

Innehållet i den psykiatriska tvångsvården

ISBN 978-91-86301-06-4
Artikelnr 2009-126-81

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2009

Förord

Vården av människor som har berövats sin frihet på grund av psykisk sjukdom måste ägnas särskild uppmärksamhet och den vård som då erbjuds måste vara av hög kvalitet. Det gäller alla personer som vårdas under de psykiatriska tvångsvårdslagarna: lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Dessa vårdformer är ofta föremål för debatt, både inom den psykiatriska professionen, hos massmedia och allmänheten.

Socialstyrelsen genomförde den 6 maj 2008 en nationell inventering av alla som detta datum tvångsvårdades enligt LPT respektive LRV. Syftet med inventeringen var att få ett underlag för fortsatt diskussion om tvångsvårdens omfattning och innehåll samt att få underlag för uppföljningen av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Socialstyrelsen redovisade den 16 oktober 2008 en sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008 om omfattningen av tvångsvården med s.k. bastabeller som främst redovisade antal patienter, kön och ålder.

Socialstyrelsen konstaterade samtidigt att det fanns flera frågor som behövde en mer omfattande analys för att bättre kunna belysa tvångsvårdens innehåll och utveckling. I den här rapporten dras slutsatser om vilka områden inom den psykiatriska tvångsvården som är i behov av utveckling och förbättring. Dessa bygger på resultat från endagsinventeringen tillsammans med forskning, riktlinjer och rapporter på området. I rapporten redovisas också förslag på åtgärder som bör vidtas av berörda aktörer, samt de fortsatta insatser som Socialstyrelsen planerar inom området. Rapporten vänder sig till alla som på olika sätt är berörda – yrkesverksamma, beslutsfattare och de som är ansvariga för den psykiatriska tvångsvården.

Rapporten har sammanställts av utredarna *Nina Frohm* (projektledare), *Susanne Rolfner Suvanto*, *Claes-Göran Stefansson*, medicinsk sakkunnige *Mårten Gerle* och enhetschef *Anders Printz*. Rapporten har granskats av Socialstyrelsens vetenskapliga råd *Marianne Kristiansson*, specialist i rättspsykiatri.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Förkortningar	7
Sammanfattning, slutsatser och förslag på åtgärder	8
Utvecklingen av den psykiatriska tvångsvården	8
Hög belastning inom slutenvårdspsykiatri	8
Färre personer överlämnas idag till rättspsykiatrisk vård men fler vårdas inom den rättspsykiatriska vården	9
Andelen patienter som har begått allvarliga våldsbrott ökar inte	9
Andelen och antalet personer födda utanför Norden har ökat inom den rättspsykiatriska vården	9
Andelen personer som får behandling för sitt missbruk inom den rättspsykiatriska vården har minskat	9
Färre LRV-patienter vårdas inom den allmänpsykiatriska vården	9
God psykiatrisk tvångsvård	10
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	10
Vårdinnehållets sammansättning	10
Läkemedelsbehandling med psykostimulantia och anti-psykotika	11
Vården för unga och äldre	11
Säker vård	11
Läkemedelsbehandling av äldre	11
Patientfokuserad vård	12
Delaktighet i vårdplaneringen	12
Vårdplanering i relation till vårdens innehåll	12
Förekomsten av familjeintervention, psykopedagogiska insatser m.m.	12
Effektiv vård	12
Vissa långa vårdtider	12
Jämlik vård	13
Inga skillnader i insatser beroende på kön	13
Inga skillnader i insatser beroende på etnicitet	13
Många tvångsvårdade kvinnor har barn under 18 år	13
Socialstyrelsens förslag på åtgärder	14
Regeringen bör överväga:	14
Att vidta särskilda åtgärder för att stödja huvudmännen att utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården	14
Sjukvårdshuvudmännen bör:	14
Vidta åtgärder för att minska belastningen på den slutna psykiatriska vården	14
Vidta särskilda åtgärder för att kvalitetssäkra och utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården	15
Säkerställa att äldre, barn- och unga samt de med långa vårdtider får rätt insatser och vårdas på rätt vårdnivå	15
Säkerställa att patienter med missbruk eller riskbruk får adekvat vård och behandling	15
Säkerställa barnperspektivet och utveckla stödet till närstående	15
Kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen	16
Säkra att patienter med annan etnisk bakgrund och deras familjer får adekvata insatser	16
Socialstyrelsen planerar att:	16
Fortsätta sitt nationella stöd till utvecklingen	16

Tydliggöra indikationer för olika läkemedelsbehandlingar	17
Följa tvångsvårdens utveckling i patientregistret	17
Genomföra en verksamhetsutvärdering av den psykiatriska vården	17
Stödja rättstillämpningen	17
Följa upp den nya vårdformen	18
Förstärka tillsynen	18
Utarbetar nationella riktlinjer för psykosociala insatser	18
<i>Inledning</i>	19
Bakgrund	19
Tvångsvårdens struktur	20
Rättspsykiatrisk vård	20
Tvångsvård enligt LPT	21
Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård	21
Rapportens struktur	22
<i>Metod</i>	23
Resultatets tillförlitlighet	23
<i>Utveckling av den psykiatriska vården</i>	24
Personer vårdade enligt LRV	25
Inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning inom den rättspsykiatriska vården	27
Behandlingsinsatser	32
Utomlänspatienter	34
<i>God psykiatrisk tvångsvård</i>	35
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård	36
Innehåll i ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvården	36
Får patienten allsidiga insatser?	36
Ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård för äldre	39
Ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård för unga vuxna	40
Ändamålsenlig läkemedelsbehandling	42
Psykostimulantia - neuropsykiatriska funktionshinder	43
Säker psykiatrisk tvångsvård	44
En patientfokuserad psykiatrisk tvångsvård	47
Delaktighet i vårdplaneringen	47
Familjeintervention och psykopedagogiska insatser	50
Effektiv psykiatrisk tvångsvård	51
Insatserna enligt inventeringen 1995 och 2005	52
Vårdtider	53
De tre längsta vårdtiderna	54
Jämlig psykiatrisk tvångsvård	55
Psykiatrisk tvångsvård i rimlig tid	59
<i>Referenser</i>	60

Förkortningar

HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
SOSFS	Socialstyrelsens föfattningssamling

Sammanfattning, slutsatser och förslag på åtgärder

Den här rapporten innehåller en analys av data som har inhämtats under en endagsinventering av de patienter som vårdades enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna den 6 maj 2008. Genom jämförelser med endagsinventeringar som har gjorts tidigare år beskrivs utvecklingen i den rättspsykiatriska vården mer än tio år tillbaka i tiden när det gäller t.ex. antal patienter, kön- och åldersfördelning, diagnoser, insatser, brottstyper och vårdtider. Detta är också det ena av rapportens två huvudsakliga syften.

Det andra syftet är att använda inventeringens resultat för att peka på vilka områden i den psykiatriska tvångsvården som behöver utvecklas eller granskas närmare. Resultatet av inventeringen kan dock inte användas för bestämda omdömen om hur den psykiatriska tvångsvården fungerar eller om patienterna generellt får en god vård eller inte. Det kan finnas viss osäkerhet i en del uppgifter, t.ex. omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. som kan ha underrapporterats på grund av bristande kännedom om dessa insatser hos chefsöverläkaren eller den som fått chefsöverläkarens uppdrag att fylla i enkäten.

Fokus i rapporten är på hur den vård som patienterna ges såg ut den 6 maj 2008, och på vilka krav som kan ställas på vård och behandling av tvångsvårdade patienter. Analysen har identifierat ett antal områden där Socialstyrelsen anser att berörda aktörer bör vidta åtgärder för att den psykiatriska tvångsvården ska uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Utvecklingen av den psykiatriska tvångsvården

Hög belastning inom slutenvårdspsykiatri

En allt större andel av slutenvårdsplatserna inom psykiatrien upptas av patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV, samtidigt som det totala antalet vårdplatser i psykiatrien har minskat den senaste 10-15 årsperiod. De som vårdas inom slutenvården med stöd av LPT eller LRV har ofta stora vårdbehov och kräver omfattande vårdinsatser. I Socialstyrelsens rapport av basdata över den psykiatriska tvångsvården i oktober 2008 beskrevs att beläggningen på de befintliga platserna i den psykiatriska slutenvården var så hög som 99 procent. Socialstyrelsen konstaterar mot bakgrund av detta och genom erfarenheter från tillsynen att den psykiatriska slutenvården generellt är mycket tungt belastad, vilket påverkar vårdmiljö, vårdinnehåll och patientsäkerhet för bl.a. de tvångsvårdade patienterna.

Färre personer överlämnas idag till rättspsykiatrisk vård men fler vårdas inom den rättspsykiatriska vården

Det har skett en kontinuerlig minskning sedan 2005 i antalet personer som överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Samtidigt har vårdtiderna blivit längre vilket har lett till att antalet personer som är inskrivna inom den rättspsykiatriska vården har ökat.

Andelen patienter som har begått allvarliga våldsbrott ökar inte

Ungefär en tredjedel av patienterna som är inlagda enligt LRV med särskild utskrivningsprövning har begått brott som olaga hot eller misshandel. Andelen patienter som har begått allvarliga våldsbrott som t.ex. mord, dråp, vållande till annans död, eller mordbrand ökar inte.

Andelen och antalet personer födda utanför Norden har ökat inom den rättspsykiatriska vården

Det har de senaste åren skett en ökning av antalet personer och andelen personer födda utanför Norden som vårdas med stöd av LRV. Orsakerna bakom ökningen kan inte förklaras av de data som insamlats vid inventeringen. En stor andel av gruppen utgörs av personer med schizofrenidiagnos och där brottsrubriceringen gäller tillgreppsbrott, rån eller narkotikabrott. Ingen signifikant ökning för dessa personer kan tillskrivas andra diagnoser eller brottstyper som t.ex. de allvarligaste våldsbrotten (mord, dråp, vållande till annans död, mordbrand). Patienter födda utanför Norden har också betydligt kortare vårdtider än infödda svenskar. Det behöver undersökas ytterligare om personer med psykossjukdom födda utanför Norden får vård och behandling samt socialt stöd i tillräcklig utsträckning.

Andelen personer som får behandling för sitt missbruk inom den rättspsykiatriska vården har minskat

Mellan 2005 och 2008 har andelen patienter inom den rättspsykiatriska vården som får behandling för sitt missbruk minskat. Samtidigt bedömer personal som har fått skatta missbruksproblematik generellt att en relativt stor andel av de inskrivna har en sådan problematik utan att det behöver förekomma en missbruksdiagnos. Socialstyrelsens vetenskapliga råd har också bedömt att missbruk sannolikt är underrapporterat. Området behöver därför följas och utvecklas ytterligare.

Färre LRV-patienter vårdas inom den allmänpsykiatriska vården

Det är färre LRV-patienter som vårdas på allmänpsykiatriska avdelningar 2008 än 2005. Det tyder på att vården av psykiskt störda lagöverträdare i allt högre grad utvecklas mot en specialiserad verksamhet. Den slutsatsen får också stöd av att det de senaste åren på några platser i landet har skapats särskilda öppenvårdsmottagningar som riktar sig till gruppen.

God psykiatrisk tvångsvård

Socialstyrelsen publicerade 2006 *God vård, en vägledning till föreskriften (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*. Krav på god vård beskrivs i vägledningen enligt sex olika kvalitetsaspekter:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård,
- säker vård,
- patientfokuserad vård,
- effektiv vård,
- jämlik vård och
- vård i rimlig tid

God vård har legat till grund för analysen av tvångsvården i denna rapport. I rapporten understryks vikten av att den psykiatriska tvångsvården beskrivs och granskas utifrån samma utgångspunkter som all övrig hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen kan emellertid konstatera att en granskning av vårdens innehåll där dessa kvalitetsaspekter utgör den grundläggande strukturen inte är oproblematiske, främst därför att aspekterna inte alltid lätt kan skiljas från varandra. Exempelvis kan förekomsten av vissa behandlingsinsatser för en viss patientkategori analyseras både utifrån om vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig och utifrån om den är säker. Därför beskrivs löpande i rapporten varför Socialstyrelsen anser att en viss del av innehållet i den psykiatriska vården kan beskrivas under respektive kvalitetsaspekt.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vårdinnehållets sammansättning

Inventeringen visar att en stor andel av dem som vårdas med stöd av LPT eller LRV får relativt ensidiga insatser. Läkemedelbehandling är den vanligaste åtgärden. Endast en mindre grupp patienter får insatser inom samtliga områden som har undersökts; läkemedelsbehandling, psykologisk behandling och insatser såsom omvårdnad/rehabilitering m.m. LRV-vårdade patienter har i högre grad insatser inom flera av dessa områden än de som vårdas enligt LPT. Vilken behandling som är lämplig i varje enskilt fall kan inte avgöras utifrån detta material. Socialstyrelsens bedömning är dock att en ändamålsenlig vård bör innehålla ett flertal olika insatser för att kunna motsvara individuella behov på de områden som är relevanta för patientens hälsa och förutsättningar att ta emot frivillig vård vilket är tvångsvårdens syfte. Alla patienter bör ha tillgång till aktiviteter i någon form, erbjudas en fungerande vardagsstruktur eller få insatser som syftar till att öka den enskildes förmåga att delta i sådan verksamhet.

Läkemedelsbehandling med psykostimulantia och anti-psykotika

En relativt stor andel patienter som har uppgetts få läkemedelsbehandling har ordinerats psykostimulantia eller antipsykotika utan att ha en diagnos för vilka dessa läkemedel är indicerade. Även här gäller att materialet inte kan användas för att bedöma om enskilda patienter får rätt behandling, eftersom sådana slutsatser bara kan göras efter journalgenomgångar eller annan granskning av enskilda patientfall. Däremot pekar resultatet på vikten av kontinuerliga läkemedelsgenomgångar och vårdprogram för de vanligaste diagnoserna.

Vården för unga och äldre

Vid inventeringen fanns en större grupp unga (upp till 25 år) och en liten grupp äldre (över 65 år) som vårdades med stöd av LRV och LPT. Socialstyrelsen anser att vården måste utformas med hänsyn till dessa gruppers åldersspecifika behov och förutsättningar. För äldre är t.ex. omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. av stor betydelse. En majoritet av de äldre inom den rättspsykiatriska vården angavs också få sådana insatser medan majoriteten av de LPT-vårdade äldre patienterna angavs få enbart läkemedelsinsatser. För unga patienter är det ofta av stor betydelse att den medicinska behandlingen kombineras med psykosociala insatser för att utveckla eller bibehålla funktionsförmågan på väsentliga livsområden. Vid inventeringen var det bara en mindre del av patienterna som uppgavs få sådana insatser.

Säker vård

Läkemedelsbehandling av äldre

Vid inventeringen uppgav uppgiftslämnarna att ett antal personer som hade en demensdiagnos samtidigt behandlades med antipsykotiska läkemedel. Under 2008 har läkemedelsbehandling med antipsykotika i vården av demenssjuka uppmärksammats av både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Läkemedelsverket har gått ut med skärpta anvisningar om att antipsykotika ska undvikas vid demenssjukdom. Mot den bakgrunden är siffran i materialet hög, särskilt eftersom det i flera fall rör sig om personer som inte har en psykosdiagnos vid sidan av sin demenssjukdom. I äldregruppen uppgavs 47 patienter (45 procent) ha tre eller flera typer av psykofarmaka, det vill säga uppfyllde kriterierna för polyfarmaci med psykofarmaka, något som ökar risken för biverkningar och kan påverka läkemedlets effekter negativt.

Patientfokuserad vård

Delaktighet i vårdplaneringen

Bland de patienter som uppgavs ha en samordnad vårdplan hade de flesta deltagit i planeringen. Vårdplanering är ett viktigt instrument för att garantera patienternas delaktighet och inflytande.

Vårdplanering i relation till vårdens innehåll

De patienter som uppgavs ha en samordnad vårdplan enligt Socialstyrelsens definition hade insatser på fler områden än de som saknade en samordnad vårdplan. En vårdplaneringsprocess bidrar därmed också till att identifiera patientens behov och ger underlag för helhetsbedömningar som inverkar på vårdens faktiska innehåll.

Förekomsten av familjeintervention, psykopedagogiska insatser m.m.

