

Frågor från deltagare vid Kunskapsdag om rättspsykiatri (NSPH och projekt Inflytande i rättspsykiatri) 2020-10-08

Svar har i efterhand samlats in från medverkande i programmet:

Märta Wallinius (docent i rättspsykiatri vid Lunds universitet och forskningsledare vid rättspsykiatriska kliniken i Växjö)

Stefan Björnham (verksamhetschef Schizofreniförbundet och tidigare verksam vid RMV)

Sten Lundin (brukarpanelen egen erfarenhet)

Michaela Eriksson (brukarpanelen egen erfarenhet)

Kan det hända att man blir dömd till rättspsykiatrisk vård utan att bli ordentligt utredd för detta? Och blir det då inte ett etiskt problem att man ger tvångsvård till någon som egentligen inte är sjuk?

Svar: Det är domstolarna som beslutar om straffpåföljd och detta beslut grundar sig på det juridiska begreppet "allvarlig psykisk störning". Som underlag för beslut om straffpåföljd har det gjorts någon form av psykiatrisk bedömning av om personen uppvisar just en "allvarlig psykisk störning". Det vanligaste är att rättspsykiatrisk vård föregås av en stor, teambaserad rättspsykiatrisk undersökning, som genomförs under 4-6 veckor. I vissa fall görs en mindre, rättspsykiatrisk undersökning, baserad på en läkarundersökning. I ett fåtal fall har det, rent historiskt, funnits någon enstaka person vars dom har baserats på ett utlåtande från chefsöverläkare om denna person redan vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsinrättning. Att vara "sjuk" är inte samma sak som att uppvisa en "allvarlig psykisk störning". Detsamma gäller för all psykiatrisk tvångsvård - det ska bara ges om kriterierna för det uppfylls och om den vård som bedöms som nödvändig inte kan ges på frivilligt sätt.

Vad tycker ni om att färre döms till rättspsykiatrisk vård nu än förr?

Svar: Man får utgå från att Rättsmedicinalverket och domstolen följer fastställda kriterier och har personen ej fastställda "APS" skall personen ej dömas till rättspsykiatrisk vård. Det är "APS" som avgör om personen döms till vård eller ej, det är det viktigaste.

Detta är svårt att svara på utan att veta mer om bakgrunden till frågan. Det viktigaste är att de som har ett vårdbehov får detta tillgodosett, oavsett om de döms till rättspsykiatrisk vård eller fängelsestraff. Den utveckling som har skett, med en skärpning av juridisk praxis så att färre döms till rättspsykiatrisk vård innebär sannolikt att fler som döms till fängelsestraff har någon form av psykiatriskt vårdbehov.

Finns det personer som försöker lura sig till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse? Och är det möjligt att lyckas med det?

Svar: Ja, det finns personer som försöker göra detta men det är väldigt svårt att lyckas med det. I vissa fall kan en person ha fått uppfattningen att rättspsykiatrisk vård skulle vara "lättare" att komma ut från och därför försöka framstå som mer sjuk än vad den egentligen är. Skillnaden mellan rättspsykiatrisk vård och fängelsestraff är dock att den rättspsykiatriska vården är tidsbestämd, medan ett fängelsestraff är tidsbestämt. Dvs vården kan bara upphöra om kriterierna för detta är uppfyllda.

Mer vanligt förekommande har varit att personer som verkligen är sjuka gör allt de kan för att visa sin friska sida. Att "spela" sjuk" i nästan fyra veckor är svårt och när det även underbyggs med socialutredningen om hur de fungerade före utredningen blir det ännu svårare.

Finns det statistik på hur många som skrivs ut ur rättspsykiatrisk vård varje år?

Svar: Den statistik som finns tillgänglig om rättspsykiatrisk vård finns genom Socialstyrelsens hemsida, <https://sdb.socialstyrelsen.se/iftvangsvard/val.aspx> och genom det rättspsykiatriska kvalitetsregistret, <https://registercentrum.blob.core.windows.net/rattpsyk/r/Arsrapport-2019-ryqqqq6dUU.pdf>

Om en patient ber om sekretess mot föräldrar, finns det någon situation som kan motivera att denna sekretess bryts?

Svar: Inga svar har inkommit på denna fråga.

Finns det någon chans att ECT kommer att avskaffas som behandlingsmetod i Sverige?

