi denna linje även i frågeformuläret. Trots att kön och genus allt mer används omväxlande i texter har vi valt att genomgående använda begreppet kön i rapporten.

Sammanfattning

Registret har fyra så kallade måltal (av patienten självskattad fysisk respektive psykisk hälsa, BMI och återfall i brottslig gärning under vårdtiden). Inget av målen har uppfyllts på nationell nivå, men på verksamhetsnivå har dock ett antal verksamheter uppnått delar av de fastställda målvärdena. Det är dock färre verksamheter som uppnått målen i år jämfört med tidigare år. Målet att 75 procent av patienterna ska uppleva god fysisk hälsa uppnåddes inte av några enskilda verksamheter under 2024.

Anslutningsgraden för registret på verksamhetsnivå var, som tidigare, 96 procent, 24 av 25 verksamheter registrerar och täckningsgraden omfattade 85 procent av alla patienter.

Antalet patienter som följdes upp 2024 var cirka 2 020. Relationen mellan män och kvinnor är i princip densamma år från år, med några procents skillnader, 15 procent kvinnor och 85 procent män. Antalet nyregistreringar var cirka 230. Antal personer som fick sin LRV-dom avskriven var cirka 110.

Medianvårdtiderna har successivt ökat. Medianvårdtiden för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2024 var 59 månader. Det är dock stora skillnader mellan verksamheterna. Medianvårdtiden varierade från 33 till 89 månader. När vården fortfarande är pågående var skillnaderna mellan verksamheterna än större, från 25 till 142 månader, median för hela riket var 66 månader. Skillnaderna speglar verksamheternas uppdrag och säkerhetsnivå och relationen mellan sluten- och öppenvård. Det är också stora skillnader mellan indexbrotten som föranledde LRV-domen, där dödligt våld har de längsta vårdtiderna. Förutom vård med särskild utskrivningsprövning (SUP), som är den variabel som starkast påverkar vårdtidens längd så är fyra variabler associerade till vårdtidens längd. Det är behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt, symtomtryck och förekomst av brott under pågående vård.

Tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård var vanlig, 97 procent av kvinnorna och 91 procent av männen hade tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Den vanligaste påföljden var LRV med SUP. Andelen domar med SUP har ökat något över tiden. Året 2024 var andelen LRV med SUP 86 procent, fördelat på 77 procent för kvinnorna och 87 procent för männen. Andelen personer som har en dokumenterad historia

av substansmissbruk ökade också och under 2024 gällde det för 58 procent av kvinnorna och för 72 procent av männen.

Eftersom vårdtiderna är långa förekommer en stor andel av patienter i de olika årsrapporterna vilket avspeglas i små variationer mellan åren. Psykosdiagnoser dominerade, 55 procent av kvinnorna och 68 procent av männen hade något psykostillstånd som huvuddiagnos. Dominerande indexbrott var brott mot liv och hälsa. Årets siffror visar att 43 procent av kvinnorna och 48 procent av männen dömts för brott mot liv och hälsa. Den näst vanligaste brottsrubriceringen, för både kvinnor och män, var brott mot frihet och frid.

Som tidigare år registrerades fler kvinnor än män för somatiska sjukdomar. Somatiska sjukdomstillstånd registrerades för 51 procent av kvinnorna och för 38 procent av männen. Det vanligaste sjukdomstillståndet var diabetes följt av hjärt- och kärlsjukdomar. Andelen somatiska sjukdomar avspeglas i förskrivning av läkemedel, 80 procent av patienterna hade någon form av somatisk medicinering. Övervikt och fetma är problem som ökar, både bland kvinnor och bland män. Andelen kvinnor med BMI över 30 fluktuerar något men låg under perioden 2014–2024, mellan 50–61 procent och bland männen 39–46 procent.

BMI är ett av fyra måltal som återkommer i varje årsrapport. De övriga tre är självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa och återfall i brottslig gärning under pågående vård. Liksom tidigare år så nås inte målen på riksnivå, men några verksamheter klarar målen. Som vid tidigare rapporter så är måltalet fysisk hälsa svårast att uppnå, ingen verksamhet nådde målet att minst 75 procent av patienterna skulle uppleva god fysisk hälsa.

Under åren har vårdens utfall följts, från tidpunkten då vården inleds till vårdens avskrivning. Perioden sträcker sig nu från 2009 till 2024. Fem indikatorer följs och värt att notera är att patienterna vid utskrivning har förbättrats avseende fyra indikatorer: Behandlingsmotivation, livskvalitet, sjukdomsinsikt och symtombild.

Mätt i procent var 83 procent helt eller delvis motiverade, 64 procent hade en ökad livskvalitet, 80 procent hade helt eller delvis sjukdomsinsikt och 61 procent en förbättrad symtombild. Den femte indikatorn, BMI, visade ett försämrat utfall, 48 procent hade ett

försämrat värde vid vårdens avskrivning i jämförelse med när vårdtiden startade.

Data från Brå omfattar nu 12 år och kan delas upp i två sexårskohorter, utskrivna under perioderna 2010–2015 och 2016–2021. Andelen återfall under perioden 2016–2021 hade minskat med drygt tre procent i jämförelse med perioden 2010–2015, från drygt 11 procent till åtta. Återfall i brott har en stark relation till antal lagförda brott som personen dömts till innan LRV-domen. Även graden för hur ingripande påföljder var visar på en relation till återfall inom ett år efter avslutad vård.

» Medianvårdtiden för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2024 var 59 månader. Där vården fortfarande är pågående är medianen 66 månader.

Syfte och måltal

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

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

Måltalen är:

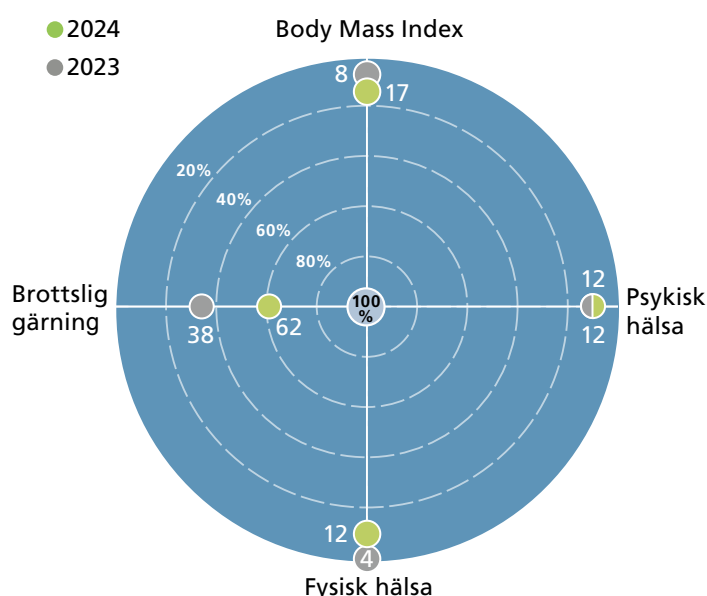
- **Självskattad psykisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala².
- **Självskattad fysisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala.
- **Body Mass Index (BMI):** Mindre än 37 procent av patienterna har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

Punkterna i figur 1 visar hur stor andel av verksamheterna som har uppfyllt måltalet inom respektive måldimension för åren 2023 och 2024. Ju närmare centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika måltalet. I figuren redovisas samtliga verksamheter.

År 2024 har tre verksamheter uppnått måltalet för psykisk hälsa (oförändrat), tre verksamheter för fysisk hälsa (ökning med två) samt fyra för BMI (ökning med två) jämfört med 2023.

För måltalet brottslig gärning är det nio verksamheter som uppfyller måltalet (ökning med tre).

Figur 1. Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2023 och 2024.



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

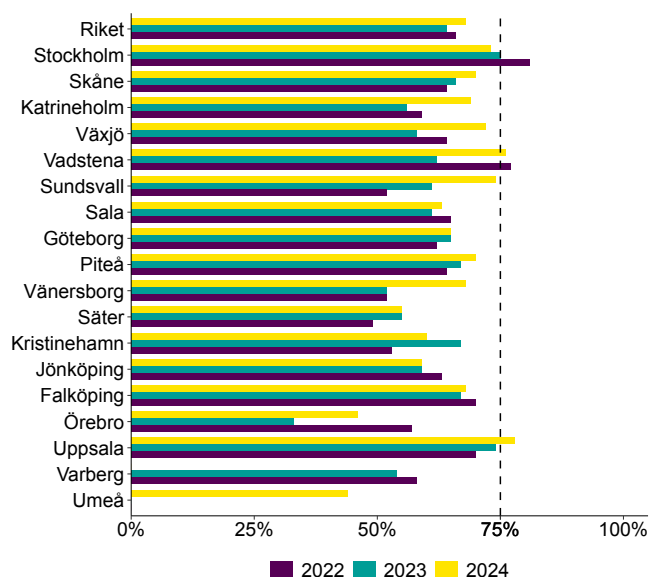
2 VAS (Visuell Analog Skala, 0–100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

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

Självskattad psykisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning i figuren är att höga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2024 var andelen patienter som nådde målet 68 procent. Tre enheter uppnår eller överskrider målet, där en av verksamheterna inte syns i figuren på grund av för få svar.

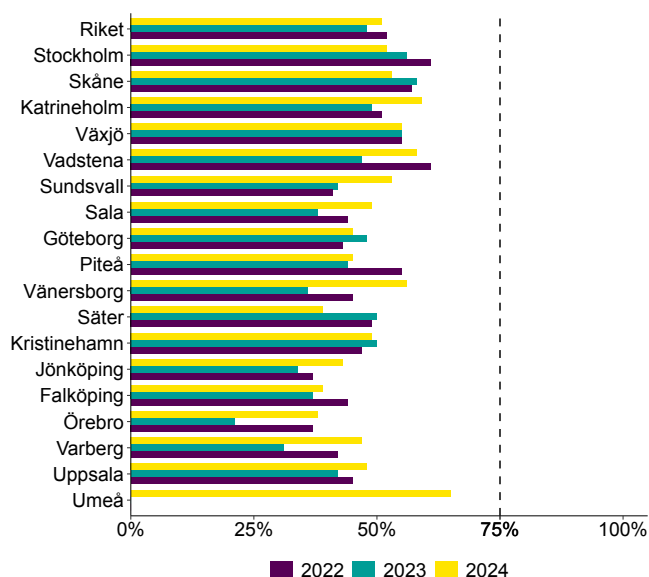
Figur 2. Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



Självskattad fysisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning i figuren är att höga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2024 var andelen patienter som nådde målet 51 procent. Det uppfattas vara ett av det svåraste målet för verksamheterna att uppnå, men 2024 uppnår eller överskrider tre enheter målet (dessa verksamheter hade för få svar för att redovisa nedan).

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

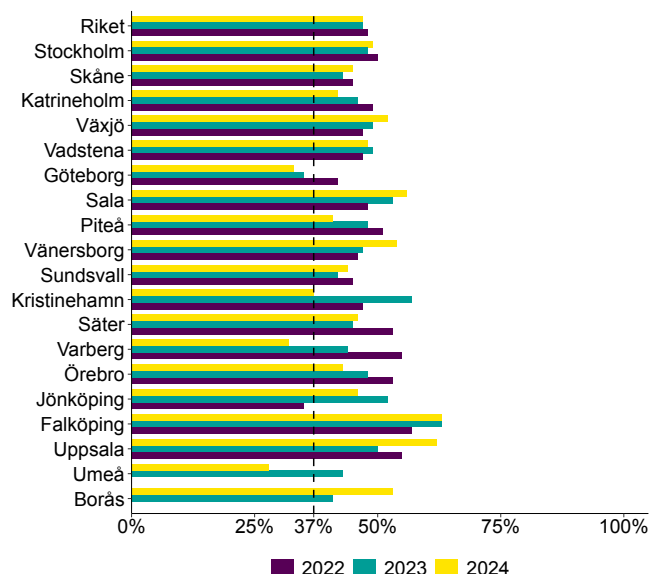


BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller högre och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år.

Fyra verksamheter, varav tre redovisas nedan, klarade målet 2024 jämfört med 2023 då två verksamheter (en visas i figuren) klarade målet.

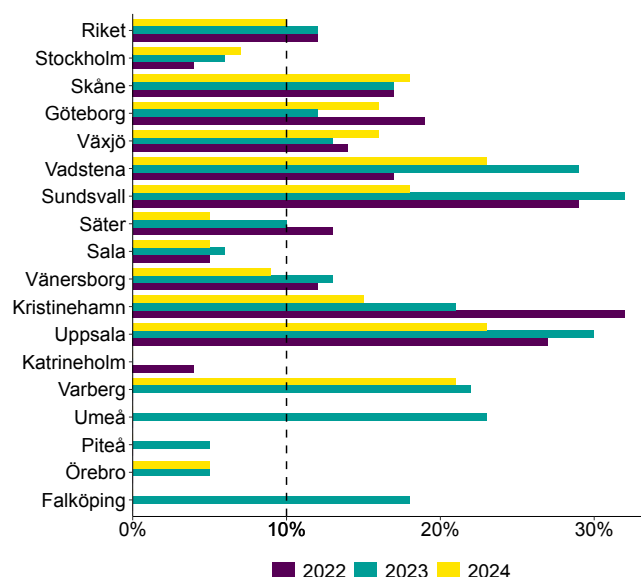
Figur 4. Andel patienter med BMI lika med eller över 30.



Återfall i brottslig gärning under pågående vård

För måluppfyllnad ska mindre än tio procent av patienterna återfalla i någon brottslig gärning under pågående vård och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. För definition av återfall i brottslig gärning se under kapitel "Resultat". Målet har uppnåtts av nio verksamheter (varav vissa verksamheter hade för få svar för att redovisa nedan).

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



Sammanfattningsvis har under 2024 inget måltal uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måltalen. För att hitta uppnådda måltal på nationell nivå får man gå längre tillbaka än de här redovisade tre åren.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Andelen verksamheter som har uppnått psykisk hälsa 2024 är tre stycken. År 2023 var det också tre verksamheter som klarade målet men visas inte i figuren då det är för få svar. För fysisk hälsa är det också tre verksamheter som har uppnått målet vilket är två fler än år 2023.

Fyra verksamheter klarar målet för BMI 2024. Målet för återfall i brottslig gärning uppnåddes i år av nio verksamheter vilket är en ökning från fjolårets sex.

Patientgruppen i registret

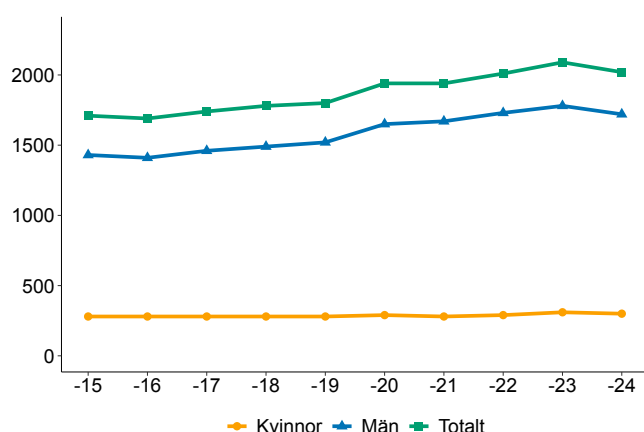
Inklusions- och exklusionskriterier

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

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

Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

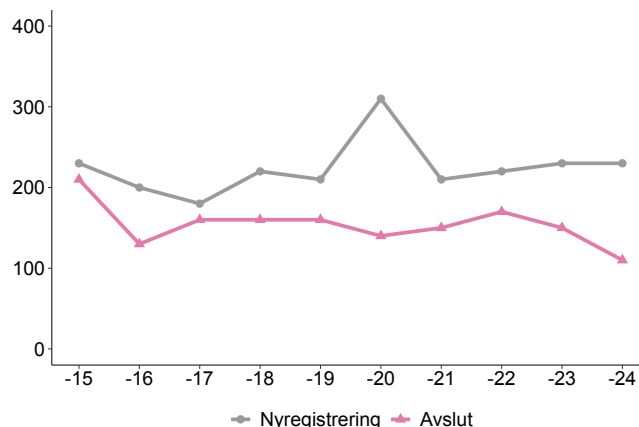
Figur 6. Antal uppföljda patienter.



Det totala antalet uppföljda patienter minskade med tre procent mellan 2023 och 2024. I ett längre perspektiv har antalet uppföljda ökat med fyra procent sedan 2020 och med 18 procent sedan 2015.

Av patienter uppföljda under 2024 var 15 procent kvinnor och 85 procent män. Totalt följdes cirka 2 020 patienter upp under 2024.

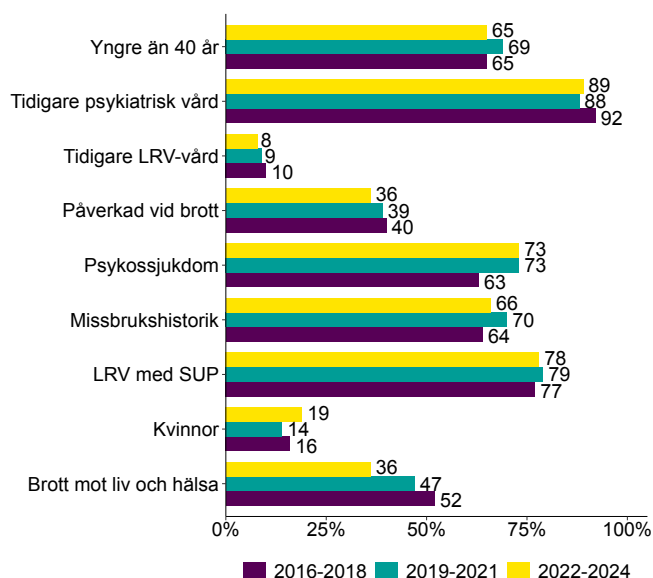
Figur 7. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.



Under 2024 var antalet nyregistrerade patienter cirka 230, vilket var jämförbart med antalet under 2023. Antalet avslutade patienter var samtidigt cirka 110, vilket var cirka 60 färre än under 2023.

Den vanligaste orsaken till avslut har under perioden 2009–2024 varit att LRV-vården avskrivits. Andelen avlidna patienter under samma period har varit 11 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Mellan 2009 och 2024 har omkring 40 patienter avlidit till följd av suicid.

Figur 8. Bakgrundsdata för nyregistrerade patienter.

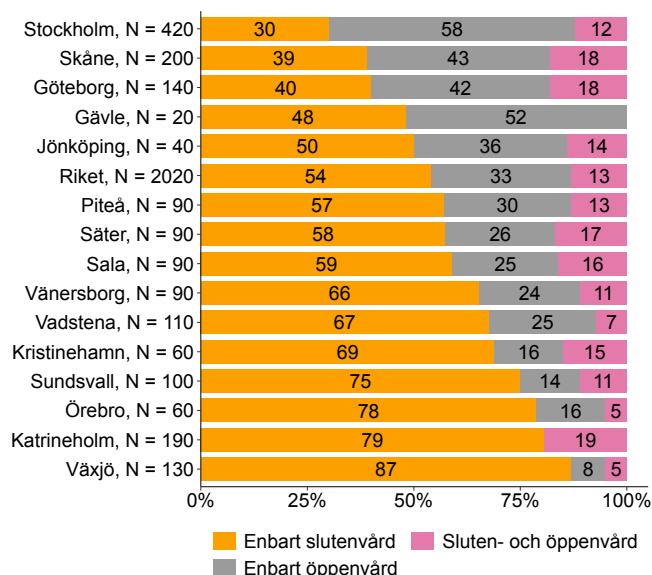


Nyregistrerade patienter under perioden 2022–2024 utgjordes i något större utsträckning av kvinnor jämfört med tidigare perioder. Samtidigt var färre dömda för brott mot liv och hälsa och en något mindre andel hade tidigare fått rättspsykiatrisk vård. Sedan 2016 har en majoritet av nyregistrerade patienter varit under 40 år. En klar majoritet av nyregistrerade patienter har lidit av psykossjukdom, särskilt sedan perioden 2019-2021 och framåt.

En mycket liten andel, en procent, av de patienter som följdes upp under 2024 var under 18 år vid tidpunkten då de påbörjade sin vård.

Fördelning mellan sluten- och öppenvård

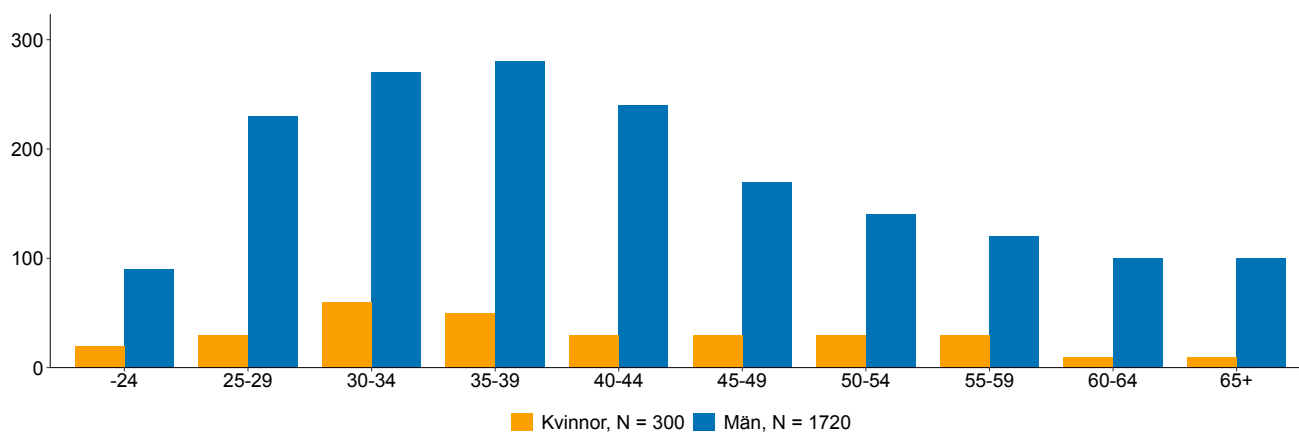
Figur 9. Fördelning mellan sluten- och öppenvård.



Under 2024 vårdades 54 procent av alla patienter i riket enbart i sluten vård, 33 procent vårdades enbart i öppen vård och 13 procent av patienterna vårdades under året både i öppen och sluten vård. Andelen som vårdats enbart i sluten vård har ökat med cirka sex procentenheter under den senaste femårsperioden.

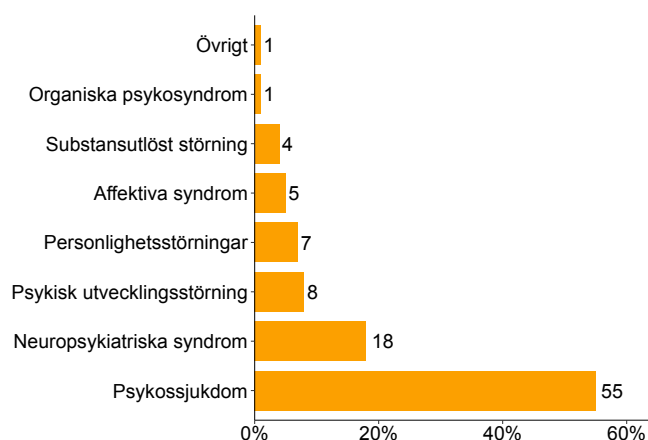
Ålder

Figur 10. Åldersfördelning i registret.

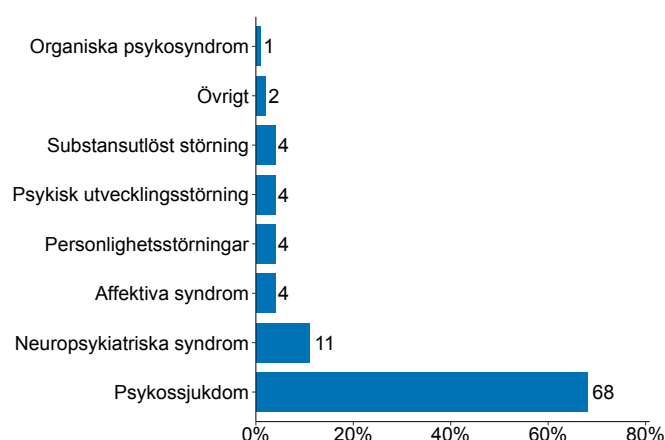


Huvuddiagnos

Figur 11. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, kvinnor.



Figur 12. Huvuddiagnos enligt ICD-10*, män



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

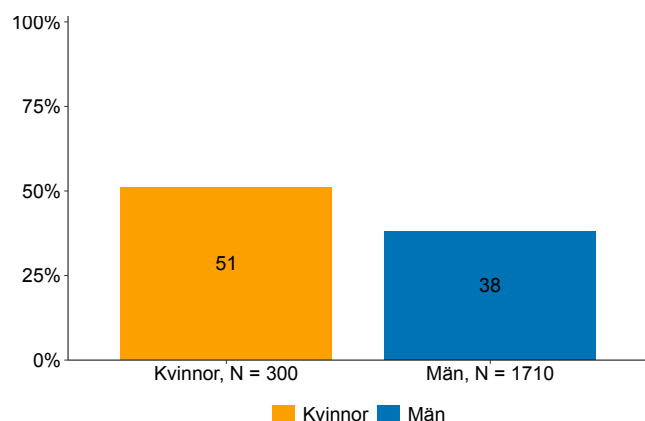
De rättspsykiatriska patienterna uppvisar en varierad och allvarlig psykiatrisk problematik, vilket framgår av de huvuddiagnoser som redovisas. Med huvuddiagnos avses den diagnos som patienten skrivits in under och som oftast ger störst funktionsnedsättning. Det är emellertid inte ovanligt att diagnoserna förändras under vårdtiden efter fördjupade diagnostiska utredningar. Förutom huvuddiagnos kan en patient ha samtliga andra diagnoser, så som substansbruksdiagnoser.

Psykossjukdomar dominerade bland både kvinnor och män. Diagnoser inom denna kategori karaktäriseras ofta av symtom med förändrad verklighetsuppfattning. Det förelåg vissa könsskillnader på så sätt att huvuddiagnos inom psykossjukdom var vanligare bland män medan exempelvis neuropsykiatriska syndrom var något vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor under 2024.

Andelen patienter med psykisk utvecklingsstörning som huvuddiagnos, en problematik som i kombination med psykiatriska tilläggsymtom ibland kan utgöra en allvarlig psykisk störning, omfattade fyra och åtta procent för män respektive kvinnor.

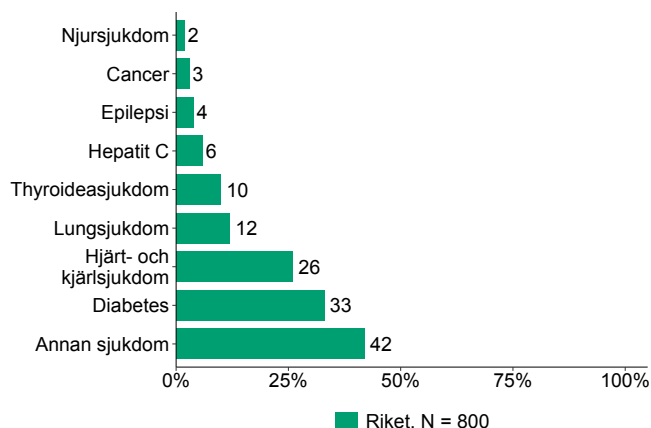
Patienter med dessa svårigheter har vårdbehov som kan vara svåra att tillgodose i en rättspsykiatrisk vårdmiljö. Likaså kan patienter med neuropsykiatriska syndrom ha behov av vårdinsatser som skiljer sig ganska mycket från patienter med psykossjukdomar vilka alltså utgör den största gruppen inom den rättspsykiatriska vården.

Under kategorin "Övrigt" var pedofili den vanligaste enskilda diagnosen för gruppen män och kvinnor sammanslaget. Pedofili utgjorde huvuddiagnos för ungefär hälften av patienterna i denna kategori.

Figur 13. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*.

* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-och kärlsjukdom, njursjukdom, lungsjukdom, epilepsi, hepatit C och annan sjukdom.

En stor del av patienterna hade förutom sin psykiatriska diagnos även någon somatisk sjukdom. Mest framträdande var detta förhållande för kvinnor där ungefär hälften hade någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra för män var 38 procent.

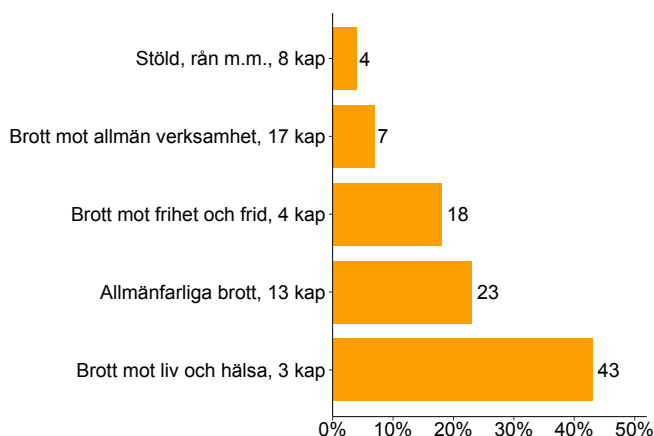
Figur 14. Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.

Diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar var relativt vanligt bland patienter inom rättspsykiatrisk vård under 2024. Gruppen annan sjukdom är fritextsvar, där man har registrerat bland annat hudsjukdomar, fetma och mag- och tarmsjukdomar.