Ytterst få patienter uppgavs ha familjeinterventionsinsatser, trots att det vid inventeringen fanns en ganska stor grupp som hade barn, vilket visar på ett behov av att etablera kontakt med patientens nätverk/familj. Endast ett fåtal uppgavs få psykopedagogiska insatser. Socialstyrelsen anser att sådana insatser är av stor betydelse för att patienten ska förstå sin sjukdom, lära sig känna igen tidiga signaler på återinsjuknande samt tillägna sig strategier för att hantera symtom eller kompensera nedsatta funktioner på väsentliga livs-områden.

Effektiv vård

Vissa långa vårdtider

Utvecklingen har gått mot längre vårdtider inom rättspsykiatri. Sannolikt är det med hänsyn till samhällsskyddet som patienter blir kvar allt längre inom vårdformen. Det innebär både för patienten och för sjukvårdshuvudmannen att de resurser som läggs ned inte självklart kan ställas i relation till vårdresultatet, utan att vårdnivå och vårdtid i stället styrs av rent rättsliga avvägningar. Detta är sedan tidigare ett välkänt faktum i diskussionen om utformningen och finansieringen av verkställighet av straff för psykiskt störda lagöverträdare. Att vårdtiderna ökar aktualiserar frågan ytterligare. I några få fall har vården pågått i över 40 år. Både ur patient- och effektivitetsperspektiv kan det ifrågasättas om det är vård på sjukvårdsinrättning som dessa patienter behöver eller om mer långsiktiga och boendeliknande lösningar vore lämpligare.

Jämlik vård

Inga skillnader i insatser beroende på kön

Fler män än kvinnor vårdas inom rättspsykiatri medan det råder en relativ jämvikt mellan könen bland dem som vårdas med stöd av LPT. Inventeringen visar ingen skillnad i insatser beroende på kön.

Inga skillnader i insatser beroende på etnicitet

Antalet patienter med annat etniskt ursprung än svenskt har ökat inom rättspsykiatri. Inventeringen visar inga tydliga skillnader i insatser beroende på etnicitet.

Många tvångsvårdade kvinnor har barn under 18 år

En relativt stor grupp av de tvångsvårdade kvinnorna har barn och då särskilt de utomnordiskt födda kvinnorna. Såväl barnens situation som insatserna till de patienter som tvångsvårdas och har omsorg om barn behöver uppmärksammas så att både föräldrar och barn ges ett adekvat stöd.

Socialstyrelsens förslag på åtgärder

Regeringen bör överväga:

Att vidta särskilda åtgärder för att stödja huvudmännen att utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården

Regeringen har i december 2008 avsatt medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att organisationen ska kartlägga behovet av heldygnsvård inom psykiatrin. Detta initiativ bör följas av åtgärder som särskilt fokuserar på innehåll och kvalitet i den psykiatriska tvångsvården.

Den psykiatriska tvångsvården behöver utveckla ett varierat och behovsanpassat vårdutbud med hög kvalitet. Åtgärder från regeringen bör därför inriktas så att de stödjer huvudmännen att:

- minska belastningen inom slutenvården genom att utveckla alternativa vårdformer inom ramen för den egna verksamheten eller tillsammans med kommunerna, eller genom att man utökar resurser för att t.ex. starta eller bygga ut mobila team eller genom att antalet vårdplatser utökas
- utveckla vårdprogram och kvalitetssystem för att garantera en differentierad och behovsanpassad vård inom den psykiatriska tvångsvården för samtliga patienter och för särskilda målgrupper som t.ex. äldre och unga vuxna
- utveckla personalens kompetens så att ett varierat och behovsanpassat vårdinnehåll kan erbjudas

Eventuella satsningar inom området bör utgå från tydliga mål med fokus på vårdens innehåll och kvalitet. Genom Socialstyrelsens data och den nyinrättade tvångsvårdsmodulen inom ramen för patientregistret, finns goda förutsättningar att följa upp de åtgärder som regeringen beslutar om.

Sjukvårdshuvudmännen bör:

Vidta åtgärder för att minska belastningen på den slutna psykiatriska vården

En allt större andel av heldygnsvården inom psykiatrin utgörs av vård med stöd av LPT eller LRV. Det finns därmed ett begränsat resursutrymme och en koncentration av patienter med omfattande vårdbehov, vilket påverkar vårdmiljön negativt för såväl patienterna som personalen. Detta har också ett flertal gånger uppmärksammats av Socialstyrelsens tillsyn. Det åligger huvudmännen att säkra att heldygnsvården bedrivs i sådana former och i en sådan omfattning att kraven på god vård och patientsäkerhet kan säkras.

Vidta särskilda åtgärder för att kvalitetssäkra och utveckla innehållet i den psykiatriska tvångsvården

Innehållet i den psykiatriska tvångsvården behöver utvecklas. Det är ett stort ansvar att vårda någon mot dennes vilja och den enskilde bör därför ha rätt att förvänta sig en god vård på jämlika villkor. Det är sjukvårdshuvudmannen som ska säkra att patienterna erbjuds ett varierat och behovsanpassat vårdutbud. Det förutsätter att verksamheterna har tydliga uppdrag och tillräckliga resurser.

Säkerställa att äldre, barn- och unga samt de med långa vårdtider får rätt insatser och vårdas på rätt vårdnivå

Det finns ett antal personer som idag vårdas med stöd av LPT eller LRV, och för dem kan det ifrågasättas om vårdformen och vårdmiljön är anpassad utifrån deras behov. Det gäller bl.a. äldre, unga och de som har vårdats under mycket lång tid. Huvudmannen bör identifiera dessa grupper i respektive landsting och skaffa sig kunskaper om vilka insatser de får. I många fall finns ett behov av rehabiliterande insatser varför ett fungerande samarbete med andra berörda huvudmän måste säkerställas. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att det finns rutiner och styrdokument för dessa processer.

Säkerställa att patienter med missbruk eller riskbruk får adekvat vård och behandling

Ett stort antal patienter inom den psykiatriska tvångsvården har problem med alkohol och droger. Detta har stor betydelse för patientens möjlighet till återhämtning och för att minska risken för återfall i brott. Inventeringen visar att under den senaste treårsperioden har färre patienter inom rättspsykiatrin fått vård och behandling för sitt missbruk. Samtidigt kan det finnas skäl att anta att missbruksproblematik är utbredd och underrapporterad i all psykiatrisk vård och måste därför ges ökad uppmärksamhet. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att säkra att det finns tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser i psykiatrin för att identifiera och behandla missbruk och riskbruk, samt att det finns rutiner och styrdokument för samarbete med andra aktörer som har ansvar inom området.

Säkerställa barnperspektivet och utveckla stödet till närstående

Bland dem som vårdas med stöd av LPT eller LRV finns en relativt stor grupp som har barn. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att säkra att de som möter dessa patienter har ett tydligt uppdrag och tillräcklig kompetens att ge barnen nödvändig information, ett gott och tryggt bemötande, samt att det finns rutiner för kontakter med t.ex. socialtjänsten. Socialstyrelsen har konstaterat att ytterst få patienter har rapporterats ha insatser såsom familjeintervention eller motsvarande. Närstående och patientens nätverk är viktiga faktorer för en fungerande rehabilitering och återhämtning. Närstående kan också behöva ett eget stöd på grund av den belastning och kris som det innebär att en närstående är drabbad av svår psykisk sjukdom. Det är sjuk-

vårdshuvudmannens ansvar att de verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård har uppdrag, resurser och kompetens att tillgodose detta behov.

Kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen

De uppgifter som i inventeringen har lämnats om den läkemedelsbehandling som patienterna får, ställer krav på sjukvårdshuvudmannen att initiera läkemedelsgenomgångar av vissa preparat och kring vissa patientkategorier. Det gäller behandlingen med antipsykotiska läkemedel till personer med demenssjukdom och behandling med dessa läkemedel samt psykostimulantia till patienter som inte har en diagnos som stödjer behandlingen.

Säkra att patienter med annan etnisk bakgrund och deras familjer får adekvata insatser

Antalet personer med annan etnisk bakgrund än svensk har ökat i den psykiatriska tvångsvården. De har också oftare barn än andra patienter. Det är huvudmannens ansvar att vården är jämlik och anpassad till alla individers behov. Uppgifter som tyder på att så inte är fallet måste följas upp. Det innebär också att alla barn ska behandlas lika oavsett deras familjers sammansättning eller bakgrund, och det bör finnas rutiner för hur information om förälders sjukdom ska lämnas till barn med andra modersmål än svenska.

Socialstyrelsen planerar att:

Fortsätta sitt nationella stöd till utvecklingen

Socialstyrelsen bedriver sedan 2007 ett nationellt stöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Att fortsätta tydliggöra vilka krav som bör ställas på innehåll och kvalitet i den psykiatriska tvångsvården är en del av denna satsning. De åtgärder som Socialstyrelsen anser att huvudmännen bör vidta kan konkretiseras ytterligare och det finns ett behov av att utveckla praktiska verktyg för att genomföra och följa upp dessa åtgärder. Socialstyrelsen har också uppdraget att sammanställa erfarenheter från de hundratalet utvecklingsprojekt som initierades inom ramen för regeringens tidigare satsning på psykiatri och socialtjänst. I samband med att dessa slutredovisas kommer Socialstyrelsen att identifiera vilka som kan bidra till att utveckla ett varierat och behovsanpassat vårdutbud inom den psykiatriska tvångsvården. Även den kompetensutveckling som kommuner och landsting genomför med stöd av de särskilda medel som regeringen avsatt 2008 kommer att sammanställas för att stödja huvudmannens kompetensplanering. Socialstyrelsen arrangerar kontinuerligt konferenser i samtliga län främst för chefer och politiker i kommuner och landsting. Detta forum kommer att användas för att lyfta fram behoven av tydliga uppdrag, tillräckliga resurser och en effektiv uppföljning av den psykiatriska tvångsvården.

Tydliggöra indikationer för olika läkemedelsbehandlingar

Socialstyrelsen ska i sina kunskapsöversikter och nationella riktlinjer tydliggöra och säkra läkemedelsbehandlingen. I det arbetet är det också viktigt att ta hänsyn till vilka rekommendationerna bör vara vid samsjuklighet, där rekommenderade läkemedelsbehandlingar för de olika sjukdomstillstånden inte kan kombineras.

Följa tvångsvårdens utveckling i patientregistret

Från och med 2009 gäller nya regler för rapportering av vårdtillfällen enligt LPT och LRV till patientregistret. Uppgifterna ska lämnas varje kvartal och, förutom basdata om patienten och angivande av vårdform, innehålla en förteckning över vilka behandlingsinsatser och övriga åtgärder som vidtas. Även uppgifter om vidtagna tvångsåtgärder ska lämnas. Syftet är att på ett bättre sätt kunna beskriva tvångsvårdens innehåll och utveckling genom tillgång till säkra och jämförbara data. Socialstyrelsen kommer under 2009 att ha tät kontakt med landstingen för att stödja inrapporteringen och ge information om vilka uppgifter som ska lämnas. Stor vikt kommer att läggas vid att återföra resultaten till landstingen i den utsträckning sekretesslagen tillåter. Självklart är det av avgörande betydelse att även sjukvårdshuvudmannen vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att skyldigheten att lämna uppgifter till registret ska kunna efterlevas.

Genomföra en verksamhetsutvärdering av den psykiatriska vården

Socialstyrelsen genomför 2009 en nationell verksamhetsutvärdering av hela den psykiatriska vården enligt en modell som tidigare har använts inom hjärtsjukvården. Syftet är att identifiera vårdprocesser, resultat och kostnader och i den mån det är möjligt ställa dessa i relation till varandra. Projektet kommer också att utveckla kvalitetsindikatorer främst utifrån data som kan tas fram ur patientregistret, samt undersöka hur den psykiatriska vården löpande kan följas och hur olika landsting kan följas och jämföras med varandra.

Stödja rättstillämpningen

Med anledning av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård har Socialstyrelsen utfärdat nya föreskrifter för den psykiatriska tvångsvården. Som stöd för tillämpningen av föreskriften utkommer en handbok under 2009. Därutöver besvarar Socialstyrelsen en rad frågor om tillämpningen av den nya lagen. Frågorna samlas och läggs ut på myndighetens webbplats. Denna verksamhet avses fortsätta under hela 2009 och inom ramen för detta kan även andra frågor som rör den psykiatriska tvångsvården besvaras.

Följa upp den nya vårdformen

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp den nya vårdformen och beskriva konsekvenserna för den slutna psykiatriska vården. Socialstyrelsen kommer att följa ett antal av de patienter som omfattas av inventeringen från 2008 och som blir föremål för den nya vårdformen. Socialstyrelsen kommer att beskriva vilka särskilda villkor som länsrätten beslutar för deras vård, vilken vård de får, vilka insatser från socialtjänsten som blir aktuella, hur samverkan mellan den psykiatriska hälso- och sjukvården och socialtjänsten har fungerat och hur de själva och deras närstående upplever den nya vårdformen, sin hälsa och livssituation.

Förstärka tillsynen

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att informera och utbilda vårdpersonal om gällande regelverk för tvångsvård inom psykiatrin, särskilt med avseende på användningen av tvångsåtgärder. Utifrån Socialstyrelsen tillsynserfarenheter och iakttagelser i den här rapporten kommer ett antal brist- och förbättringsområden att identifieras. Inom dessa områden kommer särskilda utbildnings- och informationsinsatser att vidtas. Socialstyrelsens kommer också i sin tillsyn att fokusera på de områden som uppmärksamats i den nya föreskriften om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Det gäller vårdplanering och patientens delaktighet i vården, samt övriga bestämmelser som kan främja patientens rättsäkerhet.

Utarbetar nationella riktlinjer för psykosociala insatser

Under 2009 kommer Socialstyrelsen att publicera en preliminär version av riktlinjer för psykosociala insatser till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Riktlinjerna kommer att behandla en rad insatser som kan vara aktuella för personer som är föremål för psykiatrisk tvångsvård, bl.a. olika psykopedagogiska insatser och sociala träningsprogram. Insatserna som riktlinjerna berör kan också utveckla vård- och stödinnehållet i den öppna psykiatriska vården och i den kommunala socialtjänsten på ett sätt som kan avlasta den psykiatriska tvångsvården.

Inledning

Bakgrund

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa och stödja utvecklingen av kommunernas och landstingens insatser för människor med psykiska funktionshinder och psykisk sjukdom, både inom socialtjänsten och den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Under våren 2008 lade regeringen fram propositionen (2007/08:70) till riksdagen om en ny vårdform, öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Lagen trädde i kraft den 1 september 2008. I samband med införandet beslutade regeringen att ge kommunerna ett statsbidrag, sammanlagt 520 miljoner kronor, för åren 2007 till 2010. Syftet är att förstärka eller fortsätta utbyggnaden av sociala insatser till personer med psykiska funktionshinder och psykisk sjukdom, med tyngdpunkten på att förbereda sig för den nya lagen. Socialstyrelsen fick i samband med införandet av den nya vårdformen ett uppdrag att följa konsekvenserna av den förändrade lagstiftningen. På grund av uppdraget behövde Socialstyrelsen aktuell kunskap om LRV- och LPT- vårdens omfattning och innehåll i Sverige. För att öka möjligheterna till uppföljning av den nya vårdformen och få underlag till detta genomförde Socialstyrelsen en endagsinventering den 6 maj 2008.

I rapporten *”Tvångsvården 2008 – Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008”*, som presenterades den 16 oktober 2008, redovisades individuppgifter om dem som vårdades enligt LRV och LPT samt, via aggregerad data, om dem som var frivilligt vårdade. Uppgifterna i rapporten var av översiktlig karaktär med s.k. bastabeller som främst redovisade antal patienter, kön och ålder m.m.

I arbetet med tvångsvårdsrapporten framkom att det fanns flera uppgifter som behövde analyseras och bearbetas för att ge en fördjupad bild av tvångsvårdens innehåll. Det är den fördjupningen som denna rapport redovisar.

De flesta insatserna inom psykiatrin sker i frivillig form. Det är utgångspunkten för all hälso- och sjukvård. Tvångsvård är alltid att betrakta som ett avsteg från detta och innebär en inskränkning av den enskildes självbestämmande. Tvångsvård¹ är ibland oundgänglig men ska utgöra ett undantag och vården har då ett stort ansvar för såväl innehåll som att bemötandet av den enskilde är rättssäkert och värdigt. Denna rapport omfattar den tvångsvård som inom den psykiatriska hälso- och sjukvården stöds av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Det är viktigt att tydliggöra skillnaderna mellan vård enligt LPT och vård enligt LRV. Vård enligt LRV ges till dem som av domstol överlämnats till

¹ För alla berörda har ordet tvångsvård en stark laddning – Rapport 2006:6 från Nationell psykiatrisamordning ”Så vill vi ha det!”

rättspsykiatrisk vård som en brottspåföljd. Sådant överlämnande får ske beträffande brott för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, om gärningsmannen vid domstillfället lider av en allvarlig psykisk störning och det med hänsyn till hans eller hennes psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk heldygnsvård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Även anhållna, häktade m.fl. kan tvångsvårdas med stöd av LRV.

