

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 286/2018

Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård

En systematisk översikt och utvärdering av medicinska,
hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter

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

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

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

Nyckelord Fängelse, psykos, substansmissbruk, personlighetssyndrom, autismspektrumstörning, adhd, aggressivt beteende, hjärnskada

Utgiven Juni 2018

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

Produktion Grafisk produktion av Elin Rye-Danjelsen, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU 2017/363

Citera denna rapport SBU. Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 286. ISBN 978-91-88437-28-0.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	7
1 Inledning	11
Uppdrag	11
Patientgrupper inom rättspsykiatrisk vård	11
Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård	12
Val av läkemedel och doser	13
Syfte med utvärderingen	14
Frågor och tillvägagångsätt	14
— Nyttan och risker med läkemedelsbehandling	14
— Patientgrupper och läkemedelspraxis	15
— Upplevelser och erfarenheter	15
— Hälsoekonomi	15
— Etik	15
2 Bakgrund	17
Skillnader mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri	17
Vanliga diagnoser och läkemedelsbehandlingar	18
Rättspsykiatriska vårdenheter och vårdplatser	18
Svensk lagstiftning	19
Rättspsykiatriska utredningar	19
— Paragraf 7-undersökning	19
— Rättspsykiatrisk undersökning	20
Tvångsvård och tvångsåtgärder	20
Utskrivning	21
Hälsa, vård och samhällsskydd	22
Återfall i brott	22
Läkemedel	23
— De antipsykotiska läkemedlens utveckling	23
— Traditionella och atypiska antipsykotiska läkemedel	23
— Klozapin	24
3 Metod för utvärderingen	25
Nyttan och risker	27
— Frågor	27
— Metod	27
Upplevelser och erfarenheter	33
— Fråga	33
— Metod	33
Hälsoekonomi	36
— Fråga	36
— Metod	36
Etik	36
— Frågor	36
— Metod	36

Patientgrupper och läkemedelspraxis	37
— Frågor	37
— Metod	37
— Datakällor	38
— Identifierade populationer	39
— Analyser och jämförelser	39
— Psykiatriska diagnoser	39
— Kroppslig samsjuklighet	40
— BMI	40
— Livskvalitet	40
— Vårdtid	40
— Svårighetsgrad	40
— Läkemedelsbehandling	41
— För tidig död	42
4 Resultat – Beskrivning av patientgrupper och läkemedelspraxis inom rättspsykiatrisk vård	43
Ålder och könsfördelning	43
Psykiatriska diagnoser	44
Kroppsliga sjukdomar	46
Vårdtid	48
Sjukdomens svårighetsgrad	49
Läkemedel i RättspsyK jämfört med PsykosR	50
— Antipsykotiska läkemedel	51
Läkemedel i RättspsyK	52
— Stämningsstabiliserande läkemedel	52
— Antidepressiva läkemedel	53
— Läkemedel för behandling av adhd	53
— Ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot sömnstörning	54
— Läkemedel för behandling av substansbruk	55
— Antikolinerga läkemedel	55
Läkemedel i RättspsyK – trender år 2009 till 2016	56
— Antipsykotiska läkemedel	56
— Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande preparat	57
— Bensodiazepiner exklusive bensodiazepinliknande preparat	58
— Antikolinerga läkemedel	59
För tidig död	59
5 Resultat – Nyttan och risker med läkemedelsbehandling	63
Systematisk översikt av läkemedelsstudier	63
— Resultat	64
Systematisk kartläggning av översikter om läkemedelsbehandling vid psykiatrisk samsjuklighet	68
— Bakgrund	68
— Resultat	69
6 Resultat – Upplevelser och erfarenheter	75
Systematisk översikt av studier om erfarenheter och upplevelser av läkemedelsbehandlingar	75
Enkät svar från Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR)	76

7	Resultat – Hälsoekonomi	79
	Beslutsproblem	79
	Resultat av den systematiska översikten	80
	Metod för att beräkna läkemedelskostnader, vårdkostnader och rättskostnader	81
	— Läkemedelskostnader	81
	— Vårdkostnader	81
	— Rättskostnader	82
	Resultat – Beskrivning av läkemedelskostnader, vårdkostnader och rättskostnader	83
	— Läkemedelskostnader	83
	— Vårdkostnader	86
	— Rättskostnader	88
8	Etik	89
	Metod	89
	Bakgrund	90
	Hälsa	90
	Tvång	91
	Samhällsskyddsuppdragets potentiella påverkan på hälsomålet	93
	Forskning för att förbättra det vetenskapliga underlaget	94
9	Diskussion	97
	Vår frågeställning och ansats	97
	Metodologiska överväganden	98
	Patienter i rättspsykiatri	99
	Läkemedel i rättspsykiatri	100
	Vetenskaplig kunskap om nytta och risker med läkemedelsbehandlingar	101
	Upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri	102
	Hälsoekonomi	102
	Etiska aspekter	104
	Konsekvenser	105
10	Överväganden för forskning, policy och praktik	107
11	Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd	111
	Projektgrupp	111
	— Sakkunniga	111
	— SBU	112
	Externa granskare	112
	Bindningar och jäv	113
	SBU:s vetenskapliga råd – Eira	113
	SBU:s nämnd	114
	Referensgrupp	115
	Brukar- och anhängarförening	115
12	Ordförklaringar och förkortningar	117
13	Referenser	119

Bilaga 1 Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 2 Granskningsmallar	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 3 Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 4 Enkät svar från riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 5 Extramaterial från registerstudie	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 6 ICD-koder för patientgrupperingar	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 7 Beskrivning av inkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 8 GRADE-tabell över nytta och risker med läkemedelsbehandling	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 9 Metod och resultat för granskning av stämningsstabiliserande läkemedel	tillgänglig på www.sbu.se/286
Bilaga 10 Grund för kostnadsberäkning	tillgänglig på www.sbu.se/286

Sammanfattning och slutsatser

Syfte

Förutsättningarna för behandling med psykiatriska läkemedel skiljer sig delvis åt mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri. I denna utvärdering beskriver SBU dessa skillnader och undersöker deras betydelse för läkemedelsbehandlingen. Utvärderingen gäller nytta, risker och upplevelser av behandlingen samt hälsoekonomi och etik. Arbetet har gjorts inom ramen för ett regeringsuppdrag.

Slutsatser

- ▶ Rättspsykiatrisk vård skiljer sig från allmänpsykiatrisk både vad gäller psykiatriska diagnoser och läkemedelsbehandling.
- ▶ I rättspsykiatri är det vanligare att patienter har flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som psykosjukdom, autismspektrumtillstånd, personlighetsyndrom och substansbrukssyndrom.
- ▶ Antipsykotiska läkemedel ges till merparten av patienterna i rättspsykiatri, även till de som inte har en psykosdiagnos. I rättspsykiatrisk vård får fler patienter mer än ett antipsykotiskt läkemedel, och traditionella antipsykotiska läkemedel är vanligare än i allmänpsykiatri.

Det behövs fler behandlingsstudier inom rättspsykiatri som undersöker effekterna av läkemedel och om skillnaderna i praxis är kliniskt motiverade.

- ▶ Förutom värden som individens hälsa och skydd för samhället så har kunskap om läkemedlens effekt även stor betydelse för möjligheten att utnyttja samhällets resurser effektivt. Behandling som kan förkorta den rättspsykiatriska vårdtiden och minska risken för återfall i brott är högst sannolikt kostnadseffektiv, i synnerhet då kostnaden för läkemedel är mycket liten jämfört med den totala vårdkostnaden.
- ▶ Eftersom rättspsykiatrisk vård bedrivs under tvång blir etiska aspekter på läkemedelsbehandling särskilt viktiga. En patient- och anhörigförening anger att patientinformationen om läkemedel är bristfällig, vilket kan försvåra delaktighet. Det kan finnas utrymme för delaktighet även om patientens autonomi måste begränsas för att skydda samhället.
- ▶ Samhället har ett särskilt ansvar för att finansiera forskningsstudier inom rättspsykiatri, eftersom vården bedrivs med tvång. Denna forskning ska genomföras med särskild hänsyn till forskningsetiska aspekter. För att bedöma nytta och risker behövs randomiserade studier med särskild hänsyn till forskningsetiska aspekter. Med de register som finns i Sverige finns det även goda förutsättningar att följa upp effekter på viktiga utfall som hälsa, vårdtid och återfall i brott. Patienternas upplevelser bör också studeras och resultaten tillmätas betydelse för vården.

Bakgrund

En person som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning kan i Sverige dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse. Vården regleras därför dels av hälso- och sjukvårdslagen, dels av lagar som är en del av straffrätten. En allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp, inte ett medicinskt. Det innebär att patienterna i rättspsykiatri är en kliniskt heterogen grupp. Den största diagnosgruppen utgörs av olika psykosjukdomar. Två andra vanliga huvuddiagnoser är autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom. I stort sett samtliga patienter behandlas med läkemedel och behandlingen är oftast långvarig, i vissa fall livslång.

Metod

Patientgruppernas demografi och rådande läkemedelspraxis undersöktes genom att samköra de nationella kvalitetsregistren för rättspsykiatri (RättspsyK) respektive allmänpsykiatriens psykosvård (PsykosR) med patient- och dödsorsaksregister.

Utvärderingen innefattar systematiska översikter av studier inom rättspsykiatrisk vård gällande 1) effekter av läkemedelsbehandlingar, 2) behandlingarnas kostnadseffektivitet samt 3) upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandlingar bland patienter och personal. Dessutom kartlade vi systematiska översikter av läkemedelseffekter vid samsjuklighet. För att belysa patienters och

anhörigas perspektiv samverkade vi med riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR). Vi beräknade kostnaden för förskrivning av vanligt förekommande läkemedel. Etiska aspekter diskuteras utifrån publicerad litteratur.

Huvudresultat

- **Nytta och risker.** Vid den systematiska översikten fann vi endast tio studier av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri, samtliga med hög risk för bias. Utifrån dessa studier går det inte att bedöma nytta och risker med läkemedel i rättspsykiatrisk vård. I vår kartläggning av systematiska översikter av läkemedelsbehandling vid sådan psykiatrisk samsjuklighet som är vanlig hos rättspsykiatriska patienter identifierades tretton systematiska översikter med låg till medelhög risk för bias. För de flesta formerna av samsjuklighet saknades systematiska översikter.
- **Patientgrupper och läkemedelspraxis.** Vår registerstudie visade att fler patienter uppvisar samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd i rättspsykiatri än i allmänpsykiatri. En bedömning av svårighetsgraden visar dessutom på allvarigare psykiatriska tillstånd inom rättspsykiatri än inom allmänpsykiatri, vilket var särskilt utmärkande bland kvinnliga patienter. Risken för tidig död (före 50 års ålder) är större bland rättspsykiatriska patienter jämfört med hela befolkningen.

Olanzapin är det mest förskrivna antipsykotiska läkemedlet i såväl allmänpsykiatriens psykosvård som i rättspsykiatri. I övrigt är det vanligare med traditionella antipsykotiska läkemedel i rättspsykiatri. Där är det dessutom vanligare att patienter med psykossjukdom även får läkemedel för behandling av adhd och substansbruk samt antikolinerga läkemedel mot biverkningar. Sedan 2009 används bensodiazepiner allt mindre i rättspsykiatri.

- **Upplevelser och erfarenheter.** Vi fann endast en studie som undersökte patienters egna upplevelser av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri. Mer kunskap skulle kunna leda till förändringar i bemötande och upplägg av behandlingar. PAR lyfter behovet av en dialog kring val av läkemedel, en öppnare diskussion om biverkningar samt större möjlighet till annan behandling än läkemedel.
- **Hälsoekonomiska aspekter.** Vi har inte kunnat bedöma kostnadseffektiviteten av de läkemedel som ingår i rapporten eftersom kunskapen om läkemedelseffekterna är bristfällig. I rättspsykiatri används ofta långverkande antipsykotiska läkemedel, vilka också är de dyraste. Läkemedel utgör dock en mycket liten del av den totala kostnaden för rättspsykiatrisk vård.

Diskussion

Vår granskning av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri visar tydligt på en eftersatt forskning. Vi kan även konstatera att rättspsykiatri, liksom allmänpsykiatri, är bakbunden av bristen på nya antipsykotiska läkemedel. Rättspsykiatri skulle vara behjälpt av att man utvecklar nya antipsykotiska läkemedel som riktar sig mot de bakomliggande biologiska orsakerna till psykosjukdomar. Utveckling av bättre behandlingar är av stor betydelse för såväl patienterna själva som för samhället i stort.

Innan ny kunskap tillkommer bör rättspsykiatri ta till sig de riktlinjer som finns för läkemedelsbehandling inom allmänpsykiatri. Särskilt rör detta de nationella riktlinjerna för behandling med antipsykotiska läkemedel och substansbruksbehandling. Det är dock viktigt att riktlinjerna sätts i perspektiv till den speciella kontext som rättspsykiatrisk vård innebär och att hänsyn tas till den samsjuklighet som är vanlig inom rättspsykiatri. Vårdformen rättspsykiatri har funnits länge och erfarenheten av olika läkemedelsbehandlingar bör vara omfattande. Den erfarenheten behöver dock kommuniceras mellan de rättspsykiatriska enheterna så att kunskapen sprids.

1 Inledning

Uppdrag

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fått i uppdrag av regeringen att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatrisk vård (S2016/05823/FS). I uppdraget ingick att först ta fram en behovsinventering för att visa inom vilka områden det fanns behov av kunskap. Behovsinventeringen gjorde SBU under 2016–2017 som en systematisk genomgång av sammanställd forskning [1]. Baserat på resultaten av denna kartläggning och diskussioner med sakkunniga och en brukarförening beslutade SBU att göra två utvärderingar: en om läkemedelsbehandlingar och en om psykosociala behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård. Denna rapport beskriver utvärderingen av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatrin.

Patientgrupper inom rättspsykiatrisk vård

En person som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning kan i Sverige dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse (brottsbalken 30 kap. 6 §, brottsbalken 31 kap. 3 §). Om en allmän domstol misstänker att en person har lidit av en allvarlig psykisk störning vid tiden för det misstänkta brottet kan de begära en rättspsykiatrisk undersökning. Begreppet allvarlig psykisk störning är centralt i detta sammanhang eftersom det är ett nödvändigt villkor för att kunna döma någon till rättspsykiatrisk vård. Men

allvarlig psykisk störning motsvaras inte av någon specifik medicinsk diagnos utan är ett juridiskt begrepp. Sammanfattningsvis kan man säga att det står för psykiska störningar som kraftigt påverkar en persons verklighetsuppfattning. I första hand avses tillstånd av psykotisk karaktär, men även andra tillstånd kan räknas som en allvarlig psykisk störning, som vissa demenstillstånd, allvarliga depressioner med hög självmordsrisk, svårartade personlighetsstörningar med kortare episoder av psykoskaraktär, uttalad tvångsmässighet och vissa svårare utvecklingsstörningar med låg funktionsnivå. Det innebär att patienterna som vårdas i rättspsykiatri är en heterogen grupp med olika diagnoser.

Den största diagnosgruppen inom rättspsykiatri är psykossjukdomar av olika slag (där schizofreni är den vanligaste diagnosen), men det är vanligt att patienterna inte bara lider av ett psykiatriskt tillstånd utan kan ha en, två eller till och med fler tilläggsdiagnoser. Två andra huvuddiagnoser som också är relativt vanliga inom rättspsykiatri är autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom. De flesta personer med dessa tillstånd har inte en allvarlig psykisk störning. Men i vissa fall kan tillstånden påverka impulskontroll, tankar eller förmåga att leva sig in i andra människors upplevelser. De kan då påverka och försämra personens funktionsnivå och verklighetsprövning till den grad att de kan bedömas som en i lagens mening allvarlig psykisk störning och påföljden vid brott kan därmed bli rättspsykiatrisk vård.

I rättspsykiatri vårdas även personer från häkten och kriminalvårdsanstalter som behöver akut psykiatrisk vård under en period. Personer som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning kan även få akut rättspsykiatrisk vård. Den här utvärderingen fokuserar dock på den största rättspsykiatriska patientgruppen, de som döms till rättspsykiatrisk vård av allmän domstol. Av dessa är de flesta (80 %) dömda för våldsbrott. De som inte är det är oftast dömda för antingen narkotikabrott eller sexualbrott [2].

Läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård

I den vårdande rättspsykiatri utgör behandling med läkemedel en viktig del, och i stort sett alla patienter behandlas med läkemedel. Behandlingen kan ges under kortare tid vid akuta och övergående besvär men är oftast långvarig och i vissa fall livslång. Som vi beskrivit ovan utgör psykossjukdomar den största andelen av diagnoserna inom rättspsykiatri, och behandling med antipsykotiska läkemedel utgör grunden för dessa patienters rehabilitering. Men även patienter med autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom behandlas ofta med antipsykotiska läkemedel inom rättspsykiatri, vilket inte är lika vanligt inom allmänpsykiatri.

Antipsykotiska läkemedel vid psykossjukdomen schizofreni bidrar till återhämtning och kan underlätta för individen att delta i olika former av återhämtningsinriktade insatser. För de flesta personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är antipsykotiska läkemedel närmast en förut-

sättning för detta, vilket Socialstyrelsen påpekar i sina nya riktlinjer [3] som ersätter tidigare riktlinjer från 2011 respektive 2014.

I Socialstyrelsens rekommendationer för peroral behandling till vuxna patienter med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd anges att klozapin bör användas vid svårbehandlad schizofreni, det vill säga när man har provat minst två andra antipsykotiska läkemedel som haft otillräcklig effekt. Enligt rekommendationerna kan flera antipsykotiska läkemedel användas som stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser hos personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.

Depåbehandling med antipsykotiska läkemedel bör enligt Socialstyrelsen användas vid upprepat återinsjuknande eller behandlingsavbrott. Vidare bedömer Socialstyrelsen att antipsykotiska läkemedel i depåform bör användas vid samtidigt substansbruk eller beroende av narkotika. I sina riktlinjer anger Socialstyrelsen även att klozapin bör användas vid misstänkt eller ökad självmordsrisk.

Bland psykospatienter i allmänpsykiatri är det vanligare med monoterapi, där man använder ett enda antipsykotiskt läkemedel (80 % jämfört med 53 % inom rättspsykiatri). Atypiska antipsykotiska läkemedel används även i större utsträckning i allmänpsykiatri [2].

Val av läkemedel och doser

Det är oklart om det finns medicinska skäl till att använda andra läkemedel eller doser av läkemedel i rättspsykiatri än i allmänpsykiatri. Patientgrupperna skiljer sig åt i flera avseenden, och svårighetsgraden av psykiatriska symtom, nedsatt impulskontroll, aggressivitet och empatistörningar är faktorer som kan påverka resultatet av läkemedelsbehandling. Därutöver kompliceras behandlingen i rättspsykiatri av en hög grad av samsjuklighet och substansbruk.

En annan faktor som skiljer rättspsykiatri från allmänpsykiatri är att läkemedelsbehandling alltid bedrivs som tvångsvård, vilket kan påverka patienternas upplevelse av behandlingen samt effekterna på längre sikt, exempelvis om patienten väljer att avbryta behandlingen när den rättspsykiatriska vården är avslutad.

Det kan även finnas praktiska skäl för att välja eller välja bort vissa läkemedel i rättspsykiatri. Ett sådant exempel är läkemedel i gruppen bensodiazepiner som är beroendeframkallande och där det finns risk att läkemedlen skulle kunna spridas vidare till andra patienter.

För att patienter ska kunna skrivas ut från rättspsykiatrisk vård och återgå till ett liv i samhället så måste en samhällsskyddsaspekt beaktas, vilket kan påverka vilken typ, dos och kombination av läkemedel som används. Rättspsykiatrisk vård är en straffrättslig påföljd som ofta är förenad med en särskild utskrivningsprövning. Det innebär att förvaltningsrätten avgör när vården ska upphöra.

Läkaren anmäler till förvaltningsrätten när denne bedömer att patienten är redo för utskrivning men det är förvaltningsrätten som beslutar om och när vården ska upphöra. Förvaltningsrättens bedömning bygger dels på läkarens medicinska bedömning, dels på om det bedöms finnas en risk att patienten ska begå nya allvarliga brott.

Syfte med utvärderingen

Syftet med denna utvärdering är att belysa aspekter som är av vikt vid beslut om läkemedelsbehandlingar i rättspsykiatri. Det innebär att utvärdera nytta och risker med olika läkemedel och doser, patienternas egna upplevelser av läkemedelsbehandlingar samt hälsoekonomiska och etiska aspekter utifrån den specifika rättspsykiatriska kontexten. Resultaten sätts i relation till aktuella registerdata om patientgrupperna i rättspsykiatri samt till dagens praxis för läkemedelsanvändning.

Frågor och tillvägagångsätt

Nedan beskriver vi kortfattat de frågeställningar som vi har belyst i utvärderingen samt översiktligt hur vi har gått tillväga. I Kapitel 3 ger vi mer detaljerad information om detta.

Många av de utfall som analyserats rör effekter under pågående rättspsykiatrisk vård, som psykossymtom, aggressivitet, självskada och självmord, biverkningar, livskvalitet samt upplevelser av läkemedelsbehandling. Andra utfallsmått rör det som händer efter att patienten har skrivits ut till öppenvård eller efter att den rättspsykiatriska vården har avslutats, som psykisk och fysisk hälsa på lång sikt, återfall i substansbruk, återintagning till sjukhus och överlevnad. Ett utfallsmått som särskiljer rättspsykiatri från allmänpsykiatri är återfall i brott, både under pågående rättspsykiatrisk vård och efter att den avslutats.

Nytta och risker med läkemedelsbehandling

För frågan avseende nytta och risker med läkemedelsbehandling fokuserar vi i denna utvärdering på patienter med psykossjukdom, autismspektrumtillstånd eller personlighetsyndrom som vårdas i rättspsykiatri. Vi valde dessa diagnoser eftersom de representerar majoriteten av de huvuddiagnoser som rättspsykiatriska patienter i Sverige har enligt det nationella kvalitetsregistret RättspsyK¹ [2].

För att utvärdera vilka effekter läkemedel har genomförde vi en systematisk översikt av studier som utförts i en rättspsykiatrisk kontext, med fokus på läke-

¹ I RättspsyKs årsrapport 2017 används begreppet *neuropsykiatriska syndrom* där vi utifrån registerdata utgick från att autismspektrumtillstånd utgör den dominerande delen.

medelsgrupperna antipsykotiska läkemedel, stämningsstabiliserande läkemedel, ångestdämpande läkemedel, läkemedel mot substansbruk, adhd-läkemedel samt antidepressiva läkemedel.

Då vi bedömer att studier av läkemedel vid viss samsjuklighet (se Figur 3.1) skulle kunna vara överförbara till patientgrupper i rättspsykiatri gör vi även en kartläggning av redan publicerade systematiska översikter på läkemedelseffekter vid dessa tillstånd inom allmänpsykiatri.

Patientgrupper och läkemedelspraxis

För att belysa i vilken mån och i vilka avseenden patientgrupperna skiljer sig mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri, samt hur läkemedelsbehandlingar för dessa grupper ser ut idag, gjorde vi en registerstudie baserat på data från kvalitetsregistren RättspsyK, PsykosR samt Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

Upplevelser och erfarenheter

För att belysa patienters, anhörigas och personals upplevelser av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri gjorde vi en systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik samt en enkätundersökning i samverkan med riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR).

Hälsoekonomi

För att belysa hälsoekonomiska aspekter av läkemedelsbehandlingar i rättspsykiatri gjorde vi en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier samt kostnadsberäkningar för vissa utvalda läkemedelsbehandlingar.

Etik

Den etiska diskussionen fokuserade på etiska aspekter av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård i allmänhet samt på problem som uppstår när läkemedelsbehandlingen är kombinerad med tvång. Vidare adresserade vi etiska frågor om forskning (eller avsaknad av forskning) inom området. Diskussionen har förts med stöd av SBU:s vägledning för identifiering av etiska aspekter [4] samt en litteraturgenomgång av tidigare publicerade etiska analyser på området.

2 Bakgrund

Skillnader mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri

Det finns några viktiga skillnader mellan rättspsykiatrisk vård och allmänpsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården utövas alltid enligt tvångslag och den innebär alltid att patienten till en början frihetsberövas. Den är också en straffrättslig påföljd som är beslutad av allmän domstol.

Den rättspsykiatriska vården består av sedvanlig psykiatrisk behandling och rehabilitering men har ofta betydligt längre vårdtider än allmänpsykiatrisk vård. Medianvårdtiden är över fem år i rättspsykiatrin medan tiden för slutenvård i allmänpsykiatrin oftast är dagar, veckor eller månader. De längre vårdtiderna i rättspsykiatrin beror främst på den samhällsskyddande aspekten där man vill minimera risken för att patienten ska återfalla i allvarlig brottslighet. De flesta rättspsykiatriska patienter döms till vård med särskild utskrivningsprövning vilket innebär att det är förvaltningsrätten som avgör när patienten ska få permission eller skrivas ut till öppenvård och när vården ska avslutas.

Rättspsykiatrisk vård inleds också, till skillnad från allmänpsykiatrisk vård, alltid i slutenvård för att sedan övergå till öppenvård innan den helt avslutas vid definitiv utskrivning. Vid övergång till rättspsykiatrisk öppenvård skrivs patienten ut från vårdenheten och får istället regelbundet besöka en rättspsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Patienten står dock fortfarande under tvångsvård och måste uppfylla vissa villkor, som att hålla sig drogfri och fortsätta med sin läkemedelsbehandling. Efter definitiv utskrivning behöver många patienter visserli-

gen fortfarande ha kontakt med en psykiatrisk öppenvårdsmottagning, men det kan ske inom allmänpsykiatri.

