



FÖRDJUPAD UPPFÖLJNING AV
RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD VID
REGIONVÅRDSENHETEN
SÄTERS SJUKHUS



RAPPORT

*Birgitta Ståhle, Martin Grann, Anni Woodhouse,
Lillemor Lövström, Eva Siversson, Knut Sturidsson*

Innehåll

1. Bakgrund	3
Utfall av rättspsykiatrisk vård	4
2. Syfte.....	6
3. Studiegrupp – De f. d. Säter-patienterna.....	7
4. Metod	11
Instrument.....	11
Säters Semi-Strukturerade Intervju – (SSSI)	11
MacArthur Community Violence Screening (MacAVI) ..	14
Social Adjustment Scale – Self-Report (SAS-SR).....	14
Känsla av Sammanhang (KASAM)	14
Kollateralintervjuer	15
5. Etiska överväganden.....	16
6. Resultat	17
Relationer och socialt nätverk	17
Social anpassning	20
Psykiatrisk vård.....	22
Myndighetskontakter	26
Kriminalitet	27
7. Sammanfattning	29
8. Fortsättningen: Utvecklingen av S.O.R.M.....	31
9. Avslutande diskussion	33

Referenser

1. Bakgrund

Varje år överlämnas i Sverige omkring 200 brottslingar till rättspsykiatrisk vård enligt Lagen om Rättspsykiatrisk Vård (LRV 1991:1129). De flesta av dessa är våldsbrottslingar som är hårt belastade i kriminellt, socialt och psykiatriskt hänseende (Holmberg 1994; Belfrage 1995). Socialstyrelsens senaste patientinventering 1996 fann att sammanlagt 700 individer vid det tillfället var intagna enligt LRV (SoS 1997). Trots att denna samhällsinsats är mycket dyr, slutenvårdsplats på specialsjukhus kostar för närvarande omkring 4000 kr per patient och dygn, finns det mycket få systematiska studier av dess egentliga effekter i termer av psykiskt tillfrisknande och brottsprevention. De studier som gjorts pekar dock på att en stor andel individer, mellan 25-40 %, återigen dömts för svåra brott inom en femårsperiod efter utskrivning (Belfrage 1991; Grann *et al.* 1999; Tengström *et al.* 2000). Med tanke på de ödesdigra och kostsamma konsekvenser ett brottsåterfall har för såväl brottsoffren, anhöriga, individen själv och samhället är behovet av uppföljnings- och utvärderingsstudier i syfte att förbättra vården och utveckla preventiva strategier utomordentligt stort.

Under senare tid har därför intresset för forskning kring riskbedömning och farlighet från framförallt Nordamerika vuxit starkt i Sverige. Idag finns flera strukturerade metoder för sådan bedömning, det mest kända exemplet är riskbedömningsinstrumentet HCR-20 (Webster *et al.* 1997), som också finns i en svensk version (Belfrage & Fransson 1997). Andra exempel är expertskattningssinstrumenten för psykopati, PCL-R och PCL:SV (Hare 1991; Hart, Cox & Hare 1997). Forskningsresultaten kring dessa metoders förmåga att korrekt bedöma risken för fortsatt brottslighet - särskilt våldsbrottslighet - visar mycket lovande resultat (t ex Otto 1992; Salekin 1996; Serin & Amos 1995; Rice, Harris & Quinsey 1990). De används redan på flera håll i Sverige inför utskrivningsprövning i länsrätt. Vidare studier mot anpassning för våra svenska förhållanden

är dock fortfarande angeläget; i Sverige är dessutom behovet av utbildning i användandet av dessa metoder fortfarande stort.

Utfall av rättspsykiatrisk vård

Det är i detta sammanhang viktigt att söka klarlägga vad ett positivt respektive ett negativt utfall efter rättspsykiatrisk vård egentligen består i ("good outcome" respektive "bad outcome"). Detta är en frågeställning med många dimensioner. (c.f Gendreau & Ross 1987; Gendreau, Cullen & Bonta 1994; Gendreau 1996). I ett rättsligt perspektiv är det förstås önskvärt att undersöka om en våldsbrottsling begår nya brott. Detta bör på många sätt också kunna sägas vara huvudintresset ur allmänhetens synvinkel. Ur ett bredare samhällsperspektiv blir det dock väsentligt huruvida individen rehabiliteras även i andra hänseenden; i vilken utsträckning fortsätter han eller hon sin medverkan i andra former av brottslighet i samhället, och i vilken utsträckning blir individen själv brottsoffer? Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan *utfall* snarast definieras utifrån hur "lönsam" individen blir, genom t.ex. rehabilitering till förvärvsarbete, respektive hur "kostsam" individen blir som konsument av socialtjänst, hälso- och sjukvård, allmänna bidrag m.m.

Med ett mer renodlat medicinskt eller folkhälsovetenskapligt perspektiv hamnar fokus snarare på huruvida individen "tillfrisknar" psykiatriskt av LRV-vården. Söker han/hon behandling i allmänpsykiatri efter avslutad LRV-vård, och isåfall i vilken utsträckning och i vilka former; medicinering, avdelningsvård, psykoterapi?

Slutligen bör *utfall* även beaktas ur mikroperspektivet, det vill säga ur individens eget och dennes närmastes perspektiv. Vad är den egna upplevelsen av hälsa och livskvalitet efter rättspsykiatrisk vård? Hur ser den f.d. LRV-patienten själv på den vård han/hon erhållit? Hur har anhörigas situation förändrats över tid under och efter vårdtiden?

Vår hypotes är att *positivt utfall* och *negativt utfall* inte entydigt låter sig definieras ur endast ett eller ett par av ovan skisserade perspektiv. Sannolikt utgör varje enskilt *utfall* en "mix" i detta avseende, genom

att vara både positivt och negativt på olika nivåer. Vår utgångspunkt är därför att utfallsbegreppet förtjänar en egen typologi. Denna typologi kan i sin tur genereras på en rad olika sätt; den kan baseras på kvalificerade hypoteser utifrån kliniska erfarenheter; den kan (och bör) baseras på socialpolitiska frågeställningar. Ansatsen måste också anpassas efter vad som är praktiskt och etiskt möjligt att undersöka.

*

En av de största samlade forskningsansatserna hittills i Sverige på området gick under namnet *TreBe-projektet*; en akronym för *Brott, Behandling och Bedömning av psykiskt störda lagöverträdare*. TreBe-projektet utgick från Sektionen för Rättspsykiatri vid Karolinska Institutet och leddes av professor Gunnar Kullgren. Projektet omslöt ett tiotal forskare och forskningsassistenter från flera medicinska och samhällsvetenskapliga discipliner; rättspsykiatriker, barn- och ungdomspsykiatriker, psykologer, socionomer och kriminologer. Det fick stöd av anslag från bl. a. Riksbankens Jubileumsfond, Socialvetenskapliga forskningsrådet och Rättsmedicinalverket.

TreBe-projektet bestod av flera delprojekt som delade samma grundläggande design; de var alla retrospektiva uppföljningsstudier av individer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning mellan åren 1988 och 1995.

