



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Patienter med psykosrelaterad diagnos vilka har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall

Mia Lindberg

Författare: Mia Lindberg

Handledare: Heidi Selenius

Examinator: Susanne Strand

Magisteruppsats i kriminologi 15 hp, vårterminen 2013

Avdelningen för samhällsvetenskap

Mittuniversitetet Sundsvall

Patienter med psykosrelaterad diagnos vilka har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall

Mia Lindberg

Psykosrelaterade diagnoser är de mest förekommande diagnoserna bland rättspsykiatriskt vårdade patienter inom den rättspsykiatriska vården. Dessa patienter riskbedöms för framtida våld och i vården ingår riskhanteringsarbete, vilket sker innan patienterna skrivs ut eller överförs till annan vårdform. Syftet med studien var att beskriva dömda rättspsykiatriska patienter med psykosrelaterade diagnoser, vilka lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall mellan åren 2005-2010. Beskrivningen fokuserades på patienternas riskbedömning för våld med HCR-20, vart patienterna hade skrivits ut eller hade överförts samt deras nya lagföringar. Patienter med och utan psykosrelaterad diagnos jämfördes med varandra. Data över 107 patienter med psykosrelaterad diagnos och 57 patienter utan psykosrelaterad diagnos samlades in. Det insamlade materialet analyserades med Mann-Whitney U test och χ^2 -test. Resultatet visade att sju enskilda riskfaktorer skiljde mellan patientgrupperna. Nästintill hälften av patienterna med psykosrelaterad diagnos blev överförda till hemlandstinget. Bland patienterna som överfördes till kriminalvården var det färre patienter med psykosrelaterad diagnos än patienter utan psykosrelaterad diagnos. Av patienterna med psykosrelaterad diagnos var det 15.0% som blev lagförda för nya brott och 6.5% som blev lagförda för våldsbrott. Färre patienter med psykosrelaterad diagnos blev lagförda för nya brott, i jämförelse med patienter utan psykosrelaterad diagnos. Patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos fortsätter att vårdas efter att de lämnat den slutna vården vid kliniken. Det är av vikt att beakta de enskilda faktorerna i riskbedömning av patienter med psykosrelaterade diagnoser inom den rättspsykiatriska vården.

Nyckelord: rättspsykiatri, psykos, riskbedömning, utskrivna, överförda, lagförda

Jag vill rikta ett varmt tack till

Personalen vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall

Min handledare Heidi Selenius

Min sambo Göran Lind

Min mamma Maj Fahlén Berg

Min vän Emma Matsson

Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Syfte och frågeställningar	7
Psykosrelaterade diagnoser.....	7
Symptomen av schizofreni.....	8
Svårigheter med att leva med schizofreni	10
Kriminalitet bland personer med psykosrelaterade diagnoser	10
Riskbedömning av våld	12
Riskbedömningsansatser	12
Riskbedömningsinstrumentet HCR-20	13
Betydelsefulla riskfaktorer för våld	14
Riskhantering inom den rättspsykiatriska vården.....	15
Utslussningsprocess från sluten rättspsykiatrisk vård	16
Öppen rättspsykiatrisk vård	16
Efter avslutad sluten rättspsykiatrisk vård	17
Återfall i nya brott	18
Sammanfattning av litteraturgenomgång.....	19
Metod	19
Deltagare.....	19
Materialinsamling	21
Insamlingsformulär	22
DSM.....	23
Riskbedömningsinstrumentet HCR-20	23
Statistiska analysmetoder	25
Resultat.....	27
Riskbedömning för våld av patienter med psykosrelaterad diagnos	27
Jämförelse av riskbedömning mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos..	28
Vart patienterna med psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes	29
Jämförelse av vart patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes	30
Nya lagföringar i brott för patienter med psykosrelaterad diagnos	32
Jämförelse av nya lagföringar i brott mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos	33
Diskussion	34

Riskbedömning för våld	34
Vart patienterna skrevs ut eller överfördes	36
Nya lagföringar i brott	37
Riskbedömning och nya lagföringar i brott	38
Begränsningar med studien	39
Förslag till fortsatt forskning	41
Slutsats.....	42
Referenser.....	43

Bakgrund

Den 31 maj 2003 körde en man sin bil med hög hastighet på den välbesökta Västerlånggatan i Gamla stan i Stockholm (Sörbring, 2007). Färden orsakade två personers död och flera andra personer skadades. Mannen som framförde bilen hävdade bestämt att bilen styrdes av någon annan via fjärrkontroll. Under rättegången berättade mannen, som framförde bilen, att han under lång tid hade upplevt sig vara förföljd och lida av paranoia (Mattmar, 2003). Vid en rättspsykiatrisk undersökning bedömdes mannen lida av en allvarlig psykisk störning (Dagens Nyheter, 2003). Mannen diagnostiserades med en psykosjukdom och efter dom överlämnades han till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (Strand, Holmberg & Söderberg, 2009). Precis som i detta exempel så är psykosrelaterade diagnoser den mest förekommande diagnosen bland patienter inom den rättspsykiatriska vården (Socialstyrelsen, 2002, 2008). Föreliggande studie rör patienter med psykosrelaterad diagnos, vilka vårdats inom den rättspsykiatriska vården och sedan lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.

Brott sker dagligen i det svenska samhället och sedan 1975 har det skett en kontinuerlig ökning i antalet anmälda brott (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2012). År 2011 uppgick antalet anmälda brott till drygt 1.4 miljoner per år (BRÅ). Samma år togs 136 000 lagföringsbeslut, vilket innebär fällande dom i tingsrätten eller att åklagare beslutat om åtalsunderlåtelse eller strafföreläggande. Personer lagförda för brott kan enligt Brottsbalken (25 kap. BrB; 26 kap. BrB) åläggas straff eller påföljd, såsom böter och fängelse. Personer som dels har begått brott och dels anses lida av en allvarlig psykisk störning bör inte dömas till fängelse, de ska i första hand överlämnas till rättspsykiatrisk vård (30 kap. 6§ BrB; 31 kap. 3§ BrB). Enligt Lagen om Rättspsykiatrisk vård (1991:1129 LRV) finns det två typer av påföljder vid överlämnandet till rättspsykiatrisk vård; *med* eller *utan* särskild utskrivningsprövning. För att rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ska kunna utdömas ska det finnas risk för att personen ska återfalla i allvarlig brottslighet (31 kap. 3§ BrB). Typen av rättspsykiatrisk vård påverkar beslut om permissioner och utskrivning från vården (1991:1129 LRV). Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning beslutar förvaltningsrätten om permissioner och utskrivning, medan vid rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning fattas besluten om permissioner och utskrivning av chefsöverläkaren. Då förvaltningsrätten beslutar huruvida patienter med rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ska skrivas ut från vården eller ej, ska förvaltningsrätten

enligt Lagen om Rättspsykiatrisk vård (1991:1129 §16 LRV) beakta risken för återfall i allvarlig brottslighet. För att motverka återfall i brott genomförs riskbedömningar med tillhörande riskhantering (Lotterberg, 2008; Strand et al., 2009). Då den slutna rättspsykiatriska vården upphör kan patienterna antingen skrivas ut eller överföras till någon annan vårdform, såsom öppen rättspsykiatrisk vård (RPKSundsvall, 2009a). För tillfället saknas nationella studier om dömda rättspsykiatriska patienter med psykosrelaterad diagnos och deras riskbedömning i relation till att lämna slutna rättspsykiatrisk vård och lagföring av nya brott.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att beskriva dömda rättspsykiatriska patienter med psykosrelaterade diagnoser, vilka har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall mellan åren 2005-2010, genom följande frågeställningar:

- Beskriva riskbedömningen för framtida våld med HCR-20 av patienterna med psykosrelaterade diagnos, och jämföra dessa patienter med patienter utan psykosrelaterad diagnos.
- Beskriva vart patienter med psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes från regionkliniken, och jämföra dessa patienter med patienter utan psykosrelaterad diagnos.
- Beskriva andel patienter med psykosrelaterad diagnos lagförda för nya brott och särskilt nya våldsbrott, efter att patienterna har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken, och jämföra dem med patienter utan psykosrelaterad diagnos.
- Beskriva hur riskbedömningen för framtida våld med HCR-20 skiljer sig mellan patienter med psykosrelaterad diagnos, vilka är lagförda eller inte lagförda för nya våldsbrott.

Psykosrelaterade diagnoser

Personer som dels har begått brott och dels anses lida av en allvarlig psykisk störning ska, om villkorlig dom eller böter inte anses vara tillämpligt, överlämnas till rättspsykiatrisk vård (31 kap. 3§ BrB). Allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp och inte ett medicinskt begrepp, eftersom allvarlig psykisk störning inte kan likställas med en enskild psykiatrisk diagnos (Proposition [Prop.] 1990/91:58). Utifrån såväl störnings art som grad avgörs om störningen bedöms vara en allvarlig psykisk störning (Svennerlind et al., 2010). Till begrepp

allvarlig psykisk störning hänförs enligt propositionen främst tillstånd av psykos, men även allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar eller krisreaktioner, om allvarlighetsgraden av tillståndet kan liknas vid psykoser.

Bland patienterna inom den rättspsykiatriska vården förekommer ett flertal olika psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar (Strand et al., 2009). En stor del av patienterna har diagnostiserats med flera olika sjukdomar och/eller störningar. Den diagnos som anses vara orsaken till den rättspsykiatriska vården benämns som patientens huvuddiagnos (Socialstyrelsen, 2010a). Till följd av definitionen av begreppet allvarlig psykisk störning var psykosrelaterade diagnoser, vid kartläggningar 1995 och 2008 (Socialstyrelsen, 2002 resp. 2008), de vanligast förekommande huvuddiagnoserna bland patienter dömda till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

En psykos karakteriseras av tankestörningar och hallucinationer (Levander, 2007). Enligt American Psychiatric Association (APA; 2000) finns det ett flertal psykiatriska diagnoser klassificerade som psykosrelaterade diagnoser och däribland schizofreni, schizofreniformt syndrom, schizoaffektivt syndrom, vanföreställningssyndrom, kortvarig psykos, utvidgad psykos, psykotiskt syndrom orsakat av somatisk sjukdom, substansbetingat psykotiskt syndrom och psykotiskt syndrom UNS. Dessa sjukdomar presenteras under samma kapitel i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition* (DSM-IV; APA). Den vanligast förekommande psykosjukdomen är schizofreni (Nolen-Hoeksema, 2011), vilket även är den vanligaste psykosjukdomen hos patienter vårdade med enligt rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning inom den svenska rättspsykiatrin (Socialstyrelsen, 2002, 2008). För att diagnostisera personer med schizofreni ska framträdande positiva och negativa symptom ha förekommit under minst en månads tid, men symptom på sjukdomen ska ha funnits i minst ett halvår (APA). Det finns fem undergrupper av schizofreni; paranoid, desorganiserad, katatonisk, odifferentierad och residual (APA). Enligt Nolen-Hoeksema är den mest välkända undergruppen paranoid schizofreni. Personer med paranoid schizofreni har vanföreställningar och hallucinationer, vilka inkluderar upplevelser av att vara bättre än andra eller av att vara förföljd.

Symptomen av schizofreni

Symptomen av schizofrenin kan delas upp i två typer; negativa och positiva symptom (APA, 2000). De negativa symptomen av schizofreni kan exempelvis vara att personerna har mindre känslomässiga reaktioner på omgivningen, att personerna pratar mindre eller att personerna

har en oförmåga att starta och upprätthålla målinriktade aktiviteter (APA). De negativa symptomen innebär en försämring av tidigare funktionsnivå, medan de positiva symptomen medför nya beteenden och egenskaper hos personerna. De positiva symptomen av schizofreni innebär en förändring av tankar, perception, språk och självkontroll (APA). Det innefattar att personer kan uppleva och uppvisa vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserade tankar och tal, samt ha ett desorganiserat eller katatont beteende.

Vanföreställning innebär att en person har feltolkad föreställning av erfarenheter och uppfattningar (APA, 2000). Vanföreställning innefattar upplevelser av att tankar och föreställningar är verkliga trots att tankarna och föreställningarna inte är möjliga eller är mycket osannolika (APA; Nolen-Hoeksema, 2011). Personer med vanföreställningar kan inte själva förstå att tankarna och föreställningarna är felaktiga, personerna handlar utifrån föreställningarna och kan även försöka övertyga andra om tankarna och föreställningarna. Vanföreställningar kan anta flera olika former. Den vanligaste formen av vanföreställning är, enligt APA, att personerna upplever sig vara förföljda. Förföljelsen kan uttryckas genom en föreställning om att exempelvis bli utsatt för spionage eller förlöjligande.

Hallucinationer är förenade med komplexa perceptuella upplevelser, vilka inte återspeglar verkligheten (Nolen-Hoeksema, 2011). Hallucinationer kan, såsom vanföreställningarna, anta olika former. Den vanligaste formen av hallucination är hörsel-hallucinationer, som exempelvis kan innebära att en person hör röster som inte är en del av dennes egna tankar. Förutom hörselhallucinationer förekommer också synhallucinationer, lukthallucinationer samt taktila hallucinationer (APA, 2000). Nolen-Hoeksema förklarade att vanföreställningar och hallucinationer kan orsaka aggression eller ett desorganiserat och katatont beteende.

Att ha desorganiserade tankar och desorganiserat tal innebär exempelvis att växla mellan olika ämnen utan en sammanhängande övergång (Nolen-Hoeksema, 2011). Det kan också innebära att en person göra associationer mellan ord, vilket omgivningen inte uppfattar utan ser som hopp mellan olika ämnen. I de mest allvarliga fallen av desorganiserade tankar och tal, kan det finnas stora svårigheter med att förstå personerna, samtalet blir en ”ordsallad” (APA, 2000). Personer med ett desorganiserat eller katatont beteende kan ha ett avvikande beteende eller en plötslig och oförutsedd aggressivitet (APA). Det desorganiserade beteendet innefattar även svårigheter med att utföra målinriktade aktiviteter, såsom att sköta vardagssysslor. Det katatona beteendet avser främst att personerna har minskad respons på omgivningen eller ett avvikande rörelsemönster (APA).

Svårigheter med att leva med schizofreni

Forskning har visat att personer med schizofreni har lägre livskvalitet i jämförelse med andra personer (Bobes & Gonzáles, 1999). I exempelvis en intervjustudie av 96 personer med schizofreni, vilka inte var institutionsvårdade, framkom att drygt 60% hade symptom av schizofrenin (Clinton, Lunny, Edwards, Weir & Barr, 1998). I en annan intervjustudie av Walton (2000) med 10 personer med schizofreni, vilka var medicinerade och inte var institutionsvårdade, framkom att deltagarna upplevde sig vara stigmatiserade genom att andra såg dem som tokiga och farliga. Stigmatiseringen från omgivningen innebar också att de hade svårt att hitta ett lämpligt boende. Vidare rapporterade Clinton et al. att bland personer med schizofreni har ungefär 30% svårt att få ett meningsfullt arbete. Ungefär en lika stor andel har även problem med att skapa en meningsfull fritid, medan ungefär en fjärdedel hade problem med ekonomin.