Vanliga diagnoser och läkemedelsbehandlingar

Det finns inga särskilda rättspsykiatriska diagnoser, men den största andelen av patienterna i rättspsykiatri har en psykosjukdom som huvuddiagnos. Majoriteten har även en dokumenterad historik av substansbruk. De flesta patienterna har dessutom mer än en psykiatrisk diagnos (samsjuklighet) och låg psykosocial funktionsnivå, vilket gör att de efter den initiala psykiatriska behandlingen också behöver rehabilitering och social återanpassning. De psykiatriska behandlingsformerna i rättspsykiatri skiljer sig däremot inte från allmänpsykiatri, utan utgörs huvudsakligen av läkemedelsbehandling, substansbruksbehandling samt psykologiska och psykosociala behandlingar. Rättspsykiatri hanterar även brottbearbetning och gör riskbedömningar för återfall i brott. Enligt det nationella kvalitetsregistret RättspsyK får de flesta av patienterna ett eller flera psykiatriska läkemedel, där antipsykotiska läkemedel är den mest förekommande läkemedelsgruppen [2].

Vårdpersonalens arbete ska överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet, och vården i rättspsykiatri ska uppfylla kravet på sakkunnig personal och omsorgsfull vård (patientsäkerhetslagen 6 kap. 1 §).

Rättspsykiatriska vårdenheter och vårdplatser

Enligt RättspsyK finns det omkring 1 700 rättspsykiatriska patienter i Sverige [2]. Vården bedrivs dels vid länskliniker, dels vid regionkliniker med större upptagningsområden [5]. Regionkliniker finns i Sundsvall, Säter, Katrineholm (Karsudden), Vadstena och Växjö och har tillsammans omkring 500 vårdplatser. Länsklinikerna har tillsammans drygt 700 vårdplatser. Totalt finns det omkring 1 200 rättspsykiatriska slutenvårdsplatser i Sverige, och majoriteten används för patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård.

De rättspsykiatriska vårdenheterna har en förhöjd säkerhetsnivå jämfört med allmänpsykiatri. De har även olika grad av säkerhet, och patienter kan vårdas vid olika enheter beroende på vilka riskbedömningar man gör.

Svensk lagstiftning

Det svenska systemet där man kan dömas till rättspsykiatrisk vård är ovanligt genom att det håller svårt psykiskt sjuka lagöverträdare ansvariga för sina gärningar. I de flesta andra länder kan en lagöverträdare bli frikänd om domstolen finner att denne på grund av en allvarlig psykisk störning har saknat förmåga att kontrollera sina handlingar eller förstå den brottsliga gärningens innebörd. Den svenska rättspsykiatriska vården har därmed två huvudsakliga funktioner: dels att bota eller lindra patientens sjukdom, dels att fungera som en straffrättslig påföljd vars syfte bland annat är att skydda samhället från potentiellt farliga individer. Rättspsykiatrisk vård regleras därför dels av samma lagar som gäller för all vård (hälso- och sjukvårdslagen, HSL), dels av lagar som är en del av straffrätten (brottsbalken och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV).

För att överlämnas till rättspsykiatrisk vård krävs att personen som begått ett brott har gjort det under påverkan av en allvarlig psykisk störning, att det fortfarande föreligger en allvarlig psykisk störning samt att denne har ett vårdbehov (brottsbalken 31 kap. 3 §).

Om man döms till rättspsykiatrisk vård kan domstolen också kräva en särskild utskrivningsprövning. En särskild utskrivningsprövning kan ske om brottet är av allvarligare slag som utgör ett hot mot någon annans liv och hälsa, och där återfallsrisken anses vara betydande. I dessa fall kan patienten endast skrivas ut från den rättspsykiatriska vården efter beslut av förvaltningsrätten. För vård utan särskild utskrivningsprövning är det chefsöverläkaren som beslutar när tvångsvården ska upphöra.

Sedan 2008 finns även öppen rättspsykiatrisk vård vid sidan av slutenvård. Vid sådan vård är patienten inte längre inskriven vid en vårdenhet, men måste besöka en rättspsykiatrisk öppenvårdsmottagning regelbundet och även följa vissa villkor som förvaltningsrätten har satt upp. Sådana villkor kan till exempel röra fast boende, sysselsättning, drogfrihet samt att ta sina ordinerade läkemedel. Om dessa villkor inte uppfylls kan förvaltningsrätten återigen omvandla vården till slutenvård.

Rättspsykiatriska utredningar

Paragraf 7-undersökning

Om en allmän domstol misstänker att en person har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning så begär man oftast till att börja med en paragraf 7-undersökning¹. En specialistläkare i psykiatri med särskild utbild-

¹ I vissa fall kan domstolen begära en så kallad *paragraf 7-undersökning för vårdöverlämnande* som genomförs av en specialist i rättspsykiatri. I denna undersökning tar rättspsykiatern direkt ställning till om personen skulle kunna bli föremål för rättspsykiatrisk vård men utan särskild utskrivningsprövning.

ning genomför denna undersökning och tar ställning till om en allvarlig psykisk störning kan misstänkas.

Det har under de senaste fem åren gjorts omkring 1 300 paragraf 7-undersökningar årligen. Omkring 500 av de som genomgått en paragraf 7-undersökning under de senaste fem åren har gått vidare till en rättspsykiatrisk undersökning

Rättspsykiatrisk undersökning

Om psykiatern bedömer att man kan misstänka allvarlig psykisk störning så föreslår denne att domstolen ska begära en rättspsykiatrisk undersökning, som är en mer omfattande undersökning. Domstolen får sedan detta underlag i form av ett rättspsykiatrisk utlåtande.

En rättspsykiatrisk undersökning görs av Rättsmedicinalverket enligt lagen om rättspsykiatrisk undersökning. De frågor som domstolen oftast vill ha svar på är

- om personen har begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning
- om personen på grund av sin allvarliga störning inte kunnat inse gärningens innebörd eller anpassa sina handlingar efter det
- om personen själv genom rus eller på liknande sätt har vållat sitt eget tillstånd
- om personen fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning
- om det finns medicinska förutsättningar för rättspsykiatrisk vård
- om det till följd av den psykiska störningen finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag.

Den rättspsykiatriska undersökningen genomförs av ett team bestående av en läkare som är specialist i rättspsykiatri, en psykolog, en forensisk socialutredare samt en representant för vårdpersonalen. Det är rättspsykiatern som ansvarar för utlåtandet, men det baseras på samtliga teammedlemmars respektive utredningar.

Ungefär hälften av de som genomgår en rättspsykiatrisk undersökning brukar anses uppfylla villkoren för en allvarlig psykisk störning.

Tvångsvård och tvångsåtgärder

Den rättspsykiatriska vården är en form av psykiatrisk tvångsvård. Det innebär att den som vårdas också frihetsberövas, och det är även möjligt att utföra olika former av tvångsåtgärder inom ramen för vården. I fråga om innehållet i den rättspsykiatriska vården hänvisar LRV till bestämmelserna i lagen om psykia-

trisk tvångsvård (LPT). I både LPT och LRV fastslås att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet. Dock gäller fortfarande samma grundläggande principer som för den vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen även för den rättspsykiatriska vården. Vården ska så långt som det är möjligt genomföras i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt.

I regeringsformen finns svenska medborgares fri- och rättigheter lagstadgade. Av den framgår att varje medborgare är skyddad från påtvingade kroppsliga ingrepp, kroppsvsitation och intrång i privatlivet från staten. En begränsning av de rättigheterna måste vara lagstadgad, får inte gå utöver vad som är nödvändigt och den får endast göras för att tillgodose ändamål som kan anses vara godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

Som skäl för att alls tillåta tvångsvård anges i förarbetena till LRV en grundläggande solidaritetstanke. I situationer där individen saknar förmåga att se till sitt eget bästa vad gäller hälsa ”kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om vederbörande motsätter sig det”². Ändamålet, som ytterst är omsorg om en persons liv och hälsa, anses därmed vara av tillräckligt högt värde för att tillåta en frihetsbegränsning. Rättspsykiatrisk vård kan alltså anses vara legitim eftersom de personer vars frihet begränsas dels har berövats den friheten genom fällande dom, dels behöver psykiatrisk vård.

Rättspsykiatrisk vård innebär tvång i sig, men det finns även utrymme för tvingande åtgärder inom själva vården. Som tidigare nämnts så ska all rättspsykiatrisk vård så långt det går bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Men man kan göra avsteg från denna princip om det är nödvändigt för att värna patientens liv och hälsa. Det är också möjligt att använda tvång mot en patient för att undvika en situation som kan bli farlig för andra personer, som medpatienter eller vårdpersonal.

Läkemedelsbehandling i rättspsykiatri kan ske på olika sätt. Den kan ske i samråd med patienten där patienten frivilligt tar det läkemedel denne har blivit ordinerad, men den kan också ske med inslag av tvång. Tvånget kan till exempel innebära att hålla eller tillfälligt spänna fast patienten när denne får läkemedlet. Även i de fall där patienten frivilligt tar sina läkemedel kan man ändå betrakta det som ett slags tvång eftersom patienten oftast vet att det kan bli fråga om tvångsåtgärder om denne inte tar emot läkemedlen.

Utskrivning

Rättspsykiatrisk vård är inte tidsbegränsad. Ofta är det förvaltningsrätten som beslutar när patienten ska skrivas ut i de fall där domen är förenad med särskild utskrivningsprövning. I de fall där det inte föreligger särskild utskrivningsprövning är det chefsöverläkaren som beslutar om när vården ska upphöra. Enligt

² Prop. 1990/91:58 s. 64.

LRV ska tvångsvården upphöra när det inte längre finns risk att personen återfaller i brottslighet av allvarligt slag till följd av den psykiska störningen. Men det finns inget explicit krav på att den psykiska störningen ska bedömas som allvarlig. Av förarbetena till LRV framgår dock att den psykiska störningen ofta bör anses som allvarlig om den leder till en återfallsrisk i brottslighet av allvarligt slag³. För att vården ska upphöra kräver lagen dessutom att patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är så pass goda att denne inte behöver fortsatt rättspsykiatrisk sluten- eller öppenvård.

Hälsa, vård och samhällsskydd

Reglerna för tvångsvård speglar alltså en avvägning mellan olika rättigheter eller värden – å ena sidan respekt för individens frihet och autonomi, å andra sidan samhällets skyldighet att skydda dem som saknar förmåga att värna om sitt eget bästa eller begränsa friheten för dem som utgör ett hot mot andra människors liv och hälsa. Dessa avvägningar blir särskilt påtagliga i beslut om tvångsåtgärder inom vården samt i samband med utskrivning. Tvångsåtgärder går stick i stäv med HSL:s krav på att vård ska bedrivas med patientens samtycke, men har stöd av principer bakom tvångsvårdslagstiftningen som uttrycker att samhället bör sörja för vården av svårt sjuka personer som saknar förmåga att fatta välgrundade beslut om sitt eget vårdbehov. Men frihetsberövande och tvångsåtgärder inom vården motiveras samtidigt med hänvisning till samhällsskydd, det vill säga att samhället får begränsa en persons frihet om denne utgör en fara för andra människors liv och hälsa.

Återfall i brott

Enligt RättspsyK återfaller omkring 10 procent av patienterna i rättspsykiatri i någon form av brottslighet per år. Alla dessa brott utgörs dock inte av våldsbrott. Återfallsrisken i våldsbrott kan sägas vara omkring 10 till 20 procent under de första åren efter avslutad vård.

Av de drygt 100 patienter som avslutade sin rättspsykiatriska vård år 2010 återföll 9 procent i brott efter ett år, 16 procent efter två år och 22 procent efter tre år i frihet [2]. Nilsson och medarbetare [6] fann att 11 procent hade återfallit i våldsbrott under den femåriga uppföljningstiden efter det att den rättspsykiatriska vården avslutats. De fann även att det var vanligt med återfall i brott under pågående vård. Wolf och medarbetare [7] rapporterade nyligen att av alla rättspsykiatriska patienter i Sverige som avslutat sin vård under perioden 1992–2013 hade 7 procent återfallit i våldsbrott inom ett år och 11 procent inom två år efter att vården avslutats. Sammantaget visar dessa studier att rättspsykiatriska patienter återfaller i brott, både under pågående vård och efter att vården avslutats. Dessa siffror kan jämföras med återfall i brott efter avtjänad

³ Prop. 1990/91:58 s. 316.

kriminalvårdspåföljd. Av de som avtjänat fängelse eller påbörjat frivård 2011 återföll 31 procent i brott inom tre år. Av de som lämnade en anstalt eller påbörjade frivård under 2013 återföll 29 procent inom tre år [8].

Läkemedel

Man använder generellt samma läkemedel för att behandla psykiska tillstånd i rättspsykiatri som i allmänpsykiatri. Hit hör framför allt antipsykotiska läkemedel, lugnande läkemedel som bensodiazepiner och liknande preparat, stämningsstabiliserande läkemedel samt antidepressiva läkemedel. Behandlingarna genomförs ofta som en kombination av preparat ur dessa läkemedelsgrupper, men tyngdpunkten i behandlingen vilar på antipsykotiska läkemedel.

De antipsykotiska läkemedlens utveckling

När antipsykotiska läkemedel introducerades under 1950- och 1960-talen förändrades vården för patienter med schizofreni då det gick att behandla många patienter utanför mentalsjukhusen. Även om många preparat uppvisar en relativt heterogen läkemedelsprofil med bindning till en mängd olika receptorer i hjärnan har samtliga läkemedel som används idag en gemensam nämnare i förmågan att blockera en undergrupp av dopaminreceptorer i hjärnan, D2-receptorer. Trots att denna farmakologiska grundprincip inte har förändrats nämnvärt under åren, har det dock skett en viss utveckling.

Traditionella och atypiska antipsykotiska läkemedel

De tidiga preparaten benämns ofta som ”traditionella” eller ”typiska” antipsykotiska läkemedel. De kallas även ”första generationens preparat”. Hit hör till exempel klorpromazin och haloperidol. Dessa läkemedel har i Sverige successivt kommit att åtminstone delvis ersättas med ”atypiska” antipsykotiska läkemedel, eller ”andra generationens preparat” [9,10]. Atypiska läkemedel som klozapin har en annorlunda farmakologisk angreppspunkt som även kan innefatta påverkan av andra transmittersystem i hjärnan, till exempel 5-HT (serotonin) och glutamat. Men atypiska antipsykotiska läkemedel är inte en homogen grupp och de enskilda preparaten skiljer sig åt i flera avseenden vad gäller såväl farmakologisk angreppspunkt som biverkningar. Allmänt gäller att de atypiska antipsykotiska läkemedlen har en mer gynnsam biverkningsprofil än de traditionella antipsykotiska läkemedlen. Hit hör framför allt mindre uttalade neurologiska biverkningar som tardiv dyskinesi. Till skillnad från traditionella antipsykotiska läkemedel ger de atypiska sannolikt en effekt på negativa symtom som förlust av känslor eller initiativförmåga [11], en förbättring av kognitiva funktioner [12], en antidepressiv effekt [9] samt en minskad risk för självmord [13].

Introduktionen av de atypiska antipsykotiska läkemedlen har medfört gynnsamma effekter för symtombehandling, även om det fortfarande finns avsevärda biverkningar (framför allt metabola effekter med viktuppgång), låg följsamhet samt terapivikt hos många patienter. I den allmänpsykiatriska vården har man under åren gradvis övergått från traditionella antipsykotiska läkemedel till nyare,

atypiska. I den rättspsykiatriska vården har detta inte skett lika snabbt, även om tendenser finns [2]. Här har de äldre traditionella läkemedlen fortfarande en relativt stark position. Möjligtvis speglar detta skillnader i behandlingssituationen mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri, men det är även tänkbart att rättspsykiatrin har en mer restriktiv hållning till nya antipsykotiska läkemedel.

Klozapin

I allmänpsykiatrin intar klozapin en särställning i behandlingen av psykoser, och ger en i vissa avseenden bättre effekt än andra antipsykotiska läkemedel [9,10,14]. Detta har resulterat i att Socialstyrelsen uppdaterade de nationella riktlinjerna för schizofreni och rekommenderar nu att klozapin bör erbjudas som behandlingsalternativ och som stöd för återhämtning i alla sjukdomsfaser hos personer med schizofreni. Enligt riktlinjerna bör klozapin även erbjudas vid svårbehandlade psykotiska symtom samt vid misstänkt ökad självmordsrisk [3]. En nackdel med klozapin är att det kan ge allvarliga biverkningar, främst i form av en allvarlig och dödlig blodbildsförändring (agranulocytos). För att undvika det måste patienternas blodbild analyseras regelbundet. Under de tre första månaderna får patienterna lämna prov varje vecka och därefter en gång per månad. Om blodbilden skulle förändras och visa tecken på att de vita blodkropparna snabbt minskar måste behandlingen avslutas omedelbart. Därefter kan klozapin inte användas av denna patient igen.

3 Metod för utvärderingen

I denna rapport har vi ämnat besvara flera olika frågor om rättspsykiatri avseende:

- nytta och risker med läkemedelsbehandlingar
- upplevelser och erfarenheter av dessa behandlingar
- hälsoekonomi
- etiska aspekter.

Vi har även gjort en registerstudie för att kunna sätta resultaten i relation till de aktuella patientgrupperna och praxis för läkemedelsbehandlingar i svensk rättspsykiatri.

Nedan redovisar vi våra frågeställningar och vår arbetsprocess dels i en översikt (Tabell 3.1), dels under respektive rubrik.

Tabell 3.1
Översikt över frågor
och metoder.

Område	Frågor	Metoder
Nytta och risk	<ul style="list-style-type: none"> • Vad finns det för nytta och risker med olika läkemedel? <ul style="list-style-type: none"> – Hur skiljer sig nytta och risker vid olika doser? – Vad finns det för nytta och risker med antipsykotiska läkemedel vid samtidigt substansbruk? – Vad finns det för nytta och risker med att kombinera flera olika antipsykotiska läkemedel? – Vad finns det för nytta och risker med att kombinera flera olika läkemedelsgrupper? – Vad finns det för nytta och risker med traditionella antipsykotiska läkemedel jämfört med atypiska antipsykotiska läkemedel? 	<p>En systematisk översikt av läkemedelsstudier utförda i en rättspsykiatrisk kontext</p> <p>En systematisk kartläggning av publicerade systematiska översikter som undersökt läkemedelseffekter vid samsjuklighet</p>
Upplevelser och erfarenheter	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka upplevelser och erfarenheter har patienter, anhöriga och personal av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri? 	<p>En systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik</p> <p>Enkätfrågor till riksföreningen PAR</p>
Hälsoekonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för de olika läkemedelsbehandlingarna? 	<p>En systematisk översikt av hälsoekonomiska studier</p> <p>Beräkningar av läkemedelskostnader, vårdkostnader samt kostnader för den rättsliga processen i en svensk kontext</p>
Etik	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka etiska aspekter aktualiseras <ul style="list-style-type: none"> – av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri – rörande forskning (eller avsaknad av forskning) inom rättspsykiatri? 	<p>Etisk diskussion utifrån SBU:s vägledning för identifiering av etiska aspekter samt en litteratursökning</p>
Patientgrupper och läkemedelspraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka skillnader finns det mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri sett till <ul style="list-style-type: none"> – patienternas huvuddiagnoser samt diagnoskombinationer – patienternas kroppsliga sjukdomar, substansbruk samt läkemedelsbehandlingar – vårdtid, svårighetsgrad, BMI, kön, användning av antikolinerga läkemedel mot biverkningar, överlevnad och patienters bedömning av livskvalitet? 	<p>Registerstudie baserad på data från det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatrisk vård (RättspsyK), det nationella kvalitetsregistret för psykosvård (PsykosR), Socialstyrelsens dödsorsaksregister samt patientregister</p>

Nytta och risker

Frågor

- Vad finns det för nytta och risker med olika läkemedel?
 - Hur skiljer sig nytta och risker vid olika doser?
 - Vad finns det för nytta och risker med antipsykotiska läkemedel vid samtidigt substansbruk?
 - Vad finns det för nytta och risker med att kombinera flera olika antipsykotiska läkemedel?
 - Vad finns det för nytta och risker med att kombinera flera olika läkemedelsgrupper?
 - Vad finns det för nytta och risker med traditionella antipsykotiska läkemedel jämfört med atypiska antipsykotiska läkemedel?

Samtliga frågor avser specifika patient- och läkemedelsgrupper, vilka listas nedan under rubriken Inklusionskriterier.

Metod

För att besvara frågorna ovan gjorde vi en systematisk översikt av läkemedelsstudier utförda i en rättspsykiatrisk kontext. Vi gjorde även en systematisk kartläggning av översikter som undersökt läkemedelseffekter vid samsjuklighet, det vill säga när en patient har två eller fler diagnoser.

Systematisk översikt av läkemedelsstudier inom rättspsykiatri

Inklusionskriterier och avgränsningar

Populationer

Frågorna ovan avser patienter med psykossjukdom, autismspektrumtillstånd eller personlighetssyndrom som vårdas inom svensk rättspsykiatri eller motsvarande grupp som har begått brott och vårdas med tvång i andra länder.

Interventioner

Översikten begränsades till följande läkemedelsgrupper:

- antipsykotiska läkemedel inklusive kombinationsbehandlingar
- stämningsstabiliserande läkemedel
- bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel
- läkemedel för substansbruksbehandling
- läkemedel för adhd-behandling
- antidepressiva läkemedel
- kombinationer av ovanstående läkemedel.

Jämförelseinterventioner

Vi inkluderade enbart studier med en jämförelsegrupp som skulle ha fått placebo eller annan relevant behandling vilket kan innebära andra läkemedel, andra kombinationer av läkemedel eller andra doser.

Effektmått

Studier med följande effektmått inkluderades:

- psykossymtom
- ogynnsamma effekter (exempelvis återfall i substansbruk, hot och våld, självmord eller självskada)
- överlevnad
- återfall i brott
- återintagning
- biverkningar
- långsiktiga effekter efter den rättspsykiatriska vården (psykisk och fysisk hälsa och följsamhet till behandling)
- livskvalitet.

Studiedesign

Vi inkluderade randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) eller andra studier med kontrollgrupp.

Behandlings- och uppföljningstid

Frågorna ovan gäller såväl psykiatrisk korttids- som långtidsbehandling med läkemedel inom rättspsykiatri. Med korttidsbehandling menar vi upprepade behandlingar eller behandlingsstrategier där effekten studerades i minst två veckor upp till tre månader. Vi exkluderade däremot studier där behandlingen gavs vid ett enskilt tillfälle för akuta lugnande effekter. Vi inkluderade studier som visade läkemedelseffekter under slutenvård, öppenvård samt långsiktiga effekter efter att den rättspsykiatriska vården hade avslutats. Vid öppenvård inkluderade vi endast studier där det tydligt framgick att öppenvården var kopplad till tvångsvård, och att tvångsvården i sin tur var kopplad till ett aggressivt beteende som i Sverige skulle ha utgjort ett brott.

Språk

Vi inkluderade vetenskapliga studier publicerade på svenska, norska, danska och engelska.

Litteratursökning

Med utgångspunkt i projektets frågeställningar gjorde vi systematiska sökningar i bibliografiska databaser. De utfördes av en informationsspecialist i nära samarbete med sakkunniga och projektgruppen. Sökningarna är gjorda i databaserna Cinahl, Cochrane, EMBASE, PsycInfo, PubMed och Scopus. Ingen begränsning gjordes avseende publiceringsår. Den sista sökningen genomfördes 11 januari 2018.

Urval av studier och bedömning av risk för systematiska fel (bias)

Gallringen av abstrakter genomfördes av fyra sakkunniga som två och två bedömde artiklarnas relevans oberoende av varandra. De studier som minst en av de sakkunniga bedömde var relevanta för frågeställningarna beställdes och granskades i fulltext. De studier som vid denna andra granskning inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades efter konsensusbeslut (Bilaga 1).

Två granskare bedömde även risken för systematiska fel i studierna oberoende av varandra med stöd av granskningsmallar (Bilaga 2). Vid olika bedömningar togs konsensusbeslut efter diskussion med ytterligare projektmedlemmar. Relevanta studier inkluderades oavsett risk för systematiska fel, vilket istället hantearades vid bedömningen av det vetenskapliga underlagets styrka (se nedan).

Sammanvägning av resultat och bedömning av det vetenskapliga underlagets styrka

Endast narrativa sammanvägningar gjordes för effekterna av olika läkemedel eftersom resultaten i studierna var bristfälligt rapporterade eller för att det fanns för få tillgängliga studier för att metaanalyser skulle bli meningsfulla. SBU använder det internationellt utarbetade systemet Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation (GRADE) för att bedöma hur tillförlitliga resultaten är (Faktaruta 3.1) [15].

Faktaruta 3.1
Bedömning av
resultatens tillförlitlighet
med GRADE
(kvantitativa data).