Svar: Denna fråga kan tyvärr inte besvaras från detta forum.

Är det skillnad på en "rättspsykiatrisk undersökning" och en "rättspsykiatrisk utredning"?

Svar: Nej, det är samma sak.

**Hur kan man mena att en person med psykosproblematik är "medicinskt färdigvårdad?"
Om man lider av bristande sjukdomsinsikt är det svårt att sköta sin medicin.**

Svar: Personen kan vara medicinskt färdigvårdad inom slutenvården, på så sätt att personen

bedöms kunna tillgodogöra sig behövd vård på frivilligt sätt, genom öppenvård. Att sköta sin medicin kan vara svårt om man inte ser varför man ska ta den, därför är det viktigt att man som patient har en förtroendefull, god vårdkontakt med kontinuerlig uppföljning så att både personen själv och vården tidigt kan bli medvetna om eventuella tecken på försämring.

Hur är det möjligt att man som patient kan neka psykologsamtal eller andra psykosociala interventioner - borde inte det vara obligatoriskt vid tvångsvård?

Svar: Detta är en intressant fråga. Tvångsvården i sig, alltså att en person måste vårdas i sluten- eller öppenvård oavsett vad den själv anser att den behöver, är reglerad i lag men innehållet i tvångsvården är inte helt styrt av lagen. Det finns så kallade "tvångsåtgärder", exempelvis tvångsmedicinering och detta är tydligt styrt av lagen och registreras hos Socialstyrelsen. Psykologsamtal eller andra psykosociala interventioner är inte en form av tvångsåtgärd som är tillåten enligt lagen. Det vi vet är att denna typ av insatser är beroende av ett aktivt deltagande från personen själv. För att man ska kunna nå ett aktivt deltagande från personen krävs ofta någon form av motiverande arbete, där vårdpersonal tillsammans med personen diskuterar för- och nackdelar med att vara aktiv i sin egen vård, till exempel genom att delta, eller inte delta, i psykologsamtal. Det är när vi kommer till den punkt där personen själv är villig att testa en sådan typ av insats - det är då som det är möjligt att arbeta med förändring! Utifrån klinisk erfarenhet av att arbeta med just detta så är det faktiskt ingen nackdel att något upplevs som frivilligt i en tvångsvård - det kan snarare motivera en person till att just testa och våga börja förändra eftersom "det inte skadar att försöka".

Om en person ej kan tillgodogöra eller ej vill delta i rehabilitering eller behandlande insatser hjälper det inte om dessa är tvingande. Dock brukar det fungera bättre efter ett tag när patienten landat inför vad denne står inför och är tryggare. Uteblivna vård och behandlingsinsatser leder oftast till att vårdtiden förlängs. Utifrån min egen erfarenhet som före detta patient skulle jag också kunna tänka mig att tvingande insatser framförallt första halvåret rent av skulle kunna leda till att skada vårdprocessen.

Varför ställer kliniker in möten mellan anhöriga och läkare pga. corona - borde man inte kunna träffas digitalt som man gör på så många andra håll i samhället nu?

Svar: Detta år har inneburit stora omställningar för alla i vårt samhälle och många vårdgivare har fått ställa om till digitala lösningar. Olika kliniker har kommit olika långt i denna process men vår förhoppning är att de ändringar som har gjorts, eller är på gång, kan komma till nytta även långsiktigt då digitala lösningar kan underlätta i de fall där personer vårdas på långt avstånd från anhöriga. För att sammanfatta: vi hoppas att denna fråga inte är lika aktuell längre utan att lösningar för digitala möten nu finns på plats!

Kan det vara så att i de fall där anhöriga hjälper en sjuk närstående på ett omfattande plan, så luras professionen att tro att personen är friskare än vad denne egentligen är? Hur kan man komma till rätta med det för att få en mer korrekt bild av problemets omfattning?

Svar: För att kunna veta hur en person verkligen fungerar är det viktigt att vården har alla "pusselbitar". Om det finns anhöriga som hjälper en person väldigt mycket, är det därför viktigt att veta vilken typ av hjälp det är som krävs för att personen ska fungera på den nivå som den gör. Här är det viktigt att personen själv, vårdpersonalen och anhöriga kommunicerar med varandra för att på så sätt "lägga pusslet" tillsammans.

