

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 287/2018

# Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård

Systematiska översikter av effektstudier, patientupplevelser  
och ekonomiska aspekter, samt en etisk analys

**Rapportserie** Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

**ISSN** 1400-1403

**Innehållsdeklaration**

✓ Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
✓ Systematisk litteratursökning	✓ Patienter/brukare medverkat
✓ Relevansgranskning	✓ Etiska aspekter
✓ Kvalitetsgranskning	✓ Ekonomiska aspekter
Sammanvägning av resultat	Sociala aspekter
✓ Evidensgradering gjord av SBU	✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
Evidensgradering gjord externt	✓ Godkänd av SBU:s nämnd
Baseras på en systematisk litteraturoversikt	
Konsensusprocess	

**Nyckelord** Bemötande, Etik, Hälsoekonomi, Interventioner, Psykiatri, Psykisk störning, Psykologi, Psykologisk behandling, Psykosociala insatser, Rättspsykiatrisk vård

**Utgiven** Juni 2018

**Giltighetstid** Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är lågt eller mycket lågt

**Produktion** Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

**Diarienummer** SBU 2017/362

**Citera denna rapport** SBU. Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård. Systematiska översikter av effektstudier, patientupplevelser och ekonomiska aspekter, samt en etisk analys. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 287. ISBN 978-91-88437-29-7.

# Innehåll

<b>Sammanfattning och slutsatser</b>	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b>	<b>11</b>
Syfte	11
Avgränsning och skillnader mellan SBU:s två systematiska utvärderingar inom rättspsykiatrisk vård	12
Diagnoser inom rättspsykiatrisk vård	12
Spridning och målgrupper	12
<b>2 Bakgrund</b>	<b>13</b>
Svensk lagstiftning rörande lagöverträdare med allvarlig psykisk störning	13
Rättspsykiatrisk undersökning	15
Rättspsykiatrisk vård	15
Tvångsvård och tvångsåtgärder	16
Utskrivning från rättspsykiatrisk vård	16
Hälsa, vård och samhällsskydd	17
Utgångspunkter för projektet	18
— Psykologisk behandling	18
— Psykosocial insats	18
<b>3 Metodbeskrivning</b>	<b>21</b>
Metod för den systematiska översikten av studier med kvantitativ metod	22
— Frågeställning	22
— Inklusionskriterier	22
— Interventioner	23
— Litteratursökning	24
— Metod för urval av studier	24
— Det vetenskapliga underlagets styrka	25
Metod för den systematiska översikten av studier med kvalitativ metod	26
— Frågeställning	27
— Kriterier för val av studier	27
— Litteratursökning	27
— Det vetenskapliga underlagets styrka	28
Metod för praxisundersökning	28
Metod för att inhämta patienters och anhörigas erfarenheter av rättspsykiatrisk vård	29
Metod för den systematiska översikten av hälsoekonomiska studier och kostnadsberäkningar	29
— Frågeställning	30
— Litteratursökning	30
<b>4 Resultat</b>	<b>31</b>
4.1 Resultat av den systematiska översikten av kvantitativa studier	32
Risk för snedvridna data i effektstudierna	32
— Insatser i effektstudierna	34
— Analyser	35
— Sammanställning av resultaten	36

— Bedömning av evidensstyrka	36
4.2 Resultat av den systematiska översikten av kvalitativa studier	37
— Inledning	37
— Syfte och avgränsningar	37
— Beskrivning av studier och analysförfarande	37
— Resultat	38
— Sammanfattning	39
— Det vetenskapliga underlaget	40
— Perspektiv på resultaten – bedömning från PAR och en internationell systematisk översikt	42
<b>5 Praxisundersökning om insatser inom svensk rättspsykiatrisk vård</b>	<b>43</b>
<b>6 Hälsoekonomi</b>	<b>47</b>
Beslutsproblem	47
Resultat av den systematiska översikten	48
Beskrivning av kostnader för interventioner, vårdkostnader och rättskostnader	48
— Metod för interventionskostnader	48
— Vårdkostnader	50
— Rättskostnader	50
— Kostnad för återfall i brott	51
— Resultat för interventionskostnader	51
— Vårdkostnader	53
— Interventionskostnadens andel av vårdkostnaden	55
— Kostnad för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende	55
<b>7 Intervju med patienter och anhöriga</b>	<b>57</b>
Patientperspektiv	57
Anhörigperspektiv	58
<b>8 Etiska aspekter</b>	<b>59</b>
Inledning	59
Hälsa	60
— Tvång	60
— Samhällsskyddsuppdragets potentiella påverkan på hälsomålet	61
— Effekter av rättspsykiatrisk vård	62
Det vetenskapliga underlaget	63
— Forskning i den rättspsykiatriska miljön	64
<b>9 Diskussion</b>	<b>67</b>
— Behandlingar i den rättspsykiatriska miljön	69
Hälsoekonomiska överväganden	69
<b>10 Överväganden för forskning, policy och praktik</b>	<b>71</b>
<b>11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd</b>	<b>73</b>

<b>12</b>	<b>Ordförklaringar och förkortningar</b>	<b>77</b>
<b>13</b>	<b>Referenser</b>	<b>81</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>Sökstrategier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/287">www.sbu.se/287</a>
<b>Bilaga 2</b>	<b>Exkluderade studier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/287">www.sbu.se/287</a>
<b>Bilaga 3</b>	<b>Gallrings- och granskningsmallar</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/287">www.sbu.se/287</a>
<b>Bilaga 4</b>	<b>Inkluderade effektstudier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/287">www.sbu.se/287</a>
<b>Bilaga 5</b>	<b>Kvalitativa studier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/287">www.sbu.se/287</a>



# Sammanfattning och slutsatser

## Syfte

Förutsättningarna för psykologiska behandlingar och psykosociala insatser skiljer sig delvis åt mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri. I denna utvärdering undersöker SBU behandlingarnas betydelse i rättspsykiatrisk vård. I utvärderingen ingår effekter av behandlingarna och patienternas upplevelser av den rättspsykiatriska vården samt hälsoekonomi och etik. Arbetet har gjorts inom ramen för ett regeringsuppdrag.

## Slutsatser

- ▶ Effekterna av de psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som används i rättspsykiatrisk vård behöver klarläggas. Endast ett fåtal studier på psykologiska behandlingar som anpassats för rättspsykiatrisk vård identifierades. Studierna var heterogena i både behandlingstyp och utfallsmått. Det vetenskapliga underlaget räcker inte till för att dra slutsatser om effekterna. Inga studier av psykosociala insatser identifierades. Många behandlingar och insatser som används idag är utvecklade för andra vårdmiljöer och patientgrupper än rättspsykiatrins. Behandlingarnas användbarhet och effekter kan påverkas av att rättspsykiatrisk vård inte är frivillig och av att det är vanligare i rättspsykiatri än i allmänpsykiatri att patienter har flera psykiatriska diagnoser samtidigt.

- ▶ Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser står för en mycket liten kostnad i förhållande till den totala vårdkostnaden. Därför skulle behandlingar och insatser som leder till kortare vårdtid högst sannolikt vara kostnadseffektiva.
- ▶ Bättre kunskap är etiskt angeläget. Den rättspsykiatriska vården innebär ett stort och ofta långvarigt ingrepp i personens liv och autonomi. Därför är det särskilt problematiskt ur ett etiskt perspektiv att det saknas kunskap om effekter av behandlingar och insatser.
- ▶ Ökad samordning av forskning på området skulle kunna ge tillförlitlig kunskap. Det skulle möjliggöra större studier med mer homogena interventioner och utfallsmått. På senare år har flera studier gjorts på psykologiska behandlingar anpassade för patienter i rättspsykiatrisk vård.
- ▶ Det behövs mer forskning som kan stötta utvecklingen av omvårdnadsarbetet inom rättspsykiatri. Svenska intervjustudier indikerar att patienter i dag upplever utsatthet i vården.
- ▶ Hälsa- och sjukvårdens lagstadda mål om vård på lika villkor talar för en mer enhetlig rättspsykiatrisk vård. Behandlingar och insatser ska vila på en vetenskaplig grund. Rättspsykiatrisk vård varierar inom landet. Praxisundersökningen visar stora skillnader i behandlingar och insatser. Många behandlingar och insatser är lokalt utvecklade utan någon vetenskaplig grund eller systematisk uppföljning. Förutsättningarna för att erbjuda olika behandlingar och insatser varierar också.

## Vad tillför denna utvärdering?

Resultaten visar att behovet av forskning som kan stötta utvecklingen av vården är stort, både inom behandlingar, insatser, omvårdnad och bemötande. Utvärderingen visar även att utförandet av den rättspsykiatriska vården varierar i landet.

## Bakgrund

En person som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning kan i Sverige dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse. Knappt 300 personer per år överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Rättspsykiatrisk vård regleras dels av samma lagar som gäller för all vård (hälso- och sjukvårdslagen), dels av lagar som är en del av straffrätten (brottsbalken och lagen om rättspsykiatrisk vård). En allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp och inte ett medicinskt. Det innebär att patienterna i rättspsykiatri är en kliniskt heterogen grupp. Den största diagnosgruppen utgörs av psykossjukdomar men andra vanliga diagnoser är autismspektrumtillstånd och personlighetsyndrom.



Patienterna har ofta ett stort vårdbehov. Vården inom rättspsykiatri liknar annan psykiatrisk vård och använder ofta samma behandlingar.

## Metod

I detta projekt har vi gjort tre systematiska översikter. Den första tar upp behandlingseffekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser. Översikten består av kontrollerade studier som är utförda inom rättspsykiatrisk vård och motsvarar svenska förhållanden. Den andra systematiska översikten tar upp patienters upplevelser och den består av studier utförda i Sverige med kvalitativ metod. Den tredje systematiska översikten är inom hälsoekonomi och den har kompletterats med kostnader för interventioner, vårdkostnader och kostnader för rättsprocessen. Översikterna har kompletterats med en praxisundersökning och etiska aspekter på rättspsykiatrisk vård.

## Huvudresultat

I den systematiska översikten på effekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser fann vi fem studier som uppfyllde urvalskriterierna. Samtliga studier var på behandlingar inom kognitiv beteendeterapi som utvecklats för att fungera i rättspsykiatrisk vård. Studierna skilde sig dock för mycket åt för att kunna slås samman i en metaanalys. Inga studier på psykosociala insatser identifierades.

I den systematiska översikten på upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i rättspsykiatrisk vård fann vi fyra svenska studier gjorda med kvalitativ metod. Studierna visade att patienterna ofta upplevde utsatthet, brist på autonomi och delaktighet.

I den systematiska översikten av hälsoekonomiska aspekter i rättspsykiatrisk vård identifierades inga studier. Översikten kompletterades med kostnadsberäkningar som bland annat visade att behandlingarkostnaderna var mycket små i förhållande till de totala kostnaderna för den rättspsykiatriska vården.

## Diskussion

Vår granskning av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser visar tydligt att det saknas forskning på rättspsykiatrisk vård. Underlaget för effektstudier på området är litet. Det är dock lovande att det nu finns fler behandlingar som anpassats för patienter i rättspsykiatrisk vård och att man forskar på behandlingarnas effekter.

Det är viktigt att notera att avsaknad av forskning inte innebär att en behandling saknar effekt utan det betyder att effekten inte är tillräckligt väl undersökt.

Omvårdnad och bemötande är betydelsefulla för patienternas återhämtning. Initiativ för att utveckla detta bör uppmuntras. Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser samt omvårdnad utgör, tillsammans med läkemedelsbehandling, viktiga delar av den rättspsykiatriska vården. De är beroende av varandra för att fungera bra.

# 1 Inledning

## Syfte

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick år 2015 i uppdrag av regeringen (S2016/05823/FS) att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatrisk vård. I uppdraget ingick att först ta fram en behovsinventering som skulle visa inom vilka områden det fanns behov av kunskap. Behovsinventeringen genomfördes under 2016–2017 som en systematisk genomgång av sammanställd forskning (så kallad SBU Kartläggare) [1]. SBU beslutade sedan att följa upp kartläggningen med två systematiska utvärderingar, en om läkemedelsbehandling och en om psykologiska behandlingar, psykosociala insatser och upplevelser av omvårdnad.

Sakkunniga och patientorganisationer som var inblandade i kartläggningen bedömde psykosociala insatser och psykologiska behandlingar som viktiga att utvärdera av följande skäl:

- Samsjuklighet liksom bristande följsamhet och respons vid farmakologisk behandling gör att psykologiska behandlingar kan komplettera och fylla en viktig funktion inom rättspsykiatrisk vård.
- Patienter inom den rättspsykiatriska vården kan ha ett stort behov av psykosociala insatser. Många av patienterna har en psykosocial problematik redan innan de dömts till rättspsykiatrisk vård. Det kan vara att man saknar socialt kontaktnät och boende samt är arbetslös. Ett flertal har en missbruks- eller beroendeproblematik som försvårar den psykosociala situationen. Många har tidigare varit i kontakt med annan psykiatrisk vård.

- Psykologiska behandlingar och psykosociala interventioner är ofta utvecklade för andra vårdmiljöer än den rättspsykiatriska. Insatsernas användbarhet i rättspsykiatri är därför oklar, bland annat på grund av att patienterna inte själva sökt vård.

Denna rapport handlar om behandling och insatser inom rättspsykiatrisk vård. Vi har inte utvärderat vårdformen i sig eller hur behandlingsmetoderna fungerar i andra psykiatriska kontexter.

## Avgränsning och skillnader mellan SBU:s två systematiska utvärderingar inom rättspsykiatrisk vård

De två SBU-projekten inom rättspsykiatrisk vård, dels den om läkemedelsbehandling, dels denna rapport om psykologiska behandlingar, psykosociala insatser och upplevelser av omvårdnad har valt olika tillvägagångssätt på en del punkter. I denna rapport utgick vi ifrån att psykologiska behandlingar och psykosociala insatser kunde vara mer kontextberoende än läkemedelsbehandlingar. Det återspeglas bland annat i vår kvantitativa översikt av effektstudier. Där har vi endast fokuserat på patienter inom rättspsykiatrisk vård eller motsvarande verksamhet i andra länder. I vår kvalitativa översikt har vi fokuserat på svensk rättspsykiatrisk vård. Detta beskrivs närmare i metodkapitlet.

## Diagnoser inom rättspsykiatrisk vård

Inom ramen för projektet om läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård har Socialstyrelsens register gått igenom i syfte att ta reda på vilka diagnoser som är vanliga [2]. Genomgången visar att den största andelen patienter inom rättspsykiatri har en psykossjukdom som huvuddiagnos. Det är också relativt vanligt med personlighetssyndrom och autismspektrumstörningar. Det förekommer även missbruks- och beroendeproblematik, som gäller såväl alkohol som andra substanser. Flertalet patienter har dessutom mer än en psykiatrisk diagnos (samsjuklighet) och låg psykosocial funktionsnivå, vilket gör att de efter den initiala behandlingen också behöver rehabilitering och social återanpassning.

## Spridning och målgrupper

Rapporten riktar sig till personal och beslutsfattare på olika nivåer inom rättsvårdande myndigheter såsom Sveriges domstolsväsen, Kriminalvården, Rättsmedicinalverket och Statens institutionsstyrelse. Vi vänder oss även till olika professioner inom rättspsykiatrisk vård, samt patienter och anhöriga. Även landsting och kommuner och särskilt socialtjänst kan ha intresse av rapporten.

# 2 Bakgrund

## Svensk lagstiftning rörande lagöverträdare med allvarlig psykisk störning

Det är ovanligt med ett system som det svenska där en lagöverträdare med allvarlig psykisk störning kan dömas till rättspsykiatrisk vård av domstol. I de flesta andra juridiska system finns inte psykiatrisk vård som straffrättslig påföljd. Där kan en allvarligt psykiskt störd person som begår ett brott istället bedömas som icke ansvarig för sina gärningar på grund av bristande kunskap om sina handlingars innebörd eller bristande kontroll över handlingarna. I sådana fall kan personen bli straffrifyklarad på grundval av principen om att en person som inte är ansvarig för sina gärningar inte heller kan hållas skyldig för dem. I Sverige kan en person som begått ett brott och som bedöms ha gjort det under inflytande av en allvarlig psykisk störning under vissa omständigheter dömas till rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården har därmed två huvudsakliga funktioner. Den första är just vård och syftet med vården är att bota eller lindra patientens sjukdom. Den andra är att vården samtidigt är en straffrättslig påföljd, vars syfte bland annat är att skydda samhället från potentiellt farliga individer. Rättspsykiatrisk vård regleras dels av samma lagar som gäller för all vård (hälso- och sjukvårdslagen, HSL), dels av lagar som är en del av straffrätten (brottsbalken och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV). Även patientlagen (2014:821) gäller för de rättspsykiatriska patienterna. Syftet med patientlagen är bland annat att stärka och tydliggöra patientens ställning i

vården. Den innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvård.

Det så kallade fängelseförbudet (brottsbalken 30 kap. 6 §) fastställer att den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning i första hand ska dömas till annan påföljd än fängelse, om det inte finns synnerliga skäl. Sådana skäl kan vara brottets straffvärde, om den tilltalade saknar eller har ett begränsat vårdbehov, samt om den tilltalade själv har vållat sitt tillstånd. Vidare säger lagen att rätten inte får döma till fängelse om den tilltalade, till följd av den allvarliga psykiska störningen, har saknat förmåga att inse gärningens innebörd eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt såvida inte detta tillstånd är självförvällat genom rus eller på något annat liknande sätt.

I brottbalken 31 kap. 3 § regleras överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Den som har begått ett brott och lider av en allvarlig psykisk störning får överlämnas till rättspsykiatrisk vård om det med hänsyn till personens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att hon eller han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Dessa två lagar innebär i korthet att den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning och har ett behov av psykiatrisk vård på sjukhus och där det inte finns synnerliga skäl för en fängelsepåföljd, ska dömas till rättspsykiatrisk vård.

Vidare kan rättspsykiatrisk vård utdömas med eller utan särskild utskrivningsprövning. Vård utan särskild utskrivningsprövning regleras genom lagen om rättspsykiatrisk vård 12–15 §§ och det är i sådana fall chefsöverläkaren som beslutar om när vården ska upphöra. Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan utdömas där brottet är av allvarligare slag, det vill säga utgör ett hot mot annans liv och hälsa och där återfallsrisken anses vara betydande. I dessa fall kan vården endast avskrivas efter beslut av Förvaltningsrätten.

Lagen om rättspsykiatrisk vård reglerar även akut psykiatrisk tvångsvård av personer som är anhållna, häktade eller dömda till fängelse. För personer i behov av tvångsvård men som inte begått brott används lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Sedan år 2008 finns även öppen rättspsykiatrisk vård vid sidan av sluten rättspsykiatrisk vård. Vid sådan vård är personen inte längre inskriven vid en vårdavdelning. Men personen är föreskriven att följa vissa av Förvaltningsrätten uppställda villkor om till exempel boende, sysselsättning och avhållsamhet från droger. Om dessa villkor inte uppfylls kan domstolen återigen omvandla vården till sluten vård.

Begreppet allvarlig psykisk störning har en central betydelse eftersom det är ett nödvändigt villkor för att bli dömd till rättspsykiatrisk vård. Allvarlig psykisk störning motsvaras inte av någon specifik medicinsk diagnos utan är ett mediko-legalt begrepp. I första hand avses tillstånd av psykotisk karaktär, men även vissa demenstillstånd, allvarliga depressioner med självmordsrisk, svårartade

personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär, samt drogutlösta psykoser. Sammanfattningsvis är det psykiska störningar som på ett eller annat vis kraftigt påverkar en persons verklighetsuppfattning.

## Rättspsykiatrisk undersökning

Som underlag för domstolens beslut finns ett rättspsykiatriskt utlåtande. Utlåtandet är i sin tur resultatet av en rättspsykiatrisk undersökning (RPU). En RPU föregås i regel av en så kallad paragraf 7-undersökning, vilken begärs av domstol när den anser att personens psykiska tillstånd bör undersökas. Paragraf 7-undersökningen genomförs av en läkare som är specialist i psykiatri. Undersökningen görs för att bedöma om en allvarlig psykisk störning kan misstänkas och om det därmed finns behov av en RPU som är en betydligt mer omfattande undersökning. RPU:er genomförs av Rättsmedicinalverket och huvudsyftet är att bedöma om den misstänkte begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning, vilken påverkan det bör ha vid val av påföljd, samt att bedöma om det finns medicinska förutsättningar för överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Undersökningen ska också på rättens begäran besvara frågeställningen om den tilltalade på grund av sin störning inte kunnat inse gärningens innebörd eller anpassat sina handlingar samt om den misstänkte själv vållat sitt tillstånd genom rus eller på något annat liknande sätt. Det har under de senaste fem åren gjorts omkring 1 300 paragraf 7-undersökningar årligen, varav omkring 500 gått vidare till en RPU. Av dessa brukar omkring 50 procent anses uppfylla villkoren för en allvarlig psykisk störning och kan därmed överlämnas till rättspsykiatrisk vård istället för till fängelse av domstolen.

