



En fråga med dolda svar

- en registerstudie

Caroline Bergqvist och Sofia Tingberg

**Examensarbete i omvårdnad på
avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Vårterminen 2016**

Sammanfattning: Inom den rättspsykiatriska slutenvården finns patienter som bedömts färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta vårdas i slutenvården. En specifik fråga skulle identifiera dessa patienter utifrån rättspsykiatriska kvalitetsregistret, "RättspsyK". Vår studie hade målet att identifiera de faktorer kopplade till detta fenomen. Under analyserna insåg vi att frågan visade sig vara tvetydig, hade tolkats på olika sätt, vilket resulterade i opålitlig data, och omöjliggjorde den tänkta statistiska analysen. Med hjälp av andra, riktade frågor kunde vi visa att brist på boende och brister i samverkan påverkade att patienter i vissa fall inte kommer ut i öppen rättspsykiatrisk vård.

Examensarbetets titel:	En fråga med dolda svar A question with concealed answers
Författare:	Caroline Bergqvist och Sofia Tingberg
Handledare:	Nóra Kerekes, docent
Examinator:	Professor Sture Åström
Institution:	Högskolan Väst, Institutionen för Hälsovetenskap
Arbetets art:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet, 60 hp psykiatriskvård
Termin/år:	VT 2016
Antal sidor:	18

Abstract:

Background: Since 2008 there is a law stating that patients who do not require institutional forensic psychiatric care may be moved to non-institutional forensic care, with special conditions. RättspsyK is a national quality register where all of the 25 forensic care units in Sweden collect information about their patients and their care. Previous analysis showed that a considerable amount of patients continue to receive institutional forensic psychiatric care despite they are assessed and found ready to move on to non-institutional forensic care.

Aim: The objective of this study was to identify factors affecting why patients were still in institutional forensic care despite assessed to be ready for non-institutional forensic care.

Method: First, yearly assessment of each patient between 2009 and 2014 was drawn from the RättspsyK register. Answers to the specific question, Question 10, were analyzed with descriptive statistics and were planned to be used in regression analyses as dependent variable.

Result: 1900 patients were included. During analyses the fact that answers to this question were not trustable was found, therefore no exact prevalence of inpatients kept in institutional forensic care despite assessed ready for non-institutional care could be determined. Other information revealed that *lack of housing* and *lack of collaboration* were the most frequent reasons for this phenomenon.

Conclusion: The present study could not give answer to the original question, but pointed out a validity problem in the Swedish Forensic Psychiatry Register. The result calls for caution and for the need of validation of RättspsyK register.

Keywords: forensic psychiatry, institutional forensic care, non-institutional forensic care, psychiatric nursing, register study

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige döms årligen cirka 300 personer till rättspsykiatrisk vård. Vårdtiden har inte med brottets straffvärde att göra utan bedrivs så länge det är medicinskt motiverat. Patienternas åldrar varierar mellan 18 och 83 år, 90 procent av patienterna utgörs av män. Vanligaste diagnoserna är schizofreni, neuropsykiatriska syndrom samt personlighetsstörningar. År 2008 trädde lagen om öppen rättspsykiatrisk vård i kraft, vilket innebär att patienter som inte behöver vårdas i sluten vård kan slussas ut till öppen rättspsykiatrisk vård, med särskilda villkor. "RättspsyK" är ett nationellt kvalitetsregister där Sveriges samtliga 25 rättspsykiatriska enheter ingår. Syftet med registret är att ge möjlighet till kliniskt förbättringsarbete genom utvärdering av vårdkvalitet med hjälp av registerstudier. Inom den rättspsykiatriska slutenvården finns ett antal patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta vårdas de i sluten rättspsykiatrisk vård.

Syfte: Belysa faktorer av betydelse för kvarhållande av patienter i sluten rättspsykiatrisk vård trots bedömda att vara färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård.

Metod: Studien utformades som en kvantitativ registerstudie. Från registret RättspsyK erhöles data från år 2009 till år 2014. Patienters första årsuppföljning valdes ut (N=1900). Som beroendevariabel valdes frågan: "Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?" Deskriptiva och jämförande analyser genomfördes med SPSS programvara.

Resultat: Studiepopulationen bestod av 1900 patienter (1575 män, 325 kvinnor) med en medelålder på 38,6 år (minimum=17, maximum=83). Cirka 7 % (n=140) av alla patienter (inte de som var redo för utslussning) vårdades fortfarande i slutenvård trots bedömda färdiga för öppenvårdsbehandling. Faktorer som orsakade detta var *brist på boende* (47 %), *brister i samverkan* (19 %) och *annan orsak* (34 %). Det upptäcktes under analysarbetet att beroendevariabeln var tvetydig vilket innebar att inga ytterligare analyser genomfördes då det inte gick att statistiskt säkerställa utfall av tänkt regressionsanalys.

Konklusion: Studien visade att den verkliga prevalensen av föreslaget problem (fortsatt slutenvård trots att patienten bedömds redo för öppenvård) inte kunde fastställas på grund av fel formulerad fråga med opålitliga svar till följd. Det kan spekuleras i om förekomsten av detta är mer vanligt än det tidigare föreslagits.

Nyckelord: psykiatrisjukvård, registerstudie, rättspsykiatrisk vård, sluten rättspsykiatrisk vård, öppen rättspsykiatrisk vård.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund.....	1
Rättspsykiatri.....	1
Rättspsykiatrisk undersökning.....	2
Definition av begreppet ”allvarlig psykisk störning”	3
Öppen rättspsykiatrisk vård	3
Rättspsykiatrisk omvårdnad	4
Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK)	5
Problemformulering.....	5
Syfte.....	6
Metod	6
Design	6
Kontext.....	6
Urval.....	6
Datainsamling	6
Dataanalys.....	7
Etiska överväganden	7
Resultat	8
Ålder och kön.....	8
Diagnosfördelning.....	9
Färdiga för öppen vård.....	9
Boende- samverkansbrist och annan orsak	10
Diskussion.....	11
Metoddiskussion	11
Validitet och reliabilitet.....	11
Generaliserbarhet.....	13
Forskningsetiska ställningstaganden	13
Resultatdiskussion.....	14
Beskrivning av studiepopulation	14
Fråga 10 och uppföljningsfrågorna	14
Boendebrist.....	16
Samverkansbrist	16
Annan orsak.....	17
Generell diskussion	17
Slutsats.....	18
Kliniska implikationer	18
Förslag till fortsatt kompetensutveckling	18

Tillkännagivande	18
Referenser:	19

Bilagor

I Förteckning av diagnoskoder

II Frågor ur RättpsyK Årsuppföljning av patientärende, Formulär B

Inledning

I Sverige döms varje år cirka 300 personer till rättspsykiatrisk vård (Rättsmedicinalverket, 2015). År 2013 vårdades 1569 patienter i slutna rättspsykiatrisk vård i Sverige. Enligt kvalitetsregistret, RättspsyK, vårdas cirka 13 procent av de patienter som är bedömda för öppen rättspsykiatrisk vård fortfarande i den slutna rättspsykiatriska vården (RättspsyK, 2014). Att bedömas färdig för öppen rättspsykiatrisk vård innebär att patienter är färdiga för eget boende eller vård ute i kommunerna och att de inte behöver vara frihetsberövade i den bemärkelsen att de måste bo på en slutenvårdsavdelning på sjukhus. Att vissa vårdas inom slutenvård även om de är bedömda klara för öppenvårdsbehandling innebär för landstingen ökade kostnader. För patienter orsakar det bland annat förlängd vårdtid i slutenvård och frihetsberövande inom heldygnsvård. För psykiatrisjuksköterskan innebär det att fortsätta bibehålla allians, fortsätta motivera patienten i behandlingen och inge hopp i en långdragen process med ovisst slutdatum.

Enligt Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skall personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik ges riktade och samordnade insatser för att minska den psykiska ohälsan (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Psykiatrisjuksköterskan ska medverka till att ge de bästa förutsättningarna för optimalt resursutnyttjande i vård och omsorg genom att leda och samordna vården i samråd med andra vårdgivare (Socialstyrelsen, 2005). Genom sitt omvårdnadsansvar har psykiatrisjuksköterskan en unik möjlighet att kunna se patienters behov och samtidigt identifiera brister och möjligheter i organisationen för planering och genomförande av komplex vård.

Studien ingår i ett projekt initierat av Sveriges Kommuner och Landsting och Svensk sjuksköterskeförening. Projektet syftar till att stimulera specialistsjuksköterskor att använda sig av kvalitetsregister i det vetenskapliga arbetet.

Bakgrund

Rättspsykiatri

Innan år 1965 betraktades psykiskt sjuka lagöverträdare som otillräkneliga och behövde inte stå till svars för sina handlingar. År 1965 infördes Brottsbalken i Sverige, vilket innebär att den som begått ett brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning kan av rätten överlämnas till rättspsykiatrisk vård (Brottsbalken, 31 kap. 3§). Fram till år 2008 var det inte tillåtet att döma personer som begått brott under inverkan av allvarlig psykisk störning till fängelse, vilket innebär att den vanligaste påföljden för denna grupp är rättspsykiatrisk vård (Levander, 2010; Svennerlind, Nilsson, Kerekes, Andiné, Lagerkvist, Forsman, Anckarsäter & Malmgren, 2010). År 2008 kom en lagändring som möjliggör att det tidigare fängelseförbudet har ändrats och fängelse får dömas ut om det finns synnerliga skäl. Om det finns sådana skäl ska det bedömas om brottet har ett högt straffvärde, om personen saknar eller har ett begränsat behov av psykiatrisk vård, själv har vållat sitt tillstånd genom rus eller på något annat liknande sätt eller på omständigheterna i övrigt. Om ett brott har begåtts under påverkan av ett hastigt övergående psykostillstånd kan också fängelse dömas ut (SFS, 2008:320).

