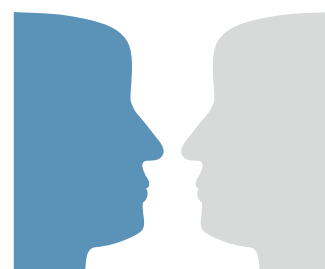


RättspsyK

# Årsrapport 2023

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister



**RättspsyK**

Nationellt  
rättspsykiatriskt  
kvalitetsregister



# Årsrapport 2023

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK

<https://rattpsyk.registercentrum.se>, [www.kvalitetsregister.se](http://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
Norrbottn	Piteå Rättspsykiatri, Malmöfältens psykiatri
Skåne	Rättspsykiatri i Skåne
Stockholm	Rättspsykiatri Vård Stockholm
Sörmland	Regionsjukhuset Karsudden, Mälarsjukhuset Eskilstuna
Uppsala	RPE Uppsala
Värmland	RPE Kristinehamn
Västerbotten	Umeå Rättspsykiatri, RPA Skellefteå
Västernorrland	RPK Sundsvall
Västmanland	Rättspsykiatri Västmanland/Sala
Västra Götaland	RPV Borås, RPV Falköping, RPV Göteborg, RPV Vänersborg
Örebro	RPK Örebro
Östergötland	RPR Vadstena

## Citera denna rapport:

Swedish National Forensic Psychiatric Register, RättspsyK (2023). Annual 2023. Gothenburg: Swedish National Forensic Psychiatric Register.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK (2023). Årsrapport 2023. Göteborg: Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.

ISSN 2001-3698

Tryckår 2024

Formgivning och produktion: Gullers Grupp AB

Tryck: DanagårdLITHO AB.

Foto: Anna-Karin Burman

## Registerhållare

### Magnus Kristiansson

Områdesdirektör

Rättspsykiatriska regionkliniken Sundsvall

[magnus.kristiansson@rvn.se](mailto:magnus.kristiansson@rvn.se)

## Biträdande registerhållare

### Helena Andreasson

Psykiatrisjuksköterska

Rättspsykiatri Skåne

[helena.i.andreasson@skane.se](mailto: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

### Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland

413 45 Göteborg

[peter.gidlund@vgregion.se](mailto:peter.gidlund@vgregion.se)

## Utgivare

Helena Andreasson

## Huvudman

Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen

413 45 Göteborg



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>Syfte och måltal</b> .....	<b>9</b>
<b>Patientgruppen i registret</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>21</b>
Bortfall .....	21
Självskattad hälsa, livskvalitet och återfall i brott. ....	22
Utfall av vården för fem indikatorer – efter vårdens avskrivning under perioden 2009–2023. ....	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
<b>Vårdprocess</b> .....	<b>33</b>
Stöd- och behandlingsinsatser .....	33
Hälsöfrämjande insatser .....	34
Läkemedelsbehandling .....	34
Missbruksbehandling .....	37
Tvangsåtgärder .....	38
Brottsbearbetning .....	39
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 .....	41
<b>Vårdtid</b> .....	<b>45</b>
<b>Verksamheterna i registret</b> .....	<b>51</b>
<b>Redovisning på verksamhetsnivå</b> .....	<b>52</b>
<b>Vägen ut</b> .....	<b>63</b>
<b>Registerhållarna reflekterar</b> .....	<b>66</b>
<b>Forskning och validering</b> .....	<b>68</b>
<b>Möjliga områden för utvecklingsprojekt</b> .....	<b>69</b>
<b>Urval av publikationer med referens till RättspsyK publicerade 2023</b> .....	<b>70</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>71</b>
<b>Vad är rättspsykiatrisk vård?</b> .....	<b>72</b>
<b>Fakta om RättspsyK</b> .....	<b>74</b>
<b>Täcknings- och anslutningsgrad</b> .....	<b>76</b>



# Inledning

Syftet med det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård. Arbetet med att ta fram gemensamma indikatorer pågick mellan åren 2003–2008 och bedrevs i olika arbetsgrupper med Svenska Rättspsykiatriska Föreningen som sammanhållande länk. Antalet nya rättspsykiatriska undersökningar ökade från 537 år 2022 till 555 under 2023. Täckningsgraden är fortsatt hög, 84 procent. I årets rapport har den statistiska redovisningen förändrats och anpassats till strängare krav på röjandekontroll, se rubrik "Nya föreskrifter för att minska risken för röjande av identitet".

## Rapportens syfte

RättspsyK 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 RättspsyK har ökat kraftigt under åren och under 2023 har vi identifierat 11 vetenskapliga publikationer och en avhandling som refererar till RättspsyK.

## Nya föreskrifter för att minska risken för röjande av identitet

Nytt för i år är nya föreskrifter för att minska risken för röjande av identitet, se faktaruta. I texten, liksom i figurer och tabeller, märks de nya föreskrifterna i form av avrundade tal, till närmaste tiotal. Det innebär, till exempel, att en uppgift om 20 personer i realiteten kan röra sig mellan 15 och 24. Begreppet censurering innebär att när antalet observationer är mindre än

15 personer, redovisas dessa inte. Som en följd av detta redovisas färre variabler på verksamhetsnivå.

## Vad redovisas i årets rapport?

Redovisningarna är framtagna av analysgruppen. Urvalet är grundat på återkopplingar från tidigare rapporter, diskussioner på nationella möten, erfarenheter från valideringar, kontakter med registrerare och övrigt kliniskt verksam personal. Utöver urvalet i denna rapport finns ytterligare data som kan analyseras och vara av intresse för verksamheterna.

## Verksamheter med få patienter

Eftersom data, av sekretesskäl, inte redovisas för verksamheter som har färre än 15 patienter saknas data för dessa i rapporten. Det finns alltid möjlighet att få ut data för den egna verksamheten genom att kontakta registerhållaren. Av sekretesskäl har också så kallade outliers, d.v.s. extremvärden tagits bort från redovisningar i rapportens boxplot.

## Jämförelser med patientdata från kvalitetsregistret PsykosR

Under ett antal år har jämförelser gjorts med patienter ur PsykosR, avseende BMI och läkemedelsbehandling.

### 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 RättspsyK:s årsrapport. Grundprincipen är att antalsuppgifter avrundas till närmsta tiotal och att censurering sker när antalet observationer är mindre än 15.

Eftersom PsykosR avslutade sina registreringar under föregående år saknas underlag för jämförelser och följaktligen har dessa strukits i årets rapport.

## 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?

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”.

## 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 i registret ut?

Hur ser verksamheterna i registret 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?”.

## Läsanvisningar – redovisning av data

Där inte årtal anges i grafer och tabeller avses 2023. Vid all tolkning av resultat bör hänsyn tas till underlagets storlek. Där inte annat anges ingår såväl slutensom öppenvård i redovisningarna.

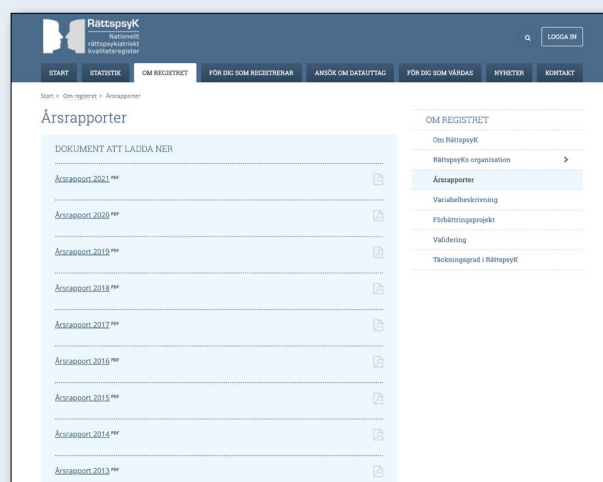
## Tillgång till årsrapporter och statistik på nätet

### Årsrapporter

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

### Statistik

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



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 faktiska procentuella andelen 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 ojämn för män.

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

Analysgruppen är medveten om att det biologiska/ juridiska könet inte alltid stämmer överens med hur en person uppfattar sig själv i relation till rådande sociala och kulturella normer kring vad det innebär att vara en kvinna eller en man. Utan att förneka mångfalden av könsidentiteter presenteras data i RättspsyK 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 fysisk hälsa uppnåddes inte av några enskilda verksamheter i år.

Anslutningsgraden för registret på verksamhetsnivå var som tidigare, 96 procent, det vill säga 25 av 26 verksamheter registrerar. Täckningsgraden omfattade 84 procent av alla patienter.

Antalet patienter som följdes upp 2023 var 2 070 och är det högsta antal sedan RättsspsyK startade 2008. Relationen mellan män och kvinnor är i princip densamma, i år ökar andelen kvinnor med en procentenhet fler än föregående år det vill säga 15 procent. Medianåldern var 40 år för kvinnor och 39 år för män. Antalet nyregistreringar var 230, vilket kan jämföras med 310 under 2020. Antal personer som fick sin LRV-dom avskrivnen var 140, en siffra som är relativt låg i jämförelse med tidigare år.

Medianvårdtiderna har successivt ökat under en åttaårsperiod. Från 2012 till 2021 har medianvårdtiderna, för patienter som har fått sin LRV-dom avskrivnen, ökat från 42 månader till 58 månader. Under 2023 ökade medianvårdtiden med 1 månad till 59 månader. Det är dock stora skillnader mellan verksamheterna. Medianvårdtiden varierar från 33 till 89 månader. När vården fortfarande är pågående var skillnaderna mellan verksamheterna än större, från 25 till 126 månader, median för hela riket var 64 månader. Skillnaderna speglar verksamheternas uppdrag och säkerhetsnivå och relationen mellan sluten- och öppenvård. Det är också stora skillnader mellan indexbrottet 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, från 74 procent perioden 2013–2015 till 79 procent, perioden 2019–2021. Året 2023 var andelen LRV med SUP samma som 2022, 85 procent, fördelat på 75 procent för kvinnorna och 87 procent för männen. Andelen personer som har en dokumenterad historia av missbruk ökade under perioden 2013–2015 till perioden 2019–2021, från 60 procent till 71 procent. År 2023 var andelen med dokumenterad historia av missbruk 69 procent.

Eftersom vårdtiderna är långa förekommer en stor andel av patienter i de olika årsrapporterna vilket avspeglas i små variationer mellan åren. Schizofrenidiagnosen dominerar, 46 procent av kvinnorna och 58 procent av männen hade schizofreni som huvuddiagnos. Det är intressant att följa utvecklingen av huvuddiagnoser eftersom schizofreni minskar i den allmänna psykiatrin men andelen ökar bland patienter som döms till rättspsykiatrisk vård. Dominerande indexbrott var brott mot liv och hälsa, 3 kapitlet BrB. Årets siffror visar att 45 procent av kvinnorna och 51 procent av männen dömdes för brott mot liv och hälsa. Den näst vanligaste brottsrubriceringen var för kvinnor allmänfarliga brott (20 procent) och för män, brott mot frihet och frid (18 procent). Siffrorna är i stort jämförbara med 2022 års rapport.

Som tidigare år registrerades fler kvinnor än män för somatiska sjukdomar. Somatiska sjukdomstillstånd registrerades för 49 procent av kvinnorna och för 38 procent av männen, vilket är en ökning i jämförelse med tidigare år. Det vanligaste sjukdomstillståndet var diabetes följt av hjärt- och kärlsjukdomar. Andelen somatiska sjukdomar avspeglas i förskrivning av läkemedel, 84 procent av kvinnorna hade någon form av somatisk medicinering, bland männen var siffran 66 procent. Övervikt och fetma är problem som ökar, både bland kvinnor och bland män. Andelen kvinnor

med BMI över 30 fluktuerar något men ligger, under perioden 2014–2023, mellan 50–61 procent och bland männen 39–46 procent.

BMI är ett av fyra måttal 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 måttet 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 inleddes till vårdens avskrivning. Perioden sträcker sig nu från 2009 till 2023. 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 är 83 procent motiverade till behandling, 66 procent har en ökad livskvalitet, 81 procent har sjukdomsinsikt och 62 procent har förbättrad symtombild. Den femte indikatorn, BMI, visar tyvärr på ett försämrat utfall, 47 procent har ett försämrat värde vid vårdens avskrivning i jämförelse med när vårddagen startade.

Behov av stöd- och hjälpinsatser är stort. Kartläggning av behov av stöd och hjälp visar att en majoritet av patienterna behöver hjälp med att hantera sin ekonomi och skuldsituation. Mellan 60 till 80 procent av patienterna är i behov av hjälp. Samtidigt är dessa

behov tillfredsställda till nästan 90 procent i öppenvård i form av god man respektive förvaltare. Patienternas nätverk består till största delen av kontakt med anhöriga, vilket är viktigt vid avskrivning av vården. Samverkan med andra aktörer förekommer i hög grad, framförallt i öppenvård, där samverkan fungerar i 94 procent av fallen. Samverkan är i största delen i form av insatser från kommunernas socialtjänst och boende på behandlingshem.

Behandling med psykofarmaka ligger på en stabil nivå i jämförelse med tidigare år, 97 procent av patienterna med schizofrenidiagnoser behandlades med psykofarmaka. Antipsykotiska medel dominerade, 94 procent av patienterna behandlades med dessa medel, med små skillnader mellan kvinnor och män.

Andelen patienter som varit föremål för tvångsåtgärder visar på en liten minskning under perioden 2009–2020. De två senaste åren har tvångsåtgärder minskat, framförallt för kvinnor, från 22 procent 2009 till 13 procent 2023. En trend har varit att andelen avskiljningar ökar medan fastspänning minskar. Denna trend bryts 2020 och fastspänning ökar något 2021 och 2022 men minskar igen 2023. Skillnaderna är dock små mellan åren.

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

” Mätt i procent är 83 procent motiverade till behandling, 66 procent har ökad livskvalitet, 81 procent har sjukdomsinsikt och 62 procent har förbättrad symtombild.



# 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 2011<sup>1</sup>. För att vara utmanande men ändå möjliga att uppnå har måltalen av styrgruppen satts något lägre än nivån för riket. För de patientrapporterade indikatorerna psykisk och fysisk hälsa är måltalen satta utifrån styrgruppens bedömning.

## Måltalen är:

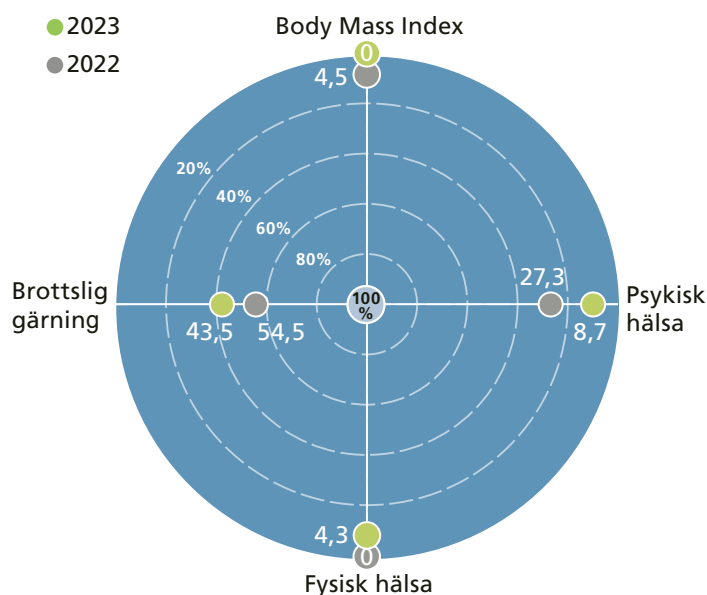
- **Självskattad psykisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala<sup>2</sup>.
- **Självskattad fysisk hälsa:** Minst 75 procent av patienterna anger ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala.
- **Body Mass Index (BMI):** Mindre än 37 procent av patienterna har ett värde på 30 eller högre.
- **Återfall i brottslig gärning<sup>3</sup> 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 2022 och 2023. Ju närmare centrum (100 procent) en punkt ligger desto större andel verksamheter har uppnått det specifika måltalet. I figuren redovisas samtliga verksamheter, även de med färre registreringar än 10.

År 2023 har färre verksamheter uppnått måltalen för psykisk hälsa, fysisk hälsa samt BMI jämfört med 2022. För psykisk hälsa är det endast en verksamhet som tangerar målvärdet (74,9 procent). För BMI är det endast en verksamhet som tangerar måltalet.

För måltalet brottslig gärning är det sju verksamheter som uppfyller måltalet. Ingen verksamhet har uppfyllt måltalet fysisk hälsa sedan 2016.

**Figur 1.** Andel verksamheter som uppfyllde respektive måltal, 2022 och 2023.



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.

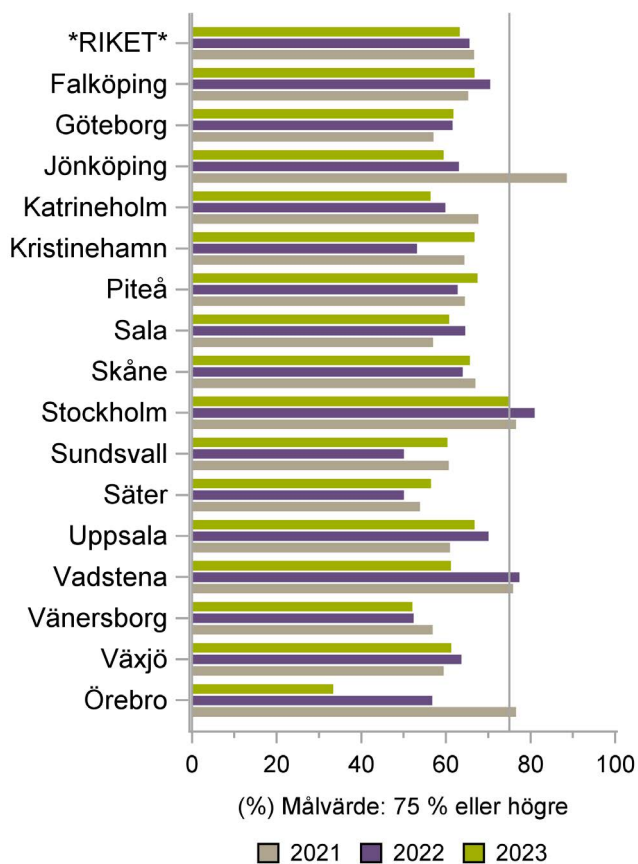
2 VAS (Visuell Analog Skala, 0–100) är en hundra millimeter lång horisontell skala som man kan peka på, skjuta en markör över eller rita ett streck på och på så sätt självuppskatta en upplevelse.

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 2023 var andelen patienter som nådde målet 63 procent. En stor enhet, Stockholm, tangerade målet medan två som uppnådde målet syns inte i figuren på grund av för få registrerade.

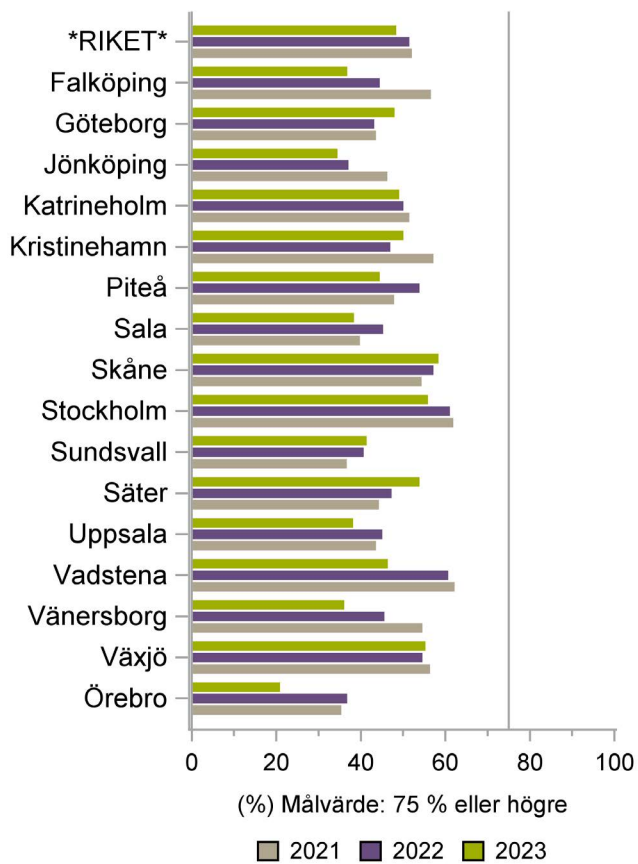
**Figur 2.** Andel patienter med självskattad psykisk hälsa lika med eller över 75.



### Självskattad fysisk hälsa

För måluppfyllnad ska minst 75 procent av patienterna ange ett värde på 75 eller högre på en VAS-skala och indikatorns riktning i figuren är att höga värden är önskvärda. Målet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. För år 2023 var andelen patienter som nådde målet 48 procent. Det uppfattas vara ett av det svåraste målet för verksamheterna att uppnå.

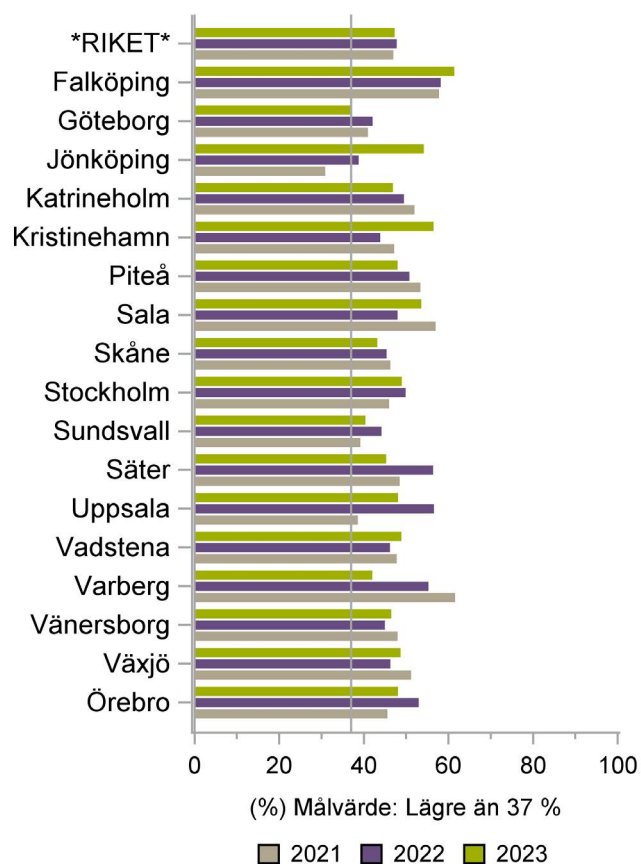
**Figur 3.** Andel patienter med självskattad fysisk hälsa lika med eller över 75.



## BMI

För måluppfyllnad ska mindre än 37 procent av patienterna ha ett BMI värde 30 eller högre och indikatorns riktning i figuren är att låga värden är önskvärda. Måtalet har inte uppnåtts på nationell nivå något år. En verksamhet ligger på gränsen till måtalet 2023.

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



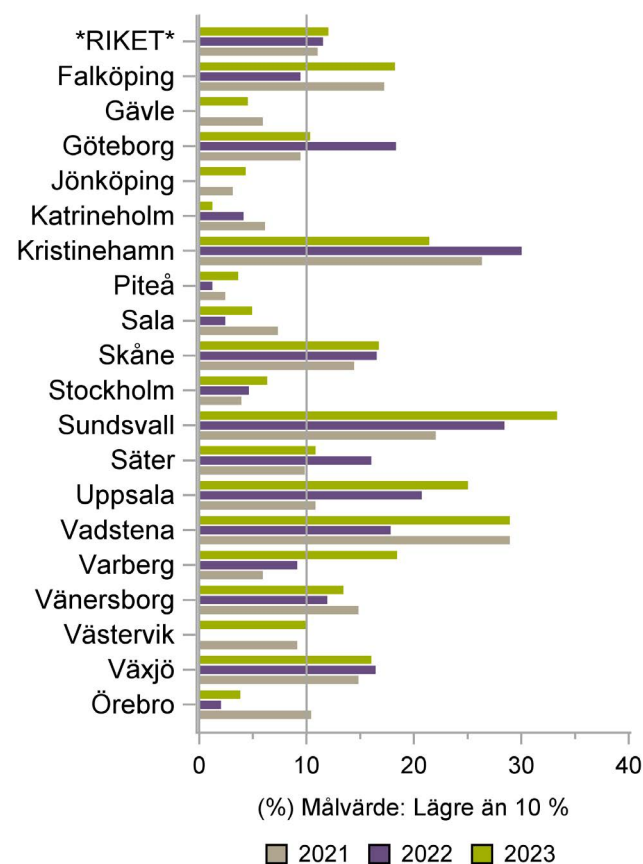
Sammanfattningsvis har under 2023 inget måltal uppnåtts på nationell nivå. På verksamhetsnivå kan dock konstateras att ett antal verksamheter uppfyllt ett eller flera av måtalen. Tre måltal (självskattad psykisk och fysisk hälsa samt BMI) har inte uppnåtts något år på nationell nivå.

Generellt skattar en större andel av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan. Andelen verksamheter som uppnått måtalet självskattad psykisk hälsa har sjunkit till en enhet som endast

## 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”. Måtalet har uppnåtts av sju verksamheter.

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



tangerar måtalet 2023. För fysisk hälsa är det ingen verksamhet som har uppnått måtalet sedan 2016, då var det en verksamhet.

En fortsatt minskning gäller för måtalet BMI. Ingen verksamhet har uppnått måtalet 2023.

Måtalet återfall i brottslig gärning uppnåddes i år av sju verksamheter. Sedan 2018 är det fem verksamheter som har uppnått måtalet fem år i rad.

# Patientgruppen i registret

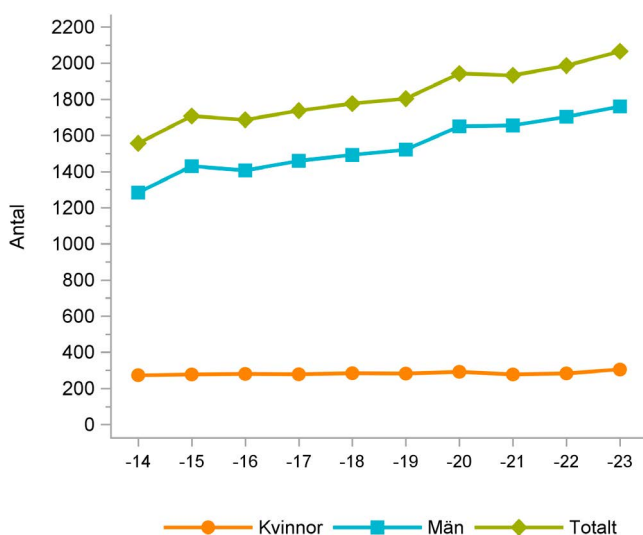
## Inklusions- och exklusionskriterier

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

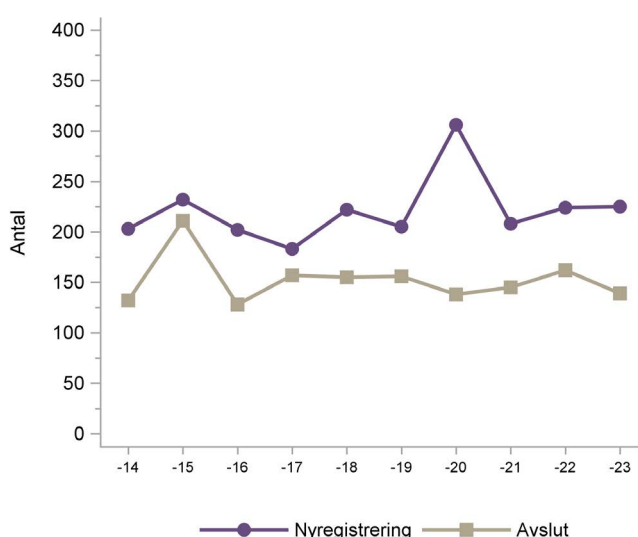
Exklusionskriterier är att patienten blir definitivt utskriven, det vill säga att LRV-domen upphör, eller att patienten avlider, alternativt att patienten själv begär utträde ur registret.

## Nyregistrerade, uppföljda och avslutade patienter

Figur 6. Antal uppföljda patienter.



Figur 7. Antal nyregistrerade och avslutade patienter.

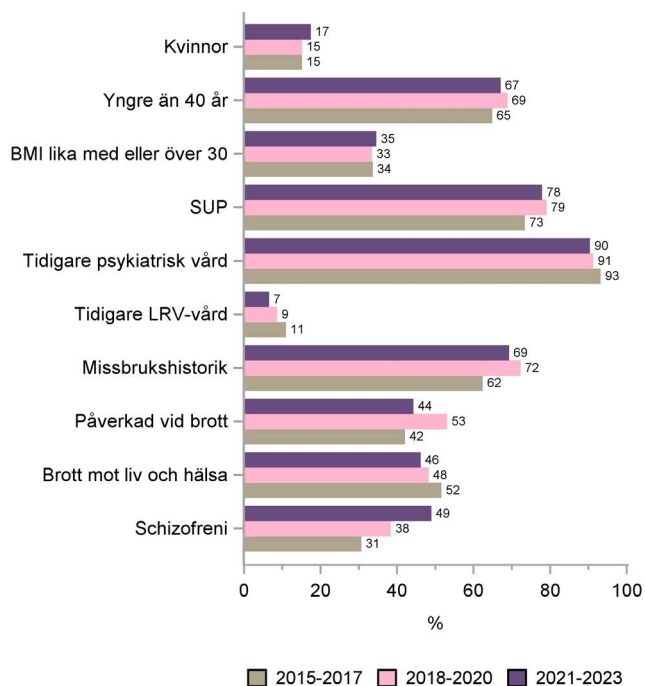


Antalet uppföljda patienter har ökat med 15 procent sedan 2019 och med 33 procent sedan 2014. Förändringen mellan 2022 och 2023 är en ökning med fyra procent. Av patienter uppföljda under 2023 var 15 procent kvinnor och 85 procent män. Totalt följdes cirka 2 060 patienter upp under 2023.

Under 2023 var antalet nyregistrerade patienter cirka 230, vilket var i stort jämförbart med antalet under 2022. Antalet avslutade patienter var samtidigt cirka 20 färre än under 2022. Den vanligaste orsaken till avslut har under perioden 2009–2023 varit att LRV-vården avskrivits. Andelen avlidna patienter under samma period har varit 11 procent, huvuddelen av naturliga orsaker. Mellan 2009 och 2023 har omkring 40 patienter avlidit till följd av suicid.



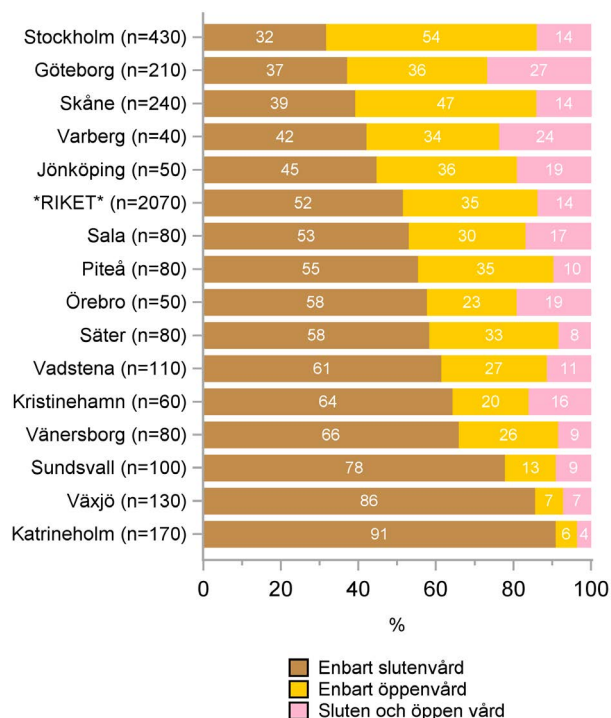
**Figur 8.** Bakgrundsdata för nyregistrerade patienter.