I det följande beskrivs förevarande projekt där avsikten är att affiliera en ansats inom FoU-området utgående från den rättspsykiatriska Regionvårdsenheten, sedermera Rättspsykiatriskt Centrum, vid Sätters sjukhus med TreBe-projektet. Klinikledningen vid Rättspsykiatriskt Centrum har sedan länge ambitionen att följa upp och vidareutveckla den rättspsykiatriska vården, och grundidén är att det redan insamlade materialet och den kompetens som finns inom TreBe skall kunna befrukta dessa.

Syfte

2. Syfte

Projektet syftar till att:

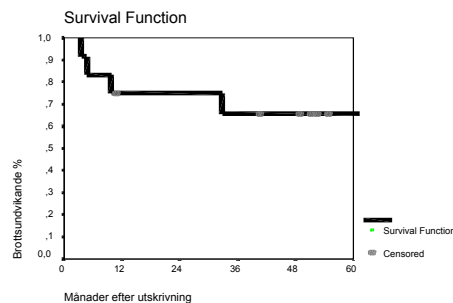
- göra en beskrivning av den före detta Säter-patientens livssituation
- genom fördjupat detaljstudium av utfallet i två patientgrupper efter avslutad vistelse vid Regionvårdsenheten pilotstudera effekten av vården
- vinna nya kunskaper om positivt och negativt utfall och vilka faktorer (bakgrunds-, individ-, vård- och kontextuella faktorer) som konstituerar dessa
- utveckla en strukturerad metod för kort- och långtidsuppföljning av LRV-vård avsedd för framtida rutinmässig användning, SORM.

3. Studiegrupp – De f. d. Säter-patienterna

I TreBe-projektet ingick två delstudier av särskilt intresse för förevarande projekt; en uppföljningsstudie av våldsbrottslingar med personlighetsstörning och en uppföljningsstudie av våldsbrottslingar med schizofreni. Dessa båda grupper kan ur klinisk synvinkel sägas representera två ändpunkter på ett hypotetiskt kontinuum av ”psykiatrisk svårighetsgrad”. I båda delstudierna fanns individer som efter indoxdom överfördes till vård vid någon av de rättspsykiatriska avdelningarna i Säter; i personlighetsstörningsstudien rör det sig om 14 individer och i studien om schizofreni 12 individer. Av dessa kom 7 personer i den ena gruppen (personlighetsstörning) och 4 personer i den andra (schizofreni) att ingå i studien. Även om gruppen är liten stod den vid aktuella vårdtillfällen för en sammanlagd vårdtid på ca 17 000 dagar, motsvarande en vårdkostnad om ca 70 miljoner kronor (4000 kr/dygn).

Genom de analyser som gjorts beträffande gruppen personlighetsstörda vet vi redan en del om hur det gått för dessa under och efter vårdperioden, åtminstone i termer av återfall i våldsbrott. Figur 1 visar en s.k. överlevnadsanalys av individerna med personlighetsstörning. Som framgår hade ca 30% av dessa dömts för nya våldsbrott 36 månader efter utskrivning.

Figur 1.



TreBe-projektets uppläggning, tillstånd och resurser gav möjlighet endast till uppföljning baserad på registerdata (från t.ex. polisregistret och Socialstyrelsens patientstatistik) och journalmaterial. I förevarande projekt görs istället djupstudier med kvalitativ metodik, där de f.d. patienterna, behandlarna samt kontaktpersoner under vårdtiden intervjuas.

En forskningsassistent från TreBe-projektet sökte tillsammans med en erfaren kliniker från Regionvårdsenheten upp den f.d. patienten. Medan dess forskningsassistenten med fördel kunde vara behjälplig med att identifiera och spåra individerna samt ombesörja administration, var det klinikern från Regionvårdsenheten som beslutade exakt hur intervjupersonerna kontaktades i varje enskilt fall. Detta kunde ske via brev eller telefon. Om samtycke för deltagande gavs träffade klinikern och forskningsassistenten intervjupersonen tillsammans på sätt som gjordes upp efter omständigheterna.

Varje intervju tog upp till tre timmar, där bl.a. följande frågor berördes enligt ett särskilt s.k. semistrukturerat intervju-schema som utvecklats för ändamålet. I korthet berörde frågeställningarna bl.a. områden såsom;

Allmän livskvalitet – Existerar det förhoppningar inför framtiden, mål i tillvaron? Självkänsla och egenvärde? Känner sig individen delaktig i en social gemenskap? Finns det någon, för individen, betydelsefull sysselsättning i tillvaron?

Social situation – Vilken form av boende, försörjning och sysselsättning har individen? Finns det någon partner eller familj med i bilden? Hur ser individens sociala liv ut, dvs. vänner, föreningsliv?

Psykiatrisk vård – Hur ser man på vården i retrospekt? Vad anser individen om vårdens innehåll? Vad upplevdes som positivt - negativt? Har vården på något sätt påverkat individens livssituation som den ser ut idag? Hälsotillstånd, symtom, missbruk? Pågår det någon slags behandling i dagsläget i form av t.ex. medicinering, samtalsterapi? Upplevt stöd och engagemang från sjukhuset vid utskrivning?

Kriminalitet – Hur ser individen på sin kriminalitet, eventuella återfall, tidigare kriminalitet, dvs. den innan vårdtiden. Kriminell identifiering?

Myndighetskontakter – Hur är den allmänna inställningen mot myndigheter? Aktuell kontakt? I vilken form, utsträckning? Upplever man att man fått stöd och hjälp för en återanpassning i samhället, på arbetsmarknaden?

Intervjuerna kompletterades även med ett standardiserat frågeformulär (SAS-SR) i enkätform som delades ut till samtliga individer. SAS-SR har för Multi-Health Systems nyligen översatts till svenska av några av forskarna i TreBe-gruppen.

Efter att samtycke hade inhämtats intervjuades sedan också åtminstone en av intervjupersonens f.d. behandlare på Regionvårdsenheten, t.ex. behandlande läkare eller terapeut.

Intervjuerna togs upp på band (utom i ett fall). Inledningsvis sammanställdes varje unikt utfall för sig utan sortering. Man var intresserad av att veta om vissa utfall samvarierade (inom-individ), t.ex. om psykiska besvär/symtom och psykiatrisk vårdkonsumtion hänger samman med bostadslöshet eller arbetslöshet, eller med bristande socialt nätverk. Sortering gjordes därefter enligt utfallsfaktorer som dem ovan; allmän livskvalitet, social situation, psykiatrisk vård osv. Här var frågan närmast om vissa typer av utfall (gruppnivå) är relaterade till vissa riskprofiler såsom de såg ut när vårdperioden på Regionvårdskliniken en gång inleddes. Slutligen var man intresserad av huruvida individens egen beskrivning av utfallet (enligt SAS-SR) överensstämde med den samlade expertbedömningen. Utifrån dessa pilotdata kan i förlängningen således ett instrument för att mäta *outcome* i vid bemärkelse konstrueras, såsom tidigare exemplifierats med *GAO – 20*; Global Assessment of Outcome (Grann 1998).