Utifrån intervjuerna rapporterade Walton (2000) att det inte bara var omgivningen som tog avstånd från personerna med schizofreni, personerna med schizofreni kunde även själva ta avstånd från omgivningen. Som en del av vanföreställningarna kunde personerna med schizofreni uppleva att andra i omgivningen var hotfulla, vilket kunde exempelvis leda till att de tyckte illa om att vistas på allmänna platser såsom i affärer. Det förekom också att personer med schizofreni, på grund av allt ljud eller av föreställningar om att alla andra som skrattar gör de åt just dem, upplevde sig obekväma med att omge sig med andra personer. Clinton et al. (1998) konstaterade att ungefär hälften av personerna med schizofreni upplevde isolering och ensamhet. Walton menade att andra med schizofreni är en viktig social kontakt för personer med schizofreni, då de kunde finna stöd och tröst hos varandra. Vänner och familj bidrog också med stöd, och är därmed även viktiga för personer med schizofreni.

Kriminalitet bland personer med psykosrelaterade diagnoser

Bland patienter med psykosrelaterade diagnoser utskrivna från psykiatrisk vård framkom det i en nationell studie av Belfrage (1998a) att 13% av patienterna hade blivit dömda för våldsbrott och att 1% av patienterna hade blivit dömda för dödligt våld eller försök till dödligt våld. Från en annan nationell studie rapporterades att bland psykiatripatienter med schizofrenidiagnos hade ungefär 6% av kvinnorna och 17% av männen blivit dömda för våldsbrott (Fazel, Grann, Carlström, Lichtenstein & Långström, 2009). En rad enskilda studier gällande sambandet mellan psykosjukdom eller schizofreni och våldsbrott är inte entydiga (Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Haahr & Simonsen, 2011; Douglas, Guy & Hart, 2009; Haddock & Shaw, 2008). Dock framkommer i en metaanalys av Douglas et al. att psykos

ökar risken för våld med 49-68%. Även generell brottslighet eller våldsbrottslighet har konstaterats vara vanligare bland personer med en schizofrenidiagnos än bland personer utan en schizofrenidiagnos (Fazel, Långström, Hjern, Grann & Lichtenstein, 2009; Räsänen et al., 1998; Wallace, Mullen & Burgess, 2004). Vidare har risken för att personer med schizofreni skulle begå våldsbrott rapporterats vara 3.6 gånger högre jämfört med personer som inte varit intagna för psykiatrisk vård av (Räsänen et al.).

Sambandet mellan psykosjukdom eller schizofreni och våld är olikt bland psykosrelaterade diagnoser och undergrupper av schizofreni (Bo et al., 2011; Douglas et al., 2009). Exempelvis rapporterade Douglas et al. att schizofreni hade ett samband med våld, medan affektiva psykoser inte hade det. Även Belfrage (1998a) rapporterade att patienterna med schizofreni har begått fler brott i jämförelse med personer med affektiva psykoser eller paranoia. Därtill har forskning visat att alla undergrupper av schizofreni inte medför samma risk för våld och bland annat Brennan och Alden (2006) rapporterade att personer med paranoid schizofreni hade högsta risken för våld jämfört med andra undergrupper av schizofreni. Bo et al. framhöll att de positiva symptomen av schizofreni var mer relaterade till våld än vad de negativa symptomen var.

Det är av vikt att poängtera att bara en liten andel av personer med psykosjukdom skadar eller dödar andra (Taylor & Gunn, 1999). Det samband, som ändå har påvisats mellan psykos och våld, kan enligt Douglas et al. (2009) förklaras utifrån tre förklaringsmodeller. Den första förklaringsmodellen är att psykosen orsakar våldet i och med att psykosen kan utlösa en motivation till att utföra våld. Den andra förklaringsmodellen innebär att psykosen kan vara en konsekvens av våldet, eftersom stressen vid våldstillfället kan utlösa en psykos hos personer sårbara för att utveckla psykos. Den tredje förklaringsmodellen är att det inte finns ett kausalt samband mellan psykos och våld, istället kan sambandet bero på en tredje faktor. Den tredje faktorn skulle möjligen kunna vara substansmissbruk eller substansberoende, eftersom risken för att personer med schizofreni eller andra psykosjukdomar ska begå brott eller våldsbrott har visats öka vid missbruk eller vid beroende av droger eller alkohol (Bo et al., 2011; Brennan & Alden, 2006; Douglas et al.; Erkiran et al., 2006; Fazel, Buxrud, Ruchkin & Grann, 2010; Fazel & Långström et al., 2009; Haddock & Shaw, 2008; McCabe et al., 2012; Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koironen & Moring, 1997; Wallace et al., 2004). Vidare visar forskning att bland gärningspersoner med schizofreni, vilka hade begått dödligt våld, var det nästan hälften som hade ett alkoholmissbruk eller vad påverkade av alkohol vid tiden för brottet (Golenkov, Large, Nielssen & Tsymbalova, 2011; Laajasalo & Häkkänen,

2004; Laajasalo & Hakkanen, 2005). En annan tänkbar tredje faktor utöver missbruk och beroende skulle möjligen kunna vara personlighetsstörningar. Risken för att personer med schizofreni eller med andra psykosjukdomar ska begå brott har visats öka om personerna har en komorbiditet med personlighetsstörning (Bo et al.; Brennan & Alden; Moran et al., 2003) och särskilt med antisocial personlighetsstörning (Hodgins & Müller-Isberner, 2004; McCabe et al.).

Riskbedömning av våld

I det svenska rättssystemet bör gärningspersoner med psykosrelaterade diagnoser överlämnas till rättspsykiatrisk vård (jfr. 30 kap. 6§ BrB; Prop. 1990/91:58). Som presenterats ovan kan psykosjukdom vara relaterat till en förhöjd risk för våldsbrott (Douglas et al., 2009; Fazel & Långström et al., 2009; Räsänen et al., 1998; Wallace et al., 2004). Vården inom den svenska rättspsykiatrin ska verka för att förhindra nya brott, och det är därför lagstadgat att en kontinuerlig bedömning av patienternas våldsrisk ska genomföras (LRV 1991:1129). Inom den rättspsykiatriska vården i Sundsvall genomförs kontinuerligt riskbedömningar under patienternas vårdtid innan de lämnar kliniken (Belfrage, 2005). Enligt Belfrage (2008) finns det tre etablerade ansatser för riskbedömning av våld; den ostrukturerade professionella bedömningsansatsen, den aktuariska bedömningsansatsen samt den strukturerade professionella bedömningsansatsen.

Riskbedömningsansatser

Den ostrukturerade professionella bedömningsansatsen är den första generationen av riskbedömningar (jfr. Belfrage, 2008; Douglas & Reeves, 2010). Utifrån den ostrukturerade professionella ansatsen bedöms personernas våldsrisk utifrån psykiatrikers och andra professionellas kliniska kunskap och erfarenhet (Belfrage; Ennis & Litwack, 1974). Den aktuariska bedömningsansatsen är den andra generationens riskbedömningar. Den aktuariska ansatsen baseras på faktorer, vilka genom systematiska studier har visats vara relaterade till våldsbänagenhet bland gärningspersoner och psykiskt sjuka (Heilbrun, Yasuhara, Shah, 2010; Monahan, 1984; Mullen, 1984). Vid riskbedömningen poängsätts och summeras faktorerna och utifrån ett gränsvärde kan sannolikheten för att en person kommer att vara våldsam avgöras (Belfrage; Douglas & Reeves; Heilbrun et al.). Den tredje generationens riskbedömningar utgår från den strukturerade professionella riskbedömningsansatsen. Den strukturerade professionella ansatsen är uppbyggd kring riskfaktorer för våld och dessa riskfaktorer är identifierade genom en genomgång av vetenskapliga studier på området (Belfrage; Douglas & Reeves). Dock ges riskbedömaren möjligheten att utifrån egen

professionell klinisk kunskap ta hänsyn till andra riskfaktorer för våld än riskfaktorerna i riskinstrumentet (Belfrage; Douglas & Reeves; Heilbrun et al.). Vid den strukturerade professionella ansatsen vägs faktorerna samman med bedömarens kunskap till en sammanfattande riskbedömning utan att någon slutpoäng summeras (Belfrage; Heilbrun et al.). Syftet med den strukturerade professionella bedömningsansatsen är, till skillnad från de två föregående ansatserna, att utifrån en riskbedömning utarbeta individanpassade riskhanteringsstrategier för att förhindra våld (Belfrage; Douglas & Kropp, 2002). I den strukturerade professionella ansatsen utgås det ifrån att risken för våld kan förändras, vilket tillsammans med att faktorerna i strukturerade professionella riskinstrument bygger på omfattande forskning bidrar till att den strukturerade professionella ansatsen förespråkas framför de två andra ansatserna (jfr. Belfrage; Douglas & Reeves; Maden, 2005).

Den aktuariska och den strukturerade professionella riskbedömningsansatserna är förenade med olika inställningar till personers förmåga att förändras (jfr. Webster & Hucker, 2007a). Dessa inställningar är relaterade till två olika teorier, vilka beskriver huruvida attribut såsom personlighet är dynamiska eller statiska; ”entity theory” och ”incremental theory” (Molden & Dweck, 2006). Entity theory utgår ifrån att personligheten inte kan förändras och incremental theory utgår ifrån att personligheten genom insatser stegvis kan förändras och utvecklas. Den aktuariska bedömningsansatsen kan uppfattas vara baserade på entity theory, eftersom instrumenten är uppbyggda kring historiska faktorer och eftersom instrumenten har ett prediktionsperspektiv (Webster & Hucker, 2007b). Den strukturerade professionella bedömningsansatsen inkluderar däremot både entity och incremental theory, eftersom dessa riskbedömningsinstrument både inkluderar historiska statiska riskfaktorer och aktuella dynamiska riskfaktorer (Webster & Hucker, 2007a, 2007b).

Riskbedömningsinstrumentet HCR-20

Inom den svenska rättspsykiatriska vården används både ostrukturerade och strukturerade professionella riskbedömningar (Degl’innocenti et al., 2011; Svennerlind et al., 2010). Ett strukturerat professionellt riskbedömningsinstrument för bedömning av våld är Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997: svensk översättning av Belfrage & Fransson, 1997). Detta riskbedömningsinstrument används bland annat vid de rättspsykiatriska regionklinikerna i Sverige (Belfrage, 2005; Svennerlind et al., 2010; Walldén, 2012). HCR-20 består av 20 faktorer grupperade i tre delar; den historiska delen med 10 faktorer, den kliniska delen med 5 faktorer samt riskhanteringsdelen med 5 faktorer (Belfrage & Fransson, 2008), se Tabell 1. Den historiska delen består av statiska

riskfaktorer, medan den kliniska delen och riskhanteringsdelen består av dynamiska faktorer. De dynamiska faktorerna bör kontinuerligt uppdateras, för att påvisa eventuella förändringar i våldsrisk.

Tabell 1

Faktorer i HCR-20 version 2, enligt den svenska översättningen av Belfrage och Fransson (2008) av den kanadensiska originalversionen

Historiska faktorer – Dåtid	Kliniska faktorer - Nutid	Riskhanteringsfaktorer - Framtid
H1 Tidigare våldshandlingar	C1 Brist på insikt	R1 Orealistisk framtidsplanering
H2 Tidig debut i våldshandlingar	C2 Negativ attityd	R2 Brist på professionell tillsyn
H3 Instabilitet i förhållanden	C3 Symptom på psykisk sjukdom	R3 Brist på stöd och hjälp
H4 Problem på arbetsmarknaden	C4 Instabilitet	R4 Brist på samtycke och motivation
H5 Alkohol- eller drogmisbruk	C5 Dålig behandlingsbarhet	R5 Stress
H6 Psykisk sjukdom		
H7 Psykopati		
H8 Tidig misshanpassning		
H9 Personlighetsstörning		
H10 Tidigare misskötsamhet vid permission		

Betydelsefulla riskfaktorer för våld

HCR-20 är uppbyggt kring vetenskapligt identifierade riskfaktorer för våld (Douglas & Reeves, 2010). Bland rättspsykiatriska patienter har somliga riskfaktorer påvisats ha högre prediktiv validitet än andra riskfaktorer, det vill säga att faktorerna har bättre förmåga att förutsäga framtida våldsbrott (se prediktiv validitet i exv. Borg & Westerlund, 2006). Syftet med HCR-20 är inte att predicera framtida våld, utan riskfaktorer med hög prediktiv validitet kan därför anses vara de mest betydelsefulla faktorerna för våldsrisk.

Bland personer med psykosrelaterade sjukdomar har ett antal riskfaktorer framträtt vara betydelsefulla för våldsrisk. Exempelvis fann Tengström (2001) att H1 ”Tidigare våldshandlingar” hade en hög prediktiv validitet, vilket även kan stödjas utifrån studier som har visat att tidigare våldshandlingar är relaterat till brott bland personer med psykosjukdomar (Fazel & Grann et al., 2009; Fazel et al., 2010). Vidare har Tengström visat att faktor H5 ”Alkohol-eller drogmisbruk” också är en viktig faktor för våldsrisk och det har även andra studier påvisat (exv. Erkiran et al, 2006; Fazel et al.; Fazel & Långström et al., 2009). Faktorerna H7 ”Psykopati” och H9 ”Personlighetsstörning” är därtill relaterade till en ökad våldsrisk bland personer med psykosrelaterade diagnoser (Tengström), vilket också exempelvis Bo et al. (2011) har framhållit. Andra faktorer betydelsefulla för våldsrisk bland personer med psykosrelaterade sjukdomar var; tidig debut i våld (Tengström), tidigare intagen

vid institution på grund av våld (Fazel et al.), tidigare missanpassning (Tengström), tidigare misskötsamhet vid permission eller likande (Tengström), ung ålder (Swanson et al., 2006), uppförandestörning i barndomen (Swanson et al.) och arbetslöshet (Fazel et al.).

Den prediktiva validiteten hos HCR-20 har även undersökts bland rättspsykiatriska patienter. De historiska faktorerna i HCR-20, vilka har rapporterats vara de mest betydelsefulla vid våldsrisk för patienter inom rättspsykiatri, är; H2 "Tidig debut i våld" (de Vogel & de Ruiters, 2006; Pedersen, Rasmussen, Elsass, 2010), H5 "Alkohol- eller drogmissbruk" (de Vogel & de Ruiters; Pedersen et al.) och H7 "Psykopati" (de Vogel & de Ruiters; Pedersen et al.; Strand, Belfrage, Fransson & Levander, 1999). Det har visats, bland patienter inom rättspsykiatri, att den kliniska delen och riskhanteringsdelen i HCR-20 hade ett starkare samband med våldsrisk än den historiska delen (Strand et al.). Samtliga faktorer i den kliniska delen, förutom C3 "Symptom på psykisk sjukdom" har visats vara relaterade till våldsrisk (de Vogel & de Ruiters; Pedersen et al.; Strand et al.). Riskhanteringsfaktorerna, vilka har visats vara betydelsefulla för våldsrisk, är; R1 "Orealistisk framtidsplanering", R2 "Brist på professionell tillsyn" och R4 "Brist på motivation och samtycke" (de Vogel & de Ruiters; Pedersen et al.; Strand et al.).