Utifrån min erfarenhet som tidigare patient inom slutenvården skulle jag nog säga att det är sällsynt. Däremot i utskrivningsfasen kan kommunen och öppenvården få anhöriga att ta på sig ansvar och rehab på felaktiga grunder.

Finns på någon klinik i Sverige fortfarande personer som vårdas inom rättspsykiatri, utan att de blivit dömda till vård?

Svar: Detta kan förekomma, t ex för personer som har dömts till fängelsestraff men som har ett psykiatriskt vårdbehov som måste tillgodoses på en vårdenhet med hög säkerhet. Då kan denna person tillfälligt vårdas inom rättspsykiatri. I ett fåtal fall kan även personer som kommer från den allmänpsykiatriska slutenvården vårdas tillfälligt inom rättspsykiatri. I det fåtal fall som detta handlar om, berör det personer som har vårdbehov som kräver en hög personaltäthet på avdelningen och som inte kan tillgodoses inom allmänpsykiatri. Till exempel personer som är väldigt våldsamma eller hotfulla under sin vårdvistelse, men som inte är dömda för brott.

Vilket är ert enskilt viktigaste råd till en sjuksköterska som ska börja arbeta på en rättspsykiatrisk avdelning? (Fråga särskilt riktad till brukar/anhörigpanelen)

Svar: Var välinformerad om rättssystemet för att kunna arbeta på ett bra sätt med HSL/LRV. Du behöver vara lugn och tydlig. Tänk på att patienterna i slutenvården är i deras "tillfälliga hem". Tänk på att ha empati och respekt.

Ha med dig att det är människor du arbetar med, som förtjänar att bli bemött med samma respekt och värdighet vare sig om individen skulle vara dömd för ett brott eller ej.

Broschyren som PAR tagit fram och som det hänvisades till under kunskapsdagen - hur får jag tag i den?

Svar: Kontakta föreningen PAR här: <http://www.riksforeningenpar.se/kontakt/>

Finns det statistik på hur många som kommer ut i lönearbete efter avslutad vård i rättspsykiatri? Eller är det så att de flesta efter utskrivning är beroende av bidrag när man kommer tillbaka till samhället?

Svar: En viktig fråga som på det stora hela berör hur personer som vårdas inom rättspsykiatri rehabiliteras till samhället. Vad jag vet (Märta) finns det inte undersökningar på just detta, men det är en bra fråga för forskargrupper att ta med sig för framtida studier! En viss information kan fås från det rättspsykiatriska kvalitetsregistret, där en majoritet av personer i rättspsykiatrisk öppenvård beskrivs ha behov av hjälp med sin ekonomi (s. 17 i Årsrapport 2019); <https://registercentrum.blob.core.windows.net/rattpsyk/r/Arsrapport-2019-rygggg6dUU.pdf>

Hur jobbar man för att implementera ett bra bemötande ute i verksamheten gentemot patienter - genom att jobba med t.ex. lågaffektivt bemötande?

Svar: Bemötande är en oerhört viktig del av det basala vårdarbetet! Hur man arbetar med det finns inga nationella riktlinjer för, vilket gör att det ser olika ut på olika vårdenheter. Det finns ett flertal vårdenheter som arbetar med, eller håller på att införa lågaffektivt bemötande. Det finns också forskningsprojekt i uppstart som kommer arbeta tillsammans med brukarrepresentanter i dessa frågor, för att ta fram metoder för hur man kan arbeta med detta, t ex med stöd av rollspel i Virtual Reality.

Vilka instrument används för livsskattning och hur ser ni på resibiliteten i skattningen?

Svar: I det rättspsykiatriska kvalitetsregistret, som samlar in information om upplevd livskvalitet hos personer som vårdas inom rättspsykiatri, används en så kallad "VAS-skala", där personen skattar sin upplevelse på en skala från 0–100. Det finns mer etablerade självrapporteringsformulär för detta, men dessa används mer i forskningssammanhang än i vården. Här skulle vård och forskning kunna samarbeta mer!

Det verkar vara en väldigt hierarkisk organisation inom professionen i rättspsykiatri? Om man kan bli bortglömd som patient för att en läkare slutar, vilket vi hörde ett exempel på under kunskapsdagen, har inte läkaren för mycket makt och för stor roll i sammanhanget då?