Projektets första mål med avseende på kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling var att tillse att kunskaper om värdeffekter som kan formuleras på konkret nivå återförs till Regionvårdsenheten. Detta

Studiegrupp – De före detta Säter-patienterna

sker i såväl skriftlig som muntlig återrapportering till klinikledning, vårdpersonal och andra avnämare.

Projektets andra mål avseende kvalitetssäkring/kvalitetsutveckling rör den tillväxt av intresset för och kunskaper om lokalt FoU-arbete på Regionvårdsenheten som man tror uppstår i kontaktytan mellan kliniken och Karolinska Institutet.

Projektets mål avseende forskning är att den kvalitativa analysen av materialet skall låna sig till vetenskapliga hypoteser om faktorer som konstituerar utfallen i grupperna; hypoteser som sedan kan reproduceras i större material inom ramen för andra projekt. De erfarenheter av vård- och eftervårdsverkligheten som finns på Regionvårdsenheten och inom ramen för projektet utgör ett ovärderligt bidrag till forskningen på området. Ett andra forskningsmål är att formulera ett utkast till en typologi över utfall enligt vad som skisserades under Bakgrund. Genom de erfarenheter forskargruppen i TreBe redan vunnit tycker man sig ha identifierat ett behov av att lämna enkla klassificeringar av kriterievariabler (t.ex. ”återfall i brott/inte återfall i brott”) till förmån för mått med högre upplösning och större utrymme för komplexitet.

4. Metod

Intervjun inleddes med att en kort beskrivning lästes upp för personen om vad som skulle komma att ske under intervjuens gång. Man förklarade vilka ämnen som skulle komma att beröras samt vilka instrument som inkluderades. Man bad också om ett medgivande till att intervjun spelades in på band. Tillfälle gavs också för eventuella frågor. I samband med detta fick den intervjuade också intyga att intervjun skett frivilligt och att samtycke givits till att kontakta behandlande personal på Säter. Intyget avsåg också tillstånd att granska journaler och eventuella registerutdrag.

Instrument

Säters Semi-Strukturerade Intervju – (SSSI)

Huvuddelen består av en ca 3 timmar lång intervju där personen får beskriva sina tankar kring de områden som beskrivs under rubrikerna nedan. Till sin hjälp har intervjuarna ett semistrukturerat intervju-schema, SSSI. Denna intervjumall har tillkommit i samarbete mellan kliniker på Säters Regionvårdsenhet och forskare på Sektionen för Rättspsykiatri, Karolinska Institutet. Instrumentet består av 5 olika avsnitt med ca 15-20 frågor under varje avsnitt. Sammanlagt är det upp emot ett hundratal frågor som ställs. I och med att intervjun är semistrukturerad så innebär det att frågorna inte nödvändigtvis behöver ställas i exakt samma ordning eller vara identiskt formulerade som i intervjumallen. Mallen skall utgöra en checklista för att man på så sätt kan vara säker på att få med alla de ämnen som avses. Detta tillvägagångssätt ger ett relativt stort utrymme för individuella variationer beroende på den intervjuades förmåga och/eller vilja att delge sina svar.

Metod

Här följer en kort beskrivning av frågorna i de fem olika avsnitten;

Social anpassning;

Här får individen beskriva sin sociala situation såsom boende, civilstånd, sociala relationer och sysselsättning. Här lämnas även utrymme för tankar kring individens vardag såsom trivsel, motivation samt om man upplever sin sysselsättning som meningsfull. Man går även in på om det finns några planer för framtiden och i vilken mån behov av hjälp erfordras för att realisera / konkretisera dem.

Relationer och socialt nätverk;

Under detta avsnitt beskrivs sociala relationer och tankar kring dessa. Om man lever i en relation får man beskriva den och hur man upplever att den fungerar. Är individen ensamstående lämnas här utrymme för att beskriva tankar kring detta. En viktig del är förhållandet till familj och vänner. Frågor såsom behovet av dessa kontakter samt om dem över huvud taget existerar berörs. Man frågar även om det i personens omgivning finns någon speciell person man känner att man kan lita på/anförtro sig åt.

Personen omedels också beskriva hur man tror att man uppfattas av andra människor i ens omgivning samt hur man själv uppfattar att man fungerar i relation till andra. Den intervjuade får även svara på om det finns någon social gemenskap och om man känner sig behövd och välkommen någonstans. Man berör även frågor beträffande vad man är nöjd respektive missnöjd med hos sig själv, om man upplever att man har något att ge till andra människor samt om det finns något man anser sig behärska bra.

Man berör även tankar kring om man är nöjd med sitt liv, om det finns något man skulle vilja ändra på samt planer och förhoppningar inför framtiden.

Psykiatrisk vård;

Under detta avsnitt får den intervjuade beskriva hur man upplevde vården på Regionvårdsenheten. Frågorna berör ämnen såsom delaktighet i planeringen av vården, kontakten med avdelnings-

personalen samt relationen till medpatienterna. Här lämnas utrymme för personen att konkret beskriva tankar kring den rättspsykiatriska vården. T.ex. om något hade kunnat göras bättre eller vad man själv ansåg vara en viktig faktor för det egna tillfrisknandet. Man berör också hur den egna livssituationen har påverkats efter vårdtiden samt om man fått den hjälp man önskat beträffande symtom, kriminalitet, den sociala situationen och eventuellt missbruk. Efter detta går man även in på hur situationen ser ut i dagsläget, avseende psykiska problem och missbruk. En viktig fråga är också vad man gör om det psykiska tillståndet försämras och om man anser att man då har någon att vända sig till.

Kriminalitet;

Under detta avsnitt resonerar personen kring sin syn på den egna kriminaliteten. Exempel på frågor kan vara om man begått något brott man inte dömts för samt om man återfallit i brott sedan vistelsen på Regionvårdsenheten.

Under detta avsnitt ges också utrymme att med egna ord beskriva brottet som föranledde vården på Regionvårdsenheten. Man får beskriva hur man själv ser på de brottsliga gärningar man dömts för samt om man uppfattar sig själv som kriminell.

Avsnittet avslutas med frågor om den egna våldsbenägenheten, om man umgås i kriminella kretsar samt den egna bedömningen av risken att begå nya brott.

Myndighetskontakter;

I detta avsnitt behandlas individens upplevelse av hur man blivit bemött av diverse myndighetspersoner samt om man anser att man behövt mer hjälp och stöd än man fått. Här berörs också tiden direkt efter vistelsen på Regionvårdsenheten, den s.k. utslussningen, där man resonerar kring om de resurser man fick till sitt förfogande var tillräckliga eller om det kunde ha gjorts annorlunda. Avsnittet avslutas med om personen har förtroende för de myndighetspersoner man har kontakt med.

Metod

För att ytterligare samla information om studiegruppen användes en del övriga instrument utöver den semistrukturerade intervjun. Data från dessa har använts för att komplettera den semistrukturerade intervjun.

MacArthur Community Violence Screening (MacAVI)

Detta instrument mäter våld i personens närmiljö. Personen får tänka tillbaka på den senaste månaden och svara på diverse frågor som avser mäta om man utsätter sig för situationer i det dagliga livet som kan medföra våld.