Nyregistrerade patienter under perioden 2021–2023 bestod i något större utsträckning av kvinnor jämfört med tidigare perioder, och hade i större utsträckning än tidigare schizofreni som huvuddiagnos. Samtidigt var färre dömda för brott mot liv och hälsa och en något mindre andel hade tidigare fått rättspsykiatrisk vård. Sedan 2015 har en majoritet av nyregistrerade patienter varit under 40 år. En mycket liten andel, en procent, av de patienter som följdes upp under 2023 var under 18 år vid tidpunkten då de påbörjade sin vård.

## Fördelning mellan sluten- och öppenvård

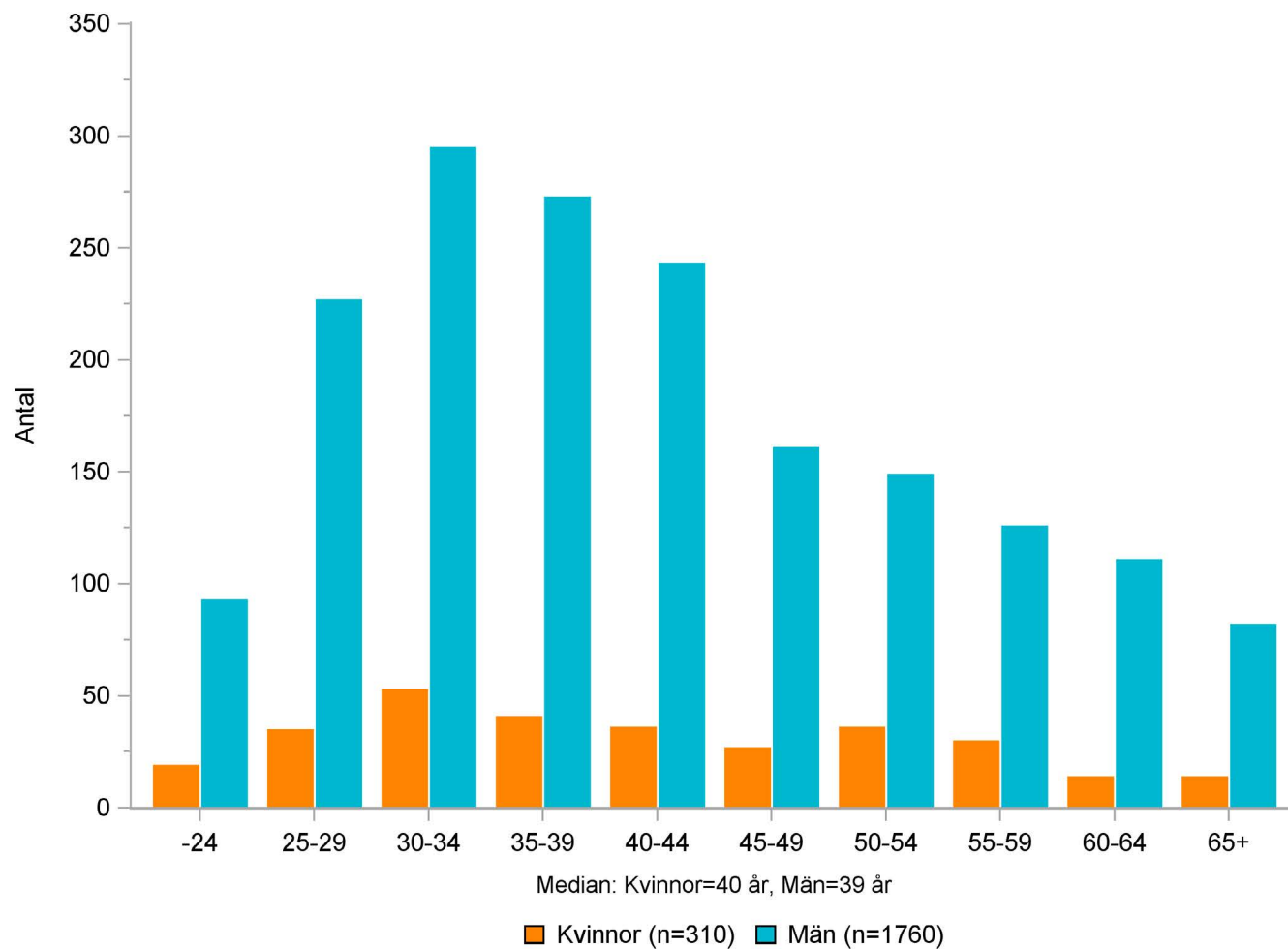
**Figur 9.** Fördelning mellan sluten- och öppenvård.



Under 2023 vårdades 52 procent av alla patienter i riket enbart i sluten vård, 35 procent vårdades enbart i öppen vård och 14 procent av patienterna vårdades under året både i öppen och sluten vård. Andelen som vårdats enbart i sluten vård har ökat med cirka tre procentenheter under den senaste femårsperioden.

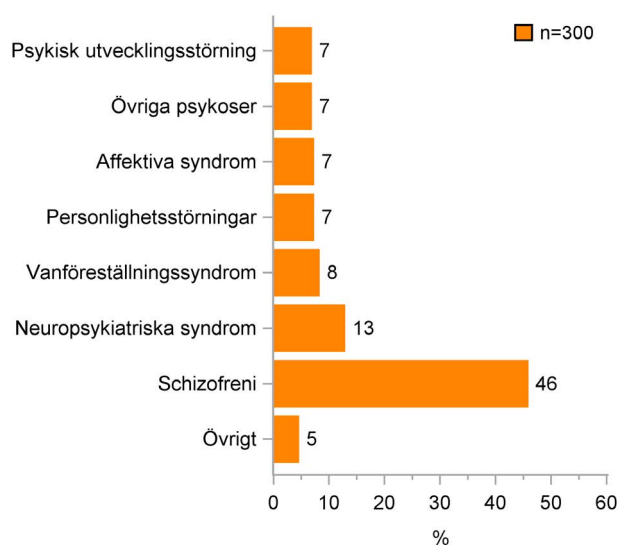
## Ålder

Figur 10. Åldersfördelning i registret.

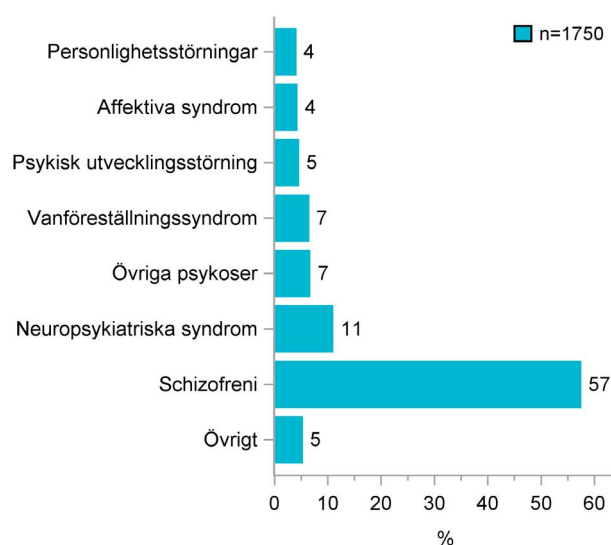


## Huvuddiagnos

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 ofta 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 samtidigt andra diagnoser, så som substansbruksdiagnoser eller kombinationer av ovanstående svårigheter.

Schizofreni dominerar bland både kvinnor och män. Denna diagnos karaktäriseras ofta av svåra psykotiska symtom med förändrad verklighetsuppfattning. Det förelåg vissa könsskillnader på så sätt att schizofreni som huvuddiagnos var vanligare bland män medan personlighetsstörningar och affektiva syndrom var något vanligare som huvuddiagnos hos kvinnor under 2023.

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

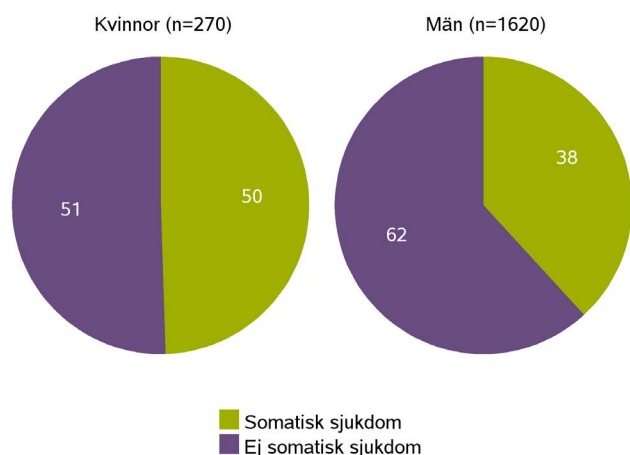
en patientgrupp vars vårdbehov kan vara svåra att tillgodose i en rättspsykiatrisk vårdmiljö.

Likasa 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 2023 utgjorde gruppen med neuropsykiatriska syndrom 13 procent av kvinnorna och 11 procent av männen. Som bidiagnoser är de sannolikt betydligt vanligare.

Fördelningen av huvuddiagnoser har varierat relativt lite under de år som registret varit i bruk, såväl för män som för kvinnor. Emellertid har diagnoser inom gruppen neuropsykiatriska syndrom ökat sedan 2009, vilket tydligast syns för kvinnor. En ökning kan också ses av diagnosen schizofreni. År 2009 var huvuddiagnosen schizofreni hos drygt 30 procent av kvinnor och 44 procent av män, vilket kan jämföras med 46 respektive 57 procent år 2023.

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.

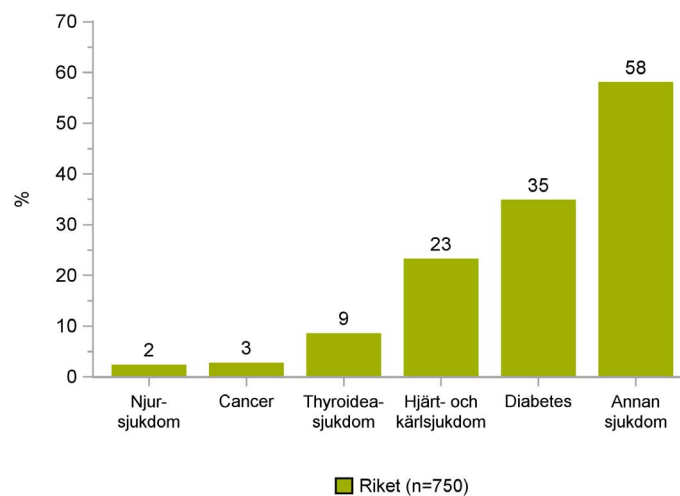
**Figur 13.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*.



\*Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt-och kärlsjukdom, njursjukdom 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 hälften hade någon somatisk diagnos. Motsvarande siffra för män var 38 procent.

**Figur 14.** Fördelning av somatiska sjukdomstillstånd.



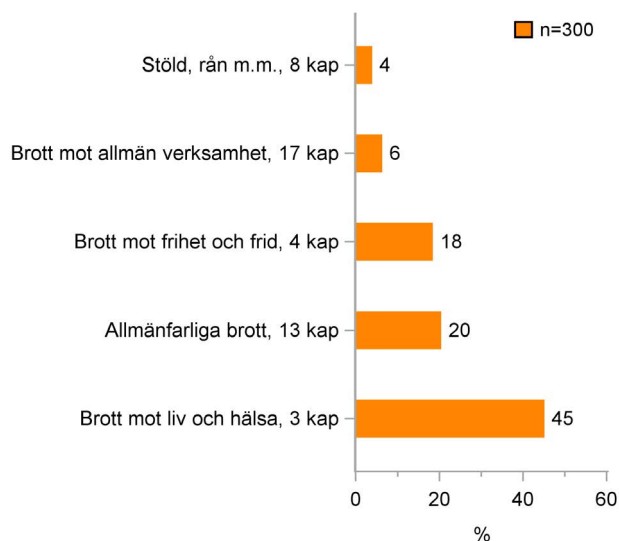
Diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar var relativt vanligt bland patienter inom rättspsykiatrisk vård under 2023. I gruppen med annan sjukdom var det vanligaste som rapporterades astma, fetma samt hepatit C. Nästan lika vanligt var kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Även epilepsi förekom relativt ofta.



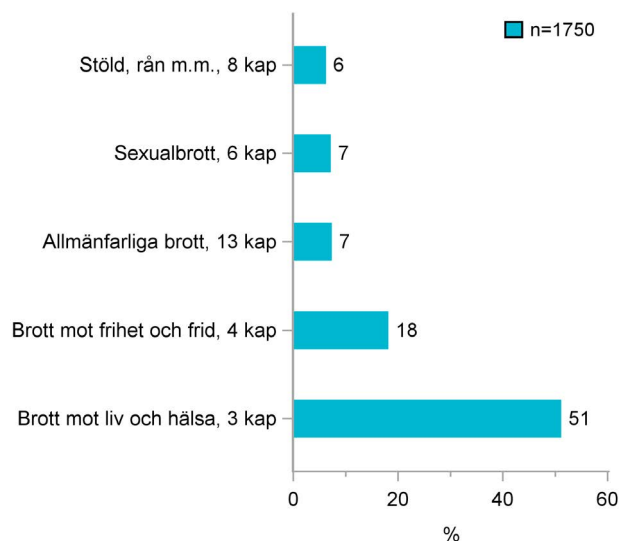
## Indexbrott

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 hänför sig 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.

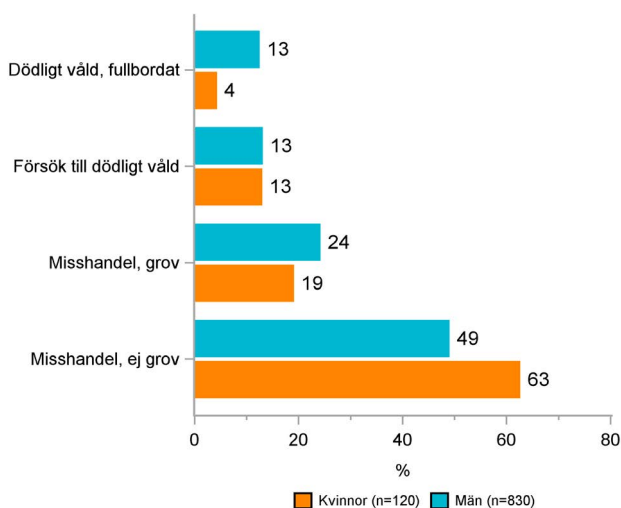
Figur 15. Indexbrott, kvinnor.



Figur 16. Indexbrott, män.



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



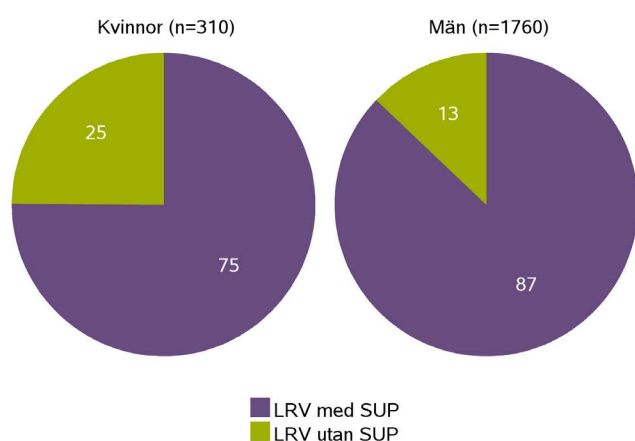
De vanligaste indexbrotten för både kvinnor och män var brott inom 3 kap. brott mot liv och hälsa. I detta brottskapitel ingår bland annat mord, dråp och misshandel. För män utgjorde brott inom 6 kap. sexualbrott sju procent av indexbrotten medan denna typ av brott inte alls hörde till de vanligare bland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

För kvinnor och män med pågående vård under 2023, och som hade något av brotten från 3 kap. som indexbrott, var det absolut vanligast att brottet var någon form av misshandel. Hela 82 procent av kvinnorna och 73 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 75 procent av kvinnorna och 87 procent av männen i pågående vård 2023 var vårdformen rättspsykiatrisk vård med SUP.

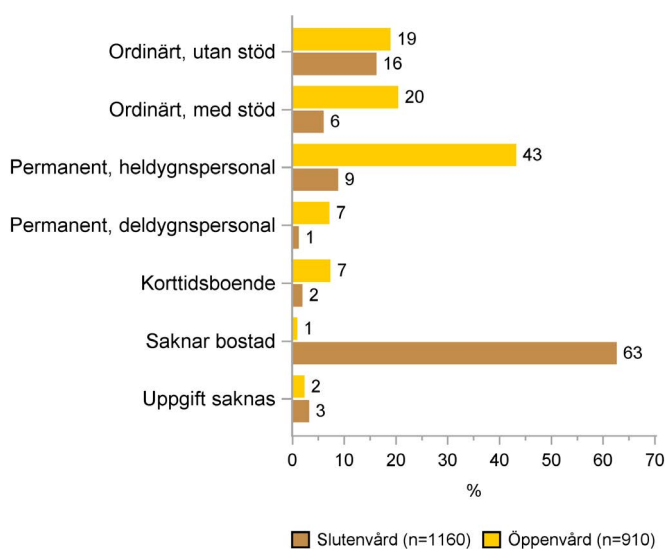
### Barn

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 2023 hos 15 procent av de registrerade rättspsykiatriska patienterna. Det var något vanligare att kvinnorna i patientgruppen hade barn, 18 procent av kvinnorna jämfört med 14 procent av männen hade barn under 18 år.

### Boendeform

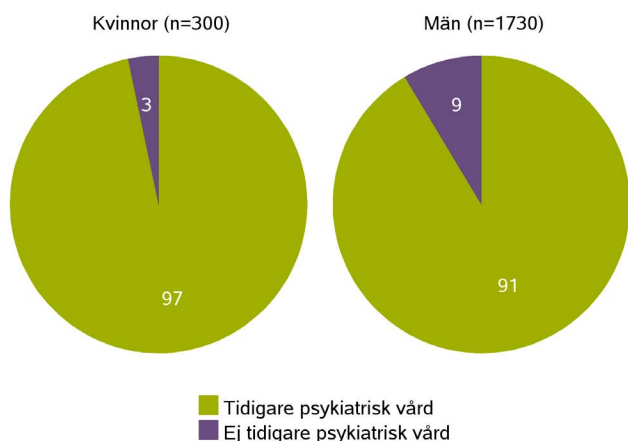
Figur 19. Boendeform för patienter inom slutenvård eller öppenvård.



Patienternas tillgång till boende under merparten av året återspeglas i figur 19. Ordinärt boende definieras som att patienten själv står på kontraktet. Korttidsboende eller permanent boende med personal är boenden enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (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.

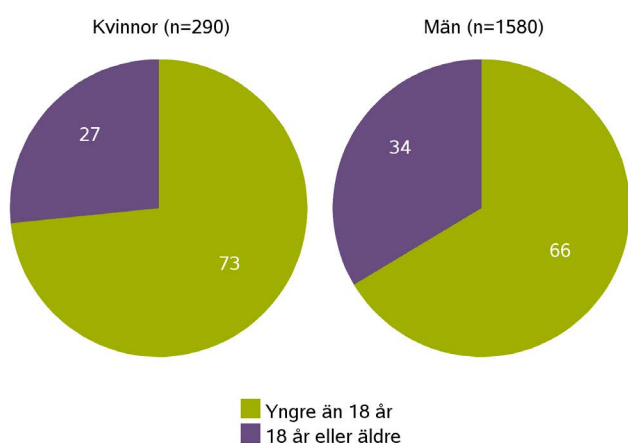
### Tidigare psykiatrisk vård

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



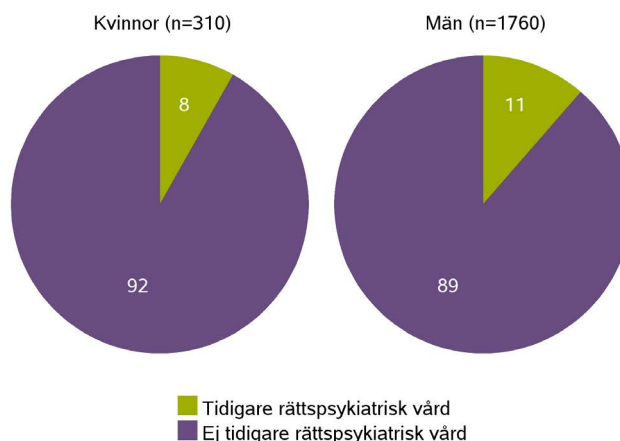
En mycket stor andel av de patienter som överlämnas till rättspsykiatrisk vård har tidigare haft kontakt med den psykiatriska vården. Genom åren har också en ökning setts för sådan historik. Ökningen gäller både män och kvinnor. Under 2023 hade 97 procent av kvinnorna samt 91 procent av männen tidigare haft kontakt med någon form av psykiatrisk vård.

**Figur 21.** Ålder vid första vårdkontakt för psykiatriska problem.



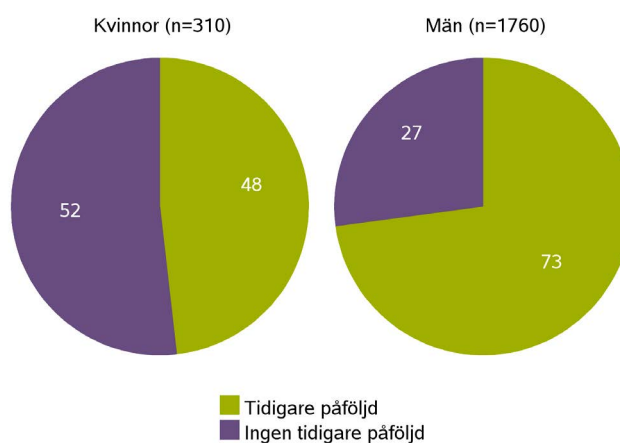
Av de patienter som följdes upp under 2023 och som innan den rättspsykiatriska vården haft kontakt med psykiatrisk vård, hade 73 procent av kvinnorna och 66 procent av männen haft sådan kontakt före 18 års ålder. Dessa andelar var mindre än de var bland de patienter som följdes upp under föregående år, men högre än för de tre föregående åren dessförinnan.

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



Endast en mindre del av det totala antalet patienter som följdes upp under 2023 hade tidigare vårdats enligt LRV, och det var vanligare bland männen att tidigare ha vårdats enligt LRV (11 procent jämfört med åtta procent av kvinnorna).

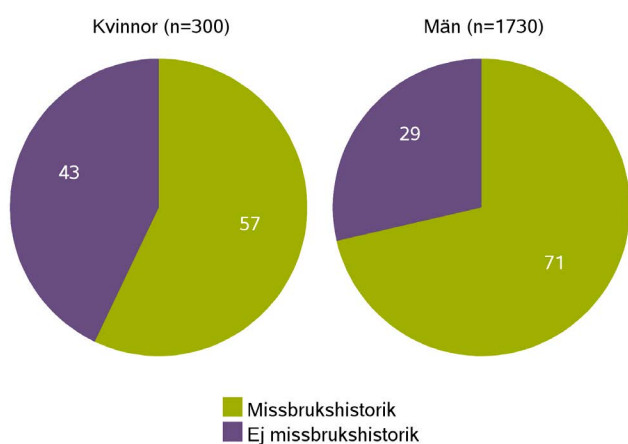
**Figur 23.** Andel patienter med tidigare påföljd innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård.



Det är vanligt för patienterna att ha dömts för brott tidigare, och 70 procent av de patienter som följdes upp under 2023 hade någon tidigare påföljd. Detta var något vanligare för män (73 procent) än för kvinnor (48 procent). Av patienter med tidigare påföljd var 61 procent tidigare lagförda för våldsbrott.

## Tidigare missbruk

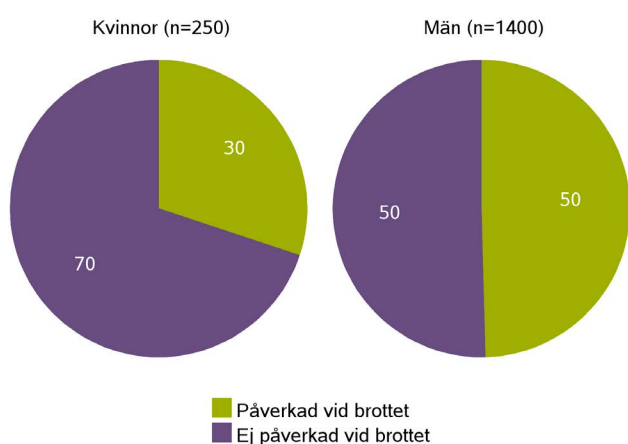
**Figur 24.** Andel patienter med dokumenterad historia av missbruk.



Gällande dokumenterad historia av missbruk har det inte skett några stora förändringar under de år som registreringar skett. De senaste åren har ungefär hälften av kvinnorna en dokumenterad historik och bland männen har andelen varierat mellan 66 och 72 procent. Det var vanligast att patienter med dokumenterad historia av missbruk hade brukat narkotika, 87 procent. Men även missbruk av alkohol (63 procent) och läkemedel (25 procent) var utbredd i gruppen.

## Påverkad av någon drog/alkohol vid indexbrottet

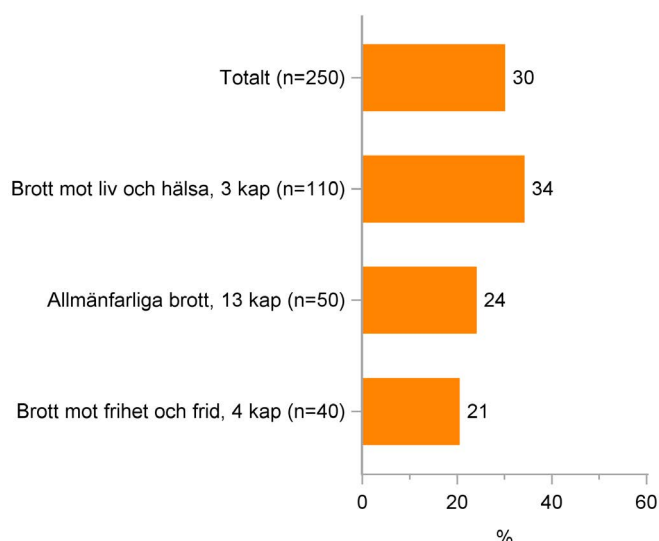
**Figur 25.** Andel patienter som var dokumenterat påverkade av alkohol eller narkotika vid indexbrottet.



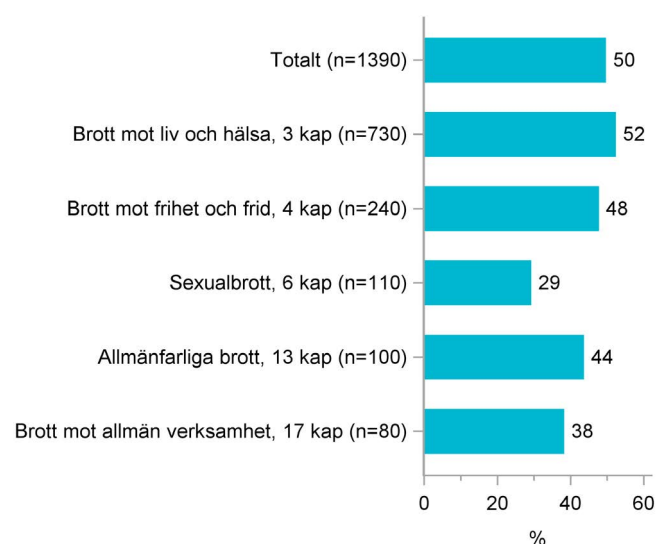
Påverkan av i synnerhet alkohol men även av narkotika och läkemedel är överlag en vanlig faktor i samband med brott i samhället, särskilt avseende

våldsbrott. Det framgår att 30 procent av kvinnorna och hela 50 procent av männen som följdes upp under 2023 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.



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



Vid brott inom 3 kap. brott mot liv och hälsa, var 34 procent av kvinnorna och 52 procent av männen påverkade av alkohol eller narkotika vid brottstillfället. 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.

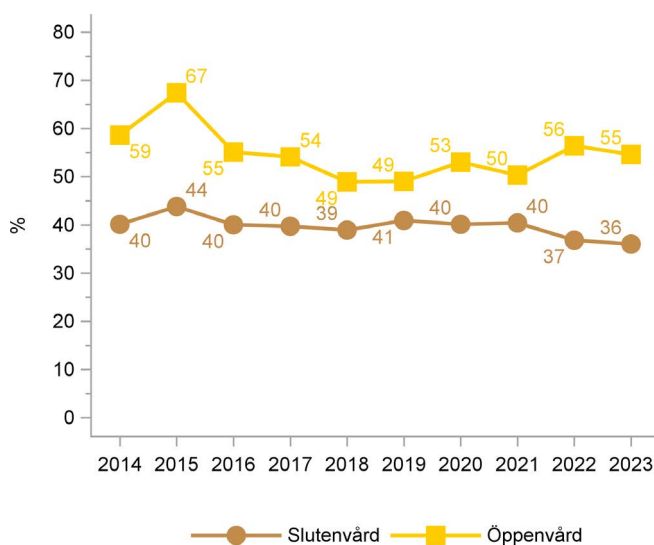
## Bortfall

RättspsyK har en hög anslutningsgrad då 25 av landets 26 verksamheter rapporterar in uppgifter, vilket innebär att rapporten innehåller någon form av data från, i princip, samtliga patienter som vårdas, eller har vårdats, på rättspsykiatriska verksamheter i Sverige. Det innebär dock inte att data är komplett för samtliga patienter. Det kan saknas vissa uppgifter, eller värden, vilket benämns partiellt bortfall.

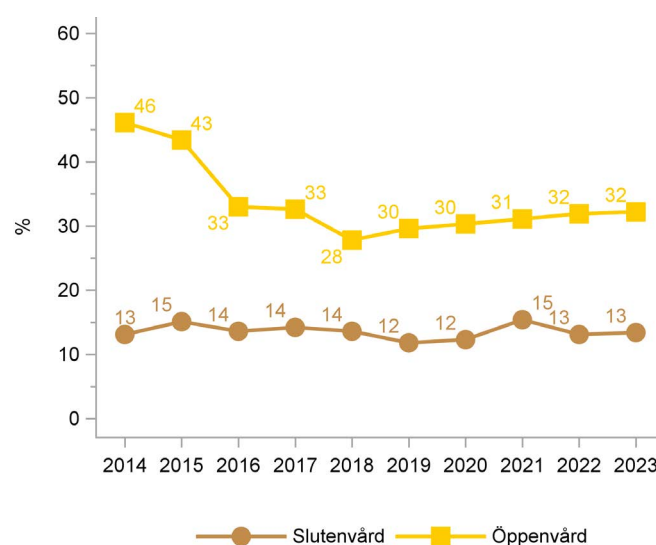
Data som ligger till grund för årsrapporten består i huvudsak av uppgifter som rapporteras av personalen men vissa uppgifter hämtas från patienterna via självskattningar.