Svar: Jag ställde frågan till min hemregion hur det kunde komma sig att jag glömdes bort. Svaret jag fick var att min tidigare läkare som var remissansvarig och som hade

*huvudansvaret för min placering på den rättspsykiatriska kliniken. Inte hade överlämnat ansvaret till någon annan i hemregionen i samband att h*n slutade. Samtidigt pågick en omorganisering inom organisationen, och att jag befann mig på rättspsykiatri försvann någonstans i kaoset, fram till jag själv tog initiativet till att kontakta min hemregion. Därefter gick allt väldigt fort, och hemregionen fick mycket kritik för jag glömdes bort. Min f.d terapeut klev in som kontaktperson och börja reda i situationen som uppstått. Vilket jag är tacksam för. Omorganisering och min läkares miss att överlämna ansvaret är självfallet ingen ursäkt för att glömma bort en patient som befinner sig på en rättspsykiatrisk klinik utanför hemregionen. Däremot har jag flera gånger ställt mig frågan (och gör fortfarande) hur det kom sig att varken läkare, eller behandlingspersonal på rättspsykiatri ifrågasatte eller uppmärksammade det faktum att min hemregion inte tog kontakt eller sammankallade till vårdkonferens eller uppföljningsmöte. Eller rent av att man från klinikens sida inte själva tog initiativet till att sammankalla till vårdkonferens.*

Från professionens sida är det oerhört viktigt att vården som bedrivs är likvärdig och evidensbaserad. Det finns flera delar i detta som är viktigt - dels att det finns en god samverkan och uppföljning mellan vårdgivare och andra samhällsaktörer som gör att händelser som den som beskrevs inte kan uppstå, dels att rättspsykiatrisk vård arbetar med hur personcentrerad vård kan användas inom rättspsykiatri.

Utifrån min erfarenhet som också är före detta patient tror jag inte just rättspsykiatri är mer hierarkiskt än psykiatri övrigt. Det finns dock en outtalad "hierarki" gentemot Förvaltningsrätten, upplevde jag. Självklart skall en maktstruktur ej göra som i exemplet att Patient glöms bort. Orimligt och skall beivras hos Ivo, Patientnämnd "Lex Maria" etcetera.

Att fylla sin tid när man vårdas i rättspsykiatri är för många ett stort problem. Vad görs för att minska institutionalisering och bristande innehåll i vardagen ute på olika verksamheter?

Svar: *Absolut! Detta är en viktig del av vårdens rehabiliterande funktion. Innehåll i vardagen inom slutenvård ser olika ut på olika vårdenheter, varför vi inte kan ge en sammanhållen bild över vad som finns tillgängligt. På många enheter arbetar man med individuella veckoscheman, för att aktiviteterna i vardagen ska ha en tydlig koppling till vårdplanen. Vilka aktiviteter som finns tillgängliga och som är lämpliga måste också ta hänsyn till i vilken fas personen befinner sig i. Till exempel är det en stor skillnad för en person som är i en akutpsykotisk fas och en person som har ett stabilt psykiskt mående och är i en utslussningsfas.*

För mig (som patient) var det viktigt med samtal, aktiviteter (både på Aktivitetscentrum och avdelning), social samvaro, social träning, stödperson (stöd till), permissioner för aktivitet, planering kring allt sådant som rör adl (allmän daglig livsföring) – det hjälpte mig till återhämtning.

Finns det någon forskning som görs på journalföring inom RPV? till exempel på hur negativa värderingar eller rena felaktigheter där kan få konsekvenser för patientsäkerheten?

Svar: Det finns pågående forskning som undersöker stabiliteten i psykiatriska diagnoser för personer under tiden de vårdas inom rättspsykiatri. Preliminära resultat kan finnas tillgängliga under 2021.

Vilka exempel finns i verkligheten på det som kallas "delat beslutsfattande"?