Detta är ett strukturerat instrument där intervjuaren läser upp en fråga och ett antal svarsalternativ. Personen får välja ett svarsalternativ som intervjuaren i sin tur kryssar för. Detta spelas även det in på band då det utöver de fasta svarsalternativen ofta förekommer målande beskrivningar av situationer som kan vara av intresse för studien.

Social Adjustment Scale – Self-Report (SAS-SR)

Formuläret berör frågor om individens sociala anpassning såsom individens fritid, familjeliv och eventuella arbete/utbildning. Detta instrument är även det strukturerat vilket innebär att det har ett antal fasta svarsalternativ som personen har att välja mellan. Detta har personen fått fylla i på egen hand utan någon inblandning från intervjuaren.

Känsla av Sammanhang (KASAM)

Detta instrument mäter individens upplevelse av sammanhang (Sense of Coherens), dvs. om man känner sig annorlunda i förhållande till andra människor runt omkring. Personen får själv fylla i ett antal fasta svarsalternativ som man tycker stämmer med den egna upplevelsen.

Kollateralintervjuer

Man har som komplement till den semistrukturerade intervjun (SSSI) också intervjuat personens kontaktperson på avdelningen under tiden för vården på Regionvårdsenheten. Detta är enbart för att få en så fullständig bild som möjligt av intervjupersonens situation. Till detta har man även, i den mån individen haft någon, intervjuat den behandlande terapeuten/kuratoren. Också detta för att ge en bred bild av olika aspekter i individens situation. Dessa intervjuer har skett med intervjupersonens tillstånd.

I intervjuerna med kontaktpersonen på avdelningen får denne beskriva den f.d. patienten inställning till vården samt om denna inställning kom att ändras under vårdtidens gång. Man får även resonera kring frågor såsom patientens skötsamhet, delaktighet i planeringen av vården, motivation för eventuell behandling samt tankar kring utskrivningen. I den kompletterande intervjun med patientens terapeut/behandlingspersonal ombeds denne beskriva patientens inställning till behandling, eventuell behandling, sjukdomsinsikt samt bearbetning av brottet o.s.v. Man går också in på återfallsrisk, tankar kring utskrivningen samt om man anser att den f.d. patienten fått den hjälp som behövdes. Initialt i studien förbereddes även för att intervju eventuell partner eller någon närstående anhörig till den f.d. patienten. Det har dock konstaterats vara omöjligt att genomföra då så gott som samtliga (en person gav sitt medgivande) nekade till att ge sitt tillstånd för detta.

5. Etiska överväganden

Att söka upp och ta kontakt med före detta patienter utgör potentiellt ett allvarligt integritetsintrång och är etiskt komplicerat. Även när det är rimligt att anta att de kunskaper som studien ger kan vara till stort gagn för andra patienter, för samhället samt även för individen självt. Att genomföra en personlig intervju med honom eller henne om personliga förhållanden, såsom psykisk hälsa eller kriminalitet, är likaledes en fråga för noggrann etisk prövning, även om det så sker med informerat samtycke. Det samma gäller även att intervjua andra personer rörande den före detta patienten, och kan icke ske utan dennes uttryckliga medgivande.

Studien underställdes prövning av Karolinska Institutets forsknings-etiska kommitté vid Huddinge Sjukhus (Dnr 508-98) och bifölls i februari, 1999.

6. Resultat

Gruppen som ingick i urvalet bestod från början av tjugotre personer. Av dessa hade två personer avlidit. Det var sammanlagt tjugoen personer som fick brev med en förfrågan om att delta. Av dessa tackade nio personer nej. Kvar var tolv personer som meddelade att de var villiga att delta i studien. Av dessa tolv var det en person som inte infann sig vid intervjutillfället och därefter valde att inte delta. Det var slutligen elva personer som deltog i studien, av dessa var tio män och en kvinna.

Av de åtta som tackade nej till att delta i studien var det sju personer som återfallit i brott. Av dessa var det fyra personer som återfallit i våldsbrott och tre personer som återfallit i övrig brottslighet. Bland våldsbrottslingarna hade en person begått åtta våldsbrott och två övriga brott, en person begått sju övriga brott och ett våldsbrott samt två personer som begått två respektive ett våldsbrott vardera.

Den person som inte återfallit i brott alls var till en början positiv till att delta efter det att man skickat ut brevet men ”övertalades av någon inom psykiatrin att inte lämna ut sitt liv”.

Relationer och socialt nätverk

Av de personer som intervjuades levde ca hälften i en relation (5 st) och de resterande var ensamstående (6 st). De som levde i ett parförhållande trivdes med det och var nöjda med sin tillvaro. De ansåg att de var lyckligt lottade som hittat någon som tyckte om dem för vad de var. Fyra av fem hade funnit en partner efter det att de begått brottet och därmed vårdats på Säter.

De som inte levde i en relation för tillfället hade tidigare haft negativa erfarenheter av förhållanden. Detta gjorde att de kände rädsla inför att ge sig in i nya förhållanden samtidigt som de uttryckte förhoppningar om att i framtiden träffa någon att leva tillsammans med. Majoriteten av de som inte levde i en relation förklarade detta

Resultat

som självvalt och att det inte kändes aktuellt med ett nytt förhållande för tillfället.

Det är för jobbigt.

Jag klarar inte av det just nu.

I de fall där brottet riktats mot den f.d. partnern var de medvetna om riskerna med att ge sig in i ett nytt förhållande alternativt gå tillbaka till det gamla. Det var något som de funderat mycket kring och då framförallt faran med att hamna i samma destruktiva mönster och att historien skulle upprepa sig.

Jag vill ha en kärleksrelation men jag är rädd för det. Jag backar om situationen uppstår. För närvarande är det bara på tankestadiet.

Men jag tror först och främst att man ska vara tryggare än vad jag är själv just nu innan jag kan bilda familj va', så att barn, hustru och så vidare kräver ganska mycket av en och klara av en sån relation.

Det sociala nätverket bestod främst av föräldrar och syskon men det fanns oftast ingen djupare kontakt dem emellan. Hälften (6 st.) av de intervjuade hade egna barn som betydde mycket för dem. Även hos de personer där umgänget med barnen inte var så intensivt var samtliga inställda på att den relationen skulle bli bättre.

Få av de intervjuade hade några nära vänner de kunde anförtra sig åt. Ofta var det något syskon eller en partner som utgjorde den enda nära kontakten för dessa personer. En individ uppgav att en anställd på Sätters Regionvårdsenhet var den enda person han kunde anförtra sig åt. De allra flesta saknade en social gemenskap. En majoritet beskrev att de dragit sig undan kontakt med andra på grund av att de känt sig annorlunda och stämplade av att de begått brott och vårdats rättspsykiatriskt. Man upplevde ett starkt utanförskap och en stor osäkerhet i kontakten med andra människor. Samtliga uttryckte ett missnöje med sitt sociala handikapp och önskade att de hade en förmåga att ta initiativ till nya kontakter och vara mer välfungerande i sina relationer till andra.

En del uppfattar mig som vem som helst, en del ser väl ner väldigt mycket på mig, de vill liksom ta avstånd och inte ha med mig att göra.