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

Figur 28. Bortfall, självskattningar\*.



Figur 29. Bortfall, BMI.



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

Bortfall i självskattning av psykisk och fysisk hälsa, livskvalitet och återfall i brottslig gärning har varit identiska under en längre period och redovisas därför gemensamt i en figur. Bortfallet ökar successivt från 2009 fram till 2015 men har sedan dess minskat något, speciellt inom öppenvården. Siffrorna för 2023 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

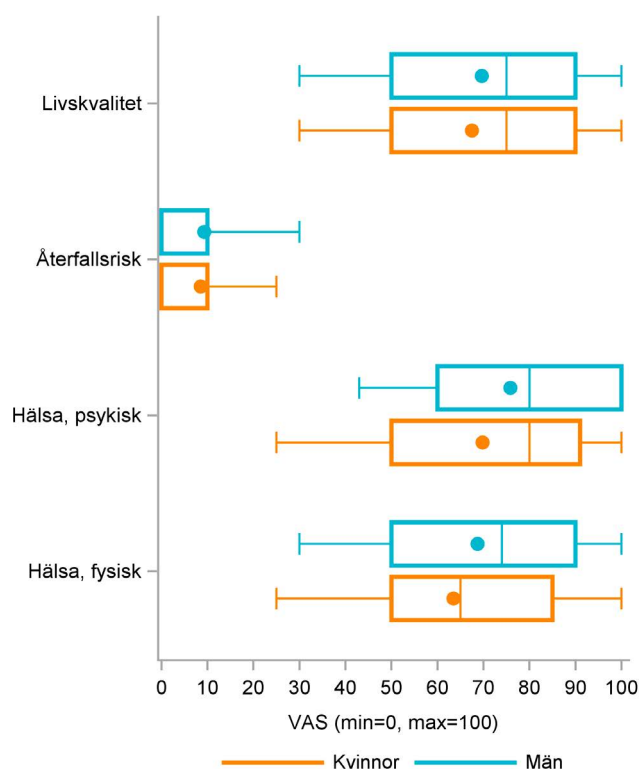
förändringar av självskattningarna över åren, som redovisas i figur 29, ska göras med det relativt stora bortfallet i åtanke. Bortfallet för mätning av BMI inom slutenvården är lågt och har legat relativt konstant, som figuren visar. Bortfall i öppenvården ökar markant fram till 2014 men därefter minskar bortfallet successivt och har sedan 2016 legat kring 30 procent. I 2023 års rapport är siffran 32 procent, det vill säga det finns uppgifter om vikten hos 68 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. Medelvärdet är däremot relativt högt, både kvinnor och män skattar sin hälsa och livskvalitet högt. Skillnader mellan åren är små. Självskattad risk för återfall i brott visar på en mer sammanhållen bild och ligger kring tio procent vilket följer de resultat som redovisats tidigare år.

Läsanvisning för Box Plot återfinns på sidan 50.

**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 2009–2023

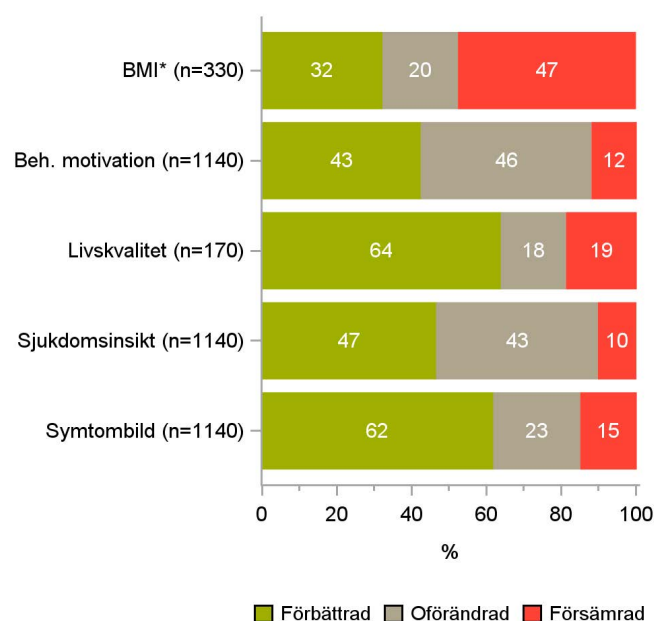
I registret följs fem indikatorer för att ge en bild av vårdens utfall. Fyra av indikatorerna skattas av personalen (BMI, behandlingsmotivation, sjukdomsinsikt och symtombild) och en indikator skattas av patienterna själva (livskvalitet).

Figur 31 visar, för dessa fem indikatorer, skillnaden i registrerat värde för patienter som inom tidsintervallet 2009–2023 (cirka 1 140 patienter) dömts till vård och där vården avskrivits.

Värdet som staplarna visar motsvarar skillnaden mellan det första registrerade värdet när vården inleddes och det sista registrerade värdet när vården avskrivits. 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 har 47 procent ökat i vikt och har ett BMI som överstiger 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 det ett icke önskvärt utfall.

**Figur 31.** Andel patienter där vården avskrivits med förbättrade, oförändrade respektive försämrade indikatorer jämfört med ingångsvärdet under 2009–2023.



\* 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 47 procent av patienterna ett försämrat BMI vid vårdens avskrivande jämfört med då vården påbörjades. Det är samma siffra som förra årets 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 43 procent hade förbättrad behandlingsmotivation innebär det att en majoritet (84 procent) hade helt eller delvis behandlingsmotivation när vården avskrevs.

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

- Har behandlingsmotivation (20 procent)
- Har delvis behandlingsmotivation (21 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. Det är två procentenheter lägre än förra årets (2022) siffror. Knappt 19 procent skattar sin livskvalitet som försämrade, vilket är samma siffra som förra året. 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. En analys visar att 34 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 (25 procent)
- Saknar sjukdomsinsikt (10 procent)

### Symtombild – analys av bakomliggande data i fältet "oförändrad"

För de 24 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 (8 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 beroendesjukdomar och då ska den sammanlagda symtombilden skattas. Bedömningen avser symtombilden vid det aktuella bedömningstillfället, inte hela sjukdomsperioden. För att få likvärdiga bedömningar används en av registret framtagna instruktionsfilm där olika svårighetsgrader åskådliggörs på ett tydligt sätt.

Genomgående över åren skattas männens symtom som mindre svåra. I årets rapport skattas 36 procent av männens symtom som påtagliga, svåra eller mycket svåra, motsvarande siffror för kvinnor är 45 procent, vilket är en ökning med tre procent i jämförelse med förra årets (2022) rapport. Inga, mycket milda eller milda symtom rapporteras för männens del till 30 procent och för kvinnor 27 procent. Det är små skillnader mellan åren.



## Insikt i sin sjukdom och problematik

Med insikt i sin sjukdom och problematik avses förmåga att förstå hur de psykiska symtomen påverkar upplevelser och beteenden samt de svårigheter det medför. Andelen patienter som bedömts ha insikt i sin sjukdom och problematik har varit nästintill konstant de senaste 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 22 procent ha sjukdomsinsikt och 49 procent delvis. Motsvarande siffror för slutenvården var 15 procent respektive 51 procent.

Patientens insikt i sin sjukdom och problematik bedöms ofta kliniskt av vårdpersonal men vid 27 procent av bedömningarna användes skattningssinstrument. Det var vanligare att använda skattningssinstrument inom slutenvården, vilket användes vid 31 procent av bedömningarna. Andelen som använder skattningssinstrument i öppenvården minskade med sju procent i jämförelse med föregående år, från 28 till 21 procent. Frekvensen och val av skattningssinstrument varierar stort i landet.

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

## Behandlingsmotivation

Behandlingsmotivation redovisas som en indikator i figur 31 tillsammans med BMI, sjukdomsinsikt, symptom och livskvalitet. Genom att följa flera variabler parallellt över tid som kan bedömas tillsammans med andra variabler, som till exempel återfall i brottslig gärning under pågående vård kan vi undersöka om det finns korrelation mellan variablerna. Dessa variabler ingår i uppföljning av vårdförlopp för den så kallade ”fyra-” respektive ”sexårsgruppen” (se under kapitel Vårdprocess).

Patientens behandlingsmotivation bedöms av vårdpersonal som kan ha HCR-20 till sin hjälp.

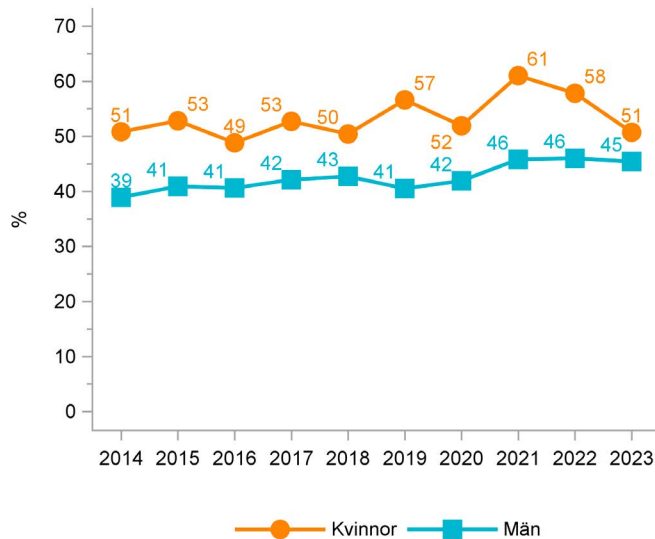
Liksom för insikt i sin sjukdom och problematik kan man förvänta sig att patienter som behandlas i öppenvård ska vara mer behandlingsmotiverade jämfört med patienter sluten vård, vilket också är fallet, även om skillnaden minskat något i jämförelse med 2022. I öppenvården har 37 procent bedömts vara behandlingsmotiverade och 49 procent delvis behandlingsmotiverade. Motsvarande siffror för slutenvården är 31 respektive 50 procent.

## Body Mass Index (BMI)

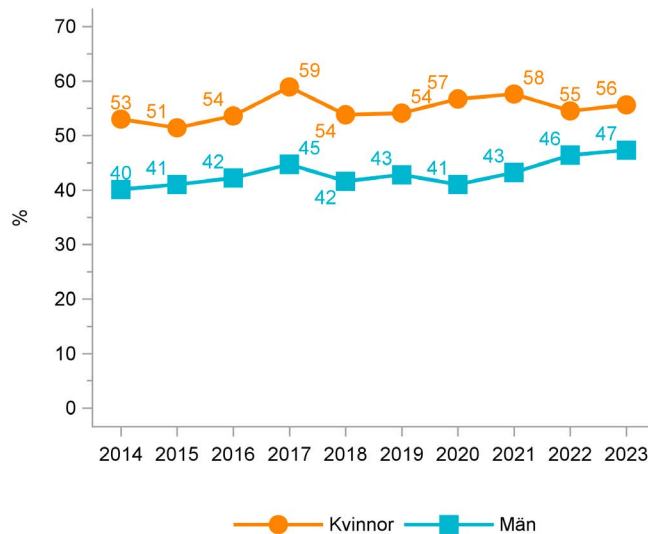
BMI är en förkortning av engelskans Body Mass Index och visar förhållandet mellan vikt och längd. Rapporten använder sig av de allmänna gränsvärden som WHO anger, som gäller vuxna människor, och dessa ska ses som en riktlinje för om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av olika grader av fetma. Fetma (BMI lika med eller över 30) är vanligt förekommande bland patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Männen har legat på en relativt konstant nivå under de senaste åren där cirka 40 procent bedöms lida av fetma, i såväl slutensom i öppenvård.

De senare årens siffror visar på en liten successiv ökning, framförallt i öppenvården, och börjar närma sig 50 procent. Andelen kvinnor som vårdas i slutenvård och bedömdes lida av fetma fluktuerar något men har legat kring 50 procent under de senaste sju åren men ökade under 2021 till 61 procent. I årets rapport har andelen minskat med tio procent, jämfört med 2021, till 51 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 och andelen män ökade till 46 procent. I årets rapport kvarstår samma skillnad.

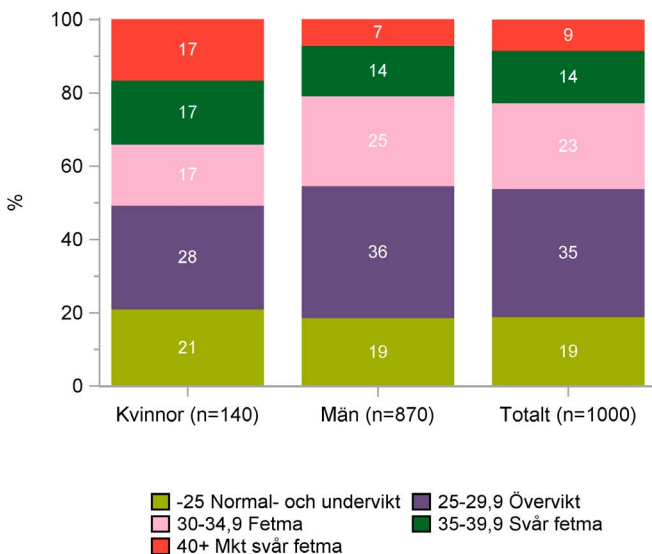
**Figur 32.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



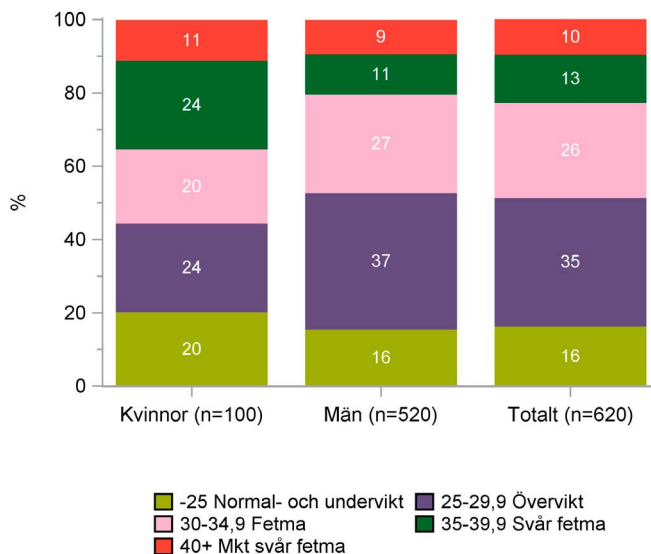
**Figur 33.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, öppenvård.



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



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



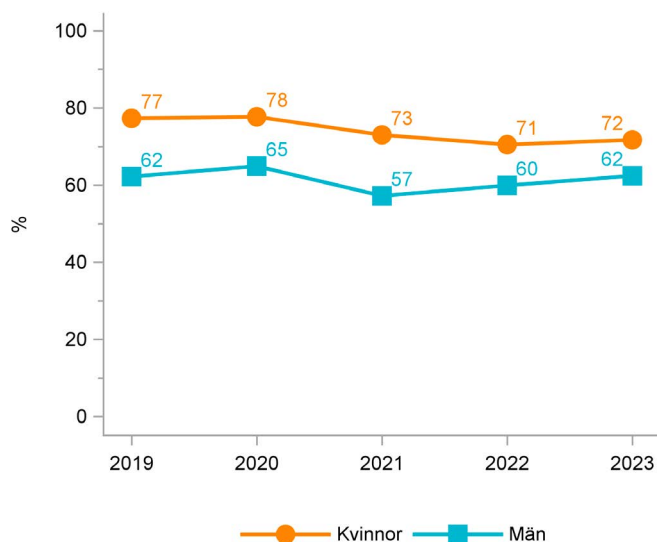
Dessa siffror kan jämföras med den svenska befolkningen i sin helhet. Vid den senaste undersökningen av folkhälsan (se Folkhälsomyndighetens hemsida om övervikt och fetma) ser man en kontinuerlig ökning av såväl övervikt (BMI mellan 25 och 29,9) som fetma (BMI lika med eller över 30) i befolkningen 16–84 år. Sammanlagt hade 36 procent övervikt och 16 procent fetma, vilket sammanlagt betyder att 52 procent

av den svenska befolkningen lider av övervikt eller fetma. En större andel män (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 gruppen mellan 45–64 som lider av övervikt eller fetma, och gäller 71 procent av männen och 56 procent av kvinnorna.

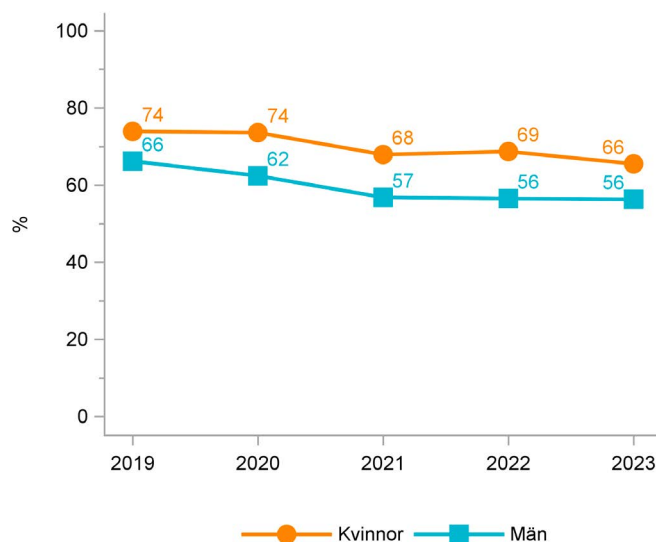
## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

Andelen patienter i behov av hjälp med ekonomin var i klar majoritet och skillnader mellan åren är marginella. Sedan förra årets rapport redovisas fördelningen mellan god man och förvaltare. Som synes i tabellerna 38 och 39 är förändringarna små under perioden 2019–2023.

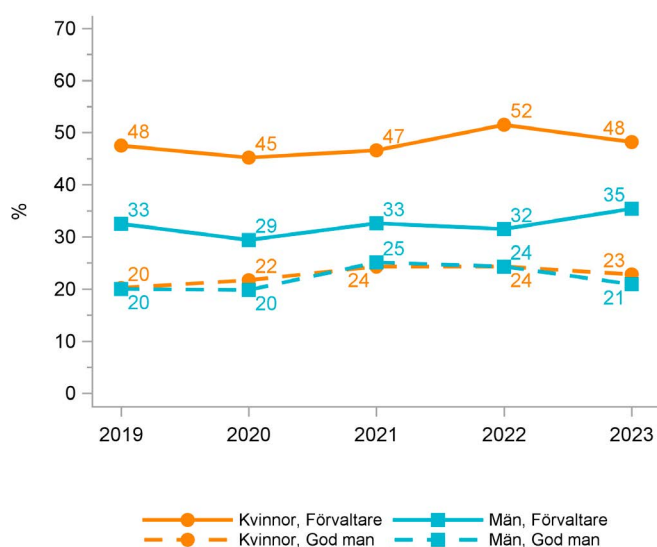
**Figur 36.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, slutenvård.



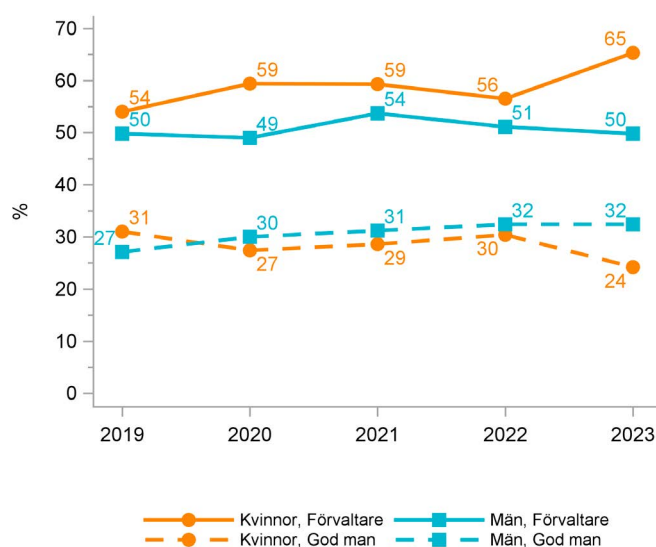
**Figur 37.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, öppenvård.



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



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



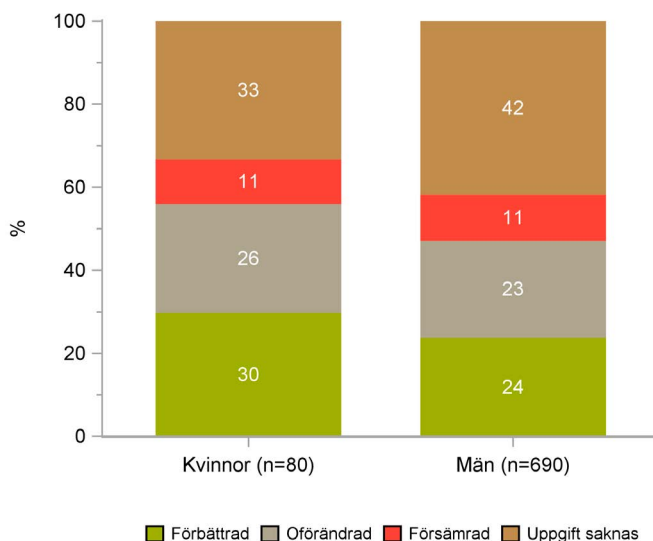
### Skuldsituation

En klar majoritet av patienterna hade behov av hjälp med att hantera sin ekonomi, såsom visas i figur 36 och 37 fg. sida. 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 Årsrapporten 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 2023 har cirka 80 kvinnor registrerats varav det saknas uppgifter för 33 procent. För 30 procent av kvinnorna förbättrades skuldsituationen, vilket är en lägre andel jämfört med föregående årsrapport som var 38 procent. Bland männen var cirka 690 patienter registrerade varav det saknas uppgifter för 42 procent. För 24 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.

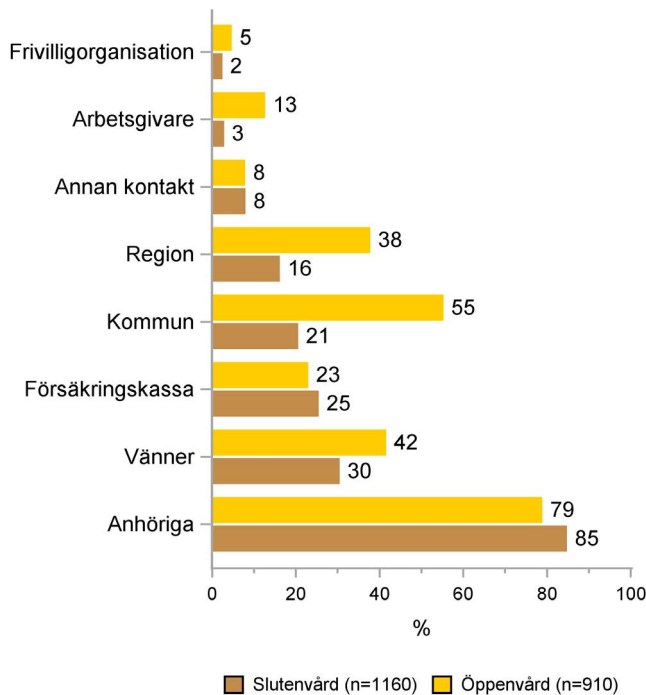
**Figur 40.** Förändring av skuldsituation.



### 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 till och med några procentenheter högre i slutenvården.

**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 RättspsyK och Brå under 2019 sammanställde Brå statistik från RättspsyK 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 åtalar för brott som faller under allmänt åtal. Det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott, näst vanligast var brott mot allmänhet och stat, huvudsakligen våld eller hot mot tjänsteman, därefter tillgreppsbrott, huvudsakligen stölder.

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

### Påföljder

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

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

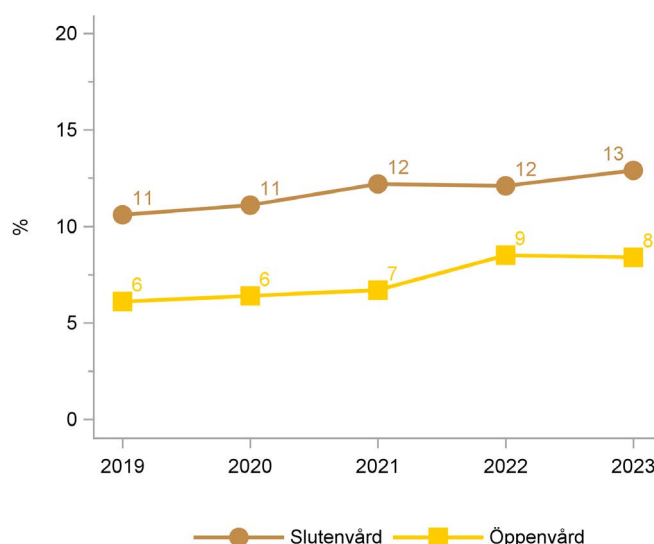
De personer som lagförts för brott kan även ingå bland de personer som av personalen registrerats i kvalitetsregistret för återfall i brottslig gärning under pågående vård.

## Återfall i brottslig gärning under pågående rättspsykiatrisk vård

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



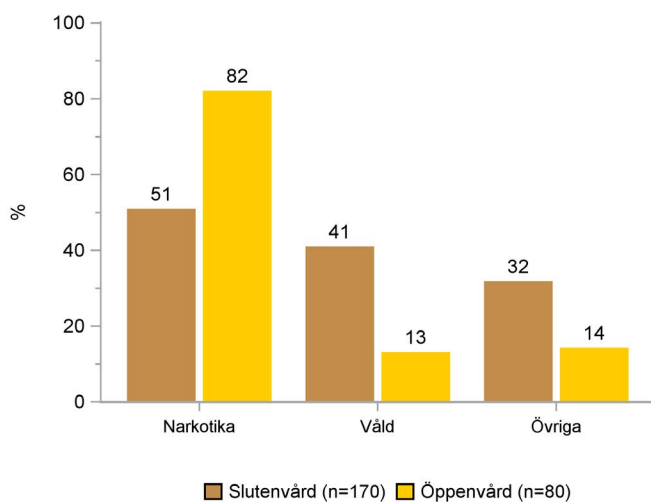
Återfall i brottsling gärning under pågående vård ökar något under perioden 2019–2023. Förändringarna i sluten- och öppenvården går parallellt. Antalet kvinnor som registrerades för brottslig gärning var cirka 20 i slutenvård och under 15 i öppenvård. Antalet män som registrerades för brottslig gärning var cirka 150 i slutenvård och cirka 80 i öppenvård.

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?

Intresset för att följa och kategorisera återfall är att finna ett brottsmönster, att se om en person återfaller i samma brott, eller i brott av allvarigare karaktär eller om personen återfaller i andra brottstyper. Tidsaspekten är också intressant, sker ett återfall inom första året eller långt senare. I denna rapport görs dock inte anspråk på att identifiera några mönster eller dra några slutsatser av siffrorna, det finns inte tillräckligt underlag för det utan i årets rapport finns bara en deskriptiv redogörelse.

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

### Brottets art

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

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

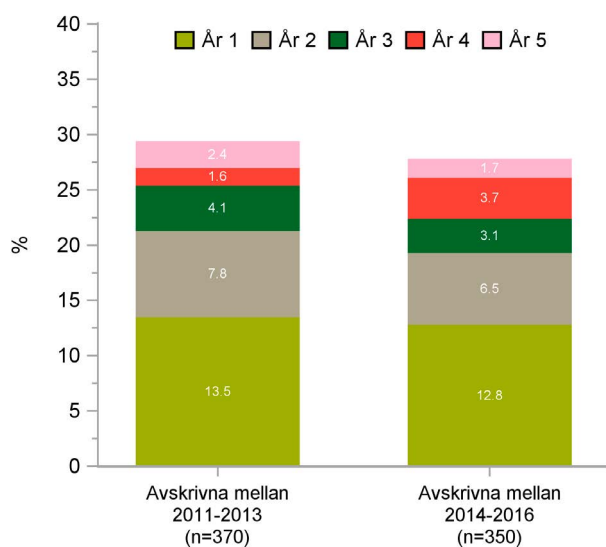
### Index- respektive återfallsbrott

Indexbrott är den typ av brott som föranlett den rättspsykiatriska undersökningen och domen om rättspsykiatrisk vård. Eftersom vårdinsatserna, förutom att öka hälsan hos patienterna, ska förebygga



och minska risken för återfall i brott är det av intresse att följa relationen mellan indexbrott och lagförda återfall. Återfallsbrottet är det brott som personen lagförs för, efter det att den rättspsykiatriska vården avslutats. Då en person lagförs för brott kan domen gälla flera brott. I denna redovisning anges det grävsta brottet enligt straffskalan, både för indexbrottet och för återfallsbrottet.

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



### Kommentar till siffrorna i figur 44

Årets redovisning skiljer sig från föregående års rapporter där återfall redovisades efter 1, 2, 3, 4 respektive 5 år efter den rättspsykiatriska vårdens avslut, successivt när statistik var tillgänglig från Brå, tre år efter domslut. I 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 2011–2013 och 2014–2016. I tabellen syns att återfall var vanligast under det första året efter vårdens avskrivning.

### Återfall i brott 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Under åren 2010–2020 har sammanlagt cirka 1 250 personer avskrivits från LRV-vård, cirka 240 kvinnor och cirka 1 010 män. Av dessa återföll cirka 130 personer (10 procent) i brott inom ett år efter avskriven rättspsykiatrisk vård. Fördelning mellan könen visar att återfall är vanligare bland män där 11 procent hade återfallit i brott under första året efter vårdens avskrivning. Motsvarande siffror för

kvinnorna var sju procent. Andelen avskrivningar av vårderna och återfallshändelser har varit relativt stabila över åren 2010 till 2020.

Av dessa cirka 130 personer fördelades indexbrottet på brottskategorierna brott mot liv och hälsa (23 procent), förmögenhetsbrott (31 procent) och övriga brott (46 procent). Med indexbrott avses brottet för vilket patienten dömts till rättspsykiatrisk vård.

### 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 30 procent i brott mot liv och hälsa. Inom gruppen brott mot liv och hälsa var misshandel (5§) det vanligaste brottet.

Av de personer där indexbrottet var brott mot förmögenhet återföll 52 procent i förmögenhetsbrott. Inom gruppen brott mot förmögenhet 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 46 procent av samtliga återfallshändelserna, oavsett indexbrott.

Det är för få personer för att dra några slutsatser om eventuellt återfall i indexbrottet. Kategorin övriga brott är dessutom för ospecifik och innehåller flera olika brott och det går inte att avgöra om en person återfaller i indexbrottet eller ej.

### Antal brott vid lagföring, 1 år efter avskriven rättspsykiatrisk vård

Det var vanligt att de personer som återfallit lagfördes för flera brott. De cirka 130 personer som återföll registrerades för sammanlagt 527 brott. Medianvärdet för antal återfall per person är två brott, medelvärdet är 4,0 vilket indikerar att det är några få personer som har ett stort antal återfallshändelser. Skillnaden mellan könen var liten.