En RPU genomförs av ett team bestående av en läkare som är specialist i rättspsykiatri, en psykolog, en forensisk socialutredare, samt vårdpersonal. Majoriteten av dem som utreds är häktade och vistas inne på den rättspsykiatriska undersökningsavdelningen. Undersökningen tar i genomsnitt fyra veckor för de häktade. För de cirka 25 procent av undersökningarna som görs på personer som inte är häktade får det ta sex veckor som längst.

## Rättspsykiatrisk vård

Den rättspsykiatriska vården är en form av psykiatrisk tvångsvård, det vill säga den är förenad med frihetsberövande och det är även tillåtet att utföra olika former av tvångsåtgärder inom ramen för vården. I fråga om innehållet i den rättspsykiatriska vården hänvisar lagen om rättspsykiatrisk vård till bestämmelserna i lagen om psykiatrisk tvångsvård. I båda fastslås att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till åtgärdens syfte. Dock gäller samma grundläggande principer för vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763) även för den rättspsykiatriska vården. Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdpersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och vården ska uppfylla kravet på en sakkunnig och omsorgsfull vård. Vården ska vidare, så

långt det är möjligt, genomförs i samråd med patienten. Slutligen föreskrivs att patienten ska visas omtanke och respekt.

## Tvångsvård och tvångsåtgärder

I Regeringsformen finns svenska medborgares fri- och rättigheter lagstadgade. Av 2 kap. 6 § framgår att varje medborgare är skyddad gentemot det allmänna mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Varje medborgare är även skyddad mot kroppsvisitation, mot intrång i privatlivet (såsom undersökning av försändelser eller avlyssning av telefonsamtal). Även patientlagen betonar patientens självbestämmande och integritet. Dessa rättigheter kan dock begränsas (Regeringsformen 2 kap. 21–24 §). En sådan begränsning måste dock vara lagstadgad, den får inte gå utöver vad som är nödvändigt med avseende på begränsningens ändamål, och den får endast göras för att tillgodose ändamål som kan anses vara godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna är sedan år 1995 svensk lag. I artikel 5:1 fastslås giltiga grunder för att inskränka en persons frihet. Här anges bland annat att en medborgares frihet får begränsas när någon är lagligen berövad friheten efter fällande dom av behörig domstol, samt när någon på lagligt sätt är berövad friheten därför att hon eller han är psykiskt sjuk. Som skäl för att alls tillåta tvångsvård anges i förarbetena till lagen om rättspsykiatrisk vård en grundläggande solidaritetstanke. I situationer där personen saknar förmåga att se till sitt eget bästa vad gäller hälsa ”kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om vederbörande motsätter sig det” (Prop. 1990/91:58 s. 64). Ändamålet som ytterst är omsorg om en persons liv och hälsa anses därmed vara av tillräckligt högt värde för att tillåta en frihetsbegränsning. Den frihetsbegränsning som rättspsykiatrisk vård innebär kan således anses vara legitim eftersom de personer vars frihet begränsas här dels har berövats friheten genom fällande dom, dels är psykiskt sjuka.

Rättspsykiatrisk vård innebär tvång i sig, men det finns även utrymme för tvingande åtgärder inom ramen för vården. Som tidigare nämnts så omfattas den rättspsykiatriska vården av hälso- och sjukvårdslagen som uttrycker att all vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Lagen om rättspsykiatrisk vård gör det dock möjligt att göra avsteg från denna princip om det är nödvändigt för att värna patientens liv och hälsa när patienten till följd av sin sjukdom inte kan ”se till sitt eget bästa” (SOU 2012:17). Tvång får också tillgripas mot en patient för att avstyra en allvarlig situation för andra personer såsom medpatienter eller vårdpersonal.

## Utskrivning från rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård är inte tidsbegränsad. För personer som dömts till vård med särskild utskrivningsprövning är det Förvaltningsrätten som beslutar när



vården kan avslutas. Enligt lagen om rättspsykiatrisk vård ska vården upphöra när det inte längre, till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, finns risk att personen återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Enligt bestämmelsen finns det inget explicit krav på att den psykiska störningen fortfarande ska bedömas som allvarlig för att en person ska kunna behållas inom vården. Av förarbetena framgår dock att den psykiska störningen ofta bör anses som allvarlig om störningen leder till en återfallsrisk i brottslighet av allvarligt slag (Prop. 1990/91:58 s. 316). Hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt tas också med i bedömningen. För att vården ska upphöra krävs enligt lagen om rättspsykiatrisk vård att det inte är påkallat att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, eller ges öppen rättspsykiatrisk vård.

Underlaget som chefsöverläkaren ger till rätten ska därmed innehålla både en riskbedömning och en vårdbehovsbedömning. Här ingår en redogörelse för risken att patienten återfaller i grov brottslighet och för de insatser som har planerats för att motverka återfall. Faktorer som domstolen särskilt ska ta hänsyn till är tidigare våldsbeteende, patientens aktuella tillstånd i relation till förväntad situation vid utskrivningen, inställning till tidigare brottslighet och missbruksproblematik. Dessutom beaktas vilken effekt den rättspsykiatriska vården har haft [3]. Att bedöma återfallsrisken för en patient inom lagen om rättspsykiatrisk vård, står således i fokus vid särskild utskrivningsprövning. I förarbetena till lagen understryks att sådana bedömningar är svåra att göra och att det därför är väsentligt att det sker en ”grannlaga prövning efter noggranna kriterier” (Prop. 1990/91:58 s. 465).

## Hälsa, vård och samhällsskydd

Regleringen av tvångsvård speglar en avvägning mellan olika rättigheter eller värden. Det är å ena sidan respekt för individens frihet och autonomi och å andra sidan samhällets skyldighet att skydda dem som saknar förmåga att värna om sitt eget bästa eller vars frihet behöver begränsas för att skydda andra människors liv och hälsa. Dessa avvägningar blir särskilt påtagliga i beslut om tvångsåtgärder inom vården samt i samband med avslutande av den rättspsykiatriska vården. Tvångsåtgärder går stick i stäv med hälso- och sjukvårdslagets krav på att vård ska bedrivas med patientens samtycke. De principer som stöder tvångsvårdslagstiftning, uttrycker att samhället bör sörja för vården av svårt sjuka personer som saknar förmåga att fatta välgrundade beslut angående sitt eget vårdbehov. Frihetsberövandet i stort, såväl som tvångsåtgärder inom vården som är en avgränsning av medborgares rätt till självbestämmande och autonomi, motiveras även med hänvisning till samhällsskydd. Med det menas att samhället får begränsa en persons frihet av hänsyn till fara för andra människors liv och hälsa.

Rättsmedicinalverket är en statlig myndighet som ger expertkunskap till rättsväsendet. Målet för rättsväsendet är den enskildes rättssäkerhet och rättstrygghet. Rättssäkerhet innebär att rättskipning och annan myndighetsutövning ska

vara förutsebar och enhetlig samt bedrivs med hög kvalitet. Med rättstrygghet menas att enskilda personer och andra rättssubjekt ska vara skyddade mot brottsliga angrepp på liv, hälsa, frihet, integritet och egendom. Ett utlåtande från Rättsmedicinalverket får ofta avgörande betydelse för om domstolen dömer den som begått ett brott till fängelse eller rättspsykiatrisk vård. Till skillnad från Kriminalvården som är en statlig myndighet, utförs den rättspsykiatriska vården inom landsting och regioner. Landstingens rättspsykiatriska vård har samma krav på innehåll och kvalitet som den övriga hälso- och sjukvården, med tillägget att den rättspsykiatriska vården också ska arbeta för att förebygga återfall i brott.

## Utgångspunkter för projektet

Psykiska sjukdomar och störningar är ofta kroniska och vårdens uppdrag blir då att lindra och hjälpa patienterna att leva med sjukdomen. Patienter inom rättspsykiatrisk vård lider av psykiska sjukdomar och störningar som vid vårdens inledning är allvarliga, både till sin art och grad. Med art avses sjukdomstypen, medan grad syftar på den psykosociala funktionsnivån och på hur svåra symtomen är.

Många av de tillstånd som patienterna lider av, till exempel schizofreni, är att betrakta som episodiska och kroniska. Det naturliga förloppet innebär skov och remissioner med stora skillnader i patientens mående och funktion. Andra diagnoser kännetecknas av större stabilitet över tid, till exempel personlighetsyndrom och utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar. För de flesta patienter, oavsett diagnos, innebär behandlingen en kombination av symtomlindring och funktionsträning. Olika anpassningar av miljön är också en viktig del av vården så att de negativa effekterna av den allvarliga psykiska störningen minskar. På så sätt kan den psykosociala funktionsnivån öka, kognitionen förbättras och leda till ökad förmåga att fatta ändamålsenliga beslut. Därmed kan risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag minska. Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser av olika slag förekommer ofta som en del av behandlingsutbudet i den rättspsykiatriska vården.

### Psykologisk behandling

Psykologiska behandlingar syftar till att lindra eller minska sjukdomssymtom samt att förbättra patientens funktion till exempel genom att lära sig att hantera sin sjukdom. De psykologiska behandlingar vi fokuserat på i detta projekt är forskningsbaserade och utgår från psykologiska teoribildningar.

### Psykosocial insats

Att leva med psykisk sjukdom kan ge patienterna praktiska och sociala problem som de behöver stöd i att lösa. Psykosociala insatser kan syfta till att förbättra patientens situation både praktiskt och socialt. Insatserna fokuserar på andra behov än sjukdomssymtom och utförs ofta av omvårdnadspersonal. Det finns ingen fastslagen definition av denna typ av insatser. Vi har i detta projekt valt

att definiera psykosociala insatser som insatser ämnade att hjälpa patienten att förbättra sin sociala situation och stödja återgång till ett liv i samhället. Behovet av psykosociala insatser är individuellt.

I de psykosociala insatser som utvärderats i detta projekt ingår inte skolundervisning, kurser och fysisk träning. Samtliga dessa områden kan vara stora nog för egna systematiska översikter.

En del av de insatser och behandlingar som används idag har ingen fast avgränsning mellan psykologisk och psykosocial inriktning. Dels kan samma komponenter finnas i olika typer av behandlingsprogram. Dels kan samma insats definieras som en psykologisk behandling vid en vårdinrättning och som en psykosocial insats vid en annan. Skillnaden kan ligga i hur insatsen används, i vilket syfte och vilken yrkeskategori som utför den.

När det gäller de psykosociala insatserna visar en rundfrågning till Nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad (NätRom)<sup>1</sup> att man har psykosociala insatser inom områden som social träning och kognitiva anpassningar, sysselsättningar på kliniken och samtalsstöd till exempel om missbruksproblematik och aggression. Dessa insatser är inte alltid namngivna eftersom de ofta är lokalt utvecklade och de varierar i omfattning och utförande mellan klinikerna. Flera av dem är därför svåra att följa upp och jämföra med varandra.

---

<sup>1</sup> NätRom. Nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad. <http://natrom.se/hem/>



# 3 Metodbeskrivning

Vi kommer i detta kapitel att gå igenom metoder för projektets olika delar i den ordning som de ställs upp i tabellen nedan.

Ämne	Metod
Effekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser	Inkluderar: Studier med kvantitativ metod Metod: Systematisk översikt
Upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i rättspsykiatrisk vård	Inkluderar: Studier med kvalitativ metod Metod: Systematisk översikt
Praxisundersökning	Inkluderar: Aktuella rapporter och frågor till yrkesföreträdare
Patienters och anhörigas upplevelser av rättspsykiatrisk vård	Metod: Gruppintervju
Hälsoekonomi	Inkluderar: Beskrivning av behandlingskostnader, vårdkostnader och rättskostnader Metod: Systematisk översikt

**Tabell 3.1**  
Metodik per ämnesområde.

# Metod för den systematiska översikten av studier med kvantitativ metod

Syftet med en systematisk litteraturoversikt är att klarlägga det vetenskapliga kunskapsläget för en viss fråga. Metodiken för att ta fram en systematisk litteraturoversikt utgår från tydliga frågeställningar och inklusions- och exklusionskriterier. Sökningen efter litteratur görs brett i flera databaser. Därefter följer relevans- och kvalitetsgranskningar av studierna utifrån frågeställningarna. Resultaten från de studier som bedömts vara tillförlitliga utifrån förutsättningarna läggs samman i till exempel metaanalyser och narrativa sammanläggningar. Slutligen värderas hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är, uttryckt som styrka på det vetenskapliga stödet (så kallad evidensstyrka, se Faktaruta 3.1). Detta avsnitt beskriver bland annat frågeställningar, urvalskriterier och metoder för sammanvägning av resultat. En mer utförlig information om metodiken finns i SBU:s handbok [4].

## Frågeställning

Vilka effekter och biverkningar har psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatri på till exempel sjukdomssymtom, tillfrisknande, livskvalitet, återfall i brott och omställning till ett liv i samhället för personer som dömts till rättspsykiatrisk vård?

## Inklusionskriterier

Kriterierna för inklusion är uppdelade efter akronymen PICO (population, intervention, jämförelsealternativ (control), utfallsmått (outcome)).

### Population

Personer som dömts till rättspsykiatrisk vård eller motsvarande population i andra rättssystem än det svenska. (Med motsvarande population avses vuxna patienter som motsvarar rättspsykiatriska patienter i sjukdomsbild och vårdform.) De skulle befinna sig inom rättspsykiatrisk vård eller i en utskrivningsprocess från rättspsykiatrisk vård. Sjukdomsbilden skulle vara allvarlig psykisk störning (schizofreni, schizoaftikt syndrom, (schizoaftikt psykos), bipolär sjukdom, personlighetsstörningar eller allvarlig depression) och hög förekomst av samsjuklighet (t.ex. i missbruk). Vårdinrättningar ingick där personer med allvarlig psykisk störning som dömts för brott vårdas. Ålder: 15 år och uppåt. Studierna skulle innehålla minst 50 procent av ovanstående population för att inkluderas.

Inom svensk rättspsykiatri befinner sig även patienter från andra verksamheter men detta projekt har inte som mål att utvärdera behandlingar riktade mot dessa grupper.

## Interventioner

*Psykologiska behandlingar.* Här syftar vi på behandlingar grundade i psykologisk teori och forskning, utförda enligt bestämda grundprinciper med mål att lindra sjukdomstillstånd, att främja tillfrisknande och att hjälpa patienten i att hantera sin sjukdom, med till exempel psykoterapi, kognitiv psykoterapi, beteendeträning, motiverande intervju eller med acceptance and commitment therapy.

*Psykosociala insatser.* Vi har valt att definiera psykosociala insatser som insatser ämnade att bistå patienten i att förbättra sin sociala situation och stödja återgång till ett liv i samhället, det vill säga insatser ämnade att ha effekt på fler områden än på sjukdomssymtom. I de psykosociala insatserna ingår inte skolundervisning, kurser och fysisk träning.

De psykosociala insatser vi sökte efter kunde vara insatser på både systemnivå och insatser som riktades direkt till individen, till exempel case management, vocational rehabilitation and participation in work life, social skills training, arts therapies, peer-led och self-help.

## Jämförelsealternativ

Ingen behandling (t.ex. väntelista), placebo, sedvanlig behandling eller annan definierad behandling.

## Utfallsmått

Utfallsmått som kunde kopplas till psykologiska behandlingar och psykosociala insatser både inom rättspsykiatrisk klinik, under utslussning eller i rättspsykiatrisk öppenvård, till exempel:

1. Tillfrisknande och återhämtning, sjukdomssymtom, beteendeförändringar, funktionsförmåga, missbruk, livskvalitet, suicid, suicidförsök, återfall (eller tid till återfall) i sjukdom och i brott, kontaktnät, skuldsituation, boende under utslussning eller i rättspsykiatrisk öppenvård och återgång till arbete.
2. Där det förekom, skulle även data för behandlingstid analyseras.

Resultaten skulle presenteras i validerade skalor. Vi avsåg att bedöma resultat av både positiva effekter och biverkningar. Inga primära utfallsmått definierades.

## Studiedesign

Kliniska studier med kontrollgrupp samt systematiska litteraturoversikter.

## Behandlings- och uppföljningstid

Behandlingstid i enlighet med manualer för aktuell metod.

## Studiestorlek

Ingen begränsning i studiestorlek. Bristande statistisk precision hanterades vid syntesen i enlighet med GRADE [5].

## Språk

Engelska och skandinaviska språk.

## Sökperiod

Mellan åren 2007 och 2018. (Den senaste systematiska översikten med liknande PICO gjordes år 2007, därför fick litteratursökningen en bakre gräns [6].)

## Litteratursökning

En litteratursökning gjordes av SBU:s informationsspecialist i samarbete med projektets sakkunniga och projektledare. Litteratursökningen genomfördes 2017-05-24 i sju olika databaser; ASSIA IBBS, Cinahl, EBSCO, PsycInfo, SocIndex, Embase och Medline. Syftet var att göra en bred sökning. Sökningen uppdaterades 2018-02-06.

Alla sökstrategier redovisas i Bilaga 1 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

## Metod för urval av studier

Studiernas sammanfattningar (abstrakt) relevansbedömdes av två medarbetare på kansliet, oberoende av varandra med hjälp av granskningsverktyget Rayyan (<https://rayyan.qcri.org>). Urvalet av artiklar som lästes i fulltext var generöst. Endast de studier som med säkerhet inte uppfyllde kriterierna exkluderades. Det räckte med att en medarbetare ansåg att en artikel skulle inkluderas för att den skulle läsas i fulltext. När de relevanta studierna beställts i fulltext gjordes ytterligare en relevansbedömning. Denna utfördes parvis av en sakkunnig och en medarbetare på kansliet. Hela projektgruppen gjorde sedan en gemensam bedömning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna vilka artiklar som ansågs vara relevanta. De återstående studierna gick sedan vidare till kvalitetsgranskning.

Artiklar som inte bedömdes vara relevanta redovisas i Bilaga 2 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

## Metod för bedömning av risk för snedvridna data i studierna

Utfallen i studierna bedömdes strukturerat med stöd av Cochranes granskningsmall RoB 2.0, se Bilaga 3 granskningsmallar ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Mallen är utformad för att stödja bedömningen av risk för snedvridna data (bias) i forskningsprocessen. Ett par exempel på risk för bias är om viktiga egenskaper hos studiedeltagarna inte förekommer lika ofta i behandlingsgrupp som i kontrollgrupp, eller om datainsamlingen skötts av någon som visste vilken jämförelsegrupp deltagarna ingått i. Till den sammanlagda bedömningen av risk för bias lades även frågan om ekonomiska jäv och andra jäv hos forskargruppen bakom studien. Granskningsmallen RoB 2.0 skiljer sig från tidigare mallar som SBU



använt genom att den är utformad för att följa varje enskilt utfall istället för hela studien.

Granskningen gjordes i par bestående av sakkunniga och medarbetare på kansliet. Man arbetade oberoende av varandra och sedan diskuterade paren granskningen så att konsensus kunde uppnås. Svårlösta beslut togs i storgrupp. Resultatet av detta redovisas tillsammans med beskrivning av studierna och bildar bakgrund till vår bedömning av utfallen i studierna. En sammanställning av de studier som höll hög risk för bias finns i Bilaga 2 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

### **Metod för sammanvägning av effektstudierna**

Resultaten analyserades narrativt och bedömdes utifrån det internationellt utarbetade systemet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [5].

### **Det vetenskapliga underlagets styrka**

SBU använder GRADE för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka. Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten uttrycks med hjälp av en evidensstyrka. Evidensgraderingen görs i två steg. I ett första steg ges varje sammanvägt resultat en preliminär evidensstyrka som sätts utifrån vilken design de ingående studierna har. Den säkraste typen av forskning är en randomiserad studie eftersom den i teorin gör undersökningsgrupperna likvärdiga före det att insatserna testas. Icke-randomiserade studier, inklusive kohortstudier och fall-kontrollstudier, tilldelas preliminärt en lägre evidensgradering. I ett andra steg kan den preliminära evidensstyrkan sänkas eller höjas beroende på ett antal omständigheter.

**Faktaruta 3.1**  
Risk för snedvridna data  
(bias), evidensstyrka  
och slutsatser.

En systematisk litteraturoversikt väger samman resultat från olika studier. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) för att redovisa sin bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i översikten.