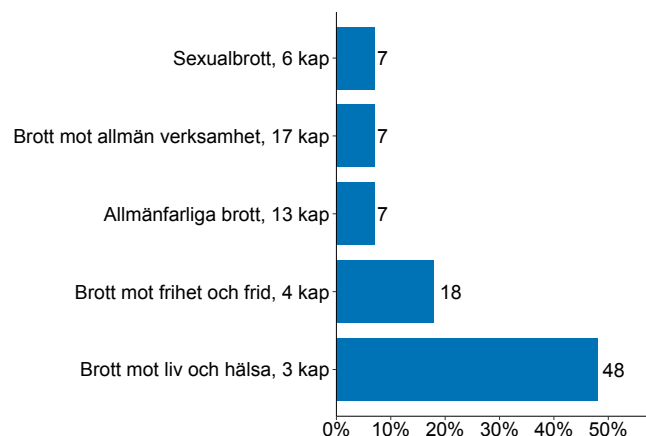
Indexbrott

Indexbrott är den typ av brott som i kombination med allvarlig psykisk störning föranlett den rättspsykiatriska vården. I denna årsrapport redovisas indexbrotten utifrån hur dessa klassificeras hos Brottsförebyggande rådet (Brå) och till vilket kapitel de hänförs i brottsbalken (BrB). Eftersom överlämnande till rättspsykiatrisk vård förutsätter att fängelse ingår i påföljdsskalan är den brottslighet som de rättspsykiatriska patienterna dömts för allvarlig till sin art.

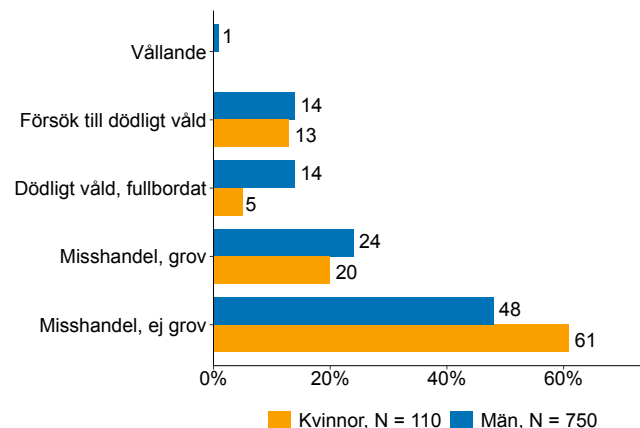
Figur 15. Indexbrott, kvinnor.



Figur 16. Indexbrott, män.



Figur 17. Fördelning av indexbrott inom brott mot liv och hälsa.



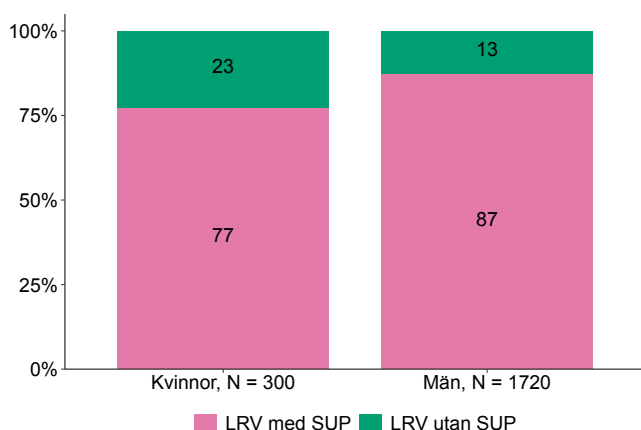
De vanligaste indexbrotten för både kvinnor och män var brott inom 3 kap. brott mot liv och hälsa. I detta brottskapitel ingår bland annat mord, dråp och misshandel. För män utgjorde brott inom 6 kap. sexualbrott sju procent av indexbrotten medan denna typ av brott inte alls hörde till de vanligare bland kvinnor.

För kvinnor och män med pågående vård under 2024, och som hade något av brotten från 3 kap. som indexbrott, var det absolut vanligast att brottet var någon form av misshandel. Hela 81 procent av kvinnorna och 72 procent av männen hade denna typ av brott som huvudbrott. Fullbordat dödligt våld var i jämförelse med kvinnor vanligare bland män som befann sig i pågående vård under denna period samtidigt som försök till dödligt våld var jämförbart i proportionell förekomst.

Rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning

Rättspsykiatrisk vård kan ges med eller utan beslut om särskild utskrivningsprövning (SUP). Vid överlämnande till rättspsykiatrisk vård med SUP har rätten bedömt att det utöver förekomst av en allvarlig psykisk störning även föreligger risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Frågan om utskrivning blir då föremål för förvaltningsrättens prövning. Även friförmåner som permissioner och frigång regleras av rätten efter ansökan från chefsöverläkare eller patienten själv.

Figur 18. Andel patienter med respektive utan SUP.



För 77 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2024 var vårdformen rättspsykiatrisk vård med SUP.

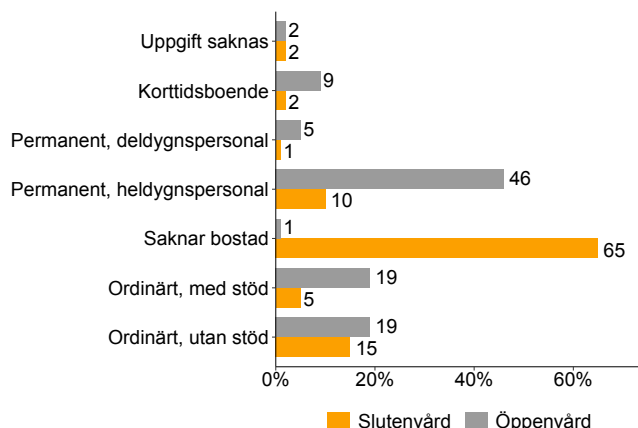
Barn

I registret följs om patienten har barn under 18 år. Som barn räknas här biologiska barn eller barn som har eller har haft en relation till patienten. Registrering är alltså inte avhängig om patienten är vårdnadshavare till sådana barn.

Barn under 18 år förekom 2024 hos 14 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Det var något vanligare för kvinnorna i patientgruppen (19 procent) än för männen (13 procent) med sådana barn.

Boendeform

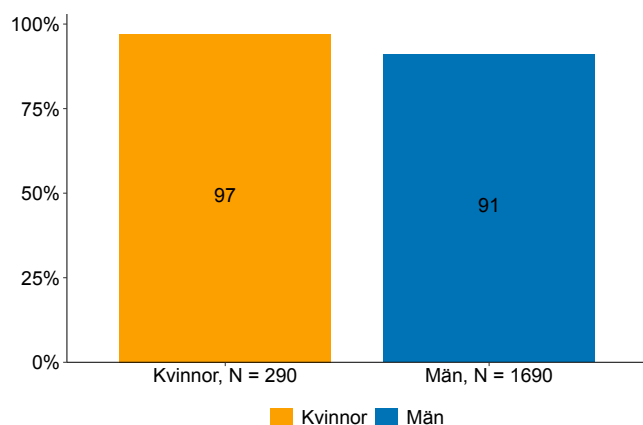
Figur 19. Boendeform för patienter inom pågående sluten- eller öppenvård.



Patienternas tillgång till boende under merparten av året visas i figuren ovan. Ordinärt boende definieras som att patienten själv står på kontraktet. Korttidsboende eller permanent boende med personal är boenden enligt SoL eller LSS. Som framgår av figuren saknade merparten av patienter inom rättspsykiatrisk slutenvård en bostad, samtidigt som merparten av patienter inom öppenvård hade någon form av ordinärt boende med stöd eller permanent boende med personal.

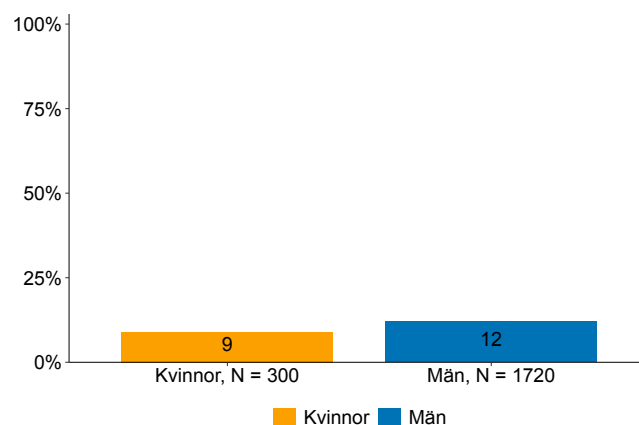
Tidigare psykiatrisk vård

Figur 20. Andel patienter som fått psykiatrisk vård någon gång innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



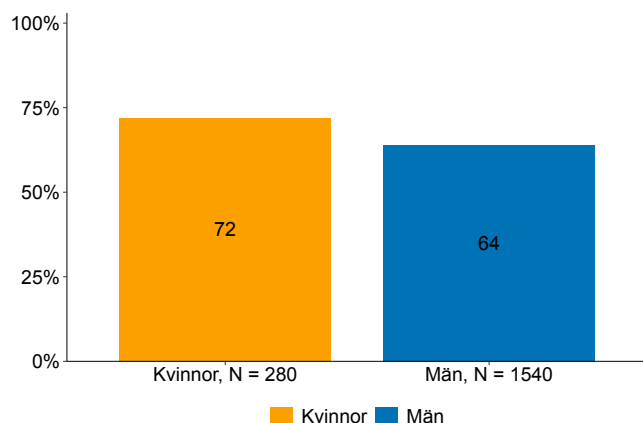
En mycket stor andel av de patienter som överlämnas till rättspsykiatrisk vård har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. Under 2024 hade 97 procent av kvinnorna samt 91 procent av männen tidigare haft kontakt med någon form av psykiatrisk vård.

Figur 22. Andel patienter som tidigare vårdats inom rättspsykiatrisk vård.



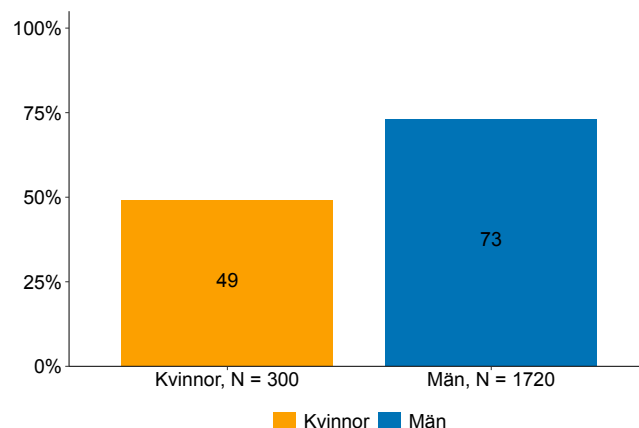
Endast en mindre del av det totala antalet patienter som följdes upp under 2024 hade tidigare vårdats enligt LRV, och det var vanligare bland männen att tidigare ha vårdats enligt LRV (12 procent jämfört med nio procent av kvinnorna).

Figur 21. Andel patienter som var yngre än 18 år vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



Av de patienter som följdes upp under 2024 och som innan den rättspsykiatriska vården haft kontakt med psykiatrisk vård, hade 72 procent av kvinnorna och 64 procent av männen haft sådan kontakt före 18 års ålder.

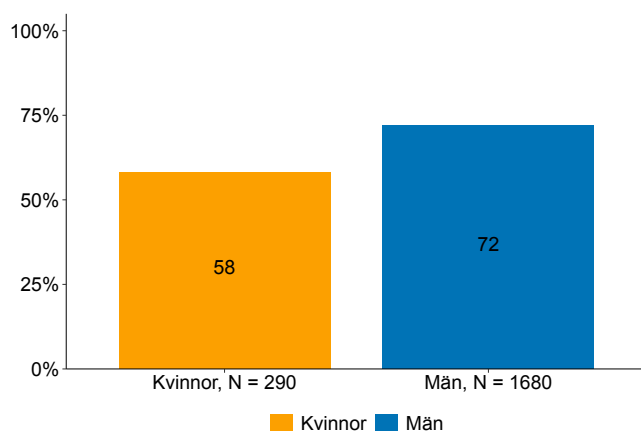
Figur 23. Andel patienter med tidigare dom innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



Det är vanligt för patienterna att ha dömts för brott tidigare, och 69 procent av de patienter som följdes upp under 2024 hade någon tidigare påföljd. Detta var något vanligare för män (73 procent) än för kvinnor (49 procent). Av patienter med tidigare påföljd var 41 procent tidigare lagförda för våldsbrott.

Tidigare missbruk

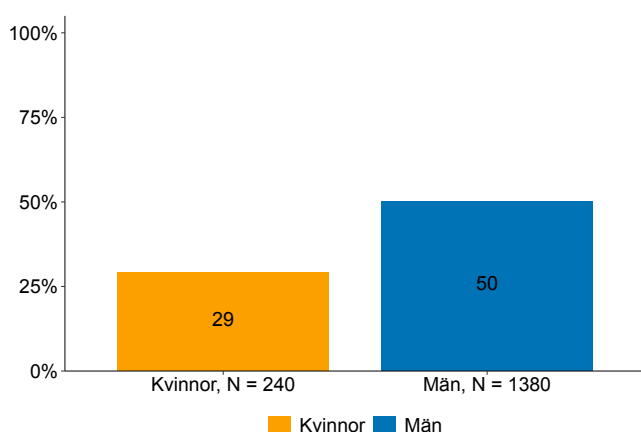
Figur 24. Andel patienter med dokumenterad historia av substansmissbruk.



Gällande dokumenterad historia av substansmissbruk var andelen 58 procent för kvinnor och 72 procent för männen. Det var vanligast att patienter med dokumenterad historia av missbruk hade brukat narkotika, 87 procent. Men även problematiskt bruk av alkohol (63 procent) och läkemedel (24 procent) var utbredd i gruppen.

Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

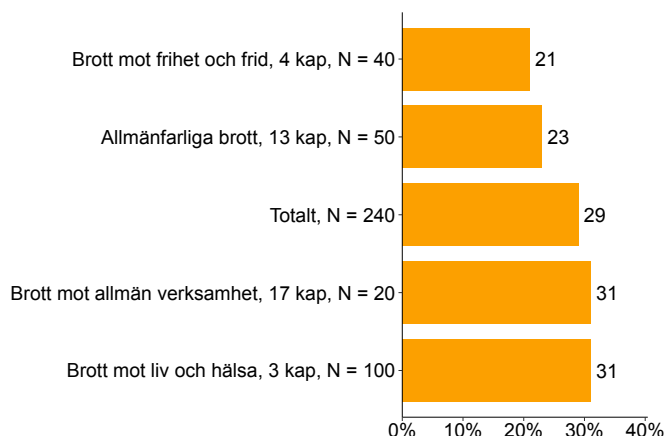
Figur 25. Andel patienter som var dokumenterat påverkade av alkohol eller narkotika vid indexbrottet.



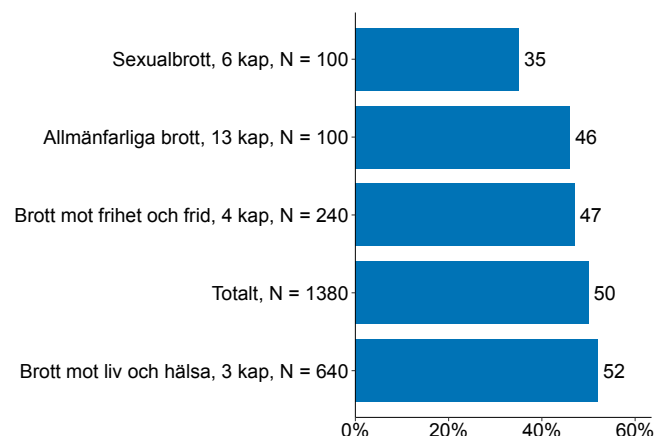
Påverkan av i synnerhet alkohol, men även av narkotika och läkemedel, är överlag en vanlig faktor i samband med brott i samhället, särskilt avseende

våldsbrott. Det framgår att 29 procent av kvinnorna och hela 50 procent av männen som följdes upp under 2024 var påverkade av någon substans vid tillfället för indexbrottet.

Figur 26. Andelen kvinnor som var dokumenterat påverkade av alkohol eller narkotika vid indexbrottet, utifrån de vanligaste brottsgrupperna bland kvinnor.



Figur 27. Andelen män som var dokumenterat påverkade av alkohol eller narkotika vid indexbrottet, utifrån de vanligaste brottsgrupperna bland män.



Vid brott inom 3 kap. brott mot liv och hälsa, var 31 procent av kvinnorna och 52 procent av männen påverkade av alkohol eller narkotika vid brotts-tillfället. Därmed var andelen substanspåverkade patienter högst vid brott inom denna typ av brott.

Resultat

Resultatdelen består av skattningar genomförda av både personal och patienter samt av beräkning av BMI. Patienten erbjuds att fylla i fyra självskattningar där den aktuella livssituationen bedöms. Detta syftar till att ge en global bild av hur patienten själv upplever sin aktuella situation i fyra olika hänseenden: Psykisk hälsa, fysisk hälsa, livskvalitet och risk för återfall i brott. I detta avsnitt vägs ingen annan information in än den som patienten själv lämnar. Personalen gör inte någon bedömning av den skattning patienten gör. Skattningsmetoden som används är VAS. Svarsfrekvensen på dessa variabler har varit stabil genom åren och ligger på cirka 55 procent, vilket gör att utfallet bör tolkas med försiktighet. I resultatdelen presenteras även ekonomi och eventuell skuldsituation, nätverk samt återfall i brottslig gärning under pågående vård och återfall i brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård.

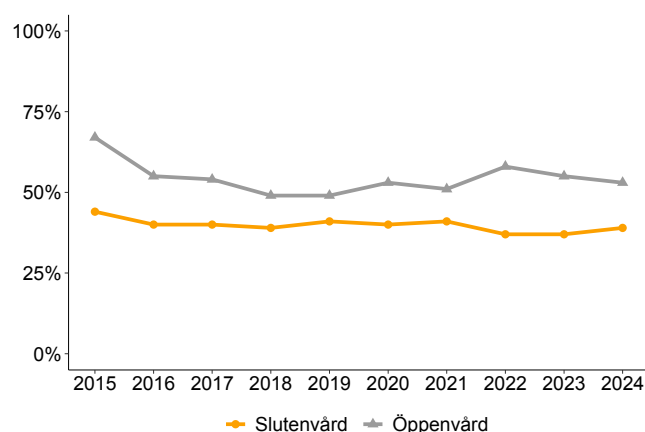
Bortfall

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

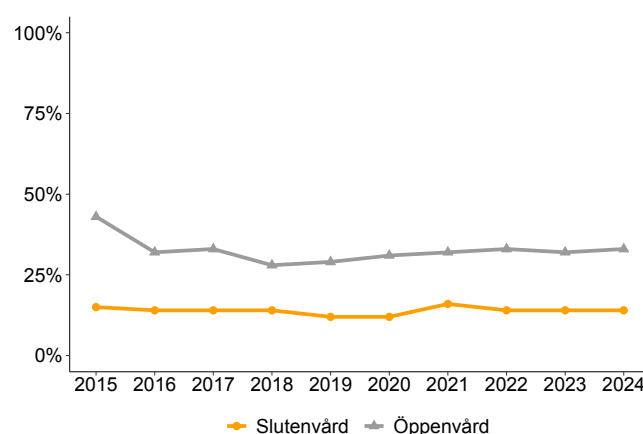
Data som ligger till grund för årsrapporten består i huvudsak av uppgifter som rapporteras av personalen men vissa uppgifter hämtas från patienterna via självskattningar.

Patienterna skattar själva livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk hälsa samt fysisk hälsa på en VAS-skala från 0 till 100. På dessa fyra frågor kan patienten välja att inte svara och personalen fyller då i "patienten vill inte delta". Personalen kan också göra bedömningen att patienten inte kan svara på frågorna och fyller då i "patienten kan inte delta". Förutom självskattningar har mätning av BMI också samma alternativ, att inte kunna eller vilja delta. Det är dessa fem frågor som genererar partiellt bortfall. Övriga frågor är utformade så att handläggarna inte kommer vidare i formuläret om de inte kryssar i något av svarsalternativen.

Figur 28. Bortfall, självskattningar*.



Figur 29. Bortfall, BMI.



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

Bortfall i självskattning av psykisk hälsa och fysisk hälsa, livskvalitet och återfall i brottslig gärning har varit identiska under en längre period och redovisas därför gemensamt i en figur. Bortfallet ökade successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess minskat något, speciellt inom öppenvården. Siffrorna för 2024 är i stort oförändrade sedan 2018. Generellt sett är bortfallet i rapporteringen större i öppenvård än i slutenvård.

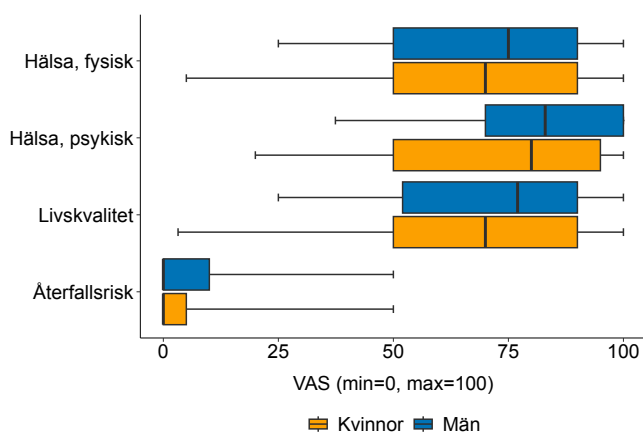
Det är stora variationer i bortfall mellan de olika inrapporterande verksamheterna. Tolkning av förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 28, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke. Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figur 29 visar. Bortfall i öppenvården ökade markant fram till 2014 men därefter minskade bortfallet successivt och har sedan 2016 legat kring 30 procent. I 2024 års rapport är siffran 33 procent, det vill säga det finns uppgifter om BMI hos 67 procent av de patienter som behandlas i öppenvård.

Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott

Som synes är det en stor spridning i den individuella upplevelsen av livskvalitet och psykisk respektive fysisk hälsa. Medelvärden är däremot relativt högt, både kvinnor och män skattar sin hälsa och livskvalitet högt. Skillnader mellan åren är små. Självskattad risk för återfall i brott visar på en mer sammanhållen bild och låg kring tio procent vilket följer de resultat som redovisats tidigare år.

Läsanvisning för box plot återfinns på sidan 49.

Figur 30. Spridning av patienternas självskattningar avseende livskvalitet, risk för återfall i brott, psykisk och fysisk hälsa.



Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2024

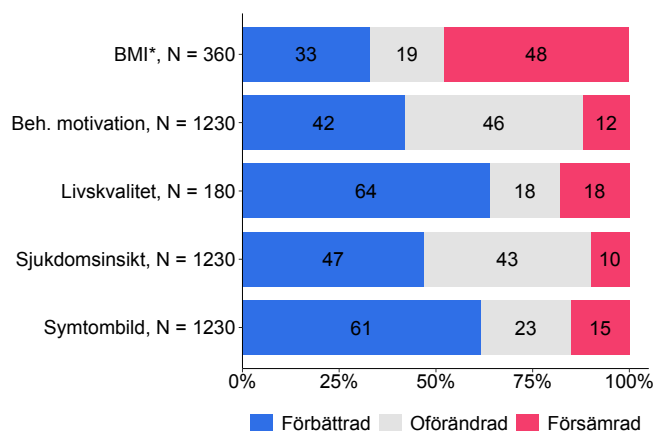
I registret följs fem indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Värdet som staplarna i figur 31 visar motsvarar alltså skillnaden mellan det första registrerade värdet när vården inleddes (ingångsvärdet) och det sista registrerade värdet när vården avskrivits. Tidsintervallet i årets rapport är 2009–2024 och omfattar cirka 1 230 patienter.

Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan det första registrerade värdet när vården inleddes och det sista registrerade värdet när vården avskrivits. Som syns i figuren så förbättras variablerna livskvalitet och symtombild på ett tydligt sätt. Detta har varit genomgående under åren som RättsspsyK har presenterat dessa siffror. BMI är den variabel där patienterna visar ett negativt utfall. I årets rapport hade 48 procent ökat i vikt och BMI över 25.

Oförändrade värden är gråmarkerade i figuren och behöver förtydligas eftersom ett oförändrat värde kan vara såväl positivt/önskvärt som negativt/oönskat beroende på hur dessa indikatorer skattades då vården inleddes. Exempelvis sjukdomsinsikt – om en patient oförändrat har sjukdomsinsikt vid utskrivningen är det ett önskvärt utfall medan en patient som vid utskrivningstillfället oförändrat saknar sjukdomsinsikt är ett icke önskvärt utfall.

Figur 31. Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2024.



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

BMI

Såsom figur 31 visar hade 48 procent av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Det är samma siffra som föregående år och den högsta som redovisats sedan 2015. Då BMI är den indikator där det noteras påtagliga försämringar analyseras förändringar kring gränsen för övervikt som är BMI lika med eller över 25. Att denna gräns valts beror på att ett BMI på 25 eller mer anses öka risken för sjukdomar, framför allt i form av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Behandlingsmotivation – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

Nästan hälften, 46 procent av patienterna, skattade indikatorn behandlingsmotivation som oförändrad. En analys visar att 41 procentenheter av de som skattade behandlingsmotivation som oförändrad hade ett ingångsvärde som antingen helt eller delvis behandlingsmotiverade. Eftersom 42 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (83 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

Fördelningen av ingångsvärde och utgångsvärde i det gråmarkerade fältet oförändrad fördelas enligt följande:

- Har behandlingsmotivation (21 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (20 procent)
- Saknar behandlingsmotivation (5 procent)

Livskvalitet

Livskvalitet är den indikator som i årets rapport, liksom tidigare år, visar största förbättringarna då 64 procent skattade sin livskvalitet som förbättrad, vilket är oförändrat i jämförelse med förra årets (2023) rapport. Knappt 18 procent skattade sin livskvalitet som försämrad, en siffra som är relativt konstant genom åren. Här skattar patienten sig själv vilket skiljer den indikatorn från de andra fyra.

Sjukdomsinsikt – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För nästan hälften, 43 procent, av patienterna skattades sjukdomsinsikten som oförändrad. Analysen visar att 33 procentenheter, av de som skattades som oförändrade, hade antingen helt eller delvis sjukdomsinsikt då vården inleddes. Eftersom 47 procent förbättrade sin sjukdomsinsikt under vårdtiden innebär det att en majoritet (80 procent) hade helt eller delvis sjukdomsinsikt när vården avskrevs.

Fördelningen av ingångsvärde och utgångsvärde i det gråmarkerade fältet oförändrad fördelas enligt följande:

- Har sjukdomsinsikt (9 procent)
- Har delvis sjukdomsinsikt (24 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (10 procent)

Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För de 23 procent av patienterna med oförändrad symtombild ser motsvarande fördelning av ingångsvärde (och utgångsvärde) ut som följer:

- Inga symtom (1 procent)
- Mycket milda symtom (2 procent)
- Milda symtom (6 procent)
- Måttliga symtom (9 procent)
- Påtagliga symtom (4 procent)
- Svåra symtom (1 procent)
- Mycket svåra symtom (0 procent)

Klinisk skattning av symtombilden för patienter under pågående vård

Patienternas symtombild, och svårighetsgraden av denna, skattas av behandlande personal. Symtombilden skattas efter klinisk bedömning på en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI). Skalan fördelas på inga symtom, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra samt mycket svåra symtom. Bedömningen görs med referens till vissa sjukdomstillstånd, till exempel schizofreni. Ofta har patienter en mer sammansatt problematik med till exempel beroende-sjukdomar och då ska den sammanlagda symtombilden skattas. Bedömningen avser symtombilden vid det aktuella bedömningstillfället, inte hela sjukdomsperioden. För att få likvärdiga bedömningar används en av registret framtagen instruktionsfilm där olika svårighetsgrader åskådliggörs på ett tydligt sätt.

Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattade 42 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra. Denna siffra är sju procent högre jämfört med förra årets siffror. Det var ingen skillnad mellan sluten- och öppenvård. Även andelen kvinnor med påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom ökade, från förra årets 45 procent till 50 procent för 2024. För kvinnor skiljde sig siffrorna något mellan sluten- och öppenvård. I slutenvård var andelen med påtagliga, svåra och mycket svåra symtom 52 procent jämfört med öppenvårdens 47 procent. Inga, mycket milda eller milda symtom rapporterades för kvinnorna till 15 procent i slutenvård och 29 procent i öppenvård och för männen till 26 procent i slutenvård och 31 procent i öppenvård.

Insikt i sin sjukdom och problematik

Med insikt i sin sjukdom och problematik avses förstå att förstå hur de psykiska symtomen påverkar upplevelser och beteenden samt de svårigheter det medför. Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste tio åren. Större andel patienter som vårdas i öppenvård har insikt i sin sjukdom och problematik i jämförelse med patienter som vårdas i slutenvård, vilket är ett förväntat resultat. I öppenvården bedömdes 23 procent ha sjukdomsinsikt och 53 procent delvis. Motsvarande siffror för slutenvården var 14 procent respektive 52 procent.

Patientens insikt i sin sjukdom och problematik bedöms ofta kliniskt av vårdpersonal men vid 37 procent av bedömningarna användes skattningsinstrument, vilket är en ökning med 10 procent i jämförelse med förra året. Frekvensen och val av skattningsinstrument varierar stort i landet.