LPT däremot handlar inte om att den enskilde har begått en brottslig handling. För att tvångsvård enligt LPT ska bli aktuellt måste följande förutsättningar vara uppfyllda (3 §):

”Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).”

Ytterligare en förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vården.

Tvångsvårdens struktur

Rättspsykiatrisk vård

Området rättspsykiatri består dels av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten för vilket Rättsmedicinalverket (RMV) sedan 1991 är huvudman, dels den rättspsykiatriska vården för vilket landstingen är huvudman.

Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten arbetar på uppdrag av domstolarna. Uppgiften är att undersöka om en person som är tilltalad för brott har begått detta under påverkan av en allvarlig psykisk störning samt att undersöka om det finns förutsättningar för att överlämna den misstänkte till rättspsykiatrisk vård. Det finns två slag av rättspsykiatriska utredningar, antingen en ”paragraf 7-utredning” eller en rättspsykiatrisk undersökning (RPU). Bestämmelser om dessa undersökningsformer finns i lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, i förordningen (1991:1431) om rättspsykiatrisk undersökning och i 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. Domstolen bör begära en rättspsykiatrisk undersökning om en person som misstänks ha en allvarlig psykisk störning riskerar att dömas till fängelse. Om undersökningen visar att personen uppfyller kriterierna för vård enligt LRV kan domstolen överlämna honom eller henne till sådan vård. Vård enligt LRV kan ges med eller utan särskild utskrivningsprövning. Vid särskild utskrivningsprövning beslutar förvaltningsdomstol om frigång, permission, överföring till öppen rättspsykiatrisk vård och om vårdens upphörande.

Sjukvårdshuvudmännens skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att erbjuda hälso- och sjukvård omfattar också dem som vårdas enligt LRV. Den rättspsykiatriska vården ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet som allmänt gäller för all hälso- och sjukvård. Kravet på innehåll och kvalitet i vården är i stora delar detsamma som inom den övriga vården med undantag av den rättspsykiatriska vården också ska ha inriktningen att förebygga återfall i brott.

Tvångsvård enligt LPT

Av 1 § LPT framgår att föreskrifterna i hälso- och sjukvården gäller all psykiatrisk vård. Bestämmelserna i LPT ska ses som undantagsregler i förhållande till hälso- och sjukvårdslagen. Patienter som tvångsvårdas har rätt till en god vård som bygger på respekt för deras självbestämmande och integritet. För att någon ska kunna vårdas mot sin vilja krävs att den personen lider av en allvarlig psykisk störning (3 §). Det ska också finnas ett behov av heldygnsvård på sjukhus. I bedömningen av vårdbehovet ska läkaren bl.a. ta hänsyn till om personen till följd av sin psykiska störning är farlig för någon annan persons fysiska eller psykiska hälsa. En tredje förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vården. Om en person ska kunna omhändertas för vård mot sin vilja krävs en särskild läkarundersökning, och om det finns sannolika skäl att de ovanstående förutsättningarna är uppfyllda kan läkaren utfärda ett vårdintyg (4 §). Frågan för intagning för tvångsvård ska avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen med vårdintyg (6 b §), vilket ska göras av chefsöverläkaren. Medan frågan om intagning avgörs får personen hindras att lämna vårdinrättningen, förutsatt att beslut om kvarhållning har fattats (6 §).

En patient som är intagen på en psykiatrisk vårdinrättning för frivillig vård kan under vissa förutsättningar föras över till tvångsvård (konvertering). För att det ska vara möjligt ska förutsättningarna för tvångsvård vara uppfyllda och dessutom ska det vara risk för att patienten till följd av sin psykiska störning kan skada sig själv eller någon annan (11 §). För att fatta ett beslut om konvertering måste det först finnas ett vårdintyg (11 §), och beslutet om konvertering måste fattas inom 24 timmar efter det att vårdintyget utfärdats. När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, ska beslutet av chefsöverläkaren senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning (12 §).

Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Den 1 september 2008 trädde nya bestämmelser i LPT respektive LRV om en ny vårdform i kraft – öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Vårdformen innebär bl.a. att patienter som vårdas i den slutna psykiatriska tvångsvården under vissa förutsättningar kan överföras till vård utanför sjukvårdsinrättningen. Chefsöverläkaren ansöker om sådan vård hos allmän förvaltningsdomstol (länsrätt). Den nya vårdformen ska anpassas till varje patients individuella behov av vård och insatser och förutsätter i de flesta fall ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Till ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiat-

risk vård ska fogas en samordnad vårdplan. Den samordnade vårdplanen ska bl.a. innehålla patientens behov av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård, beslutade insatser samt vilken enhet som ansvarar för respektive insats.

Rapportens struktur

Resultaten från endagsinventeringen redovisas i två avsnitt. Det första beskriver utvecklingen över tid i den rättspsykiatriska vården och det andra analyserar innehållet i vården utifrån de kvalitetsaspekter som begreppet god vård omfattar. Socialstyrelsens slutsatser och förslag har redovisats i det inledande avsnittet.

Metod

Socialstyrelsen genomförde den 6 maj 2008 en inventering av samtliga patienter som den aktuella dagen vårdades enligt LPT eller LRV. Inventeringen innebar att chefsöverläkaren vid varje psykiatrisk klinik rapporterade vårdförhållanden m.m. för varje inskriven patient (både inläggande och permitterade). Materialet skulle, förutom att ge en bild av tvångsvårdens omfattning och innehåll vid inventeringstillfället, också kunna ge ett underlag för jämförelser över tid av tvångsvårdens utveckling. Tidigare inventeringsdata från rättspsykiatrin finns för åren 1991, 1995 och 2005, varav material från 1995 och 2005 har använts i denna rapport. Inventeringen ska också användas som ett av flera underlag i Socialstyrelsens uppföljning av den nya vårdformen, öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, som trädde i kraft 1 september 2008.

Resultatets tillförlitlighet

Materialet får antas vara heltäckande. Jämförelser med tidigare och andra material gör att bortfallet av enskilda patienter i denna inventering får förmodas vara litet. Bortfallet på enskilda frågor är också litet, men varierar lite över vilka förhållanden som ska belysas. Dit hör t.ex. uppgifterna om insatser för patienterna, speciellt vilka omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. som förekom, där en viss underrapportering kan förmodas. Bristande kännedom om insatserna jämfört med kännedom om vad läkemedelsbehandlingen omfattar kan leda till en sådan underrapportering. Resultaten vad gäller behandlingsinnehållet får därför beaktas som en indikation på hur innehållet i vården ser ut för de tvångsvårdade patienterna, snarare än en beskrivning av ett faktiskt och väldefinierat vårdinnehåll.

Utveckling av den psykiatriska vården

Antalet platser inom den psykiatriska slutenvården har minskat alltsedan landstingen övertog ansvaret för mentalsjukhusen 1967. Utbyggnaden av öppenvården genom den s.k. sektoriseringen mellan 1975 – 1985 drev på utvecklingen i samma riktning. Psykiatrireformen 1995 innebar att socialtjänsten tog ansvar för boendet för ett stort antal personer som tidigare hade vårdats framförallt på de psykiatriska sjukhemmen. Minskningen har emellertid medfört att vårdtyngden ökat på de kvarvarande platserna eftersom det är de sjukaste patienterna som prioriteras för slutenvård. I rapporten *Tvångsvården 2008 – Sammanställning av inventeringen den 6 maj 2008* redovisades att under den dagen fanns en beläggning på 99 procent (Socialstyrelsen 2008).

Socialstyrelsen har regelbundet genomfört endagsinventeringar av den psykiatriska slutenvården. Dessa inventeringar har också omfattat tvångsvården, både den som skett enligt LPT och enligt LRV. Utifrån dessa inventeringar har Socialstyrelsen samlat information om patienterna och deras vård vilket gör att det nu finns material för en tidsperiod över 17 år.

Tabell 1 visar antalet inneliggande, slutenvårdade patienter vid fem endagsinventeringar 1991, 1994, 1997, 2005 och 2008 uppdelade på frivillig vård (enligt HSL) och tvångsvård (enligt LPT respektive LRV).

Tabell 1. Antal inneliggande patienter i psykiatrisk slutenvård efter vårdform, jämförelse mellan inventeringarna 1991, 1994, 1997, 2005 och 2008

	1991	1994	1997	2005	2008
Vårdform	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
Frivillig	8 929	6 614	4 025	2 321	2 285
LPT (motsv.)	1 922	1 108	931	855	904
LRV (motsv.)	837	725	770	938	868
Summa	11 688	8 447	5 726	4 114	4 057

Patienter inom den frivilliga slutenvården har minskat kraftigt mellan 1991 och 2005 för att sedan plana ut 2008. Tvångsvårdade patienter enligt LPT har framförallt minskat efter 1992 då de nya tvångsvårdslagarna trädde i kraft.

Personer vårdade enligt LRV

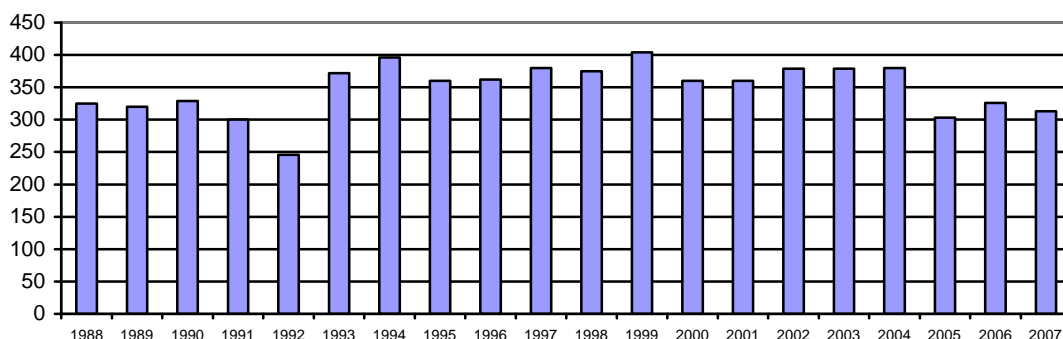
Den rättspsykiatriska vården (LRV) har speciellt inventerats vid tre tillfällen; 1995, 2005² och 2008. I tabell 2 redovisas fördelningen av personer inom denna vård efter vårdform vid de olika inventeringstillfällena. Antalet personer har totalt ökat med drygt femtio procent mellan 1995 och 2008.

Tabell 2. Personer vårdade enligt LRV 1995, 2005 och 2008 fördelat på vårdform, antal och procent

Vårdform	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Från kriminalvård	47	5	34	2	55	4
LRV-utan sup	99	10	133	9	161	10
LRV-med sup	829 ³	85	1259 ⁴	89	1303	86
Summa	975	100	1 426	100	1 519	100

När man diskuterar ökningen av patienter som vårdas enligt LRV ställs alltid frågan om det är fler personer som överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Svaret är att antalet personer överlämnade till rättspsykiatrisk vård har varit tämligen konstant under perioden från 1998 till 2004. Från och med 2005 till 2007 har antalet personer som överlämnats till rättspsykiatrisk vård minskat. Detta redovisas i diagram 1.

Diagram 1. Antal LRV-dömda från år 1988 till 2007⁵



Ökningen av antalet patienter beror främst på att vårdtiderna har förlängts under senare år. Faktorer som kan diskuteras i samband med förlängda vårdtider är t.ex. länsrätternas bedömningar om permission och utskrivning. När den nya lagen om öppen rättspsykiatrisk vård har trätt i kraft från 1 september 2008, är det viktigt att följa utvecklingen av utskrivningar m.m. och speciellt vårdtiderna för denna grupp.

² Den rättspsykiatriska vården 2005 – Sammanställning av inventering den 18 maj 2005, Socialstyrelsen, 2005

³ Inkl 86 O-fall

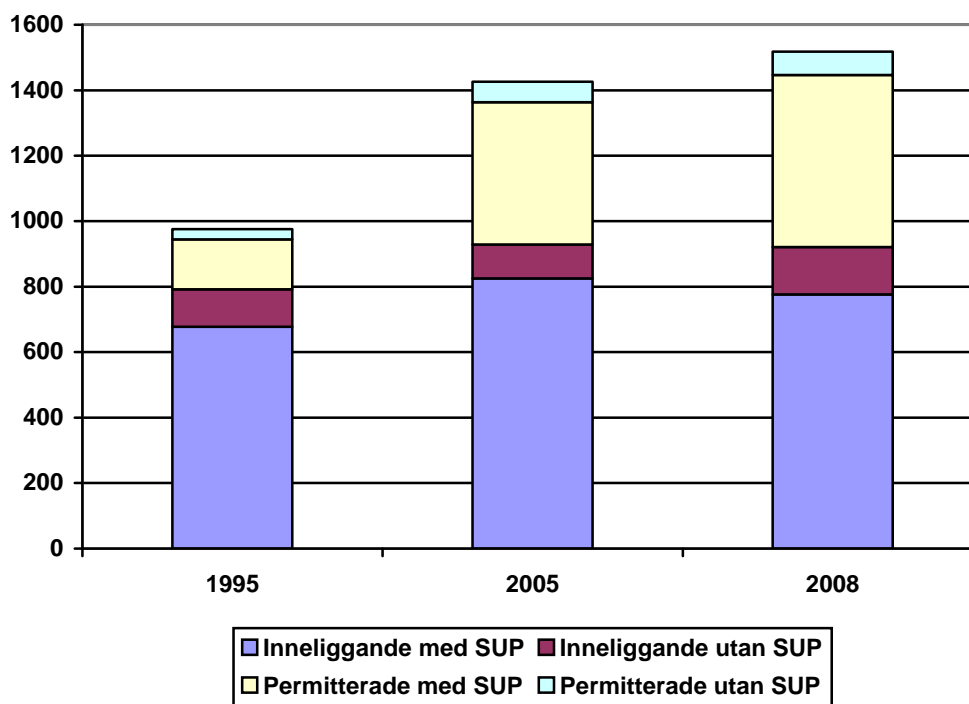
⁴ Inkl 22 O-fall

⁵ Kriminalstatistik, BRÅ, 2007

Patienter inom rättspsykiatrisk vård kan, vid ett inventeringstillfälle, antingen befinna sig på permission eller vara ineliggande. Det kan i båda fallen gälla personer som har förbehållet särskild utskrivningsprövning, d.v.s. att länsrätten bestämmer om permission eller ej.

I diagram 2 redovisas fördelningen av ineliggande och permitterade patienter vid inventeringstillfällena samt med eller utan särskild utskrivningsprövning.

Diagram 2. Antal personer vårdade inom LRV-vård 1995, 2005 och 2008 fördelade på ineliggande eller på permission samt med eller utan särskild utskrivningsprövning



Ökningen av antalet personer inom LRV-vård över jämförelseperioderna beror också på att personer i allt högre utsträckning vårdas med permissioner⁶. Ineliggande personer med särskild utskrivningsprövning har ökat med 15 procent mellan 1995 och 2008.

⁶Under inventeringen 2008 fanns 595 patienter enligt LRV med eller utan SUP på permission och de var permitterade till eget ordinarie boende i 34 procent, hos närstående 5 procent, gruppboende i 26 procent, Hem för vård och boende (HVB) i 13 procent, behandlingshem i 21 procent och övriga boenden (t.ex. utslussningslägenhet eller LRV-boende) i 1 procent.

Inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning inom den rättspsykiatriska vården

I följande avsnitt jämförs personer som är inneliggande inom den rättspsykiatriska vården och som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning vid tre inventeringar 1995, 2005 och 2008. De utgör ofta en grupp med långa vårdtider och informationen om dem belyser aspekter av den rättspsykiatriska vårdens innehåll.

Kön och ålder

I tabell 3 redovisas fördelningen på köns- och åldersgrupper.