Bedömningen innefattar, för varje sådant delresultat:

- hur stor risken är för systematiska fel i studierna (engelska: *bias*, snedvridning),
- hur mycket studierna motsäger varandra (engelska: *inconsistency*, bristande samstämmighet),
- i vilken grad som de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan (engelska: *indirectness*, bristande överförbarhet),
- hur stor den statistiska osäkerheten är (engelska: *imprecision*, bristande precision) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: *publication bias*).

Hänsyn tas också till storleken på delresultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt i vilken riktning som tänkbara snedvridande faktorer kan förväntas verka.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- (⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har **hög tillförlitlighet**
- (⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har **måttlig tillförlitlighet**
- (⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har **låg tillförlitlighet**
- (⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har **mycket låg tillförlitlighet**

När det helt saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan gradering av tillförlitligheten.

## Metod för den systematiska översikten av studier med kvalitativ metod

En systematisk översikt av studier med kvalitativ metod genomfördes. Syftet med denna del av rapporten var att utifrån patienternas perspektiv belysa sammanhanget som behandlingar i den svenska rättspsykiatriska vården utförs i. Därför valde vi att förstärka överförbarheten och endast inkludera studier utförda inom svensk rättspsykiatrisk vård och som beskrev patienters upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö. Vi valde att undvika smala definitioner av dessa ämnesområden och ville hålla öppet för alla intervjustudier som tog upp patienternas upplevelser av omvårdnad, bemötande och vårdmiljö.

## Frågeställning

Vilka upplevelser och erfarenheter har patienter av vårdmiljö, omvårdnad och bemötande i svensk rättspsykiatri?

## Kriterier för val av studier

För denna litteraturgenomgång var inte jämförelsealternativ och intervention aktuella utan vi fokuserade på population och utfallsmått. Populationen var densamma som i den systematiska översikten av effektstudier med undantaget att den kontext patienterna skulle befinna sig i var svensk rättspsykiatrisk vård. Utfallet var patienternas upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö.

## Studietyper

Svenska studier med kvalitativ metod och intervjuer med kvalitativ analys.

## Litteratursökning

En litteratursökning gjordes av SBU:s informationsspecialist i samarbete med projektets sakkunniga och projektledare. Litteratursökningen genomfördes 2017-05-24 i svenska databaser. Sökstrategin återges i sin helhet i Bilaga 1 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Sökningen kompletterades med att ett antal svenska forskargrupper på området tillfrågades om de kände till fler studier. Forskargrupperna identifierades i Vetenskapsrådets kartläggning av pågående forskning inom rättspsykiatrisk vård [7].

## Litteraturgenomgång och granskning

En första gallring av de artikelsammanfattningar som genererades vid litteratursökningen gjordes av två medarbetare på SBU:s kansli, oberoende av varandra. De studier som minst en av granskarna bedömde som relevanta för frågeställningen beställdes i fulltext. De studier som vid granskningen av den fullständiga texten inte visade sig uppfylla inklusionskriterierna exkluderades efter konsensusbeslut. En lista på de exkluderade studierna finns i Bilaga 2 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

Bedömningen av risk för snedvridna data (bias) utfördes av två medarbetare på SBU:s kansli, oberoende av varandra. Studier med kvalitativ metod bedöms inte utifrån risk för bias på samma sätt som kvantitativa studier men kopplingen mellan bakomliggande teori och forskningsprocess bedömdes systematiskt med hjälp av en mall som bygger på CERQual, se Bilaga 3 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Artiklar som bedömdes ha så stora metodbrister att de inte var tillförlitliga och därmed utslöts ur analysen redovisas i Bilaga 2 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Granskningens resultat redovisas tillsammans med beskrivning av studierna och en analys. Medarbetarna tog även in metodstöd från övriga på SBU:s kansli och från ett av SBU:s råd.

## Metoder för sammanvägning av resultat

En syntes gjordes av de studier med kvalitativ metod som kunde belysa patienternas upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i svensk rättspsykiatrisk vård. Två medarbetare vid SBU:s kansli läste oberoende av varandra, igenom samtliga inkluderade studier, för att få en övergripande bild av innehållet samt genomförde den kvalitativa analysen. Förförståelsen hos medarbetarna bygger på erfarenheter från preklinisk medicinsk och psykologisk forskning, samt arbete med systematiska litteraturoversikter.

Vi extraherade citat ur studiernas resultat- och diskussionsdelar. För att inte för stor vikt skulle läggas på enskilda skildringar, har citaten från enskilda intervjuer inte tagits med utan endast beskrivningar från studieförfattarna. Initialt identifierades och preciserades nivå 1-teman vilka därefter kondenserades och reducerades till nivå 2-teman. Om några nivå 2-teman var besläktade så kunde dessa syntetiseras till nivå 3-teman. Arbetet utfördes i en process i vilken de olika temana arrangerades om i flera steg till dess att tydliga teman framkom. Därefter möttes man och olikheter diskuterades tills konsensus hade nåtts om de teman som skulle ingå i syntesen. Efter avslutad analys utfördes en så kallad member-check (audience review) vid ett möte med fem representanter från riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR).

## Det vetenskapliga underlagets styrka

I denna utvärdering har vi använt GRADE för CERQual (<https://www.cerqual.org/>) som stöd i bedömningen av tillförlitligheten av sammanvägda teman för studier med kvalitativ metod.

# Metod för praxisundersökning

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk rättspsykiatrisk vård använde vi flera olika källor: främst en kartläggning av innehållet i vården från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2018 [8]. SKL har ett statligt uppdrag som kallas Uppdrag Psykisk Hälsa där man utvecklar kunskap, metoder och verktyg tillsammans med kommuner och landsting för att få effektiva insatser inom området psykisk hälsa. Inom ramen för detta uppdrag intervjuade två av SKL:s projektledare 20 rättspsykiatriska kliniker under år 2017 om vårdens innehåll.

Vi använde även det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistrets årsrapport 2016 [9] och en rapport över nyckeltal för den rättspsykiatriska vården från SKL utförd av Nysam [10]. Vi gjorde dessutom en mindre frågerunda till yrkesföreträdare. Frågorna skickades med en mejllänk till nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad (NätRom) till psykologer och psykiatrer inom rättspsykiatrisk vård samt till Sveriges Forensiska Psykologers Förening (SFPF) och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen (SPRF). Det är okänt hur många gånger länken delades och därför finns inga uppgifter om andelen svar eller vilka kliniker svaren kom ifrån. Undersökningen utfördes från 2017-11-06 till 2017-12-01 och svar erhöles från 41 respondenter.

Orsaken till att vårt projekt inte gick längre i egna undersökningar var att det fanns andra källor att tillgå, samt att rättspsykiatrin har undersökts från flera håll de senaste åren och hade svårt att avsätta tid för fler undersökningar. Vår sammanställning av resultaten är i form av en kort sammanfattande text där behandlingar och insatser från mer än en källa presenteras.

## Metod för att inhämta patienters och anhörigas erfarenheter av rättspsykiatrisk vård

För att få en inblick i hur det kan vara att vårdas på en rättspsykiatrisk klinik, eller att vara anhörig till en person som vårdas, intervjuades fem medlemmar från riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin (PAR).

PAR är en rikstäckande förening bestående av patienter i rättspsykiatrisk vård och deras anhöriga. Föreningen arbetar med stöd till medlemmar och med kunskaps-spridning om rättspsykiatri. Man strävar efter att öka patienters och anhörigas inflytande över den rättspsykiatriska vården och verkar för en ökad rättssäkerhet.

Intervjun med representanterna från PAR genomfördes med öppna frågor i rundor, det vill säga en gruppintervju där alla svarar i tur och ordning på samma fråga. Nya frågor formulerades utifrån de svar man fick under rundan. Resultatet sammanfattades i en text som sändes till respondenterna för påseende och kommentarer. I det sista steget koncentrerades texten och kontrollerades att vi så långt som möjligt förhindrade identifiering av deltagarna.

En intervju i en grupp av denna ringa omfattning kan inte täcka in alla aspekter av patient- och anhörigperspektiv. Det kan dock nyansera bilden av patienter och anhöriga och den situation de befinner sig i.

## Metod för den systematiska översikten av hälsoekonomiska studier och kostnadsberäkningar

För att belysa hälsoekonomiska aspekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatrin gjordes en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier. Översikten kompletterades med beräkningar av kostnader för de psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som bedömdes vara av störst vikt att belysa ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. För att sätta interventionskostnaderna i perspektiv beskrivs kostnaderna för den rättspsykiatriska vården och kostnaderna för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt

ärende. Metoden för kostnadsberäkningarna återfinns i det hälsoekonomiska avsnittet (Kapitel 6).

## Frågeställning

Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för olika psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatrisk vård?

## Litteratursökning

En litteratursökning gjordes av SBU:s informationsspecialist i samarbete med projektets hälsoekonom. Litteratursökningen genomfördes 2017-06-29 i sex olika databaser; ASSIA IBBS, Cinahl, Cochrane Library, PsycInfo, SocIndex, Medline. Sökningen uppdaterades 2018-02-06. Sökningen efter ekonomiska utvärderingar gjordes enligt samma sökstrategi som i det övriga projektet bortsett från att ingen begränsning förelåg gällande studiedesign, samt att utfallen även omfattade ekonomiska aspekter. Alla sökstrategier återges i sin helhet i Bilaga 1 ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

## Litteraturgenomgång och granskning

Granskningen gjordes i tre steg. Den första granskningen gjordes på abstrakt-nivå av två medarbetare på kansliet (varav en hälsoekonom) och oberoende av varandra med hjälp av granskningsverktyget Rayyan (<https://rayyan.qcri.org>). De artiklar som någon av medarbetarna ansåg var relevanta för projektets frågeställning beställdes i fulltext. De bedömdes därefter i ett andra steg, i en så kallad relevansbedömning. De relevanta studierna gick sedan till steg tre där hälsoekonomer på SBU:s kansli bedömde studiernas kvalitet och grad av överförbarhet till en svensk kontext (se Bilaga 3 Granskningsmallar på [www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

# 4 Resultat

Vi kommer i detta kapitel att gå igenom resultaten för projektets systematiska översikter; effekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser och upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i rättspsykiatrisk vård.

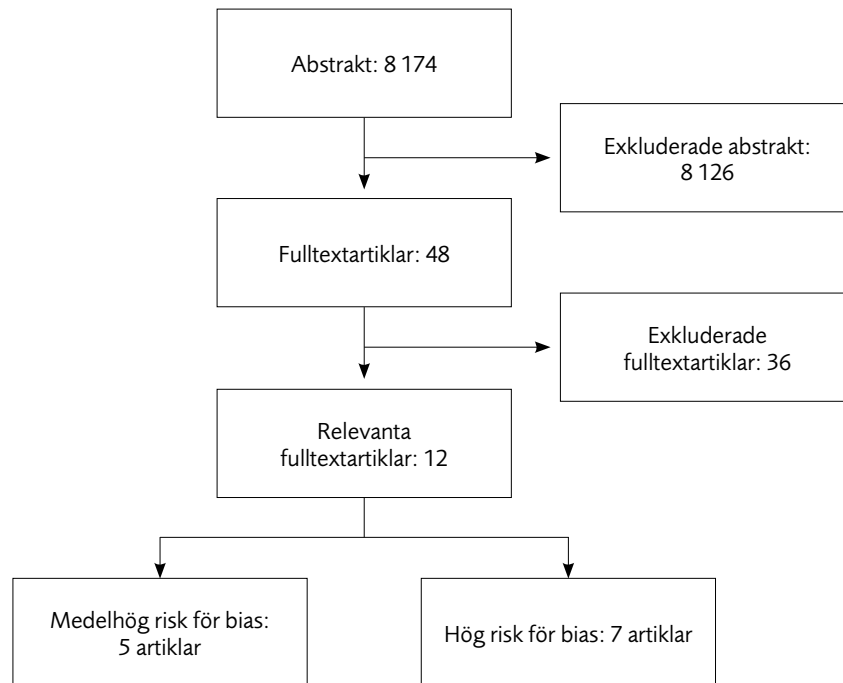
Ämne	Resultat av
Effekter av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser	<ul style="list-style-type: none"><li>• Litteraturgenomgång</li><li>• Risk för snedvridna data i bedömningen</li><li>• Narrativ sammanläggning</li><li>• Bedömning utifrån GRADE</li></ul>
Upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i rättspsykiatrisk vård	<ul style="list-style-type: none"><li>• Litteraturgenomgång</li><li>• Bedömning av forskningsprocess</li><li>• Sammanställning av temana</li><li>• Bedömning utifrån GRADE</li></ul>

**Tabell 4.1**  
Resultat per ämnesområde.

## 4.1 Resultat av den systematiska översikten av kvantitativa studier

Totalt inkluderades 12 studier. Sökningen var medvetet bred och den vanligaste orsaken till att studierna inte inkluderades var fel population, till exempel att studien hade gjorts på en fångelsepopulation. En annan vanlig orsak till exklusion var att man inte hade undersökt behandlingseffekter.

**Figur 4.1.1**  
Flödesschema över litteraturgenomgången av studier med kvantitativ metod.



### Risk för snedvridna data i effektstudierna

Risken för snedvridna data i utfallen varierade. I de studier där utfallen bedömdes ha en hög risk saknades en väl genomförd randomisering och gruppindelning. I flera av studierna hade man inte dolt för deltagare, vårdpersonal eller datainsamlare vilka studiedeltagare som ingick i behandlingsgruppen och vilka som ingick i kontrollgruppen (så kallad blindning).

Fem studier bedömdes ha medelhög risk för snedvridna data i sina utfall [11–15] och resten bedömdes ha hög risk för snedvridna data i sina utfall [16–22]. Risk för snedvridna data anges ofta per utfallsmått men de studier som vi identifierade i denna översikt använde samma mätmetoder och processer för alla sina utfall. Därför redovisar vi risk för snedvridna data per studie i grafen nedan.



Studie	Sammantagen risk för bias	Områden med oklar risk för bias (i RoB2 "some concerns")	Områden med hög risk för bias
Aho-Mustonen, 2011	Medelhög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Följsamhet</li> <li>• Jäv</li> </ul>	
Cavezza, 2013	Medelhög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Följsamhet</li> <li>• Jäv</li> </ul>	
Clarke, 2010	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Följsamhet</li> </ul>
Cullen, 2012	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Följsamhet</li> </ul>
Jotangia, 2015	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Följsamhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Datasamling</li> </ul>
Kuokkanen, 2014	Medelhög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datasamling</li> <li>• Jäv</li> </ul>	
Tomlinson, 2017	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Följsamhet</li> <li>• Utfallsmått</li> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Datasamling</li> </ul>
Tyler, 2017	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Utfallsmått</li> </ul>
Walker, 2012	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Följsamhet</li> <li>• Utfallsmått</li> </ul>
Walker, 2013	Medelhög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Följsamhet</li> <li>• Utfallsmått</li> <li>• Jäv</li> </ul>	
Williams, 2014	Hög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> <li>• Följsamhet</li> <li>• Datasamling</li> </ul>
Yip, 2013	Medelhög	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppindelning</li> </ul>	

**Figur 4.1.2**  
Risk för snedvridna data i studierna.

Grafen är hämtad från analysverktyget RevMan 5 (<http://community.cochrane.org/tools/review-production-tools/revman-5/revman-5-download>).

Fem studier hade medelhög risk för snedvridna data. Men studierna var små och alltför heterogena för att göra en kvantitativ metaanalys. De skilde sig framför allt åt i typ av behandling, vilka utfallsmått som använts och uppföljningstid. Studierna analyserades därför narrativt. Nedan presenteras studierna i tabellform. Studierna beskrivs ytterligare i Bilaga 4 Inkluderade effektstudier ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)).

**Tabell 4.1.2**  
Studier där utfallen  
sammantaget har  
medelhög risk för  
snedvridna data.

Author Year Reference Country	Number of participants (% female) Age (SD) Dropout rate	Intervention group (n) Dose Duration	Control group (n)	Measures of outcomes
Aho-Mustonen et al 2011 [11] Finland RCT	n=39 (11% female) Age (M): Intervention: 38.6 (14.0) Control: 40.6 (8.5)  Dropout rate: n=0	n=19 Psycho education 1 session per week à 45–60 minutes Duration: 8 weeks	n=20 TAU	Interviews by documented instruments
Cavezza et al 2013 [12] Australia RCT	n=61 (19% female) Age (M): 36 years (9.1)  Dropout rate: n=11	n=24 Adherence therapy on medication 8 sessions Duration: no information	n=24 Health control	Behaviour assessments & self-reports by documented instruments
Yip et al 2013 [13] United Kingdom Non- randomised	n=59 (0% female) Age (M): Intervention: 37.9 (10.10) Control: 38.7 (9.70)  Dropout rate: n=12	n=30 Reasoning and Rehabilitation program adapted for offenders with severe mental illness 16 sessions à 90 minutes Duration: 16 weeks	n=29 TAU	Behaviour assessments and inter- views by documented instruments
Kuokkanen et al 2014 [14] Finland RCT	n=20 (0% female) Age (M): Intervention: 42.0 (10.4) Control: 45.1 (14.3) Dropout rate: n=2  (Non-forensic participants also had a history of violence)	n=10 Metacognitive therapy 8 sessions à 45 minutes Duration: 1 month	n=10 TAU	Interviews and self-reports by documented instrument
Walker et al 2013 [15] United Kingdom RCT	n=81 (female 2.5%) Age (M): Intervention: 38 (9.19) Control: 35 (9.57)  Dropout rate: n=16	n=46 Psycho-education programme (Coping with Mental Illness) Duration: 11 weeks	n=35 TAU	Interviews by documented instruments + one recently developed instrument

**M** = Mean; **n** = Number; **RCT** = Randomized controlled trial; **SD** = Standard deviation;  
**TAU** = Treatment as usual

## Insatser i effektstudierna

Behandlingarna som undersökts i de identifierade studierna är samtliga grundade i kognitiv beteendeterapi. Behandlingsinsatserna var oftast korta och pågick i ett par månader.

## Psykoedukation eller psykopedagogik

Psykoedukation eller psykopedagogik är ett samlingsbegrepp för insatser av mer undervisande och förklarande karaktär som ofta ingår i olika former av beteendeterapi eller kognitiv beteendeterapi. Psykoedukation syftar till att öka

patientens, och i många fall även närståendes, kunskap om patientens sjukdom. Man tar upp problemen och symtomens natur och möjliga orsaker, man identifierar olika reaktioner och handlingssätt som är kopplade till problemen och hur de kan hanteras. Bland annat kan element ingå där patienten uppmanas att på egen hand söka mer kunskap om sina problem.

## **Reasoning and Rehabilitation (R&R)**

Behandlingsprogrammet R&R bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT) och finns i olika versioner. Det ursprungliga behandlingsprogrammet R&R är ett så kallat multimodalt program som sträcker sig över 36 två-timmars sessioner [23]. Programmet är baserat på olika komponenter: problemlösningsförmågor, sociala färdigheter, värderingar, kritiskt resonerande, att kunna förhandla, att öka det kreativa tänkandet, att hantera känslor och övningar i olika kognitiva färdigheter.

R&R har även anpassats till förövare med psykiatrisk problematik och kallas då R&R2 for youths and adults with mental health problems (R&R2MHP). I det programmet ingår 16 sessioner om vardera 90 minuter som kompletteras med individuella sessioner med en mentor. R&R har i förkortad form implementerats och utvärderats i svensk kriminalvård [24].

## **Metakognitiv träning (MCT)**

Metakognition kan definieras som ”tänkande om det egna tänkandet”. MCT har sin grund i en KBT-modell för schizofreni och består av åtta behandlingsmoduler som riktar sig mot vanligt förekommande kognitiva förvrängningar och svårigheter vad gäller problemlösning som personer med schizofreni ofta har [25]. Modulerna har som mål att göra personen medveten om dessa förvrängningar och svårigheter, deras negativa konsekvenser och förbättra deras färdigheter att kritiskt reflektera över och förändra dem. Behandlingen innefattar psykoedukation, social färdighetsträning och kognitiv rehabilitering.

## **Analyser**

Eftersom de inkluderade studierna är alltför heterogena i både behandlingstid, uppföljningstid, typ av insats och utfall så har inga kvantitativa metaanalyser kunnat göras.

## **Överförbarhet till svenska förhållanden**

Inklusionskriterierna var inriktade på att populationen och vårdkontexten skulle motsvara svensk rättspsykiatrisk vård. Den kunskap och erfarenhet som ligger till grund för själva patientarbetet delas med många andra länder. Den nationella särarten får dock relativt stort genomslag eftersom rättspsykiatri är en vårdgivare som i högre utsträckning än många andra är lagstyrd.