Svar: Detta är en svår fråga då det är väldigt individuellt hur delat beslutsfattande kan se ut i vardagen. Ett exempel på en särskild metod som används inom rättspsykiatri i Skåne samt på Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö är det som kallas för "riskhanteringsplan" eller "trygghetsplan". Metoden går ut på att personen tillsammans med vårdpersonal går igenom olika situationer där risken för våld är särskilt hög och tillsammans lägger upp strategier för hur detta ska hanteras. Detta följs sedan upp regelbundet, av personen tillsammans med vårdpersonal, under vårdtiden. Syftet med metoden är att tillsammans minska risken för framtida våld. Denna metod utvärderas just nu i en forskningsstudie; <https://www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/rattpsykiatri/forskning-och-utveckling/aktuell-forskning/form--utvardering-av-strukturerad-hantering-av-risk-for-hot-och-vald/>

Jag upplevde som patient att vårdplan, aktiviteter, permissioner, kontakter, möten, min stödperson etcetera bidrog till att främja delat beslutsfattande för mig.

När det gäller olika metoder som nämnts, som t.ex. Mi, KBT, LPT, IMR etc. - hur ser det ut med kompetensen hos alla de som möter patienten i vardagen? (skötare, sjuksköterska etc.)

Svar: Detta ser också väldigt olika ut på olika vårdenheter. Sveriges Regioner och Kommuner gjorde en översyn av detta för 3 år sedan, där man kan se hur det ser ut i landet; <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/04/V%C3%A5rdens-inneh%C3%A5ll-i-r%C3%A4ttspsykiatri-kartl%C3%A4ggning-2017.pdf>

Vad görs konkret för att hjälpa patienter ut i aktivitet på arbetsmarknaden under utslussningsfasen?

Svar: Detta utgår från personens individuella förutsättningar. Det kan handla om allt från arbetspsykologiska- och arbetsterapeutiska utredningar för att ge en bild av personens förutsättningar för att sedan kunna göra en hållbar planering, med olika typer av

arbetsträning/utbildning. Arbetsträning kan till exempel ske i särskilt anpassade verksamheter. Det kan även handla om att personen går utbildningar som kan underlätta återkomst till arbetsmarknaden. Men, som sagt, detta är väldigt individuellt! Ofta är en kurator/socionom och omvårdnadspersonal involverad i dessa delar.

Grunden i en människas liv är att få känna mening och att man har ett värde. Varför utgår så mycket i rättspsykiatri bara från det medicinska perspektivet?

Svar: Att känna mening och värde är verkligen grundläggande för människor! Rent historiskthar rättspsykiatri präglats av ett medicinskt perspektiv men min uppfattning är att detta har ändrats, och fortsätter att ändras. Rättspsykiatrisk vård kan beskrivas som ett pussel, som läggs tillsammans med personen själv, vårdpersonal, olika professioner och i viss utsträckning anhöriga.

Det ligger en omedveten värdering i begreppet "schizofreni". Samtidigt talas det idag om funktionsnivå. Vad görs för att, från vården och dess representanter, arbeta med värderingar och attityder kring detta?

Svar: Här blir man nyfiken på vilken omedveten värdering som menas? Egentligen besvaras nog denna fråga bäst genom en öppen diskussion. Rent faktamässigt definieras schizofreni som en psykisk sjukdom, med ett antal tydliga diagnoskriterier som ska uppfyllas för att diagnos ska kunna ställas. Som för alla psykiska sjukdomar är just nedsatt funktions-förmåga en viktig del i att det beskrivs som just en sjukdom. Även om det inte finns nationella riktlinjer för hur man arbetar med värderingar och attityder kring psykiska sjukdomar som schizofreni, ingår detta i grundutbildning för vårdpersonal inom psykiatri och är också ett återkommande (och oerhört viktigt) tema inom rättspsykiatriska vårdverksamheter. Förhoppningen är att vården tillsammans med brukarföreningar kan arbeta med ökad förståelse och kunskapsspridning om detta.

Det är långa vårdtider i RPV. Vilken är er erfarenhet av resultatet av vården?

Svar: För att kunna ge ett bra svar på denna fråga är det viktigt att först reda ut vad som menas med "resultat". Denna definition av "resultat" ser förmodligen väldigt olika ut beroende på vem du frågar, till exempel personen själv, vårdpersonal eller Förvaltningsrätten. Det som är viktigt att komma ihåg när man undersöker vårdtiderna är att personerna som vårdas inom rättspsykiatri ofta har en komplex problembild, med såväl svåra psykosociala förutsättningar (t.ex. bristande socialt nätverk, ekonomiska svårigheter) som en komplex psykiatrisk problembild (t.ex. samsjuklighet med missbruk och psykosjukdom). De flesta har också vårdats inom psykiatri innan de dömdes till rättspsykiatrisk vård. Oavsett hur man definierar "resultat" av vården är det viktigt att

försöka uppnå resultat som är långsiktigt hållbara, så att personen kan leva ett liv med mening och fungera i vardagen. För vissa personer kan detta innebära ett liv ute i samhället, medan andra personer kan behöva ett långvarigt stöd av vården.