Vanligtvis används faktorn ”Insikt” i det strukturerade riskbedömningsinstrumentet Historical Clinical Risk Management-20 version 3 (HCR-20 v3).

Behandlingsmotivation

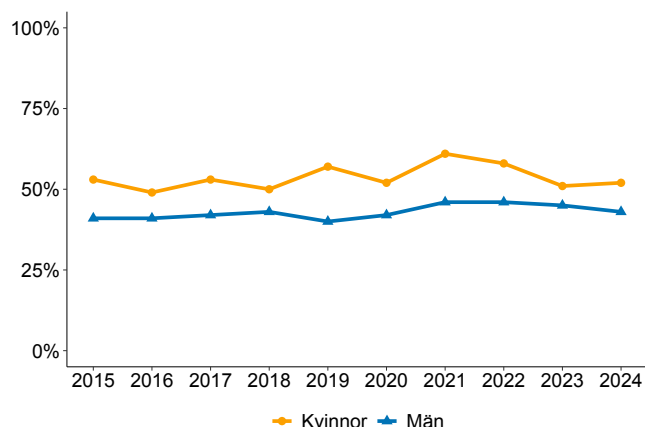
Patientens behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonal som kan ha HCR-20, till sin hjälp, vilket var fallet i 35 procent av bedömningarna. Liksom för insikt i sin sjukdom och problematik kan man förvänta sig att patienter som behandlas i öppenvård ska vara mer behandlingsmotiverade jämfört med patienter slutenvård, vilket också är fallet. Skillnaderna har ökat något i jämförelse med föregående år. I öppenvården har 39 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 48 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården är 29 respektive 51 procent.

Body Mass Index (BMI)

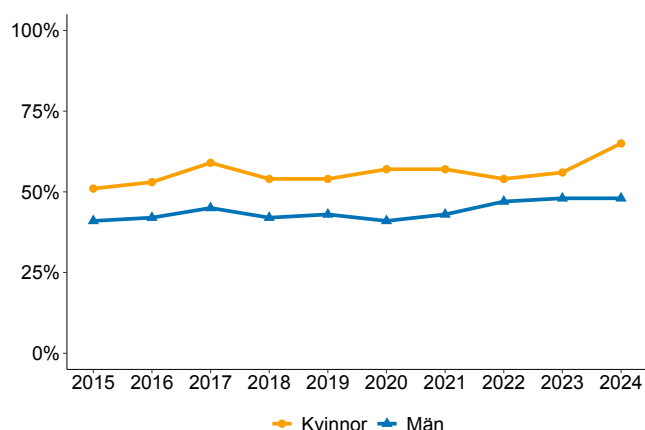
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Rapporten använder sig av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma. Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Genomgående över åren lider en större andel kvinnor av fetma, i jämförelse med männen. Det gäller både i sluten- och öppenvård.

Andelen patienter med fetma ökar något över de senaste åren även om siffrorna fluktuerar något. Det gäller både kvinnor och män. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedöms lida av fetma har legat kring 50 procent fram till 2020 men ökade under 2021 till 61 procent. Efter 2021 har andelen minskat igen och ligger idag på 52 procent. Inom öppenvården närmade sig kvinnor och män varandra och 2021 års gap på 15 procent minskade under 2022 till åtta procent då andelen kvinnor med BMI ≥ 30 minskade till 54 procent. Skillnaden 2023 var också åtta procent, men har under 2024 ökat till 17 procent då andelen kvinnor med BMI ≥ 30 ökade med 10 procentenheter, från 55 till 65 procent. De relativt stora svängningarna hos kvinnor kan förklaras med att det totala antalet kvinnor är strax under 100 och förändringar hos några få kan få stort genomslag på hela gruppen. Andelen män med BMI ≥ 30 ökade långsamt och når 48 procent 2024.

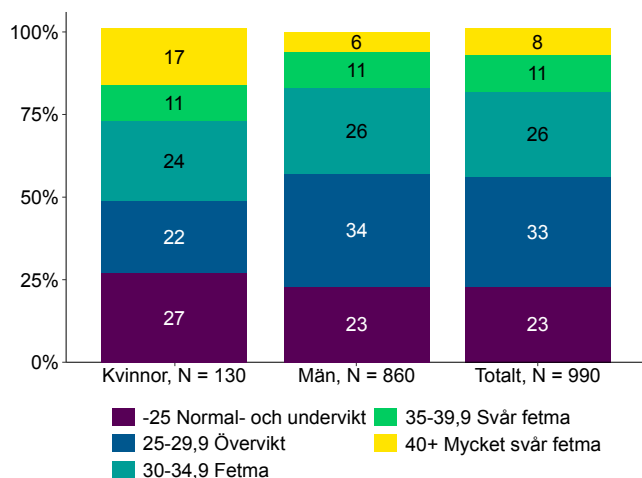
Figur 32. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, **slutenvård**.



Figur 33. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, **öppenvård**.

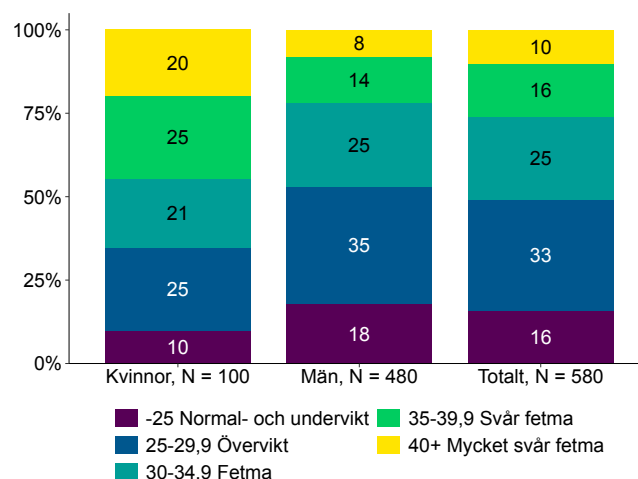


Figur 34. Andel patienter i respektive BMI-kategori, **slutenvård**.



Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan 2024 (se Folkhälsomyndighetens hemsida om övervikt och fetma) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30). Sammanlagt var 35 procent av den svenska befolkningen, mellan 16–84 år, överviktiga.

Figur 35. Andel patienter i respektive BMI-kategori, **öppenvård**.

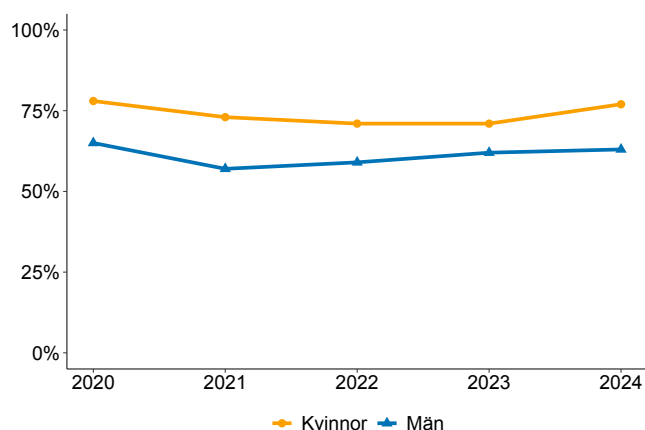


Cirka 18 procent led av fetma vilket sammanlagt betyder att 53 procent av den svenska befolkningen lider av övervikt och fetma. En större andel män (58 procent) än kvinnor (46 procent) är överviktiga. När det gäller fetma är andelen kvinnor och män lika, 20 procent har BMI 30 och över. Fördelat på ålder är det i gruppen mellan 45–64 år som vi ser den största andelen med övervikt och fetma, och gäller 71 procent av männen och 56 procent av kvinnorna.

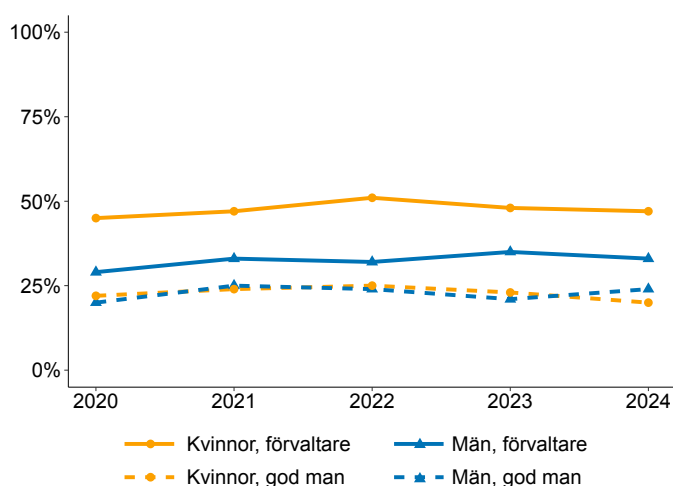
Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Andelen patienter i behov av hjälp med ekonomin var i klar majoritet och skillnader mellan åren är marginella. Som synes i figurerna 36 till 39 är förändringarna små under perioden 2020–2024.

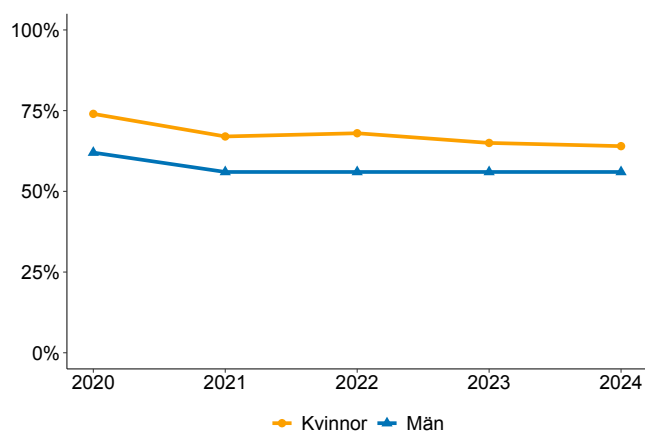
Figur 36. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård**.



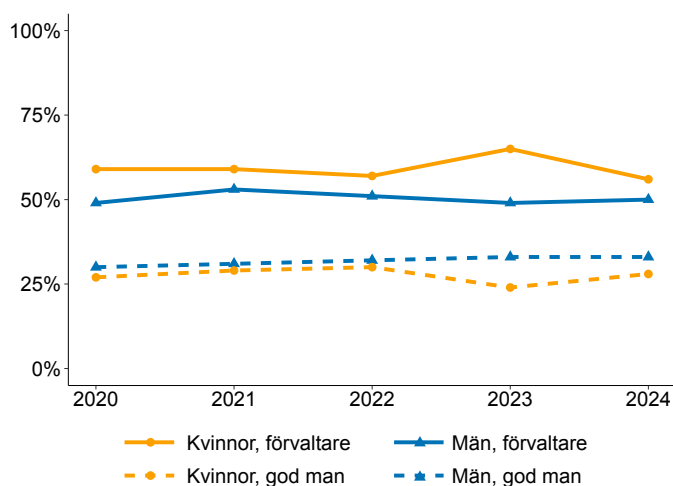
Figur 38. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård**.



Figur 37. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård**.



Figur 39. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård**.



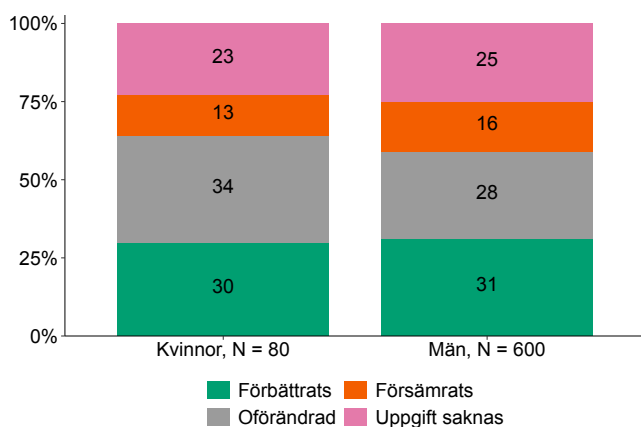
Skuldsituation

En klar majoritet av patienterna hade behov av hjälp med att hantera sin ekonomi, såsom visas i figur 36 och 37. Flera av patienterna hade dessutom skulder vid vårdens inledning eller fick skulder under vårdtiden på grund av till exempel obetalda vårdavgifter eller inköp via internet. Om det fanns en skuld och hur den har utvecklats, har registrerats sedan 2008 men svarsalternativen har varierat vilket gör att jämförelser över åren inte är möjliga. Sedan Årsrapport 2019 är svarsalternativen att skuldsituationen är "förbättrad", "oförändrad" eller "försämrad". Ytterligare ett svarsalternativ finns, "uppgift saknas" vilket innebär att personalen inte vet om patienten har en skuld eller så saknar de kunskap om hur en reell skuld har utvecklats.

Under 2024 har cirka 80 kvinnor registrerats varav det saknades uppgifter för 23 procent vilket kan jämföras med förra årets 33 procent. För 30 procent av kvinnorna förbättrades skuldsituationen vilket är identiskt med förra året. Bland männen var cirka 600 patienter registrerade varav det saknades uppgifter för 25 procent. För 31 procent bland männen förbättrades skuldsituationen.

Det är svårt att göra jämförelser med tidigare år då det saknas uppgifter för en majoritet av patienterna och då antalet patienter är lågt, framförallt bland kvinnor, fluktuerar siffrorna mellan åren. Siffrorna för män är jämnare över åren. Genomgående över åren har kvinnorna förbättrat sina skuldsituationer i högre grad i jämförelse med männen.

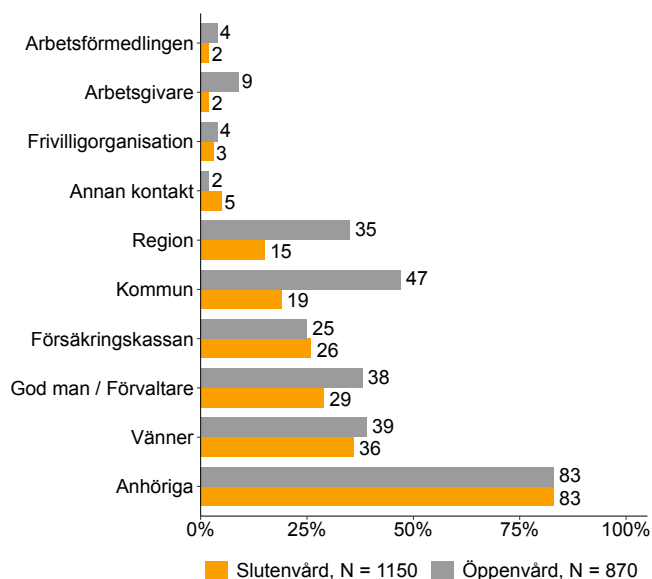
Figur 40. Förändring av skuldsituation.



Nätverk

Ett fungerande nätverk är av betydelse under den pågående vårdtiden men kanske framförallt vid vårdens avskrivning. Liksom i tidigare rapporter presenteras fördelningen av nätverkskontakter mellan olika professionella kontakter liksom mellan vänner och anhöriga och efter vårdform. Under de senaste tio åren har andelen patienter som haft nätverkskontakter varit hög, över 90 procent. Det absolut största nätverket består av anhöriga. Denna siffra, strax över 80 procent, har varit konstant sedan 2011. Kontaktnätet med region och kommun är större i öppenvård, liksom vänner vilket är ett förväntat resultat. Data visar också att kontakten med anhöriga inte tycks minska under slutenvårdstiden, utan är i årets rapport lika med 83 procent.

Figur 41. Fördelning av nätverkskontakter mellan sluten- och öppenvård.



Återfall i brott och brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Återfall i lagförda brott under pågående rättspsykiatrisk vård

Genom samarbete mellan RättsspsyK och Brå under 2019 sammanställde Brå statistik från RättsspsyK och lagföringsregistret och kartlade i vilken utsträckning patienter med pågående rättspsykiatrisk vård begått brott. Statistiken sträcker sig över perioden 2009–2017. Andelen patienter som lagfördes för brott under denna period var 13 procent. Brotten var begångna i både sluten- och öppenvård. Siffrorna har inte uppdaterats sedan 2019. Eftersom andelen patienter som begått brott har minskat något mellan 2009 och 2017, och med tidigare mätningar under 1990-talet, behöver statistiken uppdaterats för att se om denna trend håller i sig.

Att lagföras innebär att åklagare vid domstol åtar sig för brott som faller under allmänt åtal. Det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott, näst vanligast var brott mot allmänhet och stat, huvudsakligen våld eller hot mot tjänsteman, därefter tillgreppsbrott, huvudsakligen stöld.

Yngre patienter eller patienter som hade tidigare domar, innan LRV-domen, begick betydligt oftare brott under vårdtiden (Källa: Brå kortanalys. Brott som begås under rättspsykiatrisk vård 2/2019).

Påföljder

I Brås rapport från 2019, konstaterades att en femtedel av brotten beslutade åklagaren om åtalsunderlåtelse. Detta innebär att det inte blir åtal eller rättegång. En förutsättning är att personen erkänner sig vara skyldig till brottet. Man får alltså ingen påföljd men registreras i belastningsregistret. Några fick böter utan att brottet gick till domstol men i en majoritet av fallen dömdes personen.

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

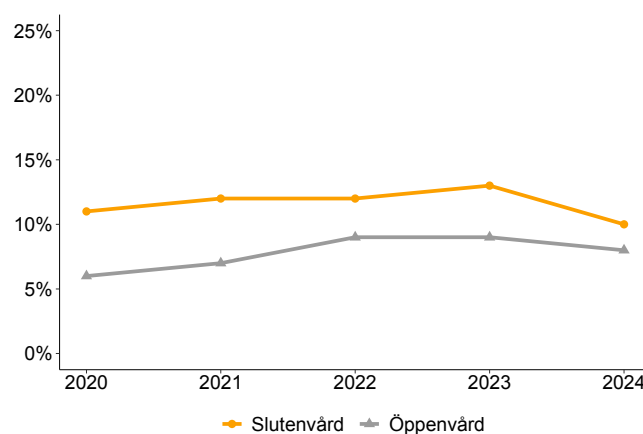
De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård.

Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

Förutom återfall i brott som lagförts förekommer brott som inte lagförts men som kommit till personalens kännedom och som registrerats i kvalitetsregistret. Det rör sig om de fall där patienten själv meddelat att en ny brottslig gärning begåtts, om kliniken fått kunskap om återfallet på annan väg eller själv polis-anmält misstänkt brott. Alternativt att det funnits grund för polisanmälan och notering om detta gjorts i patientens journal. Dessa brott benämns ”Återfall i brottslig gärning under pågående vård” och det är dessa som presenteras i figur 42. Uppgifter om brottslig gärning är alltså inte registrerade i något register hos polis- eller åklagarmyndighet, eller av Brå, utan registreras enbart i RättsspsyK:s kvalitetsregister.

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

Figur 42. Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård i sluten- och öppenvård.



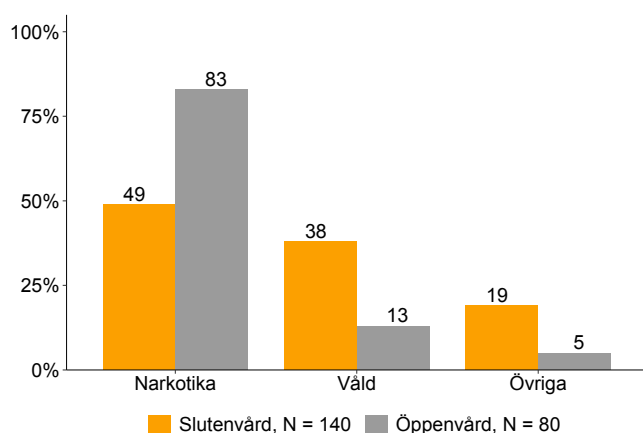
Återfall i brottsling gärning under pågående vård ökade något under perioden 2019–2023 för att under 2024 minska något. Förändringarna i sluten- och öppenvården går parallellt.

Som syns i figur 43 dominerar narkotikabrott i öppenvård, vilket är förväntat då narkotika är tillgängligare för patienter i öppenvård i jämförelse med slutenvården. Trots det är även narkotikabrott den vanligaste brottskategorin i slutenvård. Våld är vanligare inom slutenvården och majoriteten av de registrerade våldsincidenterna riktades mot personal.

Då några patienter återfaller i mer än en brottslig gärning överstiger den totala andelen 100 procent.

Den procentuella fördelningen mellan de olika brottskategorierna, narkotika, våld och övrigt har varit relativt konstant under de fem senaste åren.

Figur 43. Återfall i brottslig gärning under pågående vård fördelat på brottskategorier i sluten- och öppenvård.



Återfall i lagförda brott efter avslutad rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från tidigare rubrik ”Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård” hämtas data under denna rubrik från brottsregistret och innehåller brott som lagförts. Detta är möjligt genom ett samarbete mellan det rättspsykiatriska kvalitetsregistret (RättspsyK) och Brottsförebyggande rådet (Brå). Under denna rubrik redovisas återfall i brott upp till fem år efter avslutad LRV-vård.

Varför följa upp återfall i brott?

Eftersom den rättspsykiatriska vården har dubbla uppdrag, dels att ge vård och behandling, dels minska risken för återfall i allvarlig brottslig gärning så är återfall ett viktigt utfallsmått. Det är således intressant att ha kunskap om i vilka brott en person återfaller i och om det kan bedömas som allvarliga brott. Tidsaspekten är också intressant, sker ett återfall inom första året eller långt senare. I denna rapport görs dock inga anspråk på att identifiera några mönster eller dra några slutsatser av siffrorna, det finns inte tillräckligt underlag för det utan i årets rapport finns bara en deskriptiv redogörelse.

I en framtid, då underlaget är större, kan det vara möjligt att göra jämförelser med personer som dömts till andra påföljder.

Brottets art

I RättspsyK:s rapport redovisas återfallen i tre breda huvudkategorier:

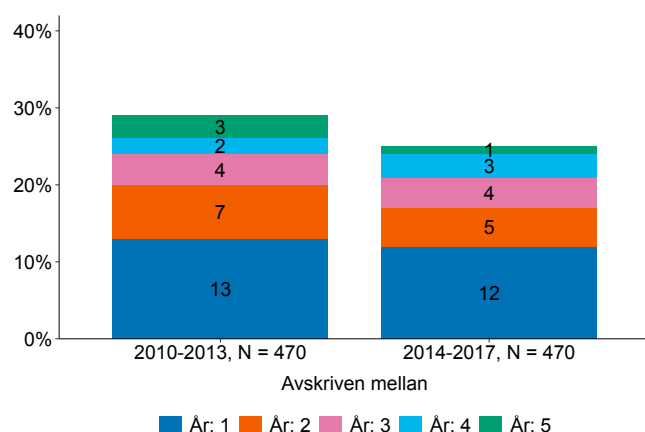
1. Brott mot liv och hälsa/brott mot person, BrB 3–7 kap.
2. Brott mot förmögenhet, BrB 8–12 kap.
3. Övriga brott

Dessa kategorier följer Brå:s klassificering av brott. Brotts mot liv och hälsa/brott mot person (benämns enbart som våldsbrott i den fortsatta texten) definieras som brott mot enskilda personer eller en persons intressen. Det rör sig i huvudsak om brott som mord och misshandel, sexualbrott, hot och trakasserier, mordbrand samt personrån. Brotts mot förmögenhet innefattar bland annat stöld, rån, bedrägeri, förskingring, tillgrepp av fortskaffningsmedel, egenmäktigt förfarande, utpressning och häleri.

Index- respektive återfallsbrott

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

Figur 44. Återfall i brott efter avskriven rättspsykiatrisk vård, ackumulerade värden.



Kommentar till siffrorna i figur 44

Liksom i förra årets rapport redovisas återfall, i tabellform, enbart där statistik finns ackumulerad över en femårsperiod. Det innebär att statistiken redovisas i två kohorter, patienter avskrivna under perioderna 2010–2013 och 2014–2017. I tabellen syns att återfall var vanligast under det första året efter vårdens avskrivning.

Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Till skillnad från figur 44, som presenterar siffror som ackumulerats under fem år, presenteras här siffror för samtliga efter avskriven LRV-vård, inom ett år efter avskrivningen, under perioden 2010–2021. Sammanlagt rör det sig om cirka 1 370 personer, varav cirka 260 är kvinnor och cirka 1 110 är män. Av dessa återföll cirka 130 personer (10 procent) i brott under detta

första år. Fördelning mellan könen visar att återfall var vanligare bland män där 12 procent hade återfallit i brott under första året efter vårdens avskrivning. Motsvarande siffror för kvinnorna var sex procent.

Andelen avskrivningar av vården och återfallshändelser har varit relativt stabila över åren 2010 till 2021.

Av dessa cirka 130 personer fördelades indexbrottet på brottskategorierna brott mot liv och hälsa (47 procent), förmögenhetsbrott (26 procent) och övriga brott (27 procent). Med indexbrott avses brottet för vilket patienten dömts till rättspsykiatrisk vård.

Eftersom kvalitetsregistret nu har data från Brå som omfattar 12 år kan data delas upp i två sexårskohorter 2010–2015 och 2016–2021. Andelen återfall under perioden 2016–2021 har minskat med drygt tre procent i jämförelse med perioden 2010–2015, från drygt 11 procent till åtta.

I vilken utsträckning sker ett återfall i samma brottstyp som indexbrottet, 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård?

Av de personer som dömdes där indexbrottet var brott mot liv och hälsa återföll 29 procent i brott mot liv och hälsa. Inom denna brottsgrupp var misshandel det vanligaste brottet. Det finns inga uppgifter om det rör sig om ”ringa”, ”normal” eller ”grov” misshandel.

Av de personer där indexbrottet var brott mot förmögenhet återföll 50 procent i förmögenhetsbrott. Inom denna brottsgrupp var ringa stöld det vanligaste brottet.

Av de personer där indexbrottet var övriga brott återföll 39 procent i övriga brott. De vanligaste återfallsbrotten i kategorin övriga brott var ringa narkotikabrott och olovlig körning.

Siffrorna visar att det var vanligast att återfalla i indexbrottet i de fall det rörde sig om brott mot förmögenhet. Totalt var återfall i övriga brott den vanligaste brottstypen, vilket stod för 47 procent av samtliga återfallshändelserna, oavsett indexbrott.

Det är för få personer för att dra några slutsatser om eventuellt återfall i indexbrottet. Kategorin övriga

brott är dessutom för ospecifik och innehåller flera olika brott och det går inte att avgöra om en person återfaller i indexbrottet eller ej.

Antal brott vid lagföreling, 1 år efter avskrivnen rättspsykiatrisk vård

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De cirka 130 personer som återföll registrerades för sammanlagt 530 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medelvärdet är fyra vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser. Skillnad mellan könen var liten.

Tidigare lagförelingar innan rättspsykiatrisk vård

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

Tabell 1. Antal patienter som återfallit i brott inom 1 år från avskrivning av LRV, efter antal lagförelingar innan LRV-dom (andel i procent anges inom parentes). Underlaget utgörs av samtliga patienter för vilka vårdn avskrivits under perioden 2010–2021.

Antal lagförelingar innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
1	20 av 270 (9)
2–3	40 av 260 (13)
4–8	40 av 160 (22)
9 eller fler	20 av 50 (40)
Ingen lagföreling innan LRV-dom	20 av 630 (3)

Det finns också en relation mellan det mest ingripande påföljden och återfall.

Tabell 2. Antal patienter som återfallit i brott inom 1 år från avskrivning av LRV, efter mest ingripande påföljd vid lagföreling innan LRV-dom (andel i procent anges inom parentes). Underlaget utgörs av samtliga patienter för vilka vårdn avskrivits under perioden 2010–2021.

Mest ingripande påföljd vid lagföreling innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
Böter	20 av 210 (9)
Frivårdspåföljder	40 av 210 (20)
Fängelse	40 av 200 (20)
Andra påföljder	10 av 130 (10)
Ingen lagföreling innan LRV-dom	20 av 630 (3)

Vårdprocess

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

Stöd- och behandlingsinsatser

Stödperson

Under psykiatrisk tvångsvård har patienten rätt till en från sjukvården fristående stödperson, utsedd av Patientnämnden. Rätten bygger på frivillighet och stödperson får inte utses mot patientens vilja (LRV 26 §). Under året hade 32 procent av patienterna i slutenvård och 33 procent av patienterna i öppenvård en utsedd stödperson, det vill säga ingen skillnad från föregående år. I år ses inga större skillnader mellan kvinnor och män, 32 procent av männen och 35 procent av kvinnorna. Den dominerande orsaken till att stödperson inte utsetts var att patienten avböjt sådant stöd.

Samverkan med andra aktörer

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

Tabell 3. Antal och andel patienter där det finns fungerande samverkan med externa aktörer.

Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Fungerande samverkan, %
Slutenvård	Kvinnor	160	88
	Män	990	85
	Totalt	1 150	86
Öppen-vård	Kvinnor	140	95
	Män	720	96
	Totalt	860	96
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	300	91
	Män	1 710	90
	Totalt	2 000	90

I tabell 3 ses hur stor andel av patienterna som hade någon fungerande samverkan med en extern aktör. Ingen större skillnad noteras mellan könen. Däremot ses en viss skillnad mellan de öppna respektive slutna vårdformerna.

Tabell 4. Antal och andel patienter där samverkansbehov med externa aktörer inte är tillgodosett.