En annan problematik var den med den gamla bekantskapskretsen. Alternativet var att bryta helt för att undvika att dras med i brottsliga aktiviteter och missbruk igen. Detta, i kombination med oförmågan att skapa nya kontakter, kom att medföra en självvald isolering som var påtagligt smärtsam för många av de intervjuade. De upplevde också en slags rotlöshet i att inte känna sig hemma i något sammanhang.

Jag har inte skaffat några andra vänner efter Säter eftersom förra bekantskapskretsen jag hade sade jag upp när jag hamnade på Säter och det är ingenting man går tillbaka till direkt. Det är ungefär som om att man ber en gå tillbaka till knark och brott igen.

Det är väl dom med samma bakgrund, det kommer man ju aldrig ifrån. Det, jag skulle vilja ha andra bekantskaper och umgås med andra människor men jag tycker att det är så svårt, jag tycker inte att jag känner mig hemma där med den bakgrunden och nej. (...) Ja, precis mittemellan. Jag är inte lika mycket för att droga mig som dom och jag är inte lika stabil som dom andra. Man sitter i mitten på något sätt.

Jag känner mig inte hemma någonstans egentligen. (...) Problemet med sådana här institutionsvistelser är att umgänget blir något svårt. Det blir så ryckigt, det gör ju också att människor har svårt att släppa en in på livet just för att det känns så osäkert då va.

Något som upplevdes som mycket betungande var hur man skulle berätta om sin bakgrund när man knöt nya sociala kontakter. Man var rädd att man skulle "skrämma iväg" folk om man berättade om brottet och vården direkt, samtidigt som man också ville vara ärlig och inte dölja något.

På frågan om de hade några mål eller något som var värt att kämpa för svarade samtliga jakande. Det var relativt realistiska och konkreta mål såsom;

Resultat

(...)att leva ett normalt liv, (...)att bli drogfri helt och hållet, (...)att må bra helt enkelt, (...)att leva vidare, (...)att stötta och hjälpa mina barn, (...)skulle vilja ha ett jobb.

Ja, det är att inte hålla på med droger, att skaffa mig en utbildning, att fortsätta mitt skapande och försöka knyta kontakter med människor, kunna röra mig mera ute och inte bara vara i lägenheten så mycket, våga söka mig till situationer som kanske känns pressande förut, söka sig till och ja, våga lite mera.

På frågan om det fanns någonting de längtade efter svarade ett stort antal att de längtade efter ett familjeliv. De som redan hade barn längtade efter dem och de som inte hade några ville på sikt också skaffa familj och barn. Det fanns också någon som längtade efter sin familj i ett annat land.

Hälften av de tillfrågade var nöjda med sitt liv och upplevde att de kunde påverka sin livssituation. Majoriteten upplevde också att de hade något att ge andra. Två personer kunde inte se att de hade något att bidra med medan en person kunde tänka sig att han kunde bidra med något i kriminella sammanhang eller inom ramen den fritidsaktivitet han utövade.

Social anpassning

Av de elva intervjuade var det fyra personer som fortfarande var inskrivna enligt LRV. Två av dessa befann sig i en utslussningsfas med egna lägenheter medan de andra två var intagna på LRV-avdelningar.

Alla, med ett undantag, hade ett bra boende där de trivdes. De levde på sjukpenning, sjukpension, sjukbidrag eller socialbidrag.

De var också över lag mycket tacksamma att möjligheten till bidrag existerade då de annars varit tvungna att leva på socialbidrag och därmed varit ännu mer utsatta än de var. Man upplevde att det var den enda chansen till ett drägligt liv då arbete inte sågs som en realistisk möjlighet.

Jag har pension. Och det är jag glad för, för det finns ju inga arbeten, det är ju jättesvårt. Speciellt vid min ålder.

Jag fick sjukbidrag. I och med detta behövde jag inte gå på socialen och detta betydde väldigt mycket för mig.

Endast en person försörjde sig genom arbete på den öppna marknaden medan två personer hade ett s.k. skyddat arbete. Dessa tre trivdes bra med sina arbeten. Av de övriga åtta var det endast två som trivdes med sin vardag, de övriga vantrivdes med att inte ha någon sysselsättning – det blev för mycket fritid och därmed svårigheter med att fördriva tiden.

Nej, jag har väl tänkt också på det här med jobb och det är ju inte roligt, det är ganska trist och gå hela dagarna och, man har ju fullt upp hemma och så men man skulle ju gärna vilja göra någonting men då vet jag att det kommer att bli jättesvårt. (...) Vem skulle anställa mig om de tittar i papprenna och se vad man är dömd för, jag tror inte att jag skulle få jobb.

Nej, jag har inget jobb, har försökt sökt ganska mycket men det är omöjligt. (...) De frågar vad jag har gjort senaste tiden, jag har varit sjukskriven. Jag är så himla ärlig och säger att jag har varit här på kliniken och då säger de att de ska höra av sig men de gör de aldrig.

På fritiden ägnade sig hälften åt någon slags fritidsaktivitet såsom styrketräning, fiske, bilar eller data. Så gott som alla uppgav dock att de hade intressen och hobbyer de ägnade sig åt på dagarna såsom skogs promenader, måleri, fiske, matlagning och att titta på sport på tv. Det var två personer som inte kunde komma på något intresse eller någon sysselsättning.

Jag är en sjuk människa, jag kan inte jobba. Ja, intressen det är ju att jag skulle vilja åka någonstans, se på någonting, åka till min dotter oftare men jag har ingen bil, jag har inte råd, jag kan inte åka någonstans. Det finns ingenting för mig.

Psykiatrisk vård

När man bad personerna beskriva hur de upplevde den rättspsykiatriska vården på Regionvårdsenheten kunde man konstatera att så gott som samtliga var mer eller mindre positivt inställda till vården totalt sett. Det var bara en person som bara hade negativt att säga om vårdepisoden. Han nämnde dock vissa positiva saker såsom relationen till sin kontaktman och den utbildning han gick under vårdtiden. En annan person hade ingenting positivt att säga om vården då han aldrig förstått vad vården bestod i.

De som var positiva till vården gav uttryck för resonemang såsom;

(...)det har hjälpt mig att komma igen, (...)att ta ett nytt friskt andetag, (...)viss personal var bra och jag lyckades bryta mitt missbruk, (...)det var skönt att slappna av och kunna finna sig själv.

De tyckte också att det var en mänsklig vårdmiljö på Säter med övervägande bra personal.

Gemensamt för samtliga f.d. patienter var att de alla funnit någon eller några personer som varit viktiga för dem. Det kunde vara personen man hade samtalsterapi med eller någon personal på avdelningen man kommit nära. Gemensamt för dessa var att det var en person som de kunde anförtro sig åt och som visat dem omtanke och engagemang.

Flertalet poängterade vikten av en fungerande relation med kontaktpersonen på avdelningen. Det var viktigt att det var någon man kände förtroende för, vilket man inte hade förmågan, eller viljan, att göra med vem som helst och att personkemin var rätt. En sådan kontakt var mycket viktig ur vårdsynpunkt ansåg de.