I Sverige har rättspsykiatri i någon grad setts som en uteslutande diagnostisk, smal och specialiserad verksamhet. På EU-nivå diskuteras att rättspsykiatri ska bli en subspecialitet inom psykiatrisk vård och inte en egen specialitet, men medlemsländerna ges stor frihet (Levander, 2010). Rättspsykiatri har varit omdebatterad internationellt sedan det uppdagades

att dåvarande Sovjetunionen tvångsvårdade och behandlade oliktankande som psykiskt sjuka på rättspsykiatriska kliniker. Av den anledningen antogs år 1977 en etisk kod av det världspanychiatriiska samfundet vid en kongress i Honolulu, den så kallade "Hawaii-deklarationen". I den fastslogs att psykiatrisk behandling endast får ges om personen lider av en psykisk sjukdom eller om det finns ett oundgängligt vårdbehov (Ottosson, 2009). I Sverige genomfördes år 1995 en inventering där det framkom att sju personer varit frihetsberövade inom psykiatrisk vård utan att det funnits ett psykiatriskt vårdbehov (Lidberg & Wiklund, 2004).

I Sverige kan domstolen istället för att döma till fängelse döma en person till rättspsykiatrisk vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS, 1991:1129) med eller utan *särskild utskrivningsprövning* (SUP). För detta krävs att domstolen inhämtat en medicinsk bedömning, som antingen kan vara en *rättspsykiatrisk undersökning* (RPU) eller ett så kallat "§7-undersökning", som är mindre omfattande. Det är utifrån dessa utredningar som det bedöms om en person lider av en allvarlig psykisk störning (Rättsmedicinalverket, 2015, SOSFS 2008:18). SUP kommer ifråga om det till följd av den psykiska störningen finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. I dessa fall bestämmer förvaltningsrätten om utskrivning och permissioner eller frigång. Förvaltningsrätten är en förvaltningsdomstol som bland annat handlägger så kallade ansökningsmål. Ansökningsmål betyder att myndigheter kan ansöka om att förvaltningsrätten till exempel ska besluta om tvångsvård, som rättspsykiatrisk vård. Förvaltningsrätterna har ersatt de tidigare Länsrätterna (Sveriges Domstolar, 2015; Lagen.nu, 2015). Chefsöverläkaren har endast befogenhet att bevilja frigång, i form av vistelse på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om förvaltningsrätten har medgivit detta. Behovet av rättspsykiatrisk vård utan SUP prövas av chefsöverläkare och ska upphöra om kriterier för rättspsykiatrisk vård inte längre uppfylls (Ottosson, 2009).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) och lag om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129) är tilläggs lagar till hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), vilket innebär att hälso- och sjukvårdslagen i grunden även gäller all tvångsvård. Rättspsykiatrisk vård med eller utan SUP kan ges i öppen eller sluten form men påbörjas alltid i sluten form. Vårdtiden har inte med brottets straffvärde att göra utan den bedrivs så länge det är medicinskt motiverat och nödvändigt, även om detta skulle innebära att vårdtiden blir kortare än motsvarande fängelsestraff för samma brott (Levander, 2010; Ottosson, 2009). Enligt en studie gjord på patienter i den rättspsykiatriska vården i Malmö upptagningsområde fann Andreasson, Nyman, Krona, Meyer, Anckarsäter, Nilsson och Hofvander (2014) att vårdtiden för patienter med SUP var avsevärt längre än för patienter utan SUP. I RättspsyK Årsrapport (2014) beskrivs att patienternas åldrar varierar mellan 17 och 83 år, cirka fem procent är mellan 17 och 23 år (n=78). Patienter i rättspsykiatrisk vård som är över 57 år utgör cirka 12 procent (n=188) och de har ett stort behov av somatisk vård. Mer än 90 procent (n=>1412) av patienterna har tidigare haft kontakt med psykiatrisk vård, kvinnor i högre utsträckning än män.

Rättspsykiatrisk undersökning

I Sverige görs årligen cirka 1700 § 7-undersökningar, dessa kallas även för "liten sinnesundersökning", och fungerar som ett underlag för att antingen gå vidare med en *rättspsykiatrisk undersökning* (RPU) eller utesluta *allvarlig psykisk störning*. § 7-undersökning görs av en särskilt utbildad psykiatriker. Av de som genomgår § 7-undersökning går sedan cirka 550 personer varje år vidare och genomför en RPU. Över 95 procent av dessa personer bedöms ha någon form av psykisk störning och cirka hälften

bedöms ha en *allvarlig psykisk störning* i enighet med lagstiftningens krav. Sammanlagt överlämnas årligen cirka 300 personer till rättspsykiatrisk vård (Rättsmedicinalverket, 2015). Av de som genomgår rättspsykiatrisk undersökning, oavsett om det gäller en § 7-undersökning eller en RPU, utgörs 90 procent av män, genomsnittsåldern är drygt 30 år och drygt 30 procent är födda utomlands. De vanligaste brotten de undersökta gjort sig skyldiga till är misshandel, mord/dråp, olaga hot, sexualbrott och mordbrand. Enligt Sturup, Sygel och Kristiansson (2013) diagnosticerades de flesta personer som genomgick rättspsykiatriska undersökningar under åren 2007-2011 med en psykossjukdom. I RättspsyK årsrapport (2014) beskrivs även där schizofreni som den vanligaste huvuddiagnosen bland både män och kvinnor, och här kan ses en ökning sedan 2010. Andra vanligt förekommande diagnoser är personlighetsstörningar, främst hos kvinnor, och neuropsykiatriska störningar. Det är rättsmedicinalverket som ansvarar för de rättspsykiatriska undersökningarna och den rättspsykiatriska vården sker i landstingens regi (Rättsmedicinalverket, 2015).

En RPU görs av läkare (rättspsykiatriker), psykolog, socialutredare (socioonom) och omvårdnadspersonal (sjuksköterska och skötare) i ett team. Socialutredaren skriver en socialutredning, psykologen gör bedömning utifrån samtal och olika tester, omvårdnadspersonalen gör en beskrivning av hur det sett ut på avdelningen (gäller häktade personer) och rättspsykiatern gör medicinska undersökningar och ansvarar för det slutliga rättspsykiatriska utlåtandet. Rättspsykiatrikern ansvarar för utlåtandet, men övriga deltagare i teamet kan anmäla avvikande mening avseende slutsatserna. Domstolen följer nästan alltid undersökningsteamets förslag och om förslag inte lämnats utdöms oftast fängelse (Rättsmedicinalverket, 2015).

I det fall personen är häktad pågår undersökningen under fyra veckor. Personer som vistas hemma eller till exempel på sjukhus, behandlingshem eller dylikt, kan däremot komma till undersökningsteamet ett antal gånger för samtal, undersökningar och tester. Undersökningen tar då cirka sex veckor (Rättsmedicinalverket, 2015).

Definition av begreppet ”allvarlig psykisk störning”

Begreppet allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp och innebär enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS, 2008:18) ett tillstånd med störd verklighetsuppfattning med vanföreställningar, hallucinationer och förvirring med psykotisk karaktär. Begreppet är komplext och kan även innebära svår demens, svåra depressioner med allvarliga självmordsbeteenden, svår utvecklingsstörning, grav hjärnskada samt allvarliga personlighetsstörningar. Även neuropsykiatriska funktionsstörningar med svår tvångsmässighet och impulsgenombrott av psykotisk karaktär samt alkoholpsykos, som delirium tremens, och psykos som kan drabba narkotikamissbrukare kan inkluderas. Faktorer som till exempel psykosocial funktionsnivå kan också vara av betydelse vid bedömningen om allvarlig psykisk störning föreligger (Rättsmedicinalverket, 2015). Enligt SOSFS (2008:18) skall vad som räknas som en allvarlig psykisk störning bedömas i varje enskilt fall utifrån störningens art och dess grad av störning samt symtomyttringar.

Öppen rättspsykiatrisk vård

Den 1 september 2008 trädde lagen om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård i kraft. Denna vårdform gäller patienter som inte längre behöver vårdas i slutenvård men som fortfarande behöver iaktta särskilda villkor för att vården ska kunna ges i öppenvård. Permissioner bör vara reserverade för kortare vistelser utanför sjukvårdsvårdsinrättningens område och syftar till att minska glappet mellan slutenvård och öppen rättspsykiatrisk vård, som längst fyra veckor. Det kan till exempel handla om social

rehabilitering och att successivt återanpassas till samhället. Permissionerna kan användas för att möjliggöra bedömningar av patienten för att tvångsvården ska kunna antingen upphöra eller fortsätta i öppenvård. Det är chefsöverläkaren som ansöker om öppen rättspsykiatrisk vård för patienten och till ansökan ska det bifogas en samordnad vårdplan. Vårdplanen skall ligga som grund för behandling och i den ska det framgå och ge en helhetsbild av vilka medicinska, psykologiska och sociala behov patienten har samt vilka behandlingsmålen är. I vårdplanen ska det även framgå vilka behov patienten har av insatser från socialtjänsten och av hälso- och sjukvården, vem som ansvarar för vad och vilka beslut som kommunen fattat för att tillgodose patientens behov (SOSFS 2008:18).

För de patienter som beviljas öppen rättspsykiatrisk vård har kommunen ett ansvar för insatser enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Vid insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården eller den psykiatriska öppenvården ska en samordnad vårdplan göras i samråd med respektive instans och i god tid innan patienten kan vårdas utanför slutenvården beroende på patientens tillstånd. Där skall det också framgå vilka de planerade insatserna är och i vilken form samverkan skall ske (SOSFS 2008:18, prop 2007/08:70).

Rättspsykiatrisk omvårdnad

Att dömas till rättspsykiatrisk vård innebär att få ett icke tidsbegränsat frihetsberövande vilket kan ses som ett stort ingrepp i en persons liv. Hörberg (2008) anser vidare att det i detta sammanhang finns ett dilemma i att vårda och samtidigt vakta och skydda. Psykiatrisjuksköterskan ska medverka till att ge de bästa förutsättningarna för optimalt resursutnyttjande genom att leda och samordna vården med andra vårdgivare samt med patient och närstående (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2014) kan detta bland annat göras genom samordnade insatser och inrapportering i relevanta kvalitetsregister. Sveriges rättspsykiatriska kliniker har enats om en gemensam värdegrund för vården som bland annat innefattar att se människan bakom brottet, och att se sig själv som ett verktyg i uppbyggandet av vårdrelationen, där tid, tillit och trygghet utgör basen för att ge patienten möjlighet till försoning (Region Örebro Län, 2015).