Tabell 3. Inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning – kön och ålder vid de tre mätillfällena - antal personer och procent

Ålder	1995				2005				2008			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%
-17	-	-	1	2	1	-	-	-	3	-	-	-
18-24	52	8	6	10	64	9	13	12	69	10	12	11
25-34	196	32	18	30	182	25	23	22	187	28	31	28
35-44	216	35	24	41	232	32	41	39	201	30	40	36
45-54	105	17	9	15	155	22	19	18	131	20	21	19
55-64	36	6	1	2	57	8	7	7	50	8	6	5
65-w	12	2	-	-	29	4	2	2	24	4	1	1
Summa	617	100	59	100	720	100	105	100	665	100	111	100

I stapeldiagram 3 åskådliggörs tabell tre.

Diagram 3a. Antal män

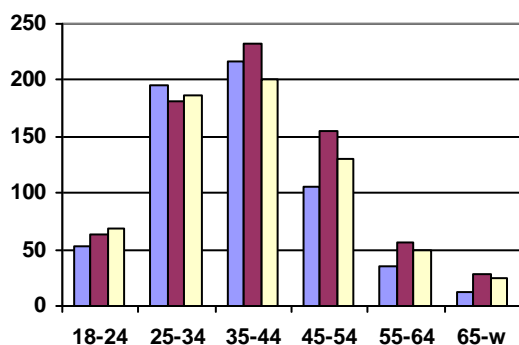
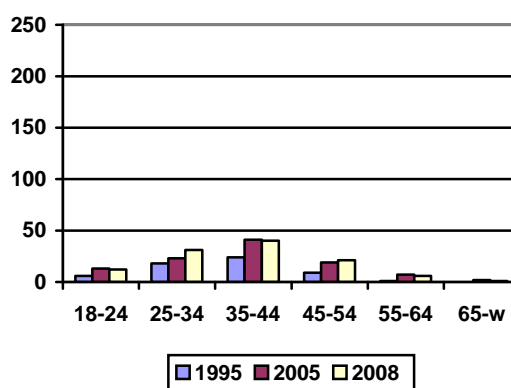


Diagram 3b. Antal kvinnor



Männen dominerar vid de olika inventeringstillfällena och utgör cirka 87 procent vid samtliga tillfällen. Åldersgruppen 35-44 år dominerar för både män och kvinnor. Den stora överrepresentationen av män inom den rätts-

psykiatriska vården kan problematiseras. Vad innebär det för utformningen av vården och vårdmiljön att kvinnor är en minoritet och männen är en majoritet? I en studie av vårdavdelningsmiljö inom rättspsykiatri visade det sig att avdelningarna med endast kvinnliga patienter präglas av relations- och insiktsorienterat innehåll och miljön var generellt positivare. Enkönade manliga avdelningar hade mer av ”mixade” grupper där personer med olika diagnoser vårdades (Brunt, D., Växjö, 2008).

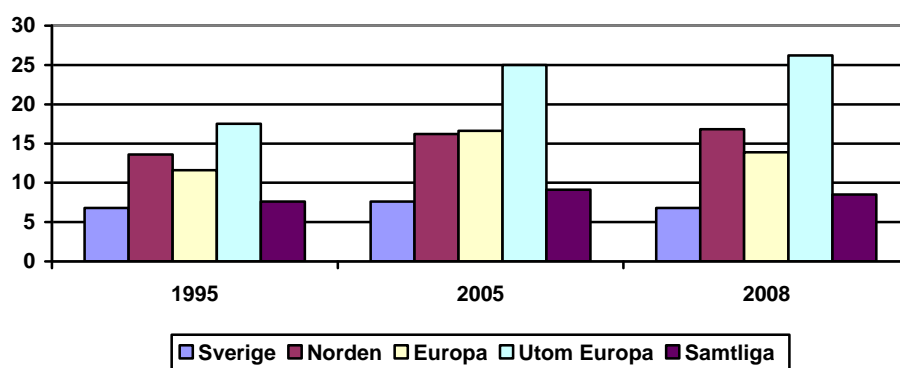
Födelseland

Antalet och andelen personer med angiven födelseort utanför Norden har ökat över perioden. Det gäller särskilt personer från utomeuropeiska länder. Relativt sett utgör dessa personer emellertid en liten andel av samtliga inom vårdformen, där personer med svensk nationalitet är tiofald fler. Tabell 4 nedan visar detta förhållande. Ser man till antalet i de olika grupperna i förhållande till deras förekomst i befolkningen (antal per 100 000 i respektive nationalitetsgrupp) blir dock skillnaderna betydande (diagram 4).

Tabell 4. Inneliggande patienter enligt LRV med särskild utskrivningsprövning och födelseland – antal personer och procent

Födelseland	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Sverige	533	80	607	74	541	70
Norden	42	6	44	5	39	5
Europa	41	6	60	7	61	8
Utom Europa	54	8	113	14	135	17
Summa	670	100	824	100	776	100

Diagram 4. Antal personer per 100 000 i respektive nationalitetsgrupp



En vidare analys av ett antal förhållanden i materialet visar att ökningen av antalet personer med utomeuropeiskt födelseland utgörs av personer med schizofrenidiagnos och där brottsrubriceringen gäller tillgreppsbrott, rån och narkotikabrott⁷. Ingen signifikant ökning för dessa personer kan tillskrivas

⁷ I en undersökning av 4 466 personer som genomgick rättspsykiatrisk undersökning 1998 – 2004 fann man en överrepresentation av invandrare och bland dem att psykosdiagnos var

andra diagnoser eller brottstyper som t.ex. de allvarligaste våldsbrotten (mord, dråp, vållande till annans död, mordbrand). De har också en betydligt kortare vårdtid än övriga etniska grupper. Personer med schizofrenidiagnos har ett stort behov av medicinska och sociala insatser och behöver detta tidigt i ett sjukdomsförlopp. Erfarenheterna visar att utlandsfödda personer med psykisk problematik söker/erhåller adekvat vård i mindre utsträckning än andra. Risken kan förmodas vara större för dessa personer att klara av att leva i samhället utan ett sådant adekvat stöd (Socialstyrelsen 2008:4).

Etnicitet och födelselandets betydelse i detta sammanhang behöver utvecklas mer men det är av vikt att redan här problematisera den stora relativa andel födda utanför Norden som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning.

Faktorer som migrationen och orsaken till denna kan påverka den förhöjda andelen inom rättspsykiatri och behöver utredas mer. (Melzer, D., Fryers, T. & Jenkins, R, (2004); Östman, M (2008)).

Det är inte möjligt utifrån denna inventering att förklara varför patientgruppen med utomeuropeisk härkomst ökar inom rättspsykiatri.

Brottstyp

Uppgiftslämnarna anger vilken brottstyp som föranlett överlämnandet till den rättspsykiatriska vården. I tabell 5 har en indelning genomförts i huvudtyper och vanligast förekommande brott.

Tabell 5. Brottstyp bland personer inom LRV-vård med särskild utskrivningsprövning 1995, 2005 och 2008 - antal personer och procent

Brottstyp	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mord, dråp, vållande	161	24	174	21	150	19
Våldtäkt, sexualbrott	72	10	80	10	64	8
Rån	32	5	28	3	35	5
Grov misshandel	45	7	88	11	66	9
Olaga hot/misshandel	174	26	253	31	228	29
Mordbrand	74	11	91	11	97	12
Övrigt	95	14	107	13	98	13
Uppgift saknas	24	3	4	0	38	5
Summa	677	100	825	100	776	100

Olaga hot/misshandel är den brottstyp som är vanligast under perioden. I övrigt är brottsrubriceringen förhållandevis lika över perioden. En undersökning av om förändrade diagnoser bland de olika patientgrupperna hade någon inverkan på brottsfördelningen över perioden visade inga sådana skillnader.

vanligare förekommande än bland infödda svenskar. (Läkartidningen, nr 22, 2007, volym 104).

Diagnoser

Diagnoser har klassificerats enligt olika system 1995 jämfört med 2005 och 2008. 1995 skedde klassificeringen enligt ICD-9 och under de efterföljande perioderna enligt ICD-10. En konvertering har genomförts så att diagnosgrupperna 1995 motsvarar dem under den senare perioden. Tabell 6 nedan visar fördelningen i de huvudgrupper som ICD-10 är indelad i vad gäller psykiatrisk diagnostik.

Tabell 6. Huvuddiagnoser enligt ICD-10 bland inneliggande personer med särskild utskrivningsprövning inom LRV-vård 1995, 2005 och 2008 – antal personer och procent

Huvuddiagnoser	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hjärnskadesyndrom (F0)	35	5	17	2	16	2
Missbruk (F1)	25	4	42	5	41	5
Schizofreni, vanförest. (F2)	281	41	467	57	436	56
Andra psykoser (inkl. förstämningssyndrom (F3)	101	15	46	6	32	4
Tvångssyndrom (F4)	33	5	16	2	12	2
Personlighetsst. inkl beteendest. (F5-F6)	176	26	148	18	108	14
Utvecklingsst. (F7)	5	1	12	1	15	2
"Beteendestörningar i utvecklingen (F8-F9)	16	2	72	9	112	14
Huvuddiagnos saknas	5	1	5	0	4	1
Summa	677	100	825	100	776	100

Personer med schizofrenidiagnos är vanligast och ökade under perioden, framförallt från år 2005. Antalet personer med personlighetstörningar och andra psykoser förutom schizofreni har minskat medan beteendestörningar i utvecklingen har ökat. Detta kan förmodligen tillskrivas den förbättrade diagnostiken där dessa förstnämnda diagnoser framförallt har fått ge vika till följd av den ökade kunskapen om neuropsykiatriska diagnoser.

Missbruk

I ovanstående tabell 6 utgör missbruk som första diagnos en relativt liten andel (cirka fem procent). Missbruk betraktas i allmänhet inte som en huvuddiagnos om det inte är en dominerande behandlingsorsak, vilket det inte alltid är. Däremot är missbruk ofta en väsentlig och bidragande orsak, tillsammans med andra psykiatriska huvuddiagnoser, till att behandlingsbilden kompliceras avsevärt.

Oberoende om missbruksdiagnos förekom gjorde personalen en bedömning om någon form av missbruk förelåg vid inventeringstillfället. Tabell 7 visar att uppgiftslämnaren bedömde att sådant missbruk var betydligt mer omfattande än vad som angivits under huvuddiagnos. Cirka hälften av pati-

enterna bedömdes ha ett missbruk 1995 och 2005 och en något mindre andel 2008.

Tabell 7. Bedömning om någon form av missbruk föreligger vid inventeringstillfället bland inneliggande patienter enligt LRV med särskild utskrivningsprövning, jämförelse mellan 1995, 2005 och 2008 – antal personer och procent

Missbruk bedöms föreligga	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ja	339	50	386	47	298	38
Nej	338	50	439	53	478	62
Summa	677	100	825	100	776	100

I materialet från 2005 och 2008 finns uppgifter om förekomsten av missbruksbehandling. 260 patienter (32 procent) uppgavs ha sådan behandling 2005 och 167 (22 procent) 2008. Det är en mindre andel som behandlas för sitt missbruk 2008.

I tidigare undersökningar av faktorer som påverkar återfall i brott bland rättspsykiatriska patienter har förekomsten av missbruk och missbruksbehandling framhävts som en viktig faktor för att förebygga ett sådant utfall (Socialstyrelsen, 2002). Med avseende på risk för återfall i brott kan också missbruket/beroendet av alkohol och/eller narkotika och andra droger vara den direkta utlösande faktorn. Dessa faktorer sammantaget gör att det är angeläget att identifiera och behandla missbruk/beroende.

I en avhandling från Lund om riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom visades att en fjärdedel av dem som ingick i studien rapporterade ett riskbruk eller skadligt bruk av alkohol eller narkotika, eller båda. Den betydelse som de enskilda lade i sitt riskbruk var bland annat att det skapade en känsla av grupptillhörighet och hade en betydelse för självupplevelsen. Endast en uppgav att det minskade de psykiatriska symtomen. Riskbruket eller det skadliga bruket gav också känslor av obehag, personlighetsförändringar och en vilshenhet samt ett utanförskap i samhället som ökade psykosymtomen (Gunilla Cruce 2008, Lunds Universitet).

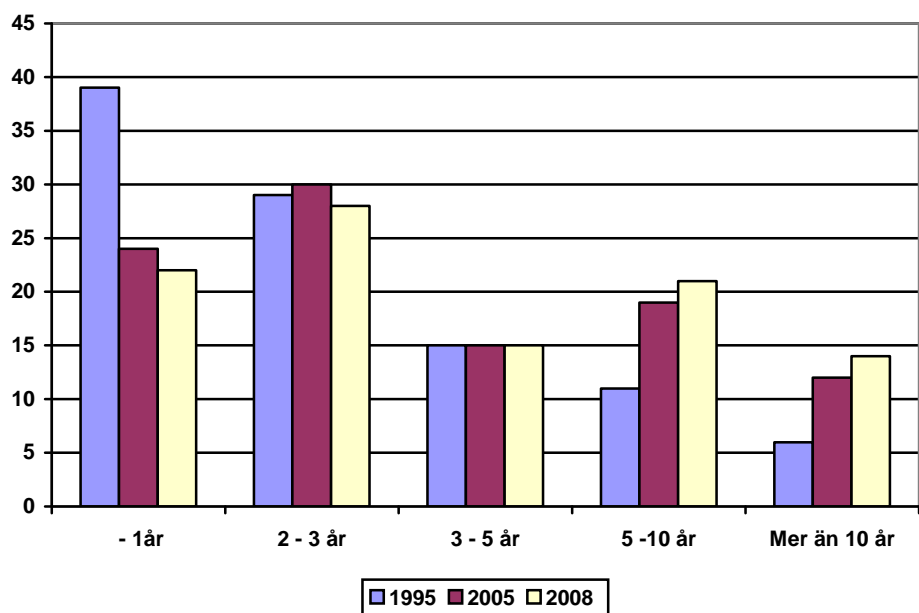
Vårtider

I tabell 8 eller diagram 5 visas att vårdtiden har ökat från 1995 till 2008. En vidare analys visar att det främst gäller personer med diagnosen personlighetsstörning och som har begått mer allvarliga brott såsom mord, dråp, vållande till annans död, sexualbrott samt mordbrand och som har en längre vårdtid, mer än 5 år, över perioden.

Tabell 8. Jämförelse mellan 1995, 2005 och 2008 av vårdtider för patienter som vårdas inläggande enligt LRV med särskild utskrivningsprövning - antal personer och procent

Vårdtider	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
- 1 år	261	39	194	24	173	22
1 – 3 år	199	29	250	30	215	28
3 – 5 år	100	15	121	15	113	15
5 – 10 år	75	11	60	19	163	21
10 år -	42	6	100	12	112	14
Summa	677	100	825	100	776	100

Diagram 5. Andelen inläggande personer enligt LRV med särskild utskrivningsprövning och deras vårdtider jämfört med inventeringarna 1995, 2005 och 2008



Behandlingsinsatser

Patienter som vårdas inom rättspsykiatri karakteriseras ofta av att ha sammansatta behov av olika insatser för att förhindra återfall i sjukdom, missbruk, social instabilitet och att minska återfall i brottslighet. För att tillgodose dessa behov krävs det en kombination av insatser som också inkluderar en analys av de beteenden som är relaterade till återfall i brott. (Community Mental Health Journal 2007;43:5:527-544.)

Uppgifter om behandlingsinsatser föreligger endast för åren 1995 och 2008. En gruppering av behandling/insatser i grova kategorier anges i tabell 9.

Tabell 9. Läkemedels-, psykologisk behandling samt psykosociala insatser för inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning inom LRV-vården 1995 och 2008

Behandlingsinsatser	Samtliga 1995 (N=677)	Samtliga 2008 (N=776)	Förändring ± %
Läkemedelsbehandling			
Antal	564	681	
(%)	(83)	(88)	+ 21
Psykologiska behandlingsformer			
Antal			
(%)	368 (54)	242 (31)	- 34
Sysselsättning/Vardagsstruktur			
Antal			
(%)	436 (64)	631 (81)	+45
Samtliga insatser ovan			
Antal	219	188	
(%)	(32)	(24)	-14

En förändring av insatserna från psykologiska behandlingsmetoder till både en ökad läkemedelsbehandling och insatser inriktade mot omvårdnad/rehabiliterings och psykosociala insatser kan noteras. Personer som får insatser inom samtliga områden har minskat med 14 procent.