## Tidigare lagföringar innan rättspsykiatrisk vård

Data från Brå visar på att det finns en relation mellan återfall och om personen har en eller flera lagföringar, innan domen om LRV. Ju fler tidigare lagföringar desto fler återfall efter avskrivning av LRV. Det finns också en relation mellan det mest ingripande påföljden och återfall.

**Tabell 1.** Antal patienter som återfallit i brott inom 1 år från avskrivning av LRV, efter antal lagföringar innan LRV-dom (andel i procent anges inom parentes). Underlaget utgörs av samtliga patienter för vilka vården avskrivits under perioden 2010–2020.

Antal lagföringar innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
1	20 av 240 (10)
2–3	30 av 240 (14)
4–8	40 av 140 (25)
9 eller fler	20 av 40 (40)
Ingen lagföring innan LRV-dom	20 av 580 (3)

**Tabell 2.** Antal patienter som återfallit i brott inom 1 år från avskrivning av LRV, efter mest ingripande påföljd vid lagföring innan LRV-dom (andel i procent anges inom parentes). Underlaget utgörs av samtliga patienter för vilka vården avskrivits under perioden 2010–2020.

Mest ingripande påföljd vid lagföring innan LRV-dom	Antal patienter som återfallit inom 1 år
Böter	20 av 190 (10)
Frivårdspåföljder	40 av 190 (22)
Fängelse	40 av 180 (21)
Andra påföljder	10 av 110 (11)
Ingen lagföring innan LRV-dom	20 av 580 (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 jämförelser med andra relevanta nationella kvalitetsregister. Slutsatser av jämförelser mellan de olika registren ska dras med försiktighet eftersom grupperna inte är helt jämförbara. I detta kapitel finns även analyser av vilka faktorer som är relaterade till avslutande av LRV.

## 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 33 procent av patienterna i slutenvård och 26 procent av patienterna i öppenvård en utsedd stödperson, det vill säga ingen skillnad från föregående år. Fortsatt ses att större andel av kvinnorna har en stödperson (34 procent) jämfört med män (29 procent). Den dominerande orsaken till att stödperson inte utsetts var att patienten avböjt sådant stöd.

### Samverkan med andra aktörer

I denna redovisning kan samma patient förekomma i flera kategorier. Det kan för en och samma patient finnas fungerande samverkan med en eller flera aktörer. Samma patient kan samtidigt ha definierade behov som kräver samverkan som inte är 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	80
	Män	1 000	78
	<b>Totalt</b>	1 160	78
Öppen-vård	Kvinnor	150	95
	Män	760	97
	<b>Totalt</b>	900	96
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	300	87
	Män	1 750	86
	<b>Totalt</b>	2 060	86

I tabell 3 ses hur stor andel av patienterna som har 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.

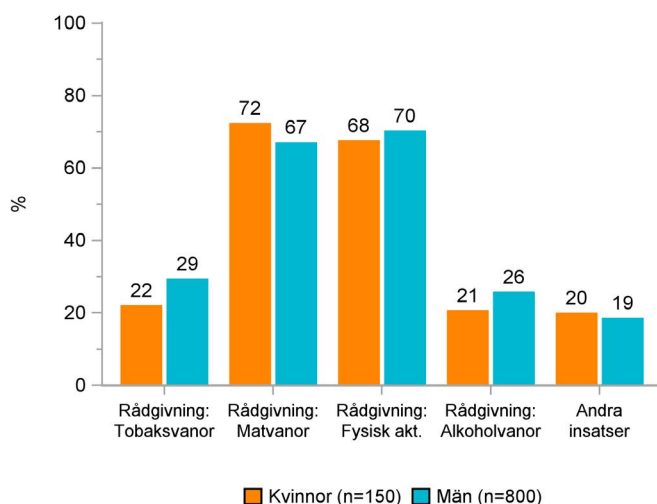
Vårdform	Kön	Antal patienter (=n)	Icke tillgodosett samverkansbehov, %
Slutenvård	Kvinnor	160	19
	Män	1 000	18
	<b>Totalt</b>	1 160	18
Öppen-vård	Kvinnor	150	6
	Män	760	7
	<b>Totalt</b>	900	7
Sluten- och öppenvård	Kvinnor	300	13
	Män	1 750	14
	<b>Totalt</b>	2 060	14

Patienter i öppenvård har till 96 procent någon fungerande samverkan med extern aktör, jämfört med 78 procent för patienter som fortsatt vårdas i slutenvård. Dessa siffror indikerar att man inom slutenvård har inte har större förändring jämfört med föregående år. Motsvarande skillnad ses när man rapporterar brist på samverkan med en relevant extern aktör, tabell 4. För patienter i slutenvård noteras för 18 procent av patienterna att det saknas samverkan med en väsentlig aktör. För öppenvårdspatienterna är den siffran väsentligen lägre, endast sju 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 RättpsyK behandling för diabetes och hjärtkärlsjukdomar. Den höga andelen patienter med övervikt, diabetes, hjärtkärlsjukdom och fetma visar på vikten av hälsofrämjande åtgärder. De senaste fyra åren finns därför inrapporterat vilka hälsofrämjande åtgärder patienterna erbjudits och genomfört. Som framgår av rapporteringen så erhåller drygt hälften av alla patienter någon form av hälsofrämjande insatser, 56 procent av kvinnorna och 52 procent av männen. 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 hjärtkärlsjukdom, 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 som 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	450 av 1 550 (29)
Första generationens antipsykotika, peroralt	280 av 1 550 (18)
Andra generationens antipsykotika, depåinjektioner	590 av 1 550 (38)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	870 av 1 550 (56)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	430 av 1 550 (28)
Antidepressiva	500 av 1 550 (32)
Stämningsstabiliserande antiepileptika	230 av 1 550 (15)
Litium	90 av 1 550 (6)
Beroendesjukdomar	120 av 1 550 (8)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	240 av 1 550 (16)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	600 av 1 550 (39)
ADHD	100 av 1 550 (6)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	480 av 1 550 (31)
Medel vid diabetes	240 av 1 550 (16)
Övriga somatiska sjukdomar	1 010 av 1 550 (65)
Ingen somatisk medicinering	430 av 1 550 (28)
Ingen psykofarmaka	40 av 1 550 (3)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	1 460 av 1 550 (94)

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

Läkemedelsgrupp	Totalt
Första generationens antipsykotika, depåinjektioner	70 av 510 (13)
Första generationens antipsykotika, peroralt	60 av 510 (12)
Andra generationens antipsykotika, depåinjektioner	120 av 510 (24)
Andra generationens antipsykotika, peroralt	210 av 510 (41)
Antikolinergika vid antipsykotikabiverkningar	80 av 510 (15)
Antidepressiva	210 av 510 (41)
Stämningstabiliserande antiepileptika	140 av 510 (27)
Litium	50 av 510 (10)
Beroendesjukdomar	40 av 510 (8)
Lugnande och sömnmediciner med beroendepotential	90 av 510 (17)
Lugnande och sömnmediciner utan känd beroendepotential	230 av 510 (45)
ADHD	70 av 510 (14)
Medel vid kardiovaskulära sjukdomar och blodfettssänkare	170 av 510 (33)
Medel vid diabetes	80 av 510 (15)
Övriga somatiska sjukdomar	360 av 510 (70)
Ingen somatisk medicinering	140 av 510 (27)
Ingen psykofarmaka	70 av 510 (13)
Antipsykotika (antal och andel av patienterna som har någon form av antipsykotiska medel)	350 av 510 (68)

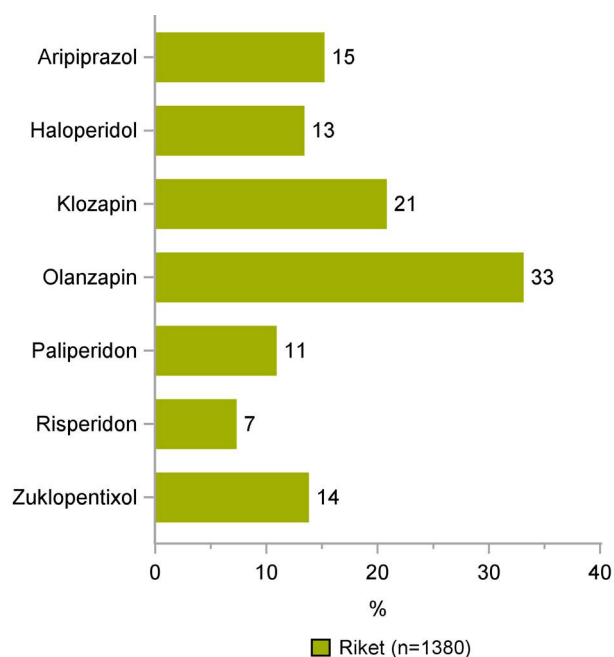
### Antipsykotisk behandling hos patienter med och utan psykosdiagnos

Tabell 5 beskriver läkemedelsanvändningen för 1 550 patienter med psykosdiagnos. För dessa patienter noteras inte oväntat att 94 procent har behandling med antipsykotiska läkemedel. Av dessa patienter har 29 procent behandling med depåneuroleptika från första generationens antipsykotiska läkemedel (FGA) och ytterligare 38 procent med depåneuroleptika från andra generationens antipsykotiska läkemedel (SGA). Dessa siffror är väsentligen oförändrade över åren.

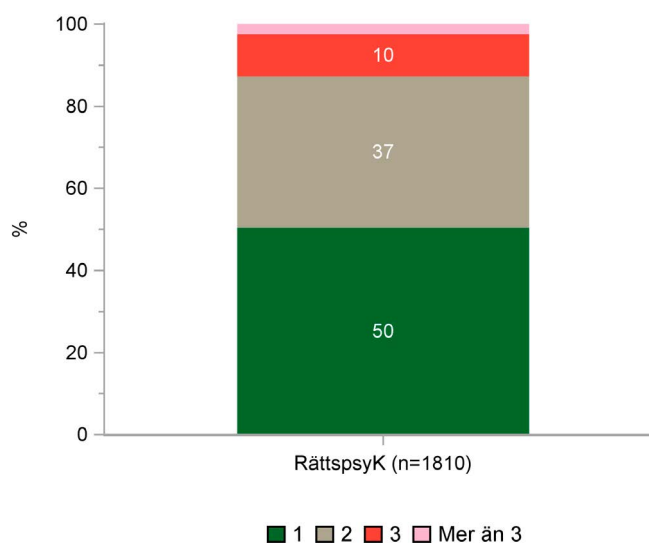
Att i stort sett samtliga patienter med psykosjukdom som diagnos har antipsykotisk behandling är helt förväntat. Av intresse är att 68 procent av alla patienter som inte har definierats med psykosjukdom, varken som huvuddiagnos eller bidiagnos, ordinerar antipsykotiska läkemedel. Det kan finnas flera 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 88 procent av alla patienter inom den rättspsykiatriska vården skulle ha en psykosjukdom. 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 psykosjukdomar. Dessvärre kan detta inte göras längre eftersom detta register har upphört. Tidigare har bland annat Läke-medelsverkets riktlinjer för farmakologisk behandling vid schizofreni från 2013 där det rekommenderas i första hand aripiprazol, olanzapin och risperidon vid nydebuterad psykosjukdom. 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 är Olanzapin följt av Klozapin, dvs två av de mest effektiva antipsykotiska läkemedlen, se figur 46. Liksom tidigare är noterat 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.

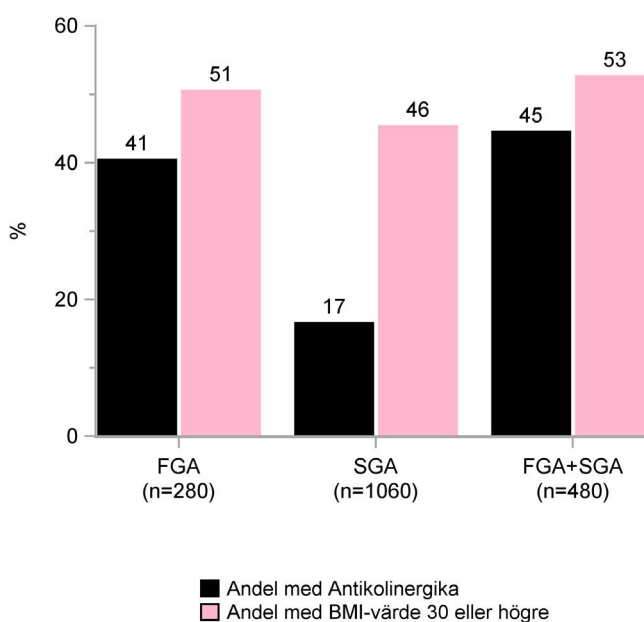
**Figur 47.** Antal antipsykosläkemedel per patient.

Av figur 47 kan noteras att 50 procent av alla antipsykosbehandlade patienter i rättspsykiatri har 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 antikolinerga läkemedel mot biverkningar av extrapyridal karaktär jämfört med dem som enbart behandlas med SGA. Mer intressant, och tvärtom det förväntade, är att andelen patienter med minst 30 i BMI är högre, 51 procent bland de patienter som enbart har FGA jämfört med de patienter som endast

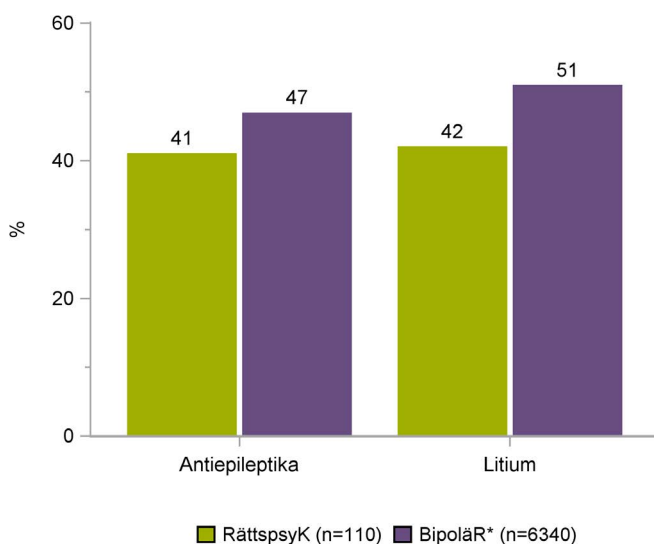


använder SGA (46 procent) trots att SGA generellt sett har större viktökande potential. Det är oklart varför det inte är en skillnad till SGA nackdel. Oavsett så manar det till fortsatta livsstils- och hälsoinsatser för båda grupperna avseende kost och motion. Mönstret avseende övervikt i förhållande 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 som förskrivits stämningsstabiliserande läkemedel registrerade i RättspsyK och Bipolär.

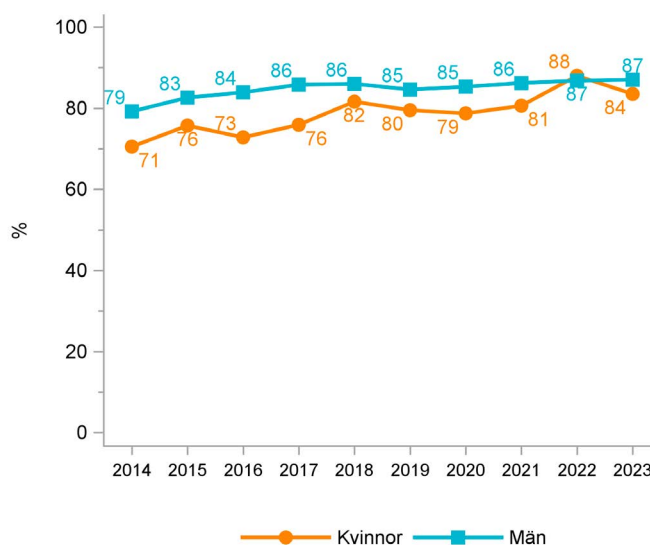


\* Databasversion 2024-02-09.

Som framgår av figur 49 så använder 41 procent av patienter med bipolär sjukdom inom rättspsykiatri antiepileptika som ofta används som stämningsstabiliserande läkemedel. Dock är troligen denna siffra troligen en överskattning eftersom antiepileptika har andra indikationer utöver bipolär sjukdom. Litium användes av 42 procent av patienter med bipolär diagnos i RättspsyK jämfört med 51 procent av patienterna i Bipolär.

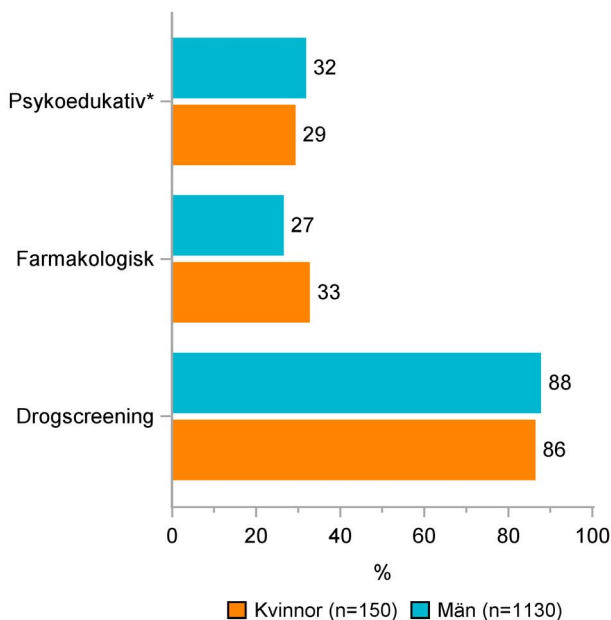
## Missbruksbehandling

**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.



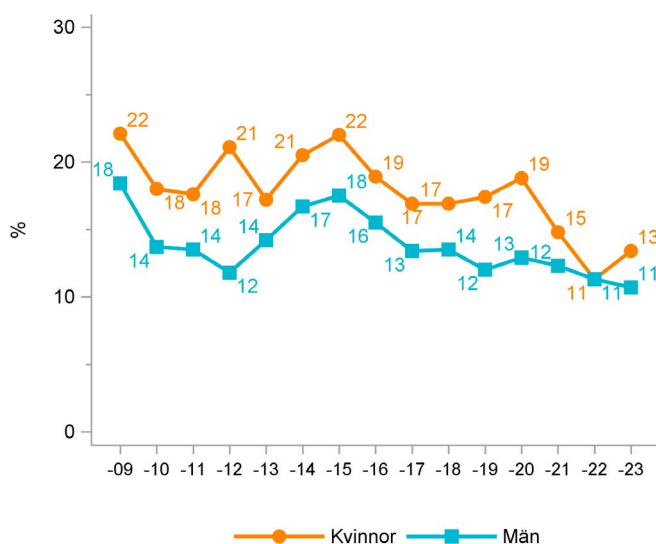
\* Motivational interviewing, Community Reinforcement Approach, Återfallsprevention och Psykoterapi.

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.

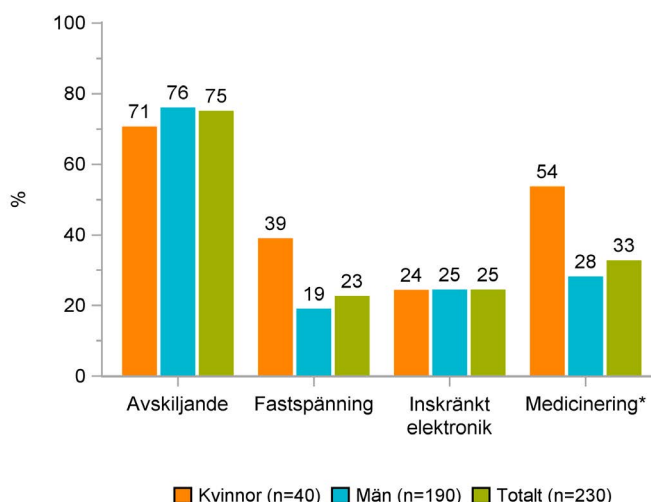
## Tvångsåtgärder

**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 antal 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, framför allt för kvinnor.

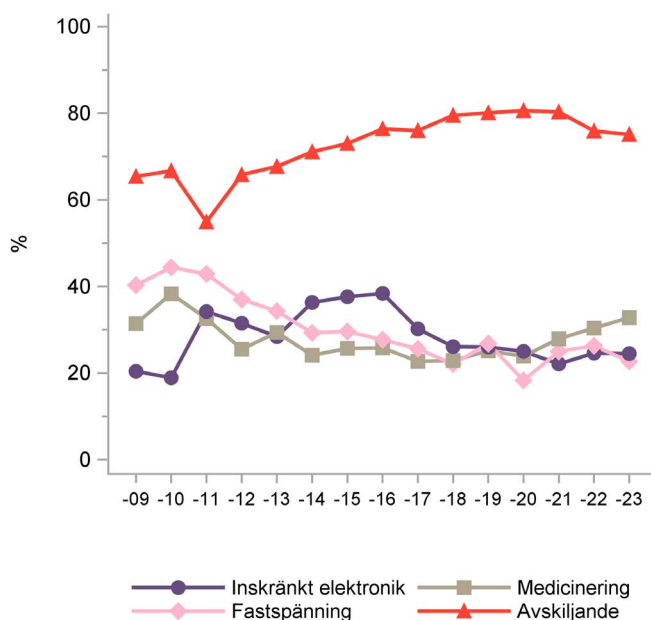
**Figur 53.** Andel patienter som varit föremål för tvångsåtgärder fördelat på typ av åtgärd.



\* Utförd under fastspänning eller fasthållande.

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

**Figur 54.** Fördelning av tvångsåtgärder 2009–2023.



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 46 procent 2023. Om man ser över åren så finns en statistiskt signifikant minskning av andelen patienter som genomgår brottsbearbetande samtal från 55 procent 2017 till 46 procent 2023. Från svaren i fritextalternativet så ser man hur verksamheterna anger vad brottsbearbetning innebär. I fallande ordning är psykologsamtal och brottsbearbetande samtal vanligast följt av brottskartläggning.

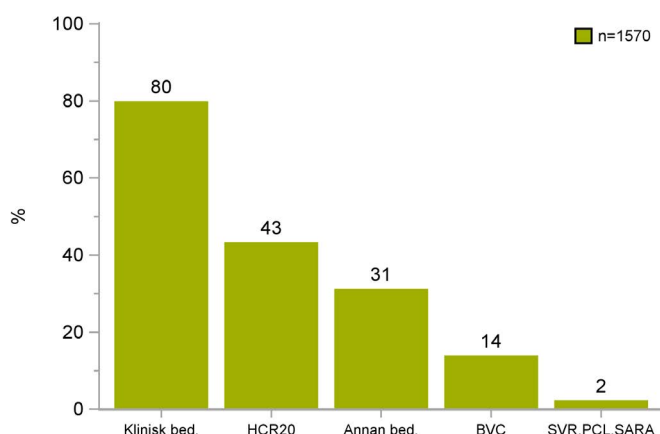
## Riskbedömningar och behandling av risk för återfall i brottslig gärning

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

Under 2023 gjordes riskbedömningar på minst 80 procent av patienterna sedan föregående registreringstillfälle.

Strukturerade bedömningar gjordes med HCR-20 i 43 procent av fallen. HCR-20 är en bedömningsmetod som avser långtidsprediktion av återfall i allvarlig brottslig gärning och även omfattar i sin senare version, HCR-20 v3, handläggningsstrategier för att minska återfallsrisken. Eftersom många patienter har mycket långa vårdtider så har man troligen inte bedömt det som meningsfullt att genomföra denna typ av bedömning oftare än så. Andelen patienter som bedömts med olika metoder har inte väsentligen förändrats, se figur 55.

**Figur 55. Andel patienter som riskbedömts.**

### Behandling utifrån riskfaktorer

Till årsrapporten rapporteras vilka insatser som genomförts för att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. Som förebyggande insatser anges

farmakologisk behandling för 91 procent. Struktur i vardagen anges som förebyggande insats för 81 procent, stöd och träning för 40 procent, psyko-educativa insatser för 27 procent samt specifika psykoterapeutiska behandlingar samma som föregående år för 12 procent av patienterna. I stort är siffrorna de samma för 2023 som tidigare år fränsett en ökning av struktur i vardagen.

### 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 något. 2020 var andelen 10 procent, 2021 8 procent, 2022 6,7 procent och 2023 7,5 procent.

#### Beskrivning av riskbedömningsinstrument

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

## 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 95 månader. Med detta avses att hälften av alla som tas in jämlikt LRV har en vårdtid med LRV, öppen eller sluten vård på minst 95 månader, räknat från lagkraftvunnen 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 schizofrenidiagnos.

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

Vårdtiden blir signifikant längre för yngre patienter (< 40 år vid intagning), för patienter dömda till LRV med SUP, om man tidigare fått psykiatrisk vård eller har en dokumenterad historia av missbruk.

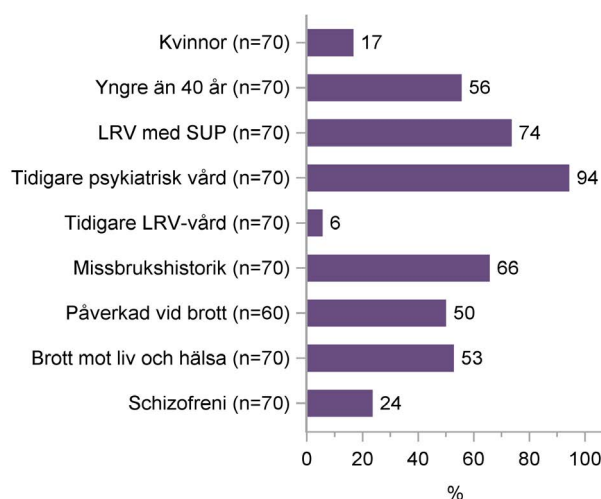
Oberoende av dessa ”statiska” ingångsvariabler så finner man att patienter som vid senaste bedömningen bedömts ha lågt symtomtryck, hög grad av motivation till behandling, hög grad av insikt samt avsaknad av återfall i brott har signifikant större sannolikhet att få sin vård avslutad.

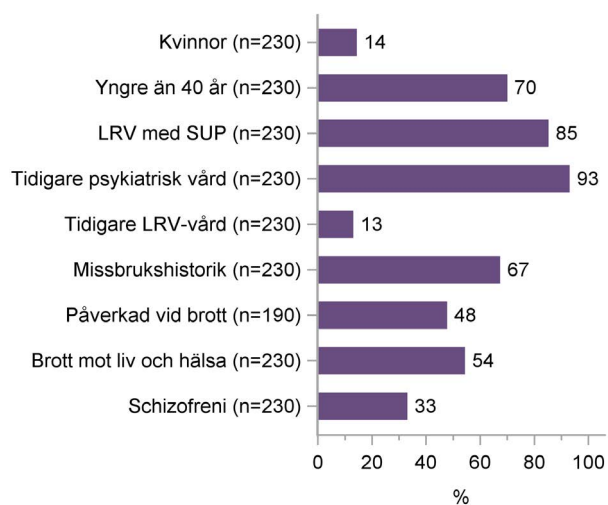
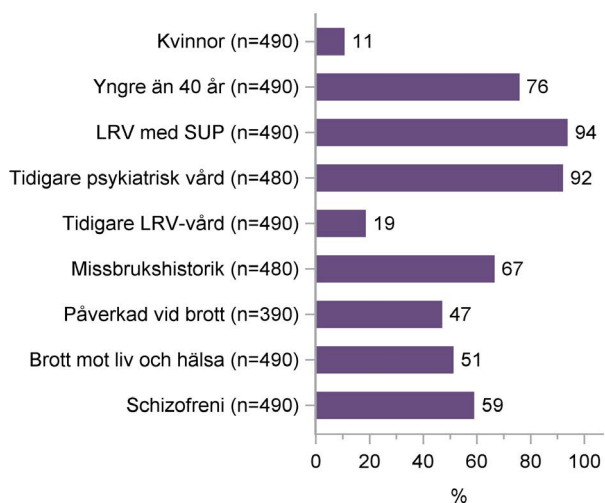
### ”Fyra- och sexårsgrupper”

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 jämlikt LRV under åren 2016 och 2017 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 (2016 och 2017) 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.

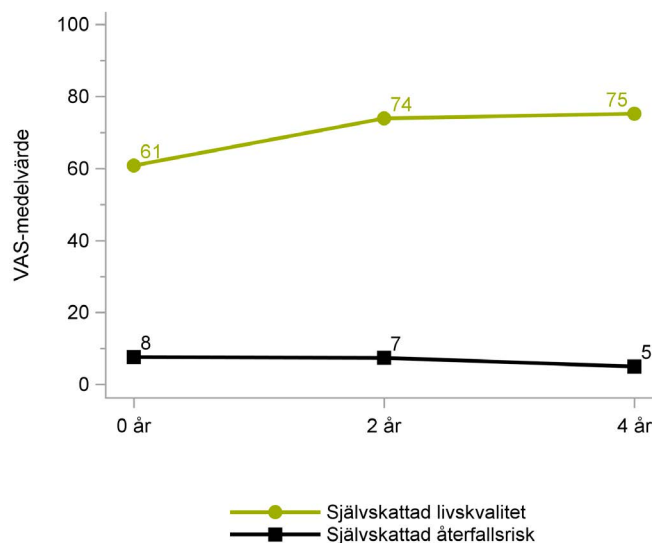
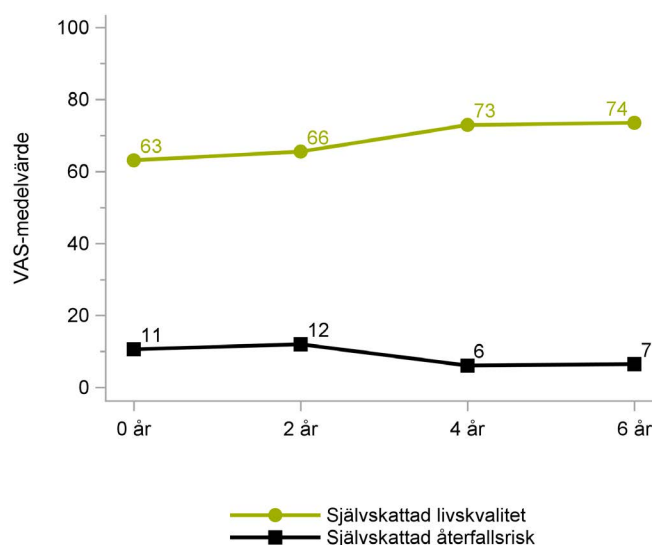
Figur 56. Bakgrundsdata, fyraårsgruppen.



**Figur 57. Bakgrundsdata, sexårsgruppen.****Figur 58. Bakgrundsdata, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.**

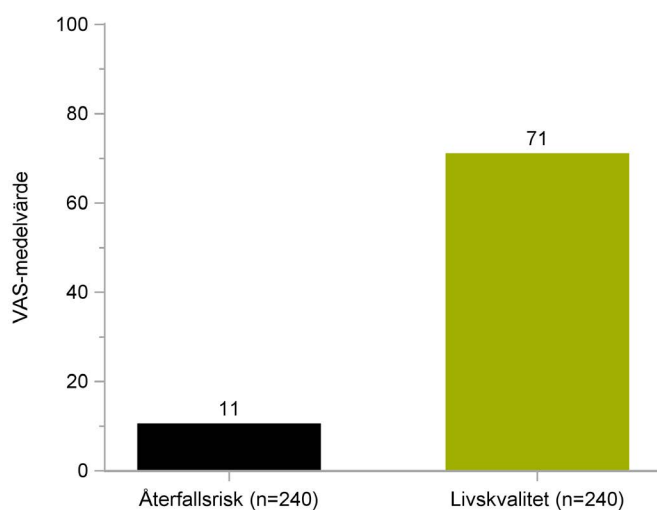
## Årliga självskattningar och indikatorers förändring över tid

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, figur 59 och 60. Livskvaliteten förefaller att stiga över tid vilket även kan noteras för patienter som vårdats sedan före 2013, figur 61.