Riskhantering inom den rättspsykiatriska vården

Avsikten med riskbedömningar är att förhindra nya brott (Belfrage, 2008; Douglas & Kropp, 2002). Riskbedömningar användes därför inom den svenska rättspsykiatriska vården för att anpassa behandlingsinsatserna för den specifika patienten och riskbedömningarna leder således till en individuell riskhantering för varje enskild patient (Lotterberg, 2008; Strand et al., 2009). Webster och Hucker (2007c) framhöll att det är av vikt att anpassa riskhanteringsåtgärderna efter de enskilda patienternas egenskaper och förutsättningar. Om riskhanteringsåtgärderna inte individanpassas kan det leda till att riskhanteringen inte får avsedd effekt, eller att riskhanteringen till och med får motsatt effekt.

En form av riskhanteringsåtgärd med utgångspunkt i riskbedömningen kan vara behandling. Patienter inom rättspsykiatrisk vård genomgår exempelvis medicinsk behandling, missbruksbehandling, psykoterapi, arbetsträning, skolundervisning, social träning och brottspreventionsarbete (RPKSundsvall, 2009b; Socialstyrelsen, 2002). Patienter med psykosjukdomen schizofreni kan behandlas med mediciner och terapi (Lindfors et al., 2009; Nolen-Hoeksema, 2011). Medicinerna kan lindra symptomen av schizofreni och terapin kan bidra till att personerna lär sig leva med konsekvenserna av sjukdomen. Behandlingen inom

den rättspsykiatriska vården behöver dock inte vara effektiv ur ett brottspreventivt perspektiv. Socialstyrelsen rapporterade att patienterna, vilka erhöll behandling såsom medicinering eller social träning, återföll i nya brott i samma utsträckning som patienterna utan erhållen behandling. En spansk studie har emellertid visat att patienter med schizofreni, vilka mer frekvent tog antipsykotisk medicin, hade begått färre våldshandlingar än patienter med mindre frekvent nyttjande av medicinen (Arango, Bombín, González-Salvador, Garcá-Cabeza & Bobes, 2006).

Utslussningsprocess från slutna rättspsykiatrisk vård

Patienter vid en rättspsykiatrisk klinik skrivs inte ut från vården till samhället från en dag till en annan (Belfrage & Fransson, 2000; RPKSundsvall, 2009a). Utskrivningen sker genom en utslussningsprocess där patienterna erhåller stöd och hjälp. Patienterna kan uppleva utslussningsprocessen som osäker och oförutsägbar, och därav kan patienterna känna stress inför utslussningen (Martin, 2007). Personalen inom rättspsykiatri måste därför stödja patienten i utslussningsprocessen, och anpassa processen utifrån patienternas upplevelse och känslor. En samordnad planering är viktigt för en lyckad utslussning (Gustavsson, Holm & Flensner, 2012). Planeringen för utslussningen startar tidigt under vårdtiden för att patienterna på bästa sätt ska erhålla en välplanerad och långsiktig utslussning (RPKSundsvall, 2009a). Meningen med planeringen är att stödja patienterna så att de har lämpliga mål och kan fatta lämpliga beslut (RPKSundsvall, 2009a). Utslussningen syftar till att hitta en balans mellan stödet från omgivningen och patienternas eget ansvar. På den Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall finns en utslussningsgrupp som tillsammans med övrig personal är delaktig i utslussningsprocessen (RPKSundsvall, 2009a, 2009c). För att utslussningsprocessen ska bli framgångsrik är det viktigt att tillgodose patienternas grundläggande behov såsom att ha sociala nätverk, sysselsättning, ordnad ekonomi och ett lämpligt boende (Gustavsson et al.). Då den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken inte längre är aktuell för patienten finns tre alternativ (RPKSundsvall, 2009a); patienten kan bli definitivt utskriven, överförd till öppen rättspsykiatrisk vård eller bli överförd till hemlandstinget.

Öppen rättspsykiatrisk vård

Öppen rättspsykiatrisk vård är en relativt ny vårdform som infördes den 1 september 2008 (Socialstyrelsen, 2010b). Före införandet av öppen rättspsykiatrisk vård var det möjligt att patienter vistades i samhället under längre perioder, två veckor eller längre, på så kallade långtidspermissioner (Socialstyrelsen, 2002, 2010b). Patienterna med långtidspermissioner överfördes efter den 1 september 2008 till den nya vårdformen. Öppen rättspsykiatrisk vård är

utformad så att patienter, vilka inte längre är i behov av sluten vård men ändå inte kan skrivas ut från vården, kan få stöd för ett liv i samhället (Socialstyrelsen, 2010b). Det är förvaltningsrätten som beslutar, efter en ansökan av chefsöverläkaren, om patienterna kan övergå till öppen rättspsykiatrisk vård. Vid öppen rättspsykiatrisk vård ska det finnas en samordnad vårdplan, i vilken särskilda villkor för vården ska anges. Villkoren kan exempelvis vara att patienterna ska avstå från droger eller regelbundet besöka en rättspsykiatrisk klinik. Öppen rättspsykiatrisk vård kan återtas om vården inte längre kan bedrivas utanför kliniken eller om patienterna inte fogar sig efter de särskilda villkoren (Prop. 2007/08:70; Socialstyrelsen, 2010b). Den öppna rättspsykiatriska vården kan även återtas om patienten bedöms ha risk för återfall i allvarlig brottslighet. Enligt Socialstyrelsen (2010b) var anledningar till att den öppna rättspsykiatriska vården återtog bland annat att patienterna hade tagit ett återfall i missbruket, att patienterna hade begått ett brott eller att boendesituationen inte hade fungerat. Då öppen rättspsykiatrisk vård återtas återgår patienterna till att vårdas inom sluten rättspsykiatrisk vård.

Efter avslutad sluten rättspsykiatrisk vård

Det är av vikt att det finns lämplig och bra eftervård, eftersom det kan bidra till att patienter som har ett försämrat mående, kan uppmärksammas och därmed kan risken för nya brott minska (Lotterberg, 2008). Psykossjukdomen schizofreni kan behandlas med mediciner och terapi, men även med hjälp av att patienten får stöd från samhället och sin familj (Lindfors, 2009; Nolen-Hoeksema, 2011). Hjälpen från samhället och familjen kan bidra till att personerna erhåller stödet de behöver för att klara vardagslivet. Då Socialstyrelsen (2002) följde upp patienter utskrivna från rättspsykiatrisk vård, framkom att 70% av patienterna hade ett eget boende och 12% av patienterna bodde på ett gruppboende. Socialstyrelsen rapporterade inga skillnader i återfall i brott mellan patienterna beroende på vilken typ av boende patienterna skrevs ut till. I samband med utskrivningen uppgav Socialstyrelsen att 77% av patienterna hade kontakt med den psykiatriska öppenvården och att 47% av patienterna hade kontakt med socialtjänsten. Återfall i brott skilde sig inte mellan patienterna som hade eller inte hade psykiatrisk öppenvårdskontakt eller kontakt med socialtjänsten vid utskrivningen. Amerikanska studier har dock påvisat att bland gärningspersoner med psykisk sjukdom minskade återfallen om personerna erhöll stöd och samordnad vård efter frigivning från fängelse (Theurer & Lovell, 2008; Ventura, Cassel, Jacoby & Huang, 1998).

Återfall i nya brott

Det finns insatser för att minska återfallen i brott bland patienter inom rättspsykiatri. Trots insatserna återfaller en del av patienterna vårdade inom rättspsykiatri efter att de har skrivits ut från vården. I nationella studier av patienter vårdade inom rättspsykiatri framkom det att mellan 15% (Nilsson, Wallinius, Gustavsson, Ancksäter & Krekes, 2011) och 38% (Björk, de Santi & Kjellin, 2012) av patienterna återföll i nya brott. Av patienterna inom rättspsykiatri var det omkring en tiondel som begick ett nytt våldsbrott (Lund, Forman, Anckarsäter & Nilsson, 2012; Nilsson et al.; Socialstyrelsen, 2002). Det var vanligare att män återföll i brott än att kvinnor gjorde det (Alm et al., 2010; Gagliardi, Lovell, Peterson & Jemelka, 2004; Socialstyrelsen). Bland patienterna med psykosrelaterad diagnos begick 28% ett någon typ av nytt brott och 9% ett nytt våldsbrott (Lund et al., 2012). Av rättspsykiatriska patienter med en schizofrenidiagnos var det 17% av patienterna som begick ett brott efter att de har skrivits ut från rättspsykiatrisk vård (Björk et al., 2012). Dock framkommer det i en studie av Lund et al. att det var ovanligt med återfall hos personer med psykosrelaterade sjukdomar om de inte också har en samsjuklighet av missbruk eller personlighetsstörning.

Forskning har visat att substansmissbruk och substansberoende är de faktorer som är relaterade till återfall i nya brott bland gärningspersoner med psykisk sjukdom (Björk et al., 2012; Castillo & Alarid, 2011; Fitzgerald, Gray, Taylor & Snowden, 2011; Haggård-Grann & Gumpert, 2005; Lund et al., 2012; Putkonen, Komulainen, Virkkunen, Eronen & Lönnqvist, 2003; Repo, Virkkunen, Rawlings & Linnoila, 1997; Theurer & Lovell, 2008; Yoshikawa et al., 2007). Därtill har forskning visat på att tidigare kriminellt beteende och omfattning av kriminaliteten är av betydelse för återfall i brott hos personer med psykisk sjukdom (Bonta, Law & Hanson, 1998; Fitzgerald et al.; Gagliardi et al., 2004; Lund et al.; Putkonen et al.; Ventura et al., 1998; Yoshikawa et al.). Därtill har ålder (Gagliardi et al.; Lund et al.; Nilsson et al.; Putkonen et al.; Repo et al.; Ventura et al.; Yoshikawa et al.), hemlöshet (Haggård-Grann & Gumpert; Lund et al.; Yoshikawa et al.), arbetslöshet (Ventura et al.; Yoshikawa et al.) och personlighetsstörning (Björk et al.; Bonta et al.; Lund et al.; Ventura et al.) visats vara relaterad till återfall i nya brott. När gärningspersoner med psykisk sjukdom återfaller i brott gör personerna det i början av uppföljningstiden (Björk et al.; Nilsson et al.). Av rättspsykiatriska patienterna, vilka återföll i brott efter utskrivningen, rapporterade Björk et al. att det var 21% av patienterna som återföll under det första året efter utskrivning och ytterligare 33% som återföll mellan det första och andra året.

Sammanfattning av litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången i föreliggande studie har visat att psykosrelaterade diagnoser är de mest förekommande diagnoserna för patienter inom den rättspsykiatriska vården (Socialstyrelsen, 2002, 2008) och att psykosrelaterade diagnoser är relaterade till en förhöjd risk för att begå brott (Douglas et al., 2009; Fazel & Långström et al., 2009; Räsänen et al., 1998; Wallace et al., 2004). Därtill har litteraturgenomgången visat att riskbedömning och riskhantering genomförs innan patienterna inom den rättspsykiatriska vården skrivs ut eller överförs till andra vårdformer, för att förhindra att patienter begår nya brott (jfr. Belfrage, 2005; LRV 1991:1129). För att utveckla kunskapen inom området beskriver föreliggande studie riskbedömning och nya lagföringar i brott för dömda rättspsykiatriska patienter med psykosrelaterade diagnoser, vilka har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.

Metod

Den föreliggande studien utgick från materialet till forskningsprojektet ”Kartläggning av hur riskbedömning och riskhantering är relaterat till utskrivning av rättspsykiatripatienter från Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall” (Strand & Selenius, 2013). Den föreliggande studien innehöll 107 patienter med psykosrelaterad diagnos och 57 patienter utan psykosrelaterad diagnos, vilka mellan åren 2005 till 2010 blivit utskrivna eller överförda till annan vårdform, från den Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.

Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall är en av de största av fem rättspsykiatriska regionkliniker i Sverige (RPKSundsvall, 2009d; Strand et al., 2009). På kliniken behandlas bland annat patienter, som tvångsvårdas enligt Lagen om Rättspsykiatrisk vård (LRV 1991:1129), och kriminalvårdsklienter med psykiatriskt vårdbehov, vilka har psykiatrisk tvångsvård (5§ 1991:1129 LRV). Regionkliniken i Sundsvall har en mycket hög säkerhet, då den har säkerhetsnivå 1 (RPKSundsvall, 2011), vilket innebär att kliniken ska kunna stå emot kvalificerade fritagnings- och rymningsförsök (Socialstyrelsen, 2007).

Deltagare

Urvalet för forskningsprojektet var patienter, som vårdats vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, med eller utan särskild utskrivnings-

prövning, samt patienter som under verkställande av ett fängelsestraff var i behov av psykiatrisk tvångsvård. För att patienterna skulle ingå i urvalet krävdes dessutom att de blivit definitivt utskrivna, blivit överförda till öppen rättspsykiatrisk vård, fått sammanhängande permission i över tre månader eller blivit överförda till hemlandstinget, från kliniken i Sundsvall mellan åren 2005 och 2010. Det var 191 patienter som uppfyllde detta krav, av dessa exkluderades 13 patienter på grund av vårdtid kortare än två veckor och 5 patienter exkluderades på grund av att de aldrig fysiskt vistats på kliniken. Således bestod forskningsprojektets urval av 173 patienter.

Då fokus för föreliggande studie var patienter med psykosrelaterad diagnos genomfördes ytterligare ett urval. Genom detta urval urskildes samtliga patienter som, enligt den rättspsykiatriska undersökningen (RPU), hade en psykosrelaterad diagnos på Axel I i DSM. Den psykosrelaterade diagnosen behöver inte ha varit patienternas huvuddiagnos. Av de 173 patienterna fanns det 9 (5.2%) patienter, av vilka det var oklart om de hade en psykosrelaterad diagnos eller inte och dessa patienter exkluderades därför från studien. Bland de 164 patienter som fanns att tillgå var det 107 (65.2%) patienter med en psykosrelaterad diagnos och 57 (34.8%) patienter utan psykosrelaterad diagnos.

Av patienterna med psykosrelaterad diagnos var det 49 (45.8%) patienter med olika former av schizofreni, 31 (29.0%) patienter med olika former av psykoser, 15 (14.0%) patienter med olika former av vanföreställningssyndrom, 9 (8.4%) patienter med schizoaffektiva syndrom, 2 (1.9%) patienter med substansbetingat psykotiskt syndrom och 1 (1.0%) patient med schizofreniformt syndrom. Patienterna i urvalet hade mer sällan enbart en diagnos. Komorbiditet med andra psykiatriska diagnoser var vanligt förekommande. Hur stor andel av patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos vilka hade en personlighetsstörningsdiagnos, missbruk- och/eller beroendediagnos eller en förstämningssyndromsdiagnos finns närmare beskrivet i Tabell 2.