Förändringarna beror inte på skillnader i den diagnostiska sammansättningen vid de två olika mätillfällena. Det kan finnas många olika förklaringar till förändringar i insatserna alltifrån ett förändrat synsätt, behandlingsriktlinjer, tillgång och utbud samt ökad specialisering mot särskilda behandlingsmetoder. En trolig förklaring kan också vara att det som här betecknas sysselsättning/vardagsstruktur har utvecklats under åren och allt mer kommit att innehålla psykologiska moment i kombination med rehabiliterande insatser vilket har inneburit att renodlade psykologiska behandlingsmetoder (på t.ex. psykodynamisk grund) har minskat.

Olika vårdinrättningar bedriver rättspsykiatrisk vård

Den rättspsykiatriska vården bedrivs bland annat vid särskilda rättspsykiatriska regionvårdsenheter (Umeå, Sundsvall, Säter, Katrineholm, Vadstena och Växjö). Där finns speciell kompetens samlad för att förmedla vård till denna patientgrupp liksom särskilda säkerhetsarrangemang. Rättspsykiatrisk vård bedrivs även på länsenheter och inom allmänpsykiatriska vårdenheter. Alla vårdinrättningar omfattas av särskilda föreskrifter om säkerhet m.m. (SOSFS 2006:9).

Tabell 10. Jämförelser mellan inneliggande LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning vid endagsinventering 1995, 2005 och 2008 uppdelat efter olika psykiatriska vårdenheter – i antal personer och procent

Vårdnivå	1995		2005		2008		Förändring
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Procent
Rättspsykiatrisk regionvårdsenhet	299	44	330	40	361	46	+21
Länsenheter	196	29	401	49	300	39	+ 53
Övriga	179	27	94	11	115	15	-39
Totalt	674	100	825	100	776	100	+ 15

En ökning av antalet patienter som vårdas på rättspsykiatriska regionvårds- och länsenheter kan noteras liksom en motsvarande minskning av antalet av dem som vårdas på allmänpsykiatriska vårdenheter. Detta kan förklaras av att landstingen sedan 1995 har byggt upp resurser för att bättre kunna tillgodose samhällsskyddet och rättssäkerheten i samband med den rättspsykiatriska vården. Landstingen har också strävat mot en mer homogen patientsammansättning, dvs. att inte vårda rättspsykiatriska patienter som kräver en helt annan säkerhet tillsammans med allmänpsykiatriska och frivilligt vårdade patienter.

Utomlänspatienter

Tabell 11. Jämförelse mellan inneliggande LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning vid endagsinventeringarna 1995, 2005 och 2008 uppdelat efter läns-tillhörighet – antal personer och procent

LRV-patienter vårdade:	1995		2005		2008	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Inom hemlandet	455	68	599	73	542	70
Utom hemlandet	216	32	219	27	229	30
Samtliga	671	100	818	100	771	100

Det finns ingen signifikant skillnad i placeringen av personer som döms till vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Det handlar mer om var det finns plats för vård och vilket säkerhet som behövs för patienten.

God psykiatrisk tvångsvård

Enligt HSL 2 a § ska bl.a. all sjukvård:

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Ledningen ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen publicerade 2006 *God vård, en vägledning till föreskriften (SOSFS 2006:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*. Krav på god vård beskrivs i vägledningen enligt sex olika kvalitetsområden. Dessa kvalitetsområden har legat till grund för vår analys av tvångsvården i denna fördjupade rapport. God vård beskriver följande kvalitetsaspekter:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- effektiv vård
- jämlik vård
- vård i rimlig tid

Redovisningen i detta kapitel om god psykiatrisk tvångsvård är strukturerad efter de sex olika kvalitetsaspekterna.

Genom att utgå från dessa kvalitetsaspekter i analysen understryks vikten av att den psykiatriska tvångsvården beskrivs och granskas utifrån samma utgångspunkter som all övrig vård. En granskning av vårdens innehåll där dessa kvalitetsaspekter utgör den grundläggande strukturen är emellertid inte är oproblematis, främst därför att aspekterna inte alltid kan skiljas från varandra. Exempelvis kan förekomsten av vissa behandlingsinsatser för en viss patientkategori analyseras både utifrån om vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig och utifrån om den är säker. Socialstyrelsen har därför löpande under respektive rubrik beskrivit varför myndigheten anser att en viss del av innehållet i den psykiatriska vården kan beskrivas under respektive kvalitetsaspekt.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenheter och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. En ändamålsenlig vård kräver att insatser inom olika områden samordnas.

Innehåll i ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvården

I denna studie har Socialstyrelsen utgått från vilken/vilka pågående behandlingsinsatser patienten hade den 6 maj 2008, därefter har insatserna kategoriserat i tre områden. Kategorierna är:

1. Medicinsk behandling: om patienten har en pågående läkemedelsbehandling, i rapporten redovisas vissa typer av läkemedelsbehandling var för sig.
2. Psykologisk behandling: psykodynamiskt inriktad terapi, kognitiv beteendeterapi (KBT), dialektisk beteendeterapi (DBT), bild- eller musikterapi
3. Omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m.: omvårdnad, rehabilitering arbetsterapi, vardagsträning, fysisk aktivitet, kulturella aktiviteter, rådgivning i sociala frågor, psykopedagogiska insatser såsom t.ex. familjeintervention eller ESL (Ett Självständigt Liv).

De tre grupperna kan kombineras med varandra. Dessa tre insatskategorier får generellt anses vara kunskapsbaserade då det finns stöd för att samtliga har effekt i behandlingen av de vanligaste psykiatriska diagnoserna, även om det skiljer sig mellan olika diagnoser, tillstånd och situationer vilka insatser som har starkast evidens för olika typer av effekter. För patienter med en sådan allvarlig problematik att den föranleder psykiatrisk tvångsvård är det ofta ändamålsenligt och kunskapsbaserat att ge insatserna på flera behovsområden samtidigt. Detta har också kommit till uttryck i Socialstyrelsens meddelandeblad om samverkan och vårdplanering från oktober 2008 där det framgår att insatser bör ges på en rad områden när det är relevant utifrån patientens hälsotillstånd och behov. I vilken utsträckning detta sker kan därför användas för en analys om den psykiatriska tvångsvården är ändamålsenligt.

Får patienten allsidiga insatser?

Socialstyrelsen har valt att titta på om patienterna som får vård enligt LPT (tabell 12) eller enligt LRV (tabell 13) får insatser som är ensidiga eller allsidiga beroende på vilken vårdenhet de vårdas inom.

Personer som vårdas enligt LPT

Tabell 12. Olika psykiatriska vårdenheter och insatser för patienter som vårdas enligt LPT – antal personer och procent

Insatser	Rättspsykiatrisk enhet		Länsenhet		Allmänpsykiatrisk vårdenhet		Samtliga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	-	-	-	-	13	2	13	1
Endast medicinsk	13	20	39	31	292	41	344	39
Endast psykologisk	-	-	-	-	3	-	3	-
Enbart omvårdnad, rehabilitering m.m.	1	2	1	1	7	1	9	1
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	28	43	66	52	317	45	411	46
Medicinsk och psykologiska	1	2	3	2	17	2	21	2
Psykologisk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	1	2	-	-	1	-	2	-
Insatser från alla tre områden	20	31	17	14	63	9	100	11
Summa	64	100	126	100	713	100	903	100

Av de patienter som tvångsvårdas enligt LPT vårdas 79 procent på en allmänpsykiatrisk vårdenhet. Det finns patienter som tvångsvårdas som behöver ett högre säkerhetsskydd och som placeras på en rättspsykiatrisk klinik. 7 procent av LPT-patienterna vårdades på en rättspsykiatrisk regionvårdenhet. De två vanligaste diagnoserna för dem är schizofrenidiagnos (24 personer) och diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning (14 personer). De andra 26 personer har varierande diagnoser såsom beteendestörningar, störningar av den psykiska utvecklingen, bipolär sjukdom och övriga psykoser.

Den vanligaste insatsen, är medicinsk behandling och omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. Det finns dock några skillnader beroende på inom vilken vårdenhet patienterna vårdas. Inom allmänpsykiatriska vårdenheter får 41 procent endast medicinsk behandling. Rättspsykiatriska regionvårdenheterna erbjuder i högre utsträckning LPT-patienterna allsidiga insatser, dvs. 31 procent av patienterna som vårdas på denna nivå får insatser från alla områden medan motsvarande siffra för länsenheter är 14 procent och för allmänpsykiatriska vårdenheter 9 procent.

Personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

Tabell 13 redovisar olika psykiatriska vårdenheter och insatser för patienter som vårdas enligt LRV.

Tabell 13. Olika psykiatriska vårdenheter och insatser för patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning – antal personer och procent

Insatser	Rättspsykiat- risk enhet		Länsenhet		Allmänpsykiat- risk vårdenhet		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	19	5	10	3	2	2	31	4
Endast medicinsk	40	11	39	13	17	15	96	12
Endast psykolo- gisk	1	-	-	-	-	-	1	-
Enbart omvård- nad, rehabilitering m.m.	13	4	7	2	3	3	23	3
Medicinsk och omvårdnad, reha- bilitering m.m.	150	41	161	54	75	65	386	50
Medicinsk och psykologisk	7	2	5	2	1	1	13	2
Psykologisk och omvårdnad, reha- bilitering m.m.	28	8	10	3	2	1	40	5
Insatser från alla tre områden	103	29	68	23	15	13	186	24
Summa	361	100	300	100	115	100	776	100

Av patienter som tvångsvårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning vårdas 15 procent på allmänpsykiatriska vårdenheter. Av dessa har 51 schizofreni, 14 personlighetsstörningar varav 5 instabil emotionell personlighetsstörning, 31 övriga psykosor, 8 missbruk och 11 övriga diagnoser.

Det finns inga skillnader i brott eller diagnoser som förklarar varför en del patienter vårdas inom rättspsykiatrisk regionvårdsenhet, länsenhet eller allmänpsykiatriska vårdenheter. En förklaring kan vara att det beror på närhetsprincipen. Den vanligaste insatsen för patienter enligt LRV är medicinsk behandling och omvårdnad/rehabilitering m.m. oavsett vilken psykiatrisk vårdenhet som ger vården.

En skillnad som går att utläsa av tabellen är att rättspsykiatriska regionvårdsenheter i högre utsträckning ger insatser från de tre olika insatsområdena än vad länsenhet och allmänpsykiatriska vårdenheter gör. Generellt tycks det vara så att utbudet av insatser är mindre eller ges i mindre omfattning inom allmänpsykiatrisk vårdenhet oavsett under vilken vårdform vården bedrivs. Det finns med all säkerhet stora skillnader i vårdens organisation mellan rättspsykiatrin och allmänpsykiatrin. Rättspsykiatrin har ett tydligare uppdrag och större möjligheter till en strukturerad verksamhet. Ett

uppdrag som rättspsykiatri har är att minska återfall till allvarlig brottslighet vilket kan medföra att vårdtiderna blir längre.

Ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård för äldre

Äldre personers psykiska ohälsa är generellt ett eftersatt område inom hälso- och sjukvården och även de äldre som vårdas enligt LRV och enligt LPT behöver uppmärksammas mer. Antalet personer över 65 år som vårdas med stöd av någon av dessa tvångslagar är relativt litet (195 personer) men i denna grupp återfinns samtidigt de patienter som har mycket långa vårdtider, 40–47 år. Dessa personer har gått in i sitt åldrande under den långa vårdtiden vilket väcker frågor om det aktuella vårdbehovet och i vilken utsträckning nuvarande vårdform fyller detta behov.

De flesta i gruppen äldre över 65 år vårdades enligt LPT men det finns också 46 äldre personer i den rättspsykiatriska vården.

Tabell 14. Patienter över 65 år som vårdas enligt LPT eller LRV⁸ - antal personer och procent

Insatser	LRV		LPT		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	3	6	4	3	7	3
Endast medicinsk	10	22	88	59	98	50
Endast psykologisk	-	-	-	-	-	-
Enbart omvårdnad, rehabilitering m.m.	4	9	1	1	5	3
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	23	50	51	34	74	38
Medicinsk och psykologisk	1	2	2	1	3	2
Psykologisk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	-	-	-	-	-	-
Insatser från alla tre områden	5	11	3	2	8	4
Summa	46	100	149	100	195	100

Av de patienter som vårdas enligt LPT får 59 procent ensidiga insatser i form av endast medicinsk behandling medan motsvarande siffra för patienter som vårdats enligt LRV är 22 procent. Den vanligaste insatsformen för de äldre som vårdas enligt LRV är medicinska insatser och omvårdnad/rehabilitering m.m. Det är också patienter som vårdas enligt LRV som har störst tillgång till allsidiga insatser, dvs. insatser från alla tre områden, i 11 procent.

⁸ Inneliggande och permitterade patienter/klienter är inte särredovisade här

Ändamålsenlig psykiatrisk tvångsvård för unga vuxna

I inventeringen fanns det 292 ”unga vuxna” personer i åldern 12–25 år. Allsidiga insatser bör innehålla såväl medicinska och psykologiska behandlingsmetoder som omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. Detta förekommer dock bara för 31 procent av de unga vuxna som vårdas enligt LRV och för dem som vårdas enligt LPT är siffran så låg som 18 procent. Det kan möjligen förklaras av att vissa vårdtillfällen inom LPT-vården handlar mer om observation än vård.

Tabell 15. Unga vuxna inom tvångsvården och vilka insatser de får – antal personer och procent

Insatser	LPT - inneliggande		LRV - inneliggande		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Inga insatser	4	2	10	9	14	5
Enbart medicinsk	57	32	11	9	68	23
Enbart psykologisk	2	1	-	-	2	1
Enbart omvårdnad, rehabilitering m.m.	7	4	6	5	13	4
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	69	40	41	35	110	38
Medicin och psykologisk	4	2	3	3	7	2
Psykologisk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	2	1	9	8	11	4
Alla insatser	31	18	36	31	67	23
Totalt	176	100	116	100	292	100

Det är viktigt att behandlingen är anpassad efter den unges särskilda behov. I det skede då den unge insjuknar i en allvarlig psykisk sjukdom är det viktigt att också involvera familj och närstående. Den medicinska behandlingen utgör basen men de psykosociala insatserna är avgörande för prognosen. Rehabilitering ska sättas in i ett tidigt skede för att minska graden av funktionsnedsättningen (Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos, TOP-projektet 2007).

Diagnoserna för de unga vuxna som vårdats enligt LPT och LRV redovisas i tabell 16.

Tabell 16. Unga vuxna inom tvångsvården och diagnos – antal personer och procent

Huvuddiagnoser	LPT–inneliggande		LRV–inneliggande		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hjärnskadesyndrom (F0)	4	2	1	1	5	2
Missbruk (F1)	7	4	6	5	13	4
Schizofreni, (F2)	30	17	21	18	51	17
Andra psykoser (inkl. förstämningssyndrom) (F3)	62	36	24	21	86	29
Tvångssyndrom (F4)	13	7	3	3	16	6
Personlighetsst. inkl beteendest. (F5-F6)	13	7	6	5	19	7
Emotionell personlighetsstörning F60.3)	29	17	3	3	32	11
Utvecklingsst. (F7)	2	1	9	8	11	4
Störningar i psykisk utv. (F8-F9)	13	7	37	33	50	17
Hyperaktivitetsstörning F900	3	2	6	3	9	3
Summa	176	100	116	100	292	100

Diagnosgrupperna mellan unga vuxna inom LPT och LRV skiljer sig något åt. Den vanligaste diagnosen för unga vuxna som tvångsvårdas med stöd av LPT är inom diagnosgruppen andra psykoser än schizofreni. Största andelen av unga vuxna som vårdas enligt LRV är inom diagnosgruppen ”störningar i den psykiska utvecklingen”.

Tabell 17. Vårdtider för unga vuxna som tvångsvårdas – antal personer och procent

Vårdtider	LPT		LRV		Totalt	
	Inneliggande	Inneliggande	Inneliggande	Inneliggande	Inneliggande	Inneliggande
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
- 1 mån	22	13	5	4	27	9
1 mån – 1 år	107	61	33	28	140	48
1 – 3 år	43	24	46	40	89	30
3 – 5 år	3	2	19	17	22	8
5 – 10 år	1	-	13	14	14	5
Summa	176	100	116	100	292	100

Det finns en ungdom som har vårdats enligt LPT med en vårdtid på över sju år och under diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Det är 14 procent av patienter inom LRV som har vårdtider över 5 år. Den vanligaste diagnosen är störningar av psykisk utveckling som 5 personer har.