För egen del som patient var resultatet av vården gott. Jag har även sett fler medpatienter med gott resultat. Enligt statistik färre återfall i brott från RPV än Kriminalvården, vad jag förstått.

På vilka sätt är patienten och dennes anhöriga med i vårdplaneringen?

Svar: *Jag upplevde som patient att jag i högsta grad fick vara delaktig i just min vårdplanering. Mina anhöriga fick information genom att vara delaktiga i permissioner.*

Finns det någon instans som granskar att verksamheterna verkligen erbjuder det som står på pappret, när det gäller t.ex. psykosociala interventioner?

Svar: *Den myndighet som granskar alla vårdverksamheter i Sverige är Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO); <https://www.ivo.se/om-ivo/uppdrag/>. Det som försvårar granskningen av vilka insatser som ges inom rättspsykiatri är att det inte finns nationella riktlinjer för hur rättspsykiatrisk vård ska bedrivas när det kommer till vårdens innehåll.*

Till vem kan patienter eller anhöriga vända sig om det föreligger tveksamheter i vården?

Svar: *Inga svar har inkommit på denna fråga.*

Finns det statistik över hur stor del patienter inom rättspsykiatri som skrivs ut?

Svar: *Se svar på tidigare, liknande fråga.*

Hur kan man bäst motverka upplevelsen av informellt tvång i vårdande psykosociala insatser?

Svar: *Väldigt intressant med frågan om informellt tvång. Det finns pågående kunskapssatsningar om detta som riktar sig till vårdpersonal, med ett utbildningspaket för att höja medveten om detta hos vårdpersonal. Det är ett första steg i denna process. Denna satsning drivs av ett nätverk i sydöstra Sverige som heter DIPS (Delaktighet i psykiatrisk tvångsvård). För att komma i kontakt med DIPS kan man höra av sig till nätverksordförande Ulrica Hörberg, professor i vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet; <https://lnu.se/personal/ulrica.horberg/>.*

Jag anser att LRV med SUP i sig är en diskriminerande och stigmatiserande lagstiftning just för att bedömningen av risken för återfall i grov brottslighet då är avgörande för utskrivning eller ej. Denna bedömning görs ju inte för personer som dömd till fängelsestraff och implicerar därmed att patienter med psykisk ohälsa är att betrakta som farligare än andra. Vad har ni för tankar om detta?

Svar: Bedömning av risk för återfall i grov brottslighet, till exempel våldsbrott, görs även för de som döms till fängelsestraff och utgör en grund för planering av insatser under strafftiden; <https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/nyheter/2019/juni/gott-betyg-till-rbm-b/>. Det finns mycket forskning om vilka faktorer som bäst förutsäger återfall i brottslighet, där exempel på de faktorer som är viktigast för detta är ålder när man börjar begå brott och om en historik, eller aktuellt, missbruk av alkohol/droger finns. Här är det viktigt med kunskapsspridning för att minska stigmatisering, se till exempel denna debattartikel: <https://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/05/Psykisk-ohalsa-och-valdsbrott--inget-okomplicerat-samband/>.

Hur kan brukarrörelsen bidra till utvecklingen av den rättspsykiatriska vården?

Svar: På väldigt många sätt och vi arbetar aktivt med detta. Arbeta pågår på såväl lokal som nationell nivå och inom vårdverksamheter och forskning. De brukarrörelser som är aktiva i detta är Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR). Se till exempel: <https://nsph.se/sa-har-paverkar-vi/projekt/inflytande-i-rattpsykiatri/> <https://www.gu.se/celam/utveckling/forevidence>.