Vid tidpunkten för att patienterna skrevs ut eller överfördes till annan vårdform var medelåldern för patienterna med psykosrelaterad diagnos 42.7 ($SD = 12.0$, $R = 21-85$) år. Medelåldern för patienterna utan psykosrelaterad diagnos var 39.1 ($SD = 12.1$, $R = 19-68$) år. Medelåldern skiljde inte mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, $U = 2532.00$, $p = .074$, $r = -.12$. Brottet som föranledde den rättspsykiatriska vården var för 97 (90.7%) av patienterna med en psykosrelaterad diagnos ett våldsbrott och för 53 (93.0%) patienter utan psykosrelaterad diagnos ett våldsbrott. Det var lika förekommande att det var

ett våldsbrott som föranledde vården för patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, χ^2 (1, $n = 163$) = 0.00, $p = 1.000^1$, $\Phi = -.03$, och i Tabell 2 finns en redogörelse över vilket huvudbrott som föranlett den rättspsykiatriska vården.

Tabell 2

Beskrivning av och jämförelse mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos ($N = 164$) vilka lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall mellan åren 2005-2010

	Patienter med psykos ($n = 107$)		Patienter utan psykos ($n = 57$)		χ^2	df	Φ	p
	n	%	n	%				
Substansmissbruk/beroende	54	50.5	30	52.6	0.01	1	-.02	.920
Personlighetsstörning	31	29.0	32	56.1	10.48	1	-.27	.001
Förstämningssyndrom	6	5.6	17	29.8	16.14	1	-.33	.001 ^a
Kön					7.93	1	-.24	.004 ^a
Man	99	92.5	43	75.4				
Kvinna	8	7.5	14	24.6				
Patienterna dömda till								
Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning	81	75.7	40	70.2	0.25	1	.05	.614
Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning	19	17.8	4	7.0	2.67	1	.15	.096 ^a
Fängelse, men vårdades inom rättspsykiatrisk vård	6	5.6	12	21.1	7.70	1	-.24	.004 ^a
Oklart	1	0.9	1	1.8	0.00	1	-.04	1.000 ^a
Patienterna ankom från								
Rättspsykiatrisk undersökningsenhet	13	12.1	10	17.5	0.51	1	-.07	.354 ^a
Rättspsykiatrisk vårdenhet	51	47.7	24	42.1	0.27	1	.05	.606
Allmänpsykiatri	14	13.1	4	7.0	0.85	1	.09	.300 ^a
Kriminalvården	22	20.6	15	26.3	0.41	1	-.07	.520
Annat	7	6.5	4	7.0	0.00	1	-.01	1.000 ^a
Huvudbrott								
Misshandel	48	44.9	24	42.1	0.05	1	.03	.823
Mord	10	9.3	9	15.8	0.90	1	-.09	.306 ^a
Mordbrand	5	4.7	7	12.3	2.10	1	-.14	.113 ^a
Sexualbrott	5	4.7	5	8.8	0.47	1	-.08	.321 ^a
Våld mot tjänsteman	19	17.8	2	3.5	5.64	1	.21	.007 ^a
Annat	19	17.8	10	17.5	0.00	1	.01	1.000
Oklart	1	0.9	0	0.0	0.00	1	.06	1.000 ^a

Not. N = antal i urvalet. n = antal i varje grupp. % = andelen i varje grupp. χ^2 = Chi²-värdet. df = degrees of freedom (frihetsgrader). Φ = effektstorlek med phi. p = signifikansvärde. ^a = beräknat med Fisher's probability test.

Materialinsamling

Patienterna vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall var deltagare i studien, eftersom Mittuniversitetet har en etablerad forskningskontakt med kliniken. Materialet till forskningsprojektet insamlades vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, vid Rättsmedicinalverket i Huddinge och från BRÅs lagföringsregister mellan maj 2012 och januari 2013. Det var tre personer som samlade in materialet, varav författaren till

¹ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

föreliggande uppsats var en av dem som samlade in materialet vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.

Insamlingen av materialet påbörjades genom att alla dömda patienter vid kliniken mellan åren 2005 till 2010 granskades för att undersöka vilka av patienterna som blivit utskrivna eller överförda till annan vårdform. För de patienter, som uppfyllde urvalskraven, användes i datainsamlingen dels patientjournaler, RPUer, domar, daganteckningar och dels riskbedömningar. Därtill användes lagföringsstatistik från Brå och kompletterande uppgifter från Rättsmedicinalverket. Ett formulär, som skapats av forskarna bakom projektet, användes för att samla in data. Information om patienternas psykiatriska diagnoser enligt DSM (APA, 2000) erhöles i de flesta fall från patienternas senaste RPU. Det var 20 (12.2%) patienter som inte hade genomgått någon RPU och i dessa fall inhämtades diagnoserna från journalanteckningarna. Den bedömda risken för våld fanns att tillgå i patientjournalen, eftersom riskbedömningen är en del av den ordinarie verksamheten vid kliniken i Sundsvall (jfr. Belfrage, 2005). Det kunde finnas flera riskbedömningar på patienterna, då en ny riskbedömning genomförs var sjätte månad. Den senaste genomförda riskbedömningen av patienterna med HCR-20, vilken gjorts innan patienterna hade lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall användes i studien.

Från Brå begärdes materialet från lagföringsregistret och uppföljningstiden var 2005 till 2011. Lagföringar efter att patienterna hade lämnat den slutna rättspsykiatriska vården ingick i föreliggande studie. Uppföljningstiden var olika för olika patienter. Uppföljningstiden för patienterna med psykosrelaterad diagnos var i medel 41.10 ($SD = 17.95$, $R = 12-83$) månader, medan uppföljningstiden för patienterna utan psykosrelaterad diagnos var i medel 46.02 ($SD = 20.61$, $R = 12-84$) månader. Uppföljningstiden skiljde inte mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, $U = 2699.00$, $p = .226$, $r = -.10$.

Det insamlade materialet var etiskt känsligt, därför hanterades och förvarades materialet med största varsamhet så att patienterna inte var identifierbara och så att ingen utomstående fick tillgång till materialet. Forskningsprojektet som denna studie grundas i var godkänt av centrala etikprövningsnämnden (Dnr Ö 19-2011).

Insamlingsformulär

Formuläret som användes för insamlingen av materialet till forskningsprojektet var skapat av forskarna bakom projektet; S. Strand och H. Selenius. Formuläret bestod av 51 variabler, där majoriteten av variabler kodades utifrån flervalsalternativ. Några variabler kodades med

fritext. Variablerna i formuläret berörde personernas härkomst, uppväxt, psykiska sjukdom, kriminalitet, påföljd/vård samt omständigheter vid vårdtidens slut. Det var inte möjligt att genomföra någon interbedömarreliabilitetstestning av formuläret, eftersom resurser och tid inte tillät detta. Under insamlingen av materialet förde dock personerna som samlade in materialet en ständig dialog, vilket bidrog till att alla hade samma synsätt på variablerna, och således fanns det mycket goda förutsättningar för att samma ställningstaganden gjordes vid kodningen av variablerna.

DSM

DSM användes i föreliggande studie för att ange patienternas psykiska sjukdomar och störningar. DSM är en amerikansk klassificering av psykiatriska sjukdomar (Perris & Perris, 2008). Utifrån den kombination av symptom som personen uppvisar används beskrivningen i DSM-manualen för att klassificera och diagnostisera olika psykiatriska sjukdomar. DSM är uppbyggt kring fem axlar:

Axel I. Kliniska syndrom. Andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling

Axel II. Personlighetsstörningar. Mental retardation

Axel III. Somatisk sjukdom/skada

Axel IV. Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter

Axel V. Global skattning av funktionsförmåga

(APA, 1995, s. 29)

Vid utvärdering av DSM rapporterade Cheniaux, Landeria-Fernandez och Versiani (2009) att vid klassificering med den fjärde versionen av DSM var det tillräckligt god interbedömarreliabilitet vid bedömning av schizofreni ($K = .59$) och schizoaffektiv sjukdom ($K = .65$).

Riskbedömningsinstrumentet HCR-20

HCR-20 version 2 (Webster et al., 1997: svensk översättning av Belfrage & Fransson, 1997) användes i föreliggande studie för att beskriva patienternas riskbedömning. Riskbedömningarna för våld med HCR-20 är en del av klinikens verksamhet, under tiden som patienterna i föreliggande studie riskbedömdes användes två olika upplagor av HCR-20 på kliniken i Sundsvall; upplaga 3 (Belfrage & Fransson, 2002) och upplaga 4 (Belfrage och Fransson, 2008). HCR-20 är ett riskbedömningsinstrument för våld, instrumentet består av 20 faktorer grupperade i tre delar; den historiska delen med 10 faktorer, den kliniska delen med 5

faktorer, samt riskhanteringsdelen med 5 faktorer (Belfrage & Fransson, 2008). Den historiska delen består av statiska faktorer angående personernas bakgrund. Den kliniska delen består av dynamiska faktorer rörande den aktuella situationen och riskhanteringsdelen består av dynamiska faktorer beträffande personernas framtid. En av de historiska faktorerna i HCR-20 är psykopati, denna faktor ska bedömas med något av de två bedömningsinstrumenten för psykopati PCL-R (Hare, 2003) eller PCL:SV (Hart, Cox & Hare, 1995). I forskningssammanhang kodas faktorerna med "2" (ja), "1" (delvis), och "0" (nej), och en totalpoäng räknas samman för att kunna användas i forskningen (Belfrage & Fransson, 2008). Riskhanteringsdelen i HCR-20 bedöms både "In" och "Ut", vilket innebär att bedömaren tar ställning för faktorerna både gällande institutionsvistelse och gällande vistelse ute i samhället. I föreliggande studie användes endast riskbedömningen för "Ut" på riskhanteringsdelen eftersom patienterna lämnade den slutna rättspsykiatriska vården och därför ansågs inte riskbedömningen för inom institution vara relevant. Vid bedömning med HCR-20 sammanvägs de föreliggande riskfaktorerna till en sammanfattande riskbedömning med låg, medel eller hög risk (Belfrage & Fransson, 2008). Denna sammanfattande riskbedömningen fanns inte att tillgå i den föreliggande studien, därför används såväl de enskilda faktorerna som del- och totalpoängen på HCR-20 vid beräkningarna. Totalpoängen ska inte användas för att bedöma patienternas våldsrisk i klinisk verksamhet.

HCR-20 är ett användbart riskbedömningsinstrument, vid användning inom den rättspsykiatriska vården, då HCR-20 har visat på god validitet och interbedömarreliabilitet (Belfrage, 1998b; Dernevik, 1998; de Vogel & de Ruitter, 2004, 2006; Douglas, Olgloff & Hart, 2003; Pedersen et al., 2010; Strand et al., 1999). Även bland patienter med psykosjukdomen schizofreni har HCR-20 visat på god prediktiv validitet ($ROC = .66$, Grann, Belfrage & Tengström, 2000; $AUC = .74$, Gray, Taylor & Snowden, 2011; $U = 163$, Thomson, Davidson, Brett, Steele & Darjee, 2008).

I riskbedömningarna av patienterna i föreliggande studie fanns det ett antal faktorer i riskbedömningsinstrumentet HCR-20, vilka inte var bedömda för samtliga patienter på grund av otillräcklig information. Att faktorer inte var bedömda påverkade dels den enskilda faktorn och dels del- och totalpoängen. För att en del- och totalpoäng skulle kunna erhållas kompenseras bortfallet, enligt rekommendationen i den kanadensiska versionen av HCR-20manualen (Webster et al., 1997), genom en viktning av den aktuella delpoängen samt totalpoängen. Viktningen genomfördes enligt följande:

$$\text{Viktad poäng} = \frac{\text{Patientes delpoäng}}{\text{Antalet faktorer på den delen}} \times \text{Ej bedömda faktorer}$$

Det var endast del- och totalpoängen som viktades, den enskilda faktorn kvarstod som ej bedömd. För patienter med fem eller fler icke-bedömda riskfaktorer rekommenderas inte viktning av poängen, istället bör de patienterna uteslutas från analysen (jfr. Webster et al., 1997). Det var två patienter som hade fem eller fler icke-bedömda faktorer. Båda dessa två patienter hade en psykosrelaterad diagnos och ankom till Rättspsykiatriska regionkliniken från kriminalvården. En av patienterna återfördes till kriminalvården efter vistelse på kliniken och den andra patienten utvisades. Dessa två patienter uteslöts från samtliga analyser gällande riskbedömningar.

Statistiska analysmetoder

Det insamlade materialet analyserades med statistiska analysprogrammet IBM SPSS Statistics 20. Såväl deskriptiva analyser som inferensstatistiska analyser med Mann-Whitney U -test, χ^2 -test och Fisher Exact Probability test genomfördes. Vid de inferensstatistiska analyserna jämfördes patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. I föreliggande studie användes signifikansnivån $p \leq 0.05$ för att ange om skillnaderna mellan grupperna var signifikanta.

Endast icke-parametriska test användes i föreliggande studie. Dessa test valdes eftersom många variabler var nominal- eller ordinalskalevariabler, vilka inte möjliggör användandet av parametriska test (Pagano, 2010; Pallant, 2010). Användandet av icke-parametriska test kan leda till att det är svårare att upptäcka signifikanta skillnader mellan grupperna (Pagano). Det kan ha bidragit till att det kan ha funnits skillnader mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, vilket de genomförda testen inte detekterat. När den beroende variabeln är kontinuerlig är det brukligt att använda parametriska tester (Pagano; Pallant). Vid tillfällen då den beroende variabeln var kontinuerlig valdes ändå icke-parametriska tester, på grund av att variablerna inte var normalfördelade (Pagano; Pallant).

Endast oberoende tester användes i föreliggande studie. Det innebär att patienterna enbart fick återfinnas i en av grupperna som jämfördes (Pagano, 2010; Pallant, 2010). Det förekom dock att patienter, under tiden för studien, var vårdade under öppen form före de blev överförda till hemlandstinget. Dessa patienter fanns således i två grupper, men detta har inte påverkat analyserna för då utskrivnings- och överföringsalternativen jämfördes fanns berörda patienter endast i en grupp. Patienterna återfanns då i gruppen som beskrev det senast förekomna utskrivnings- eller vårdalternativet.

Ett Mann-Whitney U-test användes för att undersöka om det fanns en skillnad mellan två oberoende grupper (Pagano, 2010; Pallant, 2010). Eftersom Mann-Whitney U räknar på medianvärdet, var testet lämpligt att använda när variablerna var på ordinalskalenivå. För att genomföra ett Mann-Whitney U test förutsätts, förutom oberoende grupper, att urvalet är slumpmässigt.

Vid statistiska analyser är det viktigt att beakta analysens effekt (Cohen, 1992). Analysens effekt visar möjligheten att upptäcka verkliga skillnader mellan grupperna, om sådana existerar (Pagano, 2010). När beräkningen med Mann-Whitney U test genomförs i statistiskprogrammet SPSS framkommer ingen effektstorlek (Pallant, 2010). En effektstorlek beräknades därför med formeln: $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$, z -värdet erhålls från beräkningen i SPSS och N är antalet patienter. Värden på $r = .10$ anses vara liten effekt, medan värden på $r = .30$ anses vara medium effekt och värden på $r = .50$ anses vara stor effekt (Cohen, 1988).