Omvårdnad inom rättspsykiatrin är sammanvävd med rättssystemet och detta bidrar till att det skapas ett unikt vårdssammanhang då det äger rum bland en av de mest sårbara psykiatriska patientgrupperna (Koskinen, Likitalo, Aho, Vuorio & Meretoja, 2014). Rose, Peter, Gallop, Angus och Liaschenko (2009) beskriver detta vårdssammanhang som komplext och att psykiatrisjuksköterskor balanserar yttre förväntningar med vardagens realitet och utmaningar samtidigt som de håller fast vid och respekterar patientens autonomi.

För att kunna skapa en vårdande relation krävs det att psykiatrisjuksköterskan kan observera, identifiera symtom, möta, stötta och informera patienten. Även personlig mognad och mellanmänniska förmågor blir viktiga för att kunna utöva omvårdnad på avancerad nivå då rättspsykiatrin utvecklas mot att handla mer om en humanistisk, terapeutisk och mellanmännisklig vård (Koskinen, Likitalo, Aho, Vuorio & Meretoja, 2014). Genom att ta ansvar, planera och stärka patientens förmåga till egenvård minskar också patientens vårdbehov. Samtidigt ska psykiatrisjuksköterskan gå in och ge den vård som behövs när patienten inte kan uttrycka sina behov, vara ett personligt ombud och påpeka ohälsa (Hummelvoll, 2012). Att lindra lidande för patienter i rättspsykiatrisk vård innebär en utmaning för psykiatrisjuksköterskan då ett misslyckande att förstå eller förbise patientens livsvärld kan leda till ökat lidande. Psykiatrisjuksköterskan måste våga tygla sin förförståelse

för att med respekt möta och hjälpa patienten öka förståelsen av sig själv och återfå sin värdighet genom att tillsammans med patienten reflektera över hur patienten kommunicerar sitt eget lidande (Vincze, Fredriksson, Wiklund Gustin, 2015). För detta krävs enligt Cook, Philips och Sadler (2005) att psykiatrisjuksköterskan känner tillit till sin egen profession och trygghet i sin yrkesroll, vilket enligt Vincze, Fredriksson, Wiklund Gustin, (2015) kräver kollegialt stöd snarare än kritik. Skärsäter (2014) betonar att psykiatrisk omvårdnad på avancerad nivå inte endast handlar om att förstå symtom och hur de ska bemötas, utan även om att förstå symtomens innebörd för en människa i en utsatt situation.

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK)

I dagsläget finns 96 Nationella Kvalitetsregister i Sverige, dessa finansieras av sjukvårdshuvudmännen och staten (Nationella kvalitetsregister, 2016). RättspsyK är ett av dessa nationella kvalitetsregister, och sannolikt det enda rättspsykiatriska registret i världen (Degl' Innocenti, Hassing, Lindqvist, Andersson, Eriksson, Hagelbäck Hanson, Möller, Nilsson, Hofvander & Anckarsäter, 2013). Samtliga 25 rättspsykiatriska enheter i Sverige rapporterar till RättspsyK vilket gör att täckningsgraden är 100 procent. Syftet med registret är enligt RättspsyK:s Årsrapport (2014) att bland annat ge möjlighet till förbättringsarbete såväl som kunskap om den rättspsykiatriska vården, för både patienter, personal och intresserade utomstående. Registret är uppbyggt i två delar, en del för grunddata som inte förändras sig över tid och en del för data som kan förändras, som till exempel återfall i brott, olika behandlingar och resultat av dessa. Den andra delen, *Årsuppföljning av patientärende*, följs upp årligen (RättspsyK, 2014). Kvalitetsregister ger enligt Wirén och Stattin (2012) möjlighet till ny kunskap som är svår eller omöjlig att uppnå i studier av annan design, bland annat då hela patientgruppen innefattas av materialet och att verksamheter kan jämföras med varandra i syfte att uppnå bästa möjliga vårdkvalitet. Emilsson, Lindahl, Köster, Lambe och Ludvigsson (2015) framhåller att kvalitetsregister är en källa till viktig kunskap som inte alltid återfinns i andra nationella register. Kvalitetsregister kan användas för utvärdering av vårdkvalitet samt för registerstudier.

Problemformulering

Inom den rättspsykiatriska slutenvården finns ett antal patienter som är *färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård* men trots detta vårdas *kvar i slutna rättspsykiatrisk vård*. Detta påverkar både verksamheter och i synnerhet patienter på olika sätt. För patienten innebär det bland annat förlängda vårdtider och med det förlängt frihetsberövande inom heldygnsvård. Det obestämbara tidsperspektivet menar Hörberg (2008) kan leda till att patienter inte känner att de blir friskare av att vistas inom den rättspsykiatriska vården, livssituationen kan kännas oviss och hopplös, och leda till otrygghet, till vårdlidande och en känsla av maktlöshet för patienten. Saknas dessutom skäl till frihetsberövandet menar Davoren, Byrne, O'Connell, O'Neill, O'Reilly och Kennedy (2015) att det är oacceptabelt både ur ett mänskligt och ekonomiskt perspektiv.

Identifiering av både kända och inte kända faktorer och eventuella samband mellan dessa, som hindrar eller möjliggör för patienter att komma ut i öppen rättspsykiatrisk vård kan förhoppningsvis leda till tydligare arbetsmetoder för olika aktörer som samverkar kring individen. Att göra en registerstudie möjliggör att information om en stor del av denna förhållandevis lilla patientgrupp synliggörs och kan bidra till vårdutveckling. För den enskilde individen kan identifiering av faktorer som påverkar utslussning till öppen rättspsykiatrisk vård, i förlängningen betyda att slutenvårdstiden eventuellt kan förkortas för individen.

Syfte

Belysa faktorer av betydelse för kvarhållande av patienter i rättspsykiatrisk slutenvård trots bedömda att vara färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård.

Metod

Design

Studien genomfördes som en kvantitativ registerstudie, utformad som en tvärsnittsstudie. Registerstudier är enligt Polit och Beck (2012) användbara för att beskriva och jämföra faktiska utfall på vårdkvalitet. Fråga 10 i RättspsyK Årsuppföljning ”*Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?*” valdes ut som beroendevariabel, både för deskriptiva analyser och för regressionsanalyser.

Kontext

Samhället kan frihetsberöva personer med komplex psykiatrisk problematik på obestämd tid. Tiden är beroende av olika omständigheter. Lagar styr dock att personers frihetsberövande kan avslutas och att då dessa personer förblir frihetsberövade trots att det inte längre finns rättslig grund är ett problem för individen och ett dilemma för vården.

Urval

Från kvalitetsregistret RättspsyK erhöles data från år 2009 till år 2014. Data från första årsuppföljning på alla patienter från samtliga enheter i Sverige som registrerats mellan år 2009 och 2014 inkluderades. Det fanns inga exklusionskriterier. Totalt omfattade studien 1900 patienter, 1575 män och 325 kvinnor. Aldrarna varierade mellan 17 och 79 år med en medelålder på 38,6 år. Upprepade årsuppföljningar uteslöts då syftet var att undersöka hur förhållanden var för patienten vid ett visst tillfälle, alltså vid tiden för första årsuppföljning. Detta beskriver eller förklarar inte hur det har förändrats över tid hos den enskilda patienten utan var ett sätt att försöka beskriva hur det kan se ut för patienter vid ett visst tillfälle under vårdtillfället. Enligt Polit och Beck (2012) kännetecknas en tvärsnittsstudie av att data är insamlad vid ett visst tillfälle för att beskriva ett fenomen vid en specifik tidpunkt.

Som beroendevariabel valdes *Fråga 10*, ”*Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?*”, från RättspsyK, frågeformulär från Årsuppföljning av patientärende. Frågan kan först besvaras med ja eller nej. Därefter: Om ja, specificera: *brist på boende, brister i samverkan med andra vårdgivare* eller *annan orsak*. Efter svarsalternativen *Brister i samverkan med andra vårdgivare* och *Annan orsak* ges plats att specificera svar i fritext. För fullständig förteckning av frågor som använts, se bilaga I.

Datainsamling

Datainsamling gjordes genom att skicka förfrågan om att erhålla registerdata från RättspsyK, till Registercentrum i Västra Götaland. Data som efterfrågades och inhämtades redovisas i nedanstående tabell (Tabell 1).

Tabell 1. Frågor ur RättspsyK Årsuppföljning, Version 6.3.

Fråga i RättspsyK	Svarsalternativ i RättspsyK
10, Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission. Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?	ja, nej
3, Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället?	ja, nej
6, Återfall i brottslig gärning under slutenvårdstiden?	ja, nej
9, Har patienten genomgått funktionsskattning/behovsskattning sedan förra skattningstillfället?	ja, nej
10, Brist på boende, brister i samverkan med andra vårdgivare	ja, specificera (fritext)
14, Finns förvaltare eller God man?	ja, nej
17, Finns samverkansbehov som ej är tillgodosett? Med vilka aktörer?	ja, nej. Om ja specificera kryssalternativ eller fritext
21, Diagnos?	Huvuddiagnos, Diagnos 2, Diagnos 3

Demografiska data som efterfrågades och erhöles var ålder och kön. Endast huvuddiagnosen användes. All data erhöles i både Excel-fil och SPSS-fil och var avidentifierad.

Dataanalys

Samtliga data kodades som nominala svarsalternativ för att möjliggöra statistiska beräkningar. Följande variabler gav dikotoma svar: *bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission* (fråga 10), *risk- och behovsanalys* (fråga 3), *återfall i brott* (fråga 6), *funktionsskattning/behovsskattning* (fråga 9), *God man/förvaltare* (fråga 14), *samverkansbehov* (fråga 17), *boendebri* (fråga 10), *samverkansbri* (fråga 10) samt *kön*. Fritexten från *Fråga 10* togs ut manuellt och kodades inte utan grupperades utifrån innehåll. På grund av risken för att kunna identifiera enskilda kommuner valdes att inte redovisa all fritext. Enskilda citat från fritextsvaren återgavs i resultatet.

Angivna ICD-10 (World Health Organization, 1994) diagnoser omkodades till sex huvuddiagnosgrupper och en övrig kategori. Bortfall i diagnosredovisningen betyder att koden som angivits i registret inte återfanns i ICD-10. Detaljerad kodning av diagnoser, se Bilaga II.

Analys av data genomfördes därefter med deskriptiv statistik i statistikprogrammet IBM SPSS version 23.0. Deskriptiv statistik används för att beskriva och sammanställa data för en population utifrån till exempel centralmått, spridningsmått eller frekvenstabeller (Polit & Beck, 2012). Data analyserades och bearbetades av båda författarna.