**Figur 59. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, fyraårsgruppen.****Figur 60. Självskattad livskvalitet och återfallsrisk, sexårsgruppen.**

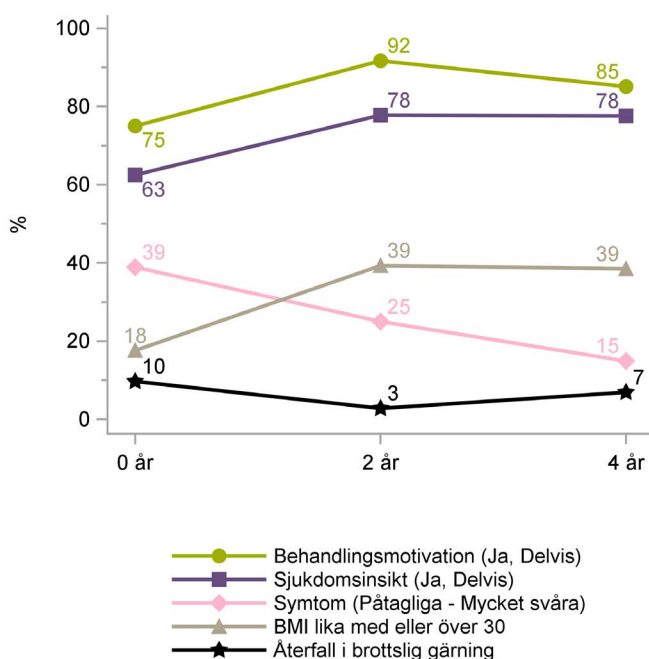


**Figur 61.** Självskattningar, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.

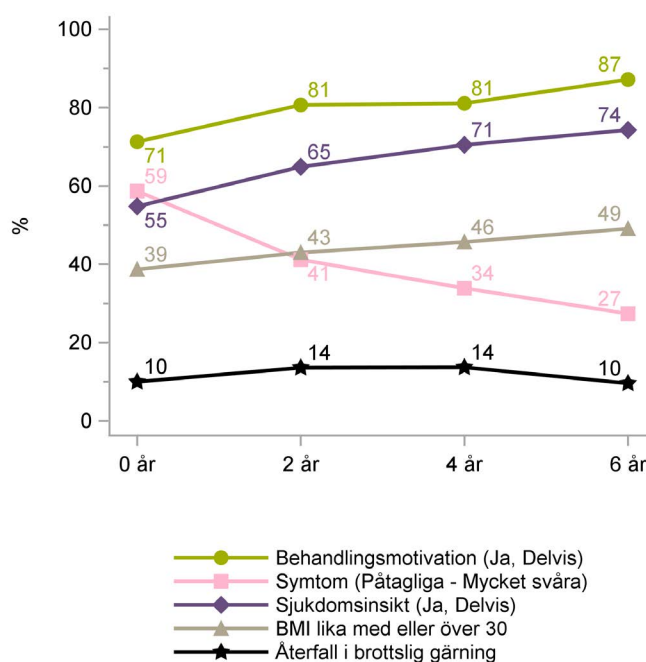


I figurerna 62 och 63 ses förändringarna i viktiga variabler över tid i fyra- och sexårsgrupperna. I båda grupperna ses över tid en påtaglig minskning av symtomtryck (det vill säga allvarlighetsgrad av symtom). Symtomtrycket minskar avsevärt för fyraårsgruppen, det vill säga för de som skrivs ut inom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

**Figur 62.** Utfall i valda indikatorer, fyraårsgruppen.

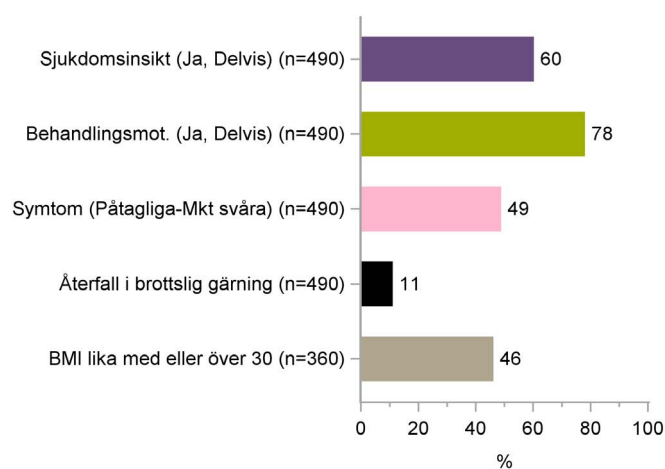


**Figur 63.** Utfall i valda indikatorer, sexårsgruppen.



Skillnaderna är ännu tydligare när man ser till den grupp som intagits före 2013 och fortfarande vårdas. För den gruppen förekommer högt symtomtryck hos 49 procent av patienterna, se figur 64.

**Figur 64.** Indikatorer, patienter dömda före år 2013 som fortfarande vårdas inom rättspsykiatri, nuläge.



## Årligen bedömda indikatorer i förhållande till avslut av LRV

**Tabell 7.** Jämförelse mellan fyra- och sexårsgruppen vid fyra års vårdtid.

Indikator	Grupp		p-värde <sup>1</sup>
	4 år (n=71)	6 år (n=251)	
Behandlingsmotivation [Ja, delvis]	85 %	81 %	0,588
Symtom [Påtagliga–Mycket svåra]	15 %	34 %	0,002
Sjukdomsinsikt [Ja, Delvis]	78 %	71 %	0,281
Återfall i brottslig gärning	7 %	14 %	0,149

\* Fischers exakta test, dubbelsidigt.

Årligen samlas uppgifter in om indikatorer i vården av betydelse. I tabell 7 ses en jämförelse mellan de ovan nämnda fyra- och sexårsgrupperna avseende rapporterad behandlingsmotivation, symtomtryck, rapporterad sjukdomsinsikt samt förekomst av brottslig gärning såsom rapporterat senaste året. Tabell 7 speglar aktuella förhållanden i dessa två grupper efter fyra års vård.

Skillnaderna som ses i tabell 7 visar att den viktigaste faktorn som begränsar möjligheten att bli utskriven inom kort efter fyra år var symtomtryck. Detta indikerar att patienter med svåra symtom blir kvar inom LRV-vården längre.

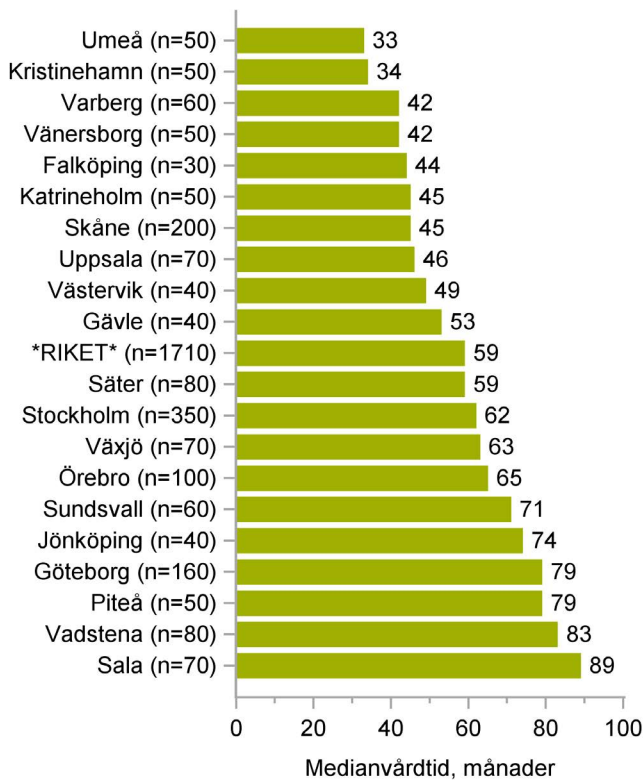
### Sammanfattning av faktorer som motiverar utskrivning från LRV

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

# Vårdtid

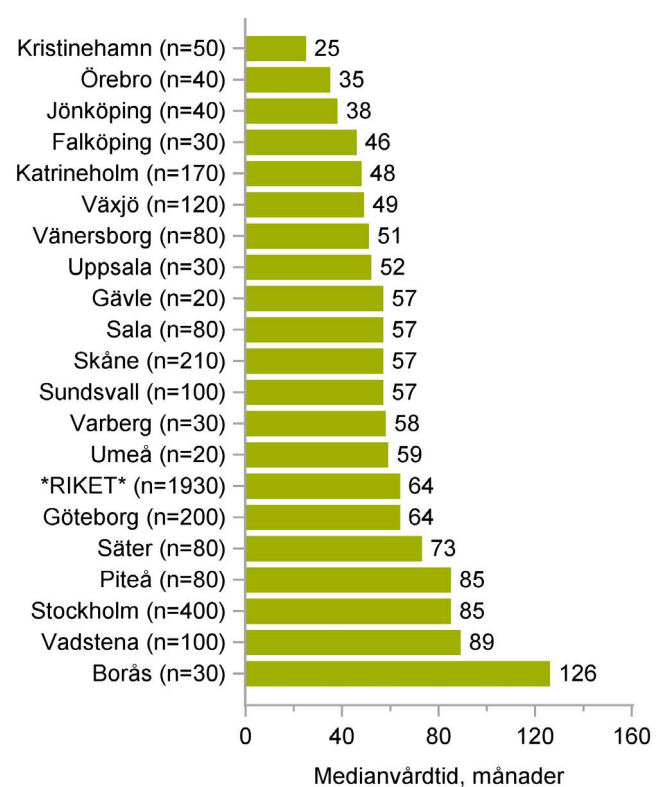
Sammanlagt fick omkring 1 710 patienter den rättspsykiatriska vården avskriven under åren 2009–2023. Medianvårdtiderna skiljer sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet. De varierande vårdtiderna kan delvis förklaras med att klinikernas uppdrag skiljer sig åt, och att de delvis 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 under perioden 2009–2023.



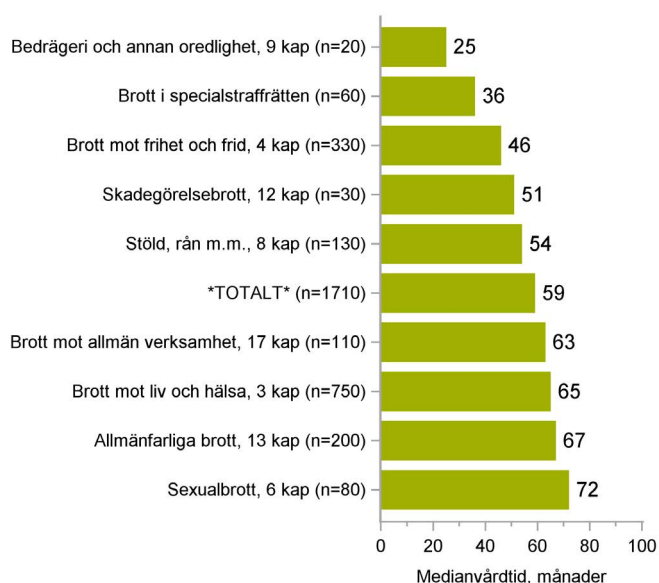
Medianvårdtiden för samtliga patienter för vilka vården avslutats under perioden 2009–2023 var 59 månader (strax under fem år). Medianvårdtiderna skiljde sig påtagligt mellan de olika rättspsykiatriska enheterna i landet och varierade mellan 33 månader (två år och nio månader) och 89 månader (sju år och fem månader). Medianvårdtiden vid avskriven vård har ökat de senaste åren sett ur ett riksperspektiv.

**Figur 66.** Medianvårdtid för patienter i pågående slut- eller öppenvård.



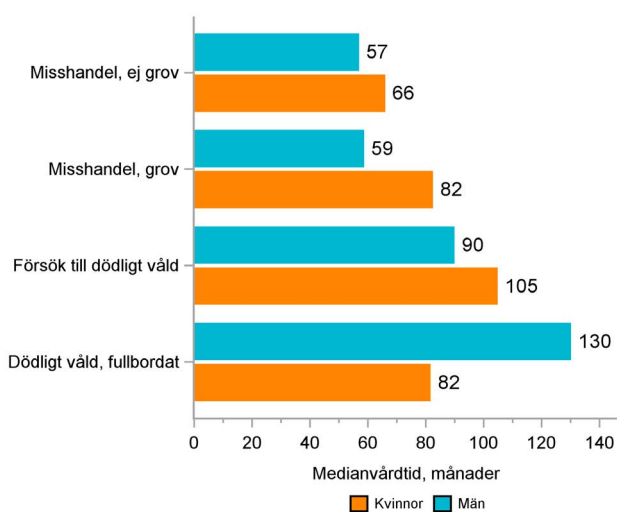
För patienter i pågående vård 2023 var spridningen av medianvårdtider än större mellan enheter, från 25 månader (två år och en månad) upp till 126 månader (tio år och sex månader). Spridningen kan emellertid som nämnts tidigare vara påverkad av enstaka patienter på enheter med få patienter. För patienter med pågående vård i riket som helhet var medianvårdtiden 64 månader (fem år och fyra månader), vilket var något längre än för patienter med avskriven vård under 2009–2023.

**Figur 67. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2023.**



Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med avskriven vård varierade kraftigt. För patienter som skrevs ut mellan 2009 och 2023, med indexbrott inom den största brottsgruppen, brott mot liv och hälsa, var medianvårdtiden 65 månader. Längst medianvårdtid hade patienter som dömts för sexualbrott (72 månader).

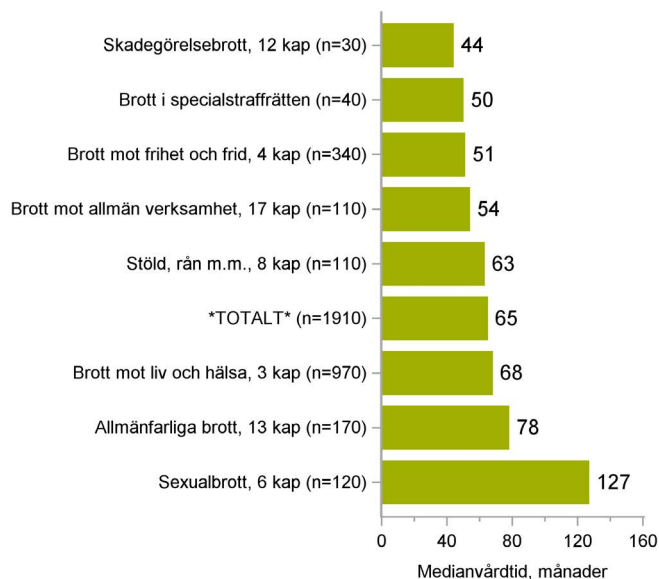
**Figur 68. Medianvårdtid för undergrupper\* inom brott mot liv och hälsa, för patienter med avskriven vård under åren 2009–2023.**



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

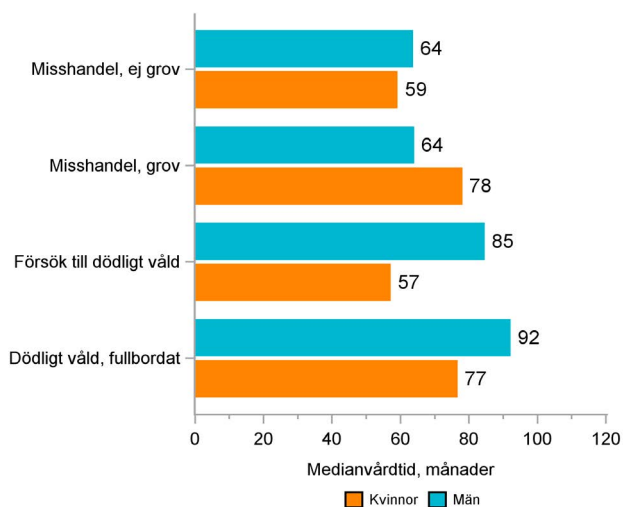
Det fanns en tydlig variation avseende medianvårdtid inom gruppen brott mot liv och hälsa. För patienter med avskriven vård var det tydligt åtminstone bland männen att där indexbrottet var dödligt våld var medianvårdtiden betydligt längre än för andra brott mot liv och hälsa.

**Figur 69. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter i pågående slut- eller öppenvård.**



Även för patienter i pågående vård var den vanligaste brottsgruppen brott mot liv och hälsa. Patienter med pågående vård under 2023 och med indexbrott inom denna brottsgrupp hade en medianvårdtid på 68 månader, motsvarande sex år och åtta månader. De patienter som begått sexualbrott och som hade pågående vård hade mycket långa vårdtider, där medianen var 127 månader, motsvarande tio år och sju månader.

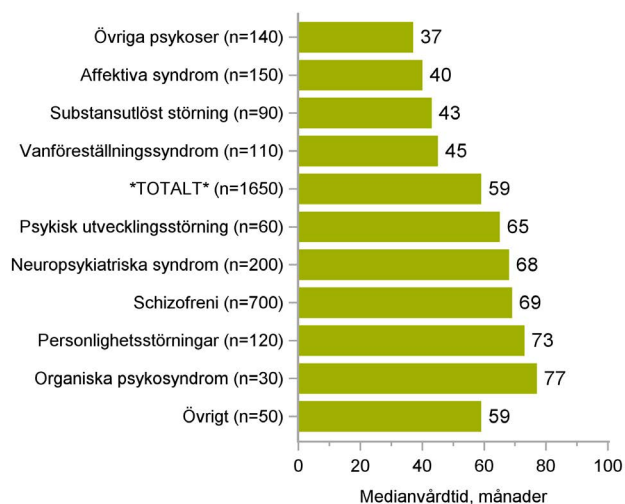
**Figur 70. Medianvårdtid för undergrupper\* inom brott mot liv och hälsa, för patienter med pågående sluten- eller öppenvård.**



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

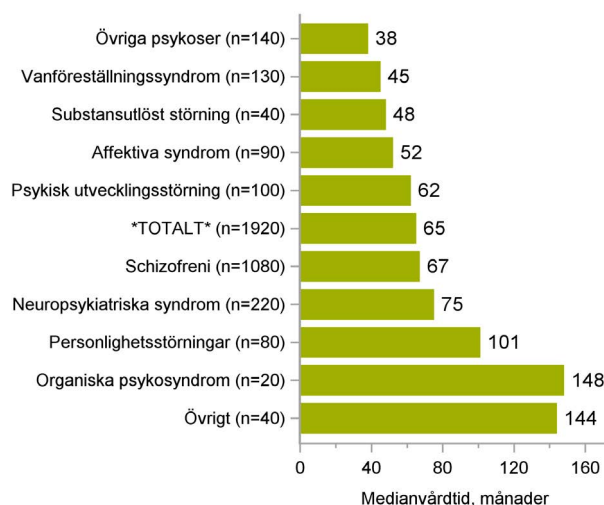
Även för patienter med pågående vård syns en trend av längre medianvårdtider för de som dömts för dödligt våld.

**Figur 71. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med avskriven vård under perioden 2009–2023.**



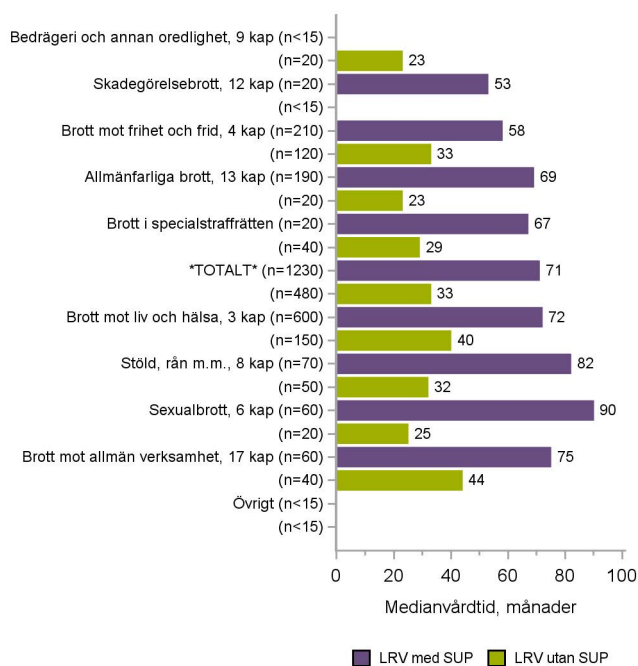
Vårdtiderna varierade mellan patienter tillhörande olika diagnosgrupper, mellan 37 och 77 månader för patienter med avslutad vård under 2009–2023 beroende på grupptillhörighet. För patienter med den vanligaste huvuddiagnosen, schizofreni, var medianvårdtiden 69 månader.

**Figur 72. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter i pågående sluten- eller öppenvård.**



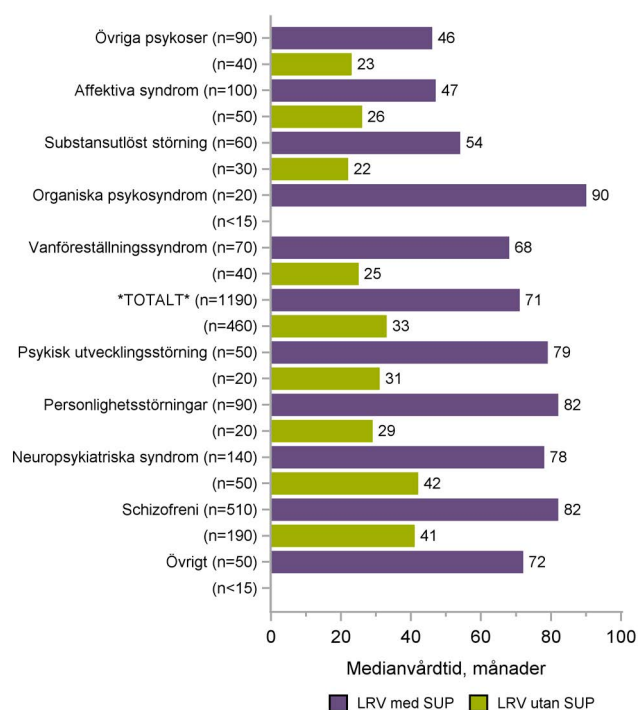
Medianvårdtiderna för olika diagnosgrupper skiljde sig även åt för patienter i pågående vård under 2023. Patienter med organiska psykosyndrom och personlighetsstörningar hade långa vårdtider på 148 månader respektive 101 månader. Tämmligen långa vårdtider förekommer även vid neuropsykiatriska syndrom. Slutligen kan noteras att patienter med huvuddiagnos inom den blandade gruppen ”Övrigt” också hade mycket långa vårdtider.

**Figur 73. Medianvårdtid efter brottsgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2023.**



För patienter med avskriven vård under 2009–2023 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 74. Medianvårdtid efter diagnosgrupp för patienter med eller utan SUP med avskriven vård under perioden 2009–2023.**

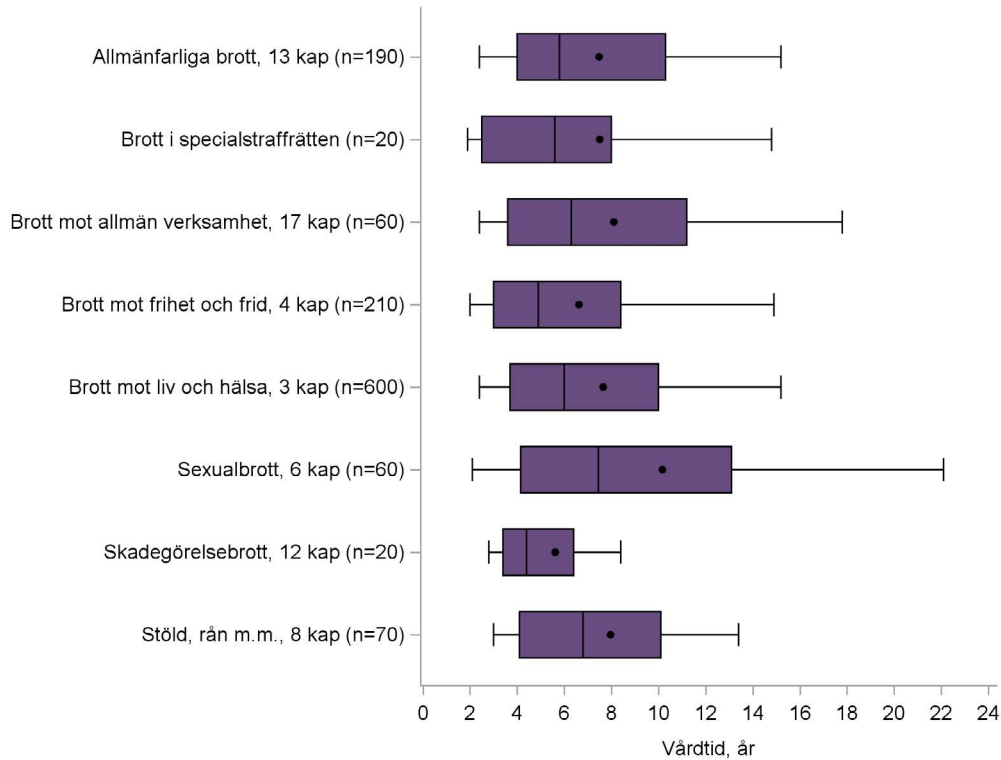


I figur 75 och figur 76 visas spridningen i vårdtid för patienter med och utan SUP uppdelade efter indexbrottets brottsgrupp. Se sidan 50 för läsanvisning för Box Plot som är den typ av figur som används.

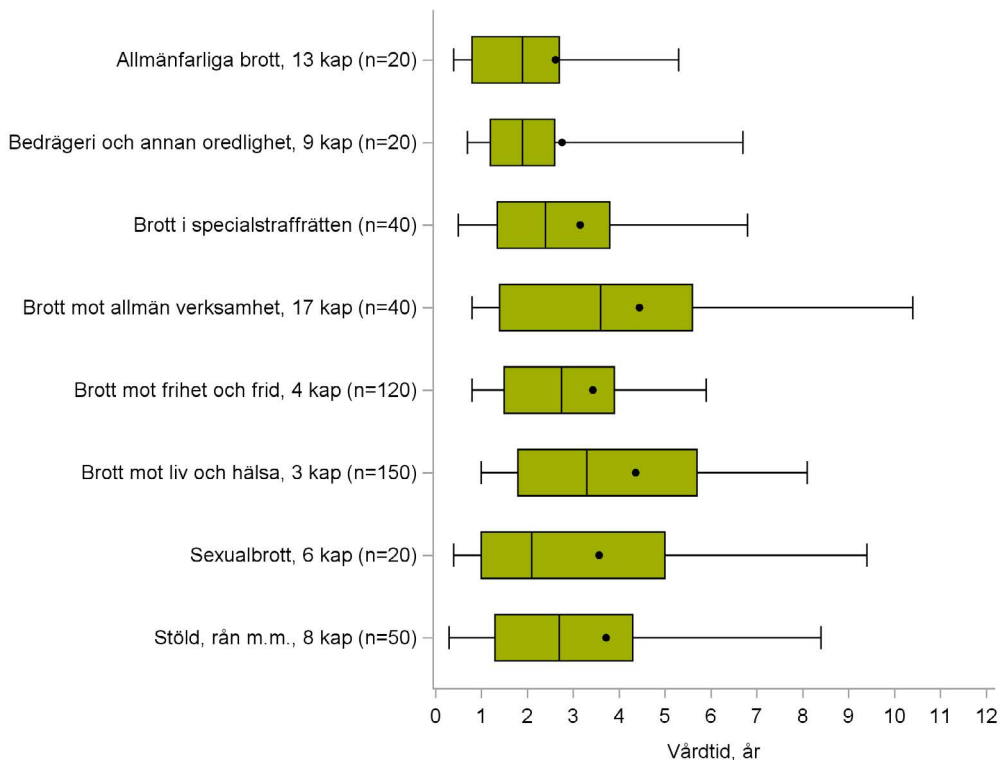
Sammantaget framgår att samtidigt som exempelvis medianvärdena för grupper kunde skilja sig åt, ibland lite och ibland på ett mer betydande sätt, så fanns det inom respektive brotts- och diagnosgrupp en uttalad spridning och således stora individuella variationer avseende hur länge patienterna vårdades.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



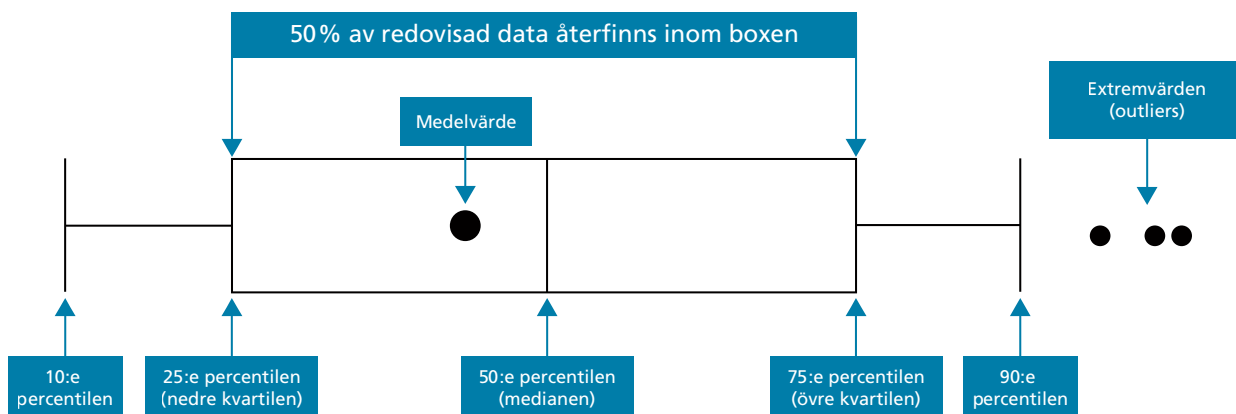
**Figur 75.** Spridning av vårdtid för patienter med SUP där vården avskrivits under åren 2009–2023, per brottsgrupp.



**Figur 76.** Spridning av vårdtid för patienter utan SUP där vården avskrivits under åren 2009–2023, per brottsgrupp.



## Läsanvisning för Box Plot



### Förklaring: Box Plot

Boxens lodräta streck markerar nedre kvartil, median och övre kvartil och den svarta punkten markerar medelvärde. Det lodräta ändstrecket på vänster sida markerar det lägsta värdet. På motsvarande sätt markerar det lodräta ändstrecket på höger sida det högsta värdet. Extremvärde eller "Outliers" redovisas inte då data för färre än tio patienter inte presenteras i denna rapport.

# Verksamheterna i registret

Tabell 8. Verksamheterna i registret.