De insatser som vi identifierade i studierna är på olika sätt grundade i en kognitiv beteendeterapeutisk tradition. Sådana program finns sedan länge i svensk rättspsykiatrisk vård vilket talar för överförbarhet av de behandlingar vi funnit

i studierna. Det är ett problem att vi inte identifierade några psykodynamiska behandlingar eller psykosociala insatser. I praxisundersökningen (se Kapitel 5) framkom att sådana behandlingar förekommer i svensk rättspsykiatrisk vård.

## Sammanställning av resultaten

Studierna hade låga deltagarantal och flertalet av resultaten var icke-signifika. En viss potential för behandlingarna kan skönjas då utfallen till övervägande del ligger till interventionsgruppens fördel (se Bilaga 4 Inkluderade effektstudier på [www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Resultaten tyder även på att gruppbehandlingar är möjliga att genomföra och har potentiellt positiva effekter för rättspsykiatrins patienter. Insatser gör skillnad vad gäller patienternas kunskap om den egna sjukdomen. Det krävs mer forskning och större studier på behandlingarna för att säkert kunna uttala sig om effekterna av insatserna. Behandlingarna i studierna var övervägande psykoedukativa men inkluderade även två mer omfattande KBT-behandlingar. Psykoedukativa behandlingsstudier kan antas vara vanliga för att de motsvarar ett faktiskt behov hos patienterna av att förstå och hantera sin sjukdom. En av studierna handlade om följsamhet till behandling, något som även det kan vara viktigt i en vårdmiljö dit patienterna inte själva valt att komma.

## Bedömning av evidensstyrka

GRADE är främst tänkt att användas på metaanalyser. I denna rapport har vi inga metaanalyser och bedömningen har genomgående påverkats av detta. Samtliga utfall i studierna bedömdes därför ha otillräcklig evidens. Detta uttrycks i GRADE som en av fyra nivåer:  $\oplus\circ\circ\circ$ . Evidensstyrka för utfallen i denna översikt har nedjusterats av följande skäl: Begränsningar i studiernas metod (*Study limitations*) eftersom risken för snedvridna data i utfallen var medelhög, eller överförbarhet/relevans (*Indirectness of evidence*). SBU:s bedömning är att överförbarheten vanligtvis kräver minst två studier. Precision i data (*Imprecision*) eftersom man i utfallen hade få deltagare och breda konfidensintervall. (Endast ett fåtal av utfallen hade signifikanta resultat.) Vid mycket lågt underlag stannar nedjusteringen alltid på en  $\oplus$  [4,26].

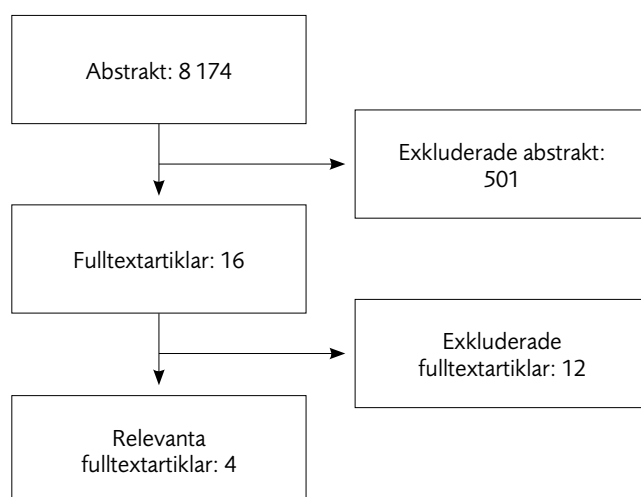
## 4.2 Resultat av den systematiska översikten av kvalitativa studier

### Inledning

Vi har kompletterat vår systematiska översikt med ett avsnitt om omvårdnad och bemötande. Dessa områden är viktiga delar av vården inom rättspsykiatri men förekommer sällan i kvantitativ forskning.

### Syfte och avgränsningar

Syftet med detta avsnitt var att undersöka patienternas upplevelser av omvårdnad, bemötande och miljö i svensk rättspsykiatrisk vård. Vi gjorde därför en litteraturgenomgång av kvalitativ forskning utförd inom svensk rättspsykiatrisk vård från de senaste tio åren. Vi valde att hålla oss inom svensk forskning dels därför att systemet med att dömas till rättspsykiatrisk vård av domstol sällan förekommer i övriga världen, dels därför att kulturella och juridiska skillnader sannolikt påverkar bemötandet. Sverige har till exempel andra lagar och rutiner för när och hur tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljning får utföras [27].



**Figur 4.2.1**  
Flödesschema över litteraturgenomgången av studier med kvalitativ metod.

### Beskrivning av studier och analysförfarande

Fyra studier utförda i rättspsykiatrisk miljö, med sammanlagt 53 personer (informanter), uppfyllde projektets inklusionskriterier [28–31]. Informanterna i studierna var i åldrarna 21 till 62 år, en majoritet var män (72 %). Tid inom rättspsykiatrisk vård varierade från tre månader till tolv år. Studierna handlade om patienternas upplevelser i svensk rättspsykiatrisk vård, strategier för att undvika våld och erfarenheter av återhämtning. I samtliga studier använde författarna intervjuer för att samla in data. Studiernas metodologiska begränsningar bedömdes vara medelstora. Två av studierna har utförts på överlappande population [29,31].

## Resultat

Nedan redovisas den kvalitativa analysens nivå 1-teman och nivå 2-teman, samt beskrivningar av varje nivå 2-tema. Inga nivå 3-teman kunde formuleras. Citat och meningsbärande enheter samt redovisning av nivå 1-teman återfinns i Bilaga 5 Tabell över kvalitativa studier nivå 1-teman ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Samtliga teman handlar om patienters upplevelse av omvårdnad och bemötande inom rättspsykiatrisk vård.

**Tabell 4.2.2**  
Den kvalitativa  
analysens nivåer.

Tema nivå 2	Tema nivå 1
Utsatthet	Att bli utsatt för maktutövning och hot
	Att bli utsatt för vårdarnas negativa attityder och ointresse
	Att vara utlämnad till de fysiska och psykiska förutsättningarna
	Att vara utlämnad till den kollektiva stämningen
Hopp och förtvivlan inför framtiden	En känsla av hopplöshet och uppgivenhet
	Världen utanför fungerar som motivator
Den goda vården som visar vägen	Att känna tillit till vården och personalen
	Att ha personal som visar vägen till återhämtning
	Att få ett respektfullt och förstående bemötande från personalen
	Att ha tillgänglig personal med öppen attityd
Att navigera genom vården	Att fly situationen
	Att acceptera situationen
	Att anpassa sig, söka belöning och undvika bestraffning
	Att ta ansvar för att må bättre
	Att känna stöd i patientgruppen

### Nivå 2-tema: Utsatthet

Utsatthet är ett tema på nivå 2 där fyra teman på nivå 1 ingår. Alla fyra studierna har bidragit med data till temat [28–31]. Utsatthet i studierna handlade övergripande om att patienterna upplevde att de var utsatta för maktutövning och var utlämnade till den fysiska och psykiska miljön de befann sig i. I temat framkom att patienterna blev utsatta för vårdarnas maktutövning, hot och negativa attityder. Patienterna upplevde också att de var utlämnade till de fysiska och psykiska förutsättningarna i vårdmiljön och till den kollektiva stämning som rådde.

### Nivå 2-tema: Hopp och förtvivlan inför framtiden

Hopp och förtvivlan inför framtiden är ett tema på nivå 2 där två teman på nivå 1 ingår. Tre av fyra studier har bidragit med data till temat [28,29,31]. Hopp och förtvivlan inför framtiden handlade i studierna övergripande om att patienterna upplevde både hopp och förtvivlan inför framtiden. I temat fram-

kom att patienterna upplevde både en känsla av hopplöshet och uppgivenhet inför en osäker framtid men också en motiverande känsla av att tänka på en framtid utanför den rättspsykiatriska vården.

### **Nivå 2-tema: Den goda vården som visar vägen**

Den goda vården som visar vägen är ett tema på nivå 2 där fyra teman på nivå 1 ingår. Alla fyra studierna har bidragit med data till temat [28–31]. Den goda vården som visar vägen handlade i studierna om patienternas upplevelser om vad god vård var. I temat framkom att patienterna kände tillit till den vård som gavs när de upplevde att personalen var tillgänglig med öppen attityd, hade ett respektfullt, förtroendeingivande och förstående bemötande samt visade patienterna vilken väg de skulle ta för att främja välmåendet.

### **Nivå 2-tema: Att navigera genom vården**

Att navigera genom vården är ett tema på nivå 2 där fem teman på nivå 1 ingår. Alla fyra studierna har bidragit med data till temat [28–31]. Att navigera genom vården handlade i studierna om olika beteenden eller strategier som patienterna använde sig av för att kunna hantera situationen de befann sig i. I temat framkom hur patienterna försökte acceptera och anpassa sig till en situation genom att söka belöning och undvika bestraffning. Patienterna redogjorde också för hur de försökte fly en situation genom tillfälliga sysselsättningar. Man sökte stöd och kunde även känna stöd i patientgruppen. Ytterligare sätt som patienterna beskrev för att hantera en situation var att känna stöd i någon slags relation till andra patienter samt att aktivt ta ansvar för att må bättre.

## **Sammanfattning**

Den kvalitativa analysen indikerar att patienter inom den svenska rättspsykiatriska vården upplever en utsatthet. Utsattheten beskrivs i termer av att befinna sig i en fysisk och psykisk miljö som patienterna upplever att de har liten möjlighet att påverka. Det medför en känsla av att livet och välmåendet ligger utanför deras egen kontroll. Utsattheten och bristen på kontroll beskrivs också av patienterna som en upplevelse av att makten ligger hos den vårdande personalen. Den vårdande personalens inställning till patienterna och sättet att bruka makt har stor påverkan på patienterna. Om patienterna upplever vårdpersonalen som tillgänglig och respektfull kan de lindra patienternas utsatthet och visa vägen mot ett större välmående och ett tillfrisknande. Om den vårdande personalen upplevs som ointresserad eller om personalen missbrukar sin makt upplever patienterna en större utsatthet och att deras tillfrisknande och välmående hindras. För att hantera utsattheten så beskriver de olika typer av hanteringsstrategier. Det kan till exempel vara två olika typer av strategier där patienterna, å ena sidan försöker fly den situation de befinner sig i, å andra sidan försöker acceptera den. Patienterna beskriver även hur de mer aktivt försöker att anpassa sig till vård-situationen och de regler som råder samt att de aktivt försöker arbeta för att bli friskare och må bättre. Patienterna tar upp tankar om framtiden både som ett hopp och som en förtvivlan. Den ena framtidsbilden som patienterna längtar efter, och som de upplever som en motivation till att må bättre, är en framtid utanför den rättspsykiatriska vården. Den andra framtidsbilden kommer fram

när patienterna känner av utsattheten och bristen på kontroll över sina liv och när de upplever ett icke-liv där apati eller ångest råder.

## Det vetenskapliga underlaget

Styrkan på det vetenskapliga underlaget för varje nivå 2-tema bedömdes med stöd av GRADE för CERQual (Se Bilaga 3 Gallrings- och granskningsmallar, [www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). I CERQual bedöms underlagets tillförlitlighet med avseende på relevans för frågan, samstämmighet mellan studierna, materialets omfattning och metodbrister. Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer, hög tillförlitlighet, måttlig tillförlitlighet, låg tillförlitlighet och mycket låg tillförlitlighet (Tabell 4.2.3).

**Tabell 4.2.3**  
GRADE för CERQual-  
summering\* av  
kvalitativa fynd.

Kvalitativa fynd <sup>1</sup>	Tillförlitlighet enligt bedömning med CERQual <sup>2</sup>	Förklaring till bedömningen <sup>3</sup>	Referenser
<b>Utsatthet</b> Patienterna upplever att de blir utsatta för maktutövning och hot, vårdarnas negativa attityder och ointresse samt är utlämnade till de fysiska och psykiska förutsättningarna och den kollektiva stämning som råder	Medelhög tillförlitlighet <sup>4</sup>	Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad	[28–31]
<b>Att navigera genom vården</b> Patienterna försöker acceptera situationen samt anpassa sig till situationen genom att söka belöning och undvika bestraffning. Patienterna redogör också för hur de försöker fly situationen genom tillfälliga sysselsättningar. Ytterligare sätt som patienter beskriver för att hantera situationen är att aktivt ta ansvar för att må bättre	Medelhög tillförlitlighet <sup>4</sup>	Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad	[28–31]
<b>Den goda vården som visar vägen</b> Patienterna beskriver hur de känner tillit till den vård som ges när de upplever att personalen är tillgänglig med öppen attityd, har ett respektfullt, förtroendeingivande och förstående bemötande samt visar patienterna vilken väg de ska ta för att främja välmående	Medelhög tillförlitlighet <sup>4</sup>	Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad	[28–31]
<b>Hopp och förtvivlan inför framtiden</b> Patienterna upplever både hopp och förtvivlan inför framtiden. Patienterna beskriver både en känsla av hopplöshet och uppgivenhet inför en osäker framtid men också en motiverande känsla av att tänka på en framtid utanför den rättspsykiatriska vården	Medelhög tillförlitlighet <sup>4</sup>	Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad	[28,29,31]

\* Vår översättning i rubrikraden bör inte ses som en vägledning i hur CERQuals terminologi ska tolkas. CERQual är ännu inte översatt och validerad till svenska. De engelska termerna återges här:

<sup>1</sup> Review finding.

<sup>2</sup> CERQual assessment of confidence in the evidence.

<sup>3</sup> Explanation of the CERQual assessment.

<sup>4</sup> Moderate confidence.



**Tabell 4.2.4** GRADE för CERQual\* evidensprofil för kvalitativa fynd.

Kvalitativa fynd <sup>1</sup>	Antal studier	Begränsningar i forskningsprocessen <sup>2</sup>	Samstämmighet mellan studier <sup>3</sup>	Underlag <sup>4</sup>	Relevans <sup>5</sup>	Förklaring till bedömningen <sup>6</sup>
<b>Utsatthet</b> Patienterna upplever att de blir utsatta för maktutövning och hot, vårdarnas negativa attityder och ointresse samt är utlämnade till de fysiska och psykiska förutsättningarna samt den kollektiva stämning som råder	4	Medelstora brister <sup>7</sup>  3 studier med otillräcklig redogörelse av informantinklusion. 2 studier med viss brist i redogörelse av analys	Mindre brister <sup>8</sup>	Mindre brister <sup>8</sup>  Alla 4 studier bidrog med data, 53 patienter. Baserat på 4 nivå 1-teman	Mindre brister <sup>8</sup>  Studier utförda inom svensk rättspsykiatrisk vård	Medelhög tillförlitlighet <sup>9</sup>  Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad.
<b>Att navigera genom vården</b> Patienterna försöker acceptera och anpassa sig till situationen genom att söka belöning och undvika bestraffning. Patienterna redogör också för hur de försöker fly situationen genom tillfälliga sysselsättningar. Ytterligare sätt som patienter beskriver för att hantera situationen är att aktivt ta ansvar för att må bättre	4	Medelstora brister <sup>7</sup>  3 studier med otillräcklig redogörelse av informantinklusion. 2 studier med viss brist i redogörelse av analys	Mindre brister <sup>8</sup>	Medelstora brister <sup>7</sup>  Alla 4 studier bidrog med data, 53 patienter. Baserat på 5 nivå 1-teman. 2 nivå 1-teman baserade på data från vardera 1 studie	Mindre brister <sup>8</sup>  Studier utförda inom svensk rättspsykiatrisk vård	Medelhög tillförlitlighet <sup>9</sup>  Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad
<b>Den goda vården som visar vägen</b> Patienterna beskriver hur de känner tillit till den vård som ges när de upplever att personalen är tillgänglig med öppen attityd, har ett respektfullt, förtroendeingivande och förstående bemötande samt visar patienterna vilken väg de ska ta för att främja välmående	4	Medelstora brister <sup>7</sup>  3 studier med otillräcklig redogörelse av informantinklusion. 2 studier med viss brist i redogörelse av analys	Mindre brister <sup>8</sup>	Medelstora brister <sup>7</sup>  Alla 4 studier bidrog med data, 53 patienter. Baserat på 4 nivå 1-teman. 1 nivå 1-tema endast baserat på 1 studie	Mindre brister <sup>8</sup>  Studier utförda inom svensk rättspsykiatrisk vård	Medelhög tillförlitlighet <sup>9</sup>  Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad
<b>Hopp och förtvivlan inför framtiden</b> Patienterna upplever både hopp och förtvivlan inför framtiden. Patienterna beskriver både en känsla av hopplöshet och uppgivenhet inför en osäker framtid men också en motiverande känsla av att tänka på en framtid utanför den rättspsykiatriska vården	3	Medelstora brister <sup>7</sup>  3 studier med otillräcklig redogörelse av informantinklusion. 2 studier med viss brist i redogörelse av analys	Mindre brister <sup>8</sup>	Medelstora brister <sup>7</sup>  3 studier bidrog med data, 34 patienter. Baserat på 2 nivå 1-teman	Mindre brister <sup>8</sup>  Studier utförda inom svensk rättspsykiatrisk vård	Medelhög tillförlitlighet <sup>9</sup>  Skäl för nedgradering är metodologiska brister samt viss ofullständighet i datamättnad

\* Vår översättning bör inte ses som en vägledning i hur CERQuals terminologi ska tolkas. CERQual är ännu inte översatt och validerad till svenska. De engelska termerna återges här:

- |  |   |
|--|---|
| <sup>1</sup> Review finding.             | <sup>6</sup> Explanation of the CERQual assessment. |
| <sup>2</sup> Methodological limitations. | <sup>7</sup> Moderate methodological limitations.   |
| <sup>3</sup> Coherence.                  | <sup>8</sup> Minor concerns.                        |
| <sup>4</sup> Adequacy.                   | <sup>9</sup> Moderate confidence.                   |
| <sup>5</sup> Relevance.                  |   |

## Perspektiv på resultaten – bedömning från PAR och en internationell systematisk översikt

Trovärdigheten för vår rapports resultat prövades genom en så kallad audience review och en jämförelse med en nyutgiven systematisk översikt om återhämtning i rättspsykiatrisk vård [32]. En audience review kan kortfattat beskrivas som en bedömning av ett forskningsresultat. Deltagarna i en audience review är representanter för den grupp som man har forskat på. Vår audience review genomfördes av riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR). Resultaten stämde till stora delar med den bild PAR gav av rättspsykiatri. PAR bidrog till att analysen fördjupades och förtydligades. Främst genom att begreppen utsatthet och repressalier fick en större tyngd.

Resultaten från vår rapport jämfördes även med resultaten från en nyligen publicerad systematisk översikt av kvalitativa studier [33]. Den systematiska översikten, som hade utvärderat individuell återhämtning inom rättspsykiatrisk vård, inkluderade 20 studier, varav 13 informerade om patientupplevelser från 7 olika länder. Översiktens författare baserade teman på konceptuella modeller och teorier. Dessa jämfördes med de teman som hade identifierats i studierna som ingick i översikten (så kallade best fit framework synthesis). Samtliga ingående teman i SBU:s analys återfinns på olika sätt i den systematiska översikten; empowerment och brist på kontroll, längtan bort från vården samt hopp och förtvivlan inför framtiden. Redogörelser om betydelsen av tillgänglig, respektfull och förtroendeingivande personal angavs som viktiga komponenter i vården.

# 5 Praxisundersökning om insatser inom svensk rättspsykiatrisk vård

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk rättspsykiatrisk vård har vi använt oss av följande olika källor: det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistrets årsrapport 2016 [9], en kartläggning av innehållet i den rättspsykiatriska vården från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2017 [8], en rapport över nyckeltal för den rättspsykiatriska vården från SKL utförd av Nysam [10] samt en mindre frågerunda till yrkesföreningar.

I det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistrets årsrapport förekom tre psykosociala insatser som användes på flertalet kliniker [9]. En vanlig insats var brottsbearbetning som oftast går ut på att patienten ska få vetskap om brottet och känna till brottsutlösande faktorer. Insatsen varierade enligt rapporten i utförande och vilken yrkeskategori som genomförde den. En annan insats var nätverksstöd som går ut på att stötta patienterna i att upprätthålla sociala nätverk som familj och vänner samt kontakter med till exempel vården och socialtjänsten. Ytterligare en insats av mer praktisk art var förändring av skuldsituation. Den går ut på att hjälpa och undervisa patienterna i att hantera sin ekonomi samt att få skuldsanering. Även dessa insatser varierade i utförande.