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

Bedömningen innefattar, för varje sådant delresultat:

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

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

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

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

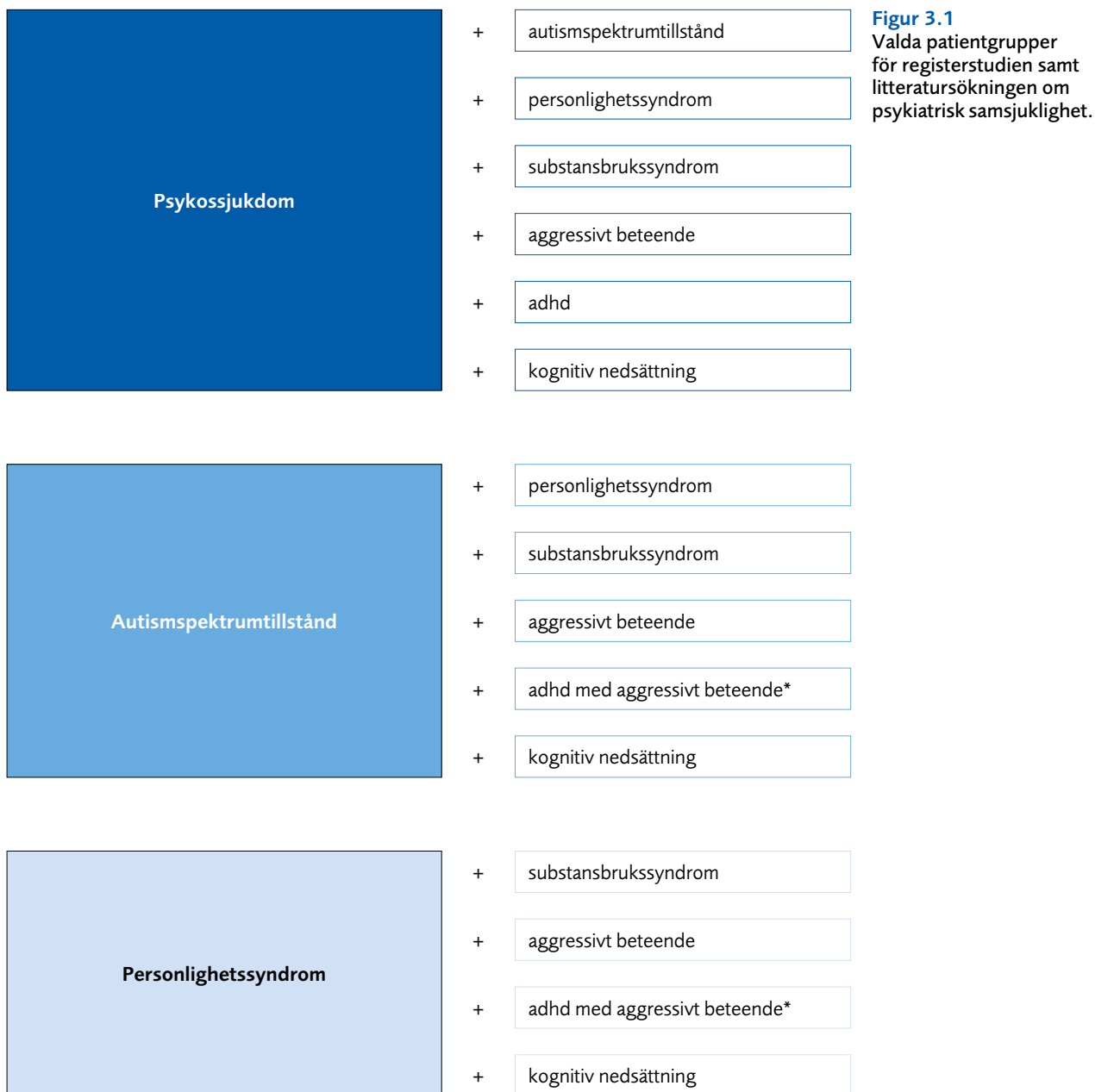
När det helt saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan gradering av tillförlitligheten.

Kartläggning av systematiska översikter gällande läkemedelsbehandling vid samsjuklighet

Inklusionskriterier och avgränsningar

Populationer

För att få en fylligare bild av effekter och risker med läkemedelsbehandlingar definierade vi patientgrupper inom allmänpsykiatrin med samsjuklighet, där vi bedömde att kunskap om effekterna kan överföras till den rättspsykiatriska kontexten. De patientgrupperna listas i Figur 3.1.



* För de två sökningarna *autismspektrumtillstånd + adhd* och *personlighetssyndrom + adhd* krävdes även samsjuklighet med aggressivt beteende. Detta gjordes för att avgränsa utvärderingen till artiklar med rimlig relation till rättspsykiatri.

Huvuddiagnoserna utgjordes även i denna sökning av psykosjukdom, autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom, vilka sedan kombinerades med en av fyra tilläggsproblematiker (substansbrukssyndrom, aggressivt beteende, adhd eller kognitiv nedsättning).

I denna sökning fokuserade vi enbart på systematiska översikter och tog bort kravet på att behandlingen skulle ske inom rättspsykiatrisk vård eller motsvarande.

Interventioner

Översikten begränsas till följande läkemedelsgrupper:

- antipsykotiska läkemedel inklusive kombinationsbehandlingar
- stämningsstabiliserande läkemedel
- bensodiazepiner och bensodiazepliknande medel
- läkemedel för substansbruksbehandling
- läkemedel för adhd-behandling
- antidepressiva läkemedel
- kombinationer av ovanstående läkemedel.

Jämförelseinterventioner

Vi inkluderade enbart studier med en jämförelsegrupp som skulle ha fått placebo eller annan relevant behandling vilket kan innebära andra läkemedel, andra kombinationer av läkemedel eller andra doser.

Effektmått

Studier med följande effektmått inkluderades:

- psykossymtom
- ogynnsamma effekter (exempelvis återfall i substansbruk, hot och våld, självmord eller självskada)
- överlevnad
- återfall i brott
- återintagning
- biverkningar
- långsiktiga effekter efter den rättspsykiatriska vården (psykisk och fysisk hälsa och följsamhet till behandling)
- livskvalitet.

Studiedesign

Endast systematiska översikter inkluderades.

Språk

Vi inkluderade systematiska översikter publicerade på svenska, norska, danska och engelska.

Litteratursökning

Sökningarna gjordes i databaserna Cochrane, Embase, Medline och PsycInfo (Bilaga 3). Ingen begränsning gjordes avseende publiceringsår. Den sista sökningen genomfördes 12 januari 2018.

Urval av översikter och bedömning av risk för systematiska fel (bias)

Gallringen av abstrakter genomfördes i ett första steg av två personer på SBU:s kansli som gallrade bort de abstrakter som mycket tydligt inte hade relevans för ämnet. I nästa steg gallrades resterande abstrakter av två sakkunniga som gjorde bedömningarna oberoende av varandra. De översikter som minst en av de sakkunniga bedömde var relevanta för frågeställningen beställdes i fulltext. De översikter som vid granskningen av den fullständiga texten inte visade sig uppfylla inklusionskriterierna exkluderades efter konsensusbeslut (Bilaga 1).

Bedömningen av risken för systematiska fel i översikterna gjordes av två granskare oberoende av varandra med stöd av granskningsmallen AMSTAR (Bilaga 2). Vid olika bedömningar av översiktens kvalitet togs konsensusbeslut efter diskussion med ytterligare projektmedlemmar.

Endast översikter av låg eller medelhög risk för bias inkluderades i sammanställningen. De översikter som bedömdes ha hög risk för bias var sådana där metodbeskrivningen eller utförandet var så bristfälliga att publikationen motsvarade en översikt utan systematisk ansats (se Bilaga 1). I gränsfall valde vi att inkludera översikten och beskriva bristerna.

Upplevelser och erfarenheter

Fråga

Vilka upplevelser och erfarenheter har patienter, anhöriga och personal av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri?

Metod

För att besvara frågorna ovan har vi gjort en systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik. Vi har även inhämtat svar på en enkät från riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR).

Systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik

Inklusionskriterier

Frågan ovan avser patienter med psykosjukdom, autismspektrumtillstånd eller personlighetssyndrom som vårdas inom svensk rättspsykiatri eller motsvarande grupp som har begått brott och vårdas med tvång i andra länder.

Studiedesign

Endast studier med kvalitativ metodik har inkluderats.

Språk

Vi inkluderade vetenskapliga studier publicerade på svenska, norska, danska och engelska.

Litteratursökning

Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl, Embase, Medline, PsycInfo och Scopus (Bilaga 3). Ingen begränsning gjordes avseende publiceringsår. Den sista sökningen genomfördes 10 januari 2018.

Urval av studier och bedömning av risk för systematiska fel (bias)

Gallringen av abstrakter genomfördes av fyra granskare som två och två gjorde bedömningarna oberoende av varandra. De studier som minst en person bedömde var relevanta för frågeställningen beställdes i fulltext. De studier som vid granskningen av den fullständiga texten inte visade sig uppfylla inklusionskriterierna exkluderades efter konsensusbeslut (Bilaga 1).

Bedömningen av risken för systematiska fel i studierna gjordes av två granskare oberoende av varandra med stöd av SBU:s granskningsmall (Bilaga 2). Vid olika bedömningar togs konsensusbeslut efter diskussion med ytterligare projektmedlemmar.

Sammanvägning av resultat och bedömning av det vetenskapliga underlagets styrka

En sammanvägning av resultaten blev inte aktuell i denna översikt då endast en studie inkluderades.

GRADE-CERQual användes för att bedöma tillförlitligheten av resultaten, se Faktaruta 3.2 [16].

CERQual är utvecklat inom GRADE för att bedöma tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos det sammanvägda resultatet av kvalitativ forskning [16]. Tillförlitligheten påverkas av faktorer som metodbrister i de inkluderade studierna, i vilken utsträckning underliggande data är entydiga (koherens) och relevanta för frågan samt om underliggande data är tillräckligt rikt.

Tillförlitligheten graderas i fyra nivåer:

- **Hög tillförlitlighet** (⊕⊕⊕⊕). Det är mycket troligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse
- **Måttlig tillförlitlighet** (⊕⊕⊕○). Det är troligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse
- **Låg tillförlitlighet** (⊕⊕○○). Det är möjligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse
- **Mycket låg tillförlitlighet** (⊕○○○). Det är oklart om fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse

Enkät till Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR)

En enkät skickades till riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR) i syfte att samla in viktig information om patienters och anhörigas upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandling.

Enkätformatet var en version av formuläret ”The HTAi Patient Group Submission Template for HTA of Medicines”, utarbetat av arbetsgruppen Interest Group on Patient and Citizen Involvement (PCIG) inom den internationella organisationen för utvärdering av medicinska metoder, Health Technology Assessment International (HTAi) [17]. SBU:s kansli har tidigare översatt och anpassat formuläret för patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Den versionen har sedan ytterligare anpassats till detta projekt.

PAR fick själva besluta hur de ville besvara enkäten. De valde att dela ut frågorna till patienter och anhöriga utanför kliniker samt att skicka in enkäter till patienter på rättspsykiatriska vårdenheter. De fick svar från 15 patienter (varav 2 kvinnor) och 5 anhöriga, och sammanställde de svaren åt SBU. Då det är oklart hur många som fått enkäten är det inte möjligt att beräkna en svarsfrekvens. Frågorna och svaren från enkäten presenteras i sin helhet i Bilaga 4 och sammanfattas i Kapitel 6.

Hälsoekonomi

Fråga

Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för de olika läkemedelsbehandlingarna?

Metod

För att belysa hälsoekonomiska aspekter av läkemedelsbehandlingar i rättspsykiatri gjorde vi en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier. Översikten kompletterades med beräkningar av kostnader för några av de mest förekommande läkemedelsbehandlingarna. För att sätta läkemedelskostnaderna i perspektiv beskrev vi därtill vårdkostnader och kostnaderna för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende. Metoden för den systematiska översikten beskrivs nedan. Metoden för kostnadsberäkningarna beskrivs i Kapitel 7.

Litteratursökning och gallring

En litteratursökning gjordes av SBU:s informationsspecialist i samarbete med projektets hälsoekonom. Litteratursökningen genomfördes 10 januari 2018. Sökningen efter ekonomiska utvärderingar hade samma sökstrategi som den systematiska översikten av läkemedelsstudier bortsett från att vi inte exkluderade studier på grund av studiedesign, samt att utfallen även omfattade ekonomiska aspekter. Sökstrategin återges i sin helhet i Bilaga 3.

Granskningen gjordes i tre steg. Den första granskningen gjordes på abstrakt-nivå av två medarbetare på kansliet (varav en hälsoekonom) och oberoende av varandra. De artiklar som någon av granskarna ansåg relevanta för projektets frågeställning beställdes i fulltext. De bedömdes därefter utifrån relevans i ett andra steg. De studier som fortfarande ansågs relevanta bedömdes därefter med avseende på kvalitet och grad av överförbarhet till en svensk kontext av två hälsoekonomier vid SBU.

Etik

Frågor

- Vilka etiska aspekter aktualiseras
 - av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri
 - rörande forskning (eller avsaknad av forskning) inom rättspsykiatri?

Metod

Processen följde SBU:s riktlinjer för etisk diskussion av åtgärder inom hälso- och sjukvård [4]. I ett första steg förde projektgruppen en diskussion kring

vilka etiska aspekter som spontant kunde identifieras rörande läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatrisk vård. I nästa steg fokuserade gruppen på de generella etiska frågor som listas i vägledningen. Dessa diskussioner utgjorde en utgångspunkt för vidare diskussion förd av experten i etik. Den etiska diskussionen relaterade även till empiriska data i form av de enkätsvar avseende upplevelser och erfarenheter som SBU inhämtat från riksföreningen PAR.

Litteratursökning

Den etiska diskussionen kompletterades av en litteratursökning avseende publicerade analyser av etiska frågeställningar om läkemedelsbehandling i motsvarande populationer samt etiska analyser av forskning på patienter i rättspsykiatri. Detta gjordes inte som en heltäckande systematisk översikt, utan enbart för att berika diskussionen med relevanta publicerade arbeten. Sökningen gjordes i databaserna Cinahl, Embase, Medline, PsycInfo och Scopus (sökstrategi i Bilaga 3) utan begränsning i språk eller publikationsår. Expertens i etik gick igenom abstrakter och valde ut relevanta artiklar som beställdes och lästes i fulltext. Artiklar exkluderades inte på grundval av kvalitet eller risk för bias.

Patientgrupper och läkemedelspraxis

Frågor

- Vilka skillnader finns det mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri sett till
 - patienternas huvuddiagnoser samt diagnoskombinationer
 - patienternas kroppsliga sjukdomar, substansbruk samt läkemedelsbehandlingar
 - vårdtid, svårighetsgrad, BMI, kön, användning av antikolinerga läkemedel mot biverkningar, överlevnad och patienters bedömning av livskvalitet?

Metod

För att besvara ovanstående frågor och beskriva den rättspsykiatriska patientgruppen genomförde vi en registerstudie med hjälp av data från det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatrisk vård (RättspsyK), det nationella kvalitetsregistret för psykosvård (PsykosR) samt Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister. Studien godkändes av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm den 13 december 2017¹.

¹ Diarienummer 2017/2258-31.

Datakällor

RättspsyK

RättspsyK är det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatrisk vård och har funnits sedan år 2008. Ett av registrets syften är att bidra till utökad kvalitetsutveckling för enskilda verksamheter samt att ge de enskilda verksamheterna möjlighet till nationell jämförelse. Registret ger också en möjlighet för verksamheterna att förbättra sin uppföljning och utvärdering av vård och behandlingsåtgärder. Enligt en sammanställning gjord av Socialstyrelsen hade registret en täckningsgrad på 84,5 procent år 2016 [18]. Med täckningsgrad menas hur stor andel av kvalitetsregistrets avsedda registerpopulation som har registrerats.

RättspsyK innehåller data på individnivå från inskrivning till avslutning av den rättspsykiatriska vården. I normalfallet sker en uppföljningsregistrering en gång per år.

PsykosR

PsykosR är det nationella kvalitetsregistret för psykosvård och samlar information om patienter med psykosdiagnoser. Registret hette tidigare SchizofreNY och har funnits sedan 2004. Till PsykosR rapporterar enheter från allmänpsykiatri, subspecialiserad psykosvård, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, rättspsykiatriska vårdinrättningar och slutenvårdsavdelningar. Registret hade en täckningsgrad på 20,6 procent år 2016 enligt Socialstyrelsens sammanställning [18].

Patienter registreras i PsykosR av vårdenheter som har för avsikt att inleda behandling. Efter nyregistrering av en patient sker i normalfallet en uppföljningsregistrering en gång per år.

Patientregistret

Patientregistret är ett nationellt hälsodataregister som förvaltas av Socialstyrelsen. Registret innehåller uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård. Sedan år 1997 registreras diagnoser enligt klassifikationen ICD-10. Registret innehåller också uppgifter om alla läkarbesök i den specialiserade öppenvården sedan 2001.

Registret har ett omfattande sekretesskydd men tillhandahåller data för bland annat statistik och forskning. Exempel på data som kan inhämtas är registrerade diagnoser och åtgärder vid varje vårdtillfälle.

Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret innehåller uppgifter om dödsorsaker för alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige. Registret förvaltas av Socialstyrelsen. Syftet med registret är att kunna beskriva dödsorsaker och följa dödlighetens utveckling över tid fördelat på bland annat kön och ålder. Liksom patientregistret har dödsorsaksregistret ett omfattande sekretesskydd.

Identifierade populationer

Vi identifierade alla individer som var 15 år eller äldre och registrerade i RättspsyK, PsykosR eller båda under perioden 2009 till och med 2016.

Uppgifter om individernas födelseår, kön, läkemedelsbehandlingar, sjukdomssvårighetsgrad, BMI och livskvalitet hämtades från RättspsyK respektive PsykosR. Uppgifter om samtliga huvud- och bidiagnoser som registrerats för individerna i all form av specialiserad slutenvård under åren 1997 till 2016 eller all form av specialiserad öppenvård under åren 2001 till 2016 hämtades genom en samkörning med patientregistret. Syftet med samkörningen var att inhämta uppgifter om alla psykiatriska och kroppsliga diagnoser som patienterna fått.

Slutligen hämtades uppgifter om dödsdatum och dödsorsak för de individer som avlidit under perioden 2009 till 2016 genom en samkörning med dödsorsaksregistret.

Analys och jämförelser

Vi genomförde ett antal jämförelser av patienter som identifierats i RättspsyK och patienter som identifierats i PsykosR. I vissa jämförelser valde vi att endast inkludera patienter i RättspsyK som diagnostiserats med psykosjukdom. Detta eftersom PsykosR enbart inkluderar patienter med psykosjukdom. Individer som registrerats i både RättspsyK och PsykosR exkluderades ur samtliga jämförelser.

Följande variabler jämfördes mellan patienterna i respektive kvalitetsregister:

- medel- och medianålder
- förekomst av utvalda psykiatriska diagnoser och diagnoskombinationer (se Figur 3.1)
- förekomst av utvalda kroppsliga sjukdomar
- andel patienter som behandlas med läkemedel i utvalda läkemedelsgrupper
- den psykiska sjukdomens svårighetsgrad
- BMI (redovisas i Bilaga 5)
- livskvalitet (redovisas i Bilaga 5).

För patienter i RättspsyK analyserade vi även följande:

- vårdtid inom rättspsykiatrisk vård
- andel användare av enskilda läkemedel i utvalda läkemedelsgrupper
- trender över tid i användning av utvalda läkemedelsgrupper
- för tidig död (jämfört med hela befolkningen).

Nedan beskriver vi vilka uppgifter som låg till grund för analyserna.

Psykiatriska diagnoser

Uppgifter om vilka av de utvalda psykiatriska diagnoserna och tilläggsdiagnoserna de identifierade individerna hade hämtades från patientregistret för perioden 1997 till 2016. En individ bedömdes ha en viss psykiatrisk diagnos om den

tillhörande ICD-10-koden hade registrerats vid minst ett vårdtillfälle (se lista över ICD-10-koder för de utvalda diagnoserna i Bilaga 6).

Kroppslig samsjuklighet

De sakkunniga i projektgruppen valde ut vissa kroppsliga sjukdomar och tillstånd som ansågs vara av betydelse för val av preparat, läkemedelseffekter, metabolism av läkemedel och biverkningar².

Uppgifter om vilka av dessa kroppsliga sjukdomar som de identifierade individerna diagnostiserats med hämtades från patientregistret för perioden 1997 till 2016. En individ bedömdes ha en viss kroppslig sjukdom om den tillhörande ICD-10-koden hade registrerats vid minst ett vårdtillfälle. En person kan ha haft flera kroppsliga diagnoser under perioden.

BMI

I PsykosR rapporteras inte BMI som variabel. Istället beräknade vi det med hjälp av inrapporterad längd och vikt. Ett framräknat BMI mellan 13–50,9 antogs vara rimligt och ingick i analysen. RättspsyK rapporterar däremot BMI och det användes som grund för analyserna med samma gränser för rimlighet. Värden utanför detta spann räknades bort som uppenbara fel. Resultat för BMI redovisas i Bilaga 5.

Livskvalitet

Livskvalitet presenteras baserat på en visuell analog skala (VAS) i både RättspsyK och PsykosR. Redovisningen av livskvalitet beräknades som ett genomsnittligt värde samt ett medianvärde av samtliga registreringar över perioden 2009 till 2016 för respektive population. Resultat för livskvalitet redovisas i Bilaga 5.

Vårdtid

Uppgifter om vårdtid hämtades endast för individer i RättspsyK. Medel- och medianvårdtid beräknades för individer med avskriven rättspsykiatrisk vård under perioden 2009 till 2016.

Svårighetsgrad

För att kvantifiera svårighetsgrad, det vill säga hur psykiskt sjuk en patient är, använde vi verktyget clinical global impression-severity (CGI-S). Patienten kategoriseras då enligt en skala som anger sjukdomens svårighetsgrad. Både symtomnivå och funktionspåverkan vägs in i bedömningen. Både RättspsyK

² Utvalda diagnoser med tillhörande ICD-10-koder: virushepatiter (B15–B19), HIV (B20–B24), thyroideasjukdom (E02–E06), diabetes (E10–E14), fetma och övervikt (E65–E66), epilepsi (G40–G41), hypertoni (I10–I15), hjärtinfarkt (I21–I23), KOL (J44), leversvikt (K70–K74) och njursvikt (N17–N19).

och PsykosR registrerar CGI-S men de benämner skalstegen olika (se Faktaruta 3.3). SBU:s projektgrupp antog dock att skalstegen är likvärdiga. I denna rapport använder vi benämningen som används i RättspsyK.

Uppgifter om CGI-S hämtades endast för perioden 2014 till och med 2016 eftersom registreringen i PsykosR var otillräcklig under tidigare år.

PsykosR

- 0 – Ej bedömt
- 1 – Normal, inte alls sjuk
- 2 – Gränsfall för psykisk sjukdom
- 3 – Lindrigt sjuk
- 4 – Måttligt sjuk
- 5 – Påtagligt sjuk
- 6 – Allvarligt sjuk
- 7 – Bland de mest extremt sjuka patienterna

RättspsyK

- 1 – Inga
- 2 – Mycket milda
- 3 – Milda
- 4 – Måttliga
- 5 – Påtagliga
- 6 – Svåra
- 7 – Mycket svåra

Faktaruta 3.3

Skalsteg för CGI-S i PsykosR respektive RättspsyK.

Läkemedelsbehandling

Uppgifter om läkemedelsbehandling hämtades från RättspsyK för tidsperioden 2009 till 2016. Från PsykosR hämtades uppgifter om läkemedelsbehandling endast för tidsperioden 2014 till 2016, eftersom uppgifterna under tidigare år var otillräckliga.

I såväl RättspsyK som PsykosR registreras uppgifter om en patients pågående läkemedelsbehandling vid varje uppföljningstillfälle, som i normalfallet sker en gång per år. I RättspsyK kan upp till 20 enskilda läkemedel som patienten behandlas med registreras vid varje uppföljningstillfälle. I PsykosR registreras inte vilka enskilda läkemedel en patient behandlas med, utan bara om patienten behandlas med läkemedel inom vissa fördefinierade läkemedelsgrupper. Undantaget är antipsykotiska läkemedel, där uppgifter om behandling med enskilda läkemedel registreras.

Vi jämförde andelen patienter i RättspsyK respektive PsykosR som behandlades med läkemedel i följande fördefinierade läkemedelsgrupper under tidsperioden 2014 till 2016:

- antipsykotiska läkemedel
- stämningsstabiliserade läkemedel
- antidepressiva läkemedel
- läkemedel för behandling av adhd
- ångstdämpande (sedativa) läkemedel
- läkemedel för behandling av substansbruk
- antikolinerga läkemedel (mot biverkningar).

Vi jämförde också andelen patienter i RättsspsyK respektive PsykosR som behandlades med enskilda preparat i gruppen antipsykotiska läkemedel under tidsperioden 2014 till 2016.

För patienter i RättsspsyK beräknade vi andelen patienter som behandlades med enskilda läkemedel i ovanstående läkemedelsgrupper under tidsperioden 2014 till 2016. Vi tittade också på läkemedelsbehandling över tid och beräknade den andel patienter i RättsspsyK som behandlades med läkemedel i följande grupper för varje år under tidsperioden 2009 till 2016:

- antipsykotiska läkemedel
 - traditionella antipsykotiska läkemedel
 - atypiska antipsykotiska läkemedel, inklusive klozapin
 - specifikt läkemedlet klozapin
- antikolinerga läkemedel (mot biverkningar)
- bensodiazepiner inklusive bensodiazepinliknande preparat³
- bensodiazepiner exklusive bensodiazepinliknande preparat⁴.

För tidig död

Med för tidig död menar vi i denna rapport att en individ dör före 50 års ålder. Vi jämförde den årliga andelen patienter i RättsspsyK som dog före 50 års ålder med den årliga andelen i hela befolkningen som dog före 50 års ålder under tidsperioden 2009 till 2016. Vi jämförde också dödsorsaker uppdelat på yttre orsak, inre orsak (sjukdomar som påverkar andning, cirkulation, nutrition, ämnesomsättning, matsmältning, endokrina sjukdomar, psykiska sjukdomar och beteendestörningar samt tumörer) samt övriga dödsorsaker.

³ Alprazolam, diazepam, flunitrazepam, klometiazol, lorazepam, nitrazepam, oxazepam, triazolam, zaleplon, zolpidem och zopiklon.

⁴ Alprazolam, diazepam, flunitrazepam, lorazepam, oxazepam, triazolam, nitrazepam och klonazepam.