Jag tror att någon enskild måste engagera sig starkt i den i patientens liv, både sociala och själsliga planet alltså för att det skall fungera bra. (...) Ja, det tror jag faktiskt, personlig kontakt va', för vi är så känslomässigt störda vi som varit inom vården sen tidig barndom, att vi har svårt att lita på folk, vi har svårt att ta till oss när dom säger nåt gott om oss. Om man ser t ex en patient och personal, dom där två dom umgås mycket och pratar och dom trivs ihop, dom där kan vi sätta tillsammans i vårdlaget, det tror jag. (...) Ja, för då bygger

man upp ett förtroende och dom sen kan vidareutveckla så att patienten mår bra, att dom sen kan fatta, göra grejer tillsammans, ut och cykla, vad om helst kanske, ut och bowla och umgås socialt, det tror jag utvecklar patienten alltså.(...) Ja, någon man kan lita på och nån som inte skjuter bort en fast man är jobbig va'. För vi är ganska jobbiga vi varit på psyke och som är inom psyke, vi är liksom inte lätta att handskas med om man säger så.

På frågan om de ansåg att de fått den hjälp de önskat beträffande bland annat drogmissbruk, symtom, social situation och kriminalitet svarade de att det främst berodde på att de kommit bort från de gamla, destruktiva kretsarna.

Jag levde ett väldigt tungt och destruktivt liv med mycket droger, kriminalitet och var väldigt nergången, så att komma till Säter var som en befrielse att komma ifrån det gamla dåliga livet. Nej, sådär har jag nog inte fått nån hjälp utan jag har kommit bort från mycket folk gjorde jag och det var ju det största som var bra egentligen, så jag kom bort från konstigt folk man umgicks med, så man inte satte sig i dumma situationer (...) det kom man ju ifrån det här med Sättersvängen så att, jag gallrar folk lite mer.

De flesta personer ansåg att det saknades möjlighet till meningsfulla aktiviteter under vårdtiden. De uttryckte önskemål om fler utåtriktade aktiviteter som ett sätt att undvika hospitalisering.

Framför allt tror jag att det skulle vara bra med mera utåtriktad verksamhet för de flesta blir väldigt socialt handikappade och man blir värre under vårdtiden, vilket gör att det är viktigt att träffa folk utanför i hög grad och sedan under vilka former eller vad det nu än skall handla om det tror jag nog man kan lämna ganska öppet utifrån var behoven finns. Men det är viktigt med sånt och att man inte låser sig fast enbart vid själva institutionen, alla saker skall ske på institutionen vad det än gäller. Om man skall träna eller gå i skolan eller limma på någon träbit eller vad det är. Utan att man försöker ganska snabbt när det är möjligt i varje fall, få mera, ja vara utanför.

Ja, det skulle finnas mera aktiviteter, en verkstad där man tillverkade några enkla saker åt en industri och de som ville skulle kunna få gå dit och ha en meningsfull sysselsättning. Det är liksom att bara att titta på MTV och kedjeröka det leder ju inte till så mycket.

Resultat

Säter fanns det ju inget arbete men det saknade man ju inte, det gick att fylla dagarna ändå (...) Jag gjorde ingenting. Det var det som var så bra.

Ja, jag gjorde inte så värst mycket, jag brukade spela på trav. Jag spelade bort runt 30 000:- på två månader någonting.

Jag gjorde ingenting, jag bara promenerade i korridoren och så gick jag in på mitt rum. Jag hade tråkigt, jag hade ingen att prata med. Ingen kunde mitt språk, tolken kom väldigt sällan dit, det var svårt.

Detta passiva innehåll i kombination med inlåsning tyckte alltså majoriteten av de intervjuade borde förändras. De poängterade att ändamålsenliga aktiviteter av varierande slag skulle hjälpa dem med såväl träning som konstruktiv aktivitet.

Andra negativa inslag som vissa ansåg var problematiska var att de mycket svårt sjuka vistades på samma avdelning som mer fungerande patienter. De upplevde detta som påfrestande och att det försvårade för de friskare att få utrymme till aktiviteter då personalen gick åt att ta hand om de svårt sjuka. Man uttryckte också en viss rädsla för farliga personer på avdelningen. Någon upplevde den intensiva affärsverksamhet som pågick mellan patienterna på avdelningen som störande.

Men sen så upplevde jag att det var en farlig miljö och vistas i, på Säter.(...) På avdelningen ja, det var farliga människor på alla avdelningar alltså och även utomhus.(...) Men vården på Säter, det var mycket övergrepp upplevda jag alltså på olika sätt.

Och det sker ju affärer hela tiden inom Säter alltså, på sjukhuset där, mellan rummen och byta stereo och grejer, TV:n och allt vad det nu är så är det inte bra.(...) Ja, det ledde till bråk ibland.

Majoriteten av de intervjuade hade inte känt sig delaktiga i vårdplaneringen. De få som ansåg att de varit delaktiga såg det som ett val man gjort.

Ja, jag kunde ju ha bestämt mig för att inte prata eller samarbeta. Man har ju ett val. Jag tog beslutet att jag ville vara delaktig.

Ja, det var jag ju. Men sedan, det blev inte så mycket planerat för jag rynde ju flera gånger. Så, det blev väl avbrott i planeringen.

Nej, inte särskilt. (...) Nja, nej det är inte bra att svara så heller för att det bottnar mera i att jag hela tiden kände inte efter egentligen i någon större omfattning vad jag själv önskade utan hela tiden tänka någonstans, försöka uppfylla andras önskningar, krav. Och i grunden bottnar det i manipulation, att smita igenom.

De flesta hade förtroende för vården och konkreta tankar kring vad som var viktigt för en ”god rättspsykiatrisk vård”;

Ja, det är ju att man försöker lösa problemen och diskutera hur saker och ting uppstått, så att man inte gör samma fel en gång till. Det är ju det viktigaste i alla fall, så att man inte kommer härifrån och fortsätter i samma bana.

Jag tycker att det är ganska viktigt att man får hjälp med att få en vettig tillvaro utanför det här, då man kommit härifrån, liksom att klippa av allting och kunna klara sig själv för det är ju en stor trygghet att vara här också, man kan liksom bara gå omkring och inte bry sig om någonting.

Förtroendet man bygger upp på en avdelning eller med en person tycker jag är mycket viktigt och det skall vara under en lång tid och får inte brytas, för då bli allt förstört för alltid och det går inte att bygga upp något nytt. Jag tänker inte börja om med någon ny terapeut någon annanstans utan om någonting måste brytas för fort så är det som om allting är borta det som man byggt upp.

Det är väl det här med att personalen måste kunna ta patienten, den intagne på...ja, får inte dra alla över en kam utan måste ta var och en som en, vad ska jag säga, ja, individuell individ.

Blandningen av frihetsberövande, medicinering och vård. Detta tillsammans med olika personers bakgrund och uppfostran. det påverkar människor olika. Det kan slå tillbaka(...) Bakgrund och familjeförhållanden har stor betydelse. Man måste ha något att komma ut till annars går det inte.