SKL genomförde år 2017 en intervjuundersökning på 20 rättspsykiatriska kliniker [8]. Syftet var att ta reda på om de rekommenderade behandlingarna från nationella riktlinjer för schizofreni, depression och ångest användes. Ett stort antal av de efterfrågade behandlingarna användes. Förutom de insatser som

nämns nedan fann SKL också dialektisk beteendeterapi, musik- och bildterapi, 12-stepsprogrammet vid missbruk och beroende och social behavior network therapy. I undersökningen fann man att variationen var stor mellan klinikerna i vilka behandlingar och insatser som fanns. Variation fanns också i hur man genomförde behandlingarna och insatserna samt vilka yrkeskategorier som utförde dem.

SKL har även kartlagt kostnader i rättspsykiatrisk vård utförd av Nysam från 2016, där 19 rättspsykiatriska enheter ingick [10]. Undersökningen visade på flera stora skillnader i sammansättning av personal och i kostnader som sannolikt påverkar vem som utför en viss insats och i vilken omfattning den utförs. Små kliniker hade genomgående färre resurser än stora. (I Kapitel 6 Hälsoekonomi finns en mer utförlig beskrivning av vårdkostnaderna från SKL:s rapport.).

## Frågor till yrkesföreträdare

Trettiofem respondenter svarade på frågan om psykologiska behandlingar. (Vi frågade efter Psychoeducational groups for patients with schizophrenia, Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia, Adherence therapy on medication, Metacognitive therapy, Reasoning and rehabilitation och Coping with mental illness.). Det var få som svarade att någon av dessa behandlingar förekom. Frekvensen varierade mellan två och åtta ja-svar. Ett något lägre antal svarade att behandlingarna användes i modifierad form. Vi kan alltså inte dra några säkra slutsatser om i vilken omfattning och i vilken form insatserna och behandlingarna förekommer.

Svaren från yrkesföreträdarna visade att behandlingar som finns i de inkluderade studierna i vår systematiska översikt, även förekommer i svensk rättspsykiatrisk vård, dock i liten skala. Den enda behandlingen som ingen använde var Reasoning and Rehabilitation (R&R).

Vi hade en öppen fråga som handlade om vilka psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som användes på den egna avdelningen och 12 respondenter besvarade frågan. Svaren visade på en stor bredd och variation i behandlingar och insatser. Vi fick fram 10 behandlingar som kom upp mer än en gång i det samlade materialet genom att jämföra svaren från yrkesföreträdare och kvalitetsrapporten RättspsyK samt de uppgifter vi fick från SKL:s undersökning. Dessa behandlingar kan antas förekomma i vården som mer än engångsföreteelser. Behandlingarna listas nedan.

Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som används i svensk rättspsykiatrisk vård:

- Motiverande samtal/motivational interviewing<sup>1,2</sup>
- Kognitiv beteendeterapi<sup>1,2,3</sup>
- Psykodynamisk terapi<sup>1,2</sup>
- Integrerad psykologisk terapi<sup>1,2</sup>
- Illness management and recovery program<sup>1,2</sup>
- Brottsbearbetning<sup>1,3</sup>
- Ett självständigt liv<sup>1,2</sup>
- Nätverksstöd<sup>1,3</sup>
- Patient- och anhörigutbildning/stöd, familjeinterventioner<sup>1,2</sup>.

---

<sup>1</sup> Svar från yrkesföreträdare och respondenters svar på fritextfråga om vilka behandlingar som användes, samt om de användes i sin ursprungsform eller om man modifierat genomförandet.

<sup>2</sup> Uppgift från intervjubaserad undersökning genomförd på rättspsykiatriska kliniker under 2017.

<sup>3</sup> Uppgift från RättspsyK, 2016, kvalitetsregister från rättspsykiatrin.



# 6 Hälsoekonomi

## Beslutsproblem

I det här kapitlet försöker vi besvara frågan hur relationen mellan kostnader och effekter ser ut för olika psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatri.

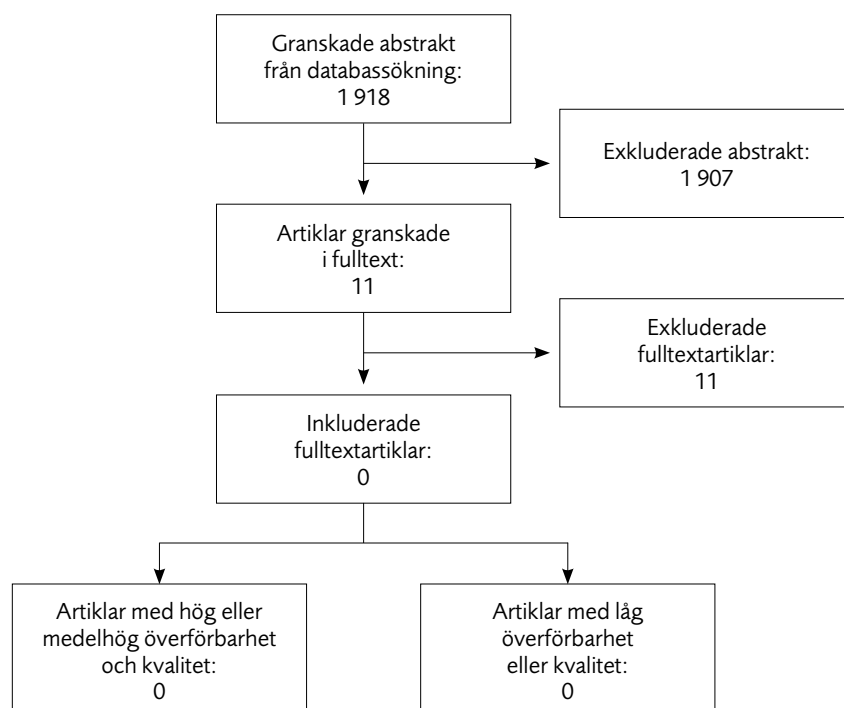
För att kunna bedöma insatsernas kostnadseffektivitet behöver kostnaden för behandling sättas i relation till behandlingarnas effekt. Denna bedömning försvåras av att det sammantaget är oklart vilken effekt de olika insatserna har (se Kapitel 4.1).

Vi har valt att bredda den hälsoekonomiska analysen och beskriva kostnader för ett antal utfall som en effektiv psykologisk behandling inom rättspsykiatri skulle kunna påverka. De utfall som vi har räknat in är kostnaden för den rättspsykiatriska vården, kostnaden för en rättsprocess och kostnaden för återfall i brott. Kostnadsberäkningarna har även gjorts för att belysa hur olika kostnader inom rättspsykiatrisk vård förhåller sig till varandra.

# Resultat av den systematiska översikten

Totalt identifierades 1 918 publikationer i sökningen efter hälsoekonomiska studier, varav 11 bedömdes vara relevanta för projektets frågeställningar och lästes i fulltext (Figur 6.1). Inga av dessa studier uppfyllde inklusionskriterierna på grund av fel population, se Bilaga 2 Exkluderade studier ([www.sbu.se/287](http://www.sbu.se/287)). Det saknas därmed ett hälsoekonomiskt vetenskapligt underlag som besvarar frågan om relationen mellan kostnader och effekter för psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatrin.

**Figur 6.1**  
Flödesschema  
ingående studier.



## Beskrivning av kostnader för interventioner, vårdkostnader och rättskostnader

### Metod för interventionskostnader

Med hjälp av de sakkunniga i projektet valde vi ut de psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som bedömdes vara av störst vikt att belysa ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Dessa var dialektisk beteendeterapi (DBT), psykodynamisk terapi (PDT), illness management recovery (IMR), integrerad



psykologisk terapi (IPT-k), kognitiv beteendeterapi (KBT) och community reinforcement approach (CRA).

Varje behandling antogs innefatta tre moment sett ur behandlarens perspektiv: förberedelse, session och efteranalys. I Tabell 6.1 redovisas det årliga antalet sessioner och tidsåtgången för förberedelse, session respektive efteranalys för var och en av behandlingarna. Vi utgick ifrån att behandling med DBT och IMR kunde ges individuellt, i grupp samt både individuellt och i grupp, att behandling med PDT, KBT och CRA gavs individuellt, och att behandling med IPT-k gavs i grupp. För behandlingar som gavs i grupp räknade vi med en gruppstorlek på fyra alternativt sex personer, baserat på sakkunnigas kliniska erfarenhet inom rättspsykiatri. För DBT och IMR som gavs individuellt och i grupp räknade vi med 40 individuella sessioner och 40 gruppssessioner per år.

Vilka som utför interventionerna skiljer sig åt i Sverige. Vi utgick ifrån att behandling kunde ges av tre olika yrkeskategorier: socionomer, psykologer respektive psykiatrer. Vi beräknade den årliga kostnaden per behandling och behandlande yrkeskategori genom att multiplicera den sammanlagda tidsåtgången per år med den genomsnittliga kostnaden per arbetad timme för respektive yrkeskategori. Kostnaderna per arbetad timme uppskattades med hjälp av uppgifter om genomsnittliga löner, som hämtades från Statistiska centralbyråns statistikdatabas [34]. Vi tillämpade ett påslag om 40 procent på lönen för lagstadgade sociala avgifter och avgifter för tjänstepension<sup>1</sup>. Det ansågs inte föreligga några skillnader i behandlingsupplägg kopplat till behandlarens yrkeskategori som skulle påverka kostnaderna för behandling.

	Antal sessioner per år	Tidsåtgång, förberedelse (timmar)	Tidsåtgång, session* (timmar)	Tidsåtgång, efteranalys (timmar)
Dialektisk beteendeterapi (DBT)	40	0,5	1/2,5	0,5
Psykodynamisk terapi (PDT)	40	0,5	1	0,5
Illness management recovery (IMR)	40	0,5	1/1	0,5
Integrerad psykologisk terapi (IPT-k)	52	0,5	1/1	0,5
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	10–20	0,5	1	0,5
Community reinforcement approach (CRA)	16**	0,5	1	0,5

\* Individuell behandling/behandling i grupp.

\*\* 12 behandlingssessioner och 4 återkopplingssessioner.

**Tabell 6.1**

Antal sessioner per år samt tidsåtgång per intervention.

<sup>1</sup> Kostnaden per timme baserat på lön och lagstadgade sociala avgifter samt avgifter för tjänstepension beräknades till 281 kronor för en socionom, 328 kronor för en psykolog och 542 kronor för en psykiater.

## Vårdkostnader

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har publicerat en kartläggning med uppgifter från 19 av 25 enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård i Sverige [10]. Rapporten redovisar vårdkostnaden per patient och landsting för år 2016. I denna kostnad ingår personalkostnad och kostnad för köpt vård inom rättspsykiatrisk slutenvård och rättspsykiatrisk öppenvård. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal inklusive inhyrd personal. Med köpt vård avses den rättspsykiatriska vård som en sjukvårdshuvudman köper av en annan huvudman. En patient tillhörande en region vårdas då till en kostnad vid en enhet i en annan region. I SKL:s kartläggning redovisas också kostnaden per slutenvårdsdag för varje landsting.

Vi har beräknat medianvärdet för den årliga vårdkostnaden per patient utifrån de kostnader på landstingsnivå som redovisas i SKL:s rapport. Det har däremot inte varit möjligt att beräkna ett genomsnittligt värde, eftersom det kräver tillgång till uppgifter om kostnaden för varje enskild patient. Ett genomsnitt som baseras på de landstingsrapporterade kostnaderna blir missvisande, eftersom små enheter som tagit emot få patienter då väger lika tungt som stora. Av samma skäl har vi beräknat mediankostnaden per slutenvårdsdag utifrån de kostnader på landstingsnivå som redovisas i SKL:s rapport.

## Rättskostnader

Kostnaden för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende i Sverige har beräknats utifrån följande steg:

- Individens anhålls och häktas
- Förundersökning
- Individens åtalas
- Paragraf 7-undersökning genomförs
- Rättspsykiatrisk undersökning genomförs
- Rättegång och dom.

Resursåtgången vid dessa moment uppskattades med hjälp av uppgifter från Brottsförebyggande rådet, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket och Sveriges Domstolar. Resurserna och kostnaderna som låg till grund för kostnadsberäkningarna redovisas i Tabell 6.2. Kostnadsberäkningarna utgick från information gällande våldsbrott eftersom de flesta som genomgår en rättspsykiatrisk utredning har gjort sig skyldiga till brott enligt 3–7 kap. i brottsbalken (brott mot person).

Resurs och enhetskostnad	Värde	Källa
<b>1. Häktning</b>		
Häkte, kostnad per dag	3 762 kr	Kriminalvårdens årsredovisning 2017 [35]
Genomsnittlig häktningstid vid våldsbrott	67 dygn	Brå-rapport Att minska isolering i häkte [36]
<b>2. Förundersökning</b>		
Genomsnittlig kostnad för att handlägga misstanke om våldsbrott	7 748 kr	Åklagarmyndighetens årsredovisning 2017 [37]
<b>3. Rättspsykiatrisk utredning</b>		
Paragraf 7-undersökning	7 300 kr	Rättsmedicinalverkets årsredovisning 2017 [38]
Rättspsykiatrisk undersökning – häktad*	519 600 kr	Rättsmedicinalverkets årsredovisning 2017 [38]
<b>4. Rättegång</b>		
Genomsnittlig styckkostnad för brottmål som tas upp i tingsrätten**	17 134 kr	Sveriges Domstolars årsredovisning 2017 [39]

**Tabell 6.2**  
Resurser och enhetskostnader för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende.

\* En rättspsykiatrisk undersökning då individen är på fri fot kostar enligt samma källa 86 300 kronor.

\*\* I styckkostnaden ingår domstolarnas löne- och förvaltningskostnader, övergripande administration, utvecklings- och kvalitetsarbete samt utgifter för konkursförvaltare, tolk och vittnen.

Inga polisiära kostnader har ingått i kostnadsberäkningen eftersom vissa utredningskostnader då kunde ha räknats dubbelt. Kostnaden för rättsprocessen har därmed beräknats från det att en åklagare hanterar utredningen av brottet.

För att dubbelräkning inte skulle ske räknades fyra veckors tid i häktet bort eftersom den rättspsykiatriska undersökningen vanligen tar fyra veckor [38]. Kostnadsberäkningarna utgick därför ifrån en genomsnittlig häktetid på 40 dagar istället för 67 dagar som anges i Tabell 6.2. Se Kapitel 2 för en beskrivning av paragraf 7-undersökning och rättspsykiatrisk undersökning.

## Kostnad för återfall i brott

Kostnaden för ett återfall i brott beräknades som summan av kostnaden för rättsprocessen och kostnaden för rättspsykiatrisk vård under en patients genomsnittliga vårdtid. Den genomsnittliga vårdtiden antogs vara cirka sex år, baserat på uträkningarna i Kapitel 4 i SBU-rapporten om läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård [2]. Vårdkostnaden under dessa sex år beräknades för två scenarier, ett som baserades på mediankostnaden per patient med både rättspsykiatriska öppen- och slutenvårdskostnader inräknade, och ett som baserades på mediankostnaden per patient med endast rättspsykiatrisk slutenvård.

## Resultat för interventionskostnader

I Tabell 6.3 redovisas den årliga kostnaden per patient för de psykologiska behandlingar och psykosociala insatser som bedömdes vara av störst vikt att belysa ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Mer intensiva interventioner som kräver att personen behandlas både enskilt och i grupp kostar generellt mer per patient eftersom upplägget kräver fler timmar av behandlaren. Interventionen med lägst kostnad per patient är gruppbehandling med IMR med en gruppstorlek på sex personer. Interventionen med högst kostnad per patient är DBT när behandlingen ges både individuellt och i grupp med psykiater som behandlande yrkeskategori.

**Tabell 6.3**  
Interventionskostnad  
per år och individ,  
kronor 2017.

	Individuell behandling	Behandling i grupp om 4 personer	Behandling i grupp om 6 personer	Individuell behandling och gruppbehandling i kombination
<b>Dialektisk beteendeterapi (DBT)</b>				
Socionom	22 480 kr	9 835 kr	6 557 kr	29 037 kr–32 315 kr
Psykolog	26 240 kr	11 480 kr	7 653 kr	33 893 kr–37 720 kr
Psykiater	43 360 kr	18 970 kr	12 647 kr	56 007 kr–62 330 kr
<b>Psykodynamisk terapi (PDT)</b>				
Socionom	22 480 kr	–	–	–
Psykolog	26 240 kr	–	–	–
Psykiater	43 360 kr	–	–	–
<b>Illness management recovery (IMR)</b>				
Socionom	22 480 kr	5 620 kr	3 747 kr	26 227 kr–28 100 kr
Psykolog	26 240 kr	6 560 kr	4 373 kr	30 613 kr–32 800 kr
Psykiater	43 360 kr	10 840 kr	7 227 kr	50 587 kr–54 200 kr
<b>Integrerad psykologisk terapi (IPT-k)</b>				
Socionom	–	7 306 kr	4 871 kr	–
Psykolog	–	8 528 kr	5 685 kr	–
Psykiater	–	14 092 kr	9 395 kr	–
<b>Kognitiv beteendeterapi (KBT)</b>				
Socionom	5 620 kr–11 240 kr	–	–	–
Psykolog	6 560 kr–13 120 kr	–	–	–
Psykiater	10 840 kr–21 680 kr	–	–	–
<b>Community reinforcement approach (CRA)</b>				
Socionom	8 992 kr	–	–	–
Psykolog	10 496 kr	–	–	–
Psykiater	17 344 kr	–	–	–

Not: Interventionskostnaden består av lönekostnaden för behandlaren inklusive lagstadgade sociala avgifter och avgifter för tjänstepension.

## Vårdkostnader

I Tabell 6.4 nedan visar vi de vårdkostnader per patient och landsting som redovisas i SKL:s kartläggning [10]. I vårdkostnaden ingår kostnaden för personal och kostnaden för köpt vård. Kostnaderna omfattar såväl rättspsykiatrisk slutenvård som rättspsykiatrisk öppenvård.

Mediankostnaden för rättspsykiatrisk vård bland de enheter som deltog i kartläggningen var cirka 750 000 kronor per patient år 2016. Kostnaderna hade en stor spridning, från cirka 94 000 till 2 miljoner kronor per individ. Den huvudsakliga förklaringen till de stora skillnaderna i kostnader är sannolikt skillnaden i hur många vårdplatser enheterna har. De små enheterna med få vårdplatser har få patienter men måste ändå ha en viss bemanning för att kunna ge fullgod vård. Vårdkostnaden per patient blir därför hög. De små enheterna behöver också köpa vård av andra landsting och regioner i högre grad än större enheter.

Betydelsen av antalet vårdplatser illustreras av att fyra av de fem minsta enheterna som deltog i SKL:s kartläggning (Gävleborg, Halland, Jönköping och Uppsala) redovisade en vårdkostnad per patient och år på över 1,5 miljoner kronor (se Tabell 6.4). Dessa enheter redovisade också höga kostnader per slutenvårdsdag (uppgift saknas dock för Halland) och de högsta andelarna köpt vård (>60 %).

De två större enheterna som redovisade en vårdkostnad per patient på över 1,5 miljoner (Stockholm och Örebro) redovisade också förhållandevis höga andelar köpt vård (49 % respektive 31 %), vilket bidrar till att förklara den höga kostnaden per patient.

Landsting	Antal vårdplatser	Säkerhetsnivå**	Andel slutenvård	Andel av vårdkostnaden som utgjordes av köpt vård	Vårdkostnad per slutenvårdsdag	Vårdkostnad per patient och år
Dalarna	63	2, 3	66 %	–	5 301 kr	–
Gävleborg	10	3	40 %	80 %	16 637 kr	2 099 606 kr
Halland	12	2	43 %	62 %	–	2 103 810 kr
Jönköping	12	3	38 %	77 %	20 011 kr	1 659 907 kr
Kalmar	10	2, 3	36 %	26 %	6 927 kr	453 792 kr
Kronoberg	119	1, 2, 3	78 %	0 %	4 062 kr	791 386 kr
Norrbottnen	44	2, 3	45 %	10 %	4 090 kr	483 265 kr
Skåne	77	2, 3	44 %	18 %	6 606 kr	724 974 kr
Stockholm	186	1, 2, 3	44 %	49 %	7 208 kr	1 931 519 kr
Sörmland	127	2	85 %	0 %	3 864 kr	860 272 kr
Uppsala	12	3	40 %	61 %	12 736 kr	1 743 694 kr

**Tabell 6.4**  
Kostnader för rättspsykiatrisk vård per patient och per slutenvårdsdag år 2016 för enheter som deltog i SKL:s kartläggning av kostnader i rättspsykiatri\*.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 6.4  
Fortsättning.