Region	Verksamhet*	Uppgifter från verksamheterna 2023					Uppgifter från registret 2023			
		Antal sluten- vårdsplatser	Typ av klinik**	Säkerhets- nivå***	Upptagningsområde	Lokalisering slutenvård	Antal patienter	Medel- ålder	Andel kvinnor %	Andel slutenvård %
Blekinge	Karlskrona	2	L	3	Region Blekinge	Karlskrona	< 15			
Dalarna	Säter	78	R	2,3	Dalarna, Uppsala, Gävleborg	Säter	80	39	10	63
Gävleborg	Gävle	10	L	3	Gävleborg	Gävle Sjukhus	20	39	0	64
Halland	Varberg	18	L	2,3	Halland	Varbergs sjukhus	40	42	13	61
Jönköping	Jönköping	22	L	3	Jönköpings län	Jönköping (Ryhov)	50	42	17	45
Kalmar	Västervik	16	L	2	Kalmar län	Västervik	< 15			
Kronoberg	Växjö	121	R	1,2,3	Södra regionen	Växjö	130	37	14	88
Norrbottnen	Piteå	44	L	2,3	Norrbottnen	Piteå (Öjebyn), Malmfälten	80	43	16	58
Skåne	Skåne	111	L	2,3	Region Skåne	Hässleholm, Helsingborg, Trelleborg	240	43	18	42
Stockholm	Stockholm	218	R	1,2,3	Stockholms län	Helix, Huddinge, Karolinska, Löwenströmska	430	44	16	37
Sörmland	Katrineholm	155	R	2	Stockholm, Sörmland, Gotland, Örebro	Katrineholm (Karsudden)	170	39	13	92
	Mälarsjukhuset	0			Sörmland	Mälarsjukhuset, Eskilstuna	< 15			
Uppsala	Uppsala	12	L	3	Uppsala län	Uppsala (Ulleråker)	30	39	16	50
Värmland	Kristinehamn	32	L	2,3	Värmland	Kristinehamn	60	41	14	75
Västerbotten	Umeå	14	L	2	Umeå kommun, kranskommuner	Umeå	20	42	26	52
	Skellefteå	0	L		Skellefteå, Norsjö kommun, Södra Lappland	Skellefteå	< 15			
Väster-norrland	Sundsvall	101	R	1,2	Region Västernorrland/avtal m Jämtland och Gävleborg	Sundsvall	100	40	15	79
Västmanland	Sala	55	L	1,2	Västmanland	Sala	80	41	8	59
Västra Götaland	Borås	0	L		Södra Älvsborg	Borås	30	42	21	3
	Falköping	24	L	2	Skaraborg	Falköping	30	40	18	48
	Göteborg	101	L	1,2	Göteborgs och Bohus län	Göteborg	210	41	12	45
	Vänersborg	54	L	2	Norra Bohuslän, Älvsborgs län, SÅS slutenvård	Vänersborg	80	41	18	70
Örebro	Örebro	34	L	2,3	Örebro län	Örebro	50	45	19	65
Östergötland	Vadstena	86	R	2,3	Sydöstra sjukvårdsregionen	Vadstena	110	41	12	65
<b>Totalt</b>		<b>1 308</b>					<b>2 070</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>56</b>

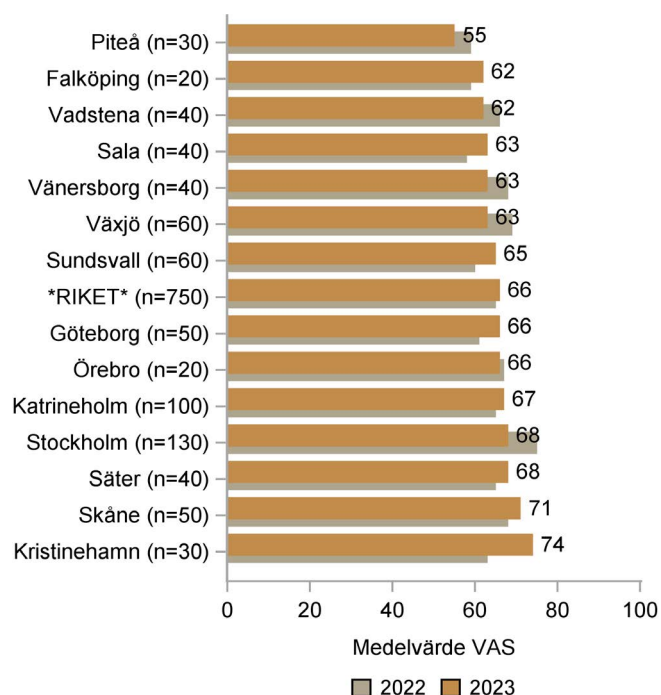
\* Benämning på verksamhet i denna årsrapport. Fullständiga namn återfinns på sidan 2. \*\* Regionsjukvård (R) eller Länssjukvård (L). \*\*\* Säkerhetsnivå (SOSFS 2006:9 4§).

## Redovisning på verksamhetsnivå

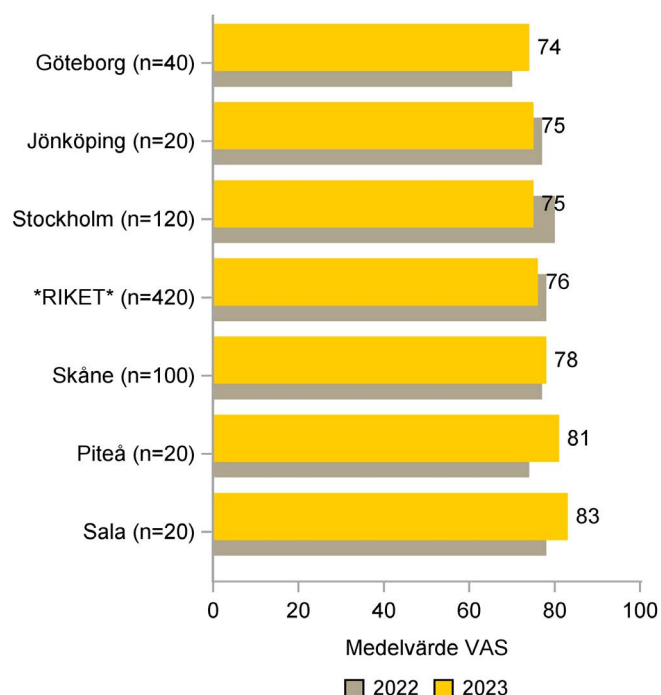
Redovisning på verksamhetsnivå är tänkt att vara till stöd för rapporterande verksamheter i deras arbete med att utveckla vården för patientgruppen samt möjlighet att jämföra sig med varandra. På grund av statistisk röjandekontroll är redovisningen minskad i år. Figurer redovisas enbart för verksamheter 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. Figurer där det är få verksamheter som kan redovisa data är redovisningen för slutenvården 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 2023. 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 77.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **slutenvård**.

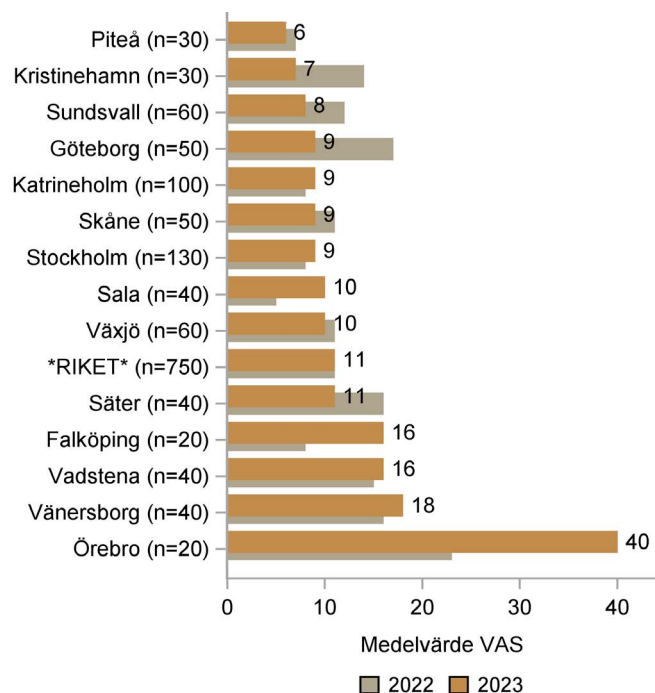


**Figur 78.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin livskvalitet, **öppenvård**.

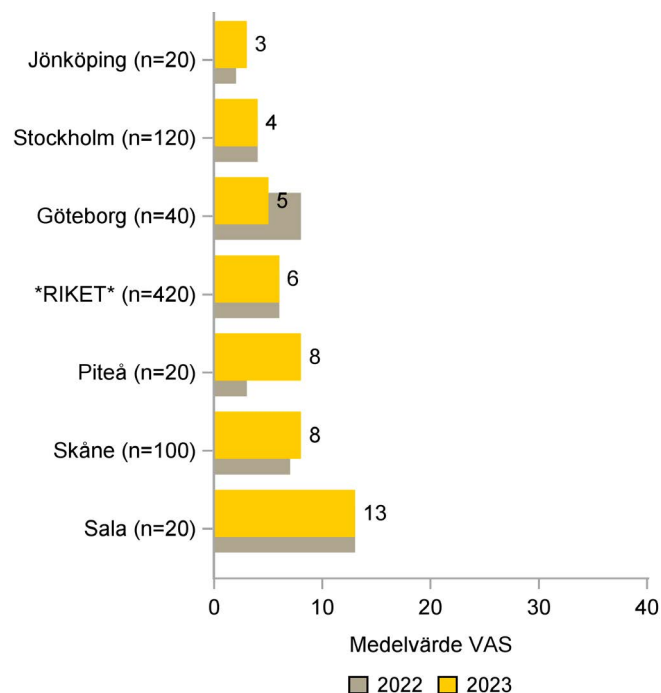


## Självskattad risk för återfall i brott

**Figur 79.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **slutenvård**.

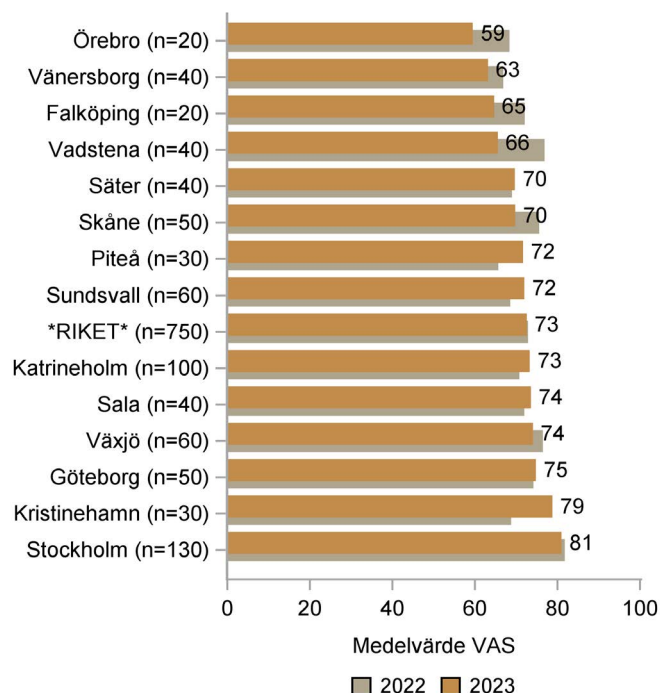


**Figur 80.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin risk för återfall i brottslig gärning, **öppenvård**.

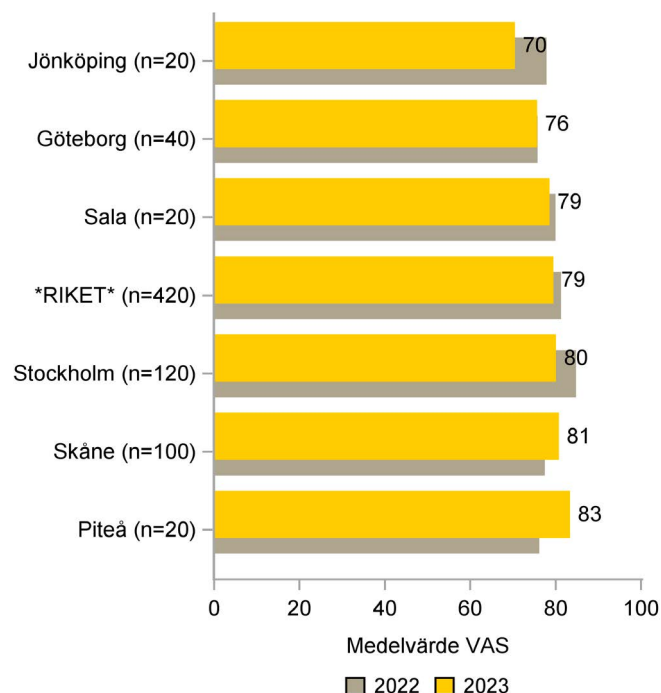


## Självskattad psykisk hälsa

**Figur 81.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **slutenvård**.

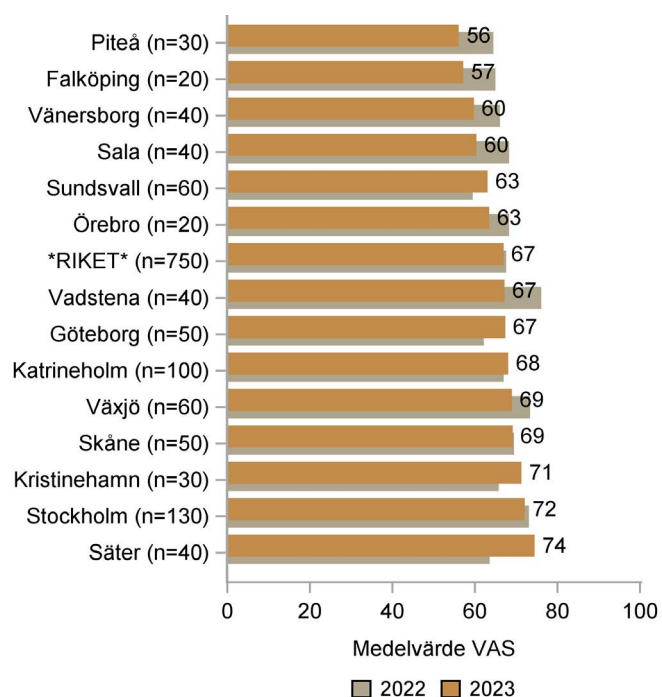


**Figur 82.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin psykiska hälsa, **öppenvård**.

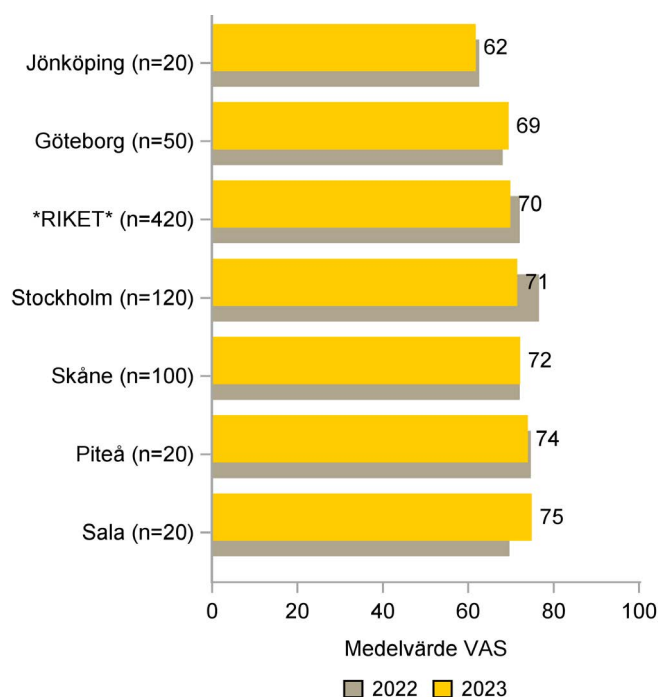


## Självskattad fysisk hälsa

**Figur 83.** Medelvärde av patienternas skattningar av sin fysiska hälsa, **slutenvård**.



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

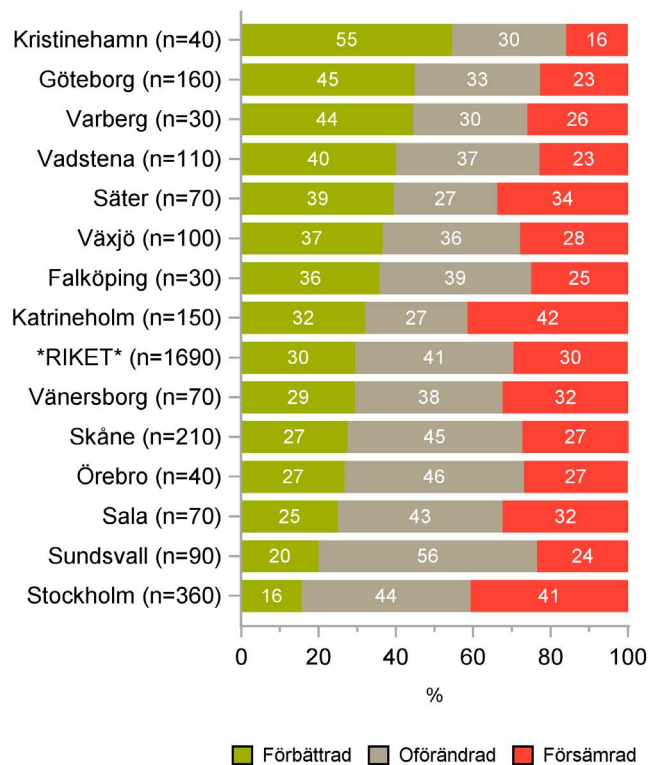




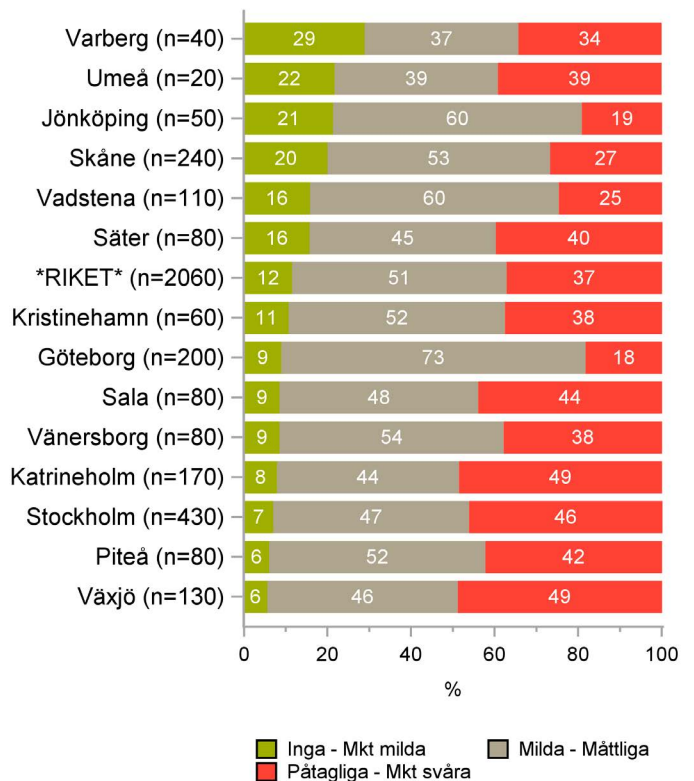
## Klinisk skattning av symtombilden

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

**Figur 85.** Förändring av symtombild mellan åren 2022 och 2023, sluten- och öppenvård.



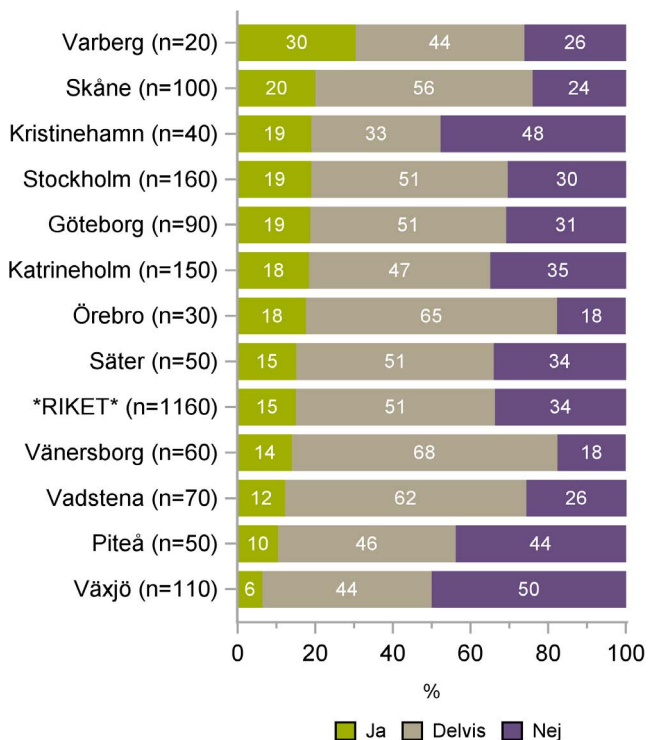
**Figur 86.** Fördelning av symtombildens svårighetsgrad, i sluten- och öppenvård.



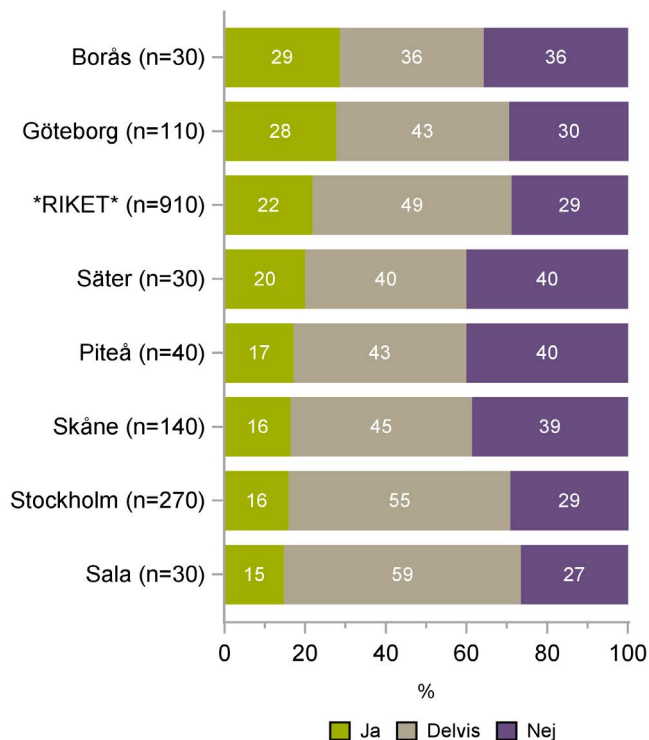
## Sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation

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.

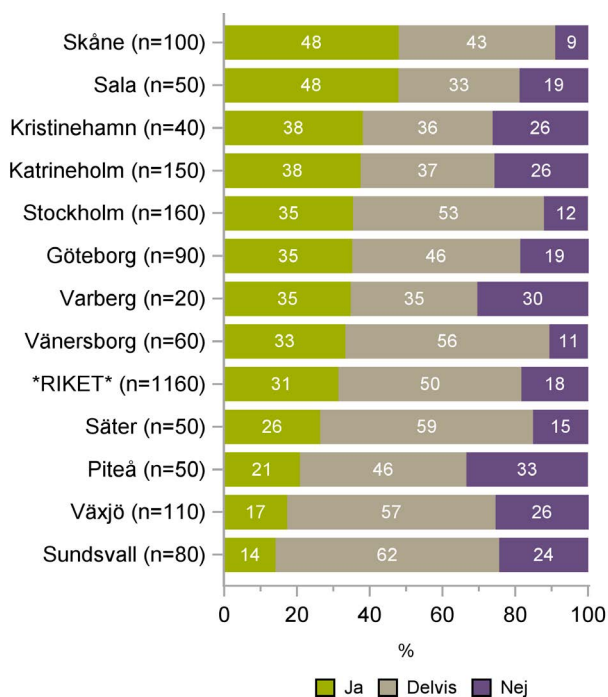
**Figur 87.** Fördelning av sjukdomsinsikt, slutenvård.



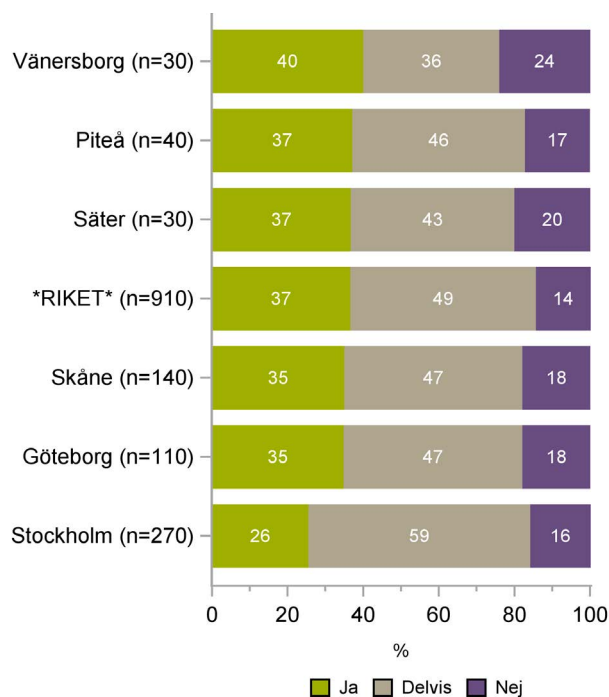
**Figur 89.** Fördelning av sjukdomsinsikt, öppenvård.



**Figur 88.** Fördelning av behandlingsmotivation, slutenvård.

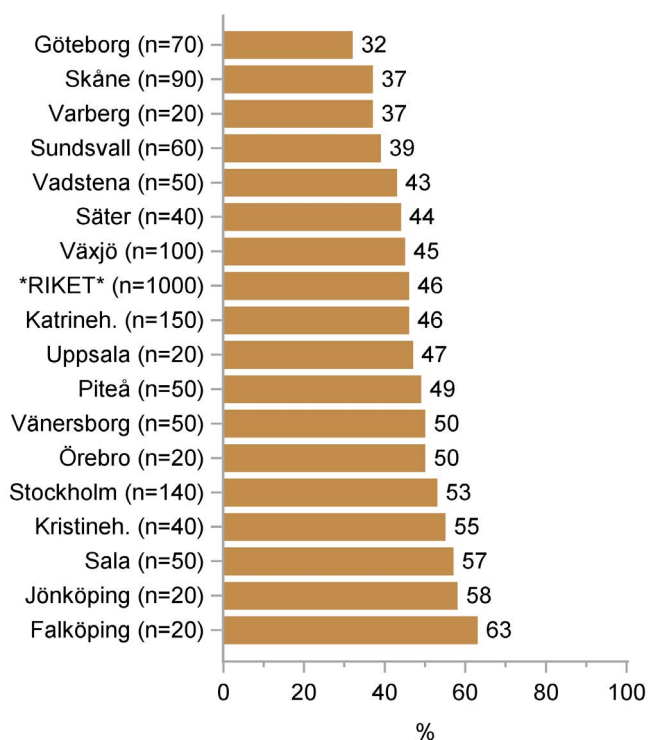


**Figur 90.** Fördelning av behandlingsmotivation, öppenvård.

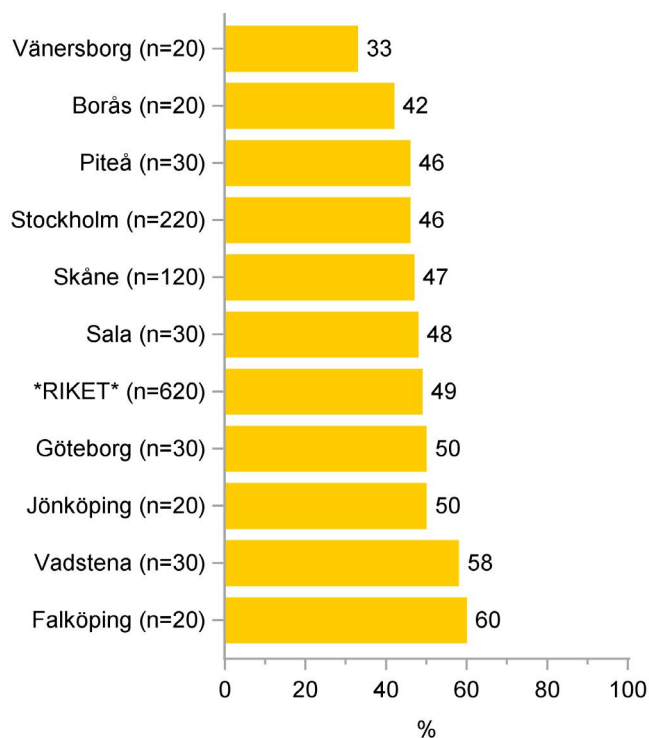


## Body Mass Index (BMI)

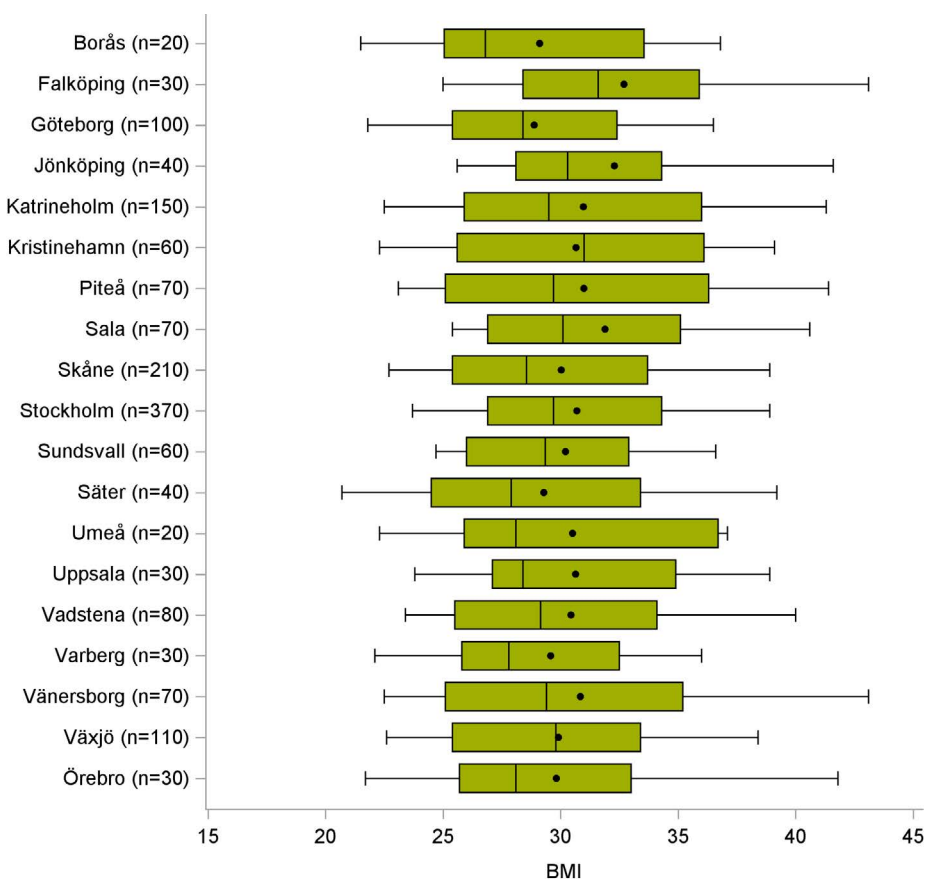
**Figur 91.** Andel patienter med BMI lika med eller över 30, slutenvård.