Det ska ju vara hårda regler på ett sånt där ställe för det är ju inga duvungar som sitter där. Men ändå, som på Säter, mycket mänskligt

Resultat

och hellre för snäll än för elak, inte på avdelningen men bland människorna som det kan växa så väldigt, ju mera elaka folk ju mera arg blir man ju själv.(...) Sista gången jag rymde fick jag dåligt samvete för jag tyckte att jag hade svikit personalen som vart så hyggliga mot mig, man fick dåligt samvete.

Att man framförallt ser till individen(...) och att personen i fråga inte bara är brott eller kriminalitet eller ond utan det finns så mycket annat. Och man framförallt ägnar sig åt att både peppa och tydliggöra vad som faktiskt är gott hos människan.

När man bad dem beskriva hur vården har påverkat dem som personer svarade de bl. a.;

Jag har fått insikt om mig själv mera.

Man blir nästan uppfostrad där på Säter. Man får en ny uppfostran.

Jag kan behärska mig utan att bli förbannad, kanske inte lika fort i alla fall.

Jag är inte elak längre, jag har ingen lust att till varje pris skada andra människor i min närhet.

Individen fick också resonera kring vad man skulle ta sig till om det psykiska tillståndet försämrades. Här hade samtliga någon person som de skulle kontakta. Det var alternativ såsom, husläkare, psykiatriker, allmänpsykiatrin, LRV-team. Tre personer hade personal på Säter som de skulle kontakta om de försämrades.

Myndighetskontakter

De flesta var missnöjda med utslussningen då de ansåg att de behövt mer stöd och hjälp när det gällde kontakten med olika myndigheter. De kände de sig stämplade som ”f d Säterpatienter” och fick därmed inte det engagemang och den hjälp som de ansåg sig ha behövt.

De tror att man kommer från sådana ställen och sedan har dom ju papper på vad man är dömd för då och det gör ju inte saken bättre. Dom tror ju att man är... Jag förstår dom, jag skulle också reagera så.

Om jag jobbade på ett sådant ställe och så kommer de och så tittar man i papperen och den är dömd för mord och har suttit på Säter, Karsudden och överallt, ”Usch, det är inte värt att vända ryggen till” (...). Ja, det återspeglas hos myndigheterna. Dom vet inte, dom bara ser det på papperena sedan vet dom inte vem jag är.

Kriminalitet

Beträffande indexbrottet, d v s det brott som föregick vården på Säter, var sex av elva personer dömda för mord. I ett fall rubricerades detta som vållande till annans död. Fyra personer fick rättspsykiatrisk vård efter att ha misshandlat någon, varav tre grovt. En person var dömd för våldtäkt.

Åtta av de elva var tidigare dömda för något våldsbrott och av de övriga tre var det en som var tidigare ostraffad och en annan hade tidigare fått dagsböter.

På frågan om de uppfattade sig själva som kriminella var det endast en person som svarade att han då, vid tiden för brottet, var kriminell. ”Nu är jag en normalperson.” Alla andra svarade nej på den frågan.

Nej, När jag tänker på kriminella då tänker jag mest på ekonomisk kriminalitet och stölder och sådant där, det är kriminellt, och rån och sånt där. Jag tänker aldrig på misshandel och dråp och mord, men det är ju en kriminell handling det med, men när jag hör kriminella då tänker jag mera på dom som..., men allting är ju kriminellt som folk bli dömda för.

När man bad personen att göra en egen riskskattning, d v s hur man såg på den egna våldsbänagenheten svarade sju av elva att risken var låg men att den ändå fanns där. Det hade främst med alkoholintag att göra samt den egna förmågan att kontrollera sitt humör. Några beskrev hur de aktivt försökte undvika att försätta sig i situationer som kunde innebära risker. Ett sätt var också att försöka lösa konflikter med ord istället och inte i handling som förut. De personer som svarat att risken inte var låg förklarade detta med att man aldrig kunde veta, då det fanns så mycket ilska inom dem. De konstaterade

Resultat

också att de i samband med alkoholpåverkan mycket väl skulle kunna hamna i bråk om de blev provocerade.

Det var endast fyra av elva personer som inte umgicks med bekanta som var aktivt kriminella. Det visar på svårigheten att bygga upp nya sociala kontakter samt att skapa en tillvaro som inte innehåller alltför många riskmoment.

7. Sammanfattning

I undersökningsgruppen ingick från början 23 personer. Utav dessa hade 2 avlidit, 9 avböjde att delta i studien samt 1 vilken inledningsvis tackade ja men som senare avböjde att delta i studien. Av de 11 som tackade ja till att delta i studien befann sig 4 fortfarande inskrivna inom LRV-vården vid intervjutillfället. Två av de inskrivna fanns i ett utslussningsskede med eget boende, medan 2 fanns kvar på LRV-avdelning.

En person i gruppen försörjde sig med arbete på den öppna arbetsmarknaden och 2 hade en s.k. skyddad anställning. Övriga personer levde på olika slags bidrag som t ex sjukpension alternativt sjukbidrag. I stort sett alla de som saknade sysselsättning uppgav att de vantrivdes med att vara sysslösa. Dock uppgav så gott som alla att de hade intressen som de ägnade sig åt på dagarna. Cirka hälften av de f.d. patienterna levde i en relation (gift alternativt sambo). Det sociala nätverket bestod främst av kontakt med anhöriga. Många påpekade bristen på nära relationer och att de saknade någon som de kunde anförtro sig åt. Många uppgav ett missnöje med sin sociala situation som de beskrev som ett subjektivt upplevt utanförskap och isolering.

Trots sociala brister upplevde många av de f.d. patienterna sin livskvalitet som hyggligt god och en viktig faktor var att de ansåg att de kunde påverka sin livssituation.

Omdömet beträffande kontakt med myndigheter var negativt. De allra flesta var direkt missnöjda med det stöd och den attityd man mött hos olika myndigheter som f.d. Säterpatient.

*

Intervjugruppens värdering och inställning till vården var genomgående god. Många betonar hur viktigt det var för dem att under vårdtiden ha goda relationer till kontaktpersoner eller andra viktiga personer i vården. Den viktigaste faktorn man pekade på var

Sammanfattning

förtroende samt engagemang. Negativa synpunkter på vården från gruppen var framför allt en brist på meningsfulla aktiviteter och innehåll i vården samt att man ej upplevde sig delaktig i den egna vårdplaneringen. Registerutdrag inhämtades för att granska återfall i brott för hela undersökningsgruppen. Dessa utdrag visar, för den grupp som deltog i intervjustudien, att där återfinns inget som helst återfall i våldsbrott. 4 utav de 11 personerna hade återfallit, dock i annan lindrig brottslighet. Vad gäller den grupp som ej deltog i intervjustudien, 9 personer, där återfanns 4 personer som återfallit i våldsbrottslighet samt 3 personer som återfallit i annan brottslighet. Gruppen som intervjuades ger flera förslag till åtgärder som de behöver för att klara sin sociala situation utanför en vårdinrättning.