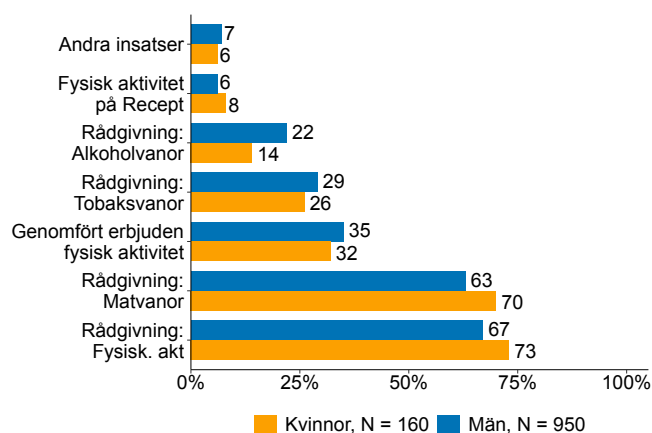
Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Icke tillgodosett samverkansbehov, %
Slutenvård	Kvinnor	160	21
	Män	990	17
	Totalt	1 150	18
Öppen-vård	Kvinnor	140	8
	Män	720	5
	Totalt	860	6
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	300	15
	Män	1 710	12
	Totalt	2 000	13

Patienter i öppenvård hade till 96 procent någon fungerande samverkan med extern aktör, jämfört med 86 procent för patienter som fortsatt vårdas i slutenvård. Andelen med någon fungerande samverkan har ökat för patienter vårdade i slutenvård. Motsvarande skillnad ses när man rapporterar brist på samverkan med en relevant extern aktör, tabell 4. För patienter i slutenvård noteras att 18 procent saknade samverkan med en väsentlig aktör. För öppenvårdspatienterna är den siffran väsentligen lägre, endast sex procent vilket är väsentligen samma resultat som föregående år.

Hälsofrämjande insatser

Patientgruppen har en omfattande somatisk sjuklighet likväl som en hög förekomst av övervikt och fetma. Som framgår senare i detta kapitel så har en mycket stor andel av patienterna i RättspsyK behandling för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Den höga andelen patienter med övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och fetma visar på vikten av hälsofrämjande åtgärder. De senaste fem åren finns rapporterat vilka hälsofrämjande åtgärder patienterna erbjudits och genomfört. Som framgår av rapporteringen så erhåller närmare två tredjedelar av alla patienter, 63 procent av männen och 63 procent av kvinnorna, hälsofrämjande insatser. De vanligaste formerna av hälsofrämjande insatser är som tidigare rådgivning om matvanor och fysisk aktivitet vilket är relevant i förhållande till den höga förekomsten av övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdom, figur 45.

Figur 45. Fördelning av hälsofrämjande insatser.



Läkemedelsbehandling

Liksom tidigare år har patienterna delats upp i två grupper, de med psykosdiagnos respektive de utan psykosdiagnos.

I tabell 5 återfinns de patienter som har en psykosdiagnos angiven som huvuddiagnos eller bidiagnos, det vill säga alla patienter med någon diagnos inom

ICD F20.0–F29.9. I tabell 6 återfinns de patienter som inte har psykosdiagnos, varken som huvuddiagnos eller bidiagnos.

Tabell 5. Antal patienter med psykosdiagnos (ICD F20.0–F29.9) som ordinerats läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Totalt
Första generationens antipsykotika, depåinjektioner	430 av 1 510 (28)
Första generationens antipsykotika, peroralt	270 av 1 510 (18)
Andra generationens antipsykotika, depåinjektioner	590 av 1 510 (39)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	840 av 1 510 (56)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	430 av 1 510 (28)
Antidepressiva	1 170 av 1 510 (77)
Stämningsstabiliserande antiepileptika	220 av 1 510 (15)
Litium	100 av 1 510 (7)
Beroendesjukdomar	300 av 1 510 (20)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	210 av 1 510 (14)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	680 av 1 510 (45)
ADHD	120 av 1 510 (8)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	460 av 1 510 (30)
Medel vid diabetes	250 av 1 510 (17)
Övriga somatiska sjukdomar	1 140 av 1 510 (75)
Ingen somatisk medicinering	310 av 1 510 (21)
Ingen psykofarmaka	40 av 1 510 (2)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	1 400 av 1 510 (93)

Tabell 6. Antal patienter utan psykossjukdom (ICD F20.0–F29.9) som ordinerats läkemedel inom olika läkemedelsgrupper (andel anges inom parentes).

Läkemedelsgrupp	Totalt
Första generationens antipsykotika, depåinjektioner	50 av 510 (10)
Första generationens antipsykotika, peroralt	80 av 510 (15)
Andra generationens antipsykotika, depåinjektioner	110 av 510 (21)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	200 av 510 (40)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	80 av 510 (15)
Antidepressiva	310 av 510 (62)
Stämningsstabiliserande antiepileptika	140 av 510 (28)
Litium	60 av 510 (11)
Beroendesjukdomar	110 av 510 (21)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	90 av 510 (17)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	260 av 510 (51)
ADHD	60 av 510 (12)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	150 av 510 (30)
Medel vid diabetes	70 av 510 (14)
Övriga somatiska sjukdomar	390 av 510 (77)
Ingen somatisk medicinering	100 av 510 (19)
Ingen psykofarmaka	90 av 510 (18)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	330 av 510 (65)

Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan psykosdiagnos

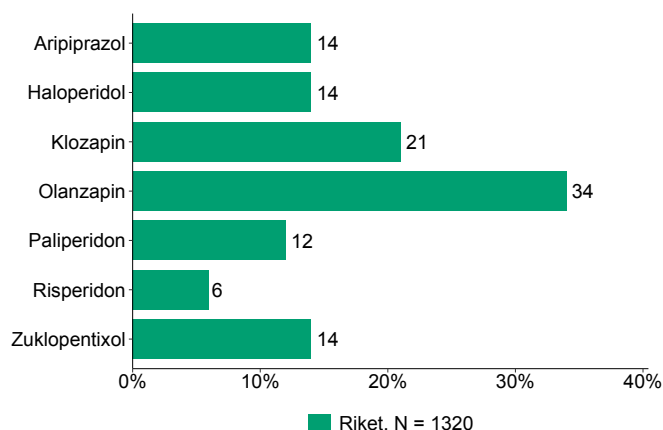
Tabell 5 beskriver läkemedelsanvändningen för 1 510 patienter med psykosdiagnos. För dessa patienter noteras inte oväntat att 93 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 28 procent behandling med depåneuroleptika från första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA)

och ytterligare 39 procent med depåneuroleptika från andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA). Dessa siffror är väsentligen oförändrade över åren.

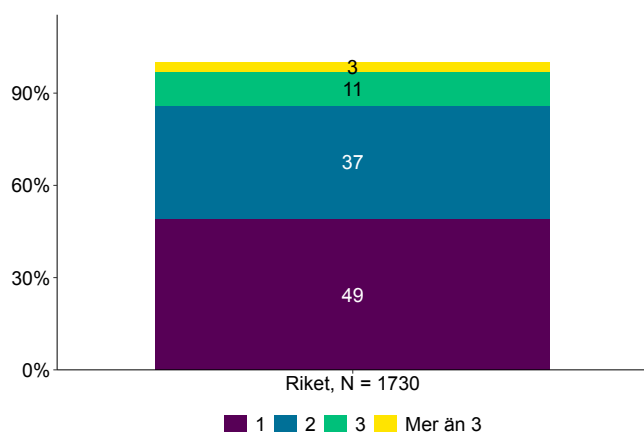
Att i stort sett samtliga patienter med psykossjukdom som diagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Av intresse är att 65 procent av alla patienter som inte har definierats med psykossjukdom, varken som huvuddiagnos eller bidiagnos, ordinerar antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas flera förklaringar till detta. Men, om det rent faktiskt skulle vara så att samtliga patienter med antipsykotisk behandling egentligen har en psykosdiagnos så innebär detta, såsom kommenterat i tidigare rapporter, att 86 procent av alla patienter inom den rättspsykiatriska vården skulle ha en psykossjukdom. Denna siffra är oförändrad över senare år och kan inte förklaras ytterligare utifrån rapportmaterialet.

Antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri

RättspsyK har tidigare kunnat göra jämförelser med PsykosR, dvs nationella registret för psykossjukdomar. Dessvärre kan detta inte göras längre eftersom detta register har upphört. Tidigare har bland annat Läkemedelsverkets riktlinjer för farmakologisk behandling vid schizofreni från 2013 där det rekommenderas i första hand aripiprazol, olanzapin och risperidon vid nydebuterad psykossjukdom. Aripiprazol anses ha svagare antipsykotisk effekt men totalt sett mer gynnsam biverkningsprofil. Dessa riktlinjer är i stort sett likartade som Svenska Psykiatriska Föreningens från 2014 där även perfenazin anges som förstahandsmedel. Klozapin rekommenderas i tredje hand men har en särställning effektmässigt eftersom det har dokumenterat bäst effekt över tid på suicidalitet och våldsutövande, det sistnämnda relevant för den rättspsykiatriska populationen. Av intresse är att notera att läkemedlet amisulpirid inte är registrerat i Sverige, trots att det internationellt är registrerat i de flesta större länder och är ett läkemedel som rankas in bland de fyra främsta antipsykotiska läkemedlen. Det är av intresse att se på fördelningen mellan de vanligaste antipsykotiska läkemedlen inom rättspsykiatri.

Figur 46. Antipsykotisk läkemedelsbehandling.

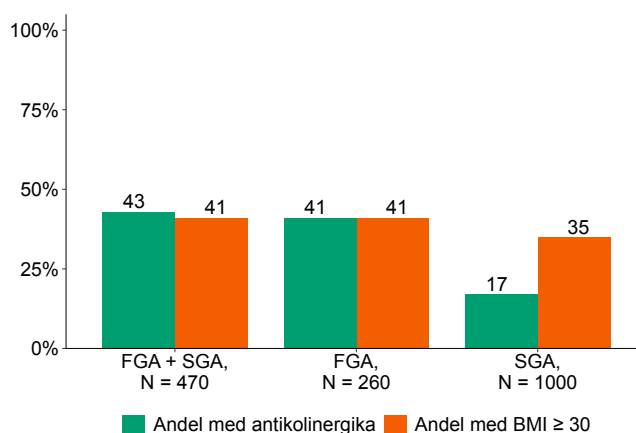
Vanligaste antipsykotiska läkemedlet var olanzapin följt av klozapin, det vill säga två av de mest effektiva antipsykotiska läkemedlen, se figur 46. Liksom tidigare år noteras att rättspsykiatriska patienter i stor utsträckning behandlas med klozapin vilket är rimligt då man kan anta att rättspsykiatrins patienter dels har svårare former av psykosjukdom, dels har en större risk för våldshandlingar under inflytande av sjukdomen.

Figur 47. Antal antipsykosläkemedel per patient.

Av figur 47 kan noteras att 51 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri hade mer än ett antipsykosläkemedel. Dessa siffror är i stort sett identiska med tidigare uppföljningar, det vill säga att polyfarmacin förefaller vara konstant i sin förekomst över åren. Vi har inte analyserat vilka kombinationer som är vanligast. Men nylig evidens indikerar att vissa kombinationer av antipsykotiska läkemedel förefaller ha gynnsamma potentierande egenskaper.

Biverkningar antipsykotiska läkemedel

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

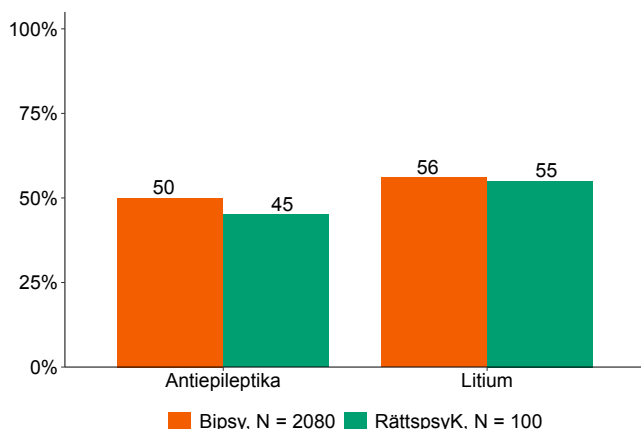
Figur 48. Andel patienter med BMI minst 30 samt andel med antikolinergika per läkemedelsgrupp; första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA), andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA) eller både FGA+SGA.

I figur 48 kan noteras, inte oväntat, att patienter med behandling med FGA har ett avsevärt större användande av antikolinergika läkemedel mot biverkningar av extrapyramidal karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant, och tvärt emot det förväntade, är att andelen patienter med minst 30 i BMI är högre, 41 procent bland de patienter som enbart har FGA jämfört med de patienter som endast använder SGA (35 procent) trots att SGA generellt sett har större viktökande potential. Det är oklart varför det inte är en skillnad till SGA nackdel. Oavsett så manar det till fortsatta livsstils- och hälsoinsatser för båda grupperna avseende kost och motion. Mönstret avseende övervikt i förhållande till typ av neuroleptika har inte väsentligen ändrats över de år detta har rapporterats.

Bipolär sjukdom

Användningen av stämningsstabiliserande läkemedel är av intresse.

Figur 49. Andel patienter med bipolär sjukdom som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i Bipsy* och RättsspsyK.

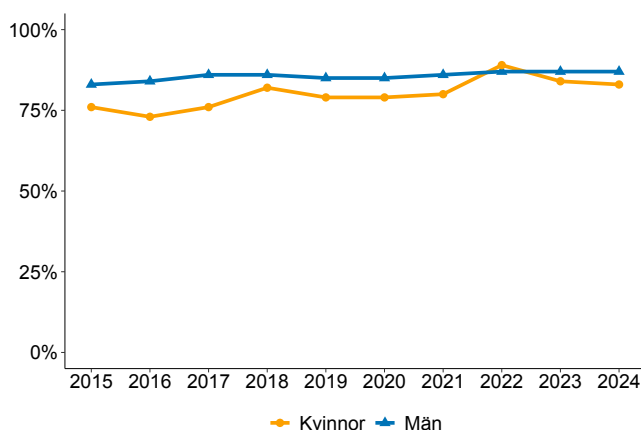


* Databasversion 2025-02-11.

Som framgår av figur 49 så använde 45 procent av patienter med bipolär sjukdom inom rättspsykiatri antiepileptika som ofta används som stämningsstabiliserande läkemedel. Dock är troligen denna siffra en överskattning eftersom antiepileptika har andra indikationer utöver bipolär sjukdom. Litium användes av 55 procent av patienter med bipolär diagnos i RättsspsyK jämfört med 56 procent av patienterna i Bipsy vilket är en önskvärd ökning av litiumbehandling inom RättsspsyK, i synnerhet som litium har en ospecifik aggressionsdämpande effekt.

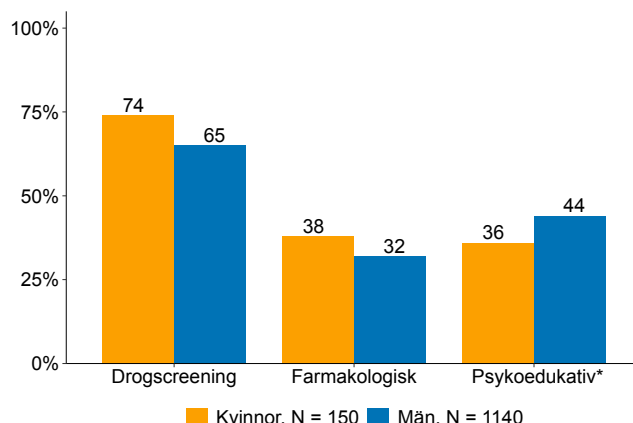
Missbruksbehandling

Figur 50. Andel patienter som under sin vårdtid erhållit missbruksbehandling.



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

Figur 51. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling.



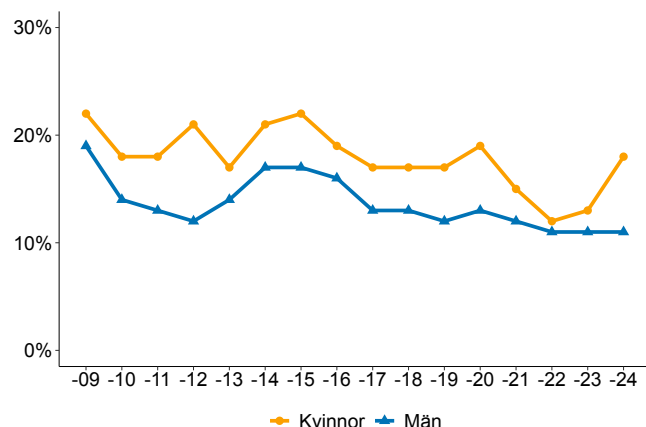
* Motivational interviewing, Community Reinforcement Approach, Återfallsprevention och Psykoterapi.

Som noteras i figur 51 består insatserna huvudsakligen av kontroller av drogintag vilket i nationella riktlinjer betraktas som en behandlingsinsats.

I rättspsykiatriska sammanhang behöver reflekteras över hur mycket detta är en behandlingsinsats i enlighet med biofeedback eller om det är en ren kontrollåtgärd. Övriga behandlingsformer som noterats, det vill säga psykoedukativa och farmakologiska är av betydligt mer begränsad omfattning. Detta är i sig inte oväntat. Å ena sidan är merparten av patienterna inte exponerade för alkohol och droger i sin slutenvård. Å andra sidan är missbruksbehandling för rättspsykiatriska patienter fortfarande, inte bara nationellt, utan även internationellt, ett utvecklingsområde då det saknas evidensbaserade behandlingsprogram för patientgruppen.

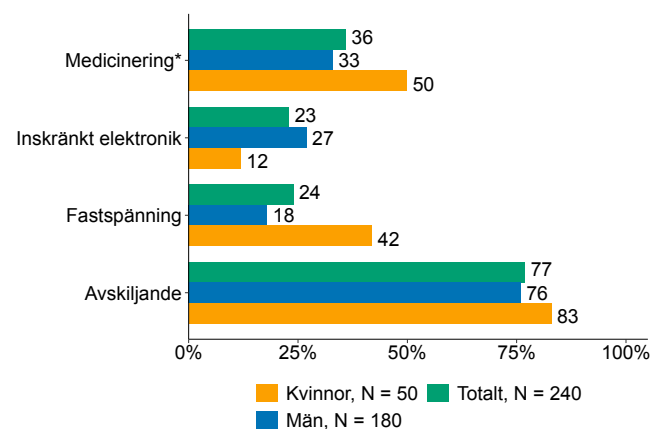
Tvångsåtgärder

Figur 52. Andel patienter som en eller flera gånger under året varit föremål för tvångsåtgärder enligt LRV 8 §, LPT 19-20 §§.



Som framgår av figur 52 så har andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder varierat över åren. Som noterats i tidigare rapporter minskade antalet tvångsåtgärder från 2015 och framöver. I tidigare rapporter kommenteras att detta kan ha varit ett uttryck för en förändring i lagstiftningen 2014 då reglerna för elektronisk kommunikation ändrades så att nu mer generella regler gäller för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning. Den förändring som kan noteras är att det även efter 2015 varit en stabil nedgång av andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder.

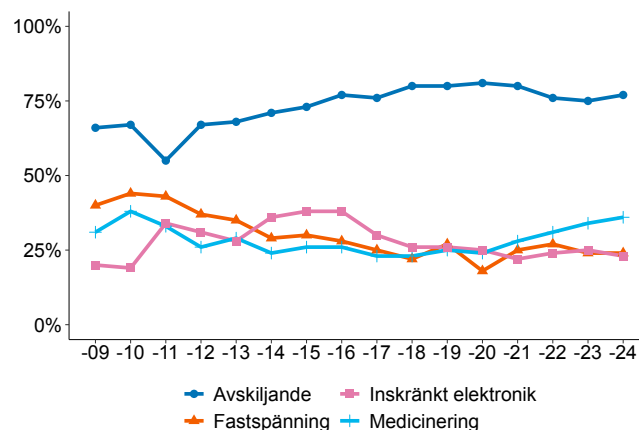
Figur 53. Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



* Utförd under fastspänning eller fasthållande.

Som tidigare var avskiljande den vanligaste åtgärden medan fastspänning, inskränkt elektronik och tvångsmedicinering ligger oförändrat, se figur 53.

Figur 54. Fördelning av tvångsåtgärder 2009–2024.



Intressant är att betrakta de olika typer av tvångsåtgärder patienter blivit föremål för. I figur 54 ses att andelen patienter som blir föremål för avskiljande har ökat sen starten av registret men detta har legat stabilt de senaste fem till sex åren. Samtidigt så har andelen patienter som blir föremål för mer ingripande insatser som fastspänning avsevärt reducerats, vilket är i linje med internationella studier som visar att ökning av vissa tvångsåtgärder resulterar i minskning av andra.

Brottsbearbetning

Brottsbearbetning kan beskrivas som en riktad insats, enskilt eller i grupp, där huvudsyftet är att patienten får vetskap om brottet, förstår och kan förutse brottsutlösande faktorer och riskmiljöer samt att känslomässigt kunna bearbeta de upplevelser det medfört. I vissa delar av landet finns lokalt utarbetade brottsbearbetnings manualer men metoderna varierar. Tillvägagångssätt och kompetens varierar och utförs ofta av psykolog, men ibland även av läkare, sjuksköterskor och skötare.

Patienter kan under både kortare och längre perioder vara för sjuka för att en brottsbearbetande insats ska vara meningsfull. Begreppet brottsbearbetning blev allmänt accepterat genom SOU 2006:91 som var ett

resultat av den av regeringen 2003 utsedda psykiatrisamordnaren. På sidan 76 står det: *”En väsentlig del i arbetet med patienten är brottsbearbetning, d.v.s. att förstå den utförda handlingen och dess konsekvenser, liksom att komma underfund med och hantera de förhållanden (triggers) som kan vara utlösande för till exempel ett våldsbrott”.*

Begreppet har dock aldrig tillfredsställande kunnat definieras och än mindre har någon forskning funnits att hänvisa till. Det har lett till att olika verksamheter har gjort försök att definiera innehåll och begrepp. För att inom rättspsykiatri få en samsyn har flertalet arbetsgrupper med representanter från många verksamheter arbetat med frågan och förslag har tagits fram. Man börjar mer och mer luta åt att istället använda begreppet brottskartläggning. Själva ordet brottsbearbetning har dock fått ett starkt fäste.

För lekmän och politiker kan det tyckas vara självklart att detta är ett viktigt syfte med vården och uppfyllandet av samhällsuppdraget att förhindra återfall i brottslighet av allvarligt slag. Å andra sidan kan man hävda att hela innehållet i den rättspsykiatriska vården har detta syfte.

Andel patienter som anges ha en pågående, alternativt har genomgått, brottsbearbetning ligger på 47 procent 2024. Om man ser över åren så finns en statistiskt signifikant minskning av andelen patienter som genomgår brottsbearbetande samtal från 55 procent 2017 till 47 procent 2024. Från svaren i fritextalternativet så ser man hur verksamheterna anger vad brottsbearbetning innebär. I fallande ordning är psykologsamtal och strukturerade brottsbearbetande samtal vanligast.

Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

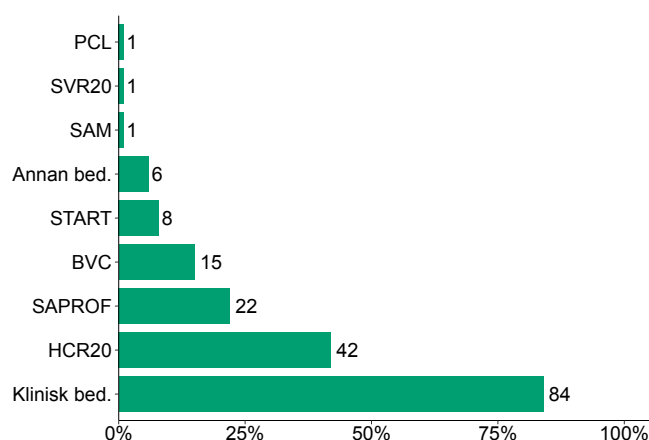
Den rättspsykiatriska vården har ett dubbelt uppdrag. Dels ska patienterna vårdas, behandlas och rehabiliteras i förhållande till sin sjukdom, dels ska risken för återfall i allvarlig brottslighet reduceras genom olika behandlande, vårdande, rehabiliterande och begränsande åtgärder. Därav är det centralt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

brottslighet likväl som insatser för att minska risken av sådan brottslighet genom behandlande insatser.

Genomförda riskbedömningar

Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 42 procent av fallen. HCR-20 är en bedömningsmetod som avser långtidsprediktion av återfall i våld och även omfattar i sin senare version, HCR-20 v3, hanteringsstrategier för att minska återfallsrisken. Andelen patienter som bedömts med olika metoder har inte väsentligen förändrats.

Figur 55. Fördelning av genomförda riskbedömningar på olika metoder.



Behandling utifrån riskfaktorer

Till årsrapporten rapporteras vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Som förebyggande insatser anges farmakologisk behandling för 86 procent. Struktur i vardagen angavs som förebyggande insats för 78 procent, stöd och träning för 42 procent, psyko-educativa insatser för 28 procent samt specifika psykoteraeutiska behandlingar för 11 procent av patienterna. I stort är siffrorna de samma för 2024 som tidigare år.

Beskrivning av riskbedömningsinstrument

- PCL (Psychopathy Checklist) är ett hjälpmedel för diagnostik av psykopati. Instrumentet fungerar även för att predicera återfall i allvarliga våldshandlingar.
- HCR-20 v3 (Historical, Clinical and Risk management, version 3) är "golden standard" för bedömning av risk för återfall i framtida våld hos personer som lider av psykiska störningar och/eller sjukdomar. Instrumentet används för riskbedömning likväl som för "risk management".
- BVC (Brøset Violence Checklist) är en checklista för personal i slutenvård för att identifiera patienter med hög risk för aggressionshandlingar i närtid. BVC indikerar när man behöver vidta åtgärder för att minska risken för våldshandlingar de närmaste 24 timmarna.
- SVR-20 (Sexual Violence Risk) är en metod för att bedöma risken för återfall i sexuella våldshandlingar.
- START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) är ett instrument för bedömning av risk för våld, suicid, självskada, återfall i missbruk, självförsummelse, rymning och risk för att utsättas själv för våld. Bedömningen görs av vårdteamet utifrån dynamiska risk- och skyddsfaktorer och ligger till grund för behandlingsplanering.
- SAM (Stalking Assessment and Management) är ett verktyg för att bedöma risken för fortsatt stalking och allvarligt våld.
- SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors) är ett verktyg för utvärdering av skyddsfaktorer vid våldsrisk och allvarligt problem-beteende.

Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård

Strikt formellt måste alla villkor för att ansöka om öppen rättspsykiatrisk vård vara uppfyllda. Då måste en samordnad vårdplanering ha skett och vårdplan fastställts tillsammans med kommunen. Andelen patienter som bedömts vara färdiga för rättspsykiatrisk öppenvård men ändå vårdades i slutenvård har senaste åren minskat. 2020 var andelen 10 procent, 2021 8 procent, 2022 6,7 procent, 2023 7,5 procent och 2024 7,0 procent.

Vårdrelaterade faktorer som påverkar tid till avslut av rättspsykiatrisk vård

Då RättspsyK nu har inrapporterade data sedan mer än tio år kan analyser göras av hur länge patienter vårdas efter intagning och vilka faktorer som är associerade till LRV-tidens längd. Grunddata anger att mediantiden till avskrivning av LRV för de patienter där vården har påbörjats 2009 eller senare är 97 månader. Med detta avses att hälften av alla som tas in jämlikt LRV har en vårdtid med LRV, slutenvård eller öppenvård på minst 97 månader, räknat från lagakraftvunnen dom fram till att LRV avskrivs.

Dessa medianvärden beskriver längden av LRV för samtliga patienter som intagits i registret sedan 2009 och skiljer sig därmed från dem som beskrivs i nästa kapitel där det beskrivs hur länge man varit intagen jämlikt LRV när vården väl avslutas.

Vård- och bakgrundsdata i förhållande till avslut av LRV

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

Alla patienter med för analysen fullständiga data i registret mellan 2009 och 2023 ingår i analysen. Analyserna visar att kön, tidigare rättspsykiatrisk vård, psykosdiagnos och våldsbrott inte påverkar vårdtidens längd.

Sannolikheten för att få vården avslutad minskar signifikant för yngre patienter (< 40 år vid intagning), för patienter dömda till LRV med SUP, om man tidigare fått psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk vård. Samma för patienter med en dokumenterad historia av missbruk liksom om aktuellt brott varit mot liv och hälsa.

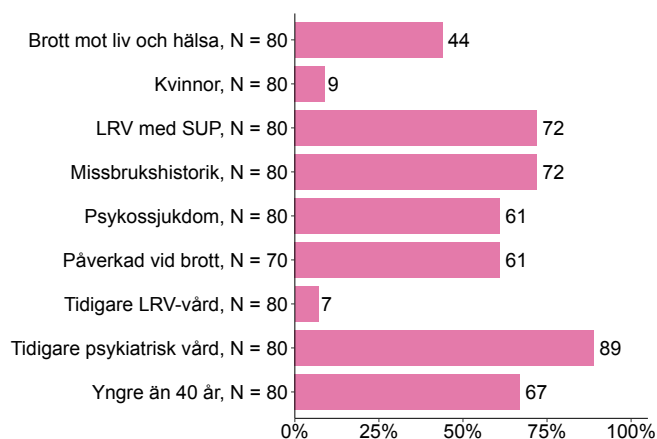
Oberoende av dessa ”statiska” ingångsvariabler så finner man att patienter som vid senaste bedömningen bedömts ha lågt symtomtryck, hög grad av motivation till behandling, hög grad av insikt samt avsaknad av återfall i brott har signifikant större sannolikhet att få sin vård avslutad.