Ändamålsenlig läkemedelsbehandling

Att läkemedelsbehandlingen är individanpassad och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet är väsentligt för att vården ska kunna betecknas som god. Analysen nedan som beskriver behandlingen med antipsykotiska och centralstimulerande läkemedel har jämförts med rekommendationer från Läkemedelsverket och SBU:s kunskapsöversikter

Antipsykotisk behandling

Det är en stor andel av patienterna inom tvångsvården som får antipsykotisk behandling i någon form, 85 procent av LPT-patienterna och 77 procent av LRV-patienterna.

Tabell 18. Inneliggande patienter enligt LRV eller LPT uppdelade på diagnos och antipsykotisk behandling – antal personer och procent

Huvuddiagnoser	Antipsykotisk i form av depå		Antipsykotisk i form av tablett		Båda sorterna		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hjärnskadesyndrom (F0)	5	1	27	4	4	1	36	3
Missbruk (F1)	10	3	30	4	8	2	48	3
Schizofreni (F2)	209	54	201	28	179	55	589	42
Andra psykosor (inkl. förstärknings-syndrom (F3)	109	28	291	41	107	33	507	35
Tvångssyndrom (F4)	3	1	14	2	3	1	20	1
Personlighetsst. inkl beteendest. (F5-F6)	21	5	36	5	5	2	62	4
Emotionell personlighetsstörning F60.3)	12	3	39	5	9	3	60	4
Utvecklingsst. (F7)	-	-	9	1	-	-	9	1
"Neuropsyk." (F8-F9)	16	4	57	9	11	3	84	6
Hyperaktivitetsstörning F900	2	1	9	1	1	-	12	1
Huvuddiagnos saknas	-	-	3	-	2	-	5	-
Summa	387	100	716	100	329	100	1434	100

Inventeringen visar att det är fler diagnosgrupper än schizofreni och andra psykosor som behandlas med antipsykotiska läkemedel. Materialet ger inte stöd för en bedömning av vad det innebär för den enskilde patienten men det ger en indikation på att frågan behöver utredas vidare.

I en rapport från SBU 1997 påpekades det att det sker en betydande förskrivning av antipsykotiska läkemedel på indikationer som saknar vetenskapligt underlag om fördelar för patienten. SBU manade då till försiktighet. Av Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer framgår vikten av att vara försiktig och kontinuerligt följa upp behandlingen med antipsykotika. Samtidig behandling med antipsykotika i form av depå och tablett kan vara tillämpligt under en mycket kort period (några dagar) vid akut försämring av

känd psykos. Antipsykotisk behandling bör i regel inte användas vid bl.a. sömnproblem, depressioner, psykomotorisk oro, aggressivitet och anpassningssvårigheter utan psykotiska symtom hos psykiskt utvecklingsstörda, hjärnskadade eller dementa.

Enligt uppgifter från Läkemedelsverket finns det vetenskapligt stöd för att en kombination av insatser är effektivare än enbart antipsykotiska läkemedel eller enbart psykologiska behandlingsmetoder (psykoterapi, till exempel individuell terapi eller gruppterapi), dels insatser för familjeintervention och psykopedagogiska insatser. Att kombinera antipsykotika med psykosociala insatser (psykologiska behandlingsmetoder och familjeintervention) ökar framförallt patienternas och anhörigas livskvalitet och tillfredsställelse med behandlingen. Det inverkar också på hur sjukdomen utvecklas. Ett tryggt bemötande i en lugn miljö möjliggör dessutom att doserna av antipsykotika kan hållas lägre. De viktigaste åtgärderna för att minska risken för återfall och behov av vård inom institution är: bästa möjliga medicinering, kontinuitet i behandlargruppen, insatser för familjen, träning av sociala färdigheter, daglig kontakt med, samt stöd och uppmuntran från omgivningen, väl genomförda kombinationsprogram med medicin och andra insatser, särskild psykoterapi, till exempel kommunikationsinriktad gruppterapi, kognitiv eller jag-stödande terapi (www.lakemedelsverket.se).

I detta material finns indikationer för att det behövs en mer djupgående analys och studie av hur antipsykotiska läkemedel används.

Psykostimulantia - neuropsykiatriska funktionshinder

Andelen personer som tvångsvårdas och har diagnosen uppmärksamhetsstörning (ADHD) har av naturliga skäl ökat p.g.a. förbättrad kunskap och diagnostik. Det betyder att också läkemedel av kategorin psykostimulantia ordinerar. I inventering var 98 personer ordinerade psykostimulantia. Av dessa hade 51 diagnosen ADHD eller Asperger. De andra 47 hade varierande diagnoser under diagnoserna beteendestörningar, andra störningar av den psykiatriska utvecklingen än ADHD, eller Asperger, psykos och schizofreni. Av dem som ordinerades psykostimulantia hade nio personer diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning. Detta är ett observandum mot bakgrund av att de i Sverige godkända läkemedel i gruppen psykostimulantia enbart är godkända för indikationen ADHD. Pågående symtom på allvarlig depression, anorexi och psykos innebär tydliga risker vid behandling med psykostimulantia.

Läkemedelsverket rekommenderar att behandling med psykostimulantia ska ges i kombination med andra stödinsatser. Tabell 19 visar de insatser, utöver behandling med psykostimulantia, som LPT- och LRV-vårdade patienter fick.

Tabell 19. Personer inom tvångsvården som fick behandling med psykostimulantia och andra insatser – antal personer och procent

Insatser	LPT – ineliggande och permitterade		LRV – ineliggande och permitterade		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Enbart medicinsk	4	14	10	15	19	20
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	15	52	34	49	49	50
Medicinsk och psykologisk	3	10	3	4	6	9
Alla insatser	7	24	22	32	29	31
Totalt	29	100	69	100	98	100

I behandlingen med psykostimulantia för de med uppmärksamhetsstörning, ADHD och motsvarande, är det väsentligt att läkemedelsbehandlingen också kombineras med psykosociala insatser. Det handlar i regel om unga människor varför det är än mer betydelsefullt att förhindra en utveckling med svåra funktionsnedsättningar. Av dem som i endagsinventeringen får läkemedelsbehandling är det 4 personer som är i åldergruppen 14–18 år, 21 personer i 19–25 år och de resterande 73 personerna befinner sig i åldrarna 26–62 år.

Det finns ett visst vetenskapligt stöd för behandling med psykostimulantia av vuxna med ADHD. Men manifesta psykosymtom bör dock ses som kontraindikation. Tidigare psykos och övergående missbruksinducerad psykos, eller missbrukspsykos som ligger flera år tillbaka i tiden innebär avvägningsproblem där försiktighet är på sin plats (Björn Kadesjö m.fl. 2007). Enligt dagens expertis bör en viss försiktighet också iaktas vid användning av psykostimulantia för behandling av personer med samsjuklighet i Aspergers syndrom och ADHD (M. Kristiansson 2009).

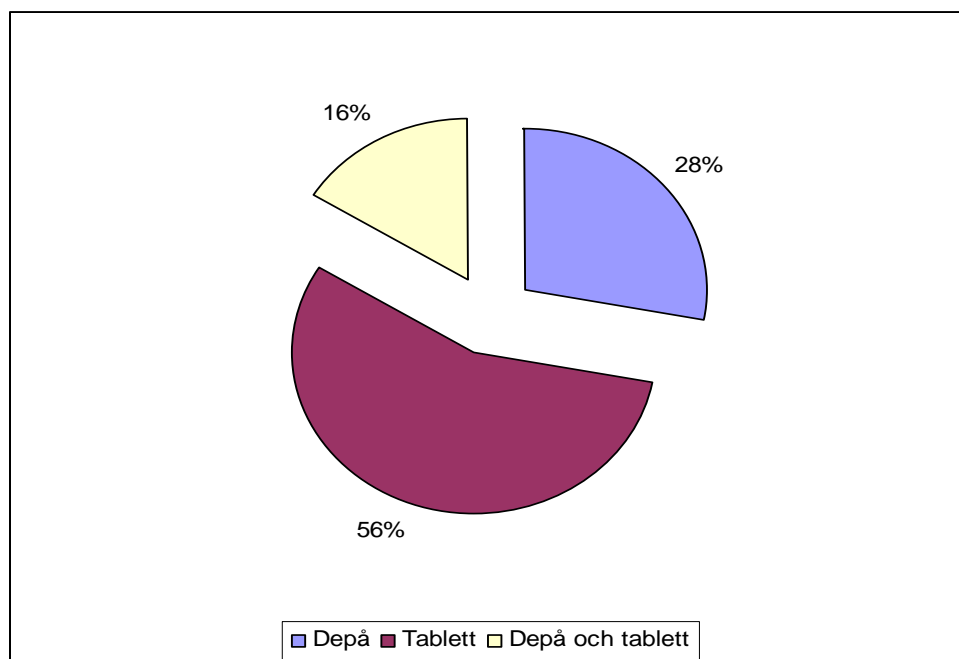
Säker psykiatrisk tvångsvård

Säker vård innebär bl.a. att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete, där även den fysiska miljön är av betydelse. I den psykiatriska tvångsvården kan patientsäkerhet ses ur flera aspekter, t.ex. hur tvångsåtgärder genomförs och på vilka grunder är en viktig patientsäkerhetsfråga. Sådana data saknas emellertid i det här materialet. I den här rapporten diskuteras säkerhetsaspekten främst när det gäller läkemedelsbehandling till äldre och de risker som polyfarmaci kan ge och risker som uppstår om läkemedel ges på osäkra grunder.

Socialstyrelsen har vid ett flertal tillfällen påtalat brister i läkemedelsbehandlingen av äldre. Det har gällt brister både vad det gäller val av preparat och dosering samt brister i uppföljningen av insatta läkemedel. I gruppen äldre än 65 år återfinns personer med svåra långvariga psykiska sjukdomar samtidigt som åldrandet påverkar förmågan till nedbrytning av läkemedel och kan orsaka ökad risk för biverkningar och ohälsa. Det är en balansgång

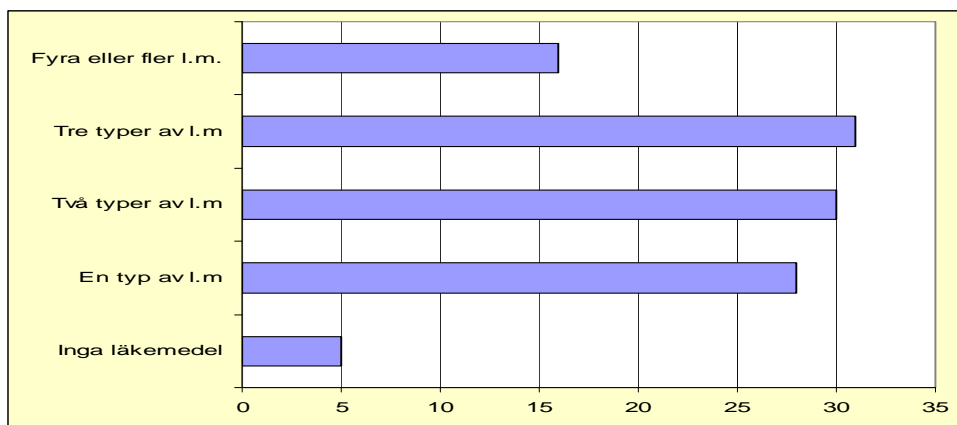
att både ta hänsyn till det aktuella psykiatriska vårdbehovet och behovet i relation till åldrandet. I den grupp (110 personer över 65 år) som ingick i tvångsvårdsinventeringen hade 96 personer (87 procent) antipsykotisk behandling. Fördelningen bland de 96 personer med antipsykotisk behandling är; 27 personer (28 procent) hade depåmedicinering, 54 personer (56 procent) har tablett och 15 personer (16 procent) fick antipsykotisk behandling i form av både depå och tablett.

Diagram 6. Andelen inneliggande personer äldre än 65 år som tvångsvårdas och med antipsykotisk behandling i någon form



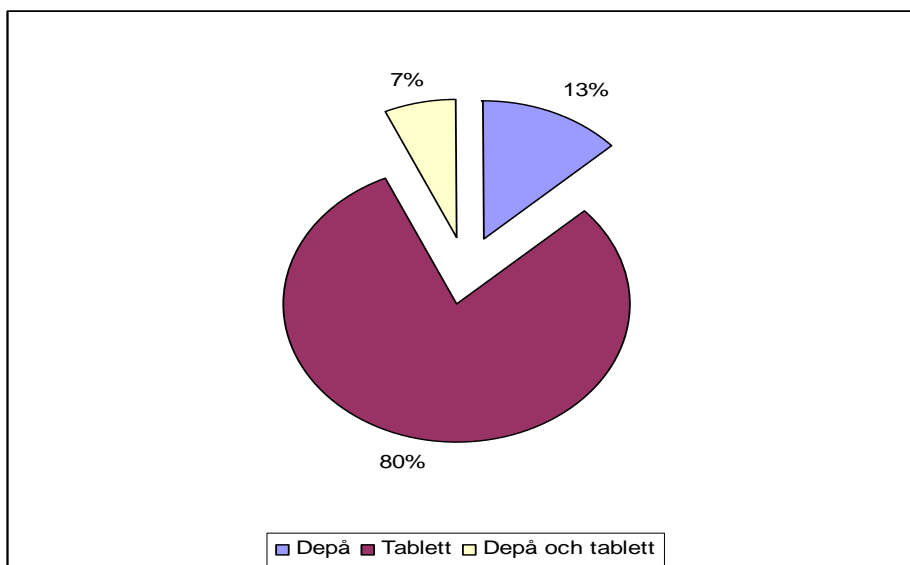
Tre eller fyra psykofarmaka är en av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer och en vedertagen indikator för polyfarmaci. I gruppen äldre hade 5 patienter (5 procent) inte hade någon typ av läkemedelsbehandling, 47 patienter (45 procent) hade tre eller flera typer av läkemedel. Polyfarmaci med psykofarmaka kan inte bara öka risken för biverkningar utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen.

Diagram 7. Antal inneliggande personer äldre än 65 år med psykofarmaka



I den undersökta gruppen har 10 kvinnor och 10 män en demensdiagnos och av dessa är det 15 som också har en annan diagnos. Av de 20 med demenssjukdom är det 15 personer som har antipsykotisk behandling, oftast i tablettform men även med depåinjektion och i ett fall ges antipsykotisk medicinering både i tablett- och injektionsform. Det finns en väl grundad kunskap om att antipsykotisk behandling till personer med demenssjukdom bör ges med försiktighet och endast under en begränsad tid. Gruppen i endagsinventeringen är liten men det kräver ändå att detta uppmärksammas och följs upp. Att vårdas någon med tvång innebär ett stort ansvar för vårdgivarna. En dubbel utsatthet uppstår om personen ifråga är gamla och dessutom lider av en demenssjukdom som ytterligare försvårar värnandet om den egna integriteten och autonomin.

Diagram 8. Andelen personer äldre än 65 som vårdas inom tvångsvården med en demensdiagnos och med någon form av antipsykotisk behandling



En patientfokuserad psykiatrisk tvångsvård

En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att detta vägs in i de kliniska besluten. I en nyligen framlagd avhandling från Växjö universitet om det rättspsykiatriska vårdandet visar det sig att i den studerade miljön byggde vården på andra grundantaganden än de vårdvetenskapliga. Patienterna upplevde otrygghet, opålitlighet och ovisshet. Vården upplevdes som ”icke-vårdande med endast öar av god vård” (U. Hörberg, 2008).

Dessa aspekter har också studerats i forskningen när det gäller vård av barn och unga. I intervjuer med 21 unga i åldern 14 -18 år, varav 10 vårdades frivilligt och 11 med tvång, framkom det att nästan ingen av ungdomarna upplevde sig ha kunskap om sina rättigheter och vad lagen säger – oavsett vilken vårdform de vårdats inom. De saknade också kunskap om orsaken till behandlingen och vad behandlingen skulle leda till. Trots det menade många unga att behandlingen var viktig och ibland t.o.m. att den ibland räddat dem till livet (K. Engström, (2007).

I inventeringen den 6 maj fanns 43 personer i åldrarna 12–18 år inom LPT eller LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning. I materialet finns det 4 patienter som är yngre än 18 år och som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Det är 27 unga som har fått en samordnad vårdplan och i 22 fall har den unge deltagit i vårdplaneringen.

Delaktighet i vårdplaneringen

Den enkät som användes i endagsinventeringen den 6 maj 2008 innehöll en fråga om det fanns en samordnad vårdplanering för patienten. Någon fråga om vårdplanering i övrigt har inte ställts. Det innebär att patienten kan ha en vårdplan men att detta inte har angetts eftersom uppgiftslämnaren bedömt att den inte är samordnad.