Landsting	Antal vårdplatser	Säkerhetsnivå**	Andel slutenvård	Andel av vårdkostnaden som utgjordes av köpt vård	Vårdkostnad per slutenvårdsdag	Vårdkostnad per patient och år
Värmland	32	2, 3	74 %	8 %	7 520 kr	758 042 kr
Västerbotten	14	3	–	41 %	7 669 kr	282 954 kr
Västernorrland	101	2, 3	75 %	4 %	3 244 kr	593 554 kr
Västmanland	55	2, 3	55 %	2 %	4 760 kr	521 080 kr
Västra Götaland	150	1, 2	–	9 %	4 981 kr	94 829 kr
RPV Göteborg			45 %			
RPV Vänersborg			66 %			
Örebro	25	3	48 %	31 %	6 878 kr	1 870 769 kr
Östergötland	83	1, 2, 3	55 %	9 %	4 858 kr	714 586 kr
<b>Median</b>					<b>6 606 kr</b>	<b>758 042 kr</b>

Källor: SKL:s kartläggning Rättspsykiatri 2016 för uppgifter om kostnader per patient och slutenvårdsdag [10]; RättspsyK årsrapport 2017 [40] för uppgift om antal vårdplatser, säkerhetsnivå och andel slutenvård; opublicerade data från SKL:s kartläggning för uppgifter om andelen köpt vård.

I vårdkostnaden ingår personalkostnader och kostnader för köpt vård inom rättspsykiatrisk slutenvård och rättspsykiatrisk öppenvård. Enligt RättspsyK årsrapport 2017 bedrev samtliga enheter som ingick i SKL:s kartläggning rättspsykiatrisk slutenvård såväl som rättspsykiatrisk öppenvård.

\* Deltagande verksamheter: RPK Säter, LRV-enheten Gävleborg, RPV Halland, RPV Jönköping, RPA Västervik, RPK Kronoberg/Växjö, Piteå Rättspsykiatri, Rättspsykiatrin i Skåne, Rättspsykiatri Vård Stockholm, Regionsjukhuset Karsudden, RPE Uppsala, RPE Kristinehamn, Umeå Rättspsykiatri, RPK Sundsvall, Rättspsykiatri Västmanland/Sala, RPV Göteborg, RPV Vänersborg, RPK Örebro, RPR Vadstena.

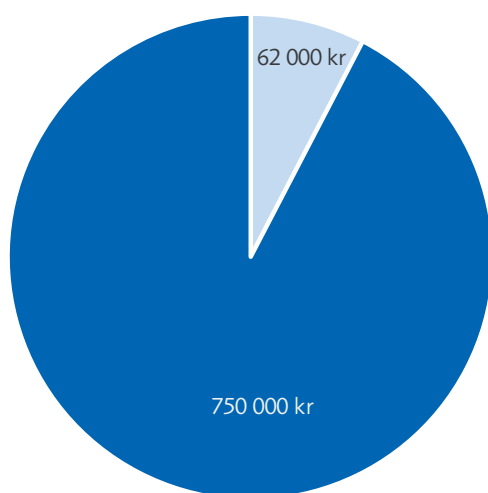
\* Säkerhetsnivå 1 är den högsta och mest resurskrävande, följt av 2 och 3.

Den genomsnittliga vårdtiden för personer som har blivit utskrivna från den rättspsykiatriska vården har beräknats till cirka 6 år (se Kapitel 4 i SBU-rapporten om läkemedelsbehandling i rättspsykiatrisk vård). Den totala vårdkostnaden för en person som vårdas så länge uppgår till cirka 4,5 miljoner kronor, om vi använder mediankostnaden på cirka 750 000 kronor per patient och år från SKL:s kartläggning. Mediankostnaden baseras på kostnader för patienter i både rättspsykiatrisk öppen- och slutenvård.

Om patienten istället endast vårdas i rättspsykiatrisk slutenvård hela den genomsnittliga vårdtiden skulle den totala vårdkostnaden uppgå till cirka 14,5 miljoner kronor. Vi har beräknat denna kostnad genom att multiplicera mediankostnaden per slutenvårdsdag på cirka 6 600 kronor med 2 190 (antalet dagar på 6 år). Om patienten behandlas vid den enhet som rapporterat lägst kostnad per slutenvårdsdag (Västernorrland 3 244 kronor) skulle den totala vårdkostnaden istället uppgå till cirka 7,1 miljoner kronor. Om patienten istället behandlas vid den enhet som rapporterat högst kostnad per slutenvårdsdag (Jönköping 20 011 kronor) skulle den totala vårdkostnaden uppgå till cirka 44 miljoner kronor.

## Interventionskostnadens andel av vårdkostnaden

I Figur 6.2 illustreras hur stor andel den årliga kostnaden för den dyraste interventionen (DBT med psykiater som behandlare) utgör av den totala årliga vårdkostnaden per patient. Vi har utgått ifrån en total vårdkostnad på cirka 750 000 kronor per patient och år (mediankostnaden bland de rättspsykiatriska enheter som ingick i SKL:s kartläggning). Av figuren framgår att kostnaden för DBT med psykiater som behandlare utgör cirka 8 procent av den totala årliga vårdkostnaden per patient. Eftersom övriga interventioner har en lägre kostnad står de enligt detta exempel för en jämförelsevis mindre del av den totala vårdkostnaden.



**Figur 6.2**  
Behandlingskostnadens andel av den totala vårdkostnaden, dialektisk beteendeterapi (DBT) med psykiater som behandlare.

## Kostnad för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende

I Tabell 6.5 nedan visar vi resultatet av kostnadsberäkningarna från häktning till och med rättegång. Kostnaden för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende uppskattas uppgå till cirka 700 000 kronor per individ. Kostnaden för den rättspsykiatriska undersökningen utgör en stor del av den totala kostnaden (75 %).

Om vi lägger till denna kostnad för rättsprocessen till den genomsnittliga vårdkostnaden inom rättspsykiatrisk öppen- och slutenvård på sex år får vi en total kostnad för samhället på cirka 5,2 miljoner kronor om personen återfaller i brott. Om vi istället gör samma beräkning med en patient som behandlas inom slutenvård hela den genomsnittliga vårdtiden får vi en kostnad för samhället på cirka 15,2 miljoner kronor.

**Tabell 6.5**  
 Kostnadsberäkning  
 för rättsprocessen i ett  
 rättspsykiatriskt ärende.

Resurs	Kostnad per person
<b>1. Anhållen, häktad, frihetsberövad</b>	
Häktnings tid (40 dagar)	150 480 kronor
<b>2. Förundersökning</b>	
Handläggning av misstanke om våldsbrott	7 748 kronor
<b>3. Rättspsykiatrisk utredning</b>	
Paragraf 7-undersökning och rättspsykiatrisk undersökning	526 900 kronor
<b>4. Rättegång</b>	
Brottmål i tingsrätt	17 134 kronor
<b>Total kostnad rättsprocess (tingsrätt)</b>	<b>702 262 kronor</b>



# 7 Intervju med patienter och anhöriga

För att få en inblick i hur det kan vara att vårdas på en rättspsykiatrisk klinik, eller att vara anhörig till en person som vårdas, intervjuades fem medlemmar från riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR). Deras beskrivning kan inte täcka in alla aspekter av patient- eller anhörigperspektiv men den kan komplettera utvärderingen med några erfarenheter.

## Patientperspektiv

Det övergripande intrycket var att tiden inom rättspsykiatrisk vård upplevdes som otrygg och maktlös. Att rättspsykiatri är sluten mot omvärlden ökade känslan av otrygghet. Källor till otrygghet var både vårdpersonal, systemet man befann sig i och medpatienterna.

Frågor som diskuterades under intervjun var bland annat:

*Ensamhet.* Man saknade att bli lyssnad till, att få hjälp och att känna sig sedd som människa. Medpatienter kunde vara ett stöd men det fanns också farliga medpatienter som man behövde hjälp att skydda sig ifrån.

*Behovet av skydd* illustrerades av att man till exempel inte såg metalldetektorer som något större integritetsproblem. Kvinnliga patienter i rättspsykiatri upplevdes som extra utsatta.

*Relationen till personalgruppen.* Man beskrev vården som mer fostrande än vårdande och det var vanligt med repressalier. Patienterna höll reda på vilka skiftgrupper i personalstyrkan som kunde vara hårda och mer benägna att bestraffa oönskade beteenden. Man upplevde att personalgruppens attityder uppmuntrade till avstånd mellan patienter och personal. En av de intervjuade menade att det trots detta fanns möjligheter att bli lyssnad på och få hjälp att komma vidare. Dessa möjligheter var sällsynta men oerhört viktiga, det fick patienterna att behålla hoppet. Ett erbjudande om psykologiska behandlingar och psykosociala insatser kunde väcka hopp för att det betydde att man blev sedd. Otryggheten i vården kunde dock göra att man också kunde vara rädd för att släppa en behandlare in på livet.

## Anhörigperspektiv

Det genomgående intrycket var att de anhöriga inte blev informerade om rättspsykiatrins rutiner, behandlingsalternativ och säkerhetsåtgärder. Ett exempel var att de anhöriga hade fått besöka patienterna under övervakning av personal och att de inte alltid hade informerats om varför det behövdes. Bristen på information och bemötande från vården förstärkte sannolikt de anhörigas oro för patienterna (vilka hade vistats länge, upp till 10 år i vården). De anhöriga var även oroliga för att den information de delgav oss under intervjun skulle komma fram till vården och att detta i förlängningen skulle vara till nackdel för patienterna. (Därför har vi endast könsneutrala uttryck i denna text.)

Frågor som diskuterades under intervjun var bland annat:

*Problem som uppstår vid besök.* Besök som avbrutits av personal, till exempel när en förälder klagat på att inte själv ha fått lämna över en födelsedagspresent. (Den anhörige hade inte innan informerats om regler för paket). Planerade besök som ställts in i sista stund, vilket till exempel hände när en anhörig redan suttit och kört bil i två timmar. Besöksförbud utan förklaring. Ett exempel var när en anhörig anklagats för att ha fört in narkotika. Anklagelserna, som sårat den anhörige djupt, hade inte följts upp.

*Oron för om patienten skulle klara utskrivningsprocessen.* Kraven på ordnat boende, sysselsättning och stabil ekonomi är svåra att leva upp till för en patient på väg ut ur rättspsykiatri. De anhöriga var osäkra på om och när de insatser som behövdes för detta skulle ges.

*Biverkningar och eventuell felmedicinering av läkemedel.* Anhöriga hade vid besök sett oroväckande förändringar hos patienten men hade ingen att fråga om vad förändringarna kunde bero på.

# 8 Etiska aspekter

## Inledning

Det juridiska ramverket kring den rättspsykiatriska vården som inbegriper dels hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och dels lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), innebär att vården har att hantera flera potentiella rättighetskonflikter. Den rättspsykiatriska vårdens uppdrag innebär att vården inte enbart ska sträva efter hälsa för patienterna utan även efter att ingen person som blir utskriven från vården begår nya allvarliga brott. Att förhindra att de patienter som riskerar återfalla i brott kommer ut i samhället är därför en viktig aspekt av den rättspsykiatriska vården.

Rättspsykiatrisk vård är inte frivillig, utan bedrivs under tvång. Det innebär ett avsteg från rätten till frihet, till privatliv samt till skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp som är mänskliga rättigheter, stadgade i Regeringsformen samt i Europakonventionen för mänskliga rättigheter. Skälen till att i svensk rätt medge psykiatrisk tvångsvård har ansetts vara dels omsorg om svårt sjuka personer som saknar förmåga att fatta välgrundade beslut angående sitt eget vårdbehov, och dels behov av att skydda samhället från potentiellt farliga individer (Prop. 1990/91:58). Det innebär att den rättspsykiatriska vården bedrivs genom en ständig balansgång mellan att tillgodose patienters rätt till hälsa och autonomi, och andra människors rätt till skydd.

I det här kapitlet kommer vi att diskutera psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatrin mot bakgrund av SBU:s vägledning för att identifiera relevanta etiska frågor, närmare bestämt hur åtgärder utmanar och förhåller sig till de etiska värdena hälsa, autonomi och samhällsskydd (tredje

parts hälsa) [41]. Vidare kommer resultaten i denna rapport diskuteras mot bakgrund av etiska risker med att utföra behandling för vilken effekten inte är helt säkerställd, samt eventuella risker med att bedriva forskning på patienter inom rättspsykiatrisk vård.

## Hälsa

Den första frågan vi bör ställa oss är vilka positiva effekter psykologiska behandlingar och psykosociala insatser har på personens hälsa. Här bör man även väga in eventuella negativa konsekvenser åtgärderna har och hur dessa kan vägas mot varandra för att kunna ta ställning till om det är motiverat att använda åtgärderna.

Enligt WHO är psykisk hälsa ”ett tillstånd av välbefinnande där individen har insikt om och kan förverkliga sina förmågor, kan klara av normala påfrestningar i livet, arbeta produktivt och är förmögen att bidra till sitt samhälle”<sup>1</sup>. Ett vanligt sätt att betrakta hälsa är emellertid ur ett dimensionellt perspektiv. En person kan sägas vara vid mer eller mindre god hälsa och WHO:s definition kan betraktas som den högsta graden av psykisk hälsa. I detta projekt har vi valt att titta på en rad olika utfallsmått, såsom tillfrisknande och återhämtning, sjukdomssymtom, beteendeförändringar, funktionsförmåga, missbruk, livskvalitet, suicid, suicidförsök, kontaktnät, skuldsituation, boende under utslussning eller i rättspsykiatrisk öppenvård samt återgång till arbete. Det här visar med all tydlighet att hälsobegreppet kan definieras mycket vitt.

Patienter inom rättspsykiatri har ofta en svår psykiatrisk problematik i kombination med missbruksproblem. Flertalet patienter har mer än en diagnos och en låg psykosocial funktionsnivå. Det är därför troligt att många inte har uppnått psykisk hälsa enligt WHO:s definition när de blir utskrivna från den rättspsykiatriska vården. Utskrivna patienter kan ha behov av olika former av socialt stöd för att klara av sin vardag. Det är vanligt att ha kvar symtom av sin psykiska störning och i många fall ha biverkningar från de läkemedel som de ofta är ålagda att ta för att få bli utskrivna. Det finns anledning att tro att många personer, som anses vara färdigbehandlade inom rättspsykiatrisk vård, vare sig kan arbeta produktivt, förverkliga sina förmågor eller leva i ett tillstånd av välbefinnande.

## Tvång

De rättspsykiatriska patienternas autonomi är kringskuren på två sätt. För det första ges patienterna lite utrymme till autonomi i och med att de är instängda och mer eller mindre tvingade att följa både vårdplaner och olika ordningsregler på avdelningen. För det andra innebär en allvarlig psykisk störning oftast en

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization, 2004.

inskränkning av förmåga till autonomi, det vill säga förmågan att tänka och handla fritt.

Psykiatrisk tvångsvård motiveras delvis genom att vissa personer inte är kapabla att fatta autonoma beslut, vilket innebär att man saknar autonom förmåga och att de beslut man fattar kan vara skadliga för sitt eget eller andras liv och hälsa. I förarbetena till LRV hänvisas till solidaritet med andra människor som en grund för att tillåta tvångsvård. ”I situationer där en människa på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att se till sitt eget bästa eller utsätter andra för risker till liv eller hälsa kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om vederbörande motsätter sig det” (Prop. 1990/91:58).

Även om tvång ibland kan anses berättigat är det dock etiskt problematiskt. Att vara utsatt för tvångsåtgärder kan upplevas förnedrande, skamfullt och kränkande [42]. Vidare finns en risk att förlusten av autonomi är skadlig för patienten och kan motverka psykisk hälsa. Det är inte heller uteslutet att brist på autonomi inom vården försvårar anpassning till samhället och därmed även potentiellt är ett hot mot skyddsvärden [43].

Det finns inget lagrum för att tvinga en patient till psykologisk behandling eller psykosociala insatser. Resultatet av vår litteraturgenomgång av svensk kvalitativ forskning inom rättspsykiatrisk vård beskriver dock att patienter upplever att de är utsatta för maktutövning och att de försöker anpassa sig för att söka belöningar och undvika bestraffningar. Det kan finnas en risk att patienterna upplever ett tvång att medverka i behandlingarna trots att de formellt sett inte är tvingade. Till exempel kan domstolen vid utskrivningsprövning väga in ”följsamhet med vården”. Att avstå från att delta i vad vården erbjuder i form av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser kan betraktas som en brist på följsamhet och i förlängningen därmed något som kan användas som ett argument mot utskrivning.

## **Samhällsskyddsuppdragets potentiella påverkan på hälsomålet**

Man bör överväga risken att såväl hälsa som förmåga och rätt till autonomi, tillmäts en underordnad betydelse inom den rättspsykiatriska vården på grund av samhällsskyddsuppdraget. Rättspsykiatrisk vård syftar inte enbart till att reducera till exempel psykotiska symtom, utan även till att patienten inte beter sig aggressivt. Skyddsaspekten kan potentiellt ha en otillbörlig påverkan på vården såtillvida att medicinska beslut fattas på andra grunder än strikt medicinska, samt att tvångsåtgärder används i en utsträckning som egentligen inte är nödvändig eller proportionerlig. Aggressivt beteende kan betraktas som ohälsosamt i den mening att beteendet kan omöjliggöra ett produktivt arbete och ett positivt bidrag till samhället, men man bör vara vaksam på risken att tolkningen av hälsa blir alltför normativ.

Adshedd påminde om att om syftet med medicinsk behandling är att få en person att ”bete sig bättre”, innebär det ett avsteg från idén om att medicin ska vara moraliskt neutral [43]. Rättspsykiatri är inte moraliskt neutral, eftersom

samhällskyddsaspekten måste vägas in. Det kan dock finnas en risk att man övervärderar skyddsaspekten och att man i målet med behandlingen inte väger in patientens välbefinnande i tillräcklig utsträckning. Av samma skäl finns en risk att målet att patienten ska återfå sin autonoma förmåga äventyras av skyddsskäl. Autonom förmåga är bara eftersträvansvärd ur ett skyddsperspektiv om de autonoma handlingarna inte samtidigt är potentiellt farliga. Återigen, i rättspsykiatrins uppdrag ingår att få patienterna att må bättre, att fungera bättre och att bete sig bättre. Då finns en risk att den sista plikten i praktiken kommer väga så tungt att patienterna vid utskrivning både upplever mindre välbefinnande och fungerar mindre autonomt än vad som är nödvändigt för att tillgodose samhällsskyddet.

## Effekter av rättspsykiatrisk vård

Vårdtiderna inom rättspsykiatri är jämförelsevis mycket långa vilket innebär en relativt unik kontext inom hälso- och sjukvård. Patienter inom den slutna rättspsykiatri befinner sig dygnet runt på en vårdinrättning och det finns vårdplaner såväl som ordningsregler att förhålla sig till. Vården kommer på så vis att inbegripa de flesta delar av patientens liv och att det finns litet utrymme för såväl privatliv som egna initiativ och val. Det innebär också att patienten blir beroende av vårdpersonal för i stort sett samtliga aspekter av sitt liv. Det är en kraftig inskränkning av såväl den personliga integriteten som av möjligheten att fatta autonoma beslut och utföra autonoma handlingar. Det begränsade utrymmet för privatliv är problematiskt ur etisk synpunkt eftersom det innebär en begränsning av rätten till skydd för privatliv vilket regleras i Europakonventionen för mänskliga rättigheter artikel 8. Man bör överväga risk för att inom ramen för vården ingripa mer i patienternas privatliv än vad som är nödvändigt med avseende på de lagar som styr vårdformen.

Det faktum att patienterna är beroende av vårdpersonalen i många aspekter av sitt liv, innebär att personalen befinner sig i en maktposition gentemot patienterna. Ett resultat av vår kvalitativa litteraturgenomgång är patienternas upplevda maktlöshet. Eventuella negativa attityder hos vårdpersonal får särskilt stor effekt här samtidigt som risken för negativa attityder är hög eftersom patienterna inte bara är patienter utan även är dömda för brott.

Potentiellt kan det kringskurna privatlivet och de begränsade möjligheterna för autonomi genom de långa vårdtiderna komma att ses som något vardagligt och naturligt. Det kan därmed innebära risk för att insatser som syftar till att patienten ska återfå autonom förmåga indirekt motarbetas. Vårdformen i sig erbjuder inte utvecklandet av autonoma förmågor utan effekten av vården som sådan riskerar att bli den motsatta på grund av de rutiner och regler som genomsyrar verksamheten. De insatser som görs för att stärka autonom förmåga kan således komma att äventyras på grund av de omständigheter patienterna lever under.