”Fyra- och sexårsgrupper”

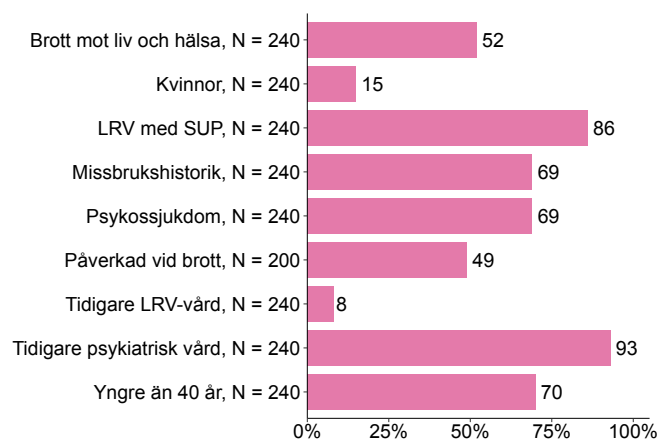
Skillnaderna som beskrivs ovan bekräftas och illustreras grafiskt i figur 56 samt figur 57. I dessa två figurer ses i den så kallade ”fyraårsgruppen” patienter vilka är de som tagits in jämnt LRV under åren 2017 och 2018 och som efter fyra år fortfarande var i LRV vård men som var utskrivna inom sex år. I ”sexårsgruppen” återfinns de patienter som togs in samma år (2017 och 2018) men som sex år efter intagning fortfarande var i LRV-vård.

Skillnaderna mellan dem som skrivs ut tidigare och dem som skrivs ut från LRV senare bekräftas i stort sett ytterligare när man ser på profilen för de patienter som fortfarande är kvar under LRV tvångsvård efter tio år, figur 58.

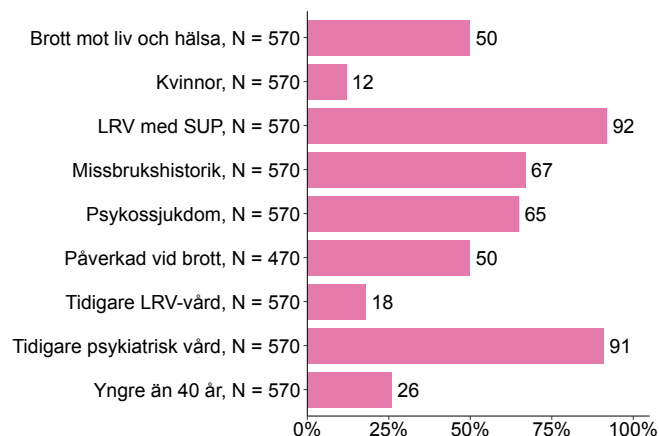
Figur 56. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



Figur 57. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.



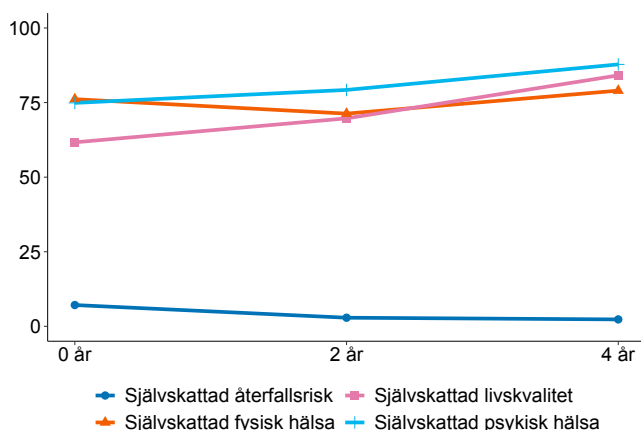
Figur 58. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2015 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



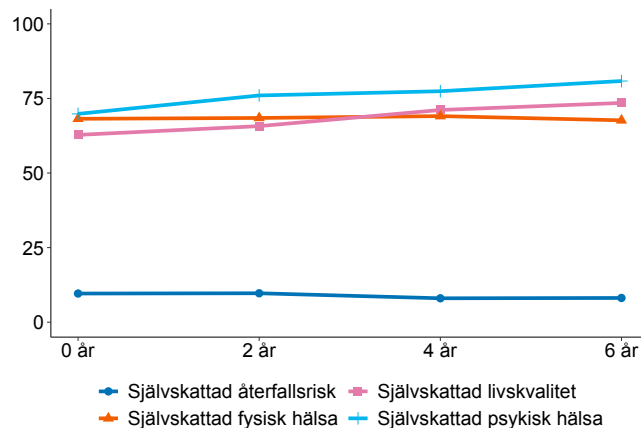
Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

Årligen samlas uppgifter om självskattningar och indikatorer i vården in. Med de ovan beskrivna fyra- och sexårsgrupperna kan man följa utvecklingen av dessa indikatorer. Mönstret för självskattad livskvalitet och återfallsrisk ser likartad ut som föregående år, figurerna 59 och 60. Livskvaliteten förefaller att stiga över tid vilket även kan noteras för patienter som vårdats sedan före 2015, figur 61.

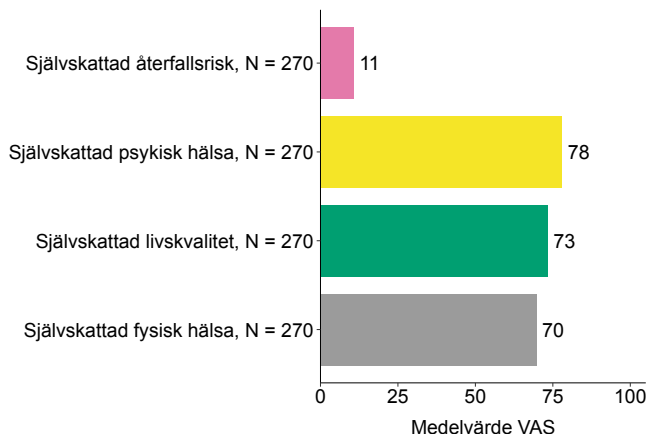
Figur 59. Självskattningar, fyraårsgruppen.



Figur 60. Självskattningar, sexårsgruppen.

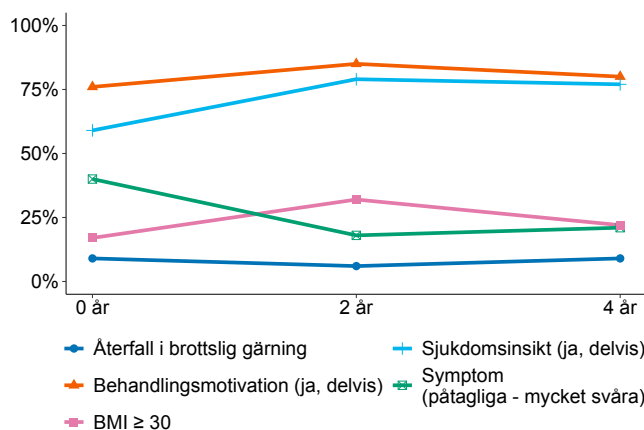


Figur 61. Självskattningar, patienter dömda före år 2015 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.

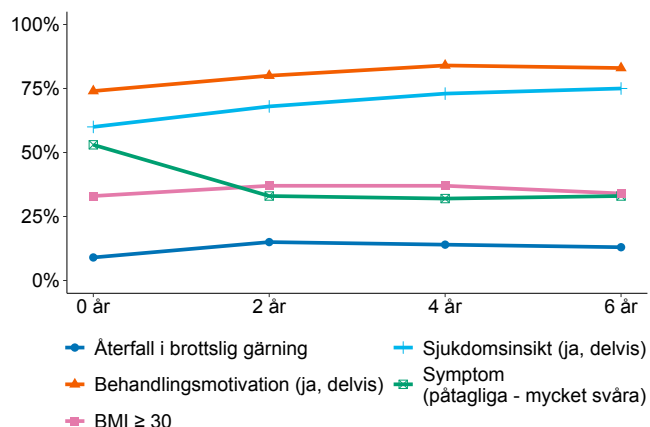


I figurerna 62 och 63 ses förändringarna i viktiga variabler över tid i fyra- och sexårsgrupperna. I båda grupperna ses över tid en påtaglig minskning av symtomtryck (det vill säga allvarlighetsgrad av symtom). Symtomtrycket minskar avsevärt för fyraårsgruppen, det vill säga för de som skrivs ut inom sex år. Minskningen av symtom i fyraårsgruppen är påtaglig jämfört med både sexårsgruppen likväl som vid jämförelse med dem som har vårdtider på mer än tio år.

Figur 62. Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.

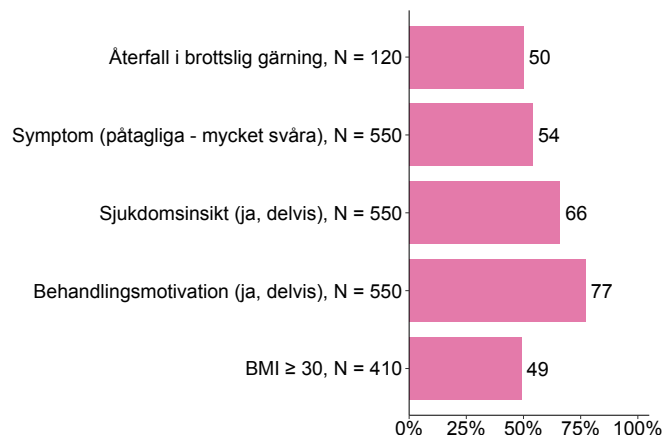


Figur 63. Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Skillnaderna är ännu tydligare när man ser till den grupp som intagits före 2015 och fortfarande vårdas. För den gruppen förekommer högt symtomtryck hos 54 procent av patienterna, se figur 64.

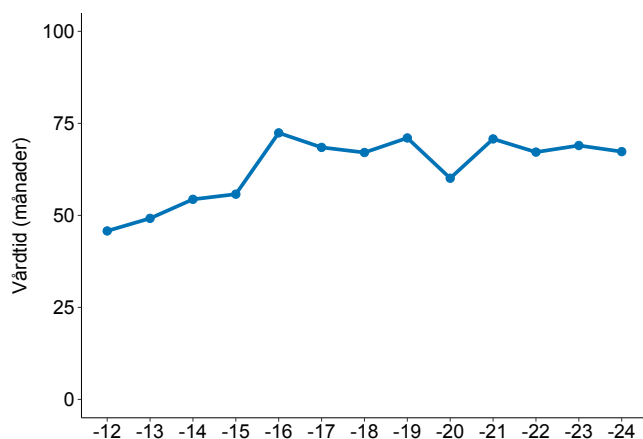
Figur 64. Indikatorer, patienter dömda före år 2015 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



Vårdtid

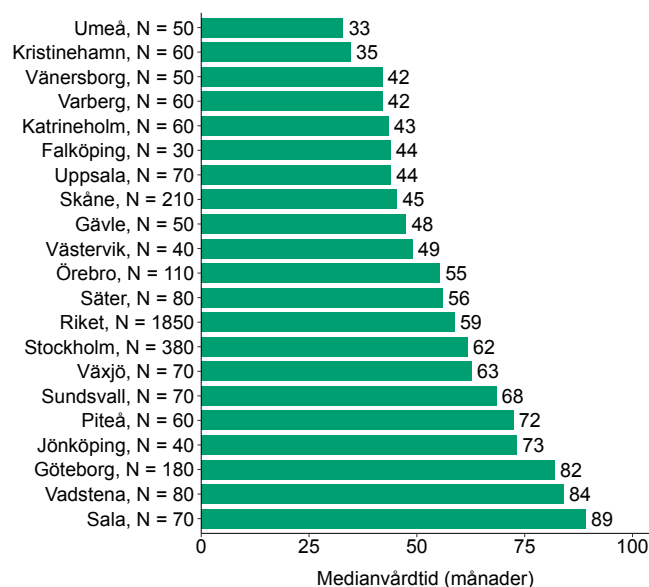
Sammanlagt fick omkring 1 850 patienter den rättspsykiatriska vården avskriven under åren 2009–2024. Medianvårdtiderna skiljde sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet. De varierande vårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt, och att de delvis vårdar patientgrupper med olika vårdbehov. En annan tänkbar delförklaring, särskilt för mindre enheter, kan vara att enstaka patienter med avvikande vårdtidslängd påverkat resultaten i någon riktning. Ytterligare andra faktorer såsom tillgång till specialiserad öppenvård och möjligheter till kommunsamverkan kan påverka hur rehabiliteringsförloppet ser ut, vilket i sin tur kan påverka vårdtidens längd.

Figur 65. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård, år för år, under perioden 2012–2024.



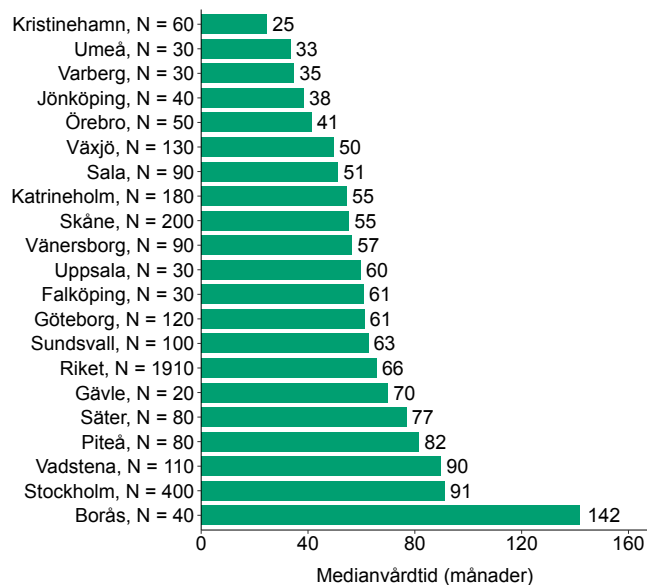
Vid en analys av registrerade vårdtider för de patienter som skrivits ut enskilda år, framkommer en stadigt stigande trend för vårdtiderna mellan åren 2012 till 2015. En kraftigare ökning av vårdtider förefaller ha skett kring år 2016. Vårdtiderna för patienter med avskriven vård efter 2016 har varierat utan att någon tydlig trend kan ses mot vare sig kortare eller längre vårdtider.

Figur 66. Medianvårdtid för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2024.



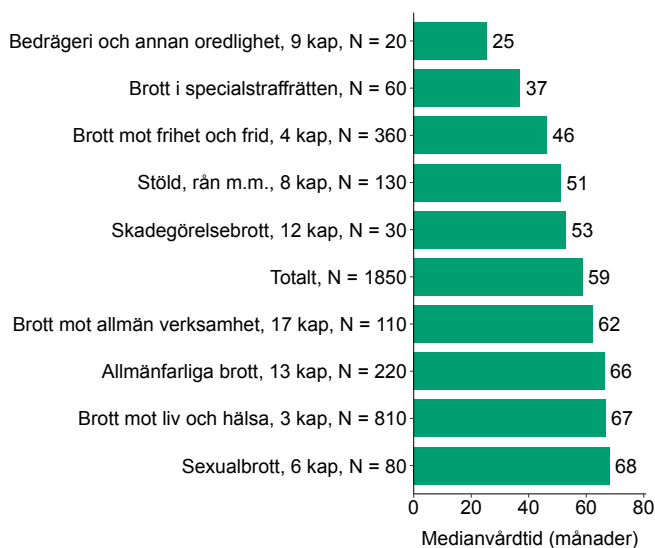
Medianvårdtiden för samtliga patienter för vilka vården avslutats under perioden 2009–2024 var 59 månader (strax under fem år). Medianvårdtiderna skiljde sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierade mellan 33 månader (två år och nio månader) och 89 månader (sju år och fem månader).

Figur 67. Medianvårdtid för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.



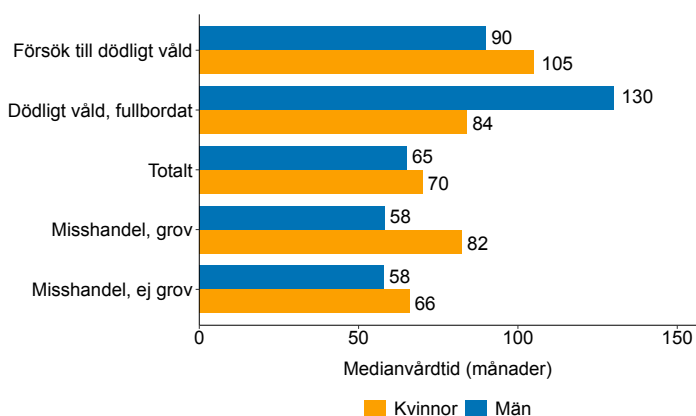
För patienter i pågående vård 2024 var spridningen av medianvårdtider än större mellan enheter, från 25 månader (två år och en månad) upp till 142 månader (11 år och tio månader). Spridningen kan emellertid som nämnts tidigare vara påverkad av enstaka patienter på enheter med få patienter. För patienter med pågående vård i riket som helhet var medianvårdtiden 66 månader (fem år och sex månader), vilket var högre än för patienter med avskriven vård under 2009–2024.

Figur 68. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2024.



Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård varierade. För patienter som skrevs ut mellan 2009 och 2024, med indexbrott inom den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, var medianvårdtiden 67 månader (fem år och åtta månader). Längst medianvårdtid hade patienter som dömts för sexualbrott (68 månader).

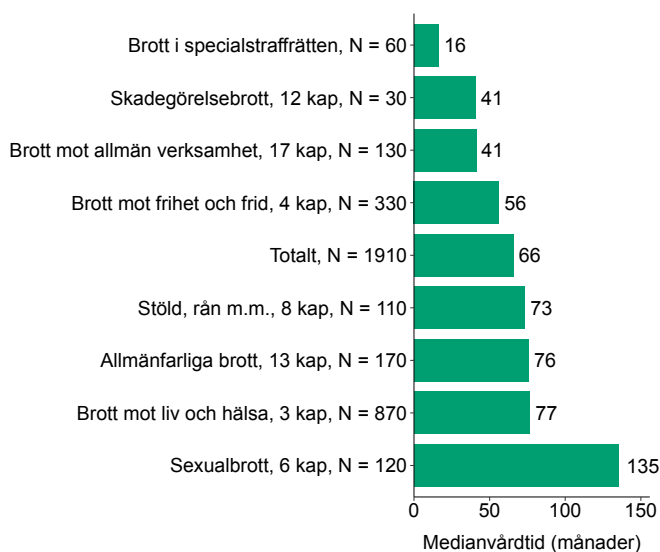
Figur 69. Medianvårdtid för undergrupper* inom brott mot liv och hälsa, för patienter med avskriven vård under åren 2009–2024.



* Vållande till annans död, sjukdom, kroppsskada, samt framkallande av fara för annan finns inte med i de undergrupper som redovisas.

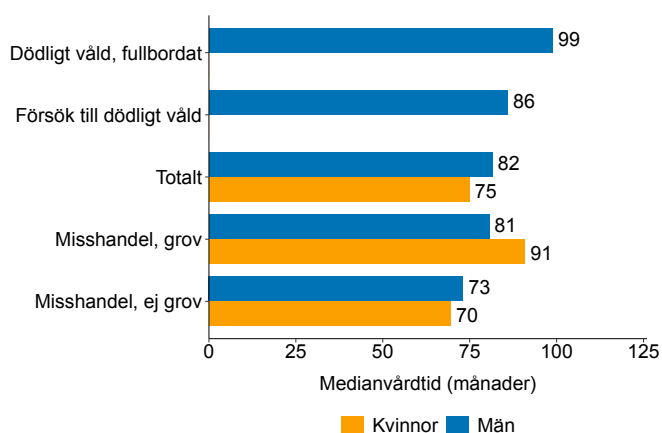
Det fanns en tydlig variation avseende medianvårdtid inom gruppen brott mot liv och hälsa. För patienter med avskriven vård var medianvårdtiden längre vid försök till, eller fullbordat, dödligt våld än vid andra brott mot liv och hälsa.

Figur 70. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående vård.



Även för patienter i pågående vård var den vanligaste brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter med pågående vård under 2024 och med indexbrott inom denna brottsgrupp hade en medianvårdtid på 77 månader, motsvarande sju år och fem månader. De patienter som begått sexualbrott och som hade pågående vård hade mycket långa vårdtider, där medianen var 135 månader, motsvarande 11 år och tre månader.

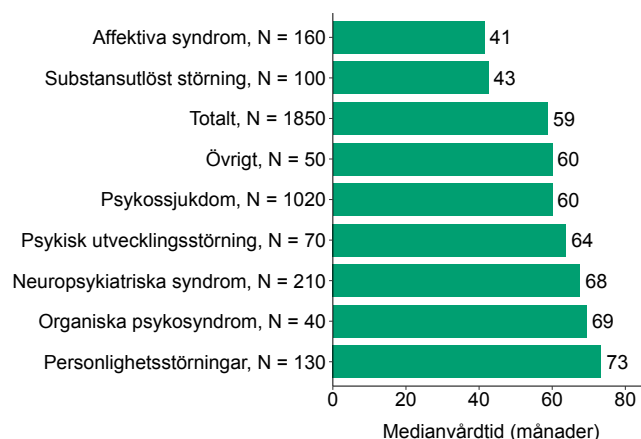
Figur 71. Medianvårdtid för undergrupper* inom brott mot liv och hälsa, för patienter med pågående vård under 2024.



* Vållande till annans död, sjukdom, kroppsskada, samt framkallande av fara för annan finns inte med i de undergrupper som redovisas.

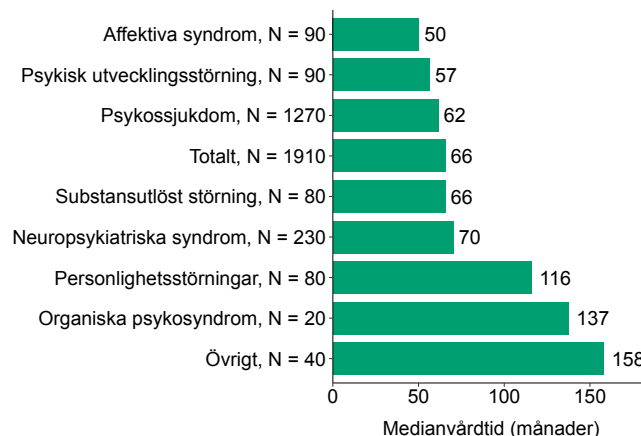
För patienter med pågående vård fanns en trend för män där medianvårdtiderna föreföll öka med ökad svårighetsgrad på indexbrottsligheten. Även för kvinnor förefaller en sådan trend föreligga, med antalet kvinnor i materialet var för få för att kunna redovisa vårdtiderna vid försök till-, eller fullbordat dödligt våld.

Figur 72. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avslutad vård mellan 2009–2024.



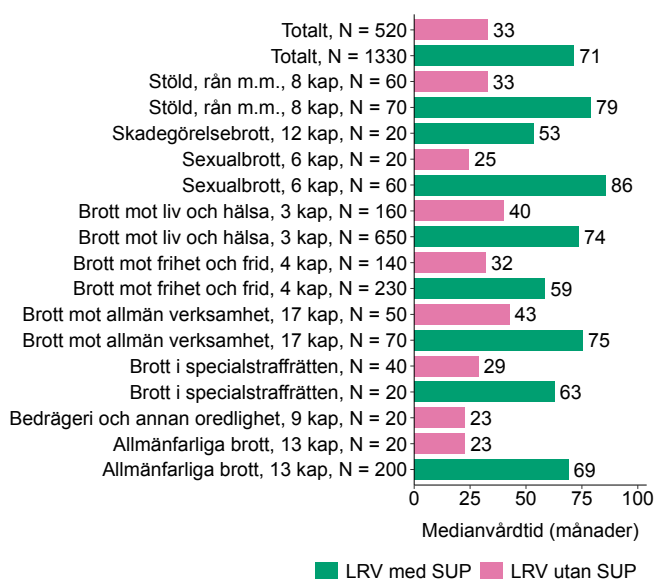
Vårdtiderna varierade mellan patienter tillhörande olika diagnosgrupper, mellan 41 och 73 månader för patienter med avslutad vård under 2009–2024. För patienter inom den vanligaste kategorin, psykosjukdomar, var medianvårdtiden 60 månader.

Figur 73. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med pågående vård.



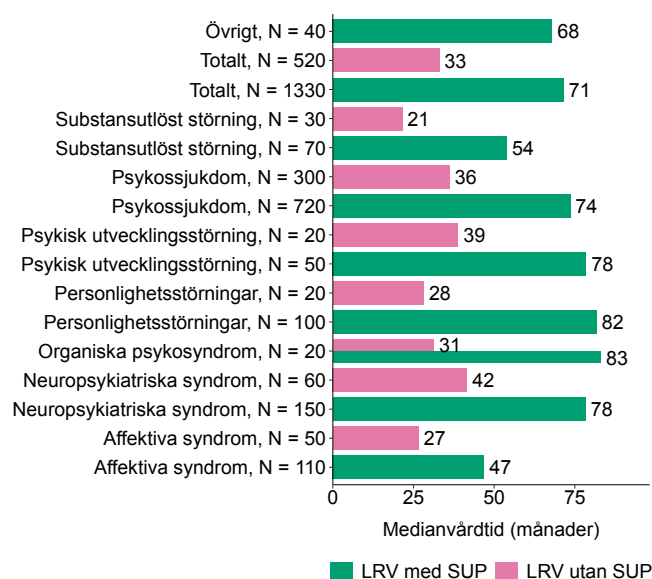
Medianvårdtiderna för olika diagnosgrupper skiljde sig även åt för patienter i pågående vård under 2024. Patienter med organiska psykosyndrom och personlighetsstörning hade långa vårdtider på 137 månader respektive 116 månader. Även för patienter med huvuddiagnos inom den blandade gruppen ”övrigt” var vårdtiderna mycket långa.

Figur 74. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med respektive utan SUP och med avskriven vård under åren 2009–2024.



För patienter med avskriven vård under 2009–2024 var medianvårdtiderna betydligt längre för de som överlämnades till rättspsykiatrisk vård med SUP, oavsett brotts- eller diagnosgrupp. Skillnaden mellan patienter med och utan SUP kan troligen delvis förklaras av att det för påföljden LRV med SUP krävs att det ska bedömas finnas en risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Således kan denna grupp möjligen vara mer svårbehandlad, eller kännetecknas av att konsekvenserna av sviktande psykiskt mående kan bli nya brott, vilket kan innebära att utslussning sker med successiva steg och i sin tur leder till längre vårdtider. Vidare är frågan om att avsluta vården för patienter med SUP alltid föremål för prövning i förvaltningsrätten, medan vården för patienter utan SUP kan avslutas av chefsöverläkaren.

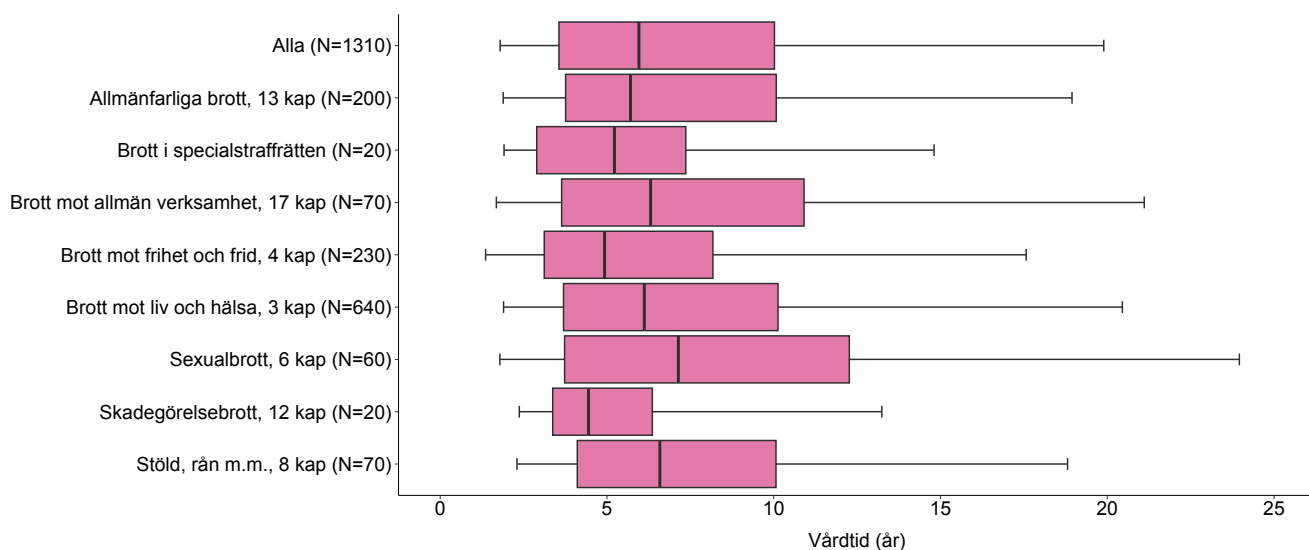
Figur 75. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med respektive utan SUP och med avskriven vård under åren 2009–2024.