Etiska överväganden

Då studien gjordes inom ramen för vad som gäller ett studentarbete på magisternivå har ansökan om etikprövning till kvalitetsregistret, RättspsyK, inte gjorts enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Den enskilde patienten har innan registrering i RättspsyK erhållit information om registret och att informationen i

registret kan komma att användas för forskning och utveckling av vården och har lämnat samtycke. Patienten har även fått information om möjligheten att när som helst kunna begära utträde ur registret. Denna studie innebär inget ytterligare obehag för patienter då den baserades på redan befintlig data.

För att skydda den enskilda patienten har etiska övervägande gjorts, för att på så vis garantera god forskningsetik under säkra former (Proposition, 2007/08:44). För att säkerhetsställa sekretess och hantera personuppgifter har aidentifierad data använts och ingen data kan härledas till enskild klinik vilket innebär att direktiv för registerforskning och personuppgiftshantering använts utifrån konfidentialitetskravet (Codex, 2015).

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) där syftet är att underlätta för hög patientsäkerhet genom att tydliggöra de skyldigheter som gäller för hälso-och sjukvårdspersonal skall sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet för att kunna ge patienten en omsorgsfull hälso-och sjukvård. En registerstudie möjliggör att visa på de åtgärder och behandlingsalternativ som ger önskad effekt och resultat. Principen att göra gott grundar sig på den samlade kunskapen om hur olika händelser påverkar människans hälsa och välbefinnande, därmed tydliggörs hur sjukvården kan utvecklas (Registerforskning.se, 2015).

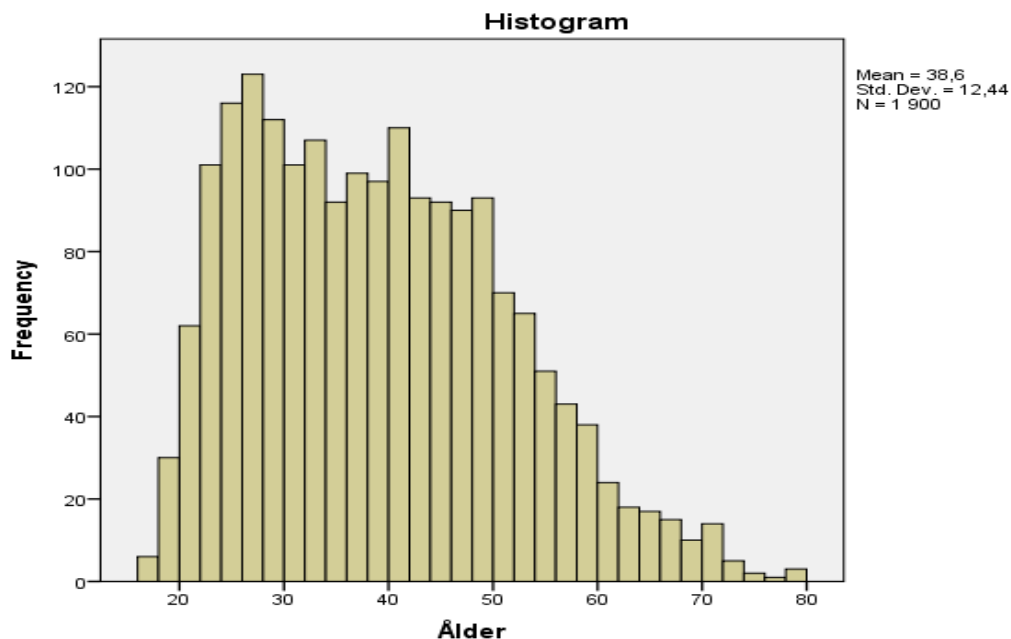
Resultat

Ålder och kön

Beskrivning av populationens ålder, kön och huvuddiagnos baserades på patientens första årsuppföljning mellan åren 2009 och 2014, vilket innebär att resultatet som visas baserades på data från alla åren beroende på när årsuppföljningen gjorts. Beskrivning av urvalsgruppens ålder framgår av Figur 1. Åldersspridningen var cirka 60 år med en koncentration på runt 30-40 år vilket ger en positiv ”skewness” (M= 38,6, Md=38,0, SD= 12,44, min=17, max=79). Kvinnor utgör cirka en femtedel av totala antalet patienter (Tabell 2).

Tabell 2. Könsfördelning vid första årsuppföljning

Kön	(%)	Antal N=1900
Män	82,9	1575
Kvinnor	17,1	325
Total	100	1900



Figur 1. Åldersfördelning av patienter i slutna rättspsykiatrisk vård vid första årsuppföljning (N=1900).

Diagnosfördelning

Huvuddiagnoserna delades in i diagnosgrupper efter ICD-10 diagnossystem och kodades för att de skulle kunna analyseras i SPSS. För fullständig information om grupperingen se Bilaga II. Två tredjedelar av patienterna hade Schizofreni/Vanföreställningssyndrom som huvuddiagnos (n=1134). Därefter utgjorde neuropsykiatriska diagnoser (n=232), personlighetsstörningar (n=173) och affektiva diagnoser (n=129) tillsammans nästan en tredjedel. Missbruksdiagnoser utgjorde en förhållandevis liten del (n=83) av populationen.

Tabell 3. Prevalens av olika huvuddiagnosgrupper av patienter inom rättspsykiatrisk vård mellan år 2009 och 2014 (N=1900)

Diagnosgrupper	Prevalens (%)	N=1900
Schizofreni/Vanföreställningssyndrom	59,7	1134
Neuropsykiatriska diagnoser	12,2	232
Personlighetsstörningar	9,1	173
Affektiva syndrom	6,8	129
Utvecklingsstörning	2,3	44
Missbruk	4,4	83
Övriga	4,1	77
Bortfall	1,5	28

Färdiga för öppen vård

Beroendevariabeln som utgjordes av *Fråga 10* i Årsuppföljningen har besvarats enligt Tabell 4. Cirka 80 procent svarade (ja eller nej) på denna fråga. Det innebär att cirka 80 procent av slutenvårdspatienterna var redo för utslussning från slutenvård vid första årliga uppföljning.

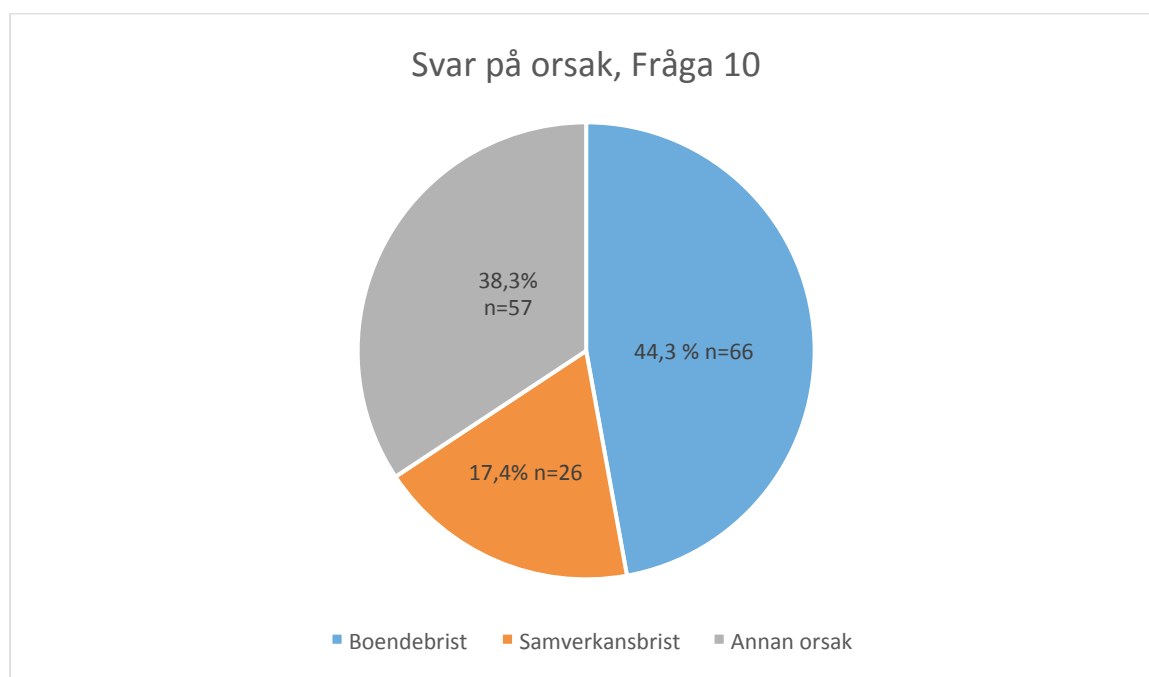
Antalet patienter som var bedömda för öppen rättspsykiatrisk vård men trots det vårdades kvar i slutenvård (svarade ja på *Fråga 10*) utgjorde drygt sju procent av den totala populationen och nästan tio procent av de som svarat på frågan (n=140).

Tabell 4. Fördelning av svarsfrekvens *Fråga 10*, ”Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?”

	n	Procent inom population (%)	Procent av de som svarade (%)
Svar ja	140	7,4	9,5
Svar nej	1327	69,8	90,5
Inget svar	433	22,8	-
Total	1900	100	100

Boende- samverkansbrist och annan orsak

För nästan hälften (n=66) av de patienter som bedömdes färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård och fortfarande vårdades i slutenvård (svarade ”ja” på fråga 10) framkom att orsaken var *brist på boende*. Drygt en tredjedel (n=57) angav *annan orsak* som svar. Kring en femtedel (n=26) angav att orsaken var *brister i samverkan*. Figur 2 och Tabell 5 illustrerar fördelning av svar på *Fråga 10*.



Figur 2. Fördelning av olika orsaker som angiven för kvarhållning inom slutenvård.

Tabell 5. Orsaker i Fråga 10: Boendebrist, Samverkansbrist och Specificeringar Annan orsak i *Fråga 10*.

Orsak	Total andel av ja-svar	n ^a
Boendebrist	44,3 %	66
Samverkansbrist	17,4 %	26
Med kommun	65,4 %	
Med förvaltningsrätt	3,8 %	
Övrigt	30,8 %	
Annan orsak	38,3%	57
Utslussningsprocess inte avslutad	35 %	
Förvaltningsrätt	17,5 %	
Missbruk	8,8 %	
Övrigt	38,6 %	

^a eftersom multipla svar var tillåtna i denna uppföljningsfråga, har av de 140 som svarade ja, 149 svar registrerats. Vid denna frekvensanalys blir därför 149 = 100 %.