4 Resultat – Beskrivning av patientgrupper och läkemedelspraxis inom rättspsykiatrisk vård

Ålder och könsfördelning

Under tidsperioden 2009 till 2016 registrerades totalt 2 268 patienter i RättspsyK, varav 392 (17 %) var kvinnor och 1 876 (83 %) var män. Under samma tidsperiod registrerades totalt 15 724 patienter i PsykosR, varav 7 056 (45 %) var kvinnor och 8 668 (55 %) var män. 59 kvinnor och 349 män registrerades i både RättspsyK och PsykosR någon gång under tidsperioden 2009 till och med 2016 och exkluderades därmed från analyserna.

Medelåldern för patienterna i RättspsyK var 39 år för både kvinnor och män, medan patienterna i PsykosR hade en medelålder på 52 år för kvinnor och 48 år för män (se Tabell 4.1).

Tabell 4.1
Medelålder samt högsta och lägsta ålder för patienter registrerade i RättspsyK respektive PsykosR år 2009–2016.

	RättspsyK		PsykosR	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal individer	392	1 876	7 056	8 668
Medelålder, år	39	39	52	48
Lägsta ålder, år	18	16	16	16
Högsta ålder, år	79	82	93	90

Psykiatriska diagnoser

Cirka 72 procent av patienterna som identifierades i RättspsyK hade diagnostiserats med psykossjukdom någon gång under tidsperioden 1997 till 2016. Patienter i RättspsyK hade i större utsträckning fått flera psykiatriska diagnoser jämfört med patienter registrerade i PsykosR (se Tabell 4.2). Jämfört med patienterna i PsykosR hade en högre andel patienter i RättspsyK exempelvis diagnostiserats med både psykossjukdom och substansbrukssyndrom, psykossjukdom och personlighetssyndrom eller psykossjukdom och autismspektrumtillstånd.

Avseende substansbruk bland de rättspsykiatriska patienterna så hade 34 procent av kvinnorna och 40 procent av männen diagnostiserats med substansbrukssyndrom och psykossjukdom, 11 procent av kvinnorna och 6 procent av männen hade diagnostiserats med substansbrukssyndrom och autismspektrumtillstånd och 35 procent av kvinnorna och 24 procent av männen hade diagnostiserats med substansbrukssyndrom och personlighetssyndrom.

	RättspsyK		PsykosR	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
<i>Antal individer</i>	392	1 876	7 056	8 668
Psykosjukdom	72 %	73 %	99 %	99 %
Psykosjukdom + autismspektrumtillstånd	14 %	12 %	3 %	6 %
Psykosjukdom + personlighetssyndrom	40 %	27 %	13 %	10 %
Psykosjukdom + substansbrukssyndrom	34 %	40 %	9 %	14 %
Psykosjukdom + aggressivt beteende	4 %	2 %	0 %	0 %
Psykosjukdom + adhd	9 %	10 %	1 %	2 %
Psykosjukdom + kognitiv nedsättning	13 %	9 %	6 %	5 %
Autismspektrumtillstånd	24 %	20 %	3 %	6 %
Autismspektrumtillstånd + personlighetssyndrom	17 %	7 %	1 %	1 %
Autismspektrumtillstånd + substansbrukssyndrom	11 %	6 %	0 %	1 %
Autismspektrumtillstånd + aggressivt beteende	4 %	2 %	x	0 %
Autismspektrumtillstånd + adhd + aggressivt beteende*	x	1 %	x	x
Autismspektrumtillstånd + kognitiv nedsättning	8 %	5 %	1 %	1 %
Personlighetssyndrom	57 %	36 %	13 %	10 %
Personlighetssyndrom + substansbrukssyndrom	35 %	24 %	3 %	3 %
Personlighetssyndrom + aggressivt beteende	6 %	2 %	0 %	x
Personlighetssyndrom + adhd + aggressivt beteende*	3 %	1 %	x	x
Personlighetssyndrom + kognitiv nedsättning	14 %	6 %	1 %	1 %
Ingen av de specificerade diagnoserna	4 %	6 %	1 %	1 %

x = antalet individer understiger 10

* För de två sökningarna *autismspektrumtillstånd + adhd* och *personlighetssyndrom + adhd* krävdes även samsjuklighet med aggressivt beteende. Detta gjordes för att avgränsa utvärderingen till artiklar med rimlig relation till rättspsykiatri.

Analysen omfattade patienter som registrerats i RättspsyK respektive PsykosR någon gång under tidsperioden 2009–2016. Uppgifter om diagnoser hämtades från Patientregistret år 1997–2016.

Samma patient kan förekomma i flera diagnoskombinationer.

Tabell 4.2
Andelen patienter i RättspsyK respektive PsykosR med utvalda kombinationer av psykiatriska diagnoser.

Tabell 4.3 nedan utgår från en hierarkisk indelning, vilket innebär att en patient bara kan förekomma i en diagnosgrupp. I tabellen framkommer att 72 procent av kvinnorna respektive 73 procent av männen i RättspsyK hade diagnostiserats med psykossjukdom, 10 procent av kvinnorna respektive 8 procent av männen hade diagnostiserats med autismspektrumtillstånd men inte psykossjukdom, och 10 procent av kvinnorna respektive 7 procent av männen hade diagnostiserats med personlighetssyndrom men inte psykossjukdom eller autismspektrumtillstånd. Endast 4 procent av kvinnorna respektive 6 procent av männen hade inte diagnostiserats med vare sig psykossjukdom, autismspektrumtillstånd eller personlighetssyndrom.

Tabell 4.3
Hierarkisk gruppering*
av andelen patienter i
RättspsyK respektive
PsykosR med diagnoser
i kategorierna psykos-
sjukdom, autismspektrumtillstånd eller
personlighetssyndrom.

	RättspsyK		PsykosR	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
<i>Antal individer</i>	392	1 876	7 056	8 668
1) Psykossjukdom	72 %	73 %	99 %	99 %
2) Autismspektrumtillstånd	10 %	8 %	x	x
3) Personlighetssyndrom	10 %	7 %	0 %	0 %
4) Övriga specificerade psykiatriska diagnoser	4 %	6 %	0 %	0 %
5) Ingen av de specificerade diagnoserna	4 %	6 %	1 %	1 %

x = antalet individer understiger 10

* Hierarkisk gruppering innebär att en individ endast kan förekomma i en av grupperna.

Analysen omfattade patienter som registrerats i RättspsyK respektive PsykosR någon gång under tidsperioden 2009–2016. Uppgifter om diagnoser hämtades från Patientregistret år 1997–2016.

Kroppsliga sjukdomar

I Tabell 4.4 visar vi andelen patienter med psykossjukdom i RättspsyK respektive PsykosR som diagnostiserats med utvalda kroppsliga sjukdomar. Patienterna med psykossjukdom i RättspsyK hade i större utsträckning diagnostiserats med virushepatiter än patienter med psykossjukdom i PsykosR. Övriga kroppsliga sjukdomar var ungefär lika vanliga bland patienter med psykossjukdom i RättspsyK respektive PsykosR, med undantag av fetma och övervikt hos kvinnor som var vanligare hos patienter med psykossjukdom i RättspsyK. I Tabell 4.5 redovisar vi andelen av alla patienter i RättspsyK som diagnostiserats med utvalda kroppsliga sjukdomar.

	RättpsyK		PsykosR	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
<i>Antal individer med psykosjukdom</i>	281	1 376	6 969	8 564
Virushepatiter (B15–B19)	21 %	16 %	2 %	4 %
HIV (B20–B24)	1 %	1 %	0 %	0 %
Thyroideasjukdom (E02–E06)	9 %	2 %	8 %	2 %
Diabetes (E10–E14)	10 %	12 %	12 %	12 %
Fetma och övervikt (E65–E66)	13 %	4 %	8 %	4 %
Epilepsi (G40–G41)	5 %	2 %	3 %	2 %
Hypertoni (I10–I15)	9 %	7 %	13 %	11 %
Hjärtinfarkt (I21–I23)	0 %	1 %	1 %	2 %
KOL (J44)	5 %	4 %	6 %	3 %
Leversvikt (K70–K74)	1 %	2 %	0 %	1 %
Njursvikt (N17–N19)	1 %	2 %	2 %	2 %

Tabell 4.4
Andelen patienter med psykosjukdom i RättpsyK respektive PsykosR med utvalda kroppsliga sjukdomar.

Analysen omfattade patienter som registrerats i RättpsyK respektive PsykosR någon gång under tidsperioden 2009–2016, och som någon gång diagnostiserats med psykosjukdom. Uppgifter om diagnoser hämtades från Patientregistret år 1997–2016.

	RättpsyK	
	Kvinnor	Män
<i>Antal individer</i>	392	1 876
Virushepatiter (B15–B19)	17 %	14 %
HIV (B20–B24)	1 %	1 %
Thyroideasjukdom (E02–E06)	9 %	3 %
Diabetes (E10–E14)	11 %	11 %
Fetma och övervikt (E65–E66)	12 %	4 %
Epilepsi (G40–G41)	6 %	4 %
Hypertoni (I10–I15)	8 %	7 %
Hjärtinfarkt (I21–I23)	1 %	1 %
KOL (J44)	4 %	3 %
Leversvikt (K70–K74)	1 %	1 %
Njursvikt (N17–N19)	1 %	2 %

Tabell 4.5
Andelen patienter i RättpsyK med utvalda kroppsliga sjukdomar.

Analysen omfattade patienter som registrerats i RättpsyK någon gång under tidsperioden 2009–2016. Uppgifter om diagnoser hämtades från Patientregistret år 1997–2016.

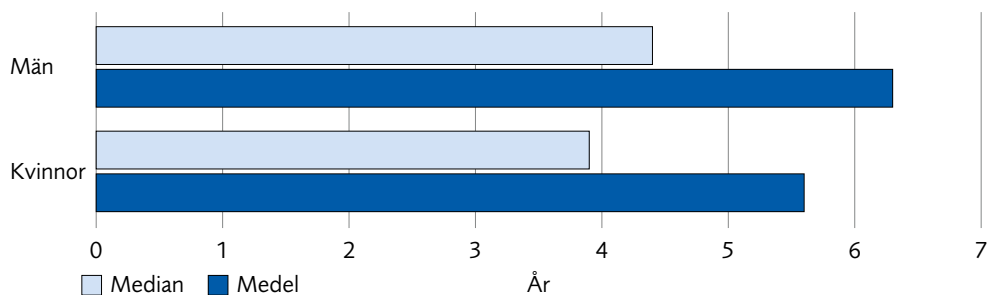
Vårdtid

Beräkningen av vårdtid inom rättspsykiatri baserades på patienter i RättspsyK som fått vården avskriven under tidsperioden 2009 till 2016. Förutom när förvaltningsrätten eller ansvarig chefsöverläkare beslutar om att avskriva den rättspsykiatriska vården, så räknas vården även som avslutad om en patient avlider eller utvisas.

Av de 2 268 patienter som registrerades i RättspsyK under 2009 till 2016 fick 36 procent vården avskriven (139 kvinnor och 678 män) under samma tidsperiod. Medelvårdtiden för kvinnor som fått vården avskriven var 5,6 år och medianvårdtiden var 3,9 år. Det är något kortare än för män som fått vården avskriven, där medelvårdtiden var 6,3 år och medianvårdtiden var 4,4 år (se Figur 4.1).

Eftersom vårdtiden endast avslutades för en dryg tredjedel av patienterna i RättspsyK som identifierades i vår registerstudie så bör de beräknade medel- och medianvårdtiderna tolkas med försiktighet. Den längsta vårdtiden bland de identifierade patienterna var 24 år för kvinnor och 50 år för män.

Figur 4.1
Medel- och
medianvårdtid inom
rättspsykiatrisk vård.

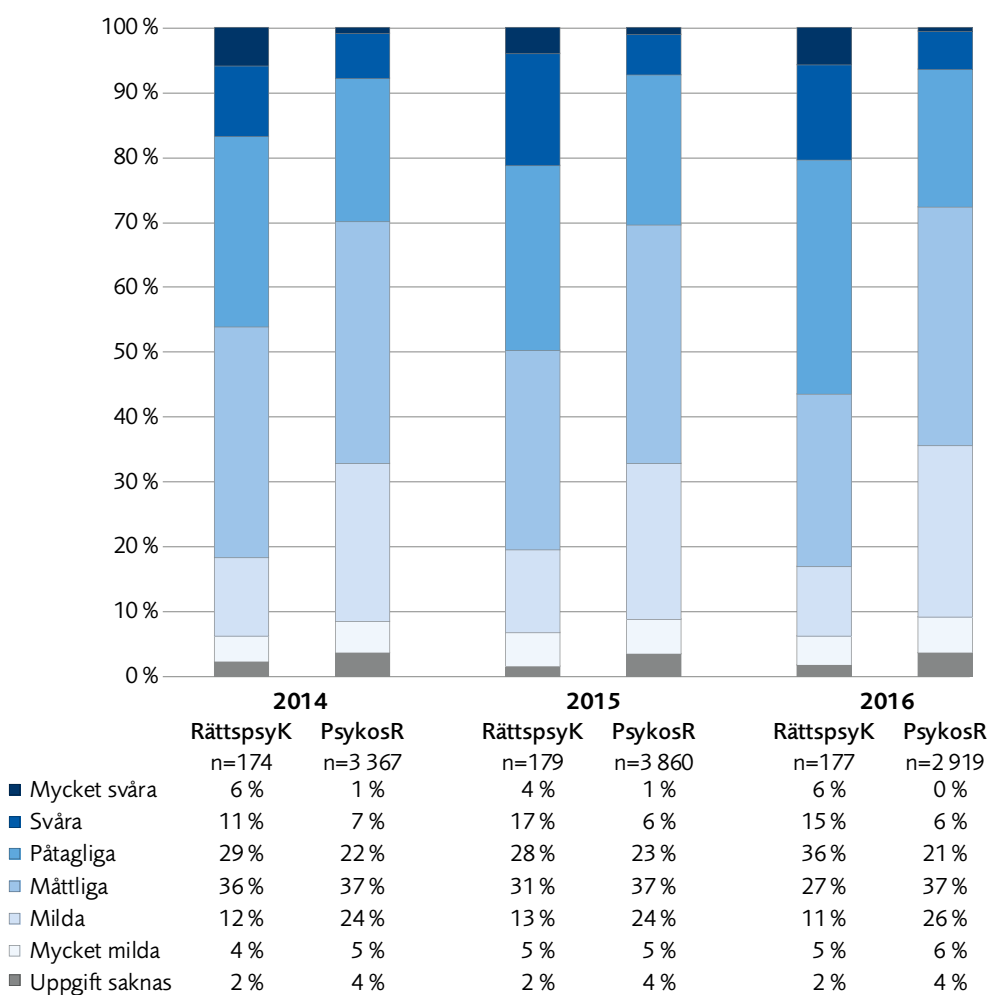


Tiden är beräknad för 139 kvinnor och 678 män som registrerats i RättspsyK någon gång under tidsperioden 2009–2016 och som fått den rättspsykiatriska vården avskriven under samma tidsperiod.

Sjukdomens svårighetsgrad

I Figur 4.2 visar vi andelen kvinnor med psykosjukdom i RättpsyK respektive PsykosR som skattats i de olika skalstegen för clinical global impression-severity (CGI-S) under tidsperioden 2014 till 2016. I Figur 4.3 visar vi motsvarande uppgifter för män med psykosjukdom i RättpsyK respektive PsykosR.

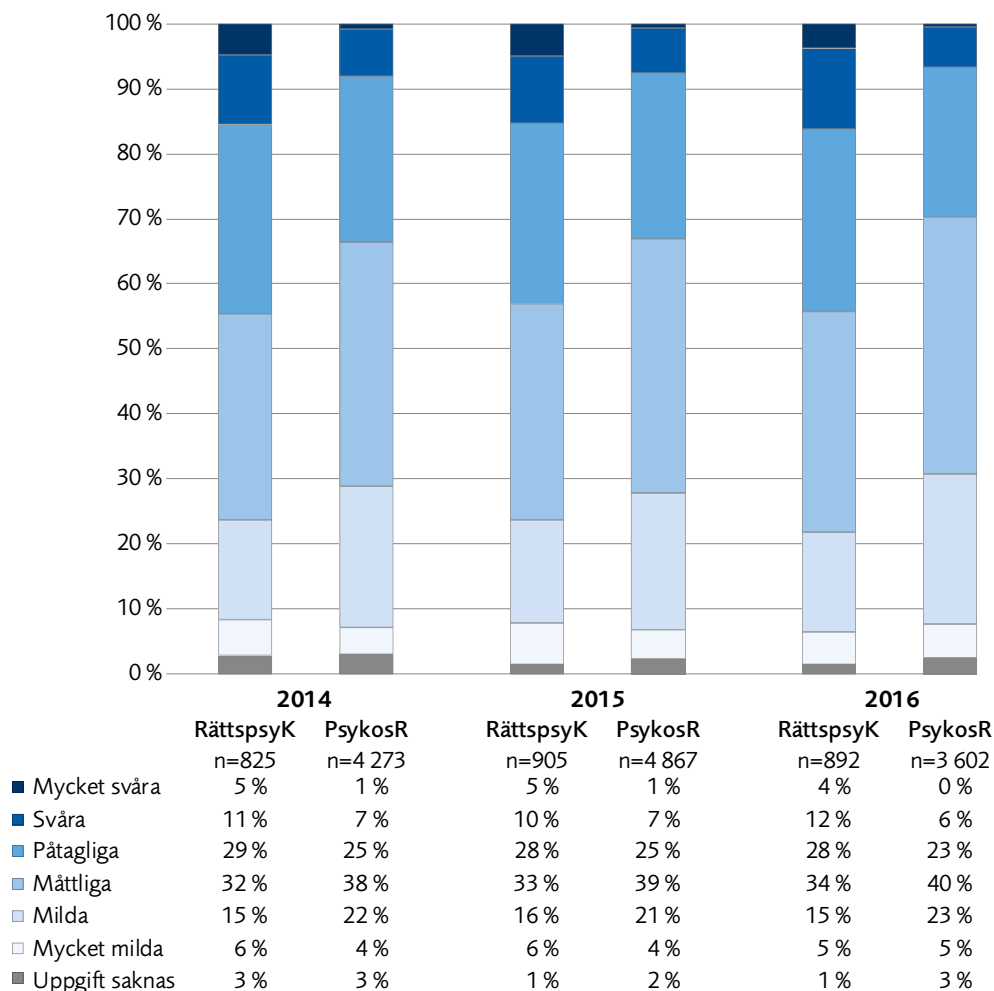
Resultaten tyder på att kvinnor med psykosjukdom i RättpsyK i större utsträckning än kvinnor i PsykosR bedömdes ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom. Detsamma gäller för män, det vill säga män med psykosjukdom i RättpsyK bedömdes i större utsträckning än män i PsykosR ha påtagliga, svåra eller mycket svåra symtom.



Figur 4.2
Andelen kvinnor med psykosjukdom i RättpsyK respektive PsykosR som skattats i de olika skalstegen för CGI-S, år 2014–2016.

CGI-S skattas av behandlande personal och är ett mått på hur svårt psykiskt sjuk en patient är.

Figur 4.3
Andelen män med psykossjukdom i RättspsyK respektive PsykosR som skattats i de olika skalstegen för CGI-S, år 2014–2016.



CGI-S skattas av behandlande personal och är ett mått på hur svårt psykiskt sjuk en patient är.

Läkemedel i RättspsyK jämfört med PsykosR

I Tabell 4.6 visar vi hur stor andel av patienterna med psykossjukdom i RättspsyK respektive PsykosR som fick behandling med läkemedel i utvalda läkemedelsgrupper under tidsperioden 2014 till 2016.

I såväl RättspsyK som PsykosR fick över 90 procent av patienterna med psykossjukdom antipsykotiska läkemedel. Patienterna med psykossjukdom i RättspsyK fick däremot i betydligt större utsträckning läkemedel för behandling av adhd, läkemedel för behandling av substansbruk och antikolinerga läkemedel mot biverkningar jämfört med patienterna i PsykosR:

- 10 procent av kvinnorna och 12 procent av männen med psykossjukdom i RättspsyK fick läkemedel för behandling av adhd. Motsvarande andel bland kvinnorna och männen i PsykosR var bara 1 procent.
- 13 procent av kvinnorna och 15 procent av männen med psykossjukdom i RättspsyK fick läkemedel för behandling av substansbruk. Bland kvinnorna respektive männen i PsykosR var det färre än 10 individer som fick sådana läkemedel.
- 47 procent av kvinnorna och 46 procent av männen med psykossjukdom i RättspsyK fick behandling med antikolinerga läkemedel. Motsvarande andel bland kvinnorna och männen i PsykosR var 18 respektive 19 procent.

	RättspsyK		PsykosR	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
<i>Antal individer</i>	224	1 094	5 952	7 305
Antipsykotiska läkemedel	91 %	92 %	94 %	95 %
Stämningsstabiliserande läkemedel	41 %	27 %	20 %	16 %
Antidepressiva läkemedel	48 %	38 %	38 %	35 %
Läkemedel för behandling av adhd	10 %	12 %	1 %	1 %
Ångstdämpande läkemedel	54 %	50 %	53 %	48 %
Läkemedel för behandling av substansbruk	13 %	15 %	x	x
Antikolinerga läkemedel	47 %	46 %	18 %	19 %

x = antalet individer understiger 10

Tabell 4.6
Andelen patienter med psykossjukdom i RättspsyK respektive PsykosR som fick läkemedel i utvalda läkemedelsgrupper under tidsperioden 2014–2016.

Antipsykotiska läkemedel

I Tabell 4.7 visar vi hur stor andel av patienterna i RättspsyK respektive PsykosR som fick behandling med specifika antipsykotiska läkemedel under tidsperioden 2014 till 2016.

Olanzapin var det vanligaste antipsykotiska läkemedlet bland patienter i båda registren. Av tabellen framgår att traditionella antipsykotiska läkemedel som zuklopentixol och haloperidol var vanligare bland patienter i RättspsyK, medan atypiska antipsykotiska läkemedel som aripiprazol och risperidon var vanligare bland patienter i PsykosR.

Tabell 4.7
Andelen patienter i RättsspsyK respektive PsykosR som fick specifika antipsykotiska läkemedel under tidsperioden 2014–2016.

	RättsspsyK			PsykosR		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790	6 005	7 382	13 387
Olanzapin	23 %	27 %	27 %	26 %	31 %	28 %
Zuklopentixol	24 %	21 %	22 %	13 %	11 %	12 %
Klozapin	19 %	18 %	18 %	13 %	17 %	15 %
Haloperidol	15 %	18 %	17 %	9 %	8 %	8 %
Aripiprazol	12 %	14 %	14 %	18 %	18 %	18 %
Quetiapin	15 %	12 %	13 %	10 %	8 %	9 %
Levomepromazin	17 %	10 %	11 %	5 %	6 %	5 %
Perfenazin	12 %	10 %	11 %	8 %	7 %	7 %
Risperidon	9 %	10 %	10 %	16 %	16 %	16 %
Paliperidon	5 %	7 %	6 %	5 %	6 %	6 %
Klorprotixen*	3 %	3 %	3 %	–	–	–
Flupentixol	4 %	3 %	3 %	6 %	4 %	5 %
Klorpromazin	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Sertindol*	2 %	0 %	1 %	–	–	–
Ziprasidon	1 %	0 %	1 %	2 %	1 %	2 %

* Ej registrerad i PsykosR.

Läkemedel i RättsspsyK

Stämningsstabiliserande läkemedel

I Tabell 4.8 redovisar vi andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika stämningsstabiliserande läkemedel under tidsperioden 2014 till 2016. Det vanligaste läkemedlet i denna kategori var valproinsyra, följt av litium och lamotrigin.

Tabell 4.8
Andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika stämningsstabiliserande läkemedel under tidsperioden 2014–2016.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Valproinsyra	19 %	12 %	14 %
Litium	10 %	7 %	8 %
Lamotrigin	11 %	4 %	5 %
Karbamazepin	4 %	3 %	3 %
Gabapentin	3 %	2 %	2 %
Topiramet	5 %	1 %	2 %
Levetiracetam	1 %	1 %	1 %
Alla stämningsstabiliserande läkemedel	43 %	28 %	30 %

Antidepressiva läkemedel

I Tabell 4.9 redovisar vi andelen patienter i RättpsyK som fick specifika antidepressiva läkemedel under tidsperioden 2014 till 2016. De vanligaste läkemedlen i denna kategori var mirtazapin och sertralin.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Mirtazapin	11 %	11 %	11 %
Sertralin	15 %	10 %	11 %
Citalopram	7 %	7 %	7 %
Escitalopram	8 %	6 %	6 %
Fluoxetin	5 %	3 %	4 %
Klomipramin	4 %	3 %	3 %
Duloxetin	4 %	2 %	2 %
Paroxetin	2 %	2 %	2 %
Bupropion	0 %	1 %	1 %
Mianserin	1 %	1 %	1 %
Venlafaxin	1 %	1 %	1 %
Amitriptylin	0 %	1 %	1 %
Moklobemid	1 %	0 %	0 %
Tranlycypromin	1 %	0 %	0 %
Agomelatin	1 %	0 %	0 %
Alla antidepressiva läkemedel	49 %	38 %	40 %

Tabell 4.9
Andelen patienter i RättpsyK som fick specifika antidepressiva läkemedel under tidsperioden 2014–2016.

Läkemedel för behandling av adhd

I Tabell 4.10 redovisar vi andelen patienter i RättpsyK som fick specifika läkemedel för behandling av adhd under tidsperioden 2014 till 2016. Det vanligaste läkemedlet i denna kategori var metylfenidat.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Metylfenidat	9 %	9 %	9 %
Atomoxetin	5 %	4 %	4 %
Dexamfetamin	2 %	2 %	2 %
Alla läkemedel för behandling av adhd	13 %	13 %	13 %

Tabell 4.10
Andelen patienter i RättpsyK som fick specifika läkemedel för behandling av adhd under tidsperioden 2014–2016.

Ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot sömnstörning

I Tabell 4.11 redovisar vi andelen patienter i RättspsyK som fick specifika ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot sömnstörning under tidsperioden 2014 till 2016. De vanligaste läkemedlen i denna kategori var promiomazin, zopiklon och prometazin.

Tabell 4.11
Andelen patienter i RättspsyK som fick specifika ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot sömnstörning under tidsperioden 2014–2016.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Propiomazin	15 %	15 %	15 %
Zopiklon	18 %	13 %	14 %
Prometazin	19 %	9 %	11 %
Hydroxizin	13 %	9 %	10 %
Diazepam	8 %	6 %	6 %
Klonazepam	7 %	4 %	5 %
Buspiron	2 %	5 %	4 %
Zolpidem	5 %	4 %	4 %
Pregabalin	4 %	3 %	3 %
Nitrazepam	4 %	2 %	2 %
Oxazepam	4 %	1 %	2 %
Alprazolam	0 %	1 %	1 %
Lorazepam	1 %	0 %	1 %
Triazolam	0 %	0 %	0 %
Flunitrazepam	0 %	0 %	0 %
Valeriana	0 %	0 %	0 %
Zaleplon	0 %	0 %	0 %
Alla ångestdämpande läkemedel eller läkemedel mot sömnstörning	57 %	47 %	49 %

Läkemedel för behandling av substansbruk

I Tabell 4.12 redovisar vi andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika läkemedel för behandling av substansbruk under tidsperioden 2014 till 2016. De vanligaste läkemedlen i denna kategori var disulfiram och naltrexon.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Disulfiram	8 %	9 %	9 %
Naltrexon	5 %	5 %	5 %
Akamprosat	2 %	2 %	2 %
Buprenorfin	1 %	1 %	1 %
Metadon	1 %	0 %	0 %
Klometiazol	1 %	0 %	1 %
Alla läkemedel för behandling av substansbruk	14 %	14 %	14 %

Tabell 4.12
Andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika läkemedel för behandling av substansbruk under tidsperioden 2014–2016.

Antikolinerga läkemedel

I Tabell 4.13 redovisar vi andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika antikolinerga läkemedel under tidsperioden 2014 till 2016. De vanligaste läkemedlen i denna kategori var trihexyfenidyl och biperiden. Endast 1 procent av patienterna behandlades med orfenadrin.

	Kvinnor	Män	Totalt
<i>Antal individer</i>	310	1 480	1 790
Trihexyfenidyl	26 %	25 %	25 %
Biperiden	19 %	17 %	18 %
Orfenadrin	0 %	1 %	1 %
Alla antikolinerga läkemedel	42 %	40 %	40 %

Tabell 4.13
Andelen patienter i RättsspsyK som fick specifika antikolinerga läkemedel under tidsperioden 2014–2016.

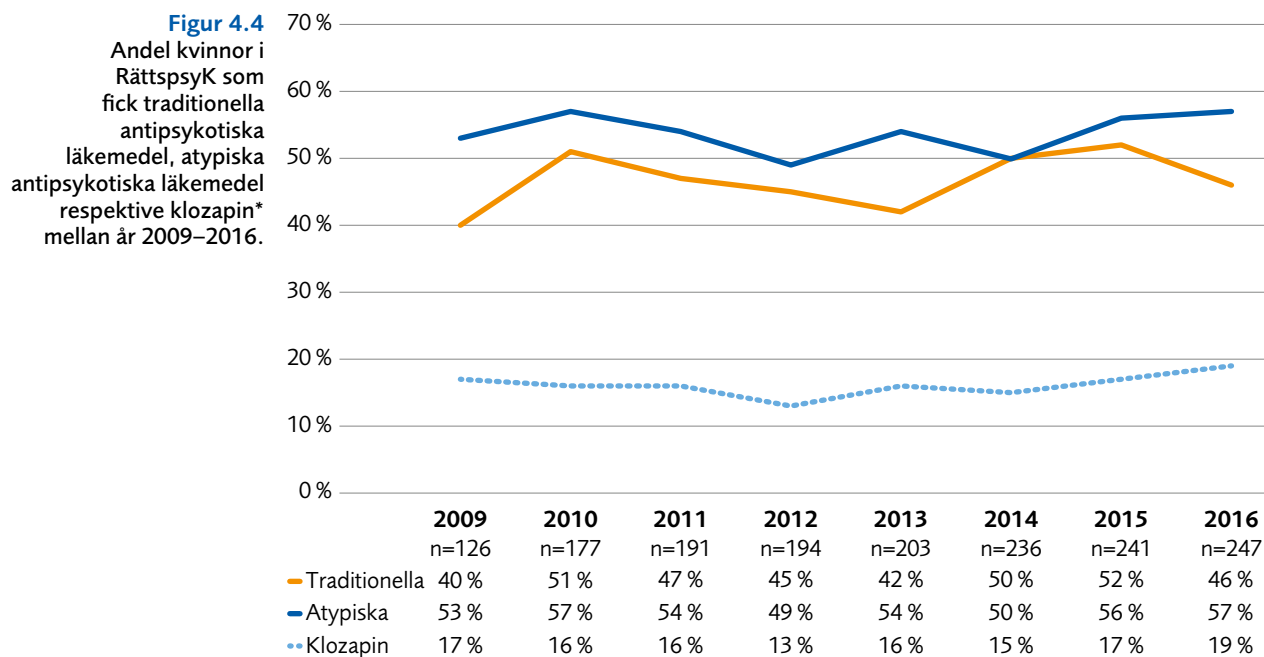
Läkemedel i RättpsyK – trender år 2009 till 2016

Nedanstående figurer visar trender i användning av utvalda läkemedelsgrupper i RättpsyK för tidsperioden 2009 till 2016.

Antipsykotiska läkemedel

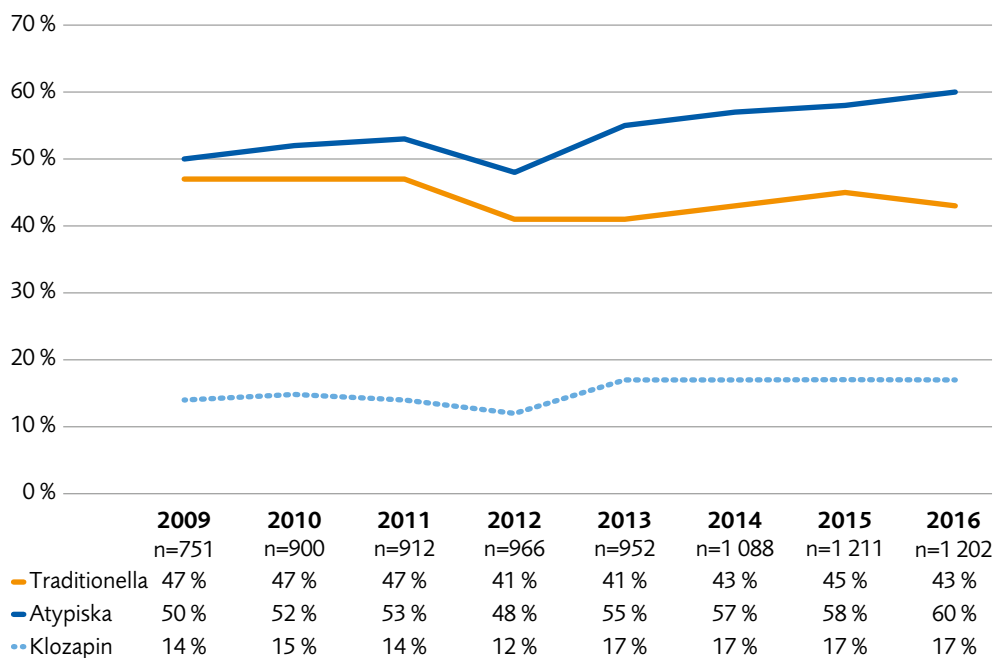
Figur 4.4 visar trender i behandling med traditionella antipsykotiska läkemedel, atypiska antipsykotiska läkemedel respektive klozapin bland kvinnor i RättpsyK under tidsperioden 2009 till 2016. Figur 4.5 visar motsvarande trender bland män i RättpsyK.

Användningen av klozapin var stabil och under större delen av perioden låg den runt 15 till 17 procent för både kvinnor och män. Användning av atypiska antipsykotiska läkemedel tycktes öka under den studerade tidsperioden.



N = Totalt antal individer

* Klozapin särredovisas här, men ingår även i gruppen atypiska antipsykotiska läkemedel i grafen ovan.



Figur 4.5
Andel män i RättsspsyK som fick traditionella antipsykotiska läkemedel, atypiska antipsykotiska läkemedel respektive klozapin* mellan år 2009–2016.

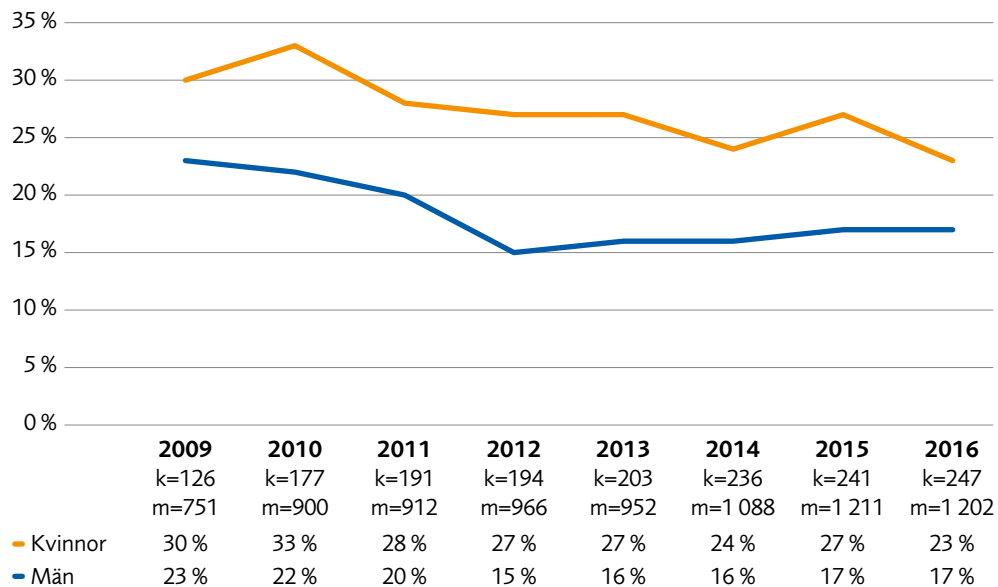
N = Totalt antal individer

* Klozapin särredovisas här, men ingår även i gruppen atypiska antipsykotiska läkemedel i grafen ovan.

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande preparat

Andelen patienter som fick bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat sjönk under den studerade tidsperioden. Den nedåtgående trenden sågs för både kvinnor och män (se Figur 4.6). År 2016 fick 23 procent av kvinnorna och 17 procent av männen i RättsspsyK bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat, jämfört med 30 procent respektive 23 procent år 2009. Kvinnor fick bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat i större utsträckning än män under hela den studerade tidsperioden.

Figur 4.6
Andel kvinnor respektive män i RättsspsyK som fick bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat* mellan år 2009–2016.



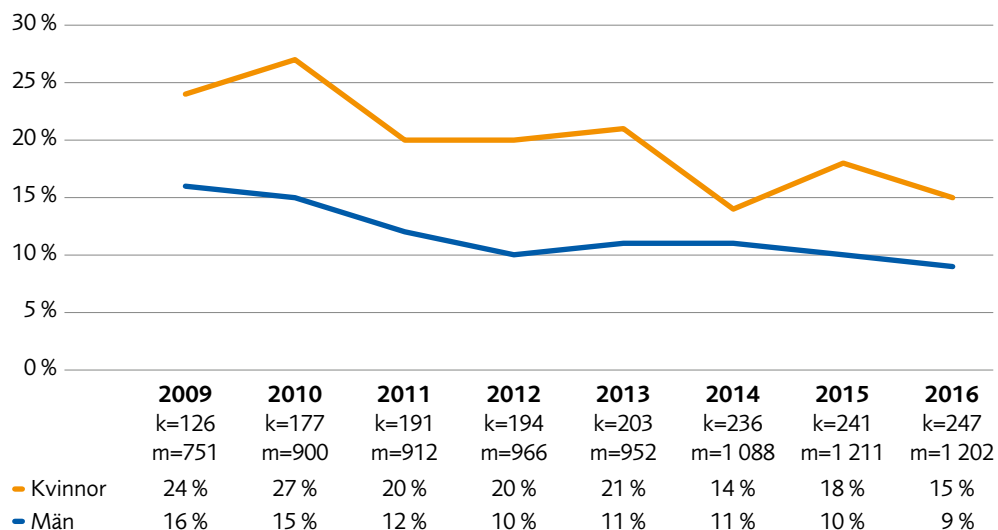
k = Totalt antal kvinnor; **m** = Totalt antal män

* Alprazolam, diazepam, flunitrazepam, klometiazol, lorazepam, nitrazepam, oxazepam, triazolam, zaleplon, zolpidem, zopiklon.

Bensodiazepiner exklusive bensodiazepinliknande preparat

En nedåtgående trend sågs också för användning av bensodiazepiner om man räknade bort bensodiazepinliknande preparat. År 2016 fick 15 procent av kvinnorna och 9 procent av männen i RättsspsyK bensodiazepiner, jämfört med 24 procent respektive 16 procent år 2009.

Figur 4.7
Andel kvinnor respektive män i RättsspsyK som fick bensodiazepiner* exklusive bensodiazepinliknande preparat mellan år 2009–2016.

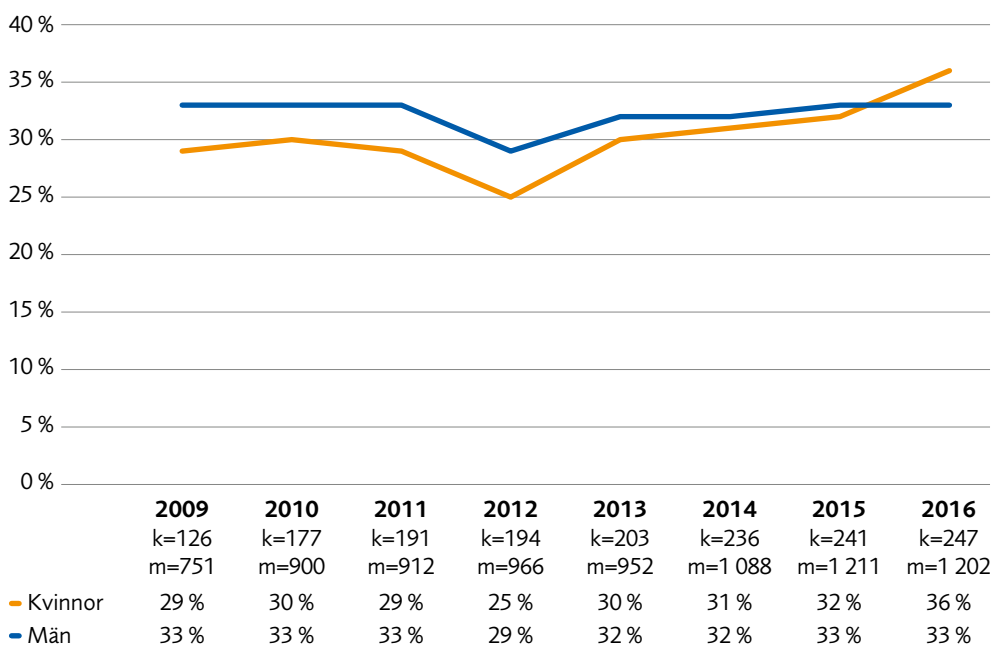


k = Totalt antal kvinnor; **m** = Totalt antal män

* Alprazolam, diazepam, flunitrazepam, lorazepam, oxazepam, triazolam, nitrazepam, klonazepam.

Antikolinerga läkemedel

Användningen av antikolinerga läkemedel mot biverkningar var förhållandevis stabil under den studerade tidsperioden. Bland såväl kvinnorna som männen i RättspsyK var det ungefär 30 procent som fick antikolinerga läkemedel under tidsperioden 2009 till 2016.



Figur 4.8
Andel kvinnor respektive män i RättspsyK som fick antikolinerga läkemedel mellan år 2009–2016.

k = Totalt antal kvinnor; **m** = Totalt antal män

För tidig död

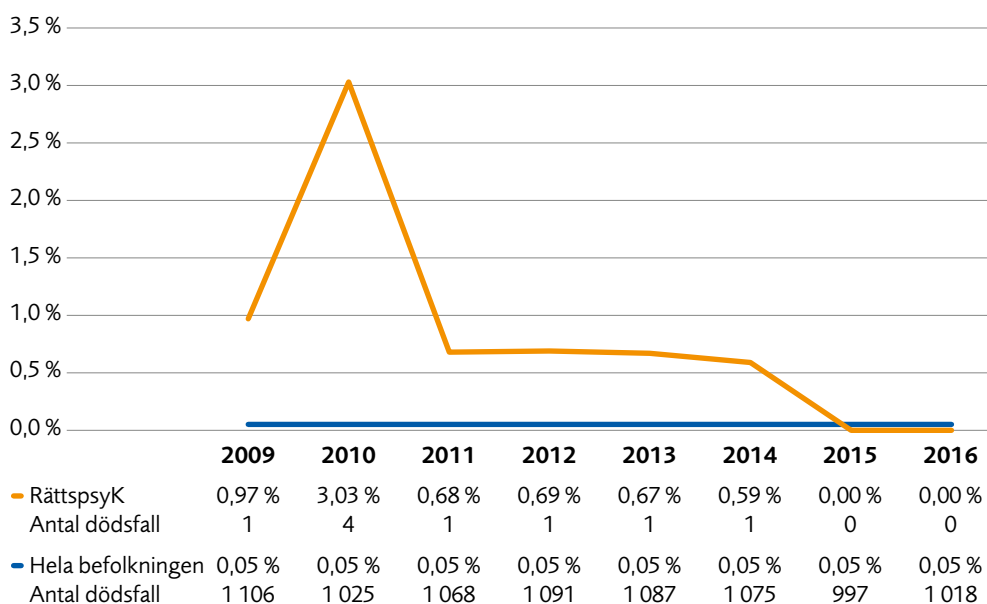
Figurerna 4.9 och 4.10 visar den årliga andelen kvinnor respektive män i åldersgruppen 15–49 år som avlidit före 50 års ålder under tidsperioden 2009 till 2016 bland individer som registrerats i RättspsyK respektive hela befolkningen.

Dödligheten före 50 års ålder framstår som förhöjd för individer som registrerats i RättspsyK jämfört med hela befolkningen. Antalet dödsfall bland patienter i RättspsyK är dock få och ett dödsfall får därför stor påverkan på trendlinjerna i respektive figur.

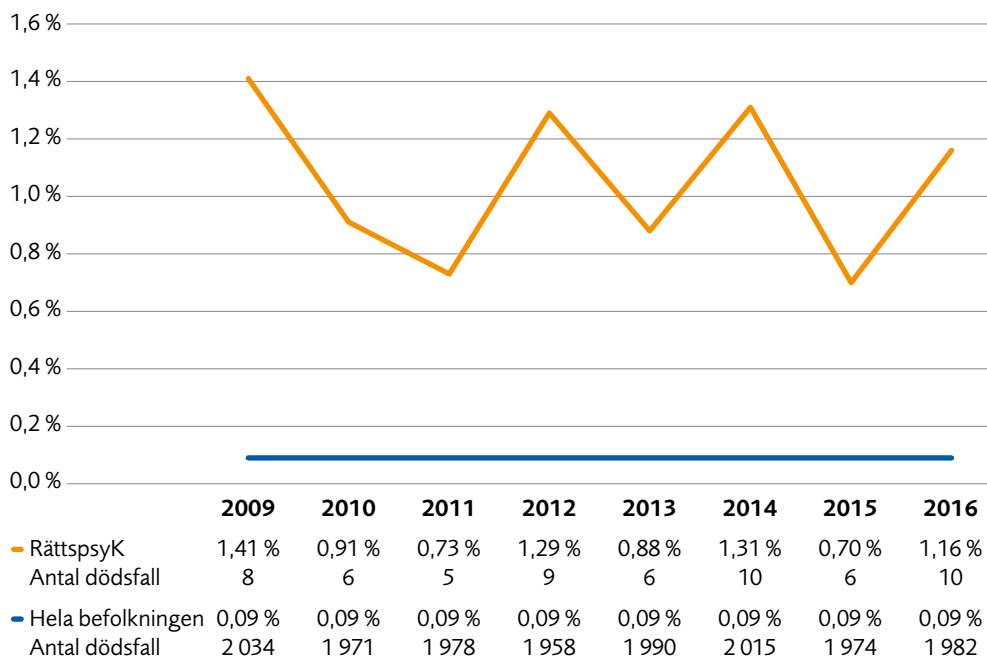
För männen syns en genomgående trend att 0,70–1,41 procent per år dör före 50 års ålder, till skillnad från hela befolkningen där andelen ligger på 0,09 procent per år för hela den studerade tidsperioden. Med andra ord dör 7–14 män av 1 000 i rättspsykiatrien före 50 års ålder varje år till skillnad från hela befolkningen där cirka 1 på 1 000 män i åldersgruppen 15–49 år dör före 50 års ålder varje år.

Trendlinjen för kvinnor är svår att tolka eftersom inga dödsfall registrerats år 2015 och 2016, och bara några enstaka dödsfall har registrerats under år 2009 till 2014.

Figur 4.9
Andel kvinnor i åldersgruppen 15–49 år som avlidit före 50 års ålder mellan år 2009–2016.



Figur 4.10
Andel män i åldersgruppen 15–49 år som avlidit före 50 års ålder mellan år 2009–2016.



I Tabell 4.14 beskriver vi dödsorsakerna för de kvinnor och män i RättpsyK respektive hela befolkningen som dött före 50 års ålder under tidsperioden 2009 till 2016. Eftersom antalet dödsfall bland kvinnor registrerade i RättpsyK var så få är det svårt att dra slutsatser om eventuella skillnader jämfört med hela befolkningen. För män som registrerats i RättpsyK och som dött före 50 års ålder tycks dödsorsakerna vara desamma som för hela befolkningen.

Population	Antal dödsfall 2009–2016	Andel yttre orsaker* till sjukdom och död	Andel inre orsaker** till sjukdom och död	Övriga döds-orsaker***
Kvinnor 15–49 år, hela befolkningen	8 467	29 %	58 %	13 %
Kvinnor 15–49 år, RättpsyK	9	56 %	22 %	22 %
Män 15–49 år, hela befolkningen	15 902	50 %	39 %	11 %
Män 15–49 år, RättpsyK	60	53 %	32 %	15 %

Tabell 4.14
Dödsorsaker för de kvinnor och män i RättpsyK respektive hela befolkningen som dött före 50 års ålder under tidsperioden 2009–2016.

* Yttre orsaker: ICD-10-koderna V01–Y98.

** Inre orsaker: andningsorganens sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, psykiska sjukdomar och beteendestörningar, tumörer.

*** Övriga orsaker: orsaker som inte täcks av inre och yttre orsaker, eller där uppgift om orsak saknas.

5 Resultat – Nytt och risker med läkemedelsbehandling

I detta kapitel presenteras resultat från

- en systematisk översikt av läkemedelsstudier utförda inom rättspsykiatri
- en systematisk kartläggning av översikter av läkemedelsstudier vid psykiatrisk samsjuklighet.

Systematisk översikt av läkemedelsstudier

Grunden för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri utgörs av antipsykotiska läkemedel. I vår litteraturöversikt fann vi tio läkemedelsstudier utförda inom den vårdande delen av rättspsykiatri och samtliga bedömdes ha hög risk för bias. Sammantaget är det, baserat på dessa studier, oklart hur de olika läkemedelsalternativen påverkar viktiga utfallsmått som psykossymtom, biverkningar, återfall i brott eller aggressivt beteende.

Resultat

Vi gjorde en systematisk litteraturoversikt över effekter av olika läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatrisk vård för att belysa följande fråga:

- Vad finns det för nytta och risker med olika läkemedel?

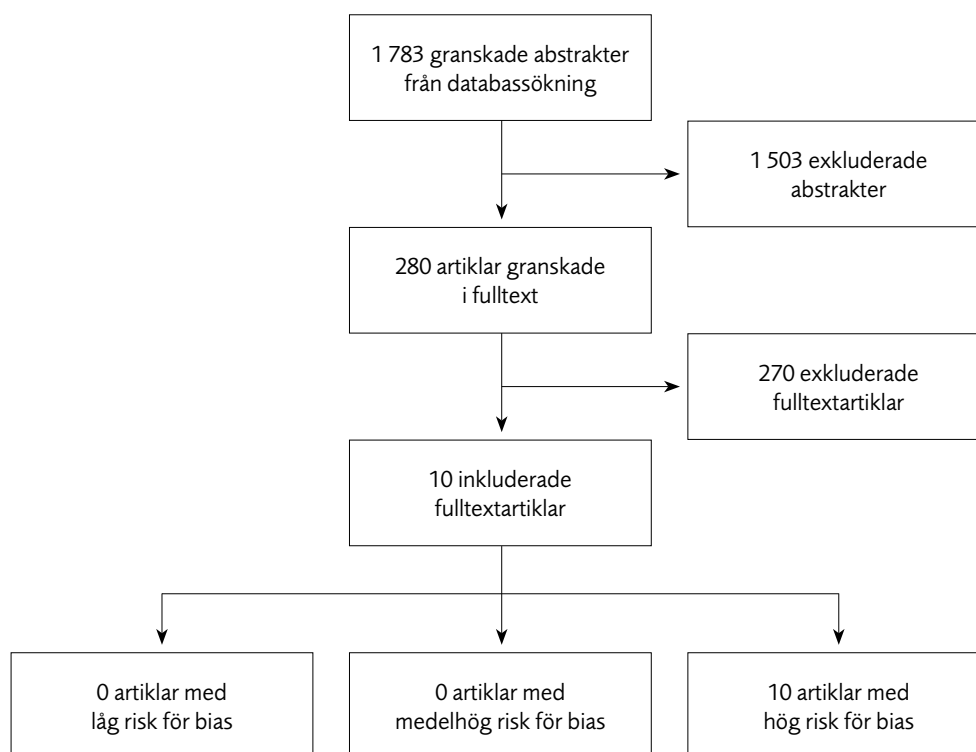
Vi var också intresserade av hur nytta och risker skiljer sig åt vid högre doser jämfört med de rekommenderade dosintervallen, hur ett samtidigt substansbruk kan påverka resultatet av en behandling samt vad det finns för nytta och risker med att kombinera flera olika läkemedel. En fråga som var särskilt angelägen att belysa var skillnader i nytta och risker mellan traditionella antipsykotiska läkemedel och atypiska antipsykotiska läkemedel.