Hur skiljer sig bemötande och mottagande av patient som kommer till rättspsykiatrisk klinik mot den som kommer till ett "vanligt fängelse"? (Fråga riktad främst till Märta och Åsa)

Svar: Denna fråga besvaras nog egentligen bäst av de personer som har egen erfarenhet av att komma till båda dessa typer av verksamhet. Detta skulle vara ett mycket bra att undersöka, till exempel genom intervjuer med personer med denna erfarenhet! Om vi ska spekulera så finns det förmodligen betydande skillnader, då en rättspsykiatrisk klinik är en vårdenhet och inte ett fängelse. Som personal ser det också väldigt olika ut. På en rättspsykiatrisk vårdavdelning är personalen tillgänglig direkt ute på avdelningen för att "fånga upp" och möta patienterna. Detta är inte alltid fallet inom Kriminalvården. Förmodligen är det också betydande skillnader beroende på vilken typ av säkerhetsnivå man vårdas på i rättspsykiatri. På den högsta säkerhetsnivån ser kliniken, utifrån sett, ut mycket som ett fängelse med höga murar och stängsel. På den lägsta säkerhetsnivån kan avdelningen se ut mer som en vanlig sjukvårdsavdelning/särskilt boende. Men jag tror att detta måste undersökas och vill gärna ta vidare detta som en idé!

Hur ser forskningsfältet ut inom kriminalvården - samarbetar man med rättspsykiatri i detta?

Svar: Svensk kriminalvård har arbetat mycket med utvärdering av sina behandlingsprogram; <https://www.kriminalvarden.se/omkriminalvarden/publikationer/forskningsrapporter/utvardering-av-kriminalvardens-behandlingsprogram1/>. Där kan den rättspsykiatriska forskningen inspireras av deras strukturerade utvärderingsmetoder. Just nu pågår samarbeten mellan Kriminalvården och rättspsykiatri kring utvärdering av en ny behandlingsmetod för personer med aggressionsproblematik; <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/virtual-reality-ska-hjalpa-aggressiva-fangar>. Svaret på frågan är alltså ja och vi hoppas på att kunna fortsätta och bredda denna samverkan.

Vad är skillnaden mellan schizofreni och andra psykossjukdomar?

Svar: Inga svar har inkommit på denna fråga.

Patienter som är motiverade borde få fler och oftare möjlighet till fysisk aktivitet som man vet förbättrar även psyket. Varför är det så få timmar som erbjuds trots att man vet att "kropp" och "knopp" hör ihop?

Svar: Bra att detta lyfts! Vi lär oss hela tiden mer om hur "kropp och knopp" hänger ihop och på många rättspsykiatriska enheter pågår satsningar för att öka den fysiska aktivitetsnivån för personer inom den rättspsykiatriska vården. Det pågår också forskning om just detta; <https://fysioterapi.se/han-bryter-ny-mark-inom-rattpsykiatri/>.

Varför ställs så många aktiviteter bara in på rättspsykiatri under pga corona - borde man inte kunna hitta nya sätt att genomföra saker på så att vården inte bara "går i stå"?

Svar: Precis som svaret på en tidigare fråga: detta år har inneburit utmaningar för alla i samhället. För den rättspsykiatriska vården har det tyvärr påverkat aktiviteter och möjligheter till besök. Arbete med en omställning till digitala möjligheter fortsätter att pågå och ja, det är väldigt viktigt att vården inte "går i stå". Det som är viktigt att ha med sig är att vissa personer som vårdas inom rättspsykiatri kan tillhöra riskgrupper för allvarlig covid-19-sjukdom. Därför är det oerhört viktigt att försöka minimera riskerna för smittspridning på rättspsykiatriska vårdavdelningar. Det finns ett forskningsprojekt i uppstart, under ledning av docent Björn Hofvander, som kommer att undersöka den rättspsykiatriska vården och covid-19.

Varför ingår inte anhöriga i det gemensamma beslutsfattandet?

Svar: Inga svar har inkommit på denna fråga.

Hur kan det komma sig att det finns hinder för anhöriga även om patienter inte säger nej?

Svar: Inga svar har inkommit på denna fråga.

Hur många inom rättspsykiatrisk vård har autism respektive ADHD?

Svar: Autism och ADHD, som kan samlas under paraply-begreppet "neuropsykiatriska funktionsnedsättningar" kan förekomma både som huvud- och tilläggsproblematik hos personer som vårdas inom rättspsykiatri. Enligt det rättspsykiatriska kvalitetsregistret hade 11 % (män) och 13 % (kvinnor) av personer som vårdades inom rättspsykiatri året 2019 någon form av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som huvuddiagnos. Det är vanligare att autism är huvuddiagnos än att ADHD är det.