Av de som svarat ja på *Fråga 10* och valt *Brister i samverkan* och specificerat detta (n=26), har cirka två tredjedelar (n=17) angett brister i samverkan med kommun som orsak. Domstolen framkom en gång (n=1), övriga svar var ospecifika och lades under *övrigt* (n=8). Totalt hade drygt 40 procent (n=57) av de som svarat ja på *Fråga 10*, angett *Annan orsak* och även specificerat orsak. Av dessa orsaker kunde några områden identifieras. De flesta svar beskrev i korthet att en utslussningsprocess var igång men inte avslutad (n=20). Exempel på specificeringar i fritext i denna grupp: ”*Väntar på boende, ska få bygglov*” och ”*boende under uppbyggnad*”. Näst mest frekventa anledning till att patienter var kvar i slutenvården hade med förvaltningsrätten att göra (n=10). Exempel på fritext grupperad under *Förvaltningsrätt*: ”*Beteende som ej accepteras av FR*”, ”*Eldat igen, åklag. Överklag. Öppen LRV*”. En annan grupp som tydligt framkom var återfall i missbruk (n=5). Under rubriken *Missbruk* specificerades bland annat: ”*Positiv på droger*” och ”*Rymning, återfall i missbruk*”. Utifrån resterande svar kunde inga grupperingar göras utan sorterades under *övrigt* (n=22), exempel på fritext i den gruppen: ”*Träning*” och ”*Återfall i gammalt beteende*”. Totalt framkom 149 svar på uppföljningsfrågorna av svar ”ja” på *Fråga 10*.

Diskussion

Metoddiskussion

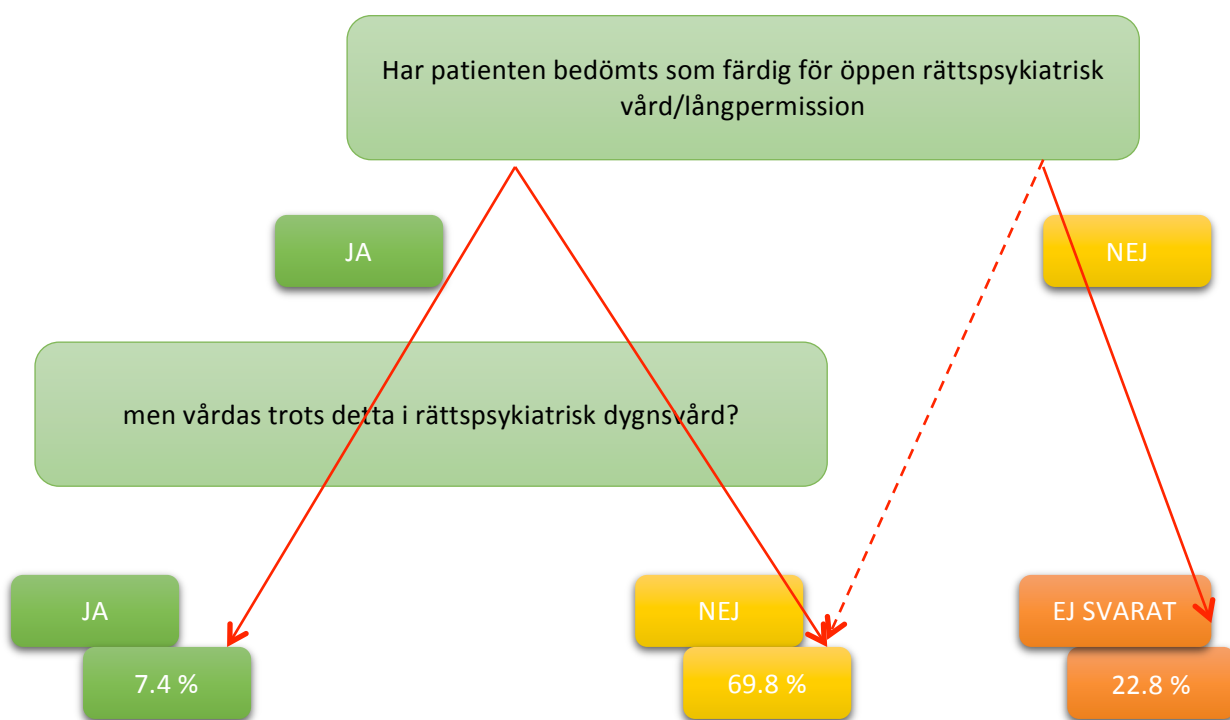
Studien syftade till att undersöka vilka faktorer som ”håller kvar” patienten i slutenvård trots att de är bedömda som färdiga för öppenvård. Målet var att använda rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK, och med hjälp av regressionsanalys skilja ut de variabler som visade starkast samband med att patienter inte kom ut i öppen rättspsykiatrisk vård.

Validitet och reliabilitet

En undersöknings validitet beror på hur väl ett mätinstrument mäter det som det är menat att mäta (Polit & Beck, 2012). Resultatet av denna studie var dels avhängigt av registerutdragets kvalitet, hur väl frågorna i årsuppföljningsformuläret var konstruerade och hur de besvarats samt hur data bearbetades.

Denna studie fokuserade på *Fråga 10* från RättspsyK Årsuppföljning: ”*Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission men vårdas trots detta i*

rättspsykiatrisk dygnsvård?”. Svaren som fanns i registret var fördelade mellan cirka 20 procent som inte svarade på frågan, cirka 7 procent svarade ja, och cirka 73 procent svarade nej. Regressionsanalyser hade som mål att predicera ett *nej*-svar mot ett *ja*-svar på denna fråga, och därmed hitta vilka variabler som starkast associerade med ett *ja*-svar, som betyder att ”ja, patienten är bedömd att vara färdig med slutenvårdsbehandling men fortfarande hålls kvar där”. Enligt denna logik, innebär ett *nej*-svar på *Fråga 10* att ”patienten är klar med slutenvårdsbehandling men inte hålls kvar där, eller att patienten är klar att slussas ut eller har slussats ut till öppenvård”. Figur 3 visar *Fråga 10* i grammatisk uppdelning och de svarsfrekvenser som kunde mätas.



Figur 3. Uppbyggnad och svarsmöjligheter av *Fråga 10* i RättspsyK .

Figuren visar svarsmöjligheter som mätts med *Fråga 10* i RättspsyK register. Kontinuerliga röda pilar visar de svar som var tänkta som alternativ för våra analyser, och prickade pilen visar det som antas också ha hänt. Om vi antar att alla har uppfattat frågan på rätt sätt (kontinuerliga röda pilar) betyder det att 77,2 procent (7,4 % + 69,8 %) av patienterna i den rättspsykiatriska slutenvården varit färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission vid första årsuppföljningen (mellan 2009 och 2014). Denna grupp borde bestå av de cirka 10 procent som faktiskt skrivs ut årligen samt gruppen som av olika anledningar blir kvar i slutenvård trots att de är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård. Enligt RättspsyK Årsrapport (2014) utgör sistnämnda grupp 13,2 procent. Vid första anblick stödjer detta resultat tidigare publicerad data (RättspsyK Årsrapport, 2014), men resultaten måste ifrågasättas. Frågan är, om det är möjligt att nästan 80 procent av patienter i den rättspsykiatriska slutenvården bedöms vara klara med sin behandling inom ett år? För att dubbelkolla resultatet kontrollerades hur många patienter som årligen skrivs ut från rättspsykiatrisk vård, och även vad medelvärdet för vårdtiden är för slutenvård av patienter inom rättspsykiatri. Enligt

RättspsyK Årsrapport (2014) är det årligen mindre än 10 procent av patienterna som är klara med behandlingen inom rättspsykiatrisk slutenvård. Medelvårdtiden inom rättspsykiatrisk slutenvård är cirka 46 månader (nästan fyra år). Båda dessa fakta ifrågasätter validiteten av resultatet som visar, enligt *Fråga 10*, att över 77 procent av patienterna var bedömda vara färdiga med slutenvården vid första årsuppföljningen.

Regressionsanalys ansågs inte längre vara aktuellt, eftersom validiteten av beroendevariabeln ifrågasätts. På grund av risken för missvisande resultat valdes att avstå att gå vidare med analyser av följande oberoende variabler: *”Är risk och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället? Återfall i brottslig gärning under slutenvårdstiden? Har patienten genomgått funktionsskattning/behovsskattning sedan förra skattningstillfället? Finns förvaltaren eller God man? Finns samverkansbehov som ej är tillgodosett? Med vilka aktörer?”* Istället gjordes valet att gå vidare med deskriptiv analys för att beskriva den delen av information som bedömdes vara pålitliga, valida.

Det betyder att analyserna gjordes bara inom den grupp som svarade ”ja/ja” på hela frågan. Följdfrågan hade målet att specificera orsaken till varför patienter som bedöms vara färdiga för öppenvård fortfarande hålls kvar inom slutenvård. Möjligheter att specificera orsaken var: *”Brist på boende”, ”Brist i samverkan”* och *”Annan orsak”*. Vidare, inom svarsalternativen *”Brist i samverkan”* och *”Annan orsak”* fanns möjligheten att i fritext specificera vad som utgjorde brist. Dessa svarsalternativ drogs ut och grupperades fritt utifrån innehåll. Fritexten utgjordes av enstaka ord som ibland var svåra att härleda, och gav utrymme för tolkning. Den text som inte tydligt specificerade något grupperades som *övrigt*. En faktor som kan påverka fritextens indelning är författarnas förförståelse vilket gör det svårt att replikera hanteringen av fritexten. Dessa data bör tolkas med försiktighet då det är enskilda personer som fyllt i och kan avspegla den enskildes åsikt eller uppfattning av situationen. Med anledning av att det i fritexten framkom uppgifter om enskilda kommuner valdes att avstå från att redovisa dessa. Då inga enskilda rättspsykiatriska enheter fick redovisas valdes att även avstå från att namnge kommuner.