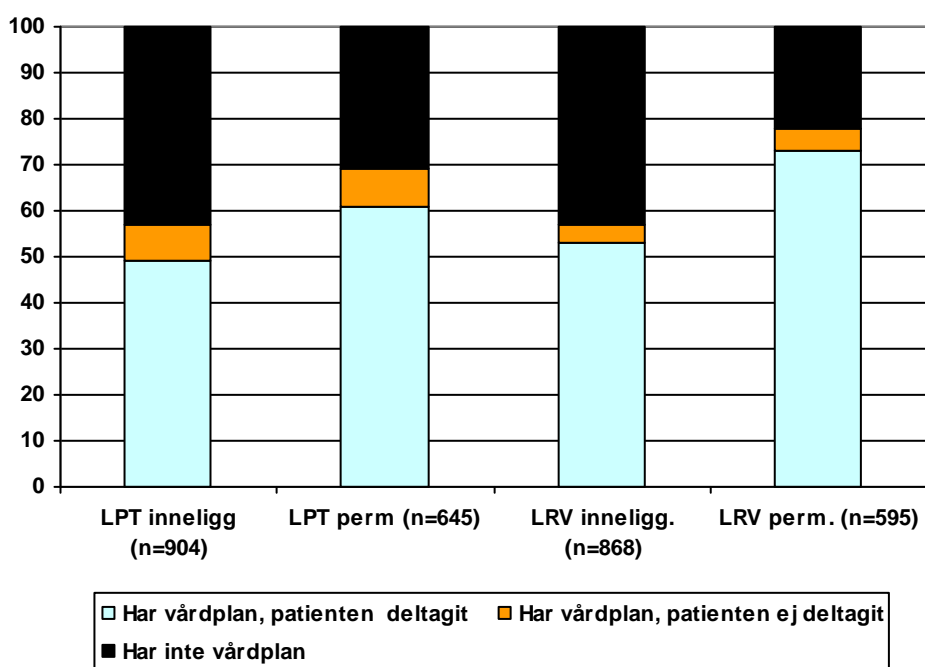
De resultat som redovisas här vad gäller samordnad vårdplan ska därför endast betraktas som en indikation på hur vanligt det är med en vårdplan för tvångsvårdade patienter snarare än en beskrivning av hur många patienter som faktiskt har en vårdplan. Resultatet kan också ligga till grund för en analys vad den samordnade vårdplaneringen har för betydelse för vilka insatser patienten får.

Enligt 16 § LPT och 6 § andra stycket LRV ska en vårdplan upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Ytterligare bestämmelser om upprättande av vårdplan enligt de båda lagarna finns i 3 kap. 3-6 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Vårdplanen ska ligga till grund för behandling av patienten i det akuta skedet efter intagningen och innehålla huvuddragen av planering av den fortsatta vården. Det finns också en bestämmelse om att patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i vårdplaneringen. Bestämmelsen innebär att den som är ansvarig för vårdplaneringen ska ge patienten möjlighet att påverka planeringen. Patienten kan göras delaktig genom att olika behandlingsalternativ föreslås och att konsekvenserna av dessa förklaras. Det ska också framgå

om det inte har varit möjligt att upprätta vårdplanen i samråd med patienten och orsaken därtill. En orsak kan vara att patienten på grund av sitt sjukdomstillstånd inte är kapabel att medverka eller medvetet valt att inte medverka.

I hela undersökningsgruppen på 3 066 patienter/klienter har dessa i 63 procent (1 934 patienter) en samordnad vårdplan och 37 procent (1 132 patienter) har det inte. Det är viktigt ur ett patientperspektiv att patienten har haft möjlighet att delta i vårdplaneringen och har haft möjlighet att påverka sin fortsatta vård. Av de patienter som har en vårdplan har 89 procent (1 724 patienter) deltagit i vårdplaneringen.

Diagram 9. Andelen personer inneliggande eller på permission enligt tvångslagarna och som har vårdplan samt om patienten har deltagit i den samordnade vårdplaneringen



Vårdplanering är ett viktigt inslag för att säkra en god kvalitet av den vård som ges och ger möjligheter till uppföljning insatserna och dess effekter. Materialet ger en indikation på att det är få som har en vårdplan med reservation för vad som anförts om bristen i frågeställningen. Där det finns en vårdplan är det 8 procent av LPT- patienterna som inte har deltagit i sin vårdplanering. Andelen för LRV - patienterna är något mindre, 4 procent för inneliggande och 5 procent för permitterade.

Tabell 20 redovisar patienter som vårdas enligt LPT och vilka insatser de har.

Tabell 20. Patienter enligt LPT med eller utan vårdplan redovisat på insatser – antal personer och procent

Insatser	Inneliggande LPT med VP		Inneliggande LPT utan VP		Permitterade LPT med VP		Permitterade LPT utan VP	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	4	1	9	2	6	1	1	-
Endast medicinsk	146	28	198	51	171	39	138	69
Endast psykologisk	1	-	2	-	1	-	-	-
Enbart omvårdnad, rehabilitering m.m.	4	1	5	1	2	-	1	-
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	273	53	138	36	209	47	54	27
Medicinsk och psykologisk	14	3	7	2	13	3	6	3
Psykologisk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	2	-	-	-	-	-	-	-
Insatser från alla tre områden	73	14	27	7	41	10	2	1
Summa	517	100	386	100	443	100	202	100

Inventeringen visar att det finns en tydlig skillnad i behandlingsinsatserna för LPT-patienterna beroende på om det finns en vårdplan eller inte. Om det finns en vårdplan har patienterna generellt fler insatser än om en vårdplan saknas. Den vanligaste insatsen för de personer som inte har en vårdplan är medicinsk behandling. Den grupp patienter som får allsidiga insatser i större utsträckning dvs. från alla tre insatsområden är inneliggande patienter med vårdplan.

I tabell 21 redovisas insatserna för LRV-patienterna med eller utan vårdplan.

Tabell 21. Patienter enligt LRV med eller utan vårdplan redovisat på insatser – antal personer och procent

Insatser	Inneliggande LRV med VP		Inneliggande LRV utan VP		Permitterade LRV med VP		Permitterade LRV utan VP	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	19	4	16	4	17	4	14	4
Endast medicinsk	56	11	49	13	127	27	63	48
Endast psykologisk	1	-	-	-	1	-	1	-
Enbart omvårdnad	20	4	7	2	8	2	6	5
Medicinsk och omvårdnad	251	51	190	51	241	52	32	25
Medicinsk och psykologisk	4	1	9	2	3	1	4	3
Psykologisk och omvårdnad	25	5	16	4	6	1	1	-
Insatser från alla tre områden	116	24	89	24	62	13	9	8
Summa	492	100	376	100	465	100	130	100

När det gäller patienter med LRV med eller utan vårdplan finns det bara en skillnad i insatserna och det är för dem som är på permission. De som inte har någon vårdplan har också färre insatser och i högre grad ensidiga insatser i form av enbart medicinsk behandling än vad motsvarande grupp med vårdplan har. Sammanfattningsvis går det att dra slutsatsen att det finns skillnader i insatser beroende på om patienten har en vårdplan eller inte.

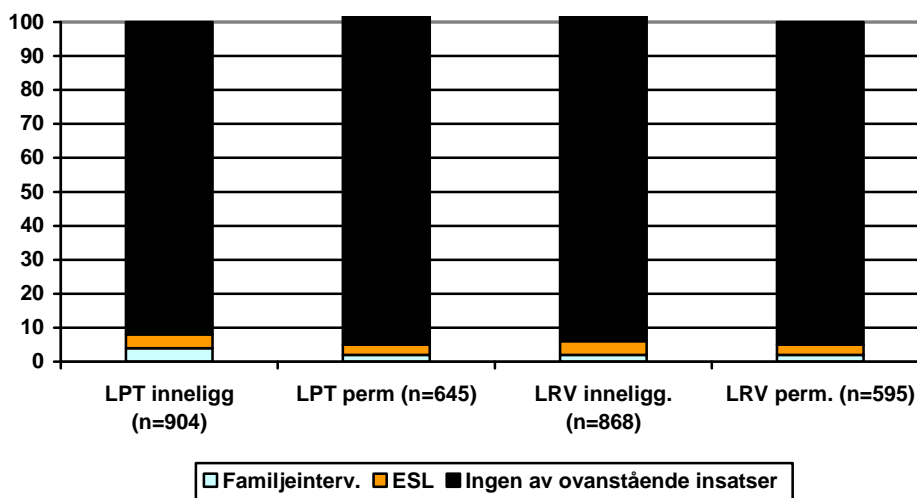
Familjeintervention och psykopedagogiska insatser

Psykopedagogiska insatser har stor betydelse för såväl patienten som dennes närstående. Det ger ökade möjligheter att för den enskilde och dennes familj att själva ta ansvar genom ökad kunskap om sjukdomen men också att tillägna sig redskap som underlättar vardagen. Dessa förmågor innebär också en möjlighet till större delaktighet och inflytande i vården.

De närstående kan utgöra en viktig resurs för den som drabbas av psykisk sjukdom. Samtidigt är det förenligt med stor oro och belastning när någon närstående drabbas av svår sjukdom. Det gäller inte minst barn. Vården bör på ett tidigt stadium, där det är möjligt, involvera närstående genom stöd och ökad kunskap.

I inventeringen den 6 maj 2008 efterfrågades om patienten hade pågående behandlingsinsats i form av familjeintervention, ESL eller motsvarande insatser och resultatet redovisas i diagram 9.

Diagram 10. Andelen patienter inom tvångsvården som får tillgång till psykopedagogiska insatser



Det kan konstateras att oavsett om patienten vårdats med stöd av LPT eller LRV, ineliggande eller på permission, så är det en mycket liten andel som får någon form av psykopedagogiska insatser, familjeintervention eller ESL (eller motsvarande). Det är anmärkningsvärt att det är så få som får insatserna mot bakgrund av att det finns ett antal patienter som vårdades den 6 maj som har barn eller där patienten är ung. På samma sätt som vad gäller övriga data kan dock inventeringen inte ge stöd för om insatserna är adekvata i varje enskilt fall.

Effektiv psykiatrisk tvångsvård

Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärden. Inventeringen ger inte stöd för en bedömning av i vilken utsträckning patienten har fått erforderlig vård i rätt tid och på rätt vårdnivå eller vilken effekt den har haft. Vad inventeringen däremot kan ge en indikation på är om de långa vårdtiderna inom den rättspsykiatriska vården innebär ett effektivt utnyttjande av resurser samt om innehållet i vården är av sådan kvalitet att den får avsedd effekt.

I tabell 22 redovisas uppgifter om insatser till patienter som vårdades både 1995 och 2008 enligt LRV med särskild utskrivningsprövning för att beskriva om de skiljer sig åt mellan de två olika mättillfällena. Sedan följer en diskussion av om vårdtiderna inom den rättspsykiatriska vården är ett effektivt utnyttjande av resurser.

Insatserna enligt inventeringen 1995 och 2005

Det har varit av särskild vikt att se om och hur behandlingsinsatserna förändras för de patienter som återfanns inom LRV-vården, inneliggande och med särskild utskrivningsprövning mellan de båda inventeringstillfällena. 87 personer återfanns vid båda inventeringarna och deras behandlingsinsatser framgår av tabell 22.

Tabell 22. Inneliggande patienter enligt LRV med särskild utskrivningsprövning och insatser, jämförelse mellan 1995 och 2007 (n=87) – i antal personer och

Behandlingsinsatser	Inom LRV-vård 1995	Inom LRV-vård 2008	Förändring ± %
Läkemedelsbehandling			
Antal	71	76	
(%)	(82)	(87)	+7
Psykologiska behandlingsformer			
Antal	50	17	
(%)	(57)	(20)	- 66
Sysselsättning/omvårdnad			
Antal	50	70	
(%)	(57)	(87)	+40
Samtliga insatser ovan			
Antal	30	12	
(%)	(34)	(14)	-60

Bland de personer som har vårdats under lång tid⁹ är förändringen av insatser, framförallt från psykologiska behandlingsmetoder till insatser riktade mot sysselsättning/vardagsstruktur, mycket framträdande. Andelen personer med läkemedelsbehandling är ungefär lika vid mättillfällena, medan bredden av insatserna dvs. de som har fått tillgång till allsidiga insatser har minskat betydligt. En möjlig förklaring till förändringen är att det ofta handlar om långvariga behandlingsförlopp för som startat med ett allsidigt utbud av insatser men under tiden övergått till satsningar på sysselsättning.

Betydelsen av det förändrade insatspanoramats behöver analyseras närmare ur ett effektivitetsperspektiv. En sådan analys bör främst handla om huruvida de insatser som ges i dag bättre förbereder patienterna för ett liv utanför sjukvårdsnätverket jämfört med dem som gavs tidigare. Insatsernas effektivitet bör också relateras till målen för rättspsykiatri som förutom att förbättra patientens hälsa även är att minska risken för återfall i brottslighet.

⁹ Det behöver inte vara fallet att dessa personer befunnit sig inom slutenvården under hela 13-årsperioden. Personerna kan ha varit till och från på permission. Omfattningen av sådana eventuella permissioner framgår inte av detta material.

Vårdtider

Långa vårdtider ger inte generellt bättre resultat än korta. Långa vårdtider ger risk för hospitalisering. I Sverige har det visat sig att vissa grupper som har vårdats korta tider med blygsamma terapeutiska insatser, inte klarar sig sämre än de som har vårdats längre tid (Belfrage, 1989). Men å andra sidan finns det studier som visar att särskilt brottsbenägna grupper, t.ex. svåra sexualbrottslingar, kräver mycket långa vårdtider (Belfrage, 1995). Trots skillnader i olika länder finns det en överensstämmelse i varje lands vårdtid med längden på straff för den som döms till fängelse för samma typ av brott. (L. Lidberg 1999).

Tabell 23. Vårdtider för personer som vårdas eller är permitterade från LPT – antal personer och procent

Vårdtider	LPT Inneliggande		LPT Permitterade		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
- 1 mån	464	52	72	11	536	35
1 mån – 1 år	236	26	212	33	448	29
1 – 3 år	145	16	249	39	394	26
3 – 5 år	20	2	61	9	81	5
5 – 10 år	29	3	40	6	69	4
10 år -	9	1	11	2	20	1
Summa	903	100	645	100	1 548	100

Över hälften av personer som vårdas enligt LPT har en vårdtid kortare än fyra veckor. Behovet av observation och utvärdering av behandlingseffekten kan här avgöra hur vården utformas. Dessa vårdepisoder har till syfte att patienten ska förmås att se sitt vårdbehov och därmed medverka till behövliga insatser. Oavsett vårdtidens längd bör alltid omvårdnadsinsatser och ett rehabiliterande synsätt genomsyra vården.

I tabell 24 redovisas vårdtiderna för personer som vårdas eller är permitterade från LRV.

Tabell 24. Vårdtider för personer som vårdas eller är permitterade från LRV- antal personer och procent

Vårdtider	LRV Inneliggande		LRV Permitterade		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
- 1 år	161	19	29	5	190	13
1 – 3 år	260	30	120	20	380	26
3 – 5 år	141	16	138	23	279	19
5 – 10 år	189	22	196	33	385	26
10 år -	117	13	112	19	229	16
Summa	868	100	595	100	1 463	100

Vårdtiderna är längre för patienter som vårdas enligt LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning. En tredjedel av inneliggande patienter har en vårdtid längre än fem år. Ungefär hälften av de tillåtna har en vårdtid på över fem år.

Vid vård enligt LRV sammanhänger de långa vårdtiderna ofta mer med en bedömd risk att patienterna återfaller i allvarlig brottslighet än med den behandling som ges. En stor del av vårdtiden är utformad som permission. Med tanke på effekterna av långvarig institutionalisering bör närmare undersökning göras när det gäller de patienter som har långa vårdtider men inte bedöms möjliga för öppna vårdinsatser.

De tre längsta vårdtiderna

Den längsta vårdtiden i materialet är 47 år och 10 månader. Det är en 72-årig person född i ett utomnordiskt land och som har diagnosen paranoid schizofreni. Personen är inskriven i den psykiatriska vården sedan 1960 och den 6 maj 2008 är vårdformen LRV med särskild utskrivningsprövning. Brottet som personen har begått är försök till dråp. Personen befann sig under inventeringsdagen den 6 maj på permission till ett behandlingshem. Det uppgavs att det inte fanns någon samordnad vårdplan och insatserna som gavs var ensidiga i form av läkemedelsbehandling.