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

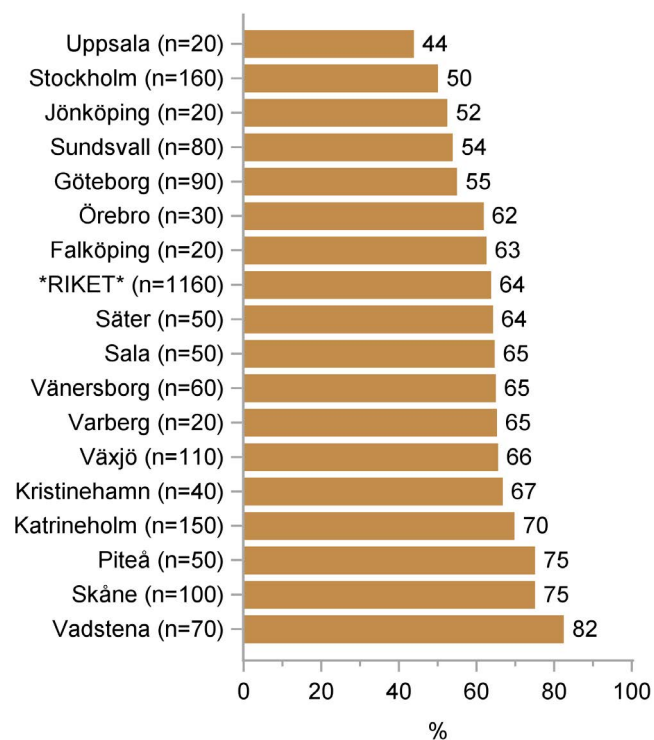


**Figur 93.** Spridning, BMI i patientgruppen, sluten- och öppenvård.

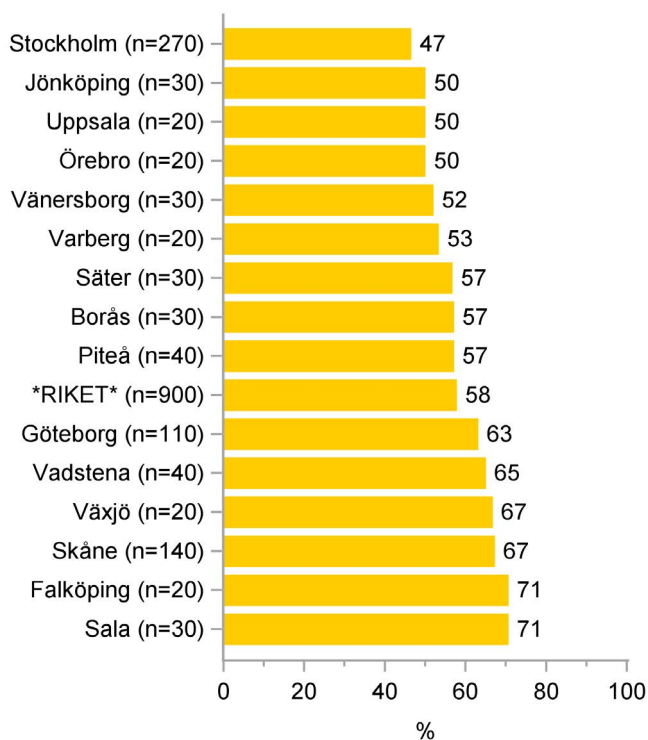


## Behov av hjälp att hantera sin ekonomi

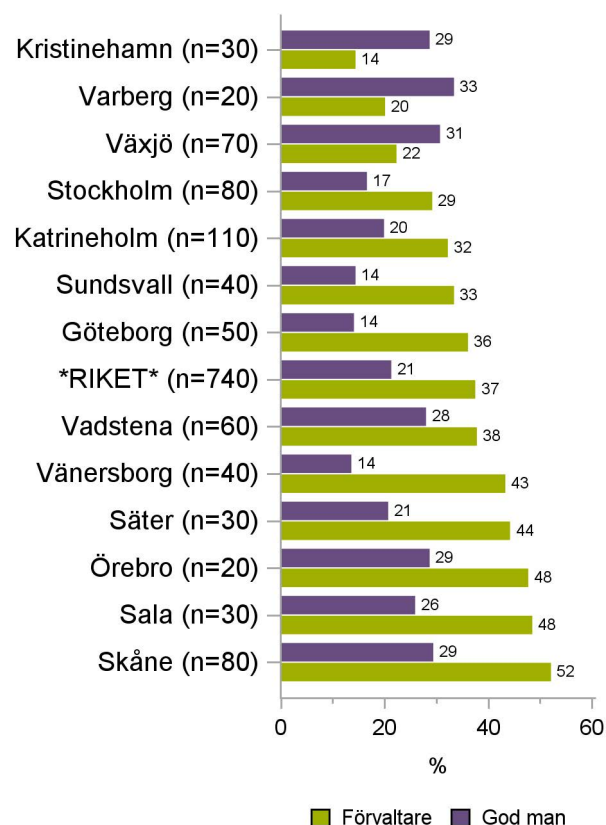
**Figur 94.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **slutenvård.**



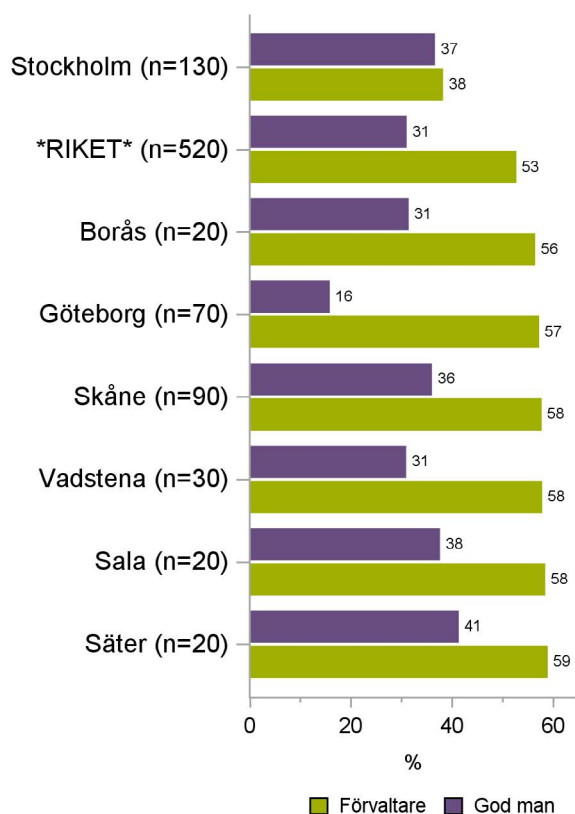
**Figur 96.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi, **öppenvård.**



**Figur 95.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **slutenvård.**

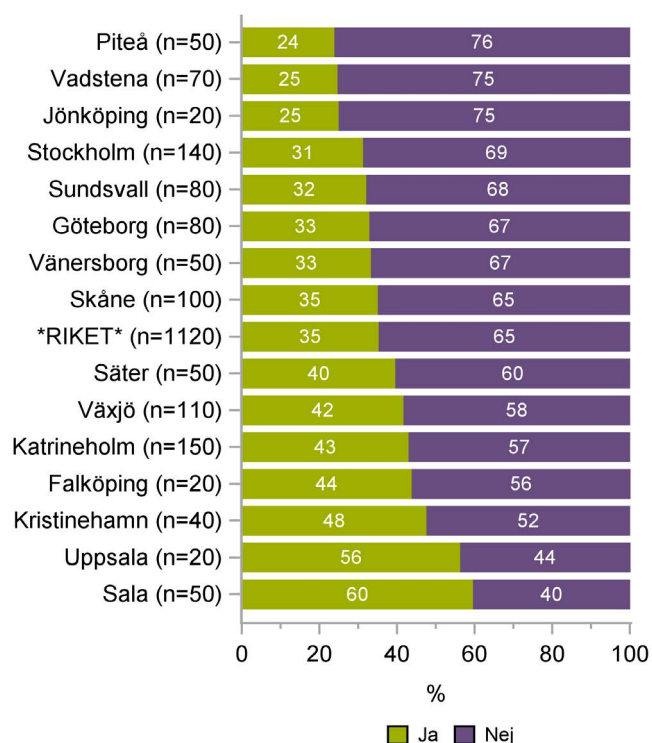


**Figur 97.** Andel patienter i behov av hjälp att hantera sin ekonomi som har god man/förvaltare, **öppenvård.**

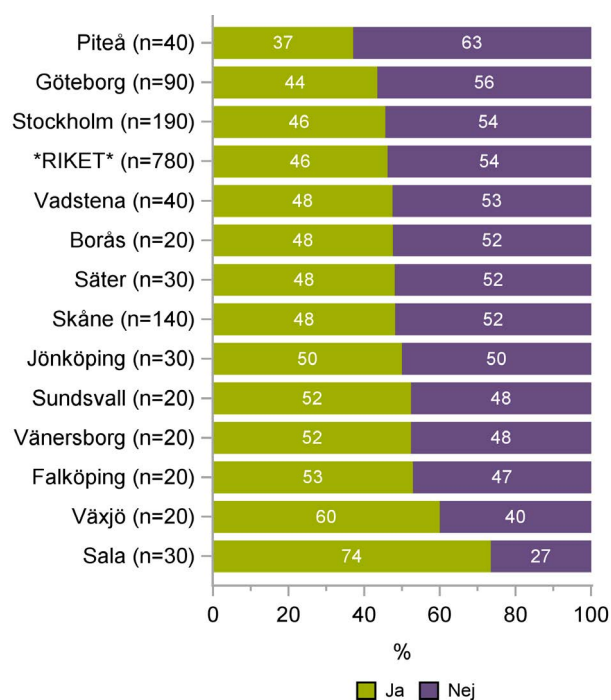


## Somatiska sjukdomstillstånd

**Figur 98.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*, slutenvård.



**Figur 99.** Andel patienter med somatiska sjukdomstillstånd\*, öppenvård.

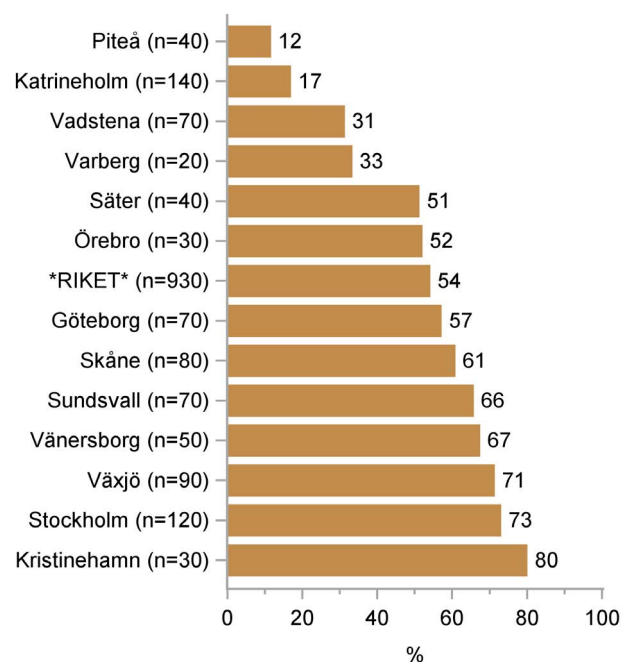


\* Diabetessjukdom, cancer, thyroideasjukdom, hjärt- och kärlsjukdom, njursjukdom och annan sjukdom.

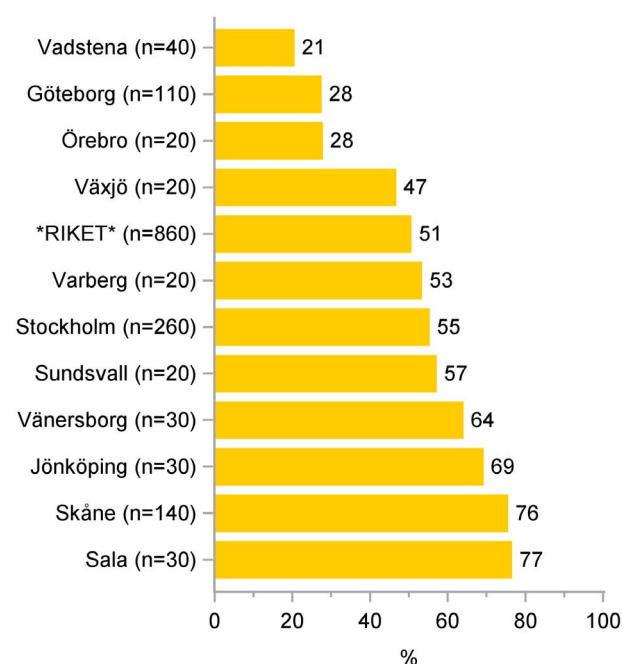
## Hälsofrämjande insatser

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

**Figur 100.** Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, slutenvård.



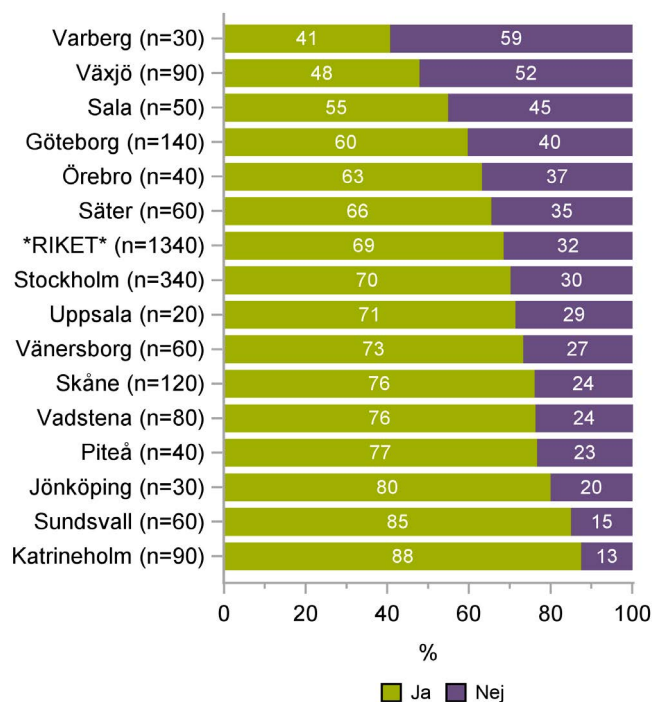
**Figur 101.** Andel patienter som erhållit hälsofrämjande insatser, öppenvård.



## Missbruksbehandling

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

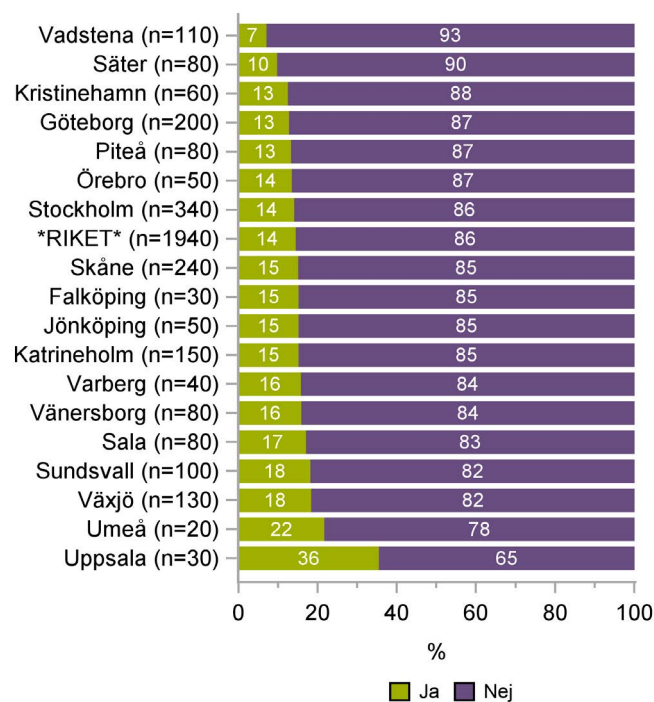
**Figur 102.** Andel patienter som erhållit missbruksbehandling år 2023, sluten- och öppenvård.



## 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 103.** Andel patienter med barn under 18 år, sluten- och öppenvård.

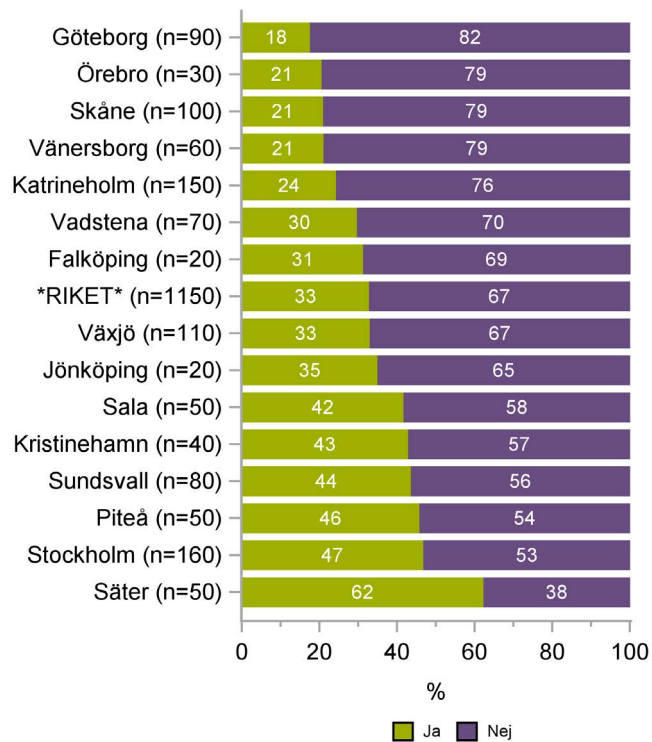




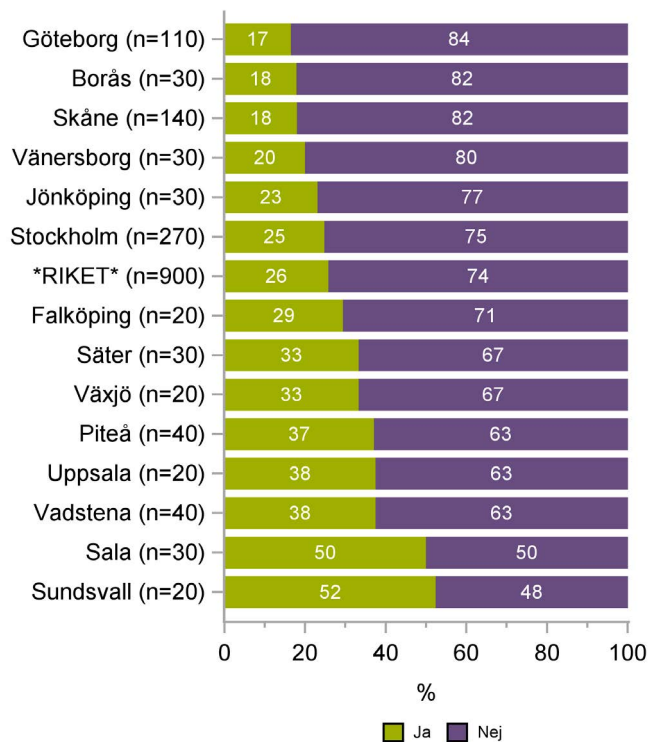
## Stödperson

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

**Figur 104.** Andel patienter med utsedd stödperson, slutenvård.



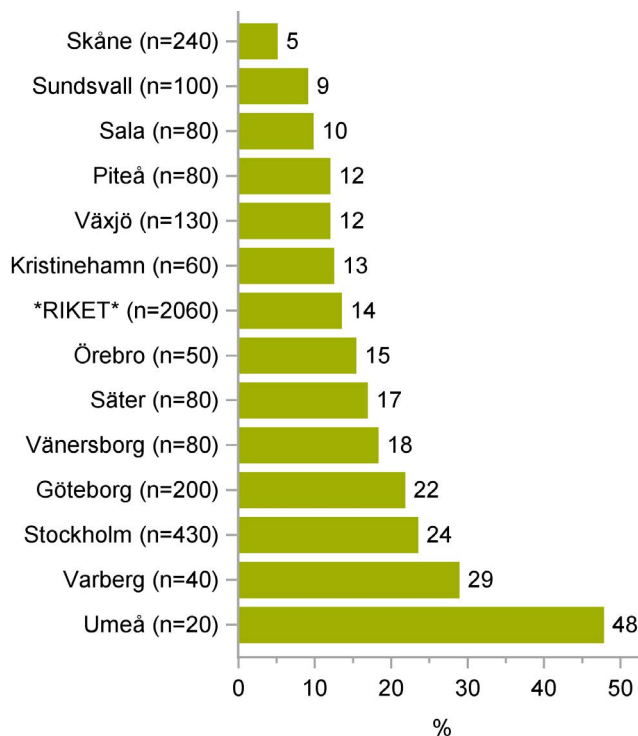
**Figur 105.** Andel patienter med utsedd stödperson, öppenvård.



## 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 och/eller annan myndighet. Det är eftersträvarsvärt att ha ett lågt värde. Figuren redovisar sluten- respektive öppenvård tillsammans.

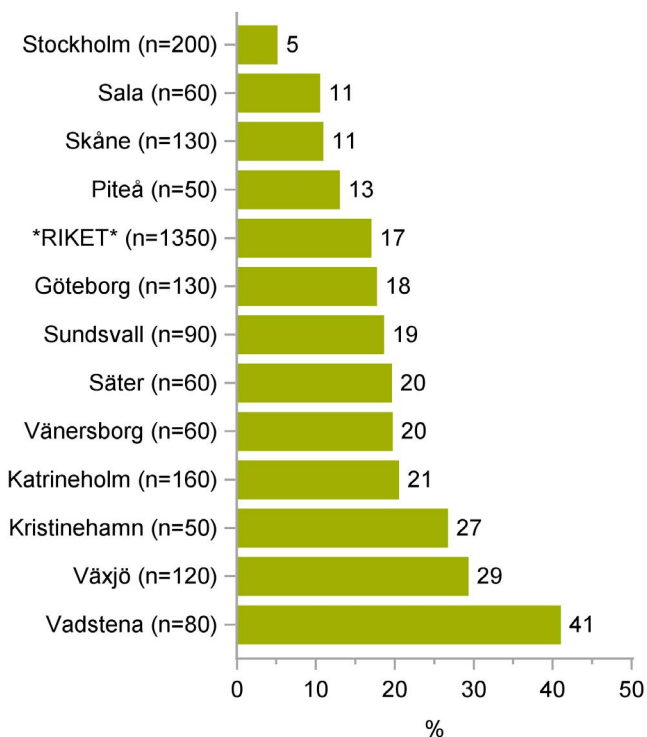
**Figur 106.** Andel patienter där samverkansbehov inte är tillgodosett med externa aktörer, sluten- och öppenvård.



## Tvångsåtgärder

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

**Figur 107.** Andel patienter som varit föremål för minst en tvångsåtgärd.



## Vägen ut

Även i år har vi intervjuat och samtalat med flera patienter. De som intervjuades befann sig i rättspsykiatrisk öppenvård och ombads beskriva sina erfarenheter av den rättspsykiatriska slutenvårdstiden, övergången och den första tiden i öppenvården. En av dessa presenteras nedan.

### ”Magnus” 63 år

Jag har varit i den rättspsykiatriska vården i nio år det här året. Tidigare har jag aldrig haft med rättspsykiatri att göra. Innan jag kom till rättspsykiatri var jag hemlös i tio år, och innan dess bodde jag med mina föräldrar i ca tio år. Har tidigare, innan jag blev förtidspensionär, jobbat och strulat mig genom tillvaron och känt att något är fel.

Jag använder inga droger, så när jag var hemlös kunde jag klara mig bra jämfört med många andra som var hemlösa och som för väldigt illa. Jag skötte mig, var vältränad och borstade mina tänder. Det var tufft att vara hemlös men gick förvånansvärt bra.

Första tiden i rättspsykiatri var jävligt jobbig. Hamnade på en avdelning med hög säkerhet. Jag fick dela rum med patienter som kom och gick. Det var jävligt jobbigt. Sen efter en tid fick jag eget rum. Det var lösningen på mycket för min del, det kändes mer som ett hem då helt plötsligt.

Med tiden och byte av avdelning blev det bättre, allt eftersom åren har gått så har man lärt känna personalen. Det blev faktiskt mitt hem. Så det funkade bra mot slutet. Det fungerade jättebra.

Har inte kunnat träna så mycket när jag var på avdelningen. Men jag har tagit upp träningen nu igen. Jag tycker det var svårt, och medicinen gjorde att jag hade svårt att träna. Men periodvis har jag gått och simmat här och sånt där, gått lite på gym. Men nu tränar jag själv. Cyklar jättemycket, så nu håller jag mig i form.

Till en början tyckte jag att jag var oskyldigt dömd. Så var det. Jag kunde inte se min del av skulden i det här. Det är någonting som gradvis har gått upp för mig.

Att jag var sjuk och så där. Jag kunde inte förstå att jag var sjuk över huvud taget. Jag tyckte att jag var en välfungerande man. Förvisso hörde jag röster, men jag tänkte, jag köpte det liksom.

Efter sju år på avdelningen har jag haft gott om tid att tänka i lugn och ro. Så att, det har jag gjort. Jag tänkte igenom situationen mycket och har sett det ansvar jag haft. Jag tänkte, ingen rök utan eld liksom. Det var ju repetitionen. Upprepningen av att varje år man kommer upp i förvaltningsrätten får man ju papper med diagnoser, och efter ett par år så vande man sig vid att det som stod där, att det stämde liksom. Tänkte att ja, det måste ju stämma. Även om jag stretade emot. Men så tänkte jag, ja, jag är ju på rättspsykiatri, det måste vara något fel på mig. Jag kunde bara inte inse vad det var.

Den stora förändringen skedde när jag fick bo på ett behandlingshem under två år. Där kom vändpunkten, där ute. Man har egen nyckel till sin lägenhet med dusch och toalett och allting sånt. Pressen från att ha varit inlåst på avdelning släppte där och jag kunde slappna av. Kunde komma och gå som jag ville. Det fanns inga låsta dörrar. Där skedde en förändring. Sen kan jag inte peka på exakt vad det var som hände, men där var det något som hände. Efter de två åren var jag tvungen att komma tillbaka till avdelningen. Det var ju skittufft alltså! Men då hade jag förändrats så pass mycket. Det gjorde inte så jättemycket att jag var på avdelningen. Jag kunde utnyttja det mer positivt. Fick också ett nytt vårdlag då, som jag samarbetade bra med. Jag var tvungen att åka tillbaka eftersom det inte fanns pengar längre för att jag skulle kunna vara kvar på behandlingshemmet. Men det var bra, för under den tiden jag var på behandlingshemmet så fokuserade jag inte så mycket på att söka lägenhet.



Men sen när jag kom tillbaka till avdelningen så var det fokus på att söka lägenhet. Det var det, söka lägenhet varje dag. Jag kom tillbaka till verkligheten på något vis när jag kom till avdelningen igen. Så här ser det ut, jag måste ha en lägenhet. Jag vill ha det mer så där, så som jag hade det på behandlingshemmet. Ja, och det var så tydligt liksom. Jag var mer så, vilka mål är det som behöver uppnås liksom? Det var boendet helt enkelt.

En tid efter detta fick jag ett arv och min förvaltare såg till att jag blev skuldfri. På avdelningen fick jag hjälp med att söka lägenhet. Jag sökte tillsammans med personal, vi sökte varje dag. Det var väldigt bra. Jag är inte så hemma på datorer och sånt. Min kontaktperson hjälpte mig med det. En av kuratorerna, eller två av dem hjälpte mig lite grann med att söka. Men det blev ingenting. Det var först när personalen, min kontaktperson som jobbade mer eller mindre dagligen, när hon stegade in blev det på riktigt och gav resultat. Vi sökte regelbundet, nästan varje dag, även på helgerna.

Sen hittade vi en lägenhet. Min förvaltare hade en stor betydelse i det här. Han ringde upp hyresvärderna och förklarade min situation. Att jag var skuldfri och att jag hade förvaltare. Det innebär ju både livrem och hängslen, sen skrev min förvaltare kontrakt.

Det har varit svårt att lämna avdelningen, man vill lämna, men man umgås så mycket med personalen att dom blir som en familj. I början besökte avdelningen mig en gång i veckan. Det kändes väldigt tryggt. För mig var det en bautaomställning. Att hamna i eget boende med digital mikrovågsugn och massa spakar och induktionshäll. Det var en väldigt stor omställning. Jag kände mig väldigt osäker. Jag efterlyste dels arbetsterapeuten, att få hjälp att laga mat, att komma i gång med det här. Men han har bara kommit tre gånger under det året som jag har bott själv. Så, jag har liksom hungrat efter mer stöd. Hela tiden.

Jag har periodvis känt mig lite bortglömd. Det är en fin lägenhet, men vad ska jag med den till? När jag

mår så här dåligt. Men nu börjar det vända. I april är det ett år som jag haft lägenheten. Nu börjar jag känna mig säker på grejerna i lägenheten. Att jag börjar få kontroll. Att jag kan laga mat och sånt. Det finns ett löfte om att jag ska få hjälp och boendestöd. Kommunen ska komma nu på onsdag. Då ska vi använda ugnen och så ska jag försöka lära mig den. Ja, så det är sådana grejer, rent praktiska grejer.

När jag skulle slussas ut till öppenvården och lägenheten tyckte jag att det gick för snabbt. Jag hade kunnat vara kvar inom slutenvården ett tag till. Dels därför att de kändes som min familj. Alltså att jag bodde i lägenheten gick inte för fort! Men att jag hade behövt ha med mig slutenvårdspersonalen lite till. Eftersom jag kände dem så väl. När jag fick kontakt med öppenvården så var det ju nya människor att lära känna. Det blev ett ganska abrupt slut.

Periodvis har jag känt mig jävligt ensam. Komma från ett ställe där det alltid finns personal att fråga, till att vara ensam. Det har varit jävligt tufft. Men det börjar jag vänja mig vid nu och jag känner att jag uppskattar att vara själv nu. Men det har tagit rätt lång tid. Min lägenhet är 58 m<sup>2</sup>, och i början kände jag klaustrofobi, kände mig inlåst. Men det har också vänt, nu uppskattar jag det och känner inte alls att jag har klaustrofobi längre. Så att det är bara positivt nu.

Samhället har förändrats mycket, jag kände det direkt när jag kom ut. Vem ska jag nu fråga? Vem ska hjälpa mig? Vem ska kunna hjälpa mig? Det har varit rätt stort för mig. Jag avskyr ”appar” och mobiler. Jag är väldigt analog och köper fortfarande cd-plattor. Men,

jag utmanar mig själv med allting tekniskt och digitalt. Jag har bekymmer med det, men jag ger mig på det ändå. Bara för att jag känner att jag måste. Jag måste komma över den rädslan. Men bävar för den dagen jag ska köpa en ny telefon igen, överföra och allt sånt. Jag mår dåligt allmänt, men jag har specifikt oro inför teknik och nya situationer. Det är en bit som kanske arbetsterapeuten skulle kunna ge mer av, eller hjälpa till med.