Generaliserbarhet

Generaliserbarhet innebär att ett resultat kan appliceras till en större population. Denna studies urval bestod av samtliga patienter som registrerats i RättspsyK (mellan 2009 och 2014) vilket stärker generaliserbarheten, som enligt Polit och Beck (2012) lättare uppnås vid ett större urval. Data från samtliga 25 rättspsykiatriska enheter i Sverige erhöles från kvalitetsregistret RättspsyK. Täckningsgraden för RättspsyK är på enhetsnivå 100 procent och på patientnivå 87,1 procent. Certifieringsnivån för RättspsyK är 2 vilket är den näst högsta nivån. Olika kvalitetsregister delas in i certifieringsnivåer, dessa är tänkta att indikera åt vilket håll registerutvecklingen går. För certifieringsnivå 2 krävs bland annat hög täckningsnivå utifrån patientgrupp, öppen redovisning av data med identifierbara enheter i årsrapporter och annan rapportering och att registret används aktivt för forskning (Nationella kvalitetsregister, 2015). Det är enligt Polit och Beck (2012) ingen idé att fundera kring om ett resultat är generaliserbart om resultatet inte har validitet eller är exakt.

Forskningsetiska ställningstaganden

Syftet med forskning är att hjälpa människor som lever under svåra villkor och forskaren har ett ansvar för dessa människor (CODEX). Studien har genomförts med kvalitetsutveckling och patienternas intressen för ögonen. Den rättspsykiatriska patienten har en svag ställning i samhället och ambitionen med arbetet var att öka medvetenheten kring denna förhållandevis lilla patientgrupp. Patienterna har när de samtyckte till att medverka i kvalitetsregistret fått

information om att uppgifterna kan komma att användas i forskning eller utveckling av vården och har således gett kvalitetsregistret ett förtroende att uppgifterna förvaltas på ett ansvarsfullt sätt.

Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras i tre avsnitt, inledningsvis kommer deskriptiv grunddata diskuteras, sedan Fråga 10, och sist kommer uppföljningsfrågor av ett positivt svar på *Fråga 10* diskuteras.

Beskrivning av studiepopulation

Studiepopulationen stämmer överens med RättspsyK Årsrapport (2014) vad gäller kön (män 82,9 %, kvinnor 17,1%) och ålder (M=38,6, Md=38,0). Huvuddiagnoserna var även de förenliga med beskrivningen i Årsrapport (2014). Däremot framkom en del diagnoser (angiven som huvuddiagnos) som var överraskande i en rättspsykiatrisk studiepopulation, till exempel fetma (F66.9) och anorexia nervosa (F50.0). Mest anmärkningsvärt var dock att 28 stycken diagnoskoder inte återfanns i ICD-10 diagnoskoder. En av dessa koder som inte återfanns i ICD-10 var registrerad i RättspsyK vid 16 tillfällen (F29.0). Denna kod beskriver troligtvis psykosdiagnos då F29 beskrivs som ”*ospecificerad icke organisk psykos*” i ICD-10, dock finns inte koden F29.0. Detta visar på vikten av att registrera på ett korrekt vis för att få tillförlitliga data.

Enligt en vinjettstudie från Rättsmedicinalverket (2015) där 2000 fall studerades sågs att vad gäller psykosdiagnoser överensstämde bedömningar gjorda i Göteborg och Stockholm i stort. Däremot sågs skillnader i diagnosticeringen av antisocial personlighetsstörning och autismspektrumstörning där de personer som genomgick RPU i Stockholm i högre utsträckning fick dessa diagnoser än de som utreddes i Göteborg. Det hade varit intressant att se om det hade funnits skillnader vad gäller diagnoser på enhetsnivå, dels med tanke på att diagnosticeringen kan skilja sig åt på de olika utredningsenheterna, dels med tanke på vilken säkerhetsklass enheten har.

Fråga 10 och uppföljningsfrågorna

Kvalitetsregistret RättspsyK påtalar att det finns ett problem, alltså att det finns ett visst antal patienter som inte kommer ut från slutna rättspsykiatrisk vård till öppen rättspsykiatrisk vård trots att de är färdigbedömda. Detta redovisas i RättspsyK Årsrapport som ligger till grund för alla klinikers kunskap om fenomenet. Utifrån det som redovisas i RättspsyK Årsrapport (2014) dras slutsatser av verkligheten. I Årsrapporten redovisas att andelen patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård varierar över landet och på enheterna, mellan noll procent upp till 35,7 procent och medeltalet för riket är 13,2 procent. *Fråga 10* är den enda frågan i Årsuppföljning som kan ge svar på om patienter är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men kvarstannar. Alltså måste det vara så att RättspsyK redovisade resultat bygger endast på denna fråga. RättspsyK menar att det inte finns någon entydig definition för när en patient är färdig för öppen rättspsykiatrisk vård. Det nämns även att det inte finns någon samsyn kring hur länge en patient kan vara kvar i slutenvård innan det betraktas som ett problem. Dessa faktorer gör att det är svårt att dra slutsatser utifrån RättspsyKs data (RättspsyK, 2014). Resultatet av denna studie visar däremot på att en anledning till att siffrorna är varierande på de olika enheterna, är att frågan som resonemanget bygger på är formulerad på ett sätt som kan tolkas på olika sett och därmed besvaras med olika svar.

Fråga 10 likställer också öppen rättspsykiatrisk vård med lång permission, ett begrepp som inte går att finna i lagtext. I SOSFS 2008:18 beskrivs att permission får ges i högst fyra

veckor, och ska syfta till att patienten ska komma ut och klara öppen rättspsykiatrisk vård eller avsluta vården helt. Begreppet lång permission komplicerar *Fråga 10* ytterligare och försvårar förståelsen av frågan och omöjliggör att kunna lita på validiteten av frågan och eventuellt analysera hur många patienter som vårdas i slutenvård trots bedömda färdiga för annan vårdform eller avsluta vård. Med avslutad vårdepisod menas att den rättspsykiatriska vården är avslutad enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129).

Registerdatan kan således inte ge svar på andelen patienter som är kvar i slutenvård då vi inte vet hur många som är bedömda. I RättspsyK Årsrapport (2014) står det att det är 637 patienter mellan år 2010 och 2014 som skrivits ut från den rättspsykiatriska vården vilket utgör cirka 10 procent av totala antalet patienter som är klara med slutenvårdsbehandling varje år. Trots det var det nästan 80 procent som besvarade denna fråga och med det antydde att nästan 80 procent av patienterna var bedömda redo att gå till öppen vårdform. Vårdtidens medianvärde är 46 månader (nästan fyra år). Vårdtiden är beräknad på 687 avslutade vårdepisoder. På grund av detta kan det med säkerhet sägas att majoriteten av personer som fyllt i årsuppföljning i kvalitetsregistret har missuppfattat *Fråga 10*. Troligen har många svarat nej på frågan även om patienten ej varit bedömd. Av den anledningen kan också andelen patienter som är klara för öppen rättspsykiatrisk vård och kvarstannar, troligtvis kan vara större än redovisat i RättspsyK Årsrapport (2014).

Vårt förslag för att kunna få en tillförlitlig data att använda i redovisning är att dela upp frågan i olika steg enligt nedan.

Förslag på fråga 10:

10a. Har patienten av läkare bedömts vara färdig med sin slutenvårdsbehandling?

- Ja
- Nej

10b. Om Ja på 10a. Uppföljning av slutenvårdsbehandling ska vara:

- Öppen rättspsykiatrisk vård
- LRV-vård avskrivs

10c. Om öppen rättspsykiatrisk vård valts i 10b: Vårdas trots denna bedömning patienten fortfarande i sluten vård?

- Ja
- Nej

10d. Om Ja på 10c, orsaken är:

- Brist på boende
- Brist i samverkan med öppenvård
- Brist i samverkan med kommunen
- Försenad utskrivningsprocess?
- ...

Om frågan delas upp går det att statistiskt säkerställa andelen patienter som faktiskt vårdas i slutenvård trots att de är färdiga för öppenvård (Fråga 10c). Fråga 10b syftar till att identifiera de patienter som avslutar LRV-vården utan att gå ut i öppen rättspsykiatrisk vård, LRV-avskrivs alltså. Frågan ger också svar på vilka som fortsätter vårdas i sluten rättspsykiatrisk

vård.

Boendebrist

Resultatet visar att boendebrist är den största anledningen till att patienter kvarstannar i slutenvård, dock är det bara boendebrist och samverkansbrist som mäts. Vad boendebristen beror på eller vad som menas med boendebrist kan inte förklaras utifrån resultatet. Gustafsson, Holm och Flensner (2012) har utifrån ett vårdarperspektiv bland annat identifierat att brist på boende förhindrar möjligheten för patienter att komma ut till öppen rättspsykiatrisk vård. Utifrån patientperspektiv har Chiringa, Robinson och Clancy (2014) också identifierat liknande orsaker till återgång till slutna rättspsykiatrisk vård, och de lyfter fram betydelsen av boende som erbjuder stödprogram för rehabilitering för att förhindra återfall och återintag i slutna rättspsykiatrisk vård. Kan möjligtvis boendebristen bero på att patienter inom rättspsykiatrisk vård kräver en typ av boende som kan vara svårt att uppnå ute i kommunerna? Cuddeback, Morrissey, Cusack och Meyer (2009) beskriver att även om det är svårt för personer med psykiatrisk problematik överlag att hitta bostad är det ännu svårare för personer som har en psykiatrisk diagnos och samtidigt varit dömda för brott. Enligt Socialstyrelsen (2012) kan boendeformen och vårdmiljön för patienter i öppen rättspsykiatrisk vård liknas vid institutionsvård och den skiljer sig inte nämnvärt från den slutna rättspsykiatriska vården. Särskilt tydligt är detta när det gäller behandlingshem som oftast ligger långt utanför mindre orter. Detsamma gäller för vissa kommunala gruppboenden eller lägenhet med boendestöd där friheten att röra sig fritt är starkt begränsad, och liknas vid institutionsboende. Trots detta upplevde ändå patienter i öppen rättspsykiatrisk vård ändå att denna institutionsliknande boendeform var bättre än sjukhusvård.