Den person som har näst längst vårdtid är också från ett utomnordiskt land och är också 72 år. Denna person har en vårdtid på 47 år och 2 månader. Diagnosen är paranoid schizofreni. Det uppgavs att det finns en samordnad vårdplan där personen och en skötare har deltagit. Det uppgavs också att det inte fanns något känt missbruk. De behandlingsinsatser som denna person har är medicinsk behandling och omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m. i form av vardagsträning och rådgivning i sociala frågor. Den 6 maj 2008 var personen inneliggande. Personen vårdas inom rättspsykiatri med särskild utskrivningsprövning och det brott som har föranlett vården är dråp.

Den person som har den tredje längsta vårdtiden är 64 år och svenskfödd. Vårdtiden är 46 år och 8 månader. Denna person får också rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning och det brott som föranlett vården är misshandel. Diagnosen som personen har är paranoid schizofreni och patienten får endast läkemedel som insats. Det finns inget känt missbruk. Denna person har ingen samordnad vårdplan men befann sig under inventeringen på permission i ett hem för vård och boende (HVB).

Frågan om patienter med extremt långa vårdtider har diskuterats i andra sammanhang, t.ex. i ett delbetänkande från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:2). Där angavs att det finns svårskötta och vårdkrävande patienter eller patienter med extremt långa vårdtider som i några fall kräver en relativt låg omvårdnadsnivå, men har behov av fortsatt rättspsykiatrisk vård på grund av risken för återfall i brott. I brist på lämpliga alternativ blir patienterna kvar i slutenvården fast man ur medicinsk synvinkel inte behöver det. Psykiatrisamordningen ansåg, att det behövs någon sorts mellanvårdsform i sjukvårdshuvudmannens regi med ett begränsat medicinskt omhändertagande och en lägre personaltäthet och mindre behandlingsinsatser än

vad som kännetecknar en normal rättspsykiatrisk avdelning. Våld får inte förekomma och drogfrihet måste vara ett krav.

I delbetänkandet beskrevs också att det i Holland finns liknande enheter under begreppet "Long stay units" dit patienter som inte svarat på den rättspsykiatriska vården efter sex år kan överföras för fortsatt tvångsvård. Patienterna får oftast tillbringa sina återstående liv i dessa enheter vilket ställer särskilda krav på boendemiljön. Vid enheterna finns ett utbud av sysselsättningsaktiviteter och deltagande i föreningsliv m.m. uppmuntras. Våld och droger är inte accepterade, men i övrigt sköter patienterna sig i huvudsak på egen hand. Vid behov kan omedelbara medicinska insatser sättas in.

Till detta anknyter också utvecklingen av kvalificerade boenden samt eventuella rättspsykiatriska rehabiliteringsenheter (rättspsykiatriska öppenvårdsavdelningar med hemlik miljö) som är placerade ute i samhället. (Epidemiologi Psychiatri Soc 2008:17:38-46) I Sverige har det under 2007 till 2008 prövats ett antal olika former av mellanvårdsboenden i ett särskilt projekt. Projektets erfarenheter och slutsatser har avrapporterats till Socialstyrelsen och kan bli föremål för fortsatta utvecklingsinsatser.

Jämlik psykiatrisk tvångsvård

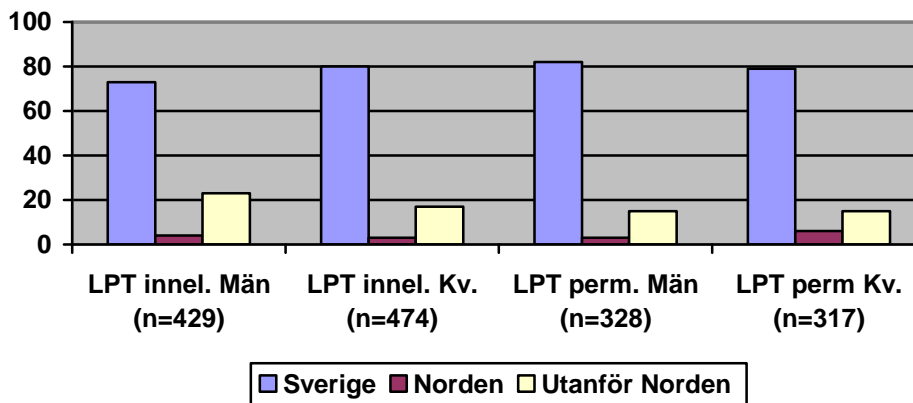
Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården att den ska ges på lika villkor till hela befolkningen. Detta gäller även de patienter som tvångsvårdas.

I denna inventering saknas uppgifter om socioekonomiska förhållanden men uppgifter om etnicitet och kön finns. Att analysera vården utifrån ett kön- och etnicitetsperspektiv är inte okomplicerat. Båda dessa faktorer samverkar i hög utsträckning med varandra och med socioekonomiska faktorer. Det senare är särskilt tydligt i relation till etnicitet. Skillnader i insatser och behov handlar oftast inte om tillhörigheten till en enskild etniskt grupp utan om att etniciteten har inneburit att man tillhör grupper med olika socioekonomiska förhållanden (Melzer, D, Fryers, T. & Jenkins, R, 2004).

Etnicitet kan också ses utifrån möjligheten att få insatser utifrån sin specifika situation, t.ex. språkligt och kulturellt. Det finns studier som visar att det psykiatriska vårdutnyttjandet är lågt bland invandrare i relation till behov och som inte kompenseras av andra vårdgivare som exempelvis primärvård eller socialtjänst. Det finns också tydliga tecken på avsaknad av organisationer för patient-, brukar- och närståendeinflytande för denna grupp (M. Östman, 2008).

Patienter som vårdas enligt LPT

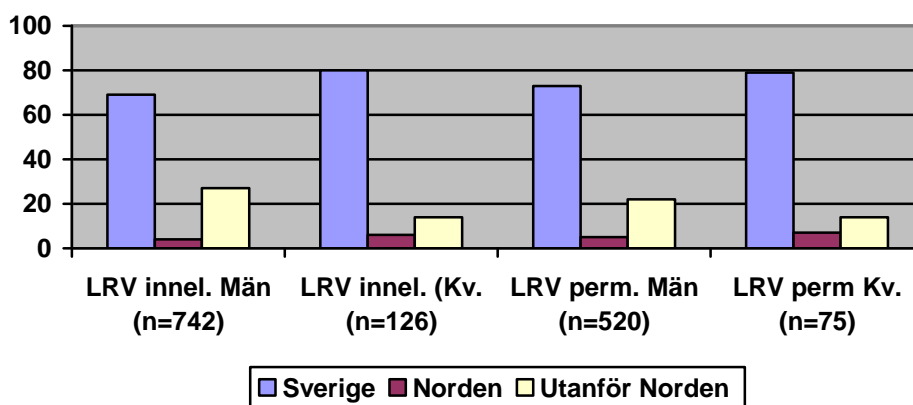
Diagram 11. Andelen LPT-patienter, inneliggande och permitterade, kön och födelse land o



De flesta patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV är födda i Sverige. Det kan konstateras att det är en mindre andel av män med utomnordiskt ursprung som är på permission jämfört med etniskt svenska män. Med tanke på skillnaderna i storleken mellan de båda grupperna så kan inga långtgående slutsatser dras av detta. Män och kvinnor som vårdas enligt LPT är ungefär lika många. Något fler kvinnor än män är inneliggande på sjukvårdsinrättning.

Patienter som vårdas enligt LRV

Diagram 12. Andelen LPT-patienter, inneliggande permitterade uppdelat på kön och födelse land

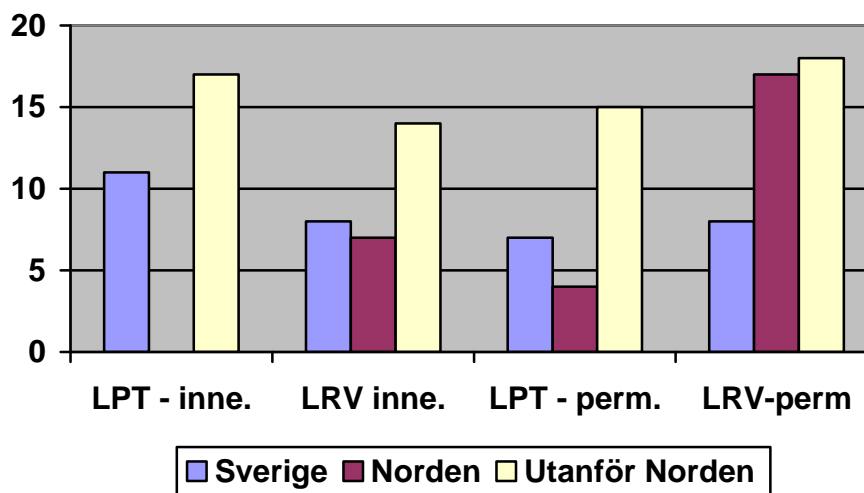


Det är väsentligt fler män än kvinnor som vårdas enligt LRV. Det finns därför ett stort behov av fördjupade analyser av vården ur ett könsperspektiv. Kvinnor och mäns olika livsvillkor kan ha betydelse för behovet av in-

satser. Det handlar både om att garantera en jämlik vård och en vård som ser till den enskildes speciella förutsättningar relaterade till kön.

Studier har i andra sammanhang t.ex. visat på kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom och deras utsatthet för t.ex. sexuella övergrepp och våld (Socialstyrelsen, 2005)

Diagram 13. Andelen personer som har minderåriga barn och som personen har vårdnad eller umgänge med uppdelat på födelse land, vårdform, inneliggande eller permitterade



En högre andel av de vårdade med annat ursprung än etniskt svenskt har barn. Inventeringen ger inget underlag till orsaken bakom detta men det är möjligt att insjuknandet kan ha kommit senare i livet och vederbörande hunnit bilda familj. Detta kan också eventuellt kopplas till orsakerna till migrationen vilka kan ha betydelse för den psykiska hälsan.

Det är oavsett etniskt ursprung fler kvinnor än män som har barn. Precis på samma sätt som ovanstående kan materialet inte ge svar på orsaken bakom detta. Det är viktigt ur både ett barnperspektiv och ett individperspektiv att uppmärksamma och stödja föräldrar med svår sjukdom i deras föräldraskap samt uppmärksamma barnens situation.

Socialstyrelsen har också tittat på om det skiljer sig i insatser beroende på födelse land.

Tabell 25. Inneliggande LPT-patienter, och deras insatser fördelat på födelseland – antal personer och procent

Insatser	Sverige		Norden		Utanför Norden		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	7	1	1	3	3	3	11	1
Endast medicinsk	261	38	12	38	47	45	320	39
Endast psykologisk	2	-	-	-	1	1	3	-
Enbart omvårdnad	8	1	-	-	1	1	9	1
Medicinsk och omvårdnad	319	46	15	47	35	34	369	45
Medicinsk och psykologisk	17	3	2	6	1	1	20	2
Psykologisk och omvårdnad	1	-	-	-	1	1	2	-
Insatser från alla tre områden	78	11	2	6	15	14	95	11
Summa	693	100	32	100	104	100	829	100

Av dem som vårdades enligt LPT är det fler födda utanför Sverige och Norden som endast har läkemedelsbehandling. Det är emellertid fler av dem som är födda utanför Norden och Sverige som har insatser från alla tre kategorier, – läkemedel-, psykologisk- och omvårdnad/rehabiliteringsinsatser m.m.

Tabell 26. Inneliggande LRV-patienter och deras insatser fördelat på födelseland – antal personer och procent

Insatser	Sverige		Norden		Utanför Norden		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ingen insats	23	4	2	5	8	5	33	4
Endast medicinsk	71	11	9	22	16	11	96	12
Endast psykologisk	1	-	-	-	-	-	1	-
Enbart omvårdnad, rehabilitering m.m.	19	3	4	10	3	2	26	3
Medicinsk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	309	51	16	39	78	52	403	51
Medicinsk och psykologisk	10	2	-	-	3	2	13	2
Psykologisk och omvårdnad, rehabilitering m.m.	34	6	-	-	5	3	39	5
Insatser från alla tre områden	141	23	10	24	36	24	187	23
Summa	608	100	41	100	149	100	798	100

Fördelningen av insatserna för patienter som vårdas enligt LRV med eller utan särskild utskrivningsprövning visar inget samband med födelseland. Eftersom också skillnaderna i insatserna när det gäller LPT vårdade patienter pekar åt olika håll drar Socialstyrelsen den sammantagna slutsatsen att materialet inte visar några skillnader i patienternas insatser beroende på ursprungsland.

Psykiatrisk tvångsvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon är behov av. Vårt underlag i form av endagsinventering av den psykiatriska tvångsvården innehåller inte information om tillgänglighet i relation till de enskildas behov. Det innebär att det inte har varit möjligt att analysera materialet utifrån denna kvalitetsaspekt.

Referenser

Belfrage, H. (1989) Psykiskt störda brottslingar. En studie om begreppet "jämförbar sinnessjukdom" – dess historiska bakgrund och praktiska tillämpning. Lindköpings Universitet.

Belfrage, H (1995) Serievåldtäktsmän – minskad återfallsbenägenhet efter långvarig gruppbehandling. Nordisk Tidskrift for Kriminalvidenskab.

Belfrage, H, (1995) Brottsligheten, psykiatri och samhället. Stockholm Liber

Brunt, D., (2008) The ward atmosphere of single-sex wards in a maximum security forensic hospital in Sweden. Issues of Ment Health Nurs. 2008 Mar; 29(3):221-41))

Cruce, Gunilla (2008) Riskbruk och beroende av alkohol och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning. Lunds Universitet

Ekström, Louise (2008) Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. Brottsförebygganderådet, BRÅ.

Engström Karin (2007), Delaktighet under tvång – om ungdomars erfarenheter i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård, Örebro Universitet

Hörberg, Ulrika (2008), ATT VÅRDAS ELLER FOSTRAS, det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp, Växjö University Press, Göteborg

Kadesjö, m.fl. (2007) Så här kan man göra ... Vägledningsdokument ADHD hos vuxna. Socialstyrelsen

Kristiansson, M, och Sturup, J (2007) Allvarlig psykisk störning – en svår rättspsykiatrisk bedömning. Skillnader mellan svenskar och invandrare och mellan kvinnor och män analyseras. Läkartidningen Nr 22, Volym 104

Lesage et al. (2008) Regionalised tertiary psychiatric residential facilities. Epidemiol Psychiatr Soc 2008;17:38-46)

Lidberg, Lars (1999) Rättspsykiatri och farlighetsbedömningar. Karolinska institutet, Huddinge

Läkemedelsverket (2008) Ny rekommendation för farmakologisk behandling av ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Uppmärksamhetsstörning/Hyperaktivitet

Melzer, D.; Fryers, T. & Jenkins, R (ed). (2004). Social inequalities and the distribution of the common mental disorders. London: Psychology press

Morrissey (2007). Extending assertive community treatment to criminal justice settings: Origins, current evidence and future directions. Community Mental Health Journal 2007;43:5:527-544

Nationell psykiatrisamordning (2006:2) Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation. Stockholm

Nationell psykiatrisamordning (2006:6) Så vill vi ha det – Patient-, brukare- och angörignätverkens krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområden. Stockholm

SBU (1997) Användning av neuroleptika vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, rekommendationer

SBU (2005) Inventering av det vetenskapliga underlaget för behandling av ADHD hos flickor

Socialstyrelsen (1997) God psykiatrisk vård på lika villkor

Socialstyrelsen (1987) Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning. Svensk version av International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)

Socialstyrelsen (1997) Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)

Socialstyrelsen (2002) Rättspsykiatrisk vård – Utvärdering, omvärdering

Socialstyrelsen (2005) Den rättspsykiatriska vården 2005. Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005

Socialstyrelsen (2006) God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2008) Tvångsvården 2008. Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008

Socialstyrelsen (2008) Vuxna med missbruksproblem och övriga insatser 2007, Statistik, Socialtjänst 2008:4

SOSFS (2006:9) Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning

SOSFS (2008:18) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

SOU (2006) Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm

Tidigt omhändertagande vid psykos – nätverket (2007) TOP-projektet. Riktlinjer för tidigt omhändertagande vid psykos.

Östman, M (2008). Migration och psykisk hälsa. Malmö Högskola