Ett χ^2 -test användes för att undersöka om det fanns en skillnad mellan två grupper när variablerna var på kategorisk nivå (Pagano, 2010; Pallant, 2010). Ett χ^2 -test är lämpligt att använda när variablerna var på nominalskalenivå. För att genomföra ett χ^2 -test förutsätts, förutom oberoende grupper, att det förväntade värdet i cellerna i en 2x2-tabell är över 10 och att det förväntade värdet i cellerna i tabeller större än 2x2 är över 5 (Pagano; Pallant). I de fall där det förväntade värdena var för låga användes istället Fisher Exact Probability test (Pagano; Pallant; Siegel & Castellan, 1988). Fisher Exact Probability test är lämplig att använda när urvalet är litet och när data är på nominal- eller ordinalskalenivå (Siegel & Castellan, 1988).

I 2x2-tabeller, i vilka förutsättningarna för ett χ^2 -test uppfylldes, presenterades Continuity Correction värdet, eftersom det kompenserar för den överskattning som följer av ett χ^2 -test i en 2x2 tabell (Pallant, 2011). Vid de fall Fisher Exact Probability test användes i 2x2-tabell presenterades Fishers signifikansvärde, men Continuity Correction värdet presenterades istället för Pearsons χ^2 -värde, av samma anledning som ovan. Användandet av Continuity Correction bidrog till att det var svårare att erhålla signifikanta resultat. Hade inte Continuity Correction använts hade det dock funnits risk att erhålla signifikanta skillnader, som egentligen inte fanns, så kallade Typ I-fel (jfr. Pagano, 2010).

Effektstorleken för ett χ^2 -test i en 2x2-tabell anges med Φ koefficient (Pallant, 2010). I större korstabeller anges effektstorleken med Cramer's V . Effektstorleken kan anges för Φ koefficienten vara liten vid värden .10, medium vid värden .30, och stor vid värden .50

(Cohen, 1988). Det finns olika kriterier för att ange storleken på effekten vid användandet av Cramer's V beroende på antalet kategorier i beräkningen (Pallant). För att avgöra vilket kriterium som ska användas beräknades differensen mellan antalet kategorier i kolumnen och 1 och differensen mellan antalet kategorier i raderna och 1. Det minsta värdet används sedan för att ange storleken på effekten. Då det minsta värdet i föreliggande studie alltid blev 1 användes följande kriterium; effekten var liten vid värden .10, medium vid värden .30, och stor vid värden .50 (Aron, Aron & Coups, 2006).

Resultat

Resultatet inleds med en beskrivning av riskbedömningen av våld bland patienterna med psykosrelaterad diagnos, och därpå en jämförelse av riskbedömningen mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos. Därefter följer en beskrivning av vart patienter med psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes efter att de lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall. Vart patienterna med psykosrelaterad diagnos hade skrivits ut eller överförts jämförs sedan med patienter utan psykosrelaterad diagnos. Därpå beskrivs andelen patienter med psykosrelaterad diagnos lagförda för nya brott och särskilt våldsbrott. Skillnad i riskbedömning mellan patienter med psykosrelaterad diagnos lagförda och inte lagförda för nya brott beskrivs därefter. Slutligen jämförs andelen patienter med psykosrelaterad diagnos lagförda för brott med andelen patienter utan psykosrelaterad diagnos lagförda för brott.

Riskbedömning för våld av patienter med psykosrelaterad diagnos

Bland patienterna med psykosrelaterad diagnos hade 97 (90.7%) patienter blivit riskbedömda med HCR-20 innan de lämnade den slutna vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Av dessa 97 patienter exkluderades 2 på grund av att för få riskfaktorer var bedömda, medan 9 (8.4%) av 107 patienter med psykosrelaterad diagnos saknade riskbedömning på grund av alltför kort vårdtid på kliniken i Sundsvall. För 1 (1.0%) patient med psykosrelaterad diagnos var inte någon HCR-20 genomförd. Andelen patienter med och utan psykosrelaterad diagnos riskbedömda för våld med HCR-20 (90.7% respektive 82.5%)

skiljde inte, $\chi^2(1, n = 162) = 1.52, p = .210^2, \Phi = .12$. Antalet patienter med psykosrelaterad diagnos bedömda med 0, 1 respektive 2 på varje faktor i HCR-20 redogörs för i Tabell 3.

Tabell 3

Skillnad i riskbedömning med HCR-20 mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos (N = 164) före patienterna lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall

Faktorer	n	Patienter med psykos (n = 107)					Patienter utan psykos (n = 57)					U	r	p		
		0	1	2	M	SD	n	0	1	2	M				SD	
Historiska																
H1	95	0	9	86	1.91	0.29	47	0	3	44	1.94	0.25	2163.50	-.05	.535	
H2	95	12	55	28	1.17	0.63	47	4	19	24	1.43	0.65	1746.50	-.20	.019	
H3	95	3	31	61	1.61	0.55	47	0	10	37	1.79	0.41	1893.50	-.24	.068	
H4	95	6	18	71	1.68	0.59	46	2	14	30	1.61	0.58	2001.00	-.09	.304	
H5	95	32	9	54	1.23	0.93	47	13	10	24	1.23	0.87	2205.00	-.01	.894	
H6	95	0	3	92	1.97	0.18	47	9	7	31	1.47	0.80	1529.50	-.43	.001	
H7	87	53	26	8	0.48	0.66	43	18	15	10	0.81	0.79	1444.00	-.21	.019	
H8	87	14	27	46	1.37	0.75	46	1	14	31	1.65	0.53	1626.00	-.16	.044	
H9	93	39	14	40	1.01	0.93	47	9	5	33	1.51	0.80	1556.50	-.26	.002	
H10	94	17	14	63	1.49	0.79	47	9	6	32	1.49	0.80	2197.50	-.05	.952	
H-total	95				13.96	3.66	47				14.96	3.38	1888.00	.13	.134	
Kliniska																
C1	95	1	58	36	1.37	0.52	47	2	30	15	1.28	0.54	2065.00	-.08	.366	
C2	95	11	64	20	1.09	0.57	47	3	31	13	1.21	0.55	2010.50	-.10	.246	
C3	95	34	44	17	0.82	0.71	47	30	13	4	0.45	0.65	1584.00	-.26	.002	
C4	95	46	45	4	0.56	0.58	47	12	30	5	0.85	0.60	1669.00	-.23	.006	
C5	95	5	65	25	1.21	0.52	47	4	29	14	1.21	0.59	2212.50	-.01	.917	
C-total	95				5.05	1.90	47				5.00	1.84	2203.00	-.01	.897	
Riskhantering																
R1 Ut	94	14	36	44	1.32	7.22	46	11	9	26	1.33	0.85	2087.00	-.03	.716	
R2 Ut	94	15	35	44	1.31	0.73	46	1	14	25	1.39	0.75	2016.50	-.06	.480	
R3 Ut	93	2	41	50	1.52	0.54	46	2	23	21	1.41	0.58	1947.50	-.08	.328	
R4 Ut	95	5	42	47	1.45	0.60	46	5	16	25	1.43	0.69	2133.00	-.01	.885	
R5 Ut	94	2	47	45	1.46	0.54	46	1	15	30	1.63	0.53	1795.50	-.16	.062	
R-total Ut	94				7.03	2.61	46				7.20	2.93	2061.00	-.04	.647	
HCR-20 total	94				26.03	6.20	46				27.26	6.45	1937.00	-.09	.317	

Not. N = antal i urvalet. n = antal i varje grupp. M = medelvärde. SD = standardavvikelse. U = Mann-Whitney U värdet. p = signifikansvärde. r = effektstorlek med Pearsons korrelation.

Jämförelse av riskbedömning mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos

När riskbedömningen med HCR-20 av patienterna med psykosrelaterad diagnos jämfördes med riskbedömningen av patienterna utan psykosrelaterad diagnos, framkom ingen skillnad på del- eller totalpoängen, se Tabell 3. I H-delen var det fem enskilda riskfaktorer, vilka hade bedömts olika för patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. Patienterna med psykosrelaterad diagnos hade lägre bedömd risk, i jämförelse med patienterna utan

² Beräknat med Fisher's Exact Probability test

psykosrelaterad diagnos, på faktorerna H2 ”Tidig debut i våldshandlingar”, H7 ”Psykopati”, H8 ”Tidig missanpassning” och H9 ”Personlighetsstörning”. Patienterna med psykosrelaterad diagnos hade högre bedömd risk på faktor H6 ”Psykisk sjukdom” i jämförelse med patienter utan psykosrelaterad diagnos. På C-delen skiljde två riskfaktorer mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. På faktor C3 ”Symptom på psykisk sjukdom” hade patienterna med psykosrelaterad diagnos högre bedömd risk, och på faktor C4 ”Instabilitet” hade patienterna med psykosrelaterad diagnos lägre bedömd risk i jämförelse med patienterna utan psykosrelaterad diagnos. Ingen faktor i R-delen påvisade en signifikant skillnad mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos.

Vart patienterna med psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes

Vårdtiden för patienter med psykosrelaterad diagnos var i medel 49.10 månader ($SD = 51.74$, $R = 1-249$) innan de lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall, medan patienter utan psykosrelaterad diagnos hade vårdats i medel 37.38 månader ($SD = 39.87$, $R = 1-181$). Det var ingen skillnad i vårdtid mellan patienter med och utan psykos, $U = 2646.50$, $p = .164$, $r = -.11$. Patienter med psykosrelaterad diagnos, vilka lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall, skrev ut eller överfördes till andra vårdformer.

Nästintill hälften av patienterna med psykosrelaterad diagnos överfördes till sina respektive hemlandsting då de lämnade den slutna rättspsykiatriska vården i Sundsvall. Av patienterna med psykosrelaterad diagnos överförda till hemlandstinget var 43 (93.5%) patienter förflyttade till en annan rättspsykiatrisk avdelning. De andra patienterna med psykosrelaterad diagnos, vilka var överförda till hemlandstinget, var bland annat förflyttade till behandlingshem.

Av patienterna med psykosrelaterad diagnos, vilka lämnade den slutna rättspsykiatriska vården, var det 38 (35.4%) patienter som överfördes till vård under öppnare former. Bland patienterna med psykosrelaterad diagnos var det 2 patienter som vårdades under öppna former innan de överfördes till sina respektive hemlandsting. Det fanns två typer av vård under öppnare former, patienterna kunde antingen erhålla långtidspermission eller blir överförda till öppen rättspsykiatrisk vård. Det var 5 (4.6%) patienter med psykosrelaterad diagnos vilka hade långtidspermissioner, av dessa fick 1 (20.0%) patient långtidspermission till behandlingshem/gruppboende och 4 (80.0%) patienter långtidspermission till eget boende.

Det var 33 (30.8%) patienter med psykosrelaterad diagnos vilka överfördes till öppen rättspsykiatrisk vård och utav dessa fick 20 (64.1%) patienter öppen rättspsykiatrisk vård i behandlingshem/gruppboende och 13 (41.9%) patienter öppen rättspsykiatrisk vård i eget boende.

Bland patienterna med psykosrelaterad diagnos var det 15 (14.0%) patienter, som skrevs ut från rättspsykiatrisk vård och som inte överfördes till någon annan vårdform efter att de lämnat vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Patienterna som skrevs ut från den rättspsykiatriska vården hade till stor del kontakt med olika stödverksamheter och myndigheter. Patienterna hade efter utskrivningen kontakt med allmänpsykiatri, socialtjänsten, rättspsykiatri, vårdcentralen, försäkringskassan samt anonyma narkomaner. En tredjedel av de utskrivna patienterna hade kontakt med fler än en av dessa stödverksamheter och myndigheter. Två femtedelar av patienter med psykosrelaterad diagnos, vilka skrevs ut från den rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, hade olika boenden med stöd. Det var 4 (26.7%) patienter som bodde på gruppboende, 1 (6.7%) patient som bodde på behandlingshem och 1 (6.7%) patient som bodde vid servicehus. Av patienterna med psykosrelaterad diagnos bodde 9 (60.0%) patienter i eget boende efter att de hade skrivits ut från den slutna vården.

Av patienterna med psykosrelaterad diagnos överfördes 4 (3.7%) patienter till kriminalvården. Det fanns en begränsad information om patienterna som överfördes tillbaka till kriminalvården, eftersom kliniken inte längre innehar vårdansvaret för dem. Patienter överförda till kriminalvården kan fortsätta vara intagen vid en kriminalvårdsanstalt alternativt frigges från kriminalvården om fängelsestraffet är avtjänat. Bland patienterna med psykosrelaterad diagnos blev 3 (2.8%) patienter utvisade ur landet då de lämnade den slutna rättspsykiatriska vården i Sundsvall. En begränsad mängd information om utvisade patienterna fanns att tillgå, eftersom dels kliniken inte längre innehar vårdansvaret för dem och dels eftersom de inte längre visats i landet.

Jämförelse av vart patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos skrevs ut eller överfördes

Vid jämförelse mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos framkom en skillnad i vart patienterna skrevs ut och överfördes efter att de hade lämnat den slutna rättspsykiatriska

vården, $\chi^2 (5, n = 164) = 10.50, p = .050^3$, Cramer's $V = .26$. Bland patienterna överförda till kriminalvården var det färre patienter med än utan en psykosrelaterad diagnos, se Tabell 4.

Tabell 4

Vart patienterna ($N = 164$) skrevs ut eller överfördes efter att de lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall.

	Patienter med psykos ($n = 107$)		Patienter utan psykos ($n = 57$)		χ^2	df	Φ	p
	n	%	n	%				
Utskriven	15	14.0	8	14.0	0.00	1	.00	1.000 ^a
Överförd till öppen rättspsykiatrisk vård	31	29.0	12	21.1	0.83	1	.09	.362
Överförd till långtidspermission	5	4.7	2	3.5	0.00	1	.03	1.000 ^a
Överförd till hemlandstinget	49	45.8	23	40.4	0.25	1	.05	.614
Överförd till kriminalvården	4	3.7	11	19.3	9.04	1	-.26	.003 ^a
Utvisad	3	2.8	1	1.8	0.00	1	.03	1.000 ^a

Not. N = antal i urvalet. n = antal i varje grupp. % = andelen i varje grupp. χ^2 = Chi²-värdet. df = degrees of freedom (frihetsgrader). Φ = effektstorlek med phi. p = signifikansvärde. ^a = beräknat med Fisher's Exact Probability test.

En jämförelse mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos gjordes för var patienterna bodde, efter att de lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall. Av patienterna överförda till hemlandstinget, förflyttades 43 (93.5%) patienter med psykosrelaterad diagnos och 20 (90.9%) patienter utan psykosrelaterad diagnos till en rättspsykiatrisk avdelning. Det var ingen skillnad mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos gällande om de förflyttades till rättspsykiatrisk avdelning eller något annat såsom behandlingshem, $\chi^2 (1, n = 68) = 0.00, p = .656^4, \Phi = -.046$. Bland patienterna överförda till öppnare vårdformer, bodde 17 (44.7%) patienter med psykosrelaterad diagnos och 6 (40.0%) patienter utan psykosrelaterad diagnos i eget boende. Det var ingen skillnad mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos gällande om de boende i eget boende efter dem var överförda till andra vårdformer, $\chi^2 (1, n = 53) = 0.00, p = 1.000^5, \Phi = .04$. Av patienterna, som skrevs ut från den rättspsykiatriska vården, bodde 9 (64.3%) patienter med psykosrelaterad diagnos och 6 (75.5%) patienter utan psykosrelaterad diagnos i eget boende. Det var ingen skillnad mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos gällande om de bodde i eget boende eller inte efter att de hade skrivits ut från regionkliniken, $\chi^2 (1, n = 22) = 0.02, p = 1.000^6, \Phi = -.11$.

³ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

⁴ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

⁵ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

⁶ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

Nya lagföringar i brott för patienter med psykosrelaterad diagnos

Efter att patienterna med psykosrelaterad diagnos lämnade den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall blev 16 (15%) patienter lagförda för nya brott under uppföljningstiden. Patienterna var lagförda för bland annat våldsbrott och trafikbrott, men även egendomsbrott. Av dessa 16 patienterna med psykosrelaterad diagnos var 7 (34.8%) lagförda för nya våldsbrott. Patienter med psykosrelaterad diagnos, vilka var lagförda för nya brott efter att de lämnat den slutna rättspsykiatriska vården i Sundsvall, begick det nya brottet i medel 41.04 ($SD = 38.51$, $R = 0-121$) dagar efter att de lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken.

Vid analys av hur riskbedömningen av patienter med psykosrelaterad diagnos skilde sig mellan de som var lagförda respektive inte lagförda för nya våldsbrott under uppföljningsperioden visade sig två enskilda faktorer i HCR-20 skilja sig mellan patienterna. Patienterna med psykosrelaterad diagnos lagförda för nya våldsbrott ($M = 1.86$, $SD = 0.38$, $R = 1-2$) hade lägre bedömd risk på faktor H6 "Psykisk sjukdom" i jämförelse med patienterna med psykosrelaterad diagnos och som inte var lagförda för nya våldsbrott ($M = 1.99$, $SD = 0.22$, $R = 1-2$), $U = 255.50$, $p = .024$, $r = -.24$. Patienterna med psykosrelaterad diagnos och som var lagförda för nya våldsbrott ($M = 1.14$, $SD = 0.38$, $R = 1-2$) hade därtill lägre bedömd risk på faktor R3 "Brist på stöd och hjälp", i jämförelse med patienterna med psykosrelaterad diagnos vilka inte var lagförda för nya våldsbrott ($M = 1.55$, $SD = 0.55$, $R = 0-2$), $U = 169.50$, $p = .040$, $r = -.22$. Ingen annan faktor i HCR-20 skiljde sig mellan patienterna med psykosrelaterad diagnos vilka blivit eller inte blivit lagförda för nya våldsbrott. Vidare kunde konstateras att del- eller totalpoängen i HCR-20 skiljde inte mellan patienter med psykosrelaterad diagnos lagförda respektive inte lagförda för nya våldsbrott (se Tabell 5).

Tabell 5

Skilnad i riskbedömning med HCR-20 mellan patienter med psykosrelaterad diagnos vilka hade och inte hade nya lagföringar av brott ($N = 101$)

	Nya lagföringar i våldsbrott ($n = 7$)					Inga nya lagföringar i våldsbrott ($n = 94$)					U	r	p
	n	Min	Max	M	Sd	n	Min	Max	M	Sd			
H-delen	7	7	18	13.43	3.78	84	4	20	14.13	3.69	260.50	-.05	.616
C-delen	7	2	8	4.29	2.43	84	1	9	5.11	1.87	220.00	-.12	.265
R-delen	7	3	10	7.00	2.89	83	2	10	7.07	2.61	264.50	-.04	.689
HCR-20 total	7	12	32	24.71	7.09	83	13	37	26.30	6.19	257.50	-.05	.618

Not. $N =$ antal i urvalet. $n =$ antal i varje grupp. Min = minsta bedömda värdet. Max = största bedömda värdet. $M =$ medelvärde. $SD =$ standardavvikelse. $U =$ Mann-Whitney U värdet. $p =$ signifikansvärde. $r =$ effektstorlek med Pearsons korrelation.

Jämförelse av nya lagföringar i brott mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos

Då patienter med och utan psykosrelaterad diagnos jämfördes framkom att det var en mindre andel patienter med psykosrelaterad diagnos vilka var lagförda för nya brott, se Tabell 6. Typ av brott patienterna med psykosrelaterad diagnos blev lagförda för var desamma som för patienterna utan psykosrelaterad diagnos, $\chi^2(3, n = 34) = 3.03, p = .438^7$, *Cramer's V* = .30. Andelen patienter lagförda för nya våldsbrott skiljde inte mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos, se Tabell 6. Vidare framkom att antalet dagar innan patienterna med psykosrelaterad diagnos ($M = 41.04, SD = 38.51, R = 0-121$) begick det nya brottet, som de senare blev lagförda för, skiljde inte från patienterna utan psykosrelaterad diagnos ($M = 27.42, SD = 22.63, R = 0-71$), $U = 115.00, p = .449, r = -.13$.

Tabell 6

Nya lagföringar av brott och våldsbrott efter att patienterna (N = 164) skrevs ut eller blev överförda från slutet rättspsykiatrisk vård vid regionkliniken i Sundsvall.

	Patienter med psykos (n = 107)		Patienter utan psykos (n = 57)		χ^2	df	Cramer's V	p
	n	%	n	%				
Nya lagföringar i brott					5.62	1	-.21	.018
Ja	16	15.0	18	31.6				
Nej	85	79.4	35	61.4				
Oklart	6	5.6	4	7.0				
Nya lagföringar i våldsbrott					2.77	1	-.16	.092 ^a
Ja	7	6.5	9	15.8				
Nej	94	87.9	44	77.2				
Oklart	6	5.6	4	7.0				

Not N = antal i urvalet. n = antal i varje grupp. % = andelen i varje grupp. χ^2 = Chi²-värdet. df = degrees of freedom (frihetsgrader). Cramer V = effektstorlek. p = signifikansvärde. ^a = Beräknat med Fisher's Exact Probability test.

Bland patienterna lagförda för nya våldsbrott skiljde inte riskbedömningens delpoäng mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos; H-delen ($U = 11.50, p = .171, r = -.38$), C-delen ($U = 16.50, p = .514, r = -.18$) och R-delen ($U = 17.50, p = .608, r = -.14$). Det var likaså, bland patienterna lagförda för nya våldsbrott, ingen skillnad i totalpoängen på HCR-20 mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos, $U = 14.50, p = .352, r = -.26$. Vid närmare analys av de enskilda faktorerna i HCR-20 framkom att inte någon enskild faktor skiljde sig åt mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos vilka var lagförda för våldsbrott under uppföljningsperioden.

⁷ Beräknat med Fisher's Exact Probability test

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva dömda rättspsykiatriska patienter med psykosrelaterade diagnoser, vilka har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall mellan åren 2005-2010. Resultatet visar att 90.7% av patienterna med psykosrelaterad diagnos blir under sin vårdtid riskbedömda för våld med HCR-20. Riskbedömningen av patienterna med psykosrelaterad diagnos skiljer i 7 faktorer från patienterna utan psykosrelaterad diagnos. Då patienterna med psykosrelaterad diagnos lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall, överförs majoriteten av patienterna till andra vårdformer. Nästintill hälften av patienterna med psykosrelaterad diagnos överförs till sina hemlandsting och bara ett fåtal överförs till kriminalvården. Uppföljningen av patienterna i lagföringsregistret visar att 15.0% av patienterna med psykosrelaterad diagnos blir lagförda för någon sorts brott, efter att de har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården, och utav dessa lagfördes ungefär en tredjedel för våldsbrott. För patienter med psykosrelaterad diagnos är det två riskfaktorer som skiljer sig mellan patienterna som blev lagförda och inte lagförda för nya våldsbrott. Det är mindre vanligt förekommande att patienterna med psykosrelaterad diagnos blir lagförda för nya brott i jämförelse med patienter utan psykosrelaterad diagnos. Andelen lagförda för nya våldsbrott skiljer däremot inte mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. Vid jämförelse av de patienter som blir lagförda för nya våldsbrott, så skiljer sig inte riskbedömningen för framtida våld mellan patienter med eller utan psykosrelaterad diagnos.

Riskbedömning för våld

I resultatet av den föreliggande studien används patienternas riskbedömningar, som har gjorts innan patienterna lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken. Resultatet visar att många av faktorer i HCR-20 har bedömts förekomma till viss del eller fullt ut hos patienterna (jfr. Tabell 3). Enskilda faktorer i HCR-20 är viktiga vid kliniska bedömningar med en sammanlagd bedömning med låg, medel eller hög risk för våld och därför lägger riskbedömaren inte vikt vid hur många riskfaktorer som förekommer hos en patient utan snarare vilka riskfaktorerna är (Belfrage, 2008; Belfrage & Fransson, 2008; Douglas et al., 2003). Vid strukturerade professionella riskbedömningar, såsom med HCR-20, beaktas både dynamiska och statiska riskfaktorer (Belfrage & Fransson). De dynamiska riskfaktorerna visar på att våldsriskerna kan förändras, vilket är enhetligt med incremental theory (jfr. Molden & Dweck, 2006; Webster & Hucker, 2007a, 2007b). Att de dynamiska faktorerna kan ses som

enhetliga med incremental theory är relaterat till att teorin utgår ifrån att en person genom insatser kan förändras och således är varken personlighet eller beteende statiska. Dock är hälften av faktorerna i HCR-20 statiska riskfaktorer för våld, vilket i sin tur är förenligt med entity theory. De statiska faktorerna, som återfinns i H-delen i HCR-20, är faktorer som till stor del inte kan förändras över tid och på så vis enhetliga med entity theory. Enligt entity theory, så kan en person inte förändras eller utvecklas (Molden & Dweck, 2006), vilket är det synsätt forskare som Webster och Hucker (2007d) till viss del har på H-delen i HCR-20. Webster och Hucker menar att de historiska faktorerna är relativt statiska, men att exempelvis faktor H1 ”Tidigare våldshandlingar” kan förändras om personen inte tidigare har begått en våldshandling men om personen senare blir dömd för en. Har personen däremot begått en våldshandling kommer den personen alltid ha gjort en våldshandling, därmed är riskfaktorn statisk.

Riskbedömning med HCR-20 har genomförts på nästintill alla patienter innan de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall. Resultatet visar att det finns 7 enskilda riskfaktorer i vilka riskbedömningen skiljer sig mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. Att faktorerna H6 ”Psyisk sjukdom”, H7 ”Psykopati”, H9 ”Personlighetsstörning”, och C3 ”Symptom på psykisk sjukdom” är bedömda olika för patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, kan förklaras av de diagnostiska skillnaderna mellan patientgrupperna. I jämförelse av patienter med och utan psykosrelaterad diagnos är det färre patienter med en psykosrelaterad diagnos, vilka är diagnostiserad med en personlighetsstörning. Denna skillnad i förekomsten av personlighetsstörning kan även vara relaterad till riskfaktorn C4 ”Instabilitet”, vilken är bedömd att vara mer förekommande hos patienterna utan psykosrelaterad diagnos jämfört med de patienterna med sådana diagnoser. Riskfaktorn C4 ”Instabilitet” står för att personen, genom livet eller för tillfället, uppvisar ett mönster av instabilitet och impulsivitet, men också att personen vid provokationer uppvisar en häftig och svårförutsägbar aggressivitet. Att ett flertal patienter utan psykosrelaterad diagnos har bedömts vara instabila kan vara ett uttryck för förekomst av personlighetsstörning, då impulsivitet och aggressivitet är kriterium för några av de vanligaste förekommande personlighetsstörningarna inom den rättspsykiatriska vården (jfr. APA, 2000; Strand et al., 2009). Skillnaden i bedömningen av faktor H2 ”Tidig debut i våldshandlingar” och H8 ”Tidig missanpassning” visar att patienterna med psykosrelaterade diagnos, i jämförelse med patienterna utan psykosrelaterad diagnos, begick det första våldsbrott senare i livet och att patienterna med psykosrelaterad diagnos har mindre anpassningsproblem under ungdomsåren.

Skillnaderna i faktorerna H2 ”Tidig debut i våldshandlingar” och H8 ”Tidig missanpassning” kan härröras till att patienterna utan psykosrelaterad diagnos bedömts högre på faktor H7 ”Psykopati”, eftersom antisocialt beteende i ungdomen är en faktor i bedömningsinstrumentet PCL:SV för psykopati (Hart et al., 1995). Antisocialt beteende i ungdomen står för att personen har tidiga beteendeproblem och redan tidigt i livet stjälar, ljugar och bedrar (Hare, 1993/2011). Det antisociala beteendet står också för att personen kan ha skolkat mycket och inte uppvisat empati för andra barn eller djur.

Vart patienterna skrevs ut eller överfördes

Nästan hälften av patienterna med psykosrelaterad diagnos blir överförda till hemlandstinget efter att de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall. Därtill är en tredjedel av patienterna med psykosrelaterad diagnos överförda till vård under öppnare former. Resultatet visar därmed att endast en liten andel av patienterna med psykosrelaterade diagnoser skrivs ut från den rättspsykiatriska vården. Det tyder på att vården av patienterna inte avslutas, då patienterna lämnar den slutna vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken. Patienterna som skrivs ut från den rättspsykiatriska vården i Sundsvall har när de lämnar den slutna vården kontakt med olika stödverksamheter eller myndigheter, vilket innebär att även de patienterna har stöd efter att de lämnar regionkliniken i Sundsvall.

Bland patienterna som har överförts till kriminalvården är det färre patienter utan än med psykosrelaterade diagnoser, vilket kan relateras till att domen rättspsykiatrisk vård förutsätter en allvarlig psykisk störning såsom psykosrelaterade diagnoser (jfr. 30 kap. 6§ BrB; 31 kap. 3§ BrB; Prop.1990/91:58). De fängelsedömda patienter, som tvångsvårdas vid kliniken under verkställigheten av fängelsestraffet, har inte diagnostiserats med en psykosrelaterad diagnos vid den rättspsykiatriska utredningen i samma utsträckning som de patienter som har dömts till rättspsykiatrisk vård. Dock har dessa fängelsedömda kunnat vara i behov av psykiatrisk tvångsvård under fängelsetiden och därför vårdats vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall och sedan överförts tillbaka till kriminalvården. Hur patienterna bodde efter att de antingen blir hemkallade, överförda till vård under öppnare former eller skrivits ut från slutna rättspsykiatrisk vård, skiljer inte mellan patienterna med eller utan psykosrelaterad diagnos. I likhet med tidigare uppföljning av patienter inom rättspsykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2002), så bor en stor del av patienterna i föreliggande studie i eget boende efter att de har skrivits ut eller överförts till vård under öppnare former.