Samverkansbrist

Samverkansbrist var det andra svarsalternativet som specificerade orsak, och var anledning till att patienter stannar i slutenvård bara hos minoriteten (mindre än en femtedel). Kommunen var den vanligaste orsaken till samverkansbrist (65,4%) följt av övrigt (30,8%) och förvaltningsrätten (3,8 %). Att kommunen framkommer som främsta orsak kanske inte är anmärkningsvärt då det är kommunen som ska ta emot patienten och ansvara för vården framgent, och har det övergripande ansvaret för patienten i öppen rättspsykiatrisk vård. För samverkan mellan landsting och kommun finns ekonomiska medel avsatta, med villkor på att vissa krav på att samverkan uppnås (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Enligt SOSFS (2008:18) ska en vårdplan upprättas tillsammans med de olika aktörerna som ska samverka kring patienten. Utifrån kvalitetsregistret går det inte att se om det finns samordnad vårdplan upprättad för den enskilde patienten, dock kan det förväntas att finnas eftersom det är reglerat i lag.

Finns förväntningar på samverkan som går utanför den lagstadgade samverkan som innebär att en vårdplan upprättas? Kan det finnas en skillnad i attityder till den rättspsykiatriska vården eller den rättspsykiatriska patienten som försvårar samverkan? Personal inom den rättspsykiatriska vården har, enligt Lammie, Harrison, Macmahon och Knifton (2010), övervägande positiva attityder om patienter inom rättspsykiatrisk vård. Däremot visade det sig att personalen uppvisade mer negativ inställning till patienternas förmåga att rehabiliteras och även undvek patienter i vårdsammanhanget. Om det finns en negativ inställning till patienters förmåga att komma tillbaka till samhället kan kanske detta påverka hur möjligheterna till en tillfredsställande samverkan kommer till stånd. Coffey (2012) framhåller även han att personalens attityder har betydelse i den bemärkelsen att personalen kan prioritera samhällsskyddet på bekostnad av det vårdande uppdraget. Hur väl rustade är de rättspsykiatriska patienterna för vård i kommunen? För att kunna komma ifråga för

bedömning om färdig för öppen rättspsykiatrisk vård behövs sannolikt en bild av patientens förmåga att hantera olika situationer och krav. Young (2011) framhåller vikten av strukturerade bedömningar, samordnade vårdplaner och patientutbildning med mål att öka sin förmåga till egenvård, för att kunna ge patienter livskvalitet. Schaufenbil, Kornbluh, Stahl och Warburton (2015) betonar även vikten av en modell för planering av vården för rättspsykiatriska patienter för att möjliggöra att de riskfritt kan vårdas i öppen vård och de efterlyser även mer forskning på bland annat tvärprofessionella vårdplaner för dessa patienter.

I denna studies resultat framkom inte att bristen skulle bero på till exempel primärvård, kommunal hälso- och sjukvård eller psykiatrisk öppenvård. Vad samverkansbristen och vad som upplevs som brist i samverkan beror på eller handlar om framkom inte i resultatet. Orsaken till samverkansbrist är ett område som det skulle kunna forskas på i framtiden med både kvalitativa och kvantitativa studier och endast fokusera på denna frågeställning. *Fråga 10* i Årsuppföljning ger inte möjlighet att svara ”vet ej”, därför är det eventuellt lättare att ge ett svar även om inte svarsalternativet passar helt. Polit och Beck (2012) beskriver att enkätfrågor med slutna svarsalternativ underlättar för den som fyller i då det i princip inte innebär någon arbetsbörda. Å andra sidan kan frågor i ett formulär feltolkas och risk finns för att få ytliga och begränsade svar. I ett formulär är det mer troligt att svar ges på angivna svarsalternativ om inte alternativet ”vet ej” finns.

Annan orsak

”Annan orsak” var angiven som orsak till att patienten fortsatte vårdas inom slutenvård trots att patienten bedömts vara färdig med behandlingen, i 40 procent av fallen. Under denna rubrik anges *utslussningsprocess inte avslutad* som en stor grupp samt *övrigt* som en annan. Vad detta kan bero på bör ha att göra med otydligheten i *Fråga 10*. Svaren på fritexten gav inte utförligare svar än att tendenser kunde ses. Med *utslussningsprocess inte avslutad* menas att åtgärder är tagna för att börja slussa ut patienten, men patienten vårdas inte i öppen rättspsykiatrisk vård ännu.

Fritexten gav i vissa fall inte svar på vad som skulle kunna vara en orsak till att patienten fortfarande vårdas i slutenvården. Med rätt insamlad data kan i framtiden ytterligare faktorer identifieras, som syftet med denna studie var initialt. Det är viktigt att fortsätta samla in data på ett tillförlitligt sätt och studien bör göras om efter några år när ny och tillförlitlig data finns tillgänglig.

Generell diskussion

Kvalitetsregistret RättspsyK har som syfte att bidra till vårdutveckling och har genom den höga täckningsgraden möjlighet att synliggöra förbättringsområden. Av den anledningen bör det strävas mot att data som presenteras är tillförlitlig. Skälet till att studien gjordes var att hitta orsaker till att en viss andel patienter stannar kvar i slutenvård trots att de är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård. Frågan kunde inte besvaras på grund av validitetsproblem, men kan antyda en betydligt större andel av patienter som är lidande av detta fenomen.

I RättspsyK Årsrapport (2014) saknas metodbeskrivning för redovisad statistik vilket gör det svårt att replikera deras resultat. För kvalitetsregistren såväl som för personal i klinisk verksamhet är det viktigt att kunna använda den information som finns registrerad, annars stjäls inmatning av data och förmedling av (eventuellt felaktig) information värdefull vårdtid från verksamheten. Utveckling av vårdkvalitet kräver också tillförlitlig data att utgå från.

Initialt var tanken att på enhetsnivå titta på skillnader och/eller likheter då det i RättspsyK Årsrapport redovisats att andelen patienter som vårdas i slutenvård varierar mellan 0 procent till drygt 35 procent i olika vårdenheter i landet. Dock bedömdes av RättspsyK registeransvariga att till våra analyser endast tillhandahålla data med information utan möjlighet att kunna identifiera enskilda enheter, då det bedömdes kunna innebära risk för att enskilda patienters identiteter skulle kunna röjas och även identifiera enskilda enheter.

Slutsats

Sammanfattat kan konstateras att största orsaken till att patienter kvarstannar var brist på boende. Det kan tänkas att det beror på flera olika anledningar. Det är svårt att få boende för alla med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom, men kanske i synnerhet för en grupp människor som i samhället är stigmatiserade. Det framkom även brister i samverkan och andra orsaker till att patienter kvarstannar i slutenvård. Sveriges Kommuner och Landsting (2014) diskuterar riktade insatser inom området psykisk ohälsa och lyfter vikten av inrapportering i kvalitetsregister och att det fortfarande finns ett utvecklingsbehov på området. Det finns även ett behov av att kombinera data från kvalitetsregister med kommunernas kunskap om patienters levnadsförhållanden. Utifrån resultatet av denna studie föreslås då en revidering av *Fråga 10*, se förslaget ovan. Genom att kombinera den professionella kunskap som finns i verksamheterna, med kunskap om bland annat olika system och förbättringsarbete kan värdet öka för dem vården finns till för. Detta innebär också förbättrade resultat både ur ett patientperspektiv och ett medarbetarperspektiv.

Studien visade vad som händer om kvalitén på en av enkätfrågorna inte är optimal. Om utrymme lämnas att förstå frågan på mer än ett sätt ökar sannolikt risken att svarens validitet och reliabilitet minskar drastiskt. Resultaten visar betydelsen av att en enkät i tidig utvecklingsfas validitet och reliabilitet testas mot andra fakta och kliniska mätningar eller/och information. Dessutom är det viktigt att forskarna inte automatiskt använder vissa statistiska analyser, utan reflekterar på resultaten och möjligtvis har också kliniska kunskaper i ämnet som studeras.

Kliniska implikationer

Psykiatrisjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat vilket innebär att i praktiken utgå från bästa tillgängliga faktaunderlag för utförande av omvårdnadsåtgärder och utveckling av vårdens kvalitet. Ett kvalitetsregister innehåller en stor mängd samlad information och används bland annat som underlag för att införa metoder och följa upp vårdens kvalitet. Slutsatser av insamlad information som ligger till grund för beslut om hur vården ska organiseras kräver att redovisat resultat stämmer med verkligheten. Frågor som ställs måste vara valida, korrekta och tydligt strukturerade för att minska risken för feltolkningar.

Förslag till fortsatt kompetensutveckling

Denna studies resultat tyder på att en granskning och vidare utvecklingsarbete av RättspsyK enkät behövs, samt att vårdpersonal som besvarar frågorna är aktivt involverad, upplyst eller/och utbildad i målet med kvalitetsregister.

Tillkännagivande

Tack till RättspsyK, registerhållare Camilla Skåån och statistiker Peter Gidlund, för erhållande av dataunderlag till denna studie. Tack också till Svensk Sjuksköterskeförening, Ami Hommel och Åsa Andersson, för att vi fått medverka i projektet: ”Stimulera specialistutbildningar för sjuksköterskor att använda data från de Nationella Kvalitetsregistren”. Slutligen stort tack till vår handledare docent Nóra Kerekes som visat

tålmod, uppmuntran och förmedlat hopp.

Referenser:

Andreasson, H., Nyman, M., Krona, H., Meyer, L., Anckarsäter, H., Nilsson, T. & Hofvander, B. (2014). Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 635-642.

Brottsbalken. 31 kap. 3§. *Rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Chiringa, J., Robinson, J., E. & Clancy, C. (2014). Reasons for recall following conditional discharge: explanations given by male patients suffering from dual diagnosis in a London Forensic Unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 336-344.

CODEX, centrum för forskning- & bioteknik (2015). *Registerforskning*. Uppsala: Hämtad 16-01-13 från <http://codex.vr.se/manniska6.shtml> 2015-12-21

Coffey, M. (2012). A risk worth taking? Value differences and alternative risk constructions in accounts given by patients and their community workers following conditional discharge from forensic mental health services. *Health, Risk & Society*, 14(5), 465-482.
doi: 10.1080/13698575.2012.682976

Cook, N. R., Phillips, B. N., & Sadler, D. (2005). The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(5), 536-540.

Cuddeback, G., S., Morrissey, J., P., Cusack, K., J. & Meyer, P., S. (2009). Challenges to Developing Forensic Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 225-246.
DOI: 10.1080/15487760903066362.