Litteraturoversikten resulterade i 1 783 vetenskapliga abstrakter. Efter gallring utifrån relevans och krav på originalstudier återstod 280 potentiellt relevanta artiklar som granskades i fulltext. Av dessa bedömdes 10 vara relevanta för våra frågeställningar (se Figur 5.1). Orsaken till att så många artiklar exkluderades vid fulltextgranskning var att populationen sällan bestod av patienter dömda till rättspsykiatrisk vård, eller motsvarande utomlands. Därmed exkluderades många studier som fokuserade på fångelsepopulationer eller patienter i allmänpsykiatrin. Om studierna fokuserade på öppenvård krävde vi att denna var förenad med någon typ av tvång för att likna svenska förhållanden med öppen rättspsykiatrisk tvångsvård. Detta då vi bedömde att tvångsmomentet är en del av den speciella kontext som särskiljer rättspsykiatrin från allmänpsykiatrin. Ett annat krav var att studierna skulle omfatta läkemedelsbehandling och utvärdera dess effekter. Vissa studier kom därför att exkluderades då andra utfallsmått än läkemedelseffekter analyserades. Vi valde också konsekvent att inte inkludera studier som saknade kontrollgrupp. Sådana observationsstudier undersöker longitudinellt terapeutiska effekter före och efter en läkemedelsbehandling och även om dessa studier kan vara vägledande så har de en hög risk för bias. Detta gäller särskilt i situationer då sjukdomarna är av sådan art att symtomen varierar i tid, vilket ofta är fallet med psykossjukdomar.

Bland de tio relevanta artiklarna fanns studier från Storbritannien, USA och Kanada. Sju av studierna var retrospektiva. Studiepopulationerna var genomgående patienter på högsäkerhetssjukhus. En studie omfattade patienter som initialt fanns i slutenvården men som under studiens gång skrevs ut till öppenvård. I fem av studierna analyserades effekter av klorzapin avseende psykosymtom, aggressivt beteende, behandlingstid före utskrivning samt tid utanför sjukhus före återintagning.

Av de tio studierna bedömdes samtliga ha hög risk för bias. Studierna är beskrivna i Tabell 1 i Bilaga 7.

Figur 5.1
Flödesschema
inkluderade studier.



Studier av klozapins effekter

Balbuena och medarbetare [19] studerade retrospektivt psykosymtom med skattningsskalan brief psychiatric rating scale (BPRS), gott uppförande på avdelningen samt antal negativa incidenter på avdelningen under sex månader efter klozapinbehandling (n=65). Patienter (n=33) som behandlats med andra antipsykotiska läkemedel utgjorde kontrollgrupp. Efter behandling fann man högre andel psykosymtom bland patienterna som behandlats med klozapin (38,5) jämfört med kontrollgruppen (30,4) enligt BPRS. Dock uppvisade patienterna som behandlats med klozapin färre negativa incidenter och förbättrad funktionsnivå på avdelningen.

Dalal och medarbetare [20] jämförde retrospektivt patienter som behandlats med klozapin (n=50) med en lika stor grupp patienter på samma sjukhus som behandlats med traditionella antipsykotiska läkemedel. Utfallsmåttet var hur många patienter som skrevs ut från det högsäkerhetssjukhus där studien utfördes. Det fanns ingen skillnad i utskrivningsfrekvens mellan grupperna, men man kunde se att patienter som avbrutit sin klozapinbehandling inte skrevs ut i samma utsträckning som de som fullföljde behandlingen.

Mela och Depiang [21] följde retrospektivt patienter som behandlats med klozapin (n=41) från slutenvård ut i öppenvård. Dessa jämfördes med en kontrollgrupp (n=21) som behandlats med andra antipsykotiska läkemedel. Utfallsmåtten var antal återfall i brott (icke våldsbrott, våldsbrott och sexualbrott), tid från utskrivning till återfall i brott samt tid utan brottsliga gärningar (eng. crime free time). De fann att patienterna som behandlats med klozapin hade längre tid från utskrivning till återfall i brott och längre tid utan brottsliga gärningar.

Däremot fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna på antal återfall i brott.

Stoner och medarbetare [22] studerade retrospektivt patienter med psykosjukdom som särbehandlats i rättssystemet på grund av sin psykiatriska sjukdom med avseende på klinisk funktionsnivå (mätt med poäng på global assessment of functioning, GAF) samt andel patienter som fick permission. I gruppen med klorzapinbehandling (n=21) uppvisade fler patienter en förbättring i GAF-poäng (86 %) jämfört med en kontrollgrupp (n=78) som behandlats med haloperidol (33 %). Vidare fann de att patienterna som behandlats med klorzapin hade avsevärt längre permissionsperioder (53,5 månader) jämfört med kontrollgruppen (29,5 månader).

Swinton och medarbetare [23] undersökte retrospektivt effekten av klorzapinbehandling (n=106) med avseende på andel patienter som skrivits ut från ett högsäkerhetssjukhus med patienter som behandlats med andra antipsykotiska läkemedel (n=106) som kontrollgrupp. Uppföljningstiden var 6,5 år och utfallsmåttet var hur många patienter som kunnat skrivas ut från högsäkerhetssjukhuset till annan klinik med lägre säkerhet. Under det första året kunde ingen skillnad påvisas mellan grupperna, men ett år efter att behandlingen inletts var utskrivningsfrekvensen dubbelt så hög för de patienter som behandlats med klorzapin jämfört med kontrollgruppen. Efter två år hade 25 procent av de patienter som fick klorzapin lämnat sjukhuset jämfört med endast 10 procent i kontrollgruppen. Efter fyra år var motsvarande siffror 50 procent för klorzapingruppen och 24 procent för kontrollgruppen.

Studier av andra läkemedel

Beck och medarbetare [24] undersökte retrospektivt effekten av risperidon (n=10) jämfört med andra antipsykotiska läkemedel (n=10). Utfallsmåttet var funktionsnivå och aggressivt beteende. Resultatet visade att grupperna inte skilde sig åt signifikant.

I en randomiserad kontrollerad studie av Collins och medarbetare [25] studerades effekten av litium som tilläggsbehandling till traditionella antipsykotiska läkemedel (n=21) jämfört med enbart motsvarande antipsykotisk behandling (n=22). Utfallsmåttet var psykiatriskt tillstånd mätt med en modifierad form av skalan Manchester scale (MS) och scale for the assessment of negative symptoms (SANS) som mäter negativa symtom. Bortfallet i litiumgruppen var dock högt och man kunde inte påvisa någon skillnad mellan grupperna.

I en randomiserad öppen pilotstudie av Gobbi och medarbetare [26] jämfördes effekten av två atypiska antipsykotiska läkemedel, quetiapin (n=8) och olanzapin (n=7), med avseende på psykosymtom samt impulsivt och aggressivt beteende. Deltagarna fick under tio veckor behandling med antingen quetiapin (n=8) eller olanzapin (n=7). Ingen skillnad mellan grupperna kunde påvisas i något av utfallsmåtten.

Gobbi och medarbetare [27] jämförde retrospektivt tilläggsbehandling med två olika stämningsstabiliserande läkemedel, topiramet (n=16), valproinsyra (n=16)

eller en kombination av dessa (n=13). Utfallsmåttet var agitation och aggressivt beteende samt psykotiska symtom. De fann att tilläggsbehandling med antingen topiramet, valproinsyra eller kombinationen av dessa gav minskad agitation och minskat aggressivt beteende jämfört med enbart antipsykotiska läkemedel. Behandling med valproinsyra eller en kombination av topiramet och valproinsyra medförde en minskning av psykotiska episoder jämfört med tilläggsbehandling med enbart topiramet.

I en annan retrospektiv studie av Tavernor och medarbetare [28] jämfördes patienter som behandlades med höga doser antipsykotiska läkemedel (n=32) med patienter som fick en normaldos (n=32). Utfallsmåtten var psykiatriska symtom och aggressivt beteende mätt med olika skattningsskalor. Gruppen med höga doser uppvisade mer uttalade symtom, ökad prevalens, neurologiska biverkningar och mer aggressivt beteende jämfört med gruppen med normaldos. Slutsatsen var att det inte finns några fördelar med högdosbehandling med traditionella antipsykotiska läkemedel.

De sammanvägda resultaten

De sammanvägda resultaten per effektmått bedömdes med GRADE och finns redovisade i en sammanfattande tabell i Bilaga 8.

Våra analyser visade att det inte går att bedöma utfallen för någon av de aktuella frågorna baserat på de tio inkluderade artiklarna.

Flera av de på förhand definierade utfallsmåtten återfanns inte alls i de inkluderade studierna: överlevnad, följsamhet till behandling och livskvalitet. De utfallsmått som vi kunnat bedöma utifrån våra inkluderade studier är psykosymtom, biverkningar, återfall i brott, tid fram till återintagning efter utskrivning från sjukhus, klinisk funktionsnivå, aggressivt beteende samt vårdtid på sjukhus. Sammanfattningsvis bedömde vi dock effekterna i samtliga utfallsmått ha mycket låg tillförlitlighet.

I alla studierna fanns genomgående problem med selektion av patienter. Många studier var retrospektiva och i de få randomiserade studierna som inkluderades fanns det problem med transparens för hur man valt ut patienter till studien. I fem av studierna undersöktes effekter av klobapin jämfört med andra antipsykotiska läkemedel utifrån olika kliniska parametrar. Klobapin ges, såväl i Sverige som internationellt, som ett tredjehandsalternativ när patienten inte svarar på andra antipsykotiska läkemedel. Detta gör en randomisering av studierna extra svår och kan leda till en snedfördelning i studiegrupperna eftersom patienter som får klobapin sannolikt har mer uttalade och svårbehandlade symtom.

I endast en av studierna [28] gjordes en systematisk jämförelse av biverkningar mellan läkemedlen. Vad gäller substansbrukssyndrom redovisar en av studierna [22] detta hos flertalet av de undersökta patienterna, dock saknas det uppgifter om det är ett pågående substansbruk under behandlingstiden. Inga av studierna granskade effekterna av att kombinera flera antipsykotiska läkemedel. Endast en studie fokuserade på dosfrågan genom att jämföra patienter som fick hög dos av antipsykotiska läkemedel med patienter som fick normaldos. I övriga studier

har det varit svårt att utläsa exakta doser och det har inte gått att bedöma hur olika doser av antipsykotiska läkemedel påverkar effekter och biverkningar.

Vad gäller överförbarhet till svenska förhållanden är samtliga studier gjorda i västerländska länder (Kanada, USA och Storbritannien) vilka sannolikt liknar Sverige. I samtliga studier medverkar endast ett fåtal kvinnor, eller inga alls, vilket väl speglar situationen även i Sverige där vi har en låg andel kvinnliga patienter. Detta omöjliggör dock en analys om skillnader i antipsykotiska läkemedels effekt på män och kvinnor i rättspsykiatrin.

Systematisk kartläggning av översikter om läkemedelsbehandling vid psykiatrisk samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt hos rättspsykiatriska patienter. Läkemedels-effekter vid samsjuklighet inom allmänpsykiatrin kan därför ge ledtrådar till en framgångsrik behandling av rättspsykiatriska patienter. I den systematiska kartläggningen fann vi 24 relevanta artiklar. Av dessa bedömdes 13 ha låg eller medelhög risk för bias och 11 ha hög risk för bias.

Sammantaget visar översikten att kunskapsläget är osäkert för vilka effekter de redovisade läkemedelsbehandlingarna har vid de definierade psykiatriska samsjuklighetstillstånden. För flera av de definierade diagnosgrupperna fanns endast systematiska översikter av låg kvalitet, eller inga översikter överhuvudtaget (se Bilaga 1).

En fördjupad analys av de fyra stämningsstabiliserande läkemedlen karbamazepin, valproinsyra, lamotrigin och topiramid kunde inte ge några tillförlitliga belegg för vilken effekt de har på aggressivt beteende hos personer med borderline-personlighetssyndrom (även kallat emotionellt instabil personlighetsstörning).

Bakgrund

Eftersom den befintliga forskningen om läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård inte är tillräckligt omfattande gjorde vi ytterligare en litteratursökning. I den kombinerades de tre huvuddiagnoserna (psykossjukdom, autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom) med fyra typer av tilläggsproblematik (substansbrukssyndrom, aggressivt beteende, adhd och kognitiv nedsättning) (se Figur 3.1) men vi tog bort kriteriet att behandlingen skulle ha skett inom rättspsykiatrisk vård. Målet med sökningen var att hitta systematiska

översikter om nytta och risker med läkemedelsbehandling vid den samsjuklighet som är utmärkande för patienter i rättspsykiatri¹.

Psykossjukdom, autismspektrumtillstånd och personlighetsyndrom representerar majoriteten av de huvuddiagnoser som rättspsykiatriska patienter i Sverige har enligt det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK [2]. Vid en hierarkisk indelning av diagnoser enligt Socialstyrelsens patientregister (se Kapitel 4) hade 89 procent av patienterna inom rättspsykiatri någon av de tre huvuddiagnoserna.

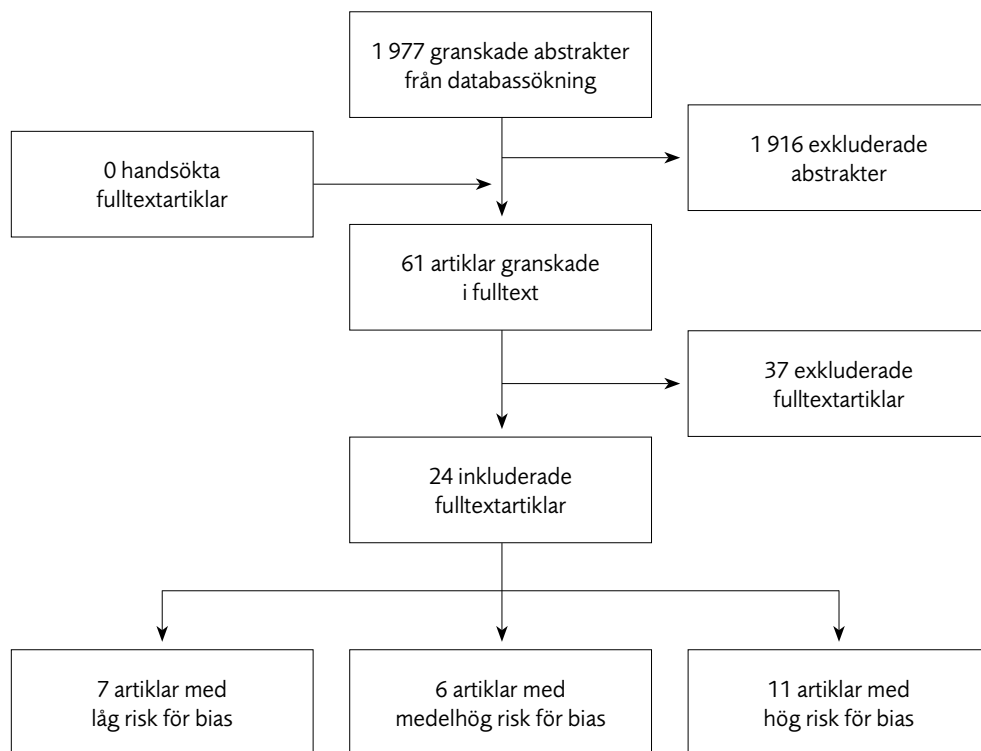
Resultat

Efter gallring, relevans- och kvalitetsbedömning inkluderades tretton systematiska översikter. Av dessa bedömdes sex stycken ha medelhög risk för bias och sju stycken ha låg risk för bias. Ytterligare elva översikter med hög risk för bias identifierades (se Figur 5.2). De översikter som bedömdes ha hög risk för bias var sådana där metodbeskrivningen eller utförandet var så bristfälligt att publikationen motsvarade en översikt utan systematisk ansats. Dessa inkluderades inte. Bland de inkluderade översikterna fanns fem om psykossjukdom och substansbruk [29–33], en om psykossjukdom och aggressivt beteende [34] samt en om psykossjukdom och kognitiv nedsättning [35]. Vidare identifierades sex översikter om personlighetsyndrom och aggressivt beteende [36–41] (se Tabell 5.1). Översikterna är beskrivna i Tabell 2 i Bilaga 7. Inga översikter kunde inkluderas för övriga former av samsjuklighet.

Vi fann även en systematisk översikt som tog upp behandling med målet att få psykospatienter att sluta med rökning [42]. Vi inkluderade dock inte den eftersom den inte bedömdes behandla psykiatrisk samsjuklighet.

¹ Det bör poängteras att SBU endast har sökt efter systematiska översikter. För de redovisade diagnosgrupperna kan det ha tillkommit nya primärstudier sedan litteratursökningarna i översikterna, vilket innebär att kunskapsläget eventuellt kan ha förändrats.

Figur 5.2
Flödesschema
inkluderade studier.



Tabell 5.1
Inkluderade systematiska
översikter av hög och
medelhög kvalitet.

Diagnosgrupper	Systematisk översikt (risk för bias)
Psykosjukdom + substansbruk	Wilson 2016 (medelhög) [31]
	Sawicka 2017 (medelhög) [30]
	McLoughlin 2014 (låg) [29]
	Arranz 2017 (medelhög) [32]
	Sabioni 2013 (medelhög) [33]
Psykosjukdom + aggressivt beteende	Khushu 2016 (låg) [34]
Psykosjukdom + kognitiv nedsättning	Ayub 2015 (låg) [35]
Personlighetsyndrom + aggressivt beteende	Huband 2010 (låg) [36]
	Ingenhoven 2010 (medelhög) [37]
	Ingenhoven 2011 (medelhög) [38]
	Nosé 2006 (låg) [39]
	Stoffers 2010 (låg) [40]
	Varghese 2010 (låg) [41]

För följande samsjuklighetsgrupper fann vi inga systematiska översikter:

- psykosjukdom och autismspektrumtillstånd
- psykosjukdom och personlighetssyndrom
- psykosjukdom och adhd
- autismspektrumtillstånd och personlighetssyndrom
- autismspektrumtillstånd och substansbruk
- autismspektrumtillstånd och aggressivt beteende med eller utan adhd
- autismspektrumtillstånd och kognitiv nedsättning
- personlighetssyndrom och substansbruk
- personlighetssyndrom och aggressivt beteende med eller utan adhd
- personlighetssyndrom och kognitiv nedsättning.

Studier av psykosjukdom och substansbruk

Fem översikter rörde läkemedelsbehandling för patienter med både psykosjukdom och olika former av substansbruk. Endast översikten om cannabisbruk av McLoughlin och medarbetare bedömdes ha låg risk för bias [29].

Den innehöll två studier med sammanlagt 57 deltagare som undersökte effekten av olanzapin jämfört med risperidon på cannabisbruk samt en tredje studie som undersökte klozapin jämfört med sedvanlig vård. Inga säkra skillnader i effekter på cannabisbruk kunde noteras, förutom att klozapin uppvisade bättre effekt i en liten studie med 31 deltagare. Författarna bedömde dock att studierna inte var helt konklusiva.

Ytterligare fyra översikter undersökte effekter av läkemedelsbehandlingar för personer med psykosjukdom och samtidigt substansbruk av kokain, alkohol respektive cannabis [30–33]. SBU vill dock framhålla att resultaten i dessa översikter måste tolkas med försiktighet, eftersom brister i utförande och rapportering gör att tilltron till resultaten minskar.

Sabioni och medarbetare redovisade viss evidens för att atypiska antipsykotiska läkemedel, särskilt aripiprazol, var bättre än traditionella antipsykotiska läkemedel vid behandling av schizofreni vid kokainbruk [33].

Sawicka och medarbetare som undersökt läkemedelsbehandling av alkoholbruk fann att naltrexon minskade alkoholbruket bättre än placebo och var likvärdigt med disulfiram [30].

Ytterligare två översikter studerade psykosjukdom och samtidigt cannabisbruk. Wilson och medarbetare jämförde risperidon med olanzapin, klozapin med olanzapin samt risperidon med haloperidol avseende minskat cannabisbruk [31]. Författarna fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna och efterlyste fler studier för att om möjligt klargöra vilket läkemedel som är effektivast vid cannabisbruk. Arranz och medarbetare visade att klozapin hade en bättre effekt än traditionella antipsykotiska läkemedel för att reducera blandmissbruk (samtidigt bruk av flera olika narkotiska substanser eller alkohol) och att effekten var tydligast för cannabisbruk [32]. Sammantaget gav dock översikterna

med klozapin och cannabisbruk inga tillförlitliga belägg för någon effekt på substansbruket.

Studier av psykossjukdom och aggressivt beteende

En systematisk översikt av Khushu och medarbetare bedömdes ha låg risk för bias [34]. Författarna sökte efter studier där effekterna av det antipsykotiska läkemedlet haloperidol hos personer med psykossjukdom studerades. Författarna fann endast en studie med 110 deltagare, vilken inte kunde påvisa en bättre effekt av haloperidol mot aggressivt beteende jämfört med olanzapin eller klozapin. Översiktens litteratursökning genomfördes i april 2015 och det kan ha tillkommit nya studier sedan dess.

Studier av psykossjukdom och kognitiv nedsättning

Ayub och medarbetare genomförde en systematisk översikt av studier med klozapinbehandling vid samtidig psykossjukdom och intellektuell funktionsnedsättning [35]. Översikten bedömdes ha låg risk för bias men utifrån det definierade inklusionskriteriet för studiedesign (endast randomiserade kontrollerade studier) kunde inga studier inkluderas. Då översiktens sökning utfördes i december 2014 kan det ha tillkommit nya randomiserade kontrollerade studier sedan dess.

Studier av personlighetssyndrom och aggressivt beteende

Sex systematiska översikter inkluderades där effekterna av läkemedelsbehandling vid tillstånd som inte utgjorde psykossjukdomar utvärderades. Fyra av dem rörde personlighetssyndrom, främst borderline-personlighetssyndrom, och två av dem analyserade vuxna med aggressivt beteende oberoende av förekomst av någon särskild psykiatrisk diagnos.

Nosé och medarbetare gjorde en metaanalys där effekterna av antipsykotiska läkemedel samt antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel studerades hos personer med borderline-personlighetssyndrom. Analysen inkluderade 20 studier med sammanlagt 844 deltagare [39]. Översikten bedömdes ha låg risk för bias. Flera olika symtom och beteenden studerades, däribland känslomässig instabilitet, ilska, impulsivitet och aggressivt beteende. De fann att antipsykotiska läkemedel hade positiva effekter mot impulsivitet och aggressivt beteende, medan antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel visade positiva effekter mot känslomässig instabilitet och ilska. Stoffers och medarbetare gjorde ytterligare en metaanalys med liknande frågeställning som Nosé och medarbetare [40]. Även den översikten bedömdes ha låg risk för bias. Översikten inkluderade 28 studier med totalt 1 742 deltagare. Författarna drog slutsatsen att även om de inkluderade studierna var små och det endast fanns en eller ett fåtal studier per läkemedelsjämförelse så talade resultaten för att använda atypiska antipsykotiska läkemedel och stämningsstabiliserande läkemedel vid borderline-personlighetssyndrom. Atypiska antipsykotiska läkemedel och stämningsstabiliserande läkemedel hade positiva effekter på symtomdomänerna mellanmänskliga problem, impulsivitet och ilska.

Vidare inkluderades två systematiska översikter av Ingenhoven och medarbetare [37,38]. I översikterna studerades behandling med antipsykotiska, antidepressiva och stämningsstabiliserande läkemedel hos personer diagnostiserade med borderline-personlighetssyndrom. Sammanfattningsvis redovisade författarna att antipsykotiska läkemedel hade positiva effekter på ilska men inte på impulsivitet. Däremot redovisade de att stämningsstabiliserande läkemedel hade effekt både på ilska och impulsivitet. Men eftersom översikterna bedömdes innehålla olika brister i rapportering och redovisning menar SBU att resultaten bör tolkas med stor försiktighet.

Huband och medarbetare gjorde en systematisk översikt och fann 14 studier med totalt 672 personer där läkemedel mot epilepsi (stämningsstabiliserande läkemedel) prövades mot återkommande aggressivt beteende [36]. Författarna angav att det inte gick att dra några säkra slutsatser till följd av varierande resultat mellan studier. Det fanns dock studier där flera olika stämningsstabiliserande läkemedel minskade aggressivt beteende. En orsak till variationen bland resultaten kan vara att de 14 studierna innehöll patientgrupper med stor psykiatrisk variation. Varghese och medarbetare gjorde en liknande översikt med fokus på det stämningsstabiliserande läkemedlet topiramat [41]. De inkluderade 5 studier med totalt 291 personer, men även här redovisade författarna att studierna var små med heterogena patientgrupper. De fann dock positiva effekter på flera utfallsmått för fientlighet och aggressivt beteende med topiramatbehandling.