Nya lagföringar i brott

I föreliggande studie finns det begränsningar i studiedesignen gällande andelen patienter lagförda för nya brott efter att patienterna lämnar den sluta rättspsykiatriska vården vid regionkliniken. En begränsning är att patienterna kan ha en begränsad möjlighet att begå nya brott. I statistiken över lagföringarna från BRÅ framkommer exempelvis inte om patienterna blivit utvisade eller avlidit under uppföljningstiden (exv. Strand & Selenius, 2013). Det innebär att det är oklart om patienter, som inte har blivit lagförda, har haft möjlighet att begå nya brott eller lagföras för brotten i Sverige. I en studie av Björk et al. (2012) framkom att 23% av rättspsykiatripatienter avled innan uppföljningstidens slut, vilket tyder på att det är relativt förekommande att patienter vårdade inom rättspsykiatri avlider. Således vore det viktigt att följa upp om patienter ur föreliggande urval har avlidit för att veta om andelen återfall i brott ser ut på ett annat sätt. Utifrån statistiken från BRÅ så framgår inte om patienter är avlidna eller inte, vilket innebär att avlidna patienter ser ut som om de inte återfallit och lagförts. Förutom att patienter har avlidit finns det dessutom patienter som fortfarande vårdas på institution under uppföljningstiden, vilka också har en begränsad möjlighet att begå nya brott. Strand och Selenius påpekade att patienter vårdade på institution har färre stressrelaterade faktorer, vilket kan påverka så att en mindre andel patienter blir lagförda för nya brott när de vårdas på institution.

Det finns ytterligare begränsningar med studiedesignen gällande andelen patienter lagförda för nya brott, lagföringsstatistiken från BRÅ inkluderar inte personer utan fullständigt personnummer (exv. BRÅ, 2013). Patienter kan sakna fullständigt personnummer om de inte är folkbokförda i Sverige. Det bidrar också till att det kan vara högre eller mindre andel, patienter som har begått nya brott än andelen lagförda i föreliggande studie, eftersom det finns patienter i studien utan ett fullständigt personnummer. Avslutningsvis är en begränsning med lagföringsstatistiken från BRÅ att alla brott inte kommer till polisens kännedom (exv. Sarnecki, 2009).

Det som framkommer i föreliggande studie är att 15.0% av patienter med psykosrelaterad diagnos blir lagförda för nya brott efter att de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall. Tidigare nationella studier har visat att 28% av patienterna med psykosrelaterad diagnos återföll i nya brott (Lund et al., 2012) och att 17% av patienterna med schizofrenidiagnos återföll i nya brott (Björk et al., 2012). Att föreliggande resultat till viss del skiljer från tidigare studier kan vara orsakat av studiedesign och urval. Lund et al. (2012) startade exempelvis uppföljningstiden när domen för indexbrottet vunnit laga kraft och urvalet

i studien bestod av patienter som har genomgått rättspsykiatrisk undersökning. I föreliggande studie är 6.5% av patienterna med psykosrelaterad diagnos lagförda för ett nytt våldsbrott under uppföljningstiden. Detta är mer i likhet med vad tidigare studier har rapporterat, exempelvis Lund et al. rapporterade att 9% begick ett nytt våldsbrott efter första domen. Patienterna med psykosrelaterad diagnos, vilka blir lagförda för ett nytt brott, begår det nya brottet inom de första 4 månaderna efter att de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården. Även det är i likhet med tidigare nationella studier, både Björk et al. (2012) och Nilsson et al. (2011) rapporterade att bland patienter inom rättspsykiatrin skedde återfallen i brott tidigt under uppföljningstiden. I föreliggande studien blir således en liten andel av patienterna med psykosrelaterad diagnos lagförda för nya brott och de patienter som blir lagförda begår det nya brottet kort efter att de har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall.

Föreliggande studie visar att det inte är någon skillnad mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos gällande nya lagföringar i våldsbrott. Studien visar däremot att färre patienter med psykosrelaterad diagnos blir lagförda för nya brott i jämförelse med patienter utan psykosrelaterad diagnos. Anledningen till lagföringarna är färre bland patienter med psykosrelaterad diagnos kan vara relaterat till att personlighetsstörningar inte är lika förekommande hos dem som hos patienterna utan psykosrelaterad diagnos. Just förekomsten av personlighetsstörningar har i ett flertal studier (Björk et al., 2012; Bonta et al., 1998; Lund et al., 2012; Ventura et al., 1998) visats vara relaterat till en ökad risk för återfall i nya brott. Vidare bör resultaten gällande återfall bland patienter med och utan psykosrelaterade diagnoser ses utifrån att fängelsedömda återfaller i högre utsträckning än rättspsykiatriskt vårdade (Lund et al.; Nilsson et al., 2011). I föreliggande studie är det färre patienter med psykosrelaterad diagnos, i jämförelse med patienter utan psykosrelaterad diagnos, vårdade under verkställande av ett fängelsestraff och sedan överförda till kriminalvården efter vistelsen på Rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall.

Riskbedömning och nya lagföringar i brott

Resultatet visar att två enskilda riskfaktorer skiljer mellan patienterna med psykosrelaterade diagnoser, vilka blivit lagförda eller inte blir lagförda för nya våldsbrott. Patienterna med psykosrelaterade diagnoser, vilka blir lagförda för nya brott, bedöms lägre på faktorerna H6 "Psyisk sjukdom" och R3 "Brist på stöd och hjälp". Det kan tyda på att patienterna med psykosrelaterad diagnos, vilka inte blir lagförda för nya våldsbrott, har allvarigare psykiska sjukdomar än patienterna som blir lagförda för nya brott. En tänkbar förklaring

kunde vara att patienter som har svåra psykiska sjukdomar kan ha begränsad förmåga att begå nya våldsbrott, då exempelvis de negativa symptomen av schizofreni försämrar patientens förmåga till att upprätthålla målinriktade aktiviteter (jfr. APA, 2000). Att patienterna som blir lagförda för nya våldsbrott bedöms med lägre risk på R3 "Brist på stöd och hjälp" tyder på att de patienterna har mer stöd och hjälp från vänner och familj än patienterna som inte blir lagförda för nya våldsbrott. Att personerna som har mer stöd och hjälp oftare blir lagförda för nya våldsbrott kan vara relaterat till att tidigare forskning har visat att personer med schizofreni, vilka begår dödligt våld, ofta begår våldet mot familjemedlemmar eller personer de är bekanta med (jfr. Joyal, Putkonen, Paacola & Tiihonen, 2004; Belli et al., 2010). Huruvida patienterna lagförda för nya våldsbrott har begått våld och hot mot närstående eller inte är oklart och fortsatta studier behövs för att svara på en sådan fråga.

Vid jämförelse mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos skiljer riskbedömningen av patienterna i sju riskfaktorer. Av dessa riskfaktorer har tidigare forskning kring HCR-20 lyft fram att faktorerna H2 "Tidig debut i våld" (de Vogel & de Ruiter, 2006; Pedersen et al., 2010), H7 "Psykopati" och C4 "Instabilitet" (de Vogel & de Ruiter, 2006; Pedersen et al., 2010; Strand et al., 1999), är speciellt betydelsefulla för våldsrisk. Även om liknande stor andel av patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos blir lagförda för nya brott kan ovanstående tyda på, precis såsom Belfrage (2008), Douglas och Reeves (2010) samt andra forskare kring strukturerade professionella riskbedömningsinstrument menar, att det är av vikt att uppmärksamma enskilda faktorer vid riskbedömning av patienter.

Begränsningar med studien

I föreliggande studie jämförs patienter med psykosrelaterad diagnos med patienter utan psykosrelaterad diagnos. Dessa två grupper baseras på de diagnoser patienterna erhöll vid den senaste genomgångna RPU:n, förutom för de 20 (12.2%) patienter som inte hade genomgått en RPU. Att utgå från diagnoser fastställda i RPUer, kan orsaka en begränsning i den interna validiteten i studien, (se intern validitet i exv. Borg & Westerlund, 2006). Den interna validiteten påverkas, eftersom det kan finnas patienter som har fått en psykosrelaterad diagnos efter den genomgångna RPU:n. Således är det möjligt att någon patient i gruppen patienter utan psykosrelaterade diagnoser efter RPU:n konstaterats ha en sådan diagnos under vård eller fängelsetiden. De fängelsedömda patienterna kan ha fått ett behov av psykiatrisk vård under fängelsetiden, och därmed ha överförts till vård inom rättspsykiatri (jfr. Statens offentliga utredningar [SOU] 2006:91). Exempelvis har studier av kriminalvårdsklienter visat att 4% av de intagna har psykotiska besvär (Levander, Svalenius & Jensen, 1997), vilket skulle kunna

tyda på att en del av patienterna, vilka ankom från kriminalvården, har en psykosrelaterad diagnos under tiden de vårdades vid den rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall. Ytterligare resultat antyder att patienterna i gruppen utan psykosrelaterad diagnos kunde vara psykotiska, eftersom 31 (70.0%) patienter i gruppen utan psykosrelaterad diagnos bedöms med en 2:a på faktor H6 "Psyisk sjukdom" vid riskbedömningen med HCR-20. Det behöver dock inte betyda att alla dessa 31 patienter är psykotiska, eftersom faktor H6 "Psyisk sjukdom" även inkluderar andra psykiska sjukdomar än psykoser (Belfrage & Fransson, 2008). Även faktor C3 "Symptom på psykisk sjukdom" kan påvisa att patienterna är psykotiska (Belfrage & Fransson, 2008). Det är 8.5% av patienterna utan psykosrelaterad diagnos bedömda med en 2:a på faktor C3 "Symptom på psykisk sjukdom". Att det är få patienter utan psykosrelaterad diagnos bedömda med en 2:a på C3 "Symptom på psykisk sjukdom", kan ändå tyda på att patienterna är psykotiska under tiden de vårdades på kliniken. De få 2:orna på faktor C3 "Symptom på psykisk sjukdom" tyder på att det är möjligt att de psykotiska symptomen har dämpats då patienterna lämnar den rättspsykiatriska kliniken. Det som dock bidrar till att det finns giltighet i resultaten är att patienterna med psykosrelaterad diagnos har högre bedömd risk på faktor H6 "Psyisk sjukdom" och C3 "Symptom på psykisk sjukdom" än patienterna utan psykosrelaterad diagnos.

Utöver svårigheten med vem av patienterna som har en psykosrelaterad diagnos eller inte, så finns skillnader i förekomst av personlighetsstörningar och förstämningssyndrom grupperna emellan (jfr Tabell 2). Men dock bör vi hålla i minnet att samsjukligheten ser olika ut för de enskilda patienter och därav kan grupperna med och utan psykosrelaterade sjukdomar även vara lik varandra på andra sätt som är av betydelsebärande karaktär för riskbedömningen.

Den externa validiteten, generaliserbarheten, kan ses som begränsad då patienterna vid den rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall vårdas under mycket hög säkerhet (se extern validitet i exv. Borg & Westerlund, 2006). Det innebär att resultaten från föreliggande studie inte kan generaliseras till rättspsykiatriska avdelningar i allmänhet. Resultatet bör endast generaliseras till andra rättspsykiatriska kliniker, vilka har liknade säkerhetsklass och patientpopulation såsom kliniken i Sundsvall. Resultatet från föreliggande studie är däremot mycket troligt generaliserbart till andra patienter vid den rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, eftersom nästintill alla patienter som lämnade den sluta rättspsykiatriska vården under åren 2005-2010 inkluderas i studien. Den förändrade lagstiftningen den 1 september 2008 kan begränsa generaliserbarheten till den nuvarande rättspsykiatriska vården. Föreliggande studie inkluderar även tiden efter införandet av öppen rättspsykiatrisk vård,

vilket därmed bidrar till att resultatet är generaliserbart till patienter, vilka för tillfället vårdas och ska lämna den slutna rättspsykiatriska vården vid regionkliniken i Sundsvall.

Förslag till fortsatt forskning

Fortsatt forskningen kan dels replikera och dels vidareutveckla denna studie. Indelningen av patienter med och utan psykosrelaterad diagnos kan göras på annat sätt än i föreliggande studie. Exempelvis kan indelningen göras utifrån om patienterna vådas för en psykosrelaterad diagnos snarare än om patienterna erhållit sådan diagnos vid den senaste rättspsykiatriska utredningen i samband med lagföring av aktuellt brott. Resultatet från en sådan studie skulle kunna bekräfta och utveckla resultatet från föreliggande studie. Sådan studie skulle kunna bidra med en större förståelse av patienter med psykosrelaterad diagnos och huruvida det är skillnad mellan olika patientgrupper med psykosrelaterad diagnos beroende på när, i förhållande till brottet, patienterna insjuknade i psykos. Därtill kan en sådan studie bidra till en ökad kunskap om skillnaden mellan patienter med och utan psykosrelaterad diagnos.

Resultatet från föreliggande studie tyder på att det inte är stora skillnader mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos, vilka vårdas vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Fortsatt forskning skulle därför kunna inriktas på studier kring riskhanteringen av patienter inom den rättspsykiatriska vården och mer ingående undersöka vilka riskhanteringsåtgärder som är relaterat till att patienterna inte blir lagförda för nya brott efter att de har lämnat den slutna rättspsykiatriska vården. En sådan ökad kunskap om riskhanteringsåtgärder i relation till nya lagföringar skulle kunna bidra till att riskhanteringen skulle förbättras och att än färre patienter blir lagförda för nya brott.

Fortsatt forskning kan följa upp patienterna som i den här studien var diagnostiserade med psykosrelaterad diagnos ytterligare. Studien kan följa upp var patienterna med psykosrelaterad diagnos vårdades eller bodde tre år efter att uppföljningstiden för föreliggande studie avslutades. Studien skulle även kunna undersöka om fler patienter med psykosrelaterad diagnos hade blivit lagförda i nya brott och därtill skulle information om patienterna hade avlidit kunna redovisas. En sådan kunskap om patienter med psykosrelaterad diagnos inom den rättspsykiatriska vården skulle kunna bidra till att riskhanteringen skulle förbättras och att än färre patienter blir lagförda för nya brott.

Slutsats

Föreliggande studie visar att en stor andel av patienterna med psykosrelaterad diagnos vårdas inom andra vårdformer, då de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Resultatet tyder på att patienterna med psykosrelaterade diagnoser inte är färdigbehandlade då de lämnar den slutna rättspsykiatriska vården vid kliniken i Sundsvall. Resultatet visade att sju enskilda faktorer i HCR-20 skiljde mellan patienterna med och utan psykosrelaterad diagnos. Att så pass många enskilda riskfaktorer skilde mellan patienter med och utan psykos kan tyda på att det är av vikt att beakta de enskilda faktorerna vid riskbedömning av patienter inom den rättspsykiatriska vården även om dessa två patientgrupper liknande varandra i hög utsträckning i riskbedömning. Det är en liten andel av patienterna med psykosrelaterade diagnoser vilka blir lagförda för nya brott.