Davoren, M., Byrne, O., O'Connell, P., O'Neill, H., O'Reilly, K. & Kennedy, H., G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: need for therapeutic security and course of admission. *BMC psychiatry*, 15(1), 1. DOI: 10.1186/s12888-015-0686-4

Degl' Innocenti, A., Hassing, L., B., Lindqvist, A-S., Andersson, H., Eriksson, L., Hagelbäck Hanson, F., Möller, N., Nilsson, T., Hofvander, B. & Anckarsäter, H. (2013). First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR). *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 231-237.

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2014). *Statistisk verktyglåda-samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Emilsson, L., Lindahl, B., Köster, M., Lambe, M., & Ludvigsson, J. F. (2015). Review of 103 Swedish healthcare quality registries. *Journal of internal medicine*, 277(1), 94-136.

Gustafsson, E., Holm, M. & Flensner, G. (2012). Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 729-737.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras- Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp* (Doktorsavhandling, Nr 133/2008). Växjö: Växjö University Press. Hämtad 16-01-14 från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:205815/FULLTEXT01.pdf>

Jacobsson Ekman, G., Lindahl, B. & Nordin, A. (2014). Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Halmstad: Författarna och Karolinska Institutet University Press.

Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O., & Meretoja, R. (2014). The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(4), 320-326.

Lagen.nu. (2015). *Förvaltningsrätt*. Hämtad 2016-02-11 från <https://lagen.nu/begrepp/F%C3%B6rvaltningsr%C3%A4tt>

Lammie, C., Harrison, T., MacMahon, K., & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (8), 706-714. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01585.x

Levander, S. (2010). Rättspsykiatri. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, M. Åsberg. (Red.), *Psykiatri*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lidberg, L., & Wiklund, N. (2004). Psykiatrisk tvångsvård. I L. Lidberg, N. Wiklund (Red.), *Svensk rättspsykiatri. Psykisk störning, brott och påföljd*. Lund: Studentlitteratur.

Nationella kvalitetsregister. (2015). Certifieringsnivåer. Hämtad 2016-02-16 från www.kvalitetsregister.se/drivaregister/attredovisaochsokamedel/certifieringsnivaer.515.html

Nationella kvalitetsregister. (2016). Om Nationella Kvalitetsregister. Hämtad 2016-03-02 från <http://www.kvalitetsregister.se/sekundarnavigering/omnationellakvalitetsregister.33.html>

Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK. (2014). *Årsrapport 2014*.

Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7.uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Proposition 2007/08:44. *Vissa etikprövningsfrågor m.m.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Proposition 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*. Stockholm: Socialdepartementet.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för*

legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård.
Hämtad 16-01-13 från:

<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>

Region Örebro Län. (2015). *Psykiatrisk rehabilitering och Rättspsykiatri*. Hämtad 16-01-31 från:

<http://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/Om-du-behover-varld/Psykiatri/Psykiatrisk-verksamhet/Psykiatrisk-rehabilitering-och-rattspsykiatri/>

Registerforskning.se (2015) Hämtad 16-01-13 från: <http://registerforskning.se/etik-juridik/etiska-aspekter-2015-12-21>

Rose, D., N., Peter, E., Gallop, R., Angus, J., E. & Liaschenko, J. (2009): Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: A practical compromise. *Journal of Forensic Nursing*, 7, 3-16.

Rättsmedicinalverket (2015). *Rättspsykiatri*. Tillgänglig: <http://www.rmv.se/?id=157>

Rättsmedicinalverket (2015). *Rättspsykiatri*. Tillgänglig: <http://www.rmv.se/index.php>

Schaufenbil, R., J., Kornbluh, R., Stahl, S., M. & Warburton, K., D. (2015). Forensic focused treatment planning: a new standard for forensic mental health systems. *CNS Spectrums*, 20, 250-253. Doi:10.1017/S1092852915000152

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 15-12-18 från:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Regeringsdepartementet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*: Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS, 2008:320. *Lag om ändring i Brottsbalken*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen

Skärsäter, I. (2014). Förord. I I. Skärsäter (Red.). *Omvårdnad vid psykiatrisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*. Umeå: Socialstyrelsen.

SOSFS 2008:18. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svennerlind, C., Nilsson, T., Kerekes, N., Andiné, P., Lagerkvist, M., Forsman, A., Anckarsäter, H., & Malmgren, H. (2010). Mentally disordered criminal offenders in the Swedish criminal system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 220-226. doi:10.1016/j.ijlp.2010.06.003

Sveriges Domstolar. (2015). *Förvaltningsrätt*. Hämtad 2016-02-11 från <http://www.domstol.se/Om-Sveriges-Domstolar/Domstolarna/Forvaltningsratt/>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015- överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sturup, J., Sygel, K., & Kristiansson, M. (2013) *Rättspsykiatriska bedömningar i praktiken- vinjettstudie och uppföljning av över 2000 fall. Rmv-rapport*. Stockholm: Rättsmedicinalverket.

Vetenskapsrådet. (2015) *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm. Hämtad 16-01-13 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vincze, M., Fredriksson, L. & Wiklund Gustin, L. (2015). To do good might hurt bad: Exploring nurses' understanding and approach to suffering in forensic psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 149-157.

World Health Organization (1994). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10. Vol. 3, Alphabetical index*. Geneva: World Health Organization.

Wirén, S., & Stattin, P. (2012). Forskning på kvalitetsregister ger klinisk nytta. Resultat från Nationella prostatacancerregistret. *Läkartidningen*, 26, 1294-7.

Young, A. (2011). Deconstructing imposed recovery – clinical perceptions of the legal and administrative framework for managing restricted mental health patients – the experience of one hospital in the independent sector. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3 (4), 397-406. Doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01113.x

Frågor ur RättspsyK Årsuppföljning av patientärende, Formulär B. Version 6.3.

3. Riskanalys

Är risk- och behovsanalys genomförd sedan senaste skattningstillfället?

- Ja
- Nej

9. Funktionsskattning/behovsskattning

Har patienten genomgått funktionsskattning/behovsskattning sedan förra skattningstillfället?

- Ja
- Nej

10. Färdig för öppen rättspsykiatrisk vård/lång permission

Har patienten bedömts som färdig för öppen rättspsykiatriskvård/lång permission men vårdas trots detta i rättspsykiatrisk dygnsvård?

- Ja
- Nej

Om Ja, specificera:

- Brist på boende
- Brist i samverkan med andra vårdgivare, specificera: _____
- Annan orsak, specificera: _____

14. Förvaltare/God man

Förvaltare/God man

- Ja
- Nej

Om ja, ange vad:

- God man
- Förvaltare

17. Samverkan

Finns det samverkansbehov med någon/några av nedanstående aktörer som ej är tillgodosett?

- Ja
- Nej

Om ja, specificera:

- Kommunala vårdgivare/socialtjänst/LSS-verksamhet
- Vårdgivare inom sjukvård
- Psykiatrisk hemortsklinik/annan rättspsykiatrisk enhet/rättspsykiatrisk öppenvård
- Behandlingshem/boende
- Kriminalvård
- Anhöriga
- Socialt nätverk
- Annan myndighet, specificera: _____

21. **Diagnoser**

Specificerad diagnos(er) enligt Klassifikation och hälsoproblem, ICD-10

Huvuddiagnos: _____ Diagnos 2 (kod): _____ Diagnos 3(kod): _____

För fullständigt frågeformulär följ nedanstående länk:

[http://www.psykiatregister.se/sites/default/files/documents/formular_2016 -
_rattpsyk_formular_b_uppfoljning.pdf](http://www.psykiatregister.se/sites/default/files/documents/formular_2016_-_rattpsyk_formular_b_uppfoljning.pdf)

Förteckning av diagnoskoder**Diagnoskod 1=Schizofreni/Vanföreställningssyndrom:**

F20.0 F20.03 F20.09 F06.0 F06.2
 F20.1 F20.2 F20.3 F20.5 F20.6 F20.8 F20.9 F201
 F203 F21.9 F22.0 F22.8 F22.9 F23.1 F23.8 F23.9
 F24.9 F25.0 F25.1 F25.2 F25.8 F25.9 F28.9 F29.2
 F29.9 F299 F.203 F.209

Diagnoskod 2= Neuropsykiatriska störningar

F84.0 F84.1 F84.2 F84.4 F84.5 F84.8 F84.9 F849
 F88.9 F89.9 F90.0 F90.0b F90.0B F90.0C F90.8 F90.9
 F91.1 F91.2 F91.8 F94.0 F94.9 F95.2 F98.8 F.845
 Asperger

Diagnoskod 3= Personlighetsstörningar

F52.9 F60.1 F60.2
 F60.5 F60.7 F60.8 F60.9 F61.9 F63.0 F63.1 F63.2
 F63.8 F63.9 F65.4 F65.8 F65.9 F69.9 F07.0 F07.8 F07.9

Diagnoskod 4= Affektiva sjukdomar

F30.12 F30.2 F30.8 F30.9 F31.0 F31.1 F06.3
 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7 F31.8 F31.9
 F32.1 F32.2 F32.3 F32.9 F33.1 F33.2 F33.3 F33.4
 F33.9 F34.1 F39.9 F38.8 F23.0

Diagnoskod 5= Utvecklingsstörningar

F70.0 F70.1 F70.8 F70.9 F71.1
 F71.9 F79.0 F79.1 F79.8 F79.9

Diagnoskod 6= Övriga

F06.8 F06.9 F40.1 F41.0 F41.1 F41.2 F41.8 F41.9
 F42.2 F42.8 F42.9 F43.0 F43.1 F43.2 F43.8 F43.9
 F432 F44.9 F50.0 F68.1 G10.9 G30.9 G93.1 I63.9
 Q86.0 Q87.1 Q87.1F Q98.4 E66.9 F01.2 F00.0 F01.3
 F01.9 F02.8 F03.9 F09.9 F99.9 U99.9 Z03.2 Z60.9

Diagnoskod 7=Missbruk:

F10.0 F10.1 F10.2 F10.2A F10.5 F10.6
 F10.7 F10.7A F11.2 F12.1 F12.2 F12.5 F12.9 F13.2
 F15.0 F15.1 F15.2 F15.5 F15.9 F19.0 F19.1 F19.2
 F19.3 F19.5 F19.8 F19.9 F192 F05.0 F60.3

Koder bortfall:

F03.0 F08.8 F20.0X F20.1X F20.8b F21.0 F22.2
 F25.6 F29.0 F29.5 F29.7 F30.3 F80.4 F89.0 H29.9
 U60.0

**Högskolan Väst
Institutionen för
hälsovetenskap 461 86
Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se**