Egen analys

Eftersom ovanstående översikter indikerade att stämningsstabiliserande läkemedel hade positiva effekter på aggressivt beteende vid personlighetssyndrom valde vi att göra en särskild granskning av de fyra stämningsstabiliserande läkemedel som studerats mest i de systematiska översikterna: karbamazepin, valproinsyra, lamotrigin och topiramat. Dessa läkemedel tillhör även fyra av de sex vanligaste stämningsstabiliserande läkemedlen i svensk rättspsykiatrisk vård (se Kapitel 4). I denna granskning inkluderade vi RCT-studier från de identifierade översiktterna samt genomförde en uppdaterad litteratursökning för perioden januari 2010 till januari 2018. Metod och resultat av denna granskning återfinns i Bilaga 9. I korthet hade inga nya relevanta studier tillkommit och många av de studier som var inkluderade i tidigare översikter visade sig inte studera patienter med personlighetssyndrom eller inte använda sig av utfallsmått som direkt mätte aggressivt beteende. Det gick därmed inte att bedöma de enskilda läkemedlens effekter på aggressivt beteende vid personlighetssyndrom.

Läkemedelsbehandling av psykiatrisk samsjuklighet i svensk rättspsykiatri

Några intressanta observationer kan göras genom att jämföra samsjuklighet med den läkemedelsbehandling som ges inom svensk rättspsykiatri (för detaljer se Kapitel 4).

Gruppen med psykossjukdom och substansbrukssyndrom utgör närmare 40 procent av patienterna i rättspsykiatrin. I den gruppen får majoriteten

minst ett antipsykotiskt läkemedel och drygt 20 procent får ett läkemedel mot substansbruk. Närmare hälften av patienterna har diagnosen personlighetssyndrom, även om de med personlighetssyndrom som huvuddiagnos utgör färre än 10 procent. Av de med personlighetssyndrom och aggressivt beteende fick 36 procent av männen respektive 73 procent av kvinnorna stämningstabilerande läkemedel. Nästan 10 procent av de rättspsykiatriska patienterna har ett autismspektrumtillstånd som huvuddiagnos.

6 Resultat – Upplevelser och erfarenheter

I detta kapitel presenteras resultat från

- en systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik
- en enkät besvarad via riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri.

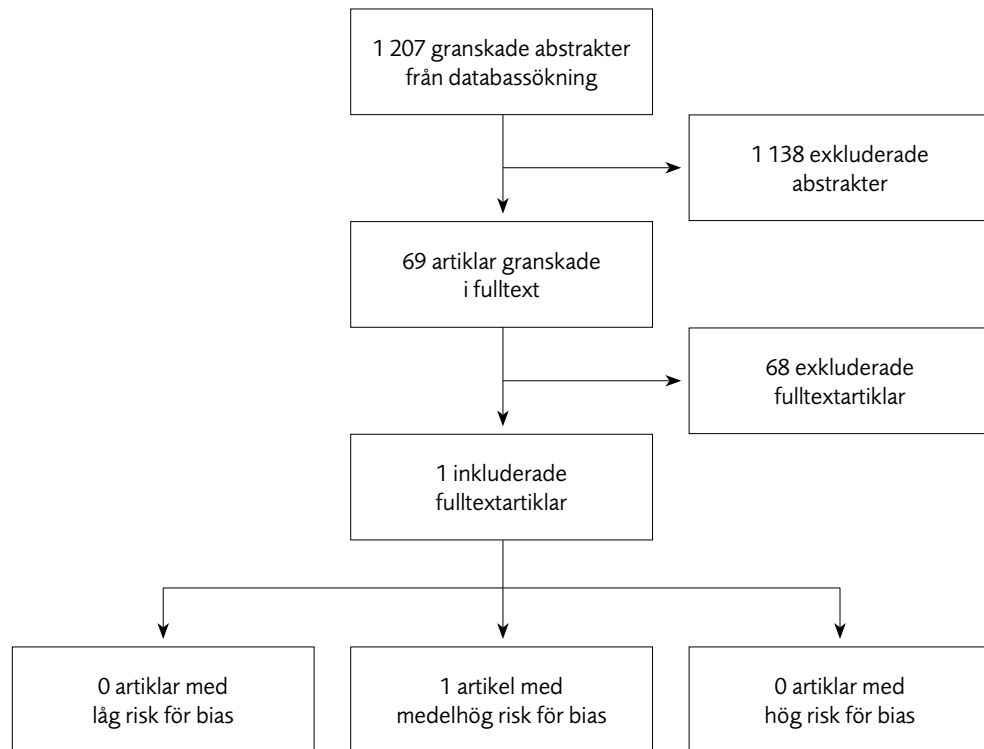
Systematisk översikt av studier om erfarenheter och upplevelser av läkemedelsbehandlingar

För att besvara frågan om vad patienter och personal har för upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandlingar i rättspsykiatri gjorde vi en systematisk översikt av studier med kvalitativ metodik. Sökningen genererade 1 207 artiklar av vilka 69 bedömdes vara potentiellt relevanta och lästes i fulltext (se Figur 6.1). Endast en av dessa uppfyllde inklusionskriterierna [43] (se Tabell 3 i Bilaga 7).

I studien intervjuades personer intagna på tre fängelser i Storbritannien om sin behandling med antipsykotiska läkemedel. Författarna kom bland annat fram till att många patienter ser fördelar med behandling, men att mer information skulle kunna öka följsamheten.

Vi bedömer att resultaten har mycket låg tillförlitlighet, främst på grund av att vi enbart har resultat från en studie. Metodologiska brister i studien ökar osäkerheten ytterligare. Det saknas framför allt information om vilka som utförde intervjuerna, vad de hade för relation till deltagarna samt hur forskarnas förståelse hanterades vid insamling och analys av data. Ett ytterligare osäkerhetsmoment som gäller överförbarheten var att studiedeltagarna var intagna i fängelse och inte enligt rådande lagstiftning kunde tvingas till läkemedelsbehandling, vilket kan ske i svensk rättspsykiatri. Tvång och avsaknad av tvång kan påverka upplevelser och erfarenheter av behandlingarna.

Figur 6.1
Flödesschema
inkluderade studier.



Enkät svar från Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR)

För att belysa patienters och anhörigas upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandlingar i rättspsykiatri ställde SBU flera frågor till riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR) genom en enkät. Enkäten och vad PAR baserar sina svar på finns beskrivet i Kapitel 3. Representanter från PAR har samlat in svar från 15 patienter och 5 anhöriga och sammanställt dessa till SBU. Enkätsvaren kan läsas i sin helhet i Bilaga 4. Nedan sammanfattar vi några centrala punkter som belystes i enkätsvaren.

Varken patienter eller deras anhöriga upplever att de får relevant information om de läkemedel som förskrivs eller att de får vara delaktiga i val av läkemedel. Vissa läkemedel fungerar bra, men man upplever inte att det finns utrymme att diskutera alternativ till de som inte fungerar. Patienterna upplever att läkarna enbart vill prata om det som är bra med läkemedlen, inte om det som kan upplevas som negativt.

Patienternas skäl till att fortsätta ta läkemedlen i rättspsykiatrisk öppenvård kan både röra tvångsaspekten ("jag måste ta dem för att bli fri" var det vanligaste svaret) men även att man inte vill återinsjukna. Det senare lyfts även som ett skäl till att man vill fortsätta läkemedelsbehandlingen efter definitiv utskrivning. Anhöriga lyfter dessutom betydelsen av att föräldrar och vården fortsätter att motivera och påminna om vikten av att ta läkemedlen.

Från PAR:s sida vill man lyfta att det är en betydande skillnad att få läkemedel som en tvångsåtgärd jämfört med att ta dem frivilligt. Det gör det ännu mer viktigt att man får tillräckligt med information för att förstå varför man ska ta de läkemedel man tar. Patienter efterfrågar läkemedel med färre biverkningar, lägre doser samt ett bredare utbud av behandlingar utöver läkemedel.

7 Resultat – Hälsoekonomi

I detta kapitel presenteras resultat från

- en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri
- en beskrivning av kostnader för några av de mest förekommande läkemedelsbehandlingarna, vårdkostnader och kostnader för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende.

Beslutsproblem

I det här kapitlet försöker vi besvara frågan hur relationen mellan kostnader och effekter ser ut för de olika läkemedelsbehandlingarna inom rättspsykiatri.

I Kapitel 4 framgår att majoriteten av patienterna i rättspsykiatri lider av en psykossjukdom, ofta i kombination med andra psykiatriska diagnoser och kroppsliga sjukdomar vilket gör att de ofta får flera läkemedel. Merparten av dessa antipsykotiska läkemedel och tilläggsbehandlingar är utsatta för generisk konkurrens, vilket leder till prispress och låga läkemedelskostnader. För att vi ska kunna bedöma läkemedlets kostnadseffektivitet inom rättspsykiatri bör dock kostnaden för behandling sättas i relation till behandlingarnas effekt. Denna bedömning försvåras av att det sammantaget är oklart vilken effekt de olika läkemedlen har på viktiga utfallsmått som psykossymtom, biverkningar, återfall i brott eller aggressivt beteende (se Kapitel 5).

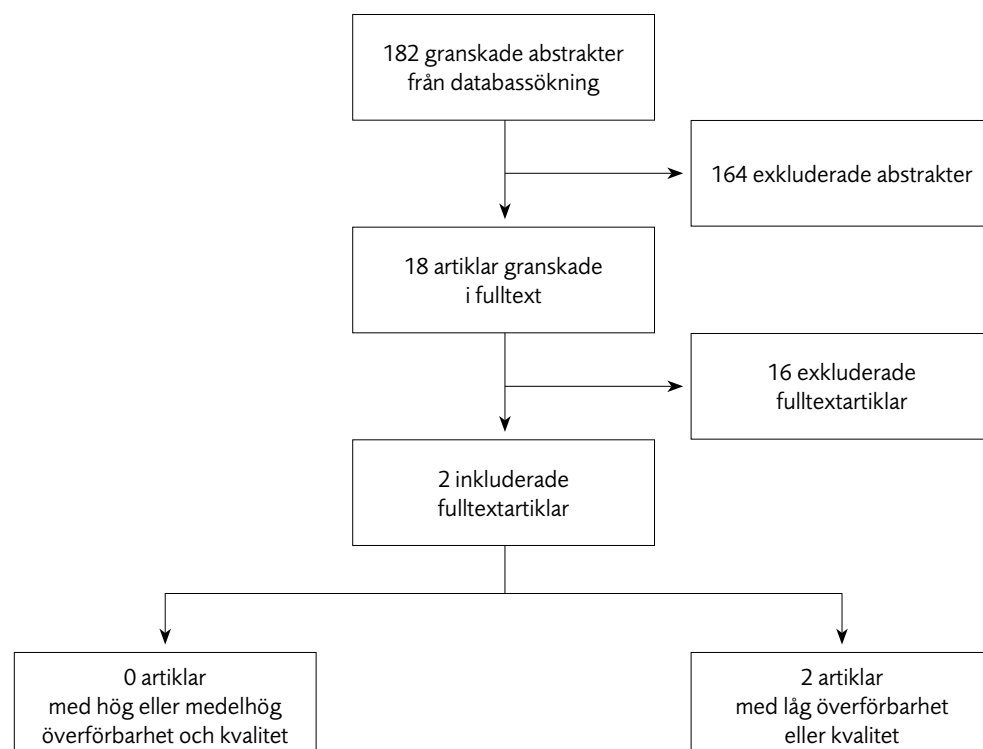
Vi har valt att bredda den hälsoekonomiska analysen och beskriva kostnader för ett antal utfall som en effektiv läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri skulle kunna påverka. De utfall som vi har räknat in i den här rapporten är kostnaden för den rättspsykiatriska vården, kostnaden för en rättsprocess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

Resultat av den systematiska översikten

Totalt identifierades 182 artiklar i sökningen varav 18 bedömdes vara relevanta och lästes i fulltext (se Figur 7.1). Av dessa bedömdes 2 vara relevanta, men båda bedömdes ha låg kvalitet (se granskningsmall i Bilaga 2). Det saknas därmed ett hälsoekonomiskt vetenskapligt underlag för att besvara frågan om relationen mellan kostnader och effekter för läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri.

Studier som bedömdes vara av låg kvalitet exkluderades och listas i Bilaga 1.

Figur 7.1
Flödesschema
inkluderade studier.



Metod för att beräkna läkemedelskostnader, vårdkostnader och rättskostnader

Läkemedelskostnader

Med hjälp av projektets sakkunniga definierades några av de vanligaste läkemedelsbehandlingarna inom rättspsykiatrisk vård. De läkemedel som inkluderats i beräkningarna är antipsykotiska, antidepressiva, stämningsstabiliserande och ångstdämpande eller sedativa läkemedel samt läkemedel för behandling av adhd och substansbruk. Läkemedelskostnaderna beräknades genom att multiplicera kostnaden per milligram för respektive läkemedel med antalet milligram som antogs utgöra en dos. Kostnaden per dos multiplicerades därefter med antalet administreringstillfällen som patienter i rättspsykiatri bedöms få per år för att få fram den årliga kostnaden per patient och läkemedel.

Doserna i rättspsykiatri har skattats av sakkunniga och angavs som ett spann med en minimidos och en maxdos som antogs täcka in de vanligaste dosnivåerna för respektive läkemedel. Kostnadsanalysen baseras alltså inte på verkliga patienters inrapporterade läkemedelskonsumtion. Uppgifter om antal administrationstillfällen och vilken kostnad per dos som ingår i beräkningen går att utläsa i Bilaga 10.

I denna rapport har vi valt att genomgående använda det produktalternativ som har högst pris för att beräkningarna ska visa hur höga läkemedelskostnaderna kan vara som mest. Monitoreringskostnader och administrationskostnader har räknats in i totalkostnaden för de läkemedel som kräver det. Uppgifter om läkemedelspriser har inhämtats från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) prisdatabas [44].

Vårdkostnader

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har publicerat en kartläggning med uppgifter från 19 av 25 enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård i Sverige [5]. Rapporten redovisar vårdkostnaden per patient och landsting för år 2016. I denna kostnad ingår personalkostnad och kostnad för köpt vård inom rättspsykiatrisk slutenvård och rättspsykiatrisk öppenvård. Med personalkostnader avses lönerelaterade kostnader för all personal, inklusive inhyrd personal. Med köpt vård avses den rättspsykiatriska vård som en sjukvårdshuvudman köper av en annan huvudman. En patient tillhörande en region vårdas då vid en enhet i en annan region till en viss kostnad. I SKL:s kartläggning redovisas också kostnaden per slutenvårdsdag för varje landsting.

Vi har beräknat medianvärdet för den årliga vårdkostnaden per patient utifrån de kostnader på landstingsnivå som redovisas i SKL:s rapport. Det har däremot inte varit möjligt att beräkna ett genomsnittligt värde, eftersom det kräver tillgång till uppgifter om kostnaden för varje enskild patient. Ett genomsnitt som

baseras på de landstingsrapporterade kostnaderna blir missvisande, eftersom små enheter som tagit emot få patienter då väger lika tungt som stora.

Av samma skäl har vi beräknat mediankostnaden per slutenvårdsdag utifrån de kostnader på landstingsnivå som redovisas i SKL:s rapport.

Rättskostnader

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

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

Resursåtgången vid dessa moment uppskattades med hjälp av uppgifter från Brottsförebyggande rådet, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket och Sveriges Domstolar. Resurserna och kostnaderna som låg till grund för kostnadsberäkningarna redovisas i Tabell 7.1. Kostnadsberäkningarna utgick från information om våldsbrott eftersom de flesta som genomgår en rättspsykiatrisk utredning har gjort sig skyldiga till brott enligt 3–7 kapitlen i brottbalken (brott mot person).

Tabell 7.1
Resurser och
enhetskostnader för
rättsprocessen i ett
rättspsykiatriskt ärende.

Resurs/enhetskostnad	Värde	Källa
1. Häktning		
Häkte, kostnad per dag	3 762 kr	Kriminalvårdens årsredovisning 2017 [45]
Genomsnittlig häktningstid vid våldsbrott	67 dygn	BrÅ rapport – Att minska isolering i häkte [46]
2. Förundersökning		
Genomsnittlig kostnad för att handlägga misstanke om våldsbrott	7 748 kr	Åklagarmyndighetens årsredovisning 2017 [47]
3. Rättspsykiatrisk utredning		
Paragraf 7-undersökning	7 300 kr	Rättsmedicinalverkets årsredovisning 2017 [48]
Rättspsykiatrisk undersökning – häktad*	519 600 kr	Rättsmedicinalverkets årsredovisning 2017 [48]
4. Rättegång		
Genomsnittlig styckkostnad för brottmål som tas upp i tingsrätten**	17 134 kr	Sveriges domstolars årsredovisning 2017 [49]

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

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

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

För att dubbelräkning inte skulle ske räknades fyra veckors tid inom häktet bort eftersom den rättspsykiatriska undersökningen vanligen tar fyra veckor [48]. Kostnadsberäkningarna utgick därför ifrån en genomsnittlig häktes-tid på 40 dagar istället för 67 dagar som anges i Tabell 7.1. Se Kapitel 2 för en beskrivning av en paragraf 7-undersökning samt en rättspsykiatrisk undersökning.

Kostnad för återfall i brott

Kostnaden för ett återfall i brott som leder till återintagning beräknades som summan av kostnaden för rättsprocessen och kostnaden för den rättspsykiatriska vården under en patients genomsnittliga vårdtid. Den genomsnittliga vårdtiden antogs vara cirka sex år, baserat på uträkningarna i Kapitel 4. Vårdkostnaden under dessa sex år beräknades för två scenarier, ett som baserades på mediankostnaden per patient med både rättspsykiatrisk öppen- och slutenvårdskostnader inräknade, och ett som baserades på mediankostnaden per patient med endast rättspsykiatrisk slutenvård.

Resultat – Beskrivning av läkemedelskostnader, vårdkostnader och rättskostnader

Läkemedelskostnader

I Tabell 7.2 visar vi kostnaden per år och individ för ett urval av några av de vanligaste antipsykotiska substanserna med olika beredningsformer inom rättspsykiatrin. Depåinjektioner är den mest kostsamma beredningsformen. I våra beräkningar sträcker sig den årliga kostnaden för behandling med antipsykotiska läkemedel i form av depåinjektioner från cirka 1 500 kronor för den lägre dosen av haloperidol till cirka 58 000 kronor för den högre dosen av risperidon. Kostnaderna är beräknade utifrån de antagna dosspannen som anses normala inom rättspsykiatrisk vård. Dosspannen skattades av projektets sakkunniga och presenteras i Tabell 7.2.

För perorala antipsykotiska läkemedel har haloperidol den lägsta årliga kostnaden. Den sträcker sig från cirka 1 000 kronor per år för dosen 3 milligram per dag till cirka 4 000 kronor för dosen 12 milligram per dag. Det dyraste perorala läkemedlet är olanzapin vars årskostnad per patient sträcker sig från 6 000 kronor till 27 000 kronor för doserna 10 milligram respektive 45 milligram per dag. Det enda antipsykotiska läkemedlet som kräver månatliga kontroller under hela behandlingstiden är klozapin. Klozapin är det näst dyraste perorala antipsykotiska läkemedlet. Kontrollerna innebär en merkostnad på

cirka 5 000 kronor per år, vilket resulterar i att årskostnaden sträcker sig från 9 000 kronor till 17 000 kronor för doserna 200 milligram respektive 800 milligram.

Tabell 7.2
Årlig läkemedelskostnad för antipsykotiska läkemedel per patient baserat på minimalt och maximalt dosspann, kronor 2017.

Läkemedelssubstans	Beredningsform	Kostnad* (kronor)	Dos (mg)
Haloperidol	Peroralt	972–3 887	3–12
	Depåinjektion	1 537–6 148	50–200
Olanzapin	Peroralt	5 980–26 908	10–45
	Depåinjektion	18 553–35 781	210–405
	Munsönderfallande	3 701–16 652	10–45
Risperidon	Peroralt	2 855–7 613	3–8
	Depåinjektion	29 144–58 288	25–50
Quetiapin	Peroralt	2 075–8 299	150–600
Klozapin	Peroralt inkl. monitorering**	9 249–21 767	200–800
Aripiprazol	Peroralt	3 327–9 982	10–30
	Depåinjektion	42 609–56 812	300–400
	Munsönderfallande	16 612–49 835	10–30
Perfenazin	Depåinjektion	699–8 385	27–216

* Kostnadsberäkningarna baseras på det produktalternativ som har högst pris för att beräkningarna ska visa hur höga läkemedelskostnaderna kan vara som mest.

** Krävs provtagning 1 gång i månaden under hela behandlingstiden.

I Tabell 7.3 redovisar vi kostnaderna för de vanligaste substanserna som används som tilläggsbehandling till de antipsykotiska läkemedlen inom rättspsykiatrisk vård. Bland dessa har adhd-behandling en utmärkande högre kostnad. Atomoxetin är den substans som kostar mest, mellan cirka 54 000 och 68 000 kronor per år och individ. Övriga psykiatriska läkemedel kostar mellan cirka 200 och 11 000 kronor per år och individ.

Läkemedelssubstans	Beredningsform	Kostnad* (kronor)	Dos (mg)
Stämningsstabiliserande läkemedel			
Valproinsyra	Peroralt	2 977–8 930	1 000–3 000
	Munsönderfallande	2 478–7 435	1 000–3 000
Lamotrigin	Peroralt	2 593–5 186	100–200
Antikolinerga läkemedel			
Trihexyfenidyl	Peroralt	418–1 254	5–15
Antidepressiva läkemedel			
Mirtazapin	Peroralt	1 053–4 212	15–60
Sertralin	Peroralt	2 114–8 456	50–200
Citalopram	Peroralt	522–3 133	10–60
Mianserin	Peroralt	1 759–5 278	30–90
Läkemedel för substansbruksbehandling			
Disulfiram	Peroralt	773–1 546	100–200
Adhd-läkemedel			
Metylfenidat	Peroralt, depå	3 814–11 442	18–54
	Peroralt, kapsel med modifierad frisättning	8 766–35 065	20–80
Atomoxetin	Peroralt	54 331–67 913	80–100
Bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat			
Diazepam	Peroralt	2 277–4 553	15–30
Zopiklon	Peroralt	1 879–2 819	5–7,5
Läkemedel för sömn och mot oro			
Propiomazin	Peroralt	1 053–2 106	25–50
Levomepromazin**	Peroralt	235–1 881	25–200
Klorprotixen**	Peroralt	406–2 435	50–300
Hydroxizin	Peroralt	1 683–10 100	25–25
Alimemazin	Peroralt	1 574–2 361	40–60
	Peroralt, droppar	3 379–3 379	40–40
Prometazin	Peroralt	1 890–11 338	25–150

Tabell 7.3
Årlig läkemedelskostnad för övriga psykiatriska läkemedel, kronor 2017.

* Kostnadsberäkningarna baseras på det produktalternativ som har högst pris för att beräkningarna ska visa hur höga läkemedelskostnaderna kan vara som mest.

** Antipsykotiskt läkemedel endast som tillägg till andra antipsykotiska läkemedel.

Vårdkostnader

I Tabell 7.4 visar vi de vårdkostnader per patient och landsting som redovisas i SKL:s kartläggning. I vårdkostnaden ingår kostnaden för personal och kostnaden för köpt vård. Kostnaderna omfattar såväl rättspsykiatrisk slutenvård som rättspsykiatrisk öppenvård.

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

Betydelsen av antalet vårdplatser illustreras av att fyra av de fem minsta enheterna som deltog i SKL:s kartläggning (Gävleborg, Halland, Jönköping och Uppsala) redovisar en vårdkostnad per patient och år på över 1,5 miljoner kronor (se Tabell 7.4). Dessa enheter redovisar också höga kostnader per slutenvårdsdag (uppgift saknas dock för Halland) och de högsta andelarna köpt vård (>60 %).

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

Landsting	Antal vårdplatser	Säkerhetsnivå**	Andel slutenvård	Andel av vårdkostnaden som utgörs av köpt vård	Vårdkostnad per slutenvårdsdag	Vårdkostnad per patient och år
Dalarna	63	2, 3	66 %	–	5 301 kr	–
Gävleborg	10	3	40 %	80 %	16 637 kr	2 099 606 kr
Halland	12	2	43 %	62 %	–	2 103 810 kr
Jönköping	12	3	38 %	77 %	20 011 kr	1 659 907 kr
Kalmar	10	2, 3	36 %	26 %	6 927 kr	453 792 kr
Kronoberg	119	1, 2, 3	78 %	0 %	4 062 kr	791 386 kr
Norrbottnen	44	2, 3	45 %	10 %	4 090 kr	483 265 kr
Skåne	77	2, 3	44 %	18 %	6 606 kr	724 974 kr
Stockholm	186	1, 2, 3	44 %	49 %	7 208 kr	1 931 519 kr
Sörmland	127	2	85 %	0 %	3 864 kr	860 272 kr
Uppsala	12	3	40 %	61 %	12 736 kr	1 743 694 kr
Värmland	32	2, 3	74 %	8 %	7 520 kr	758 042 kr
Västerbotten	14	3	–	41 %	7 669 kr	282 954 kr
Västernorrland	101	2, 3	75 %	4 %	3 244 kr	593 554 kr
Västmanland	55	2, 3	55 %	2 %	4 760 kr	521 080 kr
Västra Götaland	150	1, 2	–	9 %	4 981 kr	94 829 kr
RPV Göteborg			45 %			
RPV Vänersborg			66 %			
Örebro	25	3	48 %	31 %	6 878 kr	1 870 769 kr
Östergötland	83	1, 2, 3	55 %	9 %	4 858 kr	714 586 kr
Median					6 606 kr	758 042 kr

Tabell 7.4
Kostnader för rättspsykiatrisk vård per patient och slutenvårdsdag år 2016 för enheter som deltog i SKL:s kartläggning av rättspsykiatri*.