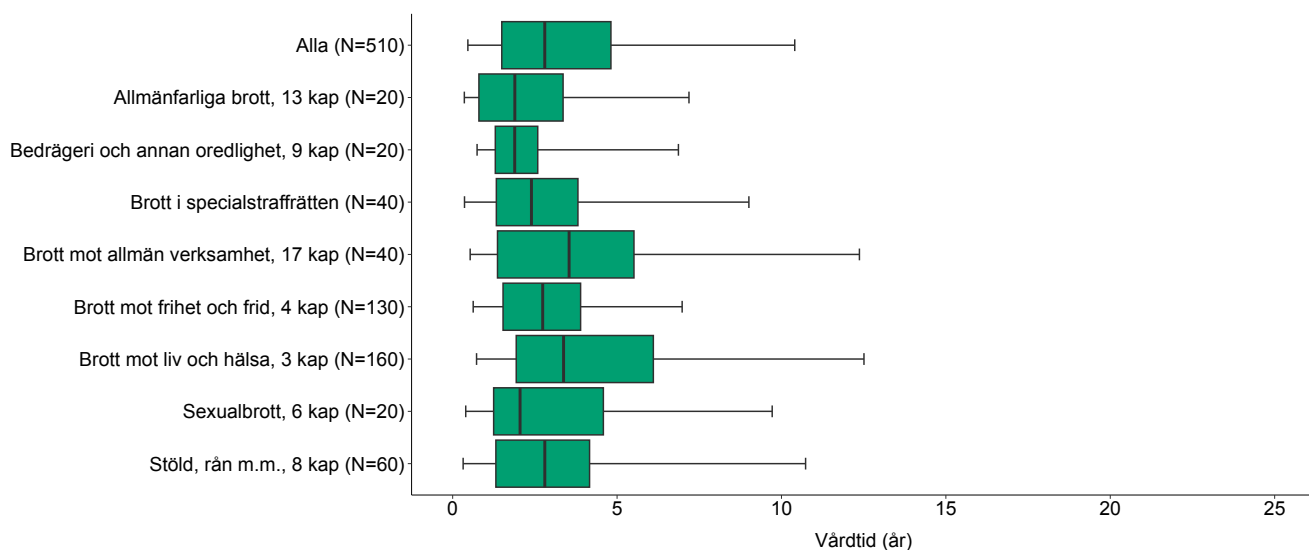
I figur 76 och figur 77 visas spridningen i vårdtid för patienter med och utan SUP uppdelade efter indexbrottets brottsgrupp. Se sidan 49 för läsanvisning för box plot som är den typ av figur som används.

Sammantaget framgår att samtidigt som exempelvis medianvärdena för grupper kunde skilja sig åt, ibland lite och ibland på ett mer betydande sätt, så fanns det inom respektive brotts- och diagnosgrupp en uttalad spridning och således stora individuella variationer avseende hur länge patienterna vårdades.

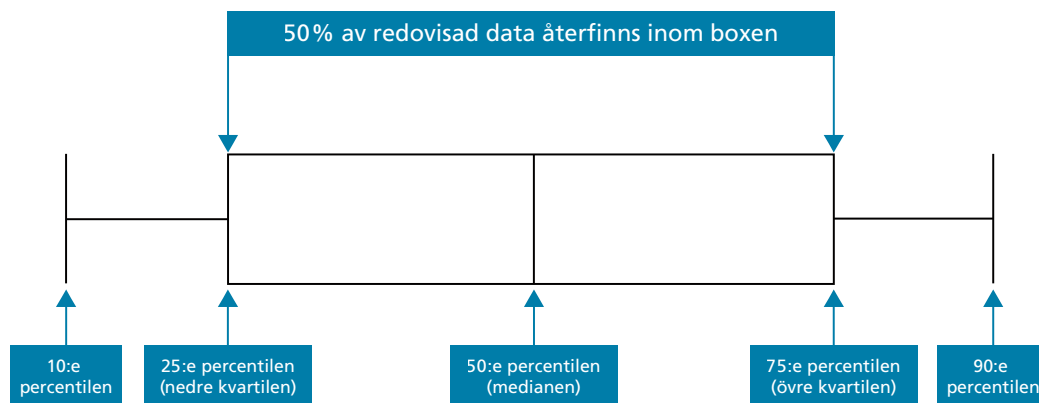
Figur 76. Spridning av vårdtid för patienter **med SUP** där vården **avskrivits** under åren 2009–2024, per brottsgrupp.



Figur 77. Spridning av vårdtid för patienter **utan SUP** där vården **avskrivits** under åren 2009–2024, per brottsgrupp.



Läsanvisning för box plot



Förklaring: box plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil, median och övre kvartil. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida det högsta värdet. Extremvärden eller "Outliers" och medelvärden redovisas inte.

Verksamheterna i registret

Tabell 1. Verksamheterna i registret.

Region	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna 2024				Uppgifter från registret 2024			
		Antal sluten- vårdsplatser	Säkerhets- nivå**	Upptagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medel- ålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Blekinge	Karlskrona	2	3	Region Blekinge	Karlskrona	< 15			
Dalarna	Säter	78	2, 3	Dalarna, Uppsala, Gävleborg	Säter	90	40	12	63
Gävleborg	Gävle	10	3	Region Gävleborg	Gävle Sjukhus	20	40	0	48
Halland	Varberg	18	2, 3	Halland	Varberg	30	42	10	90
Jönköping	Jönköping	22	3	Region Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	40	40	16	52
Kalmar	Västervik	18	2, 3	Region Kalmar län	Västervik	< 15			
Kronoberg	Växjö	121	1, 2, 3	Södra sjukvårdsregionen	Växjö	130	37	17	89
Norrbotten	Piteå	44	2, 3	Norrbotten	Öjebyn, Piteå	90	43	14	61
Skåne	Skåne	111	2, 3	Region Skåne	Trelleborg, Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad	200	44	16	45
Stockholm	Stockholm	218	1, 2, 3	Region Stockholm	Huddinge, Upplands Väsby	420	44	15	32
Sörmland	Katrineholm	155	2	Stockholm, Sörmland, Gotland, Örebro	Katrineholm	190	39	13	80
	Mälarsjukhuset	0	3	Norra hälso- och sjukvårdsområdet	Eskilstuna	< 15			
Uppsala	Uppsala	24	2, 3	Uppsala	Jälla	30	39	17	50
Värmland	Kristinehamn	42	2, 3	Värmland	Kristinehamn, Karlstad	60	42	14	74
Västerbotten	Umeå	17	2	Västerbotten	Umeå	30	39	18	57
	Skellefteå	0		Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 15			
Väster- norrland	Sundsvall	105	1, 2, 3	Region Västernorrland/avtal med Jämtland- Härjedalen och Gävleborg	Sundsvall	100	39	13	78
Västmanland	Sala	55	1, 2	Västmanland	Sala	90	41	10	63
Västra Götaland	Borås	0	3	Södra Älvsborg	Borås	40	46	16	5
	Falköping	24	2	Östra område, Skaraborg	Falköping	30	40	18	48
	Göteborg	101	1, 2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	140	41	12	45
	Vänersborg	54	2	Fyrbodal NU-sjukvården, Sjuhärads slutenvård	Vänersborg	90	41	17	68
Örebro	Örebro	34	2, 3	Örebro län	Örebro	60	43	24	78
Östergötland	Vadstena	86	2, 3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	110	41	12	72
TOTALT		1 339				2 020	42	15	57

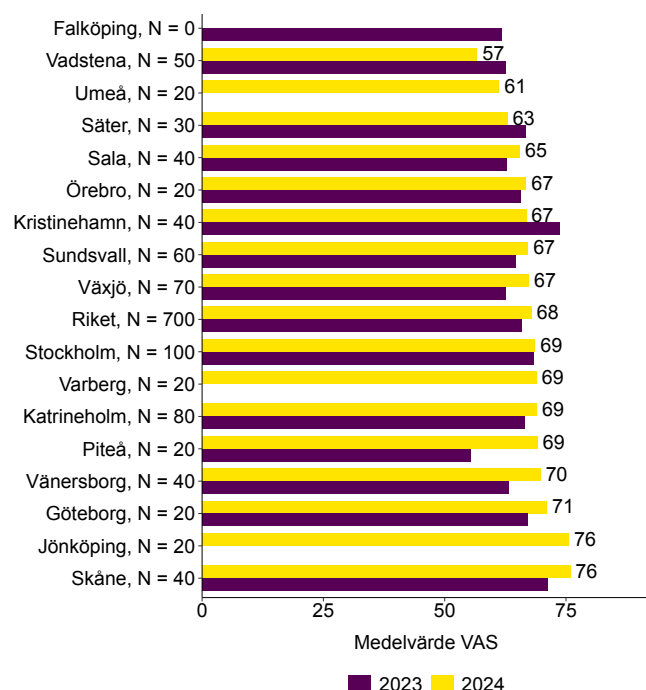
* Benämning på verksamhet i denna årsrapport. Fullständiga namn återfinns på sidan 2. ** Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§).

Redovisning på verksamhetsnivå

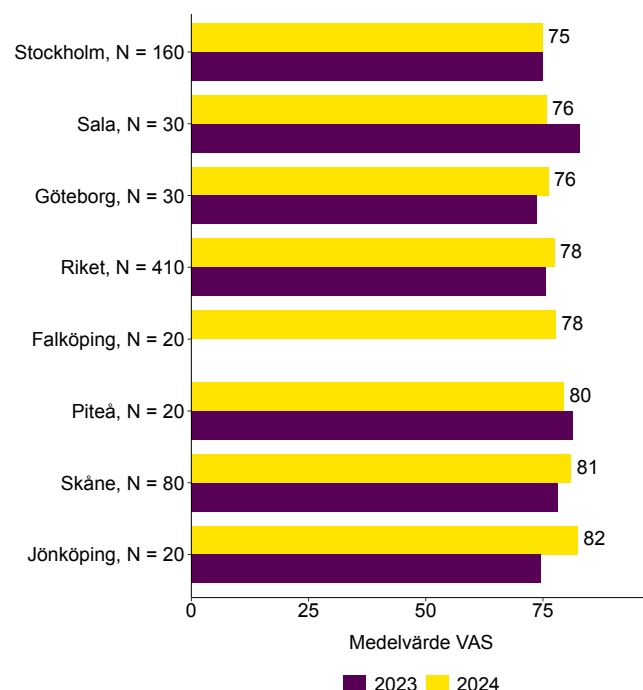
Redovisning på verksamhetsnivå är tänkt att vara till stöd för rapporterande verksamheter i deras arbete med att utveckla vården för patientgruppen samt möjlighet att jämföra sig med varandra. På grund av statistisk röjandekontroll är redovisningen minskad. Figurer redovisas enbart för verksamheter där antalet uppgår till minst 15 personer och då avrundat till 20 samt att det är minst fem observationer i varje kategori. Även verksamheter som har 100 procent i en kategori exkluderas. I figurer där det är få verksamheter som kan redovisa data är redovisningen för slutenvård respektive öppenvården ihopslagen. Mer information om hur statistisk röjandekontroll påverkar redovisningen finns att läsa i kapitlet "Inledning". Då verksamheterna i landet skiljer sig i storlek, varierar också antalet patienter per verksamhet och därför kan andelar påverkas av väldigt få patienter, vilket man får ha i beaktan. I figurerna med jämförelser mellan två år avser siffrorna vid staplarna år 2024. På registrets hemsida finns information om hur registrerande verksamheter går tillväga för att göra datauttag. Verksamheterna uppmuntras vända sig till analysgruppen med frågor om ytterligare redovisning av önskade variabler.

Självskattad livskvalitet

Figur 78. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **slutenvård**.

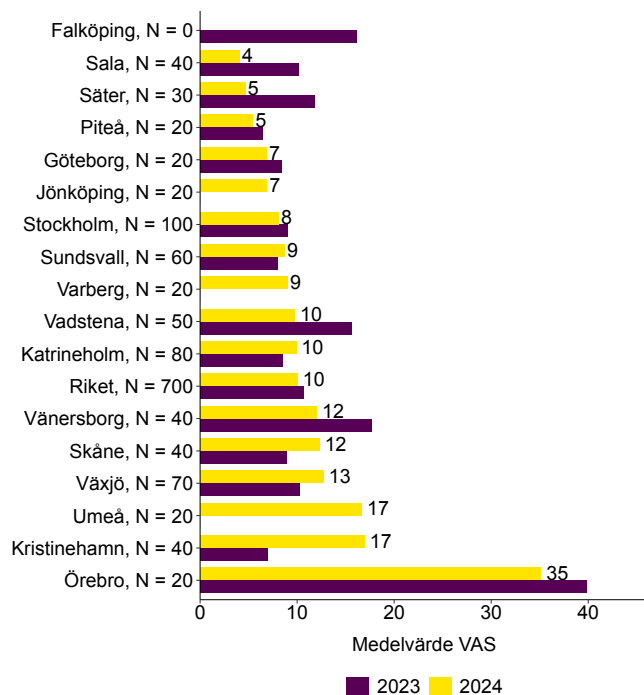


Figur 79. Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **öppenvård**.

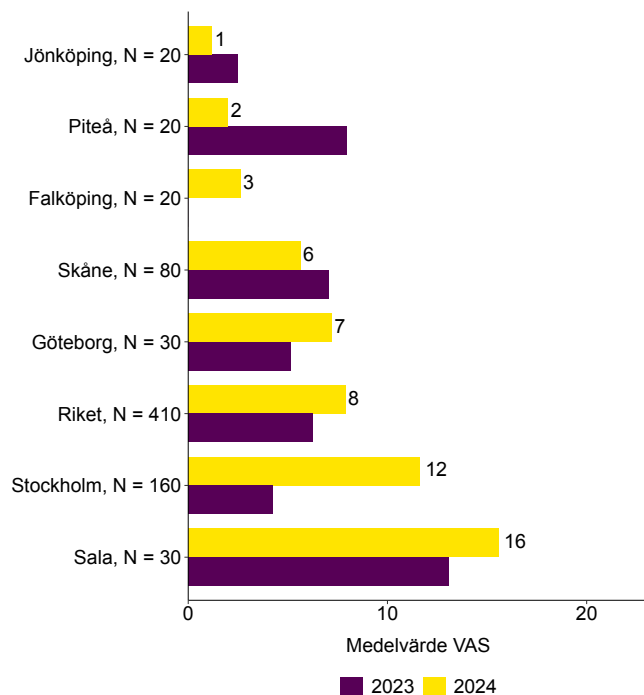


Självskattad risk för återfall i brott

Figur 80. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **slutenvård**.

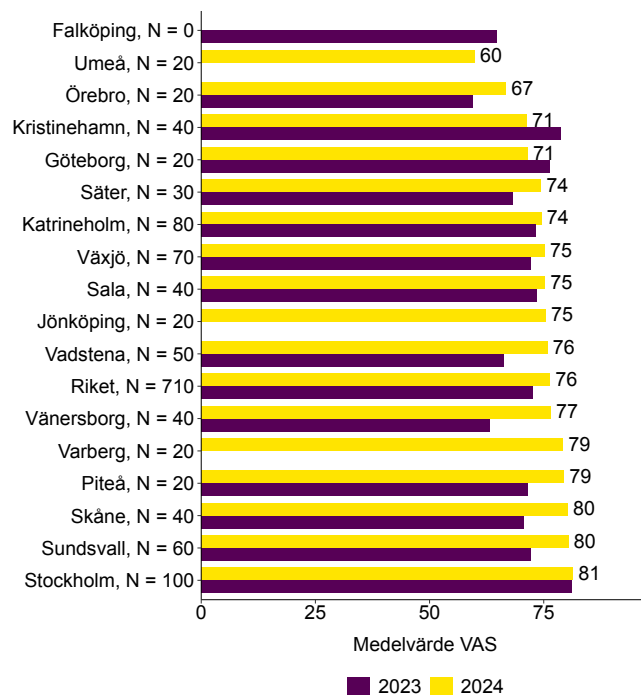


Figur 81. Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **öppenvård**.

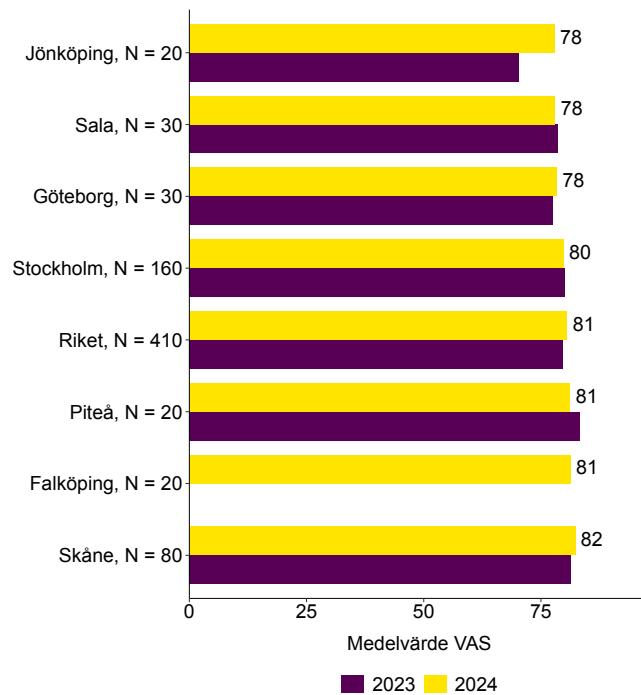


Självskattad psykisk hälsa

Figur 82. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **slutenvård**.

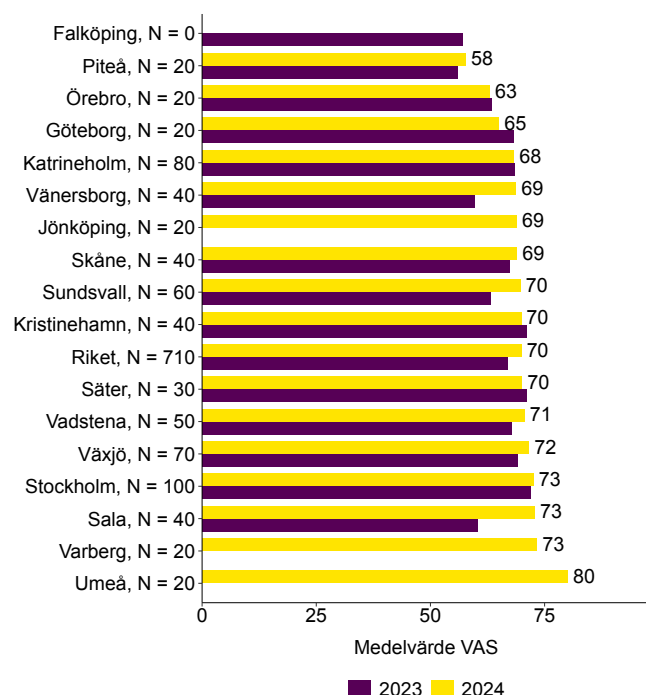


Figur 83. Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **öppenvård**.

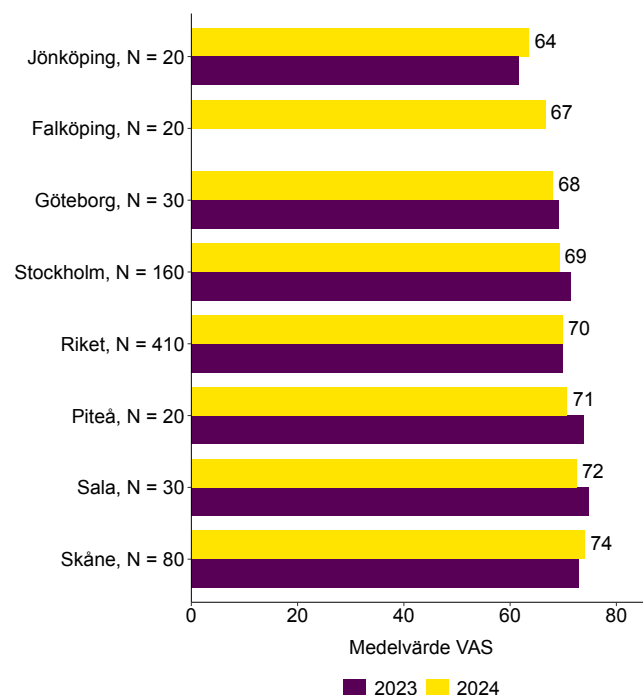


Självsfattad fysisk hälsa

Figur 84. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **slutenvård**.



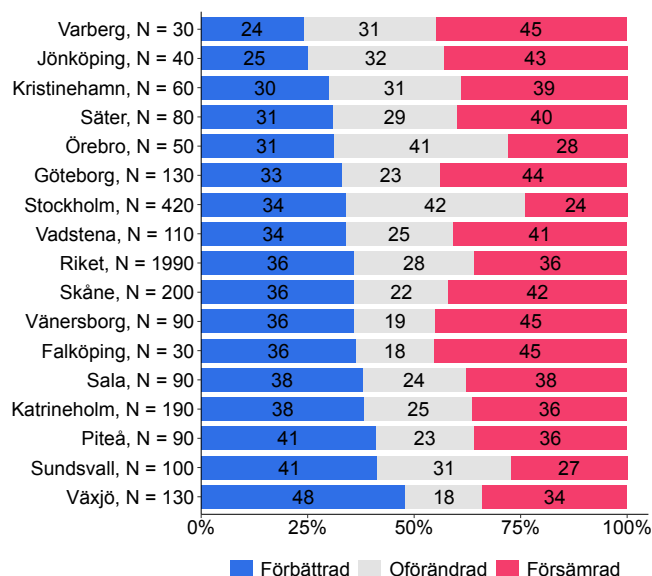
Figur 85. Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **öppenvård**.



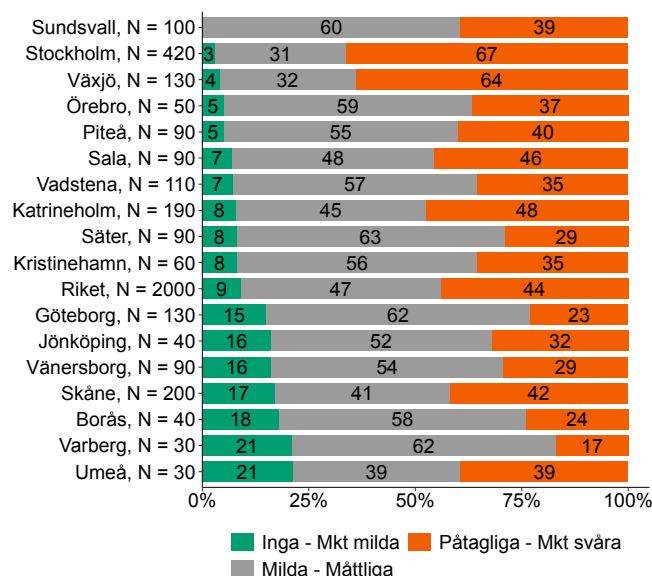
Klinisk skattning av symtombilden

Patientens symtombild skattar vårdpersonalen med hjälp av en sjugradig skala, Clinical Global Impression (CGI-skala) med stegen inga, mycket milda, milda, måttliga, påtagliga, svåra och mycket svåra. En skillnad på minst ett steg i skalan åt något håll redovisas i figur 86 som en förändring. Figurerna redovisar resultaten för sluten- respektive öppenvård tillsammans.

Figur 86. Förändring av symtombild mellan åren 2023 och 2024, sluten- och öppenvård.



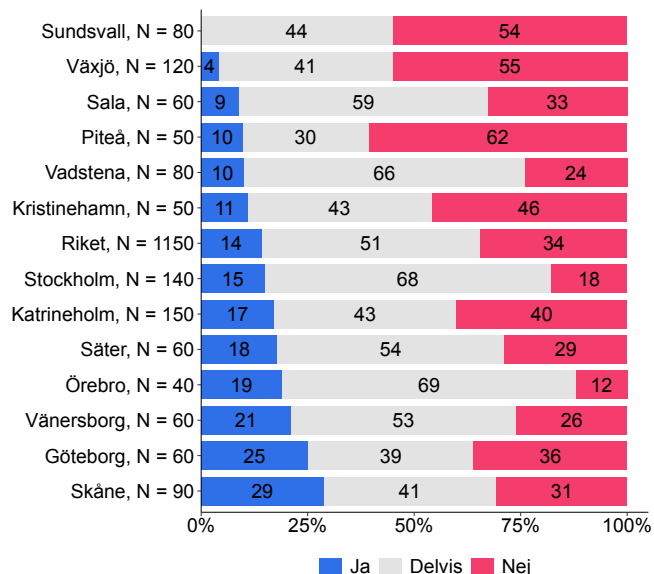
Figur 87. Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, i sluten- och öppenvård.



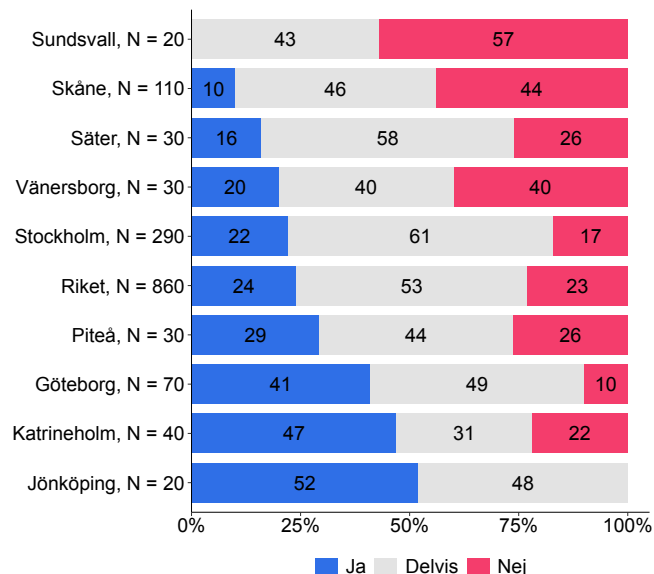
Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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

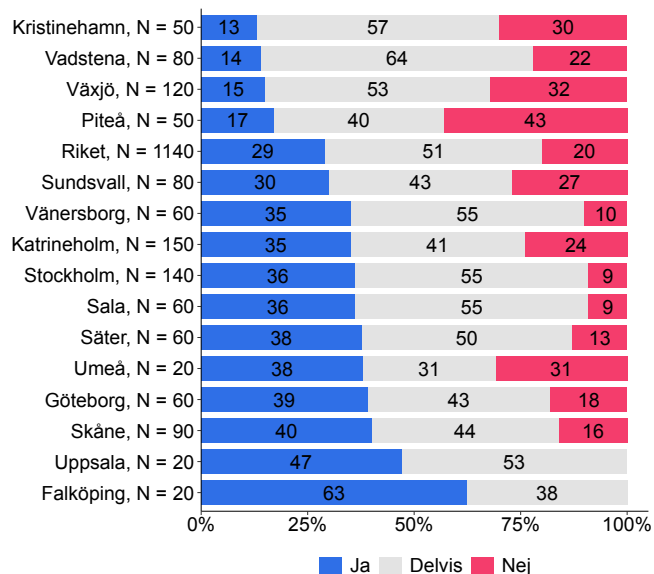
Figur 88. Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



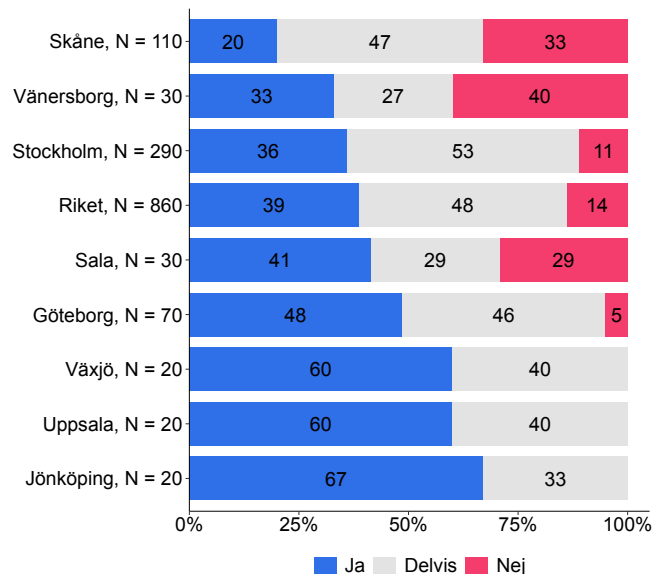
Figur 90. Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



Figur 89. Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

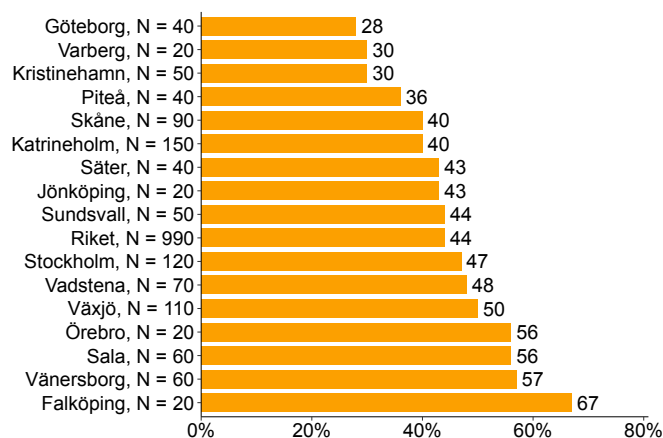


Figur 91. Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

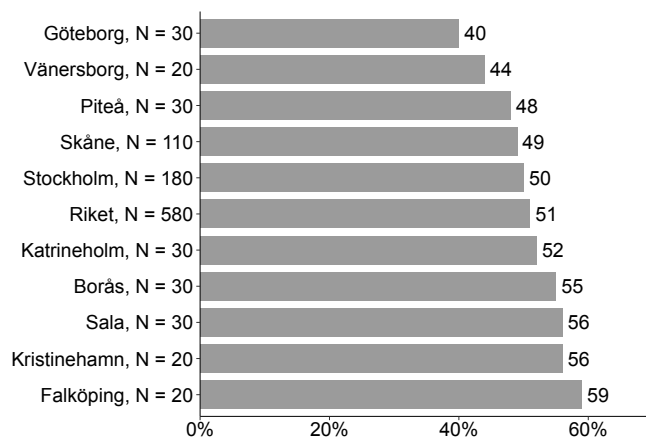


Body Mass Index (BMI)

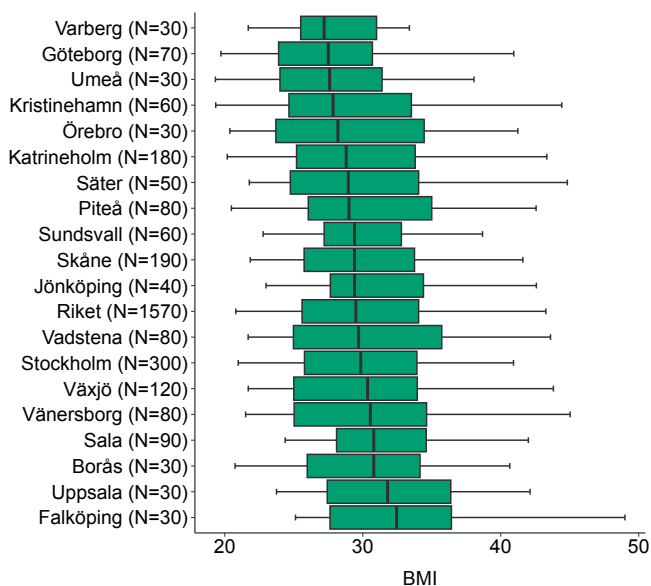
Figur 92. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, **slutenvård**.