På dagarna läser och cyklar jag mycket, och så har jag min filmstudio. Ska gå på teatern snart. Jag har inga bekymmer att sysselsätta mig. Filmstudion, det är jättespännande. För 200 kronor kan jag låna sju filmer. Häromdagen såg jag en indonesisk film, lite annorlunda, men en bra film.

Mina föräldrar har gått bort, men jag återfått kontakten med mina två systrar. Vi hade ingen kontakt under många, många år. Nu har vi kontakt igen och jag har fått väldigt mycket hjälp, speciellt av min ena storsyster. Det var mina syskon som tog kontakt med mig. Jag har ju varit omöjlig att få tag på. Har ju varit inom rättspsykiatri, och där har jag bett personalen att inte uppge för någon som frågar efter mig om att jag är där. Men min syster, hon fick tag på mig. Hon lyckades luska ut att jag hade en förvaltare och kontaktade honom. Han tryckte på att jag skulle höra av mig till min syster. I början tyckte jag det var helt bortkastat. Men sen när jag väl gjorde det så var det jättetrevligt. Idag har vi kontinuerlig kontakt, hon ringde senast igår. I sommar ska jag följa med henne och hennes man till Gotland. Jättetrevligt! Jag förlorade min surrogatfamilj, men är på väg att få tillbaka min riktiga familj.



# Registerhållarna reflekterar

“Att avsluta ett uppdrag är inte bara att avsluta en uppgift; det är att förflytta sig från en fas av utmaningar till nästa, med visdomen och erfarenheten som vår trofasta följeslagare”

Registerhållarna reflekterar har de senaste åren inletts med olika citat ur kända böcker eller av kända personer. I år fick den så uppmärksammade AI funktionen Chat GPT i uppdrag att ta fram citatet. I instruktionen till AI funktionen ingick att konstruera ett citat som beskriver avslut av ett tillstånd eller uppdrag för att gå vidare och då tänker vi i första hand på att 2023 blev året utan större påverkan av covid och pandemin vilket gjort att vi kunnat fokusera mer på utveckling av registrets verksamhet än uppdrag relaterade till pandemibekämpning. Alltjämt pågick och pågår kriget i Ukraina och inflationen fortsatte att vara hög under 2023 vilket gav stora ekonomiska utmaningar under året.

Året inleddes med att registret inte tilldelades några medel från SKR för 2023 men kvarstannade i certifieringsnivå 2. Vi delade detta faktum med ett flertal register och orsaken var att vi som register hade medel sparade från tidigare år. Tack vare dessa medel har registret kunnat arbeta offensivt med utvecklingen under 2023. Budgeten för året uppgick till drygt 1,8 miljoner för driften vilket inkluderar allt från plattformsavgift till årsrapport. Registret har fortsatt en hög täckningsgrad men den har för tidigare år justerats med den nya beräkningsmetod som började tillämpas under 2022 så den är något lägre än i tidigare redovisningar. För 2022 är täckningsgraden på riksnivå 83,8 procent.

Under året har vi nått all time high när det gäller antalet uppföljda patienter. För första gången har fler än 2000 patienter följts upp under 2023. Att det varit möjligt beror på alla de engagerade registrerare som vi har ute i de anslutna rättspsykiatriska verksamheterna.

Analysgruppens arbete med årsrapport för 2022 genomfördes i allt väsentligt digitalt även om gruppen fick möjlighet till fysiska träffar bland annat på Nya Varvet i Göteborg. Årsrapporten för 2022 kom som vanligt verksamheterna till del i april månad. Temat för 2022 års rapport var stöd och hjälp. Styrgruppen har haft sex möten under 2023 och samtliga genomfördes digitalt.

Under 2023 har antalet ansökningar om datauttag ur RättspsyK minskat från toppnoteringen 22 datauttag 2021 till 7 datauttag 2023. En orsak till minskningen är sannolikt att många arbetar med forskning och analyser på tidigare uttagna data från registret.

De som begär ut data är verksamheter, men även media har önskat data från registret och använt detta i olika artiklar och produktioner. För forskningsändamål har data lämnats ut till flera forskare vid olika forskningsinstitutioner. Registret levererar även data till Brå och SKR.

Registret har under några år sett ett ökat intresse för att begära ut data för forskningsändamål med en topp år 2021 som resulterade i att under 2023 publicerats minst 11 forskningsartiklar i vetenskapliga tidskrifter som refererar till och använder registrets data i forskningen och minst en godkänd doktorsavhandling har använt registerdata som grund.

Under våren slutfördes ett arbete tillsammans med registercentrum som resulterade i att RättspsyK återigen från maj månad 2023 presenterar data via SKR i värden i siffror VIS. Under april deltog representanter för registret vid den av SKR anordnade nationella konferensen för företrädare för rättspsykiatrisk verksamhet och presenterade data ur årsrapport 2022. I maj månad genomfördes en utvecklingsdag med huvudsyfte att utveckla registrets indikatorer och variabler. Utvecklingsdagen genomfördes i anslutning till det nationella mötet. Båda dessa möten gick att genomfördes som fysiska möten och hölls i Stockholm.

Under utvecklingsdagen deltog medlemmar ur både styrgrupp likaväl som analysgrupp och representanter för SKR och dagen resulterade i flera förändringsförslag och förbättringar. Vissa ändringar är genomförda inför 2024 och andra kommer det att arbetas vidare med under året.

För första gången på flera år genomfördes vårens nationella möte fysiskt dagen efter utvecklingsdagen.



Det var väldigt trevligt och givande att efter lång tid nu kunna ses fysiskt. Det var 63 personer anmälda till mötet. På programmet stod bland annat variabel- och indikatorutveckling, årsrapport 2022 samt Hanna Edberg presenterade sin pågående forskning om ”Personer med intellektuell funktionsnedsättning inom rättspsykiatri” och Peter Andersson presenterade sin pågående forskning ”Viktuppgång under pågående rättspsykiatrisk vård – fynd från det nationella kvalitetsregistret”. Mötesvärd denna gång var RPK Örebro som på ett mycket uppskattat sätt presenterade sin verksamhet.

Styrgruppen har beslutat att registret ska fortsätta ha två nationella möten och att det som hålls på våren ska vara fysiskt. Dock vet vi när detta skrivs att den ansträngda ekonomin i våra regioner och restriktioner som införts till följd av detta omöjliggör ett fysiskt möte våren 2024 så även vårmötet kommer ske digitalt.

Under hösten slutfördes arbetet som påbörjades 2022 tillsammans med Vetenskapsrådet och registercentrum Västra Götaland för att kunna ansluta RättspsyK till Vetenskapsrådets Register Utility Tool, RUT. Detta verktyg gör det bland annat lätt för forskare och andra att via webben se vilka indikatorer och variabler som finns i olika register och hur dessa är definierade och hur länge de samlats in. RättspsyK publicerades i RUT den 4 oktober 2023.

Höstens nationella möte genomfördes digitalt i november månad och på programmet stod fortsatt diskussion om variabel och indikatoröversyn, årsrapport 2023 och vi fick en presentation av RUT verktyget av en representant från Vetenskapsrådet. Mötesvärd var verksamheten i Sala, en mycket uppskattad punkt. Under mötet presenterades också åtgärder avseende statistisk röjandekontroll som inför denna årsrapport införts av registercentrum och CPUA i Region Västra Götaland. Som synes så har denna röjandekontroll fått ganska stor påverkan i årsrapport 2023 avseende vad som kan publiceras både när det gäller variabler och verksamheter.

Vi är övertygade om att det krävs ett fortsatt intensivt arbete för att hitta former som gör att alla verksamheter, även små tycker att man har nytta av kvalitetsregistret i sitt utvecklingsarbete och kan ta del av jämförelser, även om dessa inte kan ske med hjälp av årsrapporten.

Valideringsarbetet tog rejäl fart under 2023 och hela sju verksamheter fick besök för validering av källdata av de representanter för registret som av styrgruppen är utsedda att validera. För att beskriva hur validering i registret sker har under året en valideringsmanual för RättspsyK tagits fram tillsammans med registercentrum. Version 1.0 av denna blev klar under december månad.

Förutom allt ovanstående så har det även tagits fram en uppdaterad informationsaffisch om registret för patienter och andra, informationsmaterial för nya registrerare och det har påbörjats ett arbete att ta fram en manual till stöd för registrerare.

Det intensiva arbetet under 2023 framförallt med VIS och anslutning till RUT lönade sig i december då SKR meddelade att RättspsyK flyttas upp i certifieringsnivå 1 och tilldelas medel för 2024. Att komma till certifieringsnivå 1 har varit en målsättning för registret och registrets styrgrupp under många år och nu är vi där. Att tillhöra certifieringsnivå 1 ställer fortsatt stora krav på registret och dess företrädare att jobba aktivt med utveckling och förvaltning men det är vi övertygade om att vi tillsammans kommer att klara och antar som en utmaning inför framtiden.

Citatet i inledningen av denna reflektion kanske också kan vara gällande för det faktum att Magnus meddelade under sommaren att han ämnar lämna uppdraget som registerhållare vid årsskiftet 23/24 då tiden inte riktigt räcker till. Det har varit fyra mycket lärorika och utvecklade år att ha förtroendet att verka som registerhållare i RättspsyK och det är inget lätt beslut att sluta och gå vidare. Det som gör det lättare är att Helena tar över som registerhållare och leder den fortsatta utvecklingen av registret tillsammans med styrgrupp, analysgrupp och alla fantastiska registrerare.

Sverige i mars 2024

*Magnus Kristiansson*  
*Helena Andreasson*



# Forskning och validering

## Forskning

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

## Validering

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

Besök av verksamheter för validering av källdata startade år 2012. Två handläggare har av styrgruppen fått i uppdrag att med stöd av framtaget instrument genomföra monitorering/validering av samtliga deltagande verksamheter i registret fortlöpande. Sedan hösten 2012 har 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. I år genomfördes vårens nationella möte i Stockholm och höstens nationella möte i form av webinarium.

Registret har en styrgrupp som i dag har representanter från 16 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. För indikatorn symtom har en film tagits fram för att underlätta för användarna bedöma svårighetsgraden av symtom.

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

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.

# Möjliga områden för utvecklingsprojekt

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

## Förslag på områden/frågeställningar

Karaktäristika för de patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder

Följsamhet gällande nationella riktlinjer kopplade till diagnosgrupper

Karaktäristika för patienter dömda till LRV med respektive utan SUP

Psykosociala insatsers betydelse i utskrivningsprocessen

Karaktäristika utifrån könsperspektiv för valda indikatorer

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

## Datauttag från RättspsyK har 2023 efterfrågats av följande intressenter:

- Brottsförebyggande rådet (Brå)
- Sveriges kommuner och Regioner (SKR)
  - Uppdrag psykisk hälsa
  - Vården i siffror (VIS)
- Koncernkontoret i Västra Götalandsregionen
  - Avdelning Kunskapsstöd
- Rättspsykiatriska verksamheter
  - Regionsjukhuset Karsudden
- Forskningsinstitutioner
  - Lunds universitet
  - Karolinska institutet KI
- Övriga
  - Media

## Genomförda utvecklingsarbeten som redovisats i tidigare årsrapporter:

”Förbättrad ekonomi för patienter inom rättspsykiatrisk vård”, ett nationellt projekt i samverkan med Register centrum Norr.  
*Årsrapport 2015*

Uppsalaprojektet ”Det ska inte handla om tur” som handlade om livskvalitet och BMI.  
*Årsrapport 2014*

”Rätt insatser för patientens bästa” med fokus på BMI, ekonomi och somatisk hälsa.  
*Årsrapport 2014*

# Urval av publikationer med referens till RättspsyK publicerade 2023

Alexiou, E., Nilsson, T., Andiné, P., & Degl' Innocenti, A. (2023). Criminal recidivism of patients in Swedish forensic psychiatry: A register-based comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88, 101884. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101884>

Andersson, P., von Schreeb, A., Johansson, L., Sturidsson, K., Wetterborg, D., & Sorjonen, K. (2023). Changes in Body Mass Index During Mandatory Forensic Psychiatric Care: Findings from a Long-Term (2009–2020) Cohort Study Based on Swedish Registry Data. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2214381>

Berlin, J., Wallinius, M., Nilsson, T., Karlén, M. H., & Delfin, C. (2023). Exploring the psychometric properties of the externalizing spectrum inventory-brief form in a Swedish forensic psychiatric inpatient sample. *BMC Psychiatry*, 23(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04609-y>

Forsman, J., Cornish, R., & Fazel, S. (2023). Integrating static and modifiable risk factors in violence risk assessment for forensic psychiatric patients: a feasibility study of FoVOx. *Nord J Psychiatry*, 77(3), 240–246. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2084158>

Green, J., Bagge, A. S. L., Olausson, S., Andiné, P., Wallinius, M., & Karlén, M. H. (2023). Implementing clinical guidelines for co-occurring substance use and major mental disorders in Swedish forensic psychiatry: An exploratory, qualitative interview study with mental health care staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 144, 108899. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108899>

Green, J., Lindqvist Bagge, A. S., Laporte, N., Andiné, P., Wallinius, M., & Hildebrand Karlén, M. (2023). A latent class analysis of mental disorders, substance use, and aggressive antisocial behavior among Swedish forensic psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 127, 152428. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152428>

Hörberg, U., Otteborn, H., & Syrén, S. (2023). Family orientation in forensic psychiatric care: An uncertain foundation of distrust. *Archives of Psychiatric Nursing*, 46, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.08.006>

Noland, E., Klötz Logan, F., Sjöström, S., & Strandh, M. (2023). What happens after forensic psychiatric care? A latent class analysis of dimensions of welfare for former forensic psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 23(1), 937. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05428-x>

Salize, H. J., Dressing, H., Fangerau, H., Gosek, P., Heitzman, J., Markiewicz, I., Meyer-Lindenberg, A., Stompe, T., Wancata, J., Piccioni, M., & de Girolamo, G. (2023). Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union. *Front Public Health*, 11, 1095743. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1095743>

Sivak, L., Forsman, J., & Masterman, T. (2023). Duration of forensic psychiatric care and subsequent criminal recidivism in individuals sentenced in Sweden between 2009 and 2019. *Front Psychiatry*, 14, 1129993. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1129993>

Söderberg, A., Wallinius, M., Munthe, C., Rask, M., & Hörberg, U. (2023). Forensic psychiatric patients' experiences of participating in administrative court proceedings concerning the continuation of forensic psychiatric care. *Front Psychiatry*, 14, 1151554. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1151554>

Edberg, H. (2023). Intellectual disability in a forensic psychiatric setting [Elektronisk resurs]. Karolinska Institutet. <http://hdl.handle.net/10616/48694>

# Diskussion

Årets årsrapport publiceras något senare än vanligt, delvis med anledning av att de nya riktlinjerna gällande röjandekontroll inneburit många ställningstaganden avseende denna rapportens redovisningar. Målsättningen för analysgruppen har varit att redovisa så mycket som möjligt med bibehållen kvalitet, trots de ändrade riktlinjerna.

I årets rapport kan det noteras att antalet uppföljda patienter ökar över tid, och har sedan 2019 ökat med cirka 15 procent. Samtidigt har även andelen patienter som under ett uppföljningsår vårdats endast i slutenvård ökat, från 48 procent 2019 till cirka 52 procent 2023. Antalet slutenvårdsplatser angivna av verksamheterna i registret har under samma period ökat med cirka åtta procent, men samtidigt har andelen av patienterna som vårdas i slutenvård ökat under den senaste femårsperioden. Sammantaget ger dessa olika siffror en bild av att de rättspsykiatriska patienterna inte bara blir fler utan också att landets rättspsykiatriska verksamheter rimligen har högre beläggning nu än för några år sedan. Som en spaning ut mot verksamheterna och vad deras representanter uttryckt verkar detta vara en bild som stämmer. Överlag kan vi konstatera att antalet personer som varje år påbörjar sin rättspsykiatriska vård ökar. Medianvårdtiden för personer med avskriven rättspsykiatrisk vård har dessutom ökat under ett flertal år, vilket också blir en av de avgörande faktorerna för ökningen av det totala antalet patienter som vårdas.

Samtidigt syns en trend av nedåtgående måltal, där ännu färre verksamheter når de uppsatta måltalen. Det går att fundera på vad som är anledningen till detta. Finns orsaken till förändringen i verksamheternas förutsättningar, kanske kopplat till den mycket höga beläggningen och den situation det kan tänkas medföra på de respektive enheterna? Eller finns orsaken i att patientgruppen förändrats, vilket ger andra förutsättningar för att uppnå måltal med mera?

Att patientgruppen förändras är ett faktum, och en mycket tydlig förändring är att andelen patienter med huvuddiagnosen schizofreni ökat under de senaste åren. Det går att fundera på vad detta beror på, och möjliga förklaringar är flera. Har det med kodning att göra, och samstämmigheten mellan DSM-5 och

ICD-10 respektive registrets benämningar? Det skulle i så fall innebära att ökningen ser större ut än den "egentligen" är. Har domstolarna ändrat sin praxis avseende vilka personer som överlämnas till rättspsykiatrisk vård i stället för att dömas till ett fängelsestraff, där personer med andra huvuddiagnoser än schizofreni i högre utsträckning får andra påföljder (vilket leder till en högre andel schizofreni bland de som faktiskt får rättspsykiatrisk vård)? Eller är ökningen en faktisk ökning som innebär att fler personer med schizofreni som huvuddiagnos begår brott och därmed kan överlämnas till rättspsykiatrisk vård?

Gruppens sammansättning är en relevant fråga eftersom den i hög utsträckning avgör under vilka förutsättningar och hur rättspsykiatrin behöver arbeta. Potentiella tydliga trender bland nyregistrerade patienter blir därmed en indikation på vilka behov framtidens rättspsykiatri kommer att behöva fylla. Då rättspsykiatriska patienter generellt har långa vårdtider och antalet nya patienter varje år trots ökande siffror ändå är begränsat går förändringen dock långsamt och ger vården tid att anpassa sig efter rådande förutsättningar. Vi vet att patienter med lågt symtomtryck, låg frekvens av återfall i brott under vårdtiden, utan dokumenterad historia av missbruk och med högre ålder vid indexbrottet får sin LRV-vård avslutad tidigare, vilket gör det viktigt att undersöka trender avseende dessa faktorer hos patienter som nyligen påbörjat sin rättspsykiatriska vård: det kan ge en fingervisning om hur framtiden kommer att se ut.

Ett område som flera av denna rapportens delar även i år visar vikten av att prioritera är det hälsofrämjande arbetet. Generellt skattar en större del av patienterna sin psykiska hälsa högre än den fysiska hälsan, och ingen av verksamheterna nådde under detta år måltalet avseende fysisk hälsa. Detta kan antagligen delvis förklaras av att en stor del av patienterna utöver sin psykiatriska diagnos även hade någon form av somatisk sjukdom. Detta bekräftas av att en mycket stor andel av patienterna i registret har läkemedelsbehandling för diabetes och hjärtkärlsjukdomar, en betydligt större andel än i befolkningen som helhet. Sammantaget visar dessa fakta på vikten av hälsofrämjande åtgärder, och det är tydligt att här finns mer för vården att göra.



# 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 slutet ungdomsvård
- den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning.

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

## Patientgrupp i Rättspsyk

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

## Från brott till dom enligt LRV

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

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

Vanligtvis är personen då intagen på en rättspsykiatrisk utredningsenhet under fyra veckor om personen är häktad för en bredare och mer omfattande utredning av ett team bestående av läkare, psykolog, sacionom, 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). Social styrelsen 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. Självförvållat rus utgör heller inte en APS.

### **Hur många rättspsykiatriska undersökningar görs per år?**

Enligt statistik från Rättsmedicinalverket genomfördes år 2023, 1 140 § 7-utredningar och 555 stora undersökningar RPU se länk: <https://www.rmv.se/om-oss/forskning/statistik/#Rattspyskiatri>.

Antalet stora rättspsykiatriska undersökningar (RPU) har ökat mellan åren 2022 till 2023 och närmar sig nu i antal de siffror som sågs innan pandemin. Antalet har ökat från 537 under 2022 till 555 under 2023.

Antalet RPU har under årens lopp varierat och var i slutet på 1990-talet drygt 600 RPU undersökningar. Av de undersökta år 2023 bedömdes 56 procent lida av en allvarlig psykisk störning (APS) vid gärningen och 50 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.

# Fakta om RättspsyK

## Registrets uppbyggnad

Data till registret insamlas lokalt vid respektive verksamhet samt registreras på RättspsyK:s plattform av verksamhetens utsedda registrerare. Vid registreringen, 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 pappers formulär, där instruktioner för hur varje enskild indikator ska besvaras finns beskrivet i hjälptext, för att därefter registrera i webbformulär. Möjlighet att korrigera data i efterhand finns, alla ändringar loggas och sparas.

Registret är uppbyggt i två delar. Den första delen gäller statistiska data och kallas Grunddata. Grunddata

är data som inte förändras över tid och som registreras endast vid ett tillfälle, exempelvis brottsrubricering, substanspåverkan vid brottstillfället och datum då domen vunnit laga kraft. Den andra delen av registret gäller föränderliga data, exempelvis olika typer av vårdinterventioner samt utfallet av dessa och kallas för Uppföljningsdata. Data som är föränderliga registreras i normalfallet löpande var 12:e månad och i vissa fall med kortare intervall, exempelvis om vården avslutas eller patienten flyttas mellan kliniker. Detta innebär att underlagen för årets rapport bygger på händelser och vårdinterventioner från 2022/2023 och som registrerats under 2023.

## Registrerare i RättspsyK

Verksamhet	Namn
LRV-enheten Gävleborg	Alexandru Isbasoiu, Tina Westerberg
Piteå Rättspsykiatri	Anna-Karin Burman
Regionsjukhuset Karsudden	Ann-Katrin Andersson, Alexandra Asserstam, Erik Blomqvist, Sandra Brännman, Fredrik Dahlström, Sigrid Furén, Emil Jonsson, Jennifer Olsson, Alexandra Mrak, Linda Rosenlund
RPA Skellefteå	Louise Nilsson
RPA Västervik	Roger Andersson, Aida Lindmark, Christian Persson, Lisa Örnfjäder
RPE Kristinehamn	Sara Henriksson, Annica Lindeskov
RPE Uppsala	Åsa Antonsen
RPK Region Kronoberg/Växjö	Ann-Sofie Holmberg, Christel Karlsson, Emelie Lageson, Emmie Sonninger, Ida Thuresson, Peter Tjelander
RPK Sundsvall	Ilona Wadell
RPK Säter	Klara Brandt, Anette Meili, Sofia Sjörs
RPK Örebro	Tessa Krona
RPR Vadstena	Madeleine Carlsson, Peter Karlberg
RPV Blekinge	Christer Andersson, Carola Friberg, Roger Palmqvist
RPV Borås	Jeanette Bergman, Fredrik Fischer, Karima Hamadi, Anders Leion, Hadi Mohammed Ali
RPV Falköping	Therése Almgren, Frida Lundquist
RPV Göteborg	Marie Berntsson, Susanna Enblom, Susanne Frid, Mari Johansson, Susanne Rosén, Veronica Stenberg
RPV Halland	Ingela Hägg
RPV Jönköping	Mats Gynnerstedt, Staffan Hjelm, Anders Nordström
RPV Vänersborg	Annie Hultman, Camilla Skåån
Rättspsykiatri Västmanland/Sala	Emma Ejvind, Anna Johansson
Rättspsykiatri i Skåne	Emma Andersson, Helena Andreasson, Emma Sjö Dahl
Rättspsykiatri Vård Stockholm	Mikaela Allstam, Jan Andersson, Zaklina Blazevska, Anna Boström, Peter Byström, Aicha Elouagari, Ulrika Gradelius, Jenny Gustavsson, Tuss Gustavsson, Robert Harris, Liselott Henriksson, Thomas Håkansson, Helene Höglund, Jennifer Persson, Malin Källman, Carina Nylund, Christine Pendo Nzambaza, Kjell Samuelsson, Anne Vestin, Tafiq Zaman
Umeå Rättspsykiatri	Linda Andersson, Nils Jernelius, Anna Kempe, Mattias Persson

## Registrets styrgrupp 2023

**Magnus Kristiansson**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Områdesdirektör, Registerhållare

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

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

**Mattias Andersson**, Rättspsykiatri Skåne, Administratör, utbildningssamordnare

**Jimmy Björkman**, Rättspsykiatri, Region Örebro län, Verksamhetschef

**Christina Blom**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, Verksamhetschef

**Jörgen Bragner**, Regionsjukhuset Karsudden, Katrineholm, Verksamhetsområdeschef

**Ola Broström**, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Verksamhetschef

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

**Victoria Dalgård**, Rättspsykiatri Värmland, Verksamhetsutvecklare

**Emma Ejvind**, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, Leg. Sjuksköterska

**Kaj Forslund**, Stockholms läns sjukvårdsområde, Bitr. Närsjukvårdschef

**Anders Grawé**, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, T.f. Verksamhetschef

**Mats Gynnerstedt**, (fr.o.m. 2023-03-27) Rättspsykiatriska vården, Jönköping, Leg. Sjuksköterska

**David Johansson**, (fr.o.m. 2023-03-27) Rättspsykiatriska enheten, Uppsala, Leg. Psykolog, Bitr. avdelningschef

**Malin Källman**, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Leg. Sjuksköterska

**Frida Lundquist**, (fr.o.m. 2023-11-14) Rättspsykiatri Falköping, Leg. Hälso- och sjukvårdskurator

**Ebba Noland**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Sundsvall, Administratör

**Roger Palmqvist**, (fr.o.m. 2023-01-23) Rättspsykiatri Blekinge, Avdelningschef

**Sofia Sjörs**, Rättspsykiatriska kliniken, Säter, Klinikassistent

**Veronica Stenberg**, Rättspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Leg. Psykolog

**Peter Tjelander**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö, Leg. Sjuksköterska

## Registrets analysgrupp 2023

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

Analysgruppen har bestått av följande personer:

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

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

**Mattias Andersson**, Rättspsykiatri Skåne, Administratör, utbildningssamordnare

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

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

**David Johansson**, Rättspsykiatriska enheten, Uppsala, Leg. Psykolog

**Peter Karlberg**, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena, IT-samordnare

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

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

# Täcknings- och anslutningsgrad

## Verksamhetsnivå

Anslutningsgraden var 96 procent, där 25 av 26 verksamheter i landet rapporterade till RättspsyK. Den verksamheten som inte rapporterade 2023 var Östersund.

## Patientnivå

En täckningsgradsanalys mellan RättspsyK och det patientadministrativa registret PAR, utförd av registerservice vid Socialstyrelsen, visar en täckningsgrad på 84 procent på individnivå för år 2022 i riket.

## Ny beräkningsmetod

Under 2022 genomfördes ett utvecklingsarbete tillsammans med registerservice på Socialstyrelsen avseende beräkning av täckningsgrad. Den metod som nu används skiljer sig från föregående år på så sätt att nu krävs även en registrering under det år som täckningsgradsberäkningen avser. Val av ny metod gör att tidigare täckningsgrader justerats.

## Metodbeskrivning

Urvalet ur RättspsyK för täckningsgradsåret 2022 består av patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2021 och med slut i mitten av 2022 och som hade en aktuell registrering i RättspsyK under 18-månadersperioden med start i mitten av 2021 fram till slutet av 2022. Urvalet ur patientregistret består av de patienter som var inskrivna någon gång under ettårsperioden med start i mitten av 2021 och med slut i mitten av 2022 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 RättspsyK 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 RättspsyK 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 RättspsyK 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](https://socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020127049-metodbilaga.pdf)

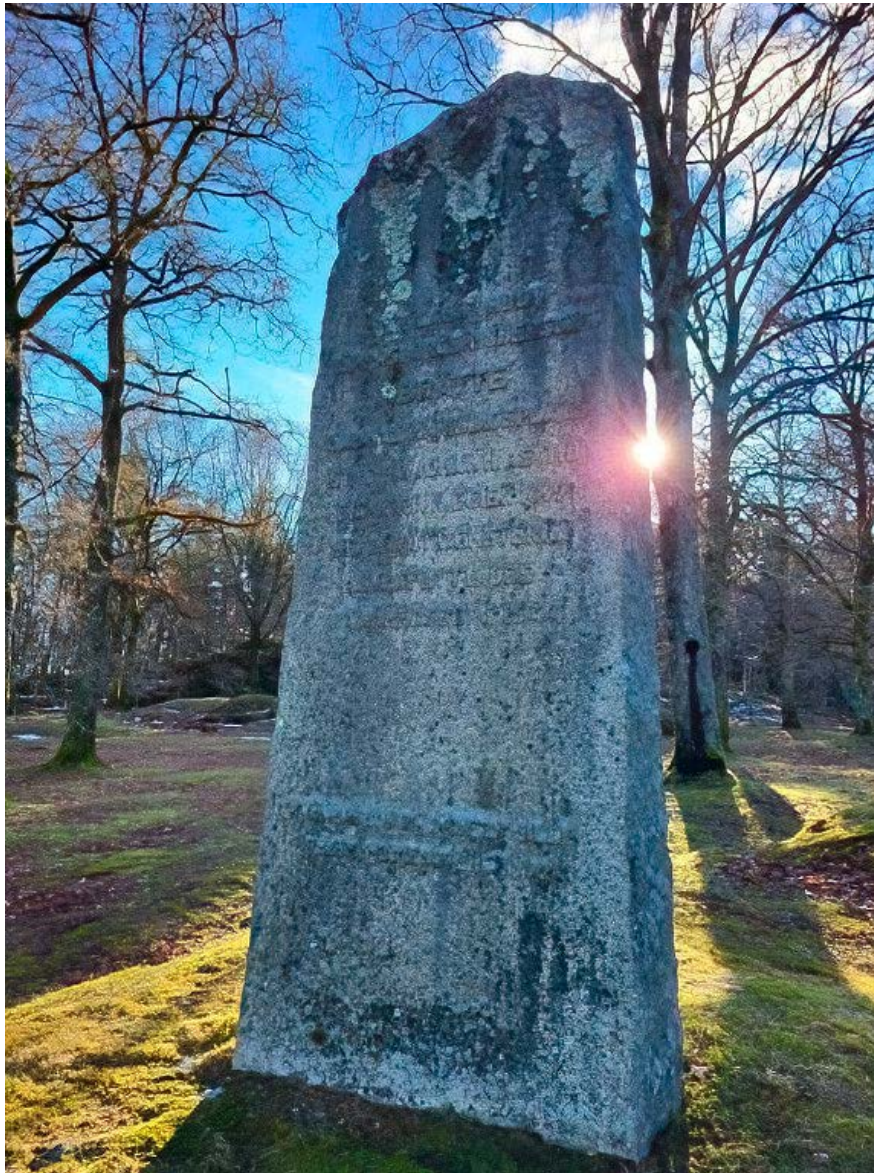
## Vårdformer

- 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





***Minnessten över Brätte, Vänersborgs föregångare***

*Brätte var en svensk stad vid Vänerns sydligaste vik, det som idag är sjön Vassbotten. Staden, som inledningsvis hette Vassända, blev föregångare till dagens Vänersborg. På 1580-talet fick man stadsprivilegier, och 60 år senare flyttade invånarna till det nyanlagda Vänersborg. Foto: Camilla Skåån*







## Vi följer upp effekter av vårdinsatser och främjar utvecklingen av vården

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

Startår 2008 [rattpsyk.registercentrum.se](http://rattpsyk.registercentrum.se) [kvalitetsregister.se](http://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