Vårdformen och den långa vårdtiden för med sig ytterligare ett potentiellt problem, nämligen att de behandlingsinsatser som syftar till att stärka en patients autonoma förmåga riskerar att ge ett minskat välbefinnande eftersom patienterna inte ges utrymme att utöva någon sådan förmåga. Utskrivning från

rättspsykiatrisk vård är beroende av många andra faktorer än vad som händer i den psykosociala behandlingen, såsom till exempel brottets allvarlighetsgrad.

Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser kan i sig själva vara integritetskränkande. Psykologisk behandling kräver delaktighet från patientens sida vad gäller att dela med sig av sina erfarenheter och känslor. Om deltagandet i sådan behandling, är eller upplevs vara, tvingande på något vis riskerar det att medföra att rätten till privatliv utmanas på ett otillbörligt vis. Psykologiska interventioner av KBT-typ syftar även till att förändra beteendemönster på ett genomgripande sätt. Den rättspsykiatriska patienten erbjuds behandling i syfte att bete sig ”bättre” och även att ändra sin uppfattning om sitt eget tidigare beteende och betrakta det som ”dåligt”. Det kan i förlängningen till och med betraktas som en förändring av den personliga identiteten [44].

## Det vetenskapliga underlaget

Vår systematiska översikt visar på mycket svagt vetenskapligt stöd vad gäller psykologiska behandlingar och psykosociala insatser för den här specifika patientgruppen, det vill säga psykiskt störda lagöverträdare. Det är också ett fåtal av de behandlingar som används inom den svenska rättspsykiatriska vården, som har fångats upp av våra litteratursökningar. Vi fångade till exempel inte upp några psykodynamiska behandlingar eller psykosociala insatser vilka enligt vår praxisundersökning förekommer i svensk rättspsykiatrisk vård. Reasoning and Rehabilitation (R&R) som fanns med i några av studierna används inte enligt praxisundersökningen i svensk rättspsykiatrisk vård.

En konsekvens av att de behandlingar som används inom den rättspsykiatriska vården är utvecklade för en annan population, är att de bygger på att patienten har ett liv med relationer. I den rättspsykiatriska kontexten kommer relationerna till huvudsak bestå av umgänge med andra patienter och personal.

Ett exempel på en insats som är särskilt viktigt att ta upp i det här sammanhanget är så kallad brottsbearbetning. Brottsbearbetning erbjuds på de flesta kliniker [9] och det anses viktigt för beslut om utskrivning från rättspsykiatrisk vård att ”brottet har bearbetats” [45]. Detta gör att man inom vården känner sig anmodad att erbjuda sådan behandling, trots att det är oklart vad det är, hur den ska utföras och om den har några positiva effekter för patienten. Här ska man komma ihåg att sådana behandlingar även är problematiska för den personal som ska utföra behandlingen om man känner sig osäker på hur den ska utföras och dess kliniska värde.

Hur ska man förhålla sig till detta? Bör mer forskning bedrivas på den rättspsykiatriska populationen eller kan slutsatser om den rättspsykiatriska populationen dras från studier om andra populationer med tillräcklig tillförlitlighet? Det finns argument för att detta är en särskild grupp som kräver särskilda överväganden och interventioner. Behandlingar som är modellerade för andra grupper av patienter riskerar att bli kontraproduktiva eftersom de förutsätter att patienten har ett liv med relationer där man kan prova färdigheter på nya situationer.



Behandlingarna riskerar till och med att bli plågsamma för patienterna i den mening att de påminner om vilket kringskuret liv de lever. Sammantaget talar det för att forskning om psykosociala insatser effekter på just denna grupp är starkt motiverat. I väntan på sådan forskning bör psykologiska behandlingar och psykosociala insatser ändå rimligen erbjudas inom den rättspsykiatriska vården, trots ett svagt kunskapsunderlag för denna specifika grupp. Med stöd av beprövad erfarenhet kan man göra avvägningar om vilka insatser som kan vara framgångsrika.

## Forskning i den rättspsykiatriska miljön

Forskning på den rättspsykiatriska populationen aktualiserar särskilda etiska problem vilket kan förklara bristen på forskning. Historien när det gäller forskning på frihetsberövade personer ger många exempel på studier som bedrivits utan samtycke eller ens kunskap hos studieobjekten [46]. Den rättspsykiatriska populationens sårbarhet har med tiden uppmärksammats genom etablering av forskningsetiska regelverk. En konsekvens är att gruppen genom sin sårbarhet tenderar att bli systematiskt exkluderad från forskning, vilket gör att kliniker och beslutsfattare får förlita sig till att forskningsresultat framtagna på icke frihetsberövade personer kan generaliseras till den här miljön, vilket inte är självklart [47].

Rättspsykiatriska patienter är en extra sårbar grupp, eftersom de är frihetsberövade och befinner sig i vården och eventuellt är föremål för tvångsåtgärder. Därmed kan de uppleva sig tvingade att delta i forskning. Det finns också en risk att de på grund av sin psykiska problematik har svårt att ta in och förstå information om forskningsprojektet och därmed ge ett informerat samtycke. Man kan i sammanhanget överväga om forskningen kan och bör ske utan samtycke enligt 20–22 §§ i etikprövningslagen. Det här blir aktuellt om det finns anledning att tro att forskningspersonen inte kan lämna ett informerat samtycke.

En annan faktor att överväga är återigen samhällsskyddets påverkan på de etiska övervägandena. I Helsingforsdeklarationen poängteras: ”Medicinsk forskning på en sårbar grupp är endast försvarbar om forskningen svarar mot gruppens hälsobehov eller prioriteringar [48]. Därtill ska denna grupp få dra fördel av kunskap, metoder eller åtgärder som forskningen resulterar i. Enligt etikprövningslagen 8 § ska ”människors välfärd ges företräde framför samhällets och vetenskapens behov”. Det är etiskt tveksamt att bedriva forskning på en grupp i syfte att skydda en annan grupp. Det måste vara tydligt att gruppen, i det här fallet den rättspsykiatriska populationen, själv har nytta av forskningens resultat.

Vidare fastslår Helsingforsdeklarationen att forskning på en sårbar grupp endast får utföras om forskningen inte kan utföras på en icke sårbar grupp. Enligt etikprövningslagen (§ 10) gäller att ”forskning får inte godkännas, om det förväntade resultatet kan uppnås på annat sätt som innebär mindre risk för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet”.



Bör mer forskning bedrivas på den rättspsykiatriska populationen eller kan slutsatser om den rättspsykiatriska populationen dras från studier om andra populationer med tillräcklig tillförlitlighet? Frågan är avhängig många faktorer. En är om det går att finna en mindre sårbar grupp som i relevanta avseenden liknar den rättspsykiatriska populationen. Är denna grupp unik eller ej? Gruppen som vårdas i rättspsykiatri är inte annorlunda än andra grupper av människor i de allra flesta medicinska avseenden. I en mening är den dock unik eftersom det är människor med psykiatrisk sjukdom som är dömda för våldsbrott. Det betyder dock återigen inte att gruppens psykiatriska vårdbehov skiljer sig från till exempel psykosjuka som inte har begått brott. Här måste vi ställa oss frågan om det aggressiva antisociala beteendet är en del av sjukdomen eller ej. Detta är delvis en filosofisk fråga där man har att ta ställning till om normbrytande beteende är att betrakta som sjukt eller ej. Huruvida våldsamt beteende går att behandla med psykologisk behandling och psykosociala insatser kan man undersöka på empirisk väg och den forskningen måste i så fall förmodligen utföras på just den grupp som har en sådan problematik. Vidare har denna grupp eventuellt en unik sjukdomsbild genom den höga graden av samsjuklighet i kombination med missbruksproblem och eventuella intellektuella funktionsnedsättningar, vilket i sig motiverar forskning på denna grupp.

I de fall där forskning på andra grupper inte ger användbara resultat bör man starkt överväga forskning på just den här gruppen. Att helt avstå från forskning på en viss grupp är också etiskt problematiskt, eftersom det inte är självklart att forskningsresultat framtagna på andra grupper också gäller denna. Det i sin tur innebär att den rättspsykiatriska populationen inte kommer kunna erbjudas kunskapsbaserad behandling och rehabilitering samt att medicinska riktlinjer för just den här gruppen blir svåra att ta fram. Forskning på frihetsberövade grupper har till och med framhållits som moraliskt påbjudet [49]. Sådan forskning måste då givetvis bedrivas med beaktande av vad etikprövningslagen fastslår angående forskning på människor och man bör noga beakta risker för forskningspersoners hälsa, säkerhet och personliga integritet. Det kan tilläggas att olika typer av studier aktualiserar forskningsetisk problematik i olika grad. Samtyckes- och frivillighetsproblematiken är densamma för många olika sorters projekt, men gruppens sårbarhet är ett större problem vid interventionsstudier associerade med fysisk, psykisk och social skada än vid till exempel registerstudier.



# 9 Diskussion

De kvantitativa studier som vi inkluderade i rapporten omfattade ett fåtal deltagare och studierna var alltför heterogena för en metaanalys. Den sammanvägda bedömningen av resultatens tillförlitlighet enligt GRADE var att studierna hade otillräcklig evidens. Vår utvärdering visar att psykologiska behandlingar och psykosociala insatser för patienter i rättspsykiatrisk vård är en kunskapslucka.

Att det tillkommit ett antal nya studier de senaste åren måste ändå ses som lovande eftersom studierna visat att man både anpassat och testat behandlingar för rättspsykiatriska patienter. Särskilt som överförbarheten till svenska förhållanden är stor för de behandlingar som togs upp i studierna. Enligt vår praxisundersökning används psykoedukativa insatser för patienter med schizofreni, till exempel kognitiv beteendeterapi (KBT), i relativt stor omfattning i svensk rättspsykiatri.

I de inkluderade studierna förekom två mer omfattande KBT-behandlingar. Det var metakognitiv träning, där patienterna tränar på att reflektera över sina egna mentala processer, och Reasoning and Rehabilitation (R&R) som är ett relativt omfattande program där patienterna får träna på en rad kognitiva och sociala färdigheter. R&R finns inte representerad i svensk rättspsykiatrisk vård men har i förkortad form implementerats och utvärderats i svensk kriminalvård [24]. Övriga psykologiska behandlingar hade enbart ett psykoedukativt innehåll där patienterna lärde sig mer om sin sjukdom och om den läkemedelsbehandling man genomgick. Utfallen täckte många områden, allt från livskvalitet till kognitiva funktioner och det var övervägande till interventionsgruppens fördel. Men så länge det saknas fler effektstudier på området kan vi inte dra några slutsatser.

Kriterierna för inklusion av utfallen var breda i vårt projekt för att fler studier skulle kunna inkluderas. När man gör så kommer inte alla utfall man får in att vara lika relevanta för forskningsfrågan. Det kan leda till att positiva effekter uppfattas som oftare förekommande än vad de är.

Psykosociala insatser har ingen fast definition på svenska. I vårt projekt ville vi se på de insatser som syftar till att hjälpa patienten att förbättra sin sociala situation. Fokus var på psykosociala insatser med mål att förbättra individuella komplexa sociala funktioner och insatser för att stödja återgång till ett liv i samhället. Både i vår inledande rundfrågning till nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad (NätRom) och i den praxisundersökning vi genomförde återfanns ett flertal insatser. Mot bakgrund av detta är det olyckligt att vi i vår litteraturgenomgång inte identifierade några studier på psykosociala insatser.

Psykosociala insatser har tidigare inte alltid setts som en del av patientens behandling. Vårdens centrala innehåll har styrts av den medicinska definitionen av vård och därför har forskning och utvärdering av psykosociala insatser uteblivit. Det är möjligt att bedriva forskning som går att sammanställa på psykosociala områden, och det kan i en del fall kräva andra metoder. Under senare år har öppenvården blivit en allt viktigare del av den rättspsykiatriska vården. I öppenvården kommer patientens anpassning till ett liv utanför vårdinrättningen i fokus varför det är möjligt att mer svensk forskning på psykosociala insatser kommer framöver.

Vi har försökt ta reda på hur patienterna upplever omvårdnad och bemötande i svensk rättspsykiatrisk vård. Där framgår att omvårdnadspersonalen spelar en mycket viktig roll för patienterna och att deras förhållningssätt påverkar patienters upplevelse av vården. Många patienter kämpar med att hitta fungerande förhållningssätt till sin vård och till sitt eget hälsotillstånd. En styrka med innevarande analys är att studierna som vi inkluderade var utförda i svensk rättspsykiatrisk vård. Dock är studiematerialet begränsat vilket betyder att det finns risk att vissa aspekter av omvårdnad och bemötande inte har kommit med. Då majoriteten av informanterna (precis som i rättspsykiatrin i stort) var män (72 %) kan vi heller inte uttala oss om det finns skillnader mellan könen. Det är viktigt att påpeka att denna analys endast handlar om patienters upplevelser och erfarenheter. Vi har inte utvärderat hur personalen inom den rättspsykiatriska vården upplever sitt eget bemötande och hur de beskriver och upplever omvårdnad från ett personalperspektiv. Hur patienterna upplever sin situation i vården påverkar sannolikt hur de tar till sig behandlingar och insatser av olika slag. De kunskaper den här forskningen erbjuder kan vara till stor hjälp i att utveckla vården. Nätverket för omvårdnadspersonal inom rättspsykiatrisk vård (NätRom) arbetar sedan flera år med att förbättra och öka kunskapen om omvårdnad i rättspsykiatrin. Initiativ inom detta område framstår som extra viktiga i ljuset av de studier med kvalitativ metod som identifierades i vår litteraturoversikt.

Om patienterna upplever att de är utsatta och inte känner hopp inför framtiden är risken stor att de inte kan ta till sig de behandlingar och insatser som faktiskt erbjuds. Syftet med vården går då förlorat.

## Behandlingar i den rättspsykiatriska miljön

Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser har potential att göra skillnad för rättspsykiatrins patienter. Därför är det viktigt att behandlingar ges och det är också viktigt att de utförs med respekt och professionalism. I det etiska kapitlet diskuteras orsaken till deltagande i psykologiska behandlingar och psykosociala insatser. Att delta kan stärka patientens möjligheter att framstå som samarbetsvillig och i förlängningen bli utskriven. Att vägra delta kan skada patientens möjligheter.

Resultatet av studierna med kvalitativ metod visar att patienterna känner sig utlämnade i vården. Detta förstärks av vår gruppintervju med patientorganisationens företrädare. Praxisundersökningen visar dessutom att urvalet av de behandlingar som finns och vilka personalgrupper som utför dem beror på den klinik patienterna vårdas på. Möjligheten att få behandlingar som matchar enskilda patienters behov minskar därmed. En psykologisk behandling eller en psykosocial insats som inte möter patientens behov riskerar då att inte få önskvärd effekt. Detta talar för att man bör se över det vetenskapliga stödet för de behandlingar som ges och att de ges av utbildad och erfaren personal. Statens rättsvårdande myndigheter, landstingen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att patienterna i rättspsykiatri får en korrekt behandling och utskrivningsprocess.

Psykologiska behandlingar, psykosociala insatser, omvårdnad och bemötande, utgör tillsammans med läkemedel viktiga delar som bidrar till patientens återhämtningsprocess. Om någon del tas bort eller förändras påverkar det hur de andra delarna fungerar för patienten.

Patienter som kommer till rättspsykiatrisk vård kan ha komplexa behov. Under den tid de är frihetsberövade är det därför även viktigt med andra insatser än de som utvärderats inom ramen för SBU:s projekt inom rättspsykiatrisk vård. Det kan till exempel vara insatser inom fysioterapi och skolundervisning vilka utförs främst av särskilda yrkeskategorier. Dessa insatser skulle kunna utgöra egna systematiska översikter.

Läkemedelsbehandling är en central del i den rättspsykiatriska vården. Eftersom rättspsykiatrins uppdrag är omfattande är det emellertid avgörande att den kompletteras och samordnas med andra behandlingsformer och insatser. Här har nyligen publicerade nationella riktlinjer (Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd) betonat vikten av en optimal läkemedelsdos för individen som ger tillräcklig effekt, men inte så mycket biverkningar att det förhindrar till exempel psykologiska behandlingar och deltagande i olika aktiviteter.

## Hälsoekonomiska överväganden

Vi har inte kunnat bedöma kostnadseffektiviteten av psykologiska behandlingar och psykosociala insatser inom rättspsykiatri eftersom kunskapen om effekterna har visat sig vara bristfällig. Kunskap om effekterna av behandling är nämligen

avgörande för möjligheten att göra hälsoekonomiska bedömningar. Vi har inte heller funnit några ekonomiska utvärderingar som besvarat frågan om relationen mellan kostnader och effekter.

I vår rapport har vi beräknat årliga kostnader för ett antal psykologiska behandlingar som ges inom rättspsykiatri och ställt dem i relation till de totala kostnaderna för den rättspsykiatriska vården. Av detta framkommer att behandlingskostnaderna utgör en relativt liten del av de totala kostnaderna för den rättspsykiatriska vården. Att kostnaden för den rättspsykiatriska vården är hög beror troligen främst på rättspsykiatriska vårdenheters höga kostnader för bemanning, och att patienterna finns i slutenvård under långa perioder. I vårdkostnaden ingår även köpt vård, där kostnaden för säkerhetssystem och lokaler kan ha inkluderats.

Eftersom kostnaderna för psykologisk behandling inom rättspsykiatri är låga i förhållande till den totala kostnaden så skulle en behandling som dels förkortar vårdtiden och dels minskar risken för återfall i brottslighet vid utskrivning, innebära kostnadsbesparingar för samhället. Ett återfall i brott uppskattas i denna rapport kosta 7 miljoner kronor.

När vi beräknat kostnaden för ett återfall i brott har vi inte räknat in offrens lidande eller kostnader för deras vård eller förlorad livskvalitet. Beroende på typ av brott och den fysiska och psykiska skada som drabbar offret, kan denna kostnad variera stort. Ett mord har till exempel bedömts kosta samhället 43 miljoner kronor i genomsnitt och en våldtäkt eller grov misshandel 1,2 miljoner kronor, inräknat indirekta kostnader knutna till offret [50,51]. Vad som utgör en bra metod för att fånga sådana indirekta kostnader är dock osäkert [52].

Sammanfattningsvis är vårdtid och återfall i brott mycket kostsamma utfall som effektiva psykologiska behandlingar och psykosociala insatser möjligen skulle kunna påverka. Också utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv är det därför angeläget att studera vilka behandlingar och insatser som är effektiva inom rättspsykiatri.

# 10 Överväganden för forskning, policy och praktik

Klinisk psykiatrisk forskning är komplicerad. Inom rättspsykiatri är utmaningarna kanske fler än inom många andra fält. Patienterna vårdas med tvång, de är relativt få och lider av heterogena tillstånd som präglas av stor samsjuklighet och låg funktionsnivå. Detta projekt har tydliggjort att det finns ett stort behov av mer forskning generellt inom det rättspsykiatriska fältet. För att ge tydligare vägledning till vården behövs framför allt fler randomiserade kontrollerade studier, men i brist därpå också välgjorda icke-randomiserade studier. I de inkluderade studierna såg vi särskilt att det fanns risk för snedvridna data i bedömning av utfall och behandling. Blindning kan vara komplicerad i klinisk forskning men att särskilt behålla behandlare och bedömare av utfall i interventionen borde kunna göras i större utsträckning. Ett sätt för rättspsykiatri att få större studiepopulationer är att forskare i högre grad samordnar sina projekt. Det är också viktigt att man använder samma utfallsmått i liknande studier.

De inkluderade studierna var främst inom kognitiv beteendeterapi (KBT) men mot bakgrund av att praxisundersökningen visade att psykodynamiska behandlingar förekommer i rättspsykiatri är det viktigt att även sådana blir utvärderade.

Psykosociala insatser är viktiga för att stötta patientens sociala och praktiska behov. Dessa insatser genomförs ofta av vårdavdelningspersonalen vilken utgör majoriteten av de professionella kontakter patienterna har under sin vårdtid. En del av insatserna är dessutom i en del fall inriktade även på patienter som

saknar den verbala förmåga, de språkkunskaper eller den abstraktionsförmåga som krävs för att delta i andra behandlingar. Detta understryker vikten av att forska mer på psykosociala insatser. Här finns goda skäl att studera insatser, som i liknande patientgrupper, befunnits ha positiva effekter. Men även för andra grupper med allvarlig psykisk störning kan det vara svårt att finna tillräckligt väl genomförd forskning [53,54].

Viktiga områden för framtida forskning är betydelsen av utbildning, arbete och boende. Där är de viktigaste utfallen frihet från brott och faktorer som kan förväntas mediera brott, såsom missbruk, antisocialt beteende samt dålig följsamhet i behandling.