Figur 93. Andel patienter med BMI lika med eller över 30, **öppenvård**.

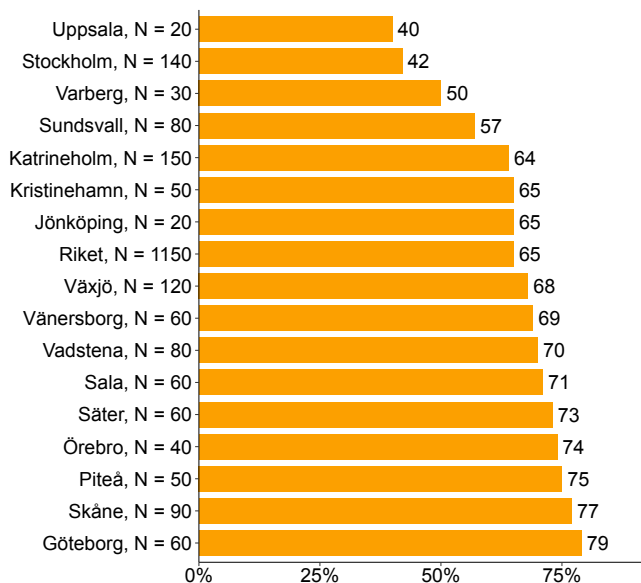


Figur 94. Spridning, BMI i patientgruppen, **sluten- och öppenvård**.

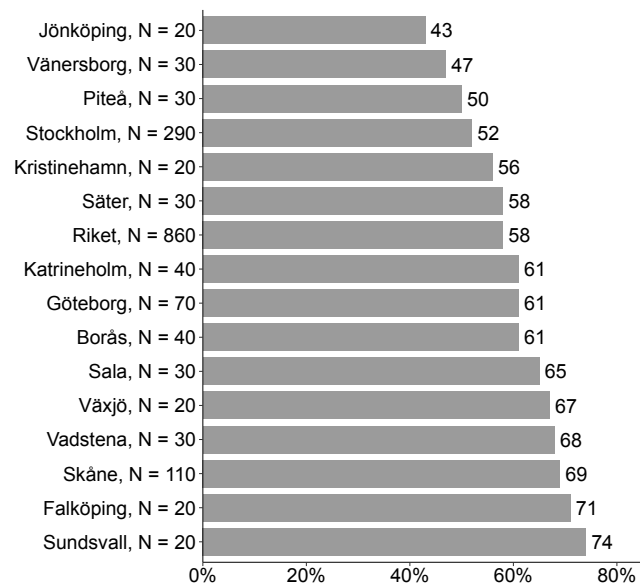


Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

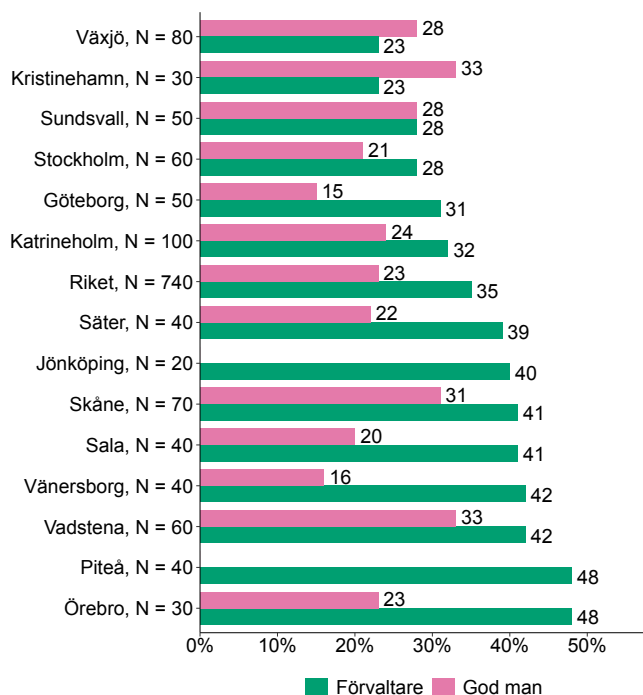
Figur 95. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård**.



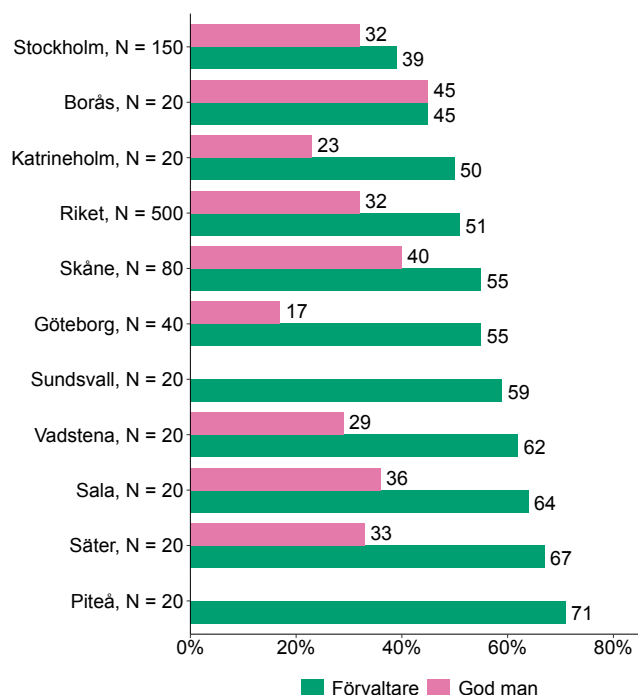
Figur 97. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård**.



Figur 96. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård**.

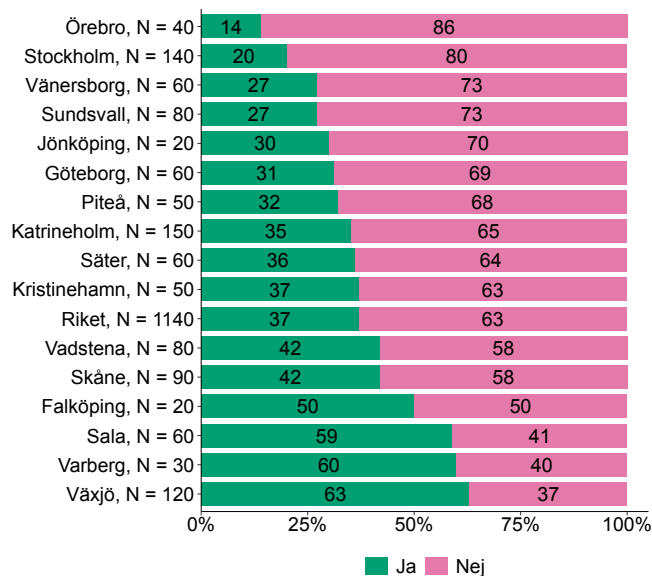


Figur 98. Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård**.

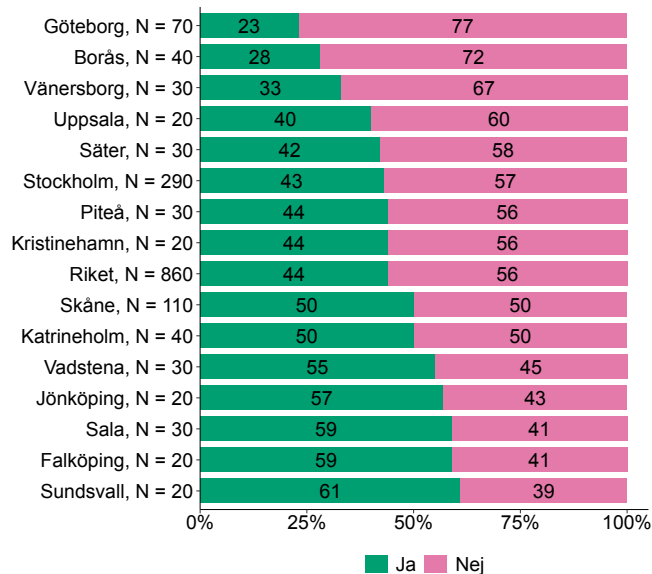


Somatiska sjukdomstillstånd

Figur 99. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, slutenvård.



Figur 100. Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd*, öppenvård.

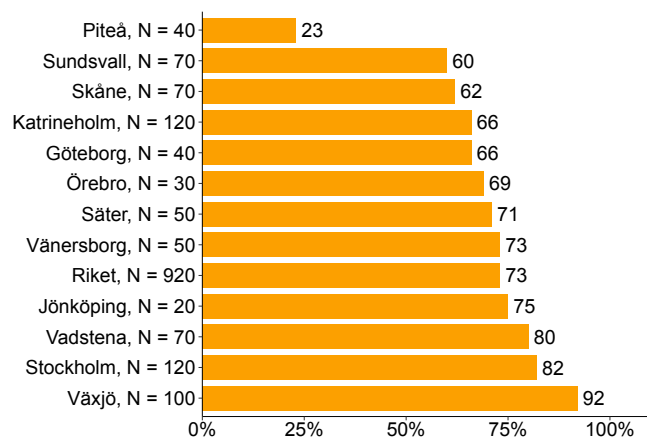


* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-kärlsjukdom, njursjukdom, lungsjukdom, epilepsi, hepatit C och annan sjukdom.

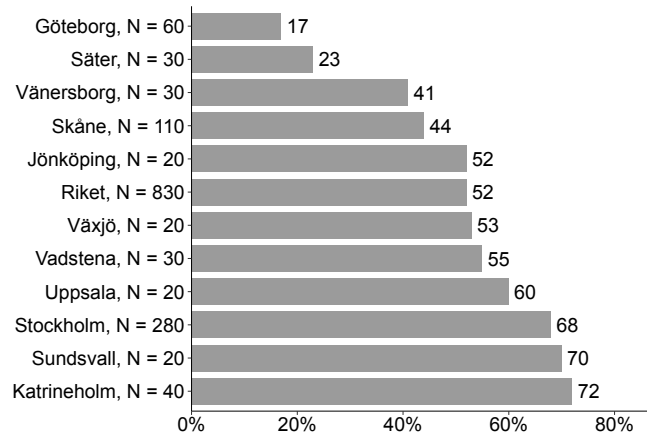
Hälsofrämjande insatser

Insatser som avses är rådgivande samtal om: matvanor, fysisk aktivitet, tobaksbruk, alkoholvanor och/eller erhållit fysisk aktivitet på recept (FaR), genomfört erbjuden fysisk aktivitet och/eller andra insatser.

Figur 101. Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, slutenvård.



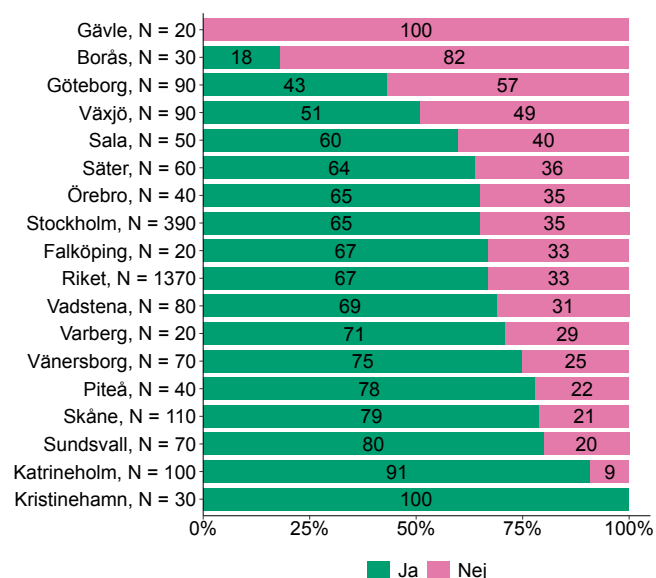
Figur 102. Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, öppenvård.



Missbruksbehandling

Missbruksbehandling som avses är farmakologisk behandling, psykoterapi, psykoedukativa metoder, återfallsprevention, MI, CRA och/eller drogscreening. Figuren redovisar sluten- respektive öppenvård tillsammans.

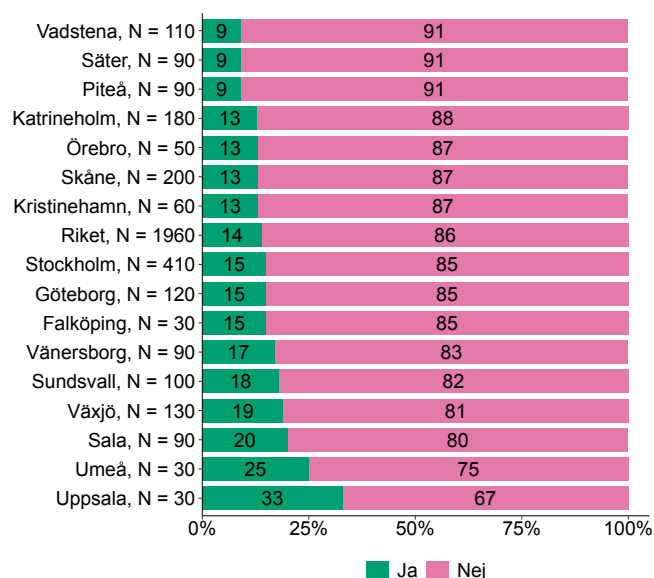
Figur 103. Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2024, sluten- och öppenvård.



Barn

Gäller alla barn, biologiska eller barn som har eller har haft en relation till patienten. Det är inte relevant om patienten är vårdnadshavare eller inte.

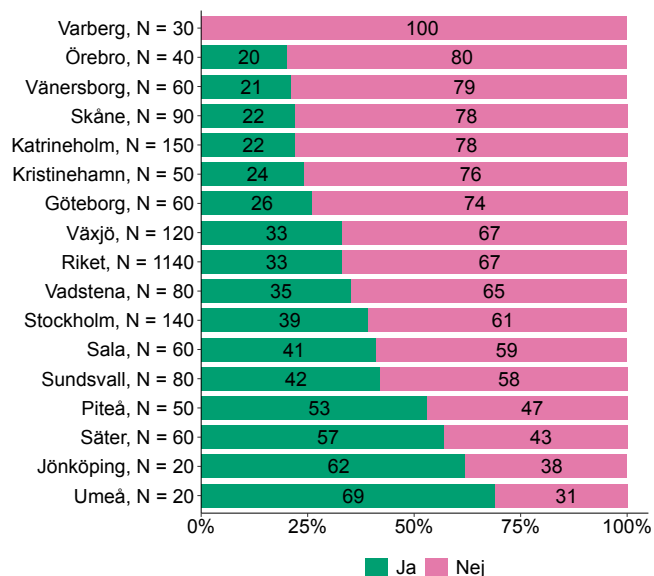
Figur 104. Andel patienter med barn under 18 år, sluten- och öppenvård.



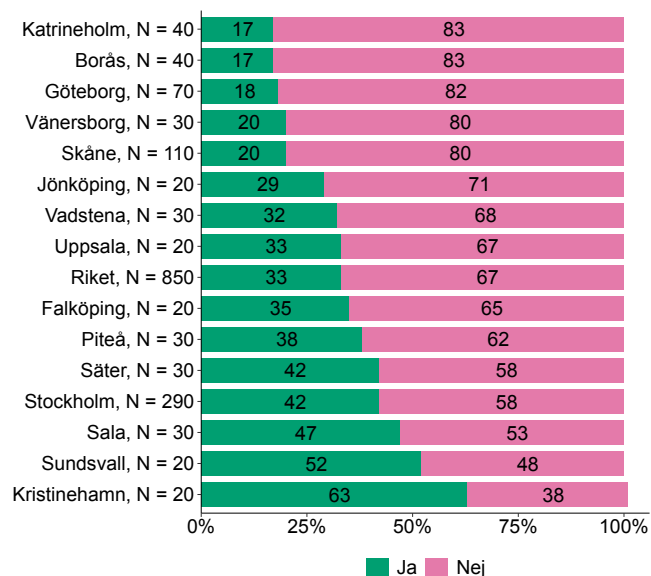
Stödperson

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

Figur 105. Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



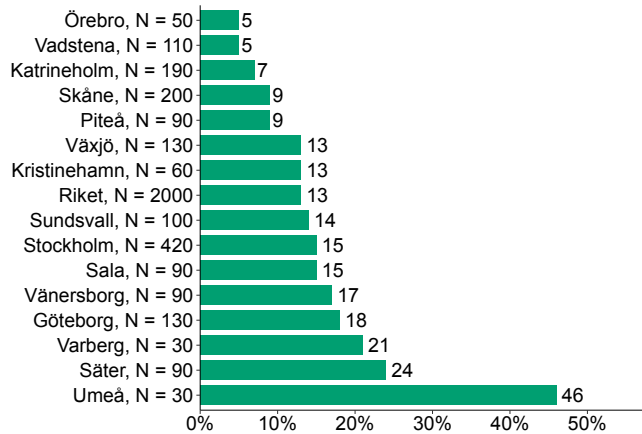
Figur 106. Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



Samverkan och samverkansbehov

Aktörer som avses är kommunala vårdgivare/socialtjänst/LSS-verksamhet, psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård, vårdgivare inom sjukvård, behandlingshem/boende, kriminalvård, anhöriga, socialt nätverk, Försäkringskassan, Arbetsförmedling, God man/Förvaltare och/eller annan aktör. Det är eftersträvarvärt att ha ett lågt värde. Figuren redovisar slutenvård respektive öppenvård tillsammans.

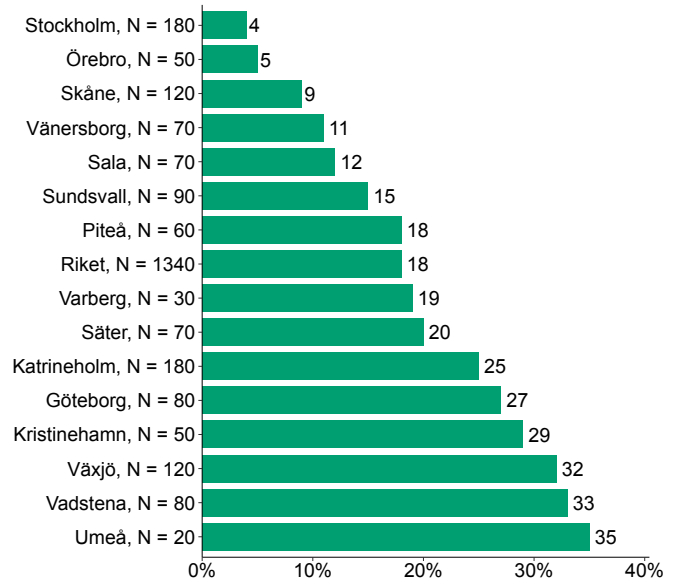
Figur 107. Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, **sluten- och öppenvård.**



Tvångsåtgärder

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

Figur 108. Andel patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd.



Diskussion

I årets årsrapport finns inget uttalat tema, men ett särskilt fokus har lagts på vårdtider. Det rättspsykiatriska omvärldsläget har under ännu ett år inneburit fulla kliniker och brist på vårdplatser. Detta gör det extra relevant för kvalitetsregistret att undersöka faktorer som påverkar antalet patienter i pågående rättspsykiatrisk vård. Att fler personer verkar överlämnas till vård ligger utanför rättspsykiatrins kontroll, men själva vårdens innehåll och organisation är påverkbara och därför högst relevanta att analysera. Att studera vårdtiderna i sig är intressant, men genom att undersöka olika registrerade variabler och deras samspel kan det vara möjligt att dra ännu mer långtgående slutsatser.

För första gången presenteras nu vårdtider årsvis i årsrapporten, och en tydlig trend går att se. Något verkar ha förändrats 2015, för sedan dess har vårdtiderna för patienter som fått sin rättspsykiatriska vård avskriven ökat markant. Det är dock viktigt att notera att begreppet ”vårdtid” i denna rapport omfattar både sluten- och öppenvård. Enbart denna information räcker därför inte för att avgöra om det är tiden i sluten- eller öppenvård som har förlängts.

Sedan 2022 verkar antalet avslutade patienter i registret ha minskat, samtidigt som nyregistreringarna ökar. Om antalet patienter som får sin vård avskriven minskar trots att fler personer följs upp, och om vårdtiderna samtidigt blir längre, tyder det på att det blivit svårare att skriva ut rättspsykiatriska patienter? Detta är en högtintressant fråga att analysera vidare: Varför ser det ut så här? Det blir även viktigt att undersöka patienternas självskattningar av livskvalitet, som redovisas i rapporten. Över tid tycks patienters självskattade livskvalitet öka under vårdtiden, vilket inte förändrats under de senaste åren. Dessutom framgår det tydligt att patienter med lågt symtomtryck, låg återfallsfrekvens under vårdtiden, ingen dokumenterad missbrukshistorik och en högre ålder vid indexbrottet får sin vård avslutad tidigare. En viktig fråga blir då om det skett en förändring i patientgruppen sedan 2015. Har andelen patienter med högre riskprofil ökat? Eller kan de längre vårdtiderna förklaras av organisatoriska förändringar inom vården?

Årsrapporten kan inte ge definitiva svar, men i en tid med överfulla kliniker är detta frågor som verksamheterna kan vinna på att undersöka närmare. Att kortare vårdtider per automatik skulle vara eftersträvarsvärt är dock långt ifrån självklart.

Samtidigt som vårdtiderna har ökat de senaste åren kan en annan viktig trend skönjas i rapporten: Återfallsbrott efter avslutad vård, baserat på data från BRÅ, visar en svag men tydlig nedgång. Detta är mycket positivt, eftersom en av rättspsykiatrins uppgifter är att förebygga återfall i brott. Återfall är ett av de mest centrala utfallsmåtten för att bedöma vårdens effektivitet, och här tycks en förbättring ha skett.

Naturligtvis kan återfall i brott efter vårdens avslutande påverkas av en rad olika faktorer i patienternas livssituation. Dock kan det inte uteslutas att de längre vårdtiderna faktiskt bidragit till den minskade återfallsfrekvensen. Dessutom visar rapporten en stark koppling mellan antalet brottmålsdomar innan indexbrottet och risken för återfall efter avslutad vård. En möjlig förklaring till de längre vårdtiderna kan vara att vården har blivit bättre på riskbedömningar och i större utsträckning identifierar och behåller patienter med hög återfallsrisk. Detta skulle kunna bidra till både de längre vårdtiderna och den minskade återfallsfrekvensen.

Som alltid när det gäller mänskligt beteende i allmänhet och rättspsykiatrisk vård i synnerhet är de verkliga förklaringsmodellerna sannolikt många och komplexa. Olika faktorer spelar olika stor roll för olika individer, och det är osannolikt att vare sig årsrapporten eller forskningen kommer att finna entydiga svar som är giltiga för alla patienter. De högkvalitativa registerdata som samlas in till RättspsyK och presenteras i denna rapport ger dock verksamheterna ett viktigt underlag för att börja ställa rätt frågor – vilket i sig är en stor vinst.

Användning och utmaningar med RättpsyK: Enkät svar från 2024

I slutet av 2024 genomfördes en enkätundersökning bestående av 11 frågor bland de rättspsykiatriska kliniker som registrerar i kvalitetsregistret RättpsyK.

Syftet med enkäten var att kartlägga hur årsrapporten från RättpsyK används, vilka utmaningar klinikerna möter och vilka förbättringar de önskar. Enkäten besvarades av 16 verksamheter och resultaten ger en värdefull inblick i hur kvalitetsarbetet med koppling till RättpsyK kvalitetsregister bedrivs inom rättspsykiatri. Enkäten i sin helhet redovisas på registrets hemsida: rattpsyk.registercentrum.se. Nedan följer en kortare sammanfattning av några svar ur enkäten.

Majoriteten av de svarande verksamheterna använder regelbundet data från RättpsyK, antingen månadsvis eller årligen, för att följa upp och förbättra vården. De mest värdefulla indikatorerna för att utvärdera behandlingsresultat är patientens psykiska hälsa vid utskrivning, återfallsfrekvens i brottslighet och behandlingsföljsamhet.

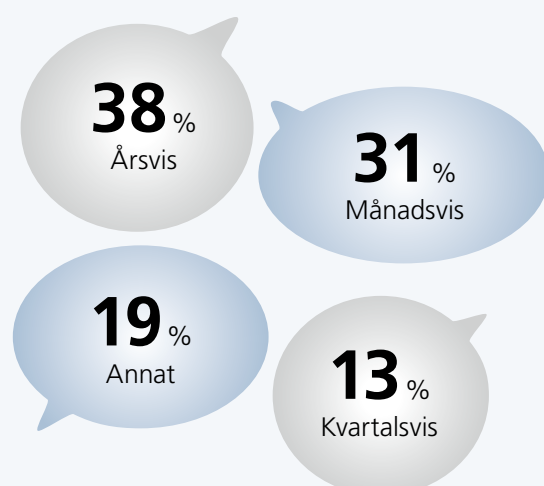
Årsrapporter från RättpsyK används främst för verksamhetsplanering, jämförelser med andra enheter och rikets genomsnitt, men också för att identifiera förbättringsområden och motivera personal.

Flera förbättringar önskades vad gäller arbetet med registreringar, men främst enklare och snabbare datainsamling där vissa enheter även lyfte behovet av att integrera kvalitetsregistret med journalsystemet för att förenkla och effektivisera arbetet. För årsrapportens del önskades bättre visualisering av data.

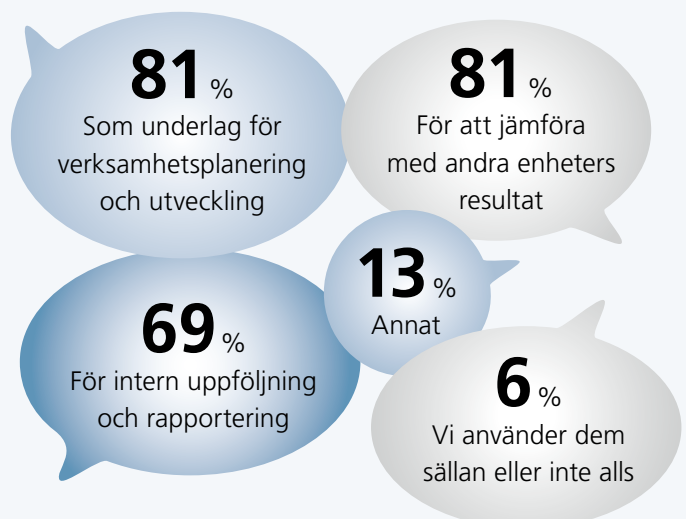
Verksamheternas ledningar involveras oftast i registerarbetet via regelbundna möten där resultat diskuteras. Övrig personal engageras vanligtvis vid specifika problem eller genom återkommande sammanträden. Däremot används data sällan för att identifiera utbildningsbehov, även om vissa enheter gör det i viss utsträckning.

Flera enheter har redan implementerat förändringar baserade på insikter från RättpsyK, såsom bättre uppföljning av patienter och optimerade behandlingsmetoder

Hur ofta använder ni data från RättpsyK i ert arbete för att följa upp och förbättra vårdinsatser?



Hur använder ni er av årsrapporterna som sammanställts av RättpsyK för er enhet?





Där naturen blir en del av vården

Kan en stund vid en lägereld eller en gemensam vandring i skogen göra skillnad för personer som vårdas i rättspsykiatrisk tvångsvård? Den frågan utgjorde starten för ett initiativ inom rättspsykiatri i Kristinehamn – där friluftsliv nu blivit en del av vården.