Referenser

- Alm, A., Bergman, A. H., Kristiansson, M., Lindqvist, P., Palmstierna, T., & Hellner Gumpert, C. (2010). Gender differences in re-offending among psychiatrically examined Swedish offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 323-334.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA]. (1995). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Arango, C., Bombín, I., Gonzáles-Salvador, T., Garcá-Cabeza, I., & Bobes, J. (2006). Randomised clinical trial comparing oral versus depot formulations of zuclopenthixol in patients with schizophrenia and previous violence. *European Psychiatry*, 21, 34-40.
- Aron, A., Aron, E., & Coups, E. J. (2006). *Statistics for psychology* (4th edition). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Belfrage, H. (1998a). A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *British Journal of Criminology*, 38(1), 145-155.
- Belfrage, H. (1998b). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic Psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 9(2), 328-338.
- Belfrage, H. (2005). Få vårdenheter uppfyller kraven på riskbedömningar inom psykiatrin. Sundsvallsmodellen ett sätt att möta socialstyrelsens krav efter Arvikafallet. *Läkartidningen*, 3(120), 134-137.
- Belfrage, H. (2008). Riskbedömningar och våldsprevention. I P. A. Granhag, & S. Å. Christianson (Red.), *Handbok i rättspsykologi* (ss.467-478). Stockholm: Liber.
- Belfrage, H., & Fransson, G. (1997). *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer*. Växjö: Forskningsenheten, Regionpsykiatriskt centrum.
- Belfrage, H., & Fransson, G. (2000). Swedish forensic psychiatry. A field in transition. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 509-514.
- Belfrage, H., & Fransson, G. (2002). *HCR-20: bedömning av risk för framtida våld: manual med instruktioner och kommentarer* (3:dje reviderade upplagan). Sundsvall: Landstinget Västernorrland.
- Belfrage, H., & Fransson, G. (2008). *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer* (4:e upplagan). Sundsvall: Rättspsykiatriska Regionkliniken.

- Belli, H., Ozcetin, A., Ertem, U., Tuyluglu, E., Namli, M., Bayik, Y., & Simsek, D. (2010). Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, *51*, 135-141.
- Björk, T., de Santi, M. G., & Kjellin, L. (2012). Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. *Informa Healthcare*, *66*, 283-289
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, *31*, 711-726.
- Bobes, J., & González, M. P. (1999). Quality of life in schizophrenia. I H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Red.), *Quality of life in mental disorders* (ss. 165-178). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Bonta, J., Law., M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *123*(2), 123-142.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare (2:a upplagan)*. Stockholm: Liber
- Brennan, P. A., & Alden, A. (2006). Schizophrenia and violence: the overlap. I A. Raine (Red.), *Crime and schizophrenia causes and cures* (ss. 15-27). New York: Nova Science publishers Inc.
- Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2012). *Kriminalstatistik 2011, rapport 2012:11*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2013). *Återfall i brott. Slutlig statistik för 2003-2005*. Hämtad den 13 april 2013 från:
http://www.bra.se/download/18.1ff479c3135e8540b29800013250/Sammanfattning_aterfall_slutl_2003-2005.pdf.
- Castillo, E. D., & Alarid, L. F. (2011). Factors associated with recidivism among offenders with mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*(11), 98-117.
- Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J., & Versiani, M. (2009). The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: Inter rater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. *Psychopathology*, *42*, 293-298.
- Clinton, M., Lunny, P., Edwards, H., Weir, D., & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 955-965.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2th edition) New York. Lawrence Erlbaum Associates.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dagens nyheter. (2003, augusti 18). *Vansinnesförare konstaterad sjuk*. Hämtad den 12 maj 2013 från: <http://www.dn.se/sthlm/vansinnesforare-konstaterad-sjuk>.
- Degl'innocenti, A., Persson, B., Wasniowski, B., Andersson, H., Turtell, I., Forslund, K., Lotterberg, M., Ander, M., Möller, N., & Karlberg, P. (2011). *RättspsyK. Nationellt rättspsykiatrisk kvalitetsregister årsrapport 2011*. Göteborg: Registercentrum Västra Götaland.
- Dernevik, M. (1998). Preliminary findings on reliability and validity of the Historical-Clinical-Risk assessment in a forensic psychiatric setting. *Psychology, Crime & Law*, 4(2), 127-137.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 145-164.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321-336.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617-658.
- Douglas, K., Ogloff, J., & Hart, S. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
- Douglas, K. S., & Reeves, K. A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) violence risk assessment scheme. Rationale, application, and empirical overview. I R. K. Otto, & K. S. Douglas (Red.), *Handbook of violence risk assessment* (ss. 147-185). New York: Routledge.
- Ennis, B. J., & Litwack, T. R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62(3), 693-752.
- Erkiran, M., Özünelan, H., Cüeyt, E., Aytaclar, S., Kirisci, L., & Tarter, R. (2006). Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addictive Behaviors*, 31, 1797-1805.
- Fazel, S., Buxrud, P., Ruchkin, V., & Grann, M. (2010). Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study. *Schizophrenia Research*, 123, 263-269.

- Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2009). Risk factors for violent crime in schizophrenia: A national cohort study of 13,806 patients. *Journal of clinical Psychiatry, 70*(3), 362-369.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *The Journal of the American Medical Association, 301*(19), 2016-2023.
- Fitzgerald, S., Gray, N. S., Taylor, J., & Snowden, R. J. (2011). Risk factors for recidivism in offenders with intellectual disabilities. *Psychology, Crime & Law, 17*(1), 43-58.
- Gagliardi, G. J., Lovell, D., Peterson, P. D., & Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law and Human Behavior, 28*(2), 133-155.
- Golenkov, A., Large, M., Nielssen, O., & Tsymbalova, A. (2011). Characteristics of homicide offenders with Schizophrenia from the Russian Federation. *Schizophrenia Research, 133*, 232-237.
- Grann, M., Belfrage, H., & Tengström, A. (2000). Actuarial assessment of risk for violence: Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior, 27*(1), 97-114.
- Gray, N. S., Taylor, J., & Snowden, R. J. (2011). Predicting violence using structured professional judgment in patients with different mental and behavioral disorders. *Psychiatry Research, 187*, 248-253.
- Gustavsson, E., Holm, M., & Flensner, G. (2012). Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: Important influences on the transition process. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*, 729-737.
- Haddock, G., & Shaw, J. J. (2008). Understanding and working with aggression, violence, and psychosis. I K. T. Mueser & D. V. Jeste (Red.), *Clinical handbook of schizophrenia* (ss. 398-410). New York. The Guilford press.
- Haggård-Grann, U., & Gumpert, C. (2005). The violence relapse process - a qualitative analysis of high-risk situations and risk communication in mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law, 11*(2), 199-222.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare psychopathy checklist- revised manual* (2nd edition). North Tonawanda: Multi-Health System.
- Hare, R. D. (1993/2011). *Psykopatens värld* (M. Hjerling övrs.). Lund: Studentlitteratur.
- Hart, S. D., Cox, D., & Hare, R. D. (1995). *The Hare psychopathy checklist: Screening version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Heilbrun, K., Yasuhara, K., & Shah, A. (2010). Violence risk assessment tools. I R. K. Otto, & K. S. Douglas (Red.), *Handbook of violence risk assessment* (ss. 1-17). New York: Routledge.
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 245-250.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *34*, 433-442.
- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2004). Background characteristics of mentally ill homicide offenders – a comparison of five diagnostic groups. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *15*(3), 451-474.
- Laajasalo, T., & Haakanen, H. (2005). Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia: Comparison of early- and late-start offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *16*(1), 41-59.
- Levander, S. (2007). *Om psykoser och psykosbehandling*. Stockholm: Mareld.
- Levander, S., Svalenius, H., & Jensen, J. (1997). Psykiska skador vanliga bland interner. *Läkartidningen*, *94*(1-2), 46-50.
- Lindfors, N., Dalman, C., Gothefors, S., Bruchfeld, D., Lindström, E., Lindell, K., Haglund, K., Stenmark, R., & Gunnarsson, T. (2009). *Schizofreni kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Lotterberg, M. (2008). Risbedömning och riskhantering. I R. Sjögren (Red.), *Rättspsykiatriskt vårdande – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa* (ss. 209-225). Malmö: Studentlitteratur.
- Lund, C., Forsman, A., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2012). Early criminal recidivism among mentally disordered offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *56*(5), 749-768.
- Maden, A. (2005). Violence risk assessment: The question is not whether but how. *Psychiatric Bulletin*, *29*, 12-122.
- Martin, M-L. (2007). Transitions. I C. D. Webster & S. J. Hucker (Red.), *Violence risk assessment and management* (ss. 139-143). Chichester : John Wiley.
- Mattmar, U. (2003, juli 16). *Bilföraren från Gamla stan: "Jag är själv ett offer"*. Hämtad den 12 maj 2013 från: <http://www.dn.se/nyheter/sverige/bilforaren-fran-gamla-stan-jag-ar-sjalv-ett-offer>.
- McCabe, P. J., Christopher, P. P., Druhn, N., Roy-Bujnowski, K. M., Grudzinskas, A. J., & Fisher, W. H. (2012). Arrest types and co-occurring disorders in persons with

- schizophrenia or related psychoses. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 271-284.
- Molden, D. C., & Dweck, C. S. (2006). Finding “meaning” in psychology. A lay theories approach to self-regulation, social perception, and social development. *American Psychologist*, 61(3), 192-203.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 10-15.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.
- Mullen, P. E. (1984). Review. Mental disorder and dangerousness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 8-17.
- Nilsson, T., Wallinius, M., Gustavsson, C., Ancksäter., H., & Kerekes, N. (2011). Violent recidivism: A long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *Plos One*, 6(10), 1-9.
- Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Abnormal psychology* (5th edition). New York: McGraw-Hill.
- Pagano, R. R. (2010). *Understanding statistics in the behavioral sciences* (9th edition). Kanada: Wadsworth.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival manual* (4th edition). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pedersen, L., Rasmussen, K., & Elsass, P. (2010). Risk assessment: The value of structured professional judgments. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(2), 74-81.
- Perris, A-R., & Perris, P. (2008). Psykopatologi. I P. A. Granhag & S. Å. Christianson (Red.), *Handbok i rättspsykologi* (ss.135-157). Stockholm: Liber.
- Putkonen, H., Komulainen, E. J., Virkkunen, M., Eronen, M., & Lönnqvist, J. (2003). Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 947-951.
- Proposition [Prop.] 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård, m. m.* Hämtad den 17 maj 2013 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/om-psykiatrisk-tvangsvard-mm_GE0358/?text=true.
- Proposition [Prop.] 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.* Hämtad den 17 maj 2013 från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/92/45/c019e40b.pdf>.
- Repo, E., Virkkunen, M., Rawlings, R., & Linnoila, M. (1997). Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 318-323.

- RPKSundsvall (2009a). *Utslussning/eftervård*. Hämtad den 23 januari 2013 från:
<http://www.rpksundsvall.se/varden/eftervardsprogram/>.
- RPKSundsvall (2009b). *Behandling*. Hämtad den 27 januari 2013 från:
<http://www.rpksundsvall.se/varden/behandling/>.
- RPKSundsvall (2009c). *Riskhanterings- och utskrivningsgruppen (RUT)*. Hämtad den 6 februari 2013 från: <http://www.rpksundsvall.se/varden/behandling/riskhanterings-och-utskrivningsgruppen-rut/>.
- RPKSundsvall (2009d). *Om regionkliniken*. Hämtad den 22 april 2013 från:
<http://www.rpksundsvall.se/om-regionkliniken/>.
- RPKSundsvall (2011). *Verksamhetsberättelse 2010*. Hämtad den 7 maj 2013 från:
http://www.rpksundsvall.se/wp-content/uploads/2009/08/Verksamhetsberättelse-RPK-2010-_3_1.pdf.
- Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lethonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 437-441.
- Sarnecki, J. (2009). *Introduktion till kriminologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Siegel, S., & Castellan Jr., N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd edition). Singapore: McGraw-Hill.
- Socialstyrelsen (2002). *Rättspsykiatrisk vård – utvärdering – omvärdering*. Stockholm: Modin-Tryck.
- Socialstyrelsen (2007). *Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet*. Rapport SOSFS 2006:9. Lindsberg: Bergslagens Grafiska. Hämtad den 15 maj 2013 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8928/2007-101-4_20071014_rev.pdf.
- Socialstyrelsen (2008). *Tvångsvården 2008. Sammanställning från inverteringen den 6 maj 2008*. Hämtad den 6 maj 2013 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8785/2008-126-40_200812640_rev.pdf.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Kodningskvalitet i patientregistret slutenvården 2008*. Hämtad 14 februari 2013 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18082/2010-6-27.pdf>.

- Socialstyrelsen. (2010b). *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Hämtad den 6 maj 2013 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18088/2010-6-32.pdf>.
- Statens offentliga utredningar [SOU] 2006:91. *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*. Hämtad den 17 maj 2013 från:
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/18/79/f8acb859.pdf>.
- Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders - more important than historical data? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 67-76.
- Strand, S., Holmberg, G., & Söderberg, E. (2009). *Den rättspsykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Strand, S., & Selenius, H. (2013). *Uppföljning av patienter som överförs eller skrivit ut från den rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall under tidsperioden 2005-2010*. Sundsvall: Mittuniversitetet.
- Svennerlind, C., Nilsson, T., Kerekes, N., Andiné, P., Lagerkvist, M., Forsman, A., Anckarsäter, H., & Malmgren, H. (2010). Mentally disordered criminal offenders in the Swedish criminal system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 220-226.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Liberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- Sörbring, G. (2003, juli 11). *Mordåtal för vansinnesfärd*. Hämtad den 12 maj 2013 från:
<http://www.dn.se/sthlm/mordatal-for-vansinnesfard>.
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Tengström, A. (2001). Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 243-249.
- Theurer, G., & Lovell, D. (2008). Recidivism of offenders with mental illness released from prison to an intensive community treatment program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(4), 385-406.
- Thomson, L., Davidson, M., Brett, C., Steele, J., & Darjee, R. (2008). Risk assessment in forensic patients with schizophrenia: The predictive validity of actuarial scales and symptom severity for offending and violence over 8 – 10 years. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(2), 173-189.

- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 840-845.
- Ventura, L. A., Cassel, C. A., Jacoby, J. E., & Huang, B. (1998). Case management and recidivism of mentally ill persons released from jail. *Psychiatric Services*, *49*(10), 1330-1137.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 716-727.
- Walldén, A. (2012). *Likheter och skillnader vid behandling – de rätstpsykiatriska regionklinikerna i Sverige emellan*. (PTP-uppsats). Linköpings universitet, Psykologiska institutionen.
- Walton, J. A. (2000). Schizophrenia and life in the world of others. *Canadian Journal of Nursing Research*, *32*(3), 69-84.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *The HCR-20. Assessing risk for violence*. Canada, Vancouver: Simon Fraser University.
- Webster, C. D., & Hucker, S. J. (2007a). Philosophies. I C. D. Webster & S. J. Hucker (Red.), *Violence risk assessment and management* (ss. 9-13). Chichester: John Wiley
- Webster, C. D., & Hucker, S. J. (2007b). *Violence risk assessment and management*. Chichester: John Wiley
- Webster, C. D., & Hucker, S. J. (2007c). Interventions. I C. D. Webster & S. J. Hucker (Red.), *Violence risk assessment and management* (ss. 133-139). Chichester: John Wiley
- Webster, C. D., & Hucker, S. J. (2007d). *Guides*. I C. D. Webster & S. J. Hucker (Red.), *Violence risk assessment and management* (ss. 81-106). Chichester: John Wiley
- Yoshikawa, K., Taylor, P. J., Yamagami, A., Okada, T., Ando, K., Taruya, T., Matsumoto, T., & Kikuchi, A. (2007). Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *17*, 137-151.