I Sverige finns forskare som är aktiva på det kvalitativa området och genom deras forskning kommer ny information och kunskap om vården ut. Det är viktigt att man inte slutar satsa på kvalitativa forskningsprojekt.

Varken vår kvantitativa eller kvalitativa litteraturgenomgång gav studier som belyste kön eller etnicitet. Vi kan därför inte uttala oss om det finns skillnader i behov för till exempel utlandsfödda patienter eller om det finns skillnader för män och kvinnor i den rättspsykiatriska vården. Vi har indikationer från vår intervju med patienter och anhöriga att utsattheten hos kvinnliga patienter är stor.



# 11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

## Projektgrupp

### Sakkunniga

**ULF AXBERG**

docent i klinisk psykologi,  
Psykologiska institutionen,  
Göteborgs universitet

**BJÖRN HOFVANDER**

universitetslektor i rättspsykiatri  
(adjungerad) vid Institutionen  
för kliniska vetenskaper, Lunds  
universitet, forskningssamordnare  
och specialist i klinisk psykologi vid  
Verksamhetsområde Rättspsykiatri,  
Region Skåne

**MALIN LOTTERBERG**

verksamhetschef, Psykiatrisk  
rehabilitering och rättspsykiatri,  
Region Örebro län

**SUSANNA RADOVIC**

docent, lektor i teoretisk filosofi  
vid Institutionen för filosofi,  
lingvistik och vetenskapsteori,  
Göteborgs universitet

## SBU

**ALEXANDRA SNELLMAN**  
projektledare

**MIKAEL NILSSON**  
biträdande projektledare

**NATHALIE PEIRA**  
biträdande projektledare

**KICKAN HÅKANSON**  
projektadministratör

**EMIN HOXHA EKSTRÖM**  
hälsoekonom

**ANN KRISTINE JONSSON**  
informationsspecialist

## Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

**MARIANNE KRISTIANSSON**  
professor, Centrum för psykiatri-  
forskning, Institutionen för klinisk  
neurovetenskap, Karolinska Institutet,  
överläkare och avdelningschef,  
Rättsmedicinalverket, Stockholm

**KENNETH RYDENLUND**  
vårdutvecklare, FoU-koordinator,  
Rättspsykiatriska Regionkliniken,  
Vadstena, Region Östergötland

**TUULA WALLSTEN**  
med dr, chefläkare, överläkare,  
Centrala Patientsäkerhetsteamet,  
Region Västmanland

**MARIA NYSTRÖM AGBACK**  
jurist med inriktning psykiatri

**LINUS BROSTRÖM**  
Institutionen för kliniska  
vetenskaper i Lund, avdelningen  
för medicinsk etik

**ÅSA ERIKSSON**  
med dr, universitetsadjunkt,  
leg psykolog, Institutionen för klinisk  
neurovetenskap, Karolinska Institutet

## Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med krav på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga experterna inte artiklar där de själva var medförfattare eller på annat sätt jäviga.

# Brukar- och anhörigförening

SBU har under projektet samverkat med riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR).

## SBU:s vetenskapliga råd – Eira

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

**KJELL ASPLUND**

ordförande, professor, Stockholm

**INGEMAR ENGSTRÖM**

professor, psykiatri, etik,  
Örebro universitet

**HENRIK ANDERSHED**

professor i psykologi, docent i  
kriminologi, Örebro universitet

**NILS FELTELIUS**

docent, Läkemedelsverket

**KRISTINA BENGTTSSON BOSTRÖM**

docent, Billingens vårdcentral, Skövde

**STEN-ÅKE STENBERG**

professor, social forskning,  
Stockholms universitet

**CHRISTINA BERGH**

professor, Kvinnokliniken,  
SU/Sahlgrenska, Göteborg

**KATARINA STEEN CARLSSON**

fil dr, hälsoekonomi, IHE Lund

**ANNA EHRENBORG**

professor, vårdvetenskap,  
Högskolan Dalarna

## SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

**KERSTIN NILSSON**

ordförande, professor,  
Örebro universitet

**EVA FRANZÉN**

forsknings- och utvecklingschef,  
Statens Institutionsstyrelse

**PETER ALLEBECK**

huvudsekreterare, Forte

**VESNA JOVIC**

verkställande direktör,  
Sveriges Kommuner och Landsting

**SUSANNA AXELSSON**

generaldirektör, SBU

**JAN-INGVAR JÖNSSON**

huvudsekreterare för ämnesrådet  
för medicin, Vetenskapsrådet

**HEIKI ERKERS**

förbundsordförande,  
Akademikerförbundet SSR

**LARS-TORSTEN LARSSON**

avdelningschef, Socialstyrelsen

**ELISABETH WALLENIUS**  
ordförande, Funktionsrätt Sverige

**LARS OSCARSSON**  
professor, Ersta Sköndal högskola

**JENNY REHNMAN**  
avdelningschef, Socialstyrelsen

**SINEVA RIBEIRO**  
förbundsordförande, Vårdförbundet

**HEIDI STENSMYREN**  
ordförande, Sveriges läkarförbund

**ANDERS SYLVAN**  
landstingsdirektör,  
Västerbottens Läns Landsting

**MAGNUS WALLINDER**  
förvaltningschef, Ljungby kommun

# 12 Ordförklaringar och förkortningar

<b>Behandlingsmetod</b>	Insats, intervention
<b>Bias</b>	Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt
<b>Evidens</b>	Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets evidentia – tydlighet). I termen evidensbaserad praktik är evidens det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra bästa tillgängliga bevis i en viss fråga
<b>Evidensstyrka</b>	Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), det vill säga studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos-responssamband
<b>Exklusionskriterier</b>	Omständigheter som förhindrar en person att delta i en undersökning, eller att en viss studie inte tas med i en systematisk granskning. Dessa kriterier ska vara angivna i undersökningens protokoll. Exempel: om endast tonåringar ska studeras exkluderas barn under 13 år. Termen används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då omständigheter som gör att resultaten från en viss studie inte kan tas med
<b>Fall-kontrollundersökning</b>	Metod att retrospektivt studera samband mellan viss exposition och sjukdom eller missbildning. Personer som har det problem som ska studeras ("fallen") jämförs beträffande exposition med "kontroller" som saknar detta problem. För varje fall utses en eller flera kontroller. Fall och kontroller måste vara lika varandra beträffande ålder och kön, ofta även beträffande bostadsområde, yrke med mera (matching)

<b>Implementera</b>	Införa, igångsätta
<b>Inklusionskriterium</b>	Betingelser som ska uppfyllas för att en person ska kunna tillfrågas att delta i en undersökning. Kriterierna kan gälla viss problematik, åldersgrupp med mera. Att informerat samtycke getts är ett obligatoriskt inklusionskriterium. Deltagande i undersökningen kräver dessutom att inget av exklusionskriterierna finns. Termen inklusionskriterium används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då vilka villkor som en publicerad undersökning ska uppfylla för att dess data ska accepteras i analysen
<b>Insats</b>	Medveten åtgärd för att åstadkomma en förändring och som syftar till att uppnå ett visst mål (t.ex. förebygga psykiska eller sociala problem) för en definierad population. Insatser sammanfattas i form av en skriftlig eller muntlig överförbar kunskap och görs tillgängliga genom utbildning, undervisning, handledning eller självstudier
<b>Intervention</b>	Insats
<b>Jämförelsegrupp</b>	Kontrollgrupp
<b>Klinisk</b>	Benämning på allt löpande arbete och all forskning som ska diagnostisera, förebygga och behandla problem eller ohälsa och som utförs i kontakt med de personer det gäller
<b>Kohortstudie</b>	En eller flera grupper av individer följs över en tidsperiod då såväl exponering som utfall mäts
<b>Konfidensintervall (KI)</b>	Sifferintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet för till exempel ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gräns för ett konfidensintervall som har 95 procent sannolikhet
<b>Kontrollerad studie</b>	Experimentell studie där insatsgrupp och jämförelsegrupp följs över tid. En kontrollerad studie kan vara randomiserad eller icke-randomiserad
<b>Kontrollgrupp</b>	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får överksam insats (ofta placebo), en annan insats, standardbehandling eller får vänta på att få insatsen till ett senare tillfälle
<b>Kostnadseffektivitetsanalys</b>	Cost-effectiveness analysis, hälsoekonomisk analys som beräknar kostnaden per uppnådd effekt för en viss åtgärd, till exempel kostnad per vunnet levnadsår. Möjliggör jämförelser mellan åtgärder
<b>Livskvalitet</b>	Hur en person värderar sitt liv. Livskvalitet är en av de effekter som bedöms i många kliniska studier och används ofta som effektmått i hälsoekonomiska analyser i form av QALYs
<b>Matchning</b>	Åtgärder för att åstadkomma maximal jämförbarhet i kontrollerade undersökningar där randomisering inte använts. För varje fall utses en eller flera matchade kontroller som liknar fallen i avseenden som antas vara viktiga för utfallet
<b>Medelvärde</b>	Genomsnitt, summan av samtliga observationstal dividerad med antalet observationer
<b>Mediko-legal</b>	Rättsmedicinsk
<b>Metaanalys</b>	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier. En metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga delresultat i form av ett resultatmått (t.ex. SMD) med tillhörande konfidensintervall. De summerade resultatmåttarna ger en uppfattning om huruvida publikationerna visat att en insats är bättre än en annan
<b>Multimodal</b>	Metod eller approach som har delar hämtade från flera olika metoder, tillvägagångssätt, teorier och synsätt

<b>Narrativ sammanställning</b>	En sammanställning där de inkluderade studierna beskrivs utifrån ställning
<b>Population</b>	En grupp personer som har något gemensamt, till exempel alla personer i Sverige, alla personer i ett visst landsting med en viss sjukdom. En klinisk undersökning utförs i regel på ett urval ur en population, till exempel de personer med en viss diagnos som är kända vid en viss mottagning, inte bor alltför långt bort, accepterar att delta i undersökningen och uppfyller dennas inklusions- och exklusionskriterier. En sådan urvalsgrupp kan också kallas en (studie) population. I vidare statistisk bemärkelse är en population ett antal enheter eller företeelser som undersöks, till exempel transplanterade organ, cellkulturer, besök på läkarmottagning, tillverkade produkter
<b>Precision</b>	Noggrannhet
<b>Primärstudie</b>	En studie som innehåller nya resultat och inte bara bygger på redan publicerad forskning. Termen används för att särskilja mot sekundärstudier som innebär att studien analyserar tidigare studier, som till exempel en systematisk översikt eller en översiktsartikel
<b>Psykoedukation/psykopedagogik</b>	Riktad information i olika former till personer med psykiska eller sociala problem, om problemens natur. Det ingår träning enligt beteendeterapeutiska principer i att hantera vardagliga situationer på ett konstruktivt sätt. Eftersom "education" i den här betydelsen vanligen översätts med ordet pedagogik och "educative" med pedagogisk, förekommer också varianten psykopedagogik på svenska
<b>Publikationsbias</b>	Snedvridning av publicerade resultat av studier orsakad av att forskare, ibland också tidskriftsredaktörer, föredrar att publicera undersökningar som gett positiva resultat, till exempel visat att en insats har effekt. Studier som inte visat någon effekt blir till stor del okända, och bilden av insatsens värde blir omotiverat gynnsam
<b>Randomisering</b>	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomisering ger det bästa skyddet mot selektionsbias
<b>Randomiserad kontrollerad studie</b>	Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna
<b>Samsjuklighet</b>	Att ha flera sjukdomar eller hälsoproblem samtidigt, som till exempel psykosjukdom och substansbrukssyndrom
<b>Signifikant</b>	Statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte
<b>Standardavvikelse (SD)</b>	Ett spridningsmått för en sannolikhetsfördelning; hur utspridd fördelningen är kring ett medelvärde. En liten standardavvikelse innebär att de flesta mätvärden ligger nära medelvärdet
<b>Systematisk översikt</b>	En systematisk översikt är en strukturerad metod som används för att identifiera, välja ut, bedöma och sammanfatta forskning avseende en tydlig och avgränsad fråga. Ambitionen är att så systematiskt och transparent som möjligt väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet. De uttömmande anspråken medför att den systematiska översikten är ett levande dokument som ska revideras regelbundet. Arbetet genomförs i enlighet med ett protokoll där samtliga arbetsmoment har specificerats i förväg
<b>Utfallsmått</b>	Aspekter av en persons kliniska och funktionella status som mäts inom ramen för en effektutvärdering och som fungerar som kriterium för att värdera insatsens effekter, till exempel hur stor andel som inom viss tid återfallit i brottslighet





# 13 Referenser

1. SBU. Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 264. ISBN 978-91-88437-06-8.
2. SBU. Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 286. ISBN 978-91-88437-28-0.
3. Lidberg L, Wiklund N. Svensk rättspsykiatri: psykisk störning, brott och påföljd. Studentlitteratur AB; 2004: sid 136. ISBN: 9789144037042.
4. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok, 2 uppl. Stockholm 2014. <http://www.sbu.se/metodbok>.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
6. Fontanarosa J, Uhl S, Oyesanmi O, Schoelles KM. Interventions for adult offenders with serious mental illness. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Aug. Report No.: 13-EHC107-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.
7. Vetenskapsrådet. Kartläggning av rättspsykiatrisk forskning, 2017. ISBN: 978-91-7307-349-3.
8. Uppdrag Psykisk Hälsa, Avdelningen Vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting, 2018. Vårdens innehåll i rättspsykiatri – kartläggning 2017.
9. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK). Årsrapport 2016. Tryckår 2017. ISSN 2001-3698.
10. Kartläggning 2016. Rättspsykiatri. En kartläggning gjord av Helseplan Nysam. Uppdrag Psykisk Hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting 2017.
11. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Rynnänen OP, Miettinen R, Rätty H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised

- controlled trial. *Crim Behav Ment Health* 2011;21:163-76.
12. Cavezza C, Aurora M, Ogloff JRP. The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: A randomised controlled trial. *J Forens Psychiatry Psychol* 2013; 24:458-78.
  13. Yip V, Gudjonsson GH, Perkins D, Doidge A, Hopkin G, Young S. A non-randomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2013;13:267-67.
  14. Kuokkanen R, Lappalainen R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: a randomised controlled feasibility trial. *Crim Behav Ment Health* 2014;24: 345-57.
  15. Walker H, Tulloch L, Ramm M, Drysdale E, Steel A, Martin C, et al. A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; Effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population. *J Forens Psychiatry Psychol* 2013;24:756-71.
  16. Tomlinson MF, Hoaken PNS. The potential for a skills-based dialectical behavior therapy program to reduce aggression, anger, and hostility in a Canadian forensic psychiatric sample: A pilot study. *Int J Forensic Ment Health* 2017;16:215-26.
  17. Tyler N, Gannon TA, Lockerbie L, Ó Ciardha C. An evaluation of a specialist firesetting treatment programme for male and female mentally disordered offenders (the FIP-MO). *Clin Psychol Psychother* 2017;1-13.
  18. Walker H, Connaughton J, Wilson I, Martin CR. Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012; 19:881-90.
  19. Jotangia A, Rees-Jones A, Gudjonsson GH, Young S. A multi-site controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program for mentally disordered female offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2015;59:539-59.
  20. Cullen AE, Clarke AY, Kuipers E, Hodgins S, Dean K, Fahy T. A multi-site randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: violence and antisocial behavior outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2012;80: 1114-20.
  21. Clarke AY, Cullen AE, Walwyn R, Fahy T. A quasi-experimental pilot study of the reasoning and rehabilitation programme with mentally disordered offenders. *J Forens Psychiatry Psychol* 2010;21:490-500.
  22. Williams E, Ferrito M, Tapp J. Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia in a forensic mental health setting. *Journal of Forensic Practice* 2014;16:68-77.
  23. Ross RR, Fabiano EA, Ross RD. Reasoning & Rehabilitation: A handbook for teaching cognitive skills. Ottawa: Cognive Centre of Canada, University of Ottawa, 1986.
  24. Behandlingsprogrammet ETS i Kriminalvården. Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2004-2009. Maria Danielsson, Axel Fors, Ingrid Freij, 2012. ISBN: 978-91-86903-07-7. Hemsida: [www.kriminalvarden.se/publikationer](http://www.kriminalvarden.se/publikationer).
  25. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:619-25.
  26. Higgins J, Green, S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from <http://handbook.cochrane.org>.
  27. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010;61:1012-7.
  28. Hörberg U, Sjögren R, Dahlberg K. To be strategically struggling against resignation: the lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33:743-51.

29. Olsson H, Audulv A, Strand S, Kristiansen L. Reducing or increasing violence in forensic care: a qualitative study of inpatient experiences. *Arch Psychiatr Nurs* 2015;29: 393-400.
30. Selvin M, Almqvist K, Kjellin L, Schroder A. The concept of patient participation in forensic psychiatric care: The patient perspective. *J Forensic Nurs* 2016;12:57-63.
31. Olsson H, Strand S, Kristiansen L. Reaching a turning point--how patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scand J Caring Sci* 2014;28: 505-14.
32. Doyle P, Quayle E, Newman E. Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies. *Aggress Violent Behav* 2017; 36:118-136.
33. Shepherd A, Doyle M, Sanders C, Shaw J. Personal recovery within forensic settings--Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Crim Behav Ment Health* 2016;26:59-75.
34. Statistiska centralbyrån (SCB). Lönestatistik 2017. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonerok/>
35. Kriminalvården. Årsredovisning 2017. <https://www.kriminalvarden.se/globalassets/publikationer/ekonomi/kriminalvardens-arsredovisning-2017.pdf>
36. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Att minska isolering i häkte – Lägesbild och förslag. Rapport 2017:6. ISBN 978-91-87335-83-9.
37. Åklagarmyndigheten. Årsredovisning 2017. <https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/planering-och-uppfoljning/arsredovisningar/arsredovisning-2017.pdf>
38. Rättsmedicinalverket. Årsredovisning 2017. Dnr X17-90134. <https://www.rmv.se/wp-content/uploads/arsredovisning2017-tillganglighetsanpassad.pdf>
39. Sveriges domstolar. Årsredovisning 2017. [http://www.domstol.se/Publikationer/Arsredovisning/arsredovisning\\_2017\\_sverigesdomstolar.pdf](http://www.domstol.se/Publikationer/Arsredovisning/arsredovisning_2017_sverigesdomstolar.pdf)
40. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK). Årsrapport 2017. Tryckår 2018. ISSN 2001-3698.
41. SBU. Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. Reviderad 2014. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Tillgänglig från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_etiska\\_aspekter.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_etiska_aspekter.pdf)
42. Adshead G, Davies T. Wise restraints: ethical issues in the coercion of forensic patients. In Völlm B, Nedopil N (red). *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges*. Springer International Publishing 2016. ISBN 3319267485, 9783319267487.
43. Adshead G. Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry. *J Med Ethics* 2000;26:302-04.
44. Maruna S. *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, DC, American Psychological Association 2001. ISBN: 978-1-55798-731-0.
45. Socialstyrelsen. Innehållet i den rättspsykiatriska vården – Delrapport till Nationell psykiatrisamordning, 2009. 5:12 Psykologiska behandlingsmetoder.
46. Cislo AM, Trestman R. Challenges and solutions for conducting research in correctional settings: the U.S. experience. *Int J Law Psychiatry* 2013;36:304-10.
47. Moser DJ, Arndt S, Kanz JE, Benjamin ML, Bayless JD, Reese RL, et al. Coercion and informed consent in research involving prisoners. *Compr Psychiatry* 2004;45:1-9.
48. World Medical Association (WMA). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
49. Weisburd D. Ethical practice and evaluation of interventions in crime and justice The moral imperative for randomized trials. *Eval Rev* 2003;27:336-54.
50. Gabor T. Costs of crime and criminal justice responses. Research report:

- 2015-R022. Research Division, Public Safety Canada, Ottawa, Ontario. ISBN: 978-0-660-03409-6
51. McCollister K, French M, Fang H. The cost of crime to society: new crime-specific estimates for policy and program evaluation. *Drug Alcohol Depend* 2010;108:98-109.
52. Dolan P, Loomes G, Peasgood T, Tsuchiya A. Estimating the intangible victim costs of violent crime. *Br J Criminol* 2005;45:958-76.
53. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; Feb 16;(2): CD004408.
54. Hopkin G, Evans-Lacko, S, Forrester, A, Shaw, J, Thornicroft, G. Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: A systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2018 Jan 23. doi:10.1007/s10488-018-0848-z.



# SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: [www.sbu.se](http://www.sbu.se) • twitter: [@SBU\\_se](https://twitter.com/SBU_se) • telefon: 08-412 32 00