Att tala om livskvalitet inom rättspsykiatrisk tvångsvård kan upplevas som både främmande och till synes motsägelsefullt. Patienterna befinner sig ofta i långa vårdförlopp, med begränsad rörelsefrihet och ett stort avstånd till det vanliga livet utanför avdelningen. Samtidigt är livskvalitet en av de faktorer som följs noggrant i kvalitetsregistret RättspsyK – där patienterna själva skattar sitt mående inom flera områden.

Just frågan om livskvalitet väckte personalens nyfikenhet. Kunde en ökad känsla av livskvalitet verkligen vara möjlig inom ramen för rättspsykiatrisk tvångsvård – och hur skulle den i så fall ta sig uttryck?

– Vi undrade och ville ta reda på vad våra patienter själva lägger in i begreppet. Vad är livskvalitet för dem? Vi lyfte frågan i våra patientråd på avdelningarna, berättar Victoria Dalgård, verksamhetsutvecklare inom Rättspsykiatri Värmland.

Patienterna gav tydliga svar: det handlade om gemenskap, om att få göra saker tillsammans. Ett enkelt, men starkt budskap. Kunde det rent av vara så att vi med små medel skulle kunna skapa förändringar som märktes i vardagen – även inom ramen för en sluten rättspsykiatrisk vård?

En artikel blev startskottet

Av en tillfällighet kom personalen över en artikel om Häng med oss ut – ett koncept utvecklat i Skåne år 2016, i samarbete mellan socialpsykiatri i Sjöbo och Friluftsförbundet. Målet var att erbjuda friluftsförbundets aktiviteter till brukare, för att skapa nya sociala sammanhang, rörelse och naturupplevelser.

– Det lät helt rätt. Dels låg det i linje med patienternas egna tankar om vad som skapar livskvalitet, dels fanns det något tilltalande i enkelheten. Man behöver inte mycket för att komma ut i skogen och göra något meningsfullt tillsammans, fortsätter Dalgård.

Rättspsykiatri i Kristinehamn tog kontakt med Friluftsförbundets lokalavdelning – som var mycket positiva till ett liknande samarbete. Fem skötare från verksamheten gick Friluftsförbundets ledarutbildning för Häng med oss ut, och sedan dess har man börjat erbjuda regelbundna friluftaktiviteter för patienter inom både säkerhetsklass 2 och 3.

Skogens stigar blir en väg tillbaka

Utflykterna anpassas efter deltagarnas behov och förutsättningar. Det kan vara enkla vandringar i närområdet, spårning av vilt eller ugglespaning. Ibland lagas mat på stormkök eller över öppen eld – soppa är en återkommande favorit. Andra gånger handlar det bara om att sitta tyst vid varsitt träd och lyssna på skogens ljud.

Responserna från deltagarna har varit tydliga:

- Jag kommer att sova gott i natt! säger en.
- Det här är hur bra som helst! utbrister en annan.

Under aktiviteterna ges deltagarna små ansvarsuppgifter: att tända elden eller ansvara för matlagningen. Det handlar om enkla, men viktiga uppgifter som ger struktur, självförtroende och delaktighet. Personalen utgår från deltagarnas egna förmågor och erfarenheter, och låter dem växa i sin egen takt. I det lilla uppstår något större: en känsla av att bidra, att kunna – och att utvecklas tillsammans.

- Flera patienter har återupptäckt gamla intressen, som de kanske inte trodde var möjliga längre. Andra får prova på något helt nytt. Och för många är naturen ett lugnare, tryggare rum där det är lättare att slappna av, berättar Dalgård.

Ett steg vidare – även efter vården

Genom samarbetet med Friluftsförbundet får rättspsykiatriens patienter också tillgång till föreningens övriga aktiviteter, samt möjlighet att använda Sättrastugan – en klubbstuga som ligger naturnära strax utanför Kristinehamn. Där skapas möten med andra människor, utanför vården, vilket också kan ha betydelse längre fram.

- För några kan det här bli ett första steg mot ett socialt sammanhang utanför vården. Att redan under vårdtiden få kontakt med en förening och känna



sig välkommen är ett viktigt stöd inför framtiden, resonerar Dalgård.

Idag arrangeras friluftaktiviteter minst två gånger i veckan. Och medan arbetet med kvalitetsregistret fortgår som vanligt, är det något annat som pågår i de värmländska skogarna: skratt, samtal – och ett lugn som sitter kvar även efter att elden slocknat.

Eller som en av deltagarna uttryckte det:

- Här kan man ladda upp batterierna!

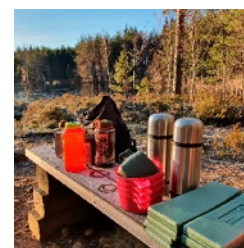


Foto: Christoffer Alexandersson

Forskning och validering

Forskning

Styrgruppen för RättpsyK uppmuntrar till att registret används för forskning. Framtagna rutiner kring datauttag kan erhållas av styrgruppen och på hemsidan rattpsyk.registercentrum.se. Forskare uppmanas tidigt ta kontakt med registerhållare och styrgruppen för diskussion om det går att använda registrets data för det man har tänkt sig samt få vetenskap om motsvarande projekt med registrets data pågår någon annanstans i landet. Genom tidigt samarbete med styrgruppen ges möjlighet att få god kännedom om registrets styrkor samt utmaningar. Felaktiga analyser kan då undvikas samt underlätta ansökan om tillstånd för att bedriva forskning hos Etikprövningsmyndigheten. Registrets variabler/indikatorer finns även beskrivna i Vetenskapsrådets metadataverktyg RUT-Register Utiliser Tool.

Validering

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

Besök av verksamheter för validering av källdata startade år 2012. Två handläggare har av styrgruppen fått i uppdrag att med stöd av framtaget instrument genomföra monitorering/validering av samtliga deltagande verksamheter i registret fortlöpande. Sedan hösten 2012 har 24 verksamheter besökts för validering och sedan 2017 har 15 verksamheter haft ett uppföljande besök.

Arbetet sker tillsammans med registrerarna som navigerar i patientjournalen och på kvalitetsregistrets plattform samtidigt som en monitorering av uppgifternas överensstämmelse utförs. Slumpmässiga val av ett par registreringar, ett eller två nyregistreringsformulär och cirka tre till fyra uppföljningsformulär, vilka man går igenom under besöket tills ingen mer information kommer fram eller ges. Parallellt diskuteras och värderas tolkning av inrapporterade data samt hur man hanterar och funderar över de frågor som valideringen utgår från. Vid behov sker även utbildning. En muntlig återkoppling ges i direkt anslutning till besöket.

En dokumenterad sammanfattning av gjorda fynd görs, liksom beskrivning av arbetsprocessen. Resultatet av valideringen skickas sedan till registrerarna för avstämning och när det är klart skickas det slutgiltiga dokumentet till både registrerare och verksamhetschef.

Sedan start har registret haft två årliga nationella användarmöten där alla anslutna verksamheter bjuds in för att delta. Uppslutningen på dessa möten har varit mycket god med i snitt 50 deltagare per tillfälle där nästan alla verksamheter har varit representerade. Under dessa möten ges möjlighet att nå ut med information, diskutera frågor kring indikatorer och få en samsyn kring och/eller kunskap om olikheter.

Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 15 verksamheter utspridda över hela landet.

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

Utifrån önskemål och behov som har framkommit vid de nationella användarmötena, styrgruppsmöten och monitorering av källdata har registrets hemsida uppdaterats kontinuerligt.

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

Valideringsmanual har tagits fram under hösten 2023 i samarbete med Registercentrum Västra Götaland och finns att ladda ner från registrets hemsida. Manualen är en beskrivning av hur registret idag arbetar med validering och alltefter registret får större erfarenhet av valideringsarbete kommer manualen att uppdateras och kompletteras. Manualen tar sin utgångspunkt i SKR:s framtagna Valideringshandbok.

Urval av publikationer med referens till RättspsyK publicerade 2024

Andersson, P., von Schreeb, A., Johansson, L., Sturidsson, K., Wetterborg, D., & Sorjonen, K. (2024). Changes in body mass index during mandatory forensic psychiatric care: Findings from a long-term (2009–2020) cohort study based on Swedish Registry Data. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 23(2), 106–116. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2214381>

Källman, M. V., Hedlund-Lindberg, M., Kristiansson, M., & Johansson, A. G. M. (2024, Aug). A comparison of patient ratings and staff ratings of disability using the World Health Organisation Disability Assessment Schedule in individuals with psychotic spectrum disorders who are forensic psychiatric inpatients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 34(4), 347–359. <https://doi.org/10.1002/cbm.2344>

Lindskog, A., Lindroth, M., Holmgren, K., & Gunnarsson, A. B. (2024). Balancing on a slack line - Staffs' experiences of talking about sexuality and sexual health with patients cared for in forensic psychiatry in Sweden. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1450377. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1450377>

Noland, E., Virtanen, S., Klötz Logan, F., Chang, Z., & Strandh, M. (2024). Post-discharge pharmacological treatment discontinuation of forensic psychiatric patients in Sweden. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1342722. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1342722>

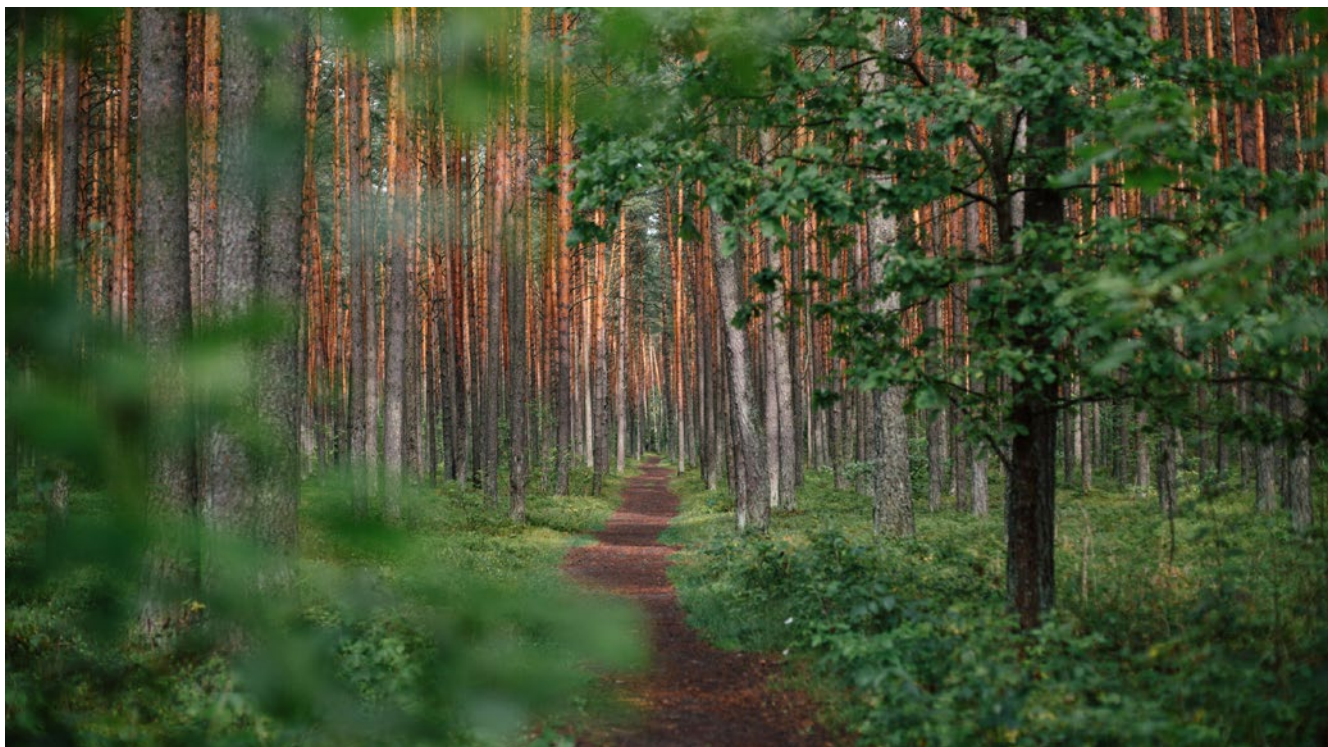
Svensson, C., Hildebrand Karlén, M., Alexiou, E., Olausson, S., & Holmberg, C. (2024, Dec). Gratitude despite unease among Swedish male forensic psychiatric patients with substance use disorders: an interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2418671. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2418671>

Söderberg, A., Wallinius, M., Munthe, C., Hörberg, U., & Rask, M. (2024, Sep 15). Self-Reported Perceptions of Patients and Staff on Participation and Verbal and Social Interactions in High-Security Forensic Psychiatric Care in Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.13105> Online ahead of print

Tully, J., Hafferty, J., Whiting, D., Dean, K., & Fazel, S. (2024, Nov). Forensic mental health: envisioning a more empirical future. *Lancet Psychiatry*, 11(11), 934–942. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00164-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00164-0)

Tärnhäll, A. (2024). *Longitudinal Outcomes in Young Violent Offenders: Criminal Behaviour, Morbidity, and Mortality* [Doctoral Thesis (compilation), Department of Clinical Sciences, Lund]. Lund University, Faculty of Medicine. https://portal.research.lu.se/files/181119040/T_rnh_ll_2024.pdf

Bunoza, T. (2024). *Self-concept among Swedish Forensic Psychiatric Patients* [Student thesis, Linné-universitetet]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-129780>



Registerhållaren reflekterar

Året inleddes med att registret nyligen fått besked om tilldelning av medel från SKR för 2024 och på grund av intensivt arbete under 2023 med bland annat anslutning till Vetenskapsrådets Register Utiliser Tool (RUT) samt över tid hög täckningsgrad flyttades registret upp i certifieringsnivå 1. Att registret nu är i den högsta certifieringsnivån har varit en målsättning sedan flera år tillbaka för registrets styrgrupp och hade inte varit möjligt utan allt hårt arbete alla registrerare lägger ner.

Budgeten för året uppgick till drygt 1,7 miljoner för driften vilket inkluderar allt från plattformsavgift till årsrapport. Registret har en hög anslutningsgrad på 96 procent där 24 av 25 verksamheter i landet rapporterar samt en fortsatt hög täckningsgrad på cirka 85 procent.

I beslutsbrevet från SKR fick registret även besked om att se över rutinerna för våra inklusionsmetoder då kvalitetsregister enligt patientdatalagen kap 7, kan använda sig av opt-out som innebär att man enbart informerar patienten att verksamheten registrerar i kvalitetsregister och om man inte vill delta får man gå ur. Efter utredning tillsammans med registrets Centralt personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA)

samt jurist beslutade styrgruppen att fortsätta med opt-in hantering, det vill säga att patient informeras och tillfrågas om deltagande i registret.

Förra årets arbete med att gå igenom alla registrets variabler har resulterat i några ändringar och tillägg av nya frågor. Senaste större genomgång av registrets variabler gjordes 2019. Möjligheten att registrera för 2024 fick senareläggas till andra veckan i mars till förmån att få in alla de ändringar registret och verksamheterna ville göra. Största förändringen som har genomförts är att nu registreras datum för när vårdformen ändras, vilket innebär om ett par år kan vi få exakta data för hur länge patienten vistas i sluten- respektive öppenvård.

Analysgruppen påbörjade arbetet med att ta fram årsrapport 2023 med ett digitalt uppstartsmöte oktober 2023 där arbetet blev mer intensivare under de första månaderna på året med totalt åtta digitala heldagsmöten. Registercentrum Västra Götaland gav besked om införande av statistisk röjandekontroll i slutet av januari månad som har påverkat utformningen av den rapporten samt medförde förseningar i arbetet. Målsättningen var att leverera årsrapport 2023 i mitten av april men fick flyttas fram till andra veckan i maj.

Styrgruppen har haft fem möten under 2024 och samtliga genomfördes digitalt. Under året lämnade fyra styrgruppsmedlemmar sitt uppdrag. Idag är det 18 representanter från 15 verksamheter anslutna till registret i styrgruppen.

Vårens nationella möte genomfördes digitalt i maj. Tidigare har styrgruppen beslutat om att genomföra vårens nationella möte fysiskt men på grund av ansträngd ekonomi i regionerna och medföljande restriktioner var inte det möjligt. Det var 61 personer från 21 verksamheter anmällda till mötet. På programmet stod bland annat utvärdering av genomförda formulärändringar samt diskussion kring hur årsrapportens utformning påverkats av införandet av röjandekontroll. Mötesvärd var RPE Kristinehamn som presenterade deras verksamhet samt hur man bland annat arbetar utifrån data från registret kring BMI och livskvalitet, mycket intressant och inspirerande att ta del av.

Det är glädjande att se att det är stort intresse av registrets data och under 2024 har det publicerats minst sju forskningsartiklar i vetenskapliga tidskrifter som refererar till och använder registrets data i forskning och minst en doktorsavhandling har använt registerdata som grund samt även minst en studentuppsats använt sig av uppgifter från registret.

Under 2024 var det tio ansökningar om datauttag ur RättspsyK. Främst var det verksamheter som begärde ut sin data för verksamhetsutveckling vilket är positivt men även data för forskningsändamål har lämnats ut. Årligen lämnar registret ut data till Brå och SKR. Under året har frågor inkommit från media och övriga intressenter där tidigare årsrapporter har kunnat ge svar.

Höstens nationella möte genomfördes digitalt i november. Det var 57 personer från 16 verksamheter som anmält sig till mötet. En stor punkt på programmet var information från SKR om att staten inte kommer längre teckna fler överenskommelser med SKR gällande finansiering av nationella kvalitetsregister utan har gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda för att betala ut medel till regioner för arbetet med nationella kvalitetsregister. Mötesvärd var RPV Halland som presenterade deras verksamhet samt om införandet av Peer Support, målsägandeunderrättelser

via 1177 och deras arbete med hälsolinjen, mycket givande och inspirerande att ta del av.

Sedan augusti har registret fått rapporter över besöks- händelser på registrets hemsida. Inte överraskade så är nedladdningar av årsrapporterna en av de största posterna därefter frågeformulär. I år har verksamheterna anslutna till registret fått erbjudande att svara på enkät hur de använder sig av årsrapporten, vilket kan läsas om i kapitel ”Användning och utmaningar med RättspsyK: Enkät svar från 2024 på sidan 63.

I skrivande stund vet jag att denna årsrapport troligtvis kommer bli den sista i nuvarande form, så som det ser ut nu. På grund av att det är osäkert hur finansiering kommer vara för nationella kvalitetsregister framöver måste vi tänka om och tänka nytt. Registret kommer dock fortsätta arbeta med att förvalta, utveckla registret och arbeta intensivt med att hitta olika former som kan tillgodose så att verksamheterna fortfarande kan inspireras och jämföra sig med andra verksamheter anslutna till registret samt utföra verksamhetsutveckling till gagn för alla rättspsykiatriska patienter.

Det har varit ett omtumlande första år för mig som registerhållare. Det har känts annorlunda att inte längre vara biträdande registerhållare och kunna vända mig till registerhållare för råd och diskutera frågor som alltid dyker upp. Är ödmjuk över förtroendet jag har fått och oerhört tacksam över att få arbeta med er fantastiska registrerare, styrgrupp och analysgrupp.

Mars 2025

Helena Andreasson



Vad är rättspsykiatrisk vård?

Lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (LRV)

Omfattar fyra kategorier patientgrupper:

- den som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning
- den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt
- den som är dömd till sluten ungdomsvård
- den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning.

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

Patientgrupp i RättspsyK

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

Från brott till dom enligt LRV

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

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

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

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

Den som lider av en allvarlig psykisk störning – APS, får i princip inte dömas till fängelse. Om brottet har begåtts under påverkan av en APS får man med vår nuvarande lagstiftning ta straffrättsligt ansvar för sina handlingar även om man faktiskt inte vet vad man gjort eller kunnat styra över sina handlingar.

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

Den större rättspsykiatriska undersökningen skall till domstolen besvara frågorna:

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

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

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

Vad är allvarlig psykisk störning (APS)?

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

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

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

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

Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket genomfördes år 2024, 1 221 § 7-utredningar och 593 stora undersökningar RPU, se länk: <https://www.rmv.se/om-oss/forskning/statistik/#Rattspsykiatri>.

Antalet stora rättspsykiatriska undersökningar (RPU) har ökat mellan år 2023 till 2024 och närmar sig nu i antal de siffror som sågs innan pandemin. Antalet har ökat från 555 under 2023 till 593 under 2024. Antalet RPU har under årens lopp varierat och var i slutet på 1990talet drygt 600 RPU-undersökningar. Av de undersökta år 2024 bedömdes 62 procent lida av en allvarlig psykisk störning (APS) vid gärningen och 54 procent vid undersökningstillfället.

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

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

LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning – konsekvenser för vården

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

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

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

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

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

RättpsyK:s organisation

Registreringar

Data till registret insamlas lokalt vid respektive verksamhet samt registreras på RättpsyK:s plattform av verksamhetens utsedda registrerare. Vid registrering, som sker i webbaserade formulär, finns automatiska kontroller samt instruktioner med syfte att minimera felaktiga data.

Flertalet registrerare väljer att först samla in data via pappersformulär, där instruktioner för hur indikatorn ska besvaras finns beskrivet i hjälptext, för att därefter registrera i webbformulär. Möjlighet att korrigera data i efterhand finns och alla ändringar loggas och sparas.

Registrerare i RättpsyK

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Christoffer Andersson, Alexandru Isbasoiu
Piteå Rättpsykiatri, Öjebyn	Anna-Karin Riosand
Regionsjukhuset Karsudden	Lina Berglind, Jenny Billing, Fredrik Dahlström, Sandra Ettehag, Sigrid Furén, Anette Hedlund, Monica-Ann Möhring
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson, Aida Lindmark, Christian Persson, Lisa Örnfjäder
RPE Kristinehamn	Sara Jansson, Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Region Kronoberg/Växjö	Anna Arwin, Christel Karlsson, Emelie Lageson, Peter Tjelande, Sophia Wisth
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Anna Andersen, Klara Brandt, Anette Meili, Sofia Sjors
RPK Örebro	Tessa Krona
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson, Peter Karlberg, Charlotte Klingblom
RPV Blekinge	Christer Andersson, Carola Friberg
RPV Borås	Hadi Ali, Fredrik Fischer, Karima Hamadi, Anders Leion
RPV Falköping	Frida Lundquist
RPV Göteborg	Beatrice Augustsson, Jasem Ahmed, Marie Berntsson, Åsa Blennerud, Susanne Frid, Anette Fabiansson, Julia Hallberg, Rickard Huntley, Ingunn Handegard, Mari Johansson, Åsa Johansson, Erik Kuoksu, Josefine Larsson, Linda Lange, Nina Lundin, Görrel Månsson, Sanela Mujkanovic, Sanna Nicander, Sofie Nustad, Athina Papathanasiou, Sven Pedersen, Susanne Rosén, Magdalena Rönnhede, Annika Riddarskjöld, Shadi Shoushtari, Anna-Kari Sjödin, Veronica Stenberg, Charlotta Svensson, Monica Skoglund, Timo Sormunen, Emma Varenhed, Malin Woldemariam, Payam Zinsaz
RPV Halland	Ingela Hägg
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt, Staffan Hjelm, Anders Nordström
RPV Vänersborg	Annie Hultman, Camilla Skåån
Rättpsykiatri Västmanland/Sala	Emma Ejvind, Anna Johansson
Rättpsykiatri i Skåne	Emma Andersson, Helena Andreasson, Marie Persson, Emma Sjö Dahl
Rättpsykiatri Vård Stockholm	Mikaela Allstam, Jan Andersson, Zaklina Blazevska, Anna Boström, Aicha Elouagari, Tuss Gustavsson, Robert Harris, Liselott Henriksson, Thomas Håkansson, Helene Höglund, Jennifer Persson, Malin Källman, Angela Karlsson, Christine Nzambaza, Linda Närefjord, Kjell Samuelsson, Lena Tannenbergs, Sarah Tjernberg, Tafi Zaman
Umeå Rättpsykiatri	Linda Andersson, Nils Jernelius, Anna Kempe, Mattias Persson

Registrets styrgrupp 2024

Helena Andreasson, Rätt psykiatri Skåne,
Leg. Sjuksköterska, Registerhållare

Marianne Ander, (t.o.m. 2024-05-14)
Rätt psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg, Leg. Sjuksköterska

Mattias Andersson, Rätt psykiatri Skåne
Administratör, utbildningssamordnare

Jimmy Björkman, Rätt psykiatri, Region Örebro län,
Verksamhetschef

Christina Blom, (t.o.m. 2024-03-20)
Rätt psykiatriska regionkliniken, Vadstena,
Verksamhetschef

Jörgen Bragner, Regionsjukhuset Karsudden,
Katrineholm, Verksamhetsområdeschef

Ola Broström, (t.o.m. 2024-09-02) Rätt psykiatri
Vård Stockholm, Verksamhetschef

Victoria Dalgård, Rätt psykiatri Värmland,
Verksamhetsutvecklare

Emma Ejvind, Rätt psykiatri Västmanland, Sala,
Verksamhetsutvecklare

Kaj Forslund, Stockholms läns sjukvårdsområde,
Bitr. Närsjukvårdschef

Anders Grawé, (t.o.m. 2024-03-20)
Rätt psykiatriska kliniken, Säter, T.f. Verksamhetschef

Mats Gynnerstedt, Rätt psykiatriska vården,
Jönköping, Leg. Sjuksköterska

David Johansson, Rätt psykiatriska enheten,
Uppsala, Leg. Psykolog, Bitr. avdelningschef

Magnus Kristiansson, Rätt psykiatriska
regionkliniken, Sundsvall, Områdesdirektör,
f.d. Registerhållare

Malin Källman, Rätt psykiatri Vård Stockholm,
Leg. Sjuksköterska

Frida Lundquist, Rätt psykiatri Falköping,
Leg. Hälso- och sjukvårdskurator

Ebba Noland, Rätt psykiatriska regionkliniken,
Sundsvall, Administratör

Roger Palmqvist, Rätt psykiatri Blekinge,
Avdelningschef

Anna-Karin Riosand, Läns gemensam Rätt psykiatri,
Öjebyn, Sekreterare

Sofia Sjörs, Rätt psykiatriska kliniken, Säter,
Enhetschef

Veronica Stenberg, Rätt psykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Psykolog

Peter Tjelander, Rätt psykiatriska regionkliniken,
Växjö, Leg. Sjuksköterska

Registrets analysgrupp 2024

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

Analysgruppen har bestått av följande personer:

Helena Andreasson, Rätt psykiatri Skåne,
Leg. Sjuksköterska, Registerhållare

Mattias Andersson, Rätt psykiatri Skåne,
Administratör, utbildningssamordnare

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

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

David Johansson, Rätt psykiatriska enheten,
Uppsala, Leg. Psykolog

Peter Karlberg, Rätt psykiatriska regionkliniken,
Vadstena, IT-samordnare

Magnus Kristiansson, Rätt psykiatriska
regionkliniken, Sundsvall, Leg. Sjuksköterska,
Områdesdirektör, f.d. Registerhållare

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

Tom Palmstierna, Rätt psykiatri Vård Stockholm,
Överläkare, Professor, Fakultet för medicin og
helsevitenskap v/Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet (NTNU), Avd Brøset Trondheim

Täcknings- och anslutningsgrad

Verksamhetsnivå

Anslutningsgraden var 96 procent, där 24 av 25 verksamheter i landet rapporterade till RättsspsyK. Den verksamhet som inte rapporterade 2024 var Östersund.

Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättsspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av registerservice vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 85 procent på individnivå för år 2023 i riket.

Metodbeskrivning

Urvalet ur RättsspsyK för täckningsgradsåret 2023 består av patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2022 och med slut i mitten av 2023 och som hade en aktuell registrering i RättsspsyK under 18-månadersperioden med start i mitten av 2022 fram till slutet av 2023.

Urvalet ur patientregistret består av de patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2022 och med slut i mitten av 2023 och vårdades med någon av vårdformerna 3, 4, 7, 8, E, F, I eller J.

Analysen har genomförts på individnivå. Om samma personnummer förekommer i båda registren betraktas det som en matchning. Täljaren i jämförelsen är de patienter som var inskrivna för rättspsykiatrisk vård enligt RättsspsyK någon gång under ettårsperioden med start i mitten av året före täckningsgradsåret och med slut i mitten av det aktuella täckningsgradsåret och som hade en registrering i RättsspsyK under de senaste 18 månaderna räknat bakåt från sista december det aktuella täckningsgradsåret. Nämnaren är de patienter som var inskrivna för rättspsykiatrisk vård enligt patientregistret och/eller RättsspsyK någon gång under ettårsperioden med start i mitten av året före täckningsgradsåret och med slut i mitten av det aktuella täckningsgradsåret. Läs mer om metoden i Att beräkna täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister: socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020127049-metodbilaga.pdf

Vårdformer

- E = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- F = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- I = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- J = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

Innan 2011–01–01:

- 3 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 4 = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
- 7 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
- 8 = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

Registrets uppbyggnad

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statiska data och kallas Grunddata. Grunddata är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata.

Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2023/2024 och som registrerats under 2024.

Anteckningar

[illegible]

Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

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

Startår 2008 rattsspsyk.registercentrum.se kvalitetsregister.se

NÅGRA INDIKATORER

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