8. Fortsättningen: Utvecklingen av S.O.R.M.

Erfarna kliniker vid Regionvårdsenheten i Säter har tillsammans med forskargruppen vid Sektionen för Rättspsykiatri vid Karolinska Institutet under 1999 arbetat med att ta fram ett instrument för strukturerad bedömning av utfall efter avslutad LRV-vård. Instrumentet går under arbetsnamnet Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring, SORM. Detta metodutvecklingsarbete har skett i nära samarbete och förväntas komma till användning både inom den vårdande rättspsykiatrin såväl som i forskningssyfte. Syftet är att utveckla och pröva ett instrument för strukturerad risktillsyn.

SORM är tänkt att utformas som en klinisk checklista och täcker 30 identifierade aspekter av utfall ("outcome"), s.k. utfallsfaktorer. Dessa omfattar utfall sett från såväl ett samhällligt perspektiv (har individen återfallit i brott, samhällsekonomiskt utfall i termer av fortsatt sjukvårdskonsumtion, socialbidragstagande etc.), som mer kliniska perspektiv (kvarstående symtom, missbruk osv; behandlingsföljksamhet med avseende på medicinering; samt aspekter såsom individens situation i termer av boende, arbete, socialt nätverk, relationer) samt också utfallet sett ur individens eget subjektiva perspektiv (känsla av sammanhang, "quality-of-life"). SORM kommer med fördel kunna användas för att på ett strukturerat sätt samla information om specifika utfallsfaktorer bland f.d. LRV-patienter, men i analogi med HCR-20 ger SORM-skattningen också möjlighet att sammanställa ett s.k. globalmått.

SORM har utformats för att kunna administreras av t.ex. sjuksköterska eller kurator i psykiatrisk öppenvård eller i socialtjänst, och tar omkring 2 - 2,5 timmar i anspråk för genomförande, inklusive klinisk intervju och en genomgång av relevanta handlingar (såsom rättspsykiatriskt utlåtande, journaler, kriminalregisterutdrag). Om individen är känd sedan tidigare av bedömaren kan tiden för genomförande kortas något.

Fortsättningen: Utvecklingen av S.O.R.M.

SORM kan sålunda komma erbjuda ett standardiserat mått på utfall efter avslutad LRV-vård, och ett användningsområde är att utvärdera och jämföra effekter av sådan vård. Ett annat sätt att använda SORM är kontinuerligt upprepade bedömningar av LRV-patienter ute i samhället efter det att de skrivits ut eller beviljats permission till vårdtidens slut (enl. 16 § LRV). SORM-bedömningarna blir då ett verktyg för tillsyn. Risktillsyn syftar till att tidigt fånga upp individer som till följd av förändrade omständigheter löper hastigt ökad risk att återfalla i brott.

9. Avslutande diskussion

Det är en begränsad patientgrupp som följts upp efter avslutad vård vid Rättspsykiatriskt centrum i Säter. Eftersom gruppen är så liten, kan resultatet inte anses vara generaliserbart för gruppen LRV-patienter som helhet. Resultaten är dock intressanta sett ur ett kliniskt perspektiv. Genom intervjuer får vi möjlighet till en djupare inblick i hur denna patientgrupps situation ser ut efter vårdtillfället i Säter. Vi får möjlighet till att få en uppfattning om deras sociala situation, deras subjektiva syn på livskvalitet. Vidare får vi ta del av patientperspektivet och -värderingar av vård och vårdinnehåll m.m. Denna kunskap är värdefull i en klinisk återkoppling och möjliggör förbättringar av såväl vårdinnehåll som övriga insatser. Återkoppling till verksamheten var för övrigt ett syfte med studien.

Det förefaller vara två grupper som utskiljer sig i materialet. Dels den grupp vi träffar för intervju, dels den grupp som säger nej till kontakt efter att vårdtillfället avslutats. Denna senare grupp kan vi av etiska skäl givetvis inte följa upp i andra avseenden än vad som skett. Dock, gruppen är särskilt intressant eftersom många återfall i brott finns i denna grupp. Vidare är det av intresse att fundera kring vilken utebliven information vi saknar vad det gäller ”outcome” för LRV-gruppen som helhet. Vi behöver kunskap beträffande denna grupps hela livssituation efter avslutad vård, vilket eventuellt återstående vårdbehov som finns samt eventuellt andra behov av stödinsatser. Även annan information av mer subjektivt upplevd karaktär är av värde för att förbättra vårdinsatserna, som t ex patienternas egen värdering av livskvalitet, hur de upplever och ser på den rättspsykiatriska vården samt synen på kriminalitet. Det är med andra ord nödvändigt att ha en bred och hel kunskap kring vilka faktorer som inverkar på ”outcome” för gruppen rättspsykiatriska patienter. SORM är ett sätt att systematiskt samla in just denna kunskap. Behovet av en väl tillgodosedd risktillsyn och riskhantering för denna patientgrupp är av stort värde för den rättspsykiatriska vården.

Referenser

- Belfrage, H. (1991). The crime preventive effect of psychiatric treatment on mentally disordered offenders in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 14, 237-243.
- Belfrage, H. (1995). *Brottsligheten, Psykiatrin och Samhället – Introduktion till den medicinska kriminologin*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1995.
- Belfrage, H. & Fransson, G. (1997). *HCR-20: Bedömning av risk för framtida våld*. Svensk översättning av den kanadensiska originalversionen av Webster C, Douglas K, Eaves D & Hart S, 1997. Forskningsenheten. Psykiatriskt regionvårdscentrum. Landstinget Kronoberg, Växjö, 1997.
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 144-161.
- Gendreau, P., Cullen, F. T., & Bonta, J. (1994). Intensive rehabilitation supervision: The next generation in community corrections? *Federal Probation*, 58, 72-78.
- Gendreau, P. & Ross, R. R. (1987). Revivification of rehabilitation: Evidence from the 80's. *Justice Quarterly*, 4, 349-407.
- Grann, M. (1998). *Personality disorder and violent criminality. A follow-up study with special reference to psychopathy and risk assessment*. (Doctoral thesis) Stockholm, Sweden: Karolinska Institute, Dept. of Clin. Neuroscience and Family Medicine. ISBN 91-628-3126-7
- Grann, M., Långström, N., Tengström, A. & Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior*, 23, 203-215.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Canada: Multi Health Systems.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Holmberg, G. (1994). *Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet 1991-1993*. Stockholm: RMV- Rapport, 1994:2.
- Otto, R. K. (1992). Prediction of dangerous behavior: A review and analysis of "second generation" research. *Forensic reports*, 5, 103-133.
- Salekin, R. T., Roger, R., & Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy-Checklist Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.
- Serin, R. C. & Amos, N. L. (1995). The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 231-238.

Referenser

- Rice, M. E., Harris, G. T., & Quinsey, V. L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 435-448.
- Socialstyrelsen – SoS. (1991). *LRV – Tillämpningen av lagen om rättspsykiatrisk vård*. Socialstyrelsens allmänna råd 1991:10. Allmänna Förlaget, Stockholm.
- Socialstyrelsen – SoS. (1997). *Är vi på rätt väg? Årsrapport för psykiatri reformen 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1997-15-6. Allmänna Förlaget, Stockholm.
- Tengström, A., Grann, M., Långström, N. & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law and Human Behavior, 24*, 45-58.
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby: Simon Fraser University, Canada, 1997.