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

Källor: SKL Kartläggning Rättspsykiatri 2016 [5] för uppgifter om kostnader per patient och slutenvårdsdag; RättspsyK årsrapport 2017 [2] för uppgift om antal vårdplatser, säkerhetsnivå och andel slutenvård; opublicerade data från SKL:s kartläggning för uppgifter om andelen köpt vård.

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

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

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

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

Rättskostnader

I Tabell 7.5 nedan visar vi resultatet av kostnadsberäkningarna från häktning till och med rättegång. Kostnaden för rättsprocessen i ett rättspsykiatriskt ärende uppskattas till cirka 700 000 kronor per individ. Kostnaden för den rättspsykiatriska utredningen utgör en stor del av den totala kostnaden (75 %).

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

Tabell 7.5
Kostnadsberäkning
för rättsprocessen i ett
rättspsykiatriskt ärende.

Resurs	Kostnad per person
1. Häktning	
Tid i häkte (40 dagar)	150 480 kronor
2. Förundersökning	
Handläggning av misstanke om våldsbrott	7 748 kronor
3. Rättspsykiatrisk utredning	
Paragraf 7-undersökning och rättspsykiatrisk undersökning	526 900 kronor
4. Rättegång	
Brottmål i tingsrätt	17 134 kronor
Total kostnad rättsprocess	702 262 kronor

8 Etik

I detta kapitel belyser vi och diskuterar kort etiska frågor som har aktualiserats i den här rapporten. Läkemedelsbehandlingen diskuteras utifrån hur den utmanar och förhåller sig till de etiska värdena hälsa, autonomi och samhällsskydd (tredje parts hälsa). Vidare kommer resultaten att diskuteras i förhållande till etiska risker med behandlingar där effekten inte är helt säkerställd samt eventuella risker med att forska på patienter i rättspsykiatrin. Kapitlet kommer även att behandla två specifika frågor som identifierats inom projektgruppen och som delvis relaterar till frågan om professionella värderingar. De rör 1) risken att val av läkemedelsbehandling delvis sker på grunder som inte är medicinska samt 2) risken att man tillgriper tvångsåtgärder i en större omfattning än vad som egentligen är motiverat.

Metod

De etiska frågorna har identifierats genom diskussioner i projektgruppen, resultaten från den enkät som besvarats genom riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin (PAR), en avstämning mot SBU:s vägledning för identifiering av relevanta etiska frågor samt en sökning efter relevant litteratur. Sökningen gjordes inte som en heltäckande systematisk översikt, utan enbart för att berika diskussionen med relevanta publicerade arbeten. Experten i etik gick igenom 981 abstrakter och valde ut tio artiklar som lästes i fulltext. Av

dessa bedömdes fem vara relevanta [50–54]. Artiklar exkluderades inte på grundval av kvalitet eller risk för bias, utan enbart med avseende på relevans.

Bakgrund

Det juridiska ramverket kring rättspsykiatrisk vård inbegriper dels hälso- och sjukvårdslagen (HSL), dels lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Det innebär att vården har flera potentiella rättighetskonflikter att hantera. Den rättspsykiatriska vårdens uppdrag innebär nämligen att vården inte enbart ska verka för god hälsa för patienterna utan även för att ingen som blir utskriven från vården ska begå nya allvarliga brott. Vidare är rättspsykiatrisk vård inte frivillig utan bedrivs under tvång, vilket innebär ett avsteg från vad som stadgas i HSL¹ om att hälso- och sjukvård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Tvångsvård innebär även en inskränkning av rätten till frihet, privatliv samt skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp, som är mänskliga rättigheter stadgade i regeringsformen samt i Europakonventionen för mänskliga rättigheter. Skälen till att i svensk rätt medge psykiatrisk tvångsvård har ansetts vara dels omsorg om svårt sjuka personer som saknar förmåga att fatta välgrundade beslut om sitt eget vårdbehov, dels behovet av att skydda samhället från våldsbrott². Det här innebär att den rättspsykiatriska vården bedrivs genom en ständig balansgång mellan att tillgodose patienternas rätt till hälsa och autonomi samt andra människors rätt till skydd.

De etiska aspekterna av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri blir särskilt viktiga att beakta eftersom patienten inte själv kan välja om denne vill ta ett visst läkemedel. Läkemedel kan administreras genom fasthållning eller att patienten tillfälligt spänns fast i bälte om denne inte tar läkemedlet frivilligt. Man kan också tala om ett informellt tvång genom att patienterna inser att om de inte tar de förskrivna läkemedlen frivilligt, så kommer de att bli tvingade. Det finns alltså lite eller inget utrymme för patienten att välja något annat än vad läkaren föreskriver.

Hälsa

Den första frågan vi bör ställa oss är hur läkemedlen påverkar individens hälsa. Här bör man även väga in de negativa konsekvenser de har, till exempel biverkningar, och hur dessa väger mot nyttan för att vi ska kunna ta ställning till om det är motiverat att använda läkemedlen. Resultaten från denna rapport visar att nytta och risker med läkemedelsbehandlingar är oklara för den här specifika patientgruppen, det vill säga personer med en allvarlig psykisk störning som har begått brott. Dock finns många studier som visar att de läkemedel som används

¹ 5 kap. 1 §.

² Prop. 1990/91:58.

i rättspsykiatri har en god effekt på psykostillstånd, men även en tung biverkningsprofil vilket bör vägas in i sammanhanget. Våra resultat visar att traditionella antipsykotiska läkemedel används i större utsträckning i rättspsykiatri än i allmänpsykiatri, där atypiska antipsykotiska läkemedel är vanligare. Traditionella antipsykotiska läkemedel har en annan biverkningsprofil än de atypiska, och kan upplevas som mer besvärande för patienten. I enkäten om patienters och anhörigas upplevelser och erfarenheter av läkemedel i rättspsykiatri rapporteras om biverkningar. Exempel på det är:

- ”Man blir grumlig i huvudet.”
- ”Kan inte tänka klart.”
- ”Trött, darrig.”
- ”Krypningar, gått upp i vikt, trög, fumlig.”
- ”Ingen ork, kan inte läsa.”
- ”Jag har blivit ful, fet och äcklig.”

På frågan om behandlingar skulle kunna förändras på något vis för att göra patienten mer benägen att fortsätta behandling efter utskrivning svarar informanterna att de vill ha färre biverkningar, lägre doser och bättre verkande läkemedel. De positiva effekterna på hälsan från dessa läkemedel måste alltså vägas mot de problem som biverkningarna orsakar.

En annan fråga vi bör ställa oss är hur vi ska definiera begreppet hälsa. Enligt WHO är psykisk hälsa ”ett tillstånd av välbefinnande där individen har insikt om och kan förverkliga sina förmågor, kan klara av normala påfrestningar i livet, arbeta produktivt och är förmögen att bidra till sitt samhälle” [55]. Ett vanligt sätt att betrakta hälsa är emellertid ur ett dimensionellt perspektiv: En person kan sägas vara vid mer eller mindre god hälsa och WHO:s definition kan betraktas som den högsta graden av psykisk hälsa. Patienter i rättspsykiatri har, som framgår av denna rapport, ofta en svår psykiatrisk problematik i kombination med substansbruksproblem. Flertalet av patienterna har mer än en diagnos och en låg psykosocial funktionsnivå. Det är därför troligt att flertalet patienter inte har uppnått psykisk hälsa enligt WHO:s definition när de blir utskrivna från rättspsykiatri. Många patienter har också fortfarande behov av olika former av socialt stöd för att klara av sin vardag efter utskrivningen. Dessutom har de fortfarande symtom av sin psykiska störning samt i många fall svåra biverkningar från de läkemedel som de ofta är ålagda att ta för att bli utskrivna.

Tvång

De rättspsykiatriska patienternas autonomi, det vill säga förmågan att tänka och handla fritt, är kringskuren på två sätt i slutenvård. För det första ges de litet utrymme att utöva autonomi i och med att de är instängda och mer eller mindre tvingade att följa både vårdplaner och ordningsregler på avdelningen. Här kan man skilja mellan formellt tvång, vilket är det som explicit uttrycks genom det juridiska ramverket, samt ett informellt tvång genom vilket patienten vet att om hen till exempel inte tar ett läkemedel frivilligt så kommer hen

bli tvingad. Det informella tvånget kan upplevas lika tvingande av patienten som ett formellt tvångsbeslut. Även rättspsykiatrisk öppenvård innebär restriktioner av patientens autonomi genom olika regler, till exempel krav på provtagningar, medicinering och avhållsamhet från droger. Om dessa regler inte följs kommer det att leda till formella tvångsåtgärder.

För det andra innebär en allvarlig psykisk störning oftast en inskränkning av *förmåga* till autonomi. Psykiatriska tvångsåtgärder motiveras med att vissa individer inte är kapabla att fatta autonoma beslut, samt att de beslut de fattar angående sig själva är skadliga för deras eget eller andras liv och hälsa. Patienter med psykosjukdom saknar ofta sjukdomsinsikt, det vill säga de vet inte om att de är sjuka, och anser därmed inte att de behöver behandling. Begreppet sjukdomsinsikt är emellertid mångtydigt och används både i betydelsen att man har förståelse för eller kunskap om att man har en psykisk sjukdom och i termer av följsamhet med behandlingen (se till exempel David 1990 [56]). Att inte vilja ta det läkemedel man har blivit ordinerad beskrivs i den tvångspsykiatriska kontexten ofta som ett tecken på bristande sjukdomsinsikt [57]. Dock finns det naturligtvis en möjlighet att patienten inser att hen är sjuk men ändå väljer att avstå från ett läkemedel då hen upplever oönskade effekter och biverkningar av det. I sådana fall kan tvånget betraktas som en etiskt problematisk inskränkning av autonomi.

Men även om tvång ibland kan anses berättigat så är det ändå etiskt problematiskt i och med att det generellt upplevs som obehagligt i sig. Att vara utsatt för tvångsåtgärder kan upplevas som förnedrande, skamfullt och kränkande [54]. Vidare finns en risk att förlusten av autonomi i sig kan vara skadlig för patienten. Den kan motverka psykisk hälsa, och det är inte heller uteslutet att brist på autonomi inom vården försvårar patientens anpassning till samhället. PAR betonar att det är en betydande skillnad att få läkemedel som en tvångsåtgärd jämfört med att ta dem frivilligt och att vården bör underlätta för behandling på frivillig väg, främst genom att förbättra informationen till patienterna om läkemedlen och om de positiva effekterna men även biverkningarna.

Adshead [50] påpekar att patienters egna synpunkter på läkemedel, eller rättspsykiatrisk behandling i allmänhet, generellt sett ges liten vikt. Samma syn framkommer i svaren från enkäten som PAR har sammanställt, där de flesta patienter svarar att dialoger om läkemedel inte alls förekommer. Det vittnar om en eventuell problematik eftersom patienterna bör vara delaktiga i vården i så stor utsträckning som möjligt. Enligt HSL såväl som patientlagen (2014:821) ska vård så långt som möjligt bedrivas i samråd med patienten, och patienten har rätt till information om såväl sitt hälsotillstånd som om sina behandlingar. Vidare har sjukvården en skyldighet att informera om lagstiftning kring vården med särskilt fokus på patientens rättigheter. Delaktighet är inte enbart ett mål i sig, utan något som även kan bidra till att patienten bättre kan medverka till att målen med vården uppnås.

Samhällsskyddsuppdragets potentiella påverkan på hälsomålet

Man bör överväga risken att såväl hälsa som förmåga och rätt till autonomi tillmätts en underordnad betydelse i rättspsykiatrisk vård på grund av samhällsskyddsuppdraget. Rättspsykiatrisk vård syftar inte enbart till att till exempel minska psykotiska symtom, utan även till att tillse att patienten inte kommer att bete sig aggressivt. Skyddsaspekten kan potentiellt ha en sådan otillbörlig påverkan på vården att medicinska beslut fattas på andra grunder än strikt medicinska samt att tvångsåtgärder används i en utsträckning som egentligen inte är nödvändig eller proportionerlig.

Resultaten från denna rapport visar att traditionella antipsykotiska läkemedel används i större utsträckning i rättspsykiatrin än i allmänpsykiatrin där atypiska antipsykotiska läkemedel är vanligare, och man bör fråga varför. En anledning skulle kunna vara att traditionella antipsykotiska läkemedel har en mer dämpande effekt på kognitiva och emotionella funktioner och därför föredras ur ett skyddsperspektiv. Dessa läkemedel skulle därmed hypotetiskt kunna föredras i syfte att skydda medpatienter och personal på avdelningen samt minska risken för återfall i våldsbrott. En av rättspsykiatrins uppgifter är att minska risken för våldshandlingar hos patienterna, och man kan rimligen betrakta frånvaro av aggressivt beteende som ett hälsomål. Det kan dock bli etiskt problematiskt om man driver tolkningen av begreppet hälsa så långt att den innefattar vad som är ”lämpligt” beteende i en snävare mening än bara icke våldsamt beteende. Adshead [50] påminner om att om syftet med läkemedelsbehandling är att få en person att ”bete sig bättre” innebär det ett avsteg från idén om att läkemedelsbehandlingar ska vara moraliskt neutrala. Rättspsykiatrisk vård är inte moraliskt neutral eftersom den endast riktas mot individer som har begått brott och delvis syftar till att patienterna ska förändra sitt beteendemönster, men det kan finnas en risk att man övervärderar skyddsaspekten så att man inte väger in patientens välbefinnande eller andra hälsoaspekter i målet med behandlingen i tillräcklig utsträckning.

Man bör även överväga risken att implicita negativa attityder kan påverka valet av läkemedel. Eftersom rättspsykiatri inte bara är en vårdform utan även en straffrättslig påföljd där patienterna har begått brott, ofta allvarliga sådana, finns det en potentiell risk att ett implicit strafftänkande påverkar den medicinska bedömningen. Att vårda och behandla personer som har begått grova våldsbrott kräver att man noga håller isär den medicinska aspekten och vården i allmänhet från implicita föreställningar om straff. Adshead och Davies [53] menar till exempel att det kan ligga närmare till hands att använda tvång i rättspsykiatrisk vård på grund av en förväntan hos vårdpersonalen att patienterna bör vara beredda att underkasta sig tvång eftersom de är dömda brottslingar. Om detta är fallet i den svenska kontexten är inte undersökt i denna rapport, men det finns som inom all tvångsvård givetvis anledning att vara vaksam på att tvångsåtgärder inte används i större utsträckning än vad som är absolut nödvändigt.

Samhällsskyddsuppdraget innebär även att patienter riskerar att behållas i rättspsykiatrisk vård trots att de anses vara medicinskt färdigbehandlade och hälso-målet därmed är uppfyllt. I LRV föreskrivs nämligen att vården ska upphöra när det

1. inte längre till följd av den psykiska störningen finns risk för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag
2. inte heller med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att denne
 - a. är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande eller annat tvång
 - b. ges öppen rättspsykiatrisk vård.

Regeringsrätten förtydligade 2001 att kraven ovan innebär att en person kan hållas intagen även om det inte längre finns någon koppling mellan den allvarliga psykiska störningen och återfallsrisken. Det innebär att det inte finns ett uttryckligt krav på att vården ska upphöra om patienten inte längre lider av någon allvarlig psykisk störning. Konsekvenserna av det strider mot Världspsykiatriska föreningens riktlinjer till vilka Svenska psykiatriska föreningen har anslutit sig. Den centrala formuleringen är att psykiatern inte får medverka i psykiatrisk tvångsvård av personer som inte är psykiskt sjuka (Hawaii-deklarationen). Att behålla en patient i rättspsykiatrisk vård på grund av en uppskattad hög risk för återfall i brott eller för att sociala omständigheter som avsaknad av boende inte möjliggör utskrivning är därmed etiskt problematiskt.

Forskning för att förbättra det vetenskapliga underlaget

Det är särskilt viktigt med kunskap om effekterna av läkemedel inom rättspsykiatri, dels eftersom behandlingen sker under tvång, dels eftersom biverkningarna av antipsykotiska läkemedel är tunga och allvarliga. Resultaten från denna rapport visar att effekterna av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri är oklara. Det gäller både för effekten på hälsa såväl som samhällsskydd. Det här talar för att forskning på läkemedelseffekter för just denna grupp är starkt motiverat. Det bör dock tilläggas att de läkemedel som används är utprovade, bara inte för denna grupp. Det kan därför inte på något vis anses medicinskt oansvarigt att använda dem.

Forskning på patienter i rättspsykiatri aktualiserar dock särskilda etiska problem, vilket kan förklara bristen på densamma. Historien när det gäller forskning på frihetsberövade personer ger många exempel på studier som bedrivits utan samtycke eller ens kännedom hos studiedeltagarna (se till exempel Cislo och Tretman [51]). Rättspsykiatriska patienter är en extra sårbar grupp eftersom de är frihetsberövade och även eventuellt föremål för tvångsåtgärder. De kan

därmed uppleva sig tvingade att delta. Deras sårbarhet har med tiden skyddats genom forskningsetiska regelverk, men en konsekvens av det är att gruppen tenderar att bli systematiskt exkluderad från forskning. Det gör att kliniker och beslutsfattare får förlita sig på att forskningsresultat framtagna på icke frihetsberövade personer kan överföras till den rättspsykiatriska vårdmiljön, vilket inte är självklart [53].

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

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

Bör man bedriva läkemedelsforskning inom den rättspsykiatriska vården? Det beror på många faktorer. En är om det går att finna en mindre sårbar grupp som i relevanta avseenden liknar den rättspsykiatriska populationen, vilket aktualiserar frågan om hur unik gruppen är. I många avseenden är den inte unik. Patienter som vårdas i rättspsykiatrin är inte annorlunda jämfört med andra människor i de allra flesta medicinska avseenden. I en mening är den dock unik eftersom den består av människor med psykiatrisk sjukdom som är dömda för våldsbrott. Men det betyder inte att gruppens psykiatriska vårdbehov skiljer sig från till exempel psykossjuka som inte har begått brott. Här måste vi ställa oss frågan om det aggressiva, antisociala beteendet är en del av sjukdomen eller inte. Det är delvis en filosofisk fråga där man har att ta ställning till om normbrytande beteende är att betrakta som sjukt eller inte. Man kan undersöka om våldsamt beteende går att behandla med läkemedel på empirisk väg, och den forskningen måste i så fall förmodligen utföras på just den grupp som har en sådan problematik. Vidare har denna grupp eventuellt en unik sjukdomsbild genom den höga graden av samsjuklighet i kombination med substansbruksproblem och eventuella intellektuella funktionsnedsättningar, vilket i sig motiverar forskning på denna grupp.

Om forskning på andra grupper inte ger användbara resultat bör man starkt överväga forskning på patienter i rättspsykiatrin. Att helt avstå från forskning på en viss grupp är nämligen också etiskt problematiskt, eftersom det inte är självklart att forskningsresultat från andra grupper också gäller denna. Det i sin tur innebär att patienter i rättspsykiatrin inte skulle kunna erbjudas kunskapsbaserad behandling och rehabilitering och att medicinska riktlinjer för just den gruppen blir svåra att ta fram. Forskning på frihetsberövade grupper har till och med framhållits som moraliskt påbudet [58]. Sådan forskning måste då givet-

vis bedrivs utifrån vad etikprövningslagen fastslår om forskning på människor, och man bör noga beakta risker för forskningspersonernas hälsa, säkerhet och personliga integritet. Det kan tilläggas att olika typer av studier aktualiserar forskningsetisk problematik i olika grad. Samtyckes- och frivillighetsproblematiken är densamma för många olika sorters forskningsprojekt, men gruppens sårbarhet är ett större problem vid interventionsstudier än vid exempelvis registerstudier.

9 Diskussion

Vår frågeställning och ansats

Syftet med rapporten var att utvärdera nytta, risker och upplevelser av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatrisk vård samt belysa hälsoekonomiska och etiska perspektiv.

Utvärderingen utgick från resultatet av en tidigare kartläggning [1] som visade att det behövs systematiska översikter inom området. Vi gjorde därför en systematisk översikt kring läkemedelsbehandling och rättspsykiatrisk vård med de inklusionskriterier som användes i den föregående kartläggningen. Vi gjorde även en litteratursökning där vi tog bort inklusionskriteriet att studien skulle ha utförts inom rättspsykiatrisk vård och ersatte det med att den skulle röra psykiatrisk samsjuklighet som bedömdes vara relevant för rättspsykiatrisk vård. Här ville vi hitta systematiska översikter från allmänpsykiatrin om läkemedelsbehandlingar vid psykiatriska tillstånd som är kliniskt relevanta för rättspsykiatrin.

Likheter och skillnader mellan de allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska patientgrupperna studerades genom nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister. Vi bedömde att allmänpsykiatris psykospatienter var den grupp som bäst lämpade sig för en jämförelse med den rättspsykiatriska patientgruppen eftersom den dominerande huvuddiagnosen i rättspsykiatrin är psykosjukdomar och de vanligaste läkemedlen är antipsykotiska. Vi var medvetna om att jämförelsen försvårades av att patienter i rättspsykiatrin är en mer heterogen grupp som även har exempelvis autismspektrumtillstånd, personlighetssyndrom, depressiva och bipolära syndrom som huvuddiagnoser. Ett annat möjligt problem med jämförelsen var att psykospatienter i rättspsykiatrin skiljer sig från psykospatienter i allmänpsykiatrin

genom att de har en annan typ av psykosjukdom. Rättspsykiatriska patienter har även begått brott, ofta genom aggressivt beteende, många har problem med substansbruk och det kan inte uteslutas att det även finns andra skillnader.

Vi ville även undersöka patienters upplevelser av läkemedelsbehandling och genomförde därför en systematisk översikt av kvalitativa studier. Vi gjorde dessutom en enkätundersökning med hjälp av en patient- och anhörigorganisation. Vi gjorde också en systematisk översikt av hälsoekonomiska studier samt en hälsoekonomisk analys i syfte att bland annat uppskatta hur stor andel läkemedelskostnader utgör av de totala kostnaderna för rättspsykiatrisk vård. Slutligen studerade vi de särskilda etiska aspekterna av läkemedelsbehandling i rättspsykiatri samt sådana problem som uppstår när den ges under tvång.

Metodologiska överväganden

Våra frågeställningar avser patienter med psykosjukdom, autismspektrumtillstånd eller personlighetsyndrom som vårdas inom rättspsykiatri. Vi valde dessa diagnoser eftersom de representerar majoriteten av de huvuddiagnoser som patienter i svensk rättspsykiatri har [2]. Depressiva och bipolära syndrom, som också förekommer i rättspsykiatri, inkluderades däremot inte som huvuddiagnoser. Orsaken var att vi inte bedömde att läkemedelsbehandling för de diagnoserna utgör samma problem avseende behandlingseffekter som de andra tre. Den behandling för depressiva och bipolära syndrom som används i allmänpsykiatri bedömdes erfarenhetsmässigt ha god effekt även vid behandling av patienter i rättspsykiatri.

Det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK har en täckningsgrad på 85 procent med omkring 1 700 inkluderade patienter [2]. Det motsvarande registret för psykospatienter i allmänpsykiatri, PsykosR, har endast en täckningsgrad på 26 procent [59], men däremot ett större antal patienter (omkring 9 300). Ett fåtal patienter fanns i båda registren. Vi bedömer att registren lämpar sig för jämförelse så länge data redovisas tydligt och man beaktar grundläggande skillnader mellan grupperna. Patienterna i rättspsykiatri är exempelvis cirka tio år yngre och består till en övervägande majoritet av män. I stort sett samtliga patienter i PsykosR har en psykosjukdom medan endast drygt 70 procent av patienterna i RättspsyK har det. Vi jämförde även patienterna i PsykosR och RättspsyK efter att ha exkluderat de rättspsykiatriska patienterna som inte hade en psykosjukdom, vilket inte ändrade våra sökresultat. De individer som fanns registrerade i båda registren mellan åren 2009 och 2016 var förhållandevis få, 59 kvinnor och 349 män. Valet att exkludera dessa individer före analys hade minimal påverkan på resultatet. En analys visade även att patienter i PsykosR som även varit registrerade i RättspsyK hade samma profil som övriga registrerade i RättspsyK. Att få patienter finns registrerade i båda registren kan dels bero på att patienter i rättspsykiatri har långa vårdtider, dels på att täckningsgraden för PsykosR är låg.

Patienter i rättspsykiatri

Enligt vår registerstudie förekommer samsjuklighet med substansbrukssyndrom respektive personlighetssyndrom hos omkring 10 procent av patienterna i PsykosR medan den är betydligt vanligare i RättspsyK. Bland de kvinnor i RättspsyK som ingick i registerundersökningen hade omkring 34 procent diagnostiserats med psykossjukdom och substansbrukssyndrom, och omkring 40 procent hade diagnostiserats med psykossjukdom och personlighetssyndrom. För männen var motsvarande siffror 40 procent (psykossjukdom och substansbrukssyndrom) respektive 27 procent (psykossjukdom och personlighetssyndrom). Psykossjukdom i kombination med aggressivt beteende, kognitiv nedsättning, adhd respektive autismspektrumtillstånd var också vanligare hos patienterna i RättspsyK. Sammantaget framstår patienterna i rättspsykiatri därmed som mer drabbade av olika psykiska sjukdomar och även med större svårighetsgrad, vilket ses i de kliniska skattningarna med CGI-S.

Vad gäller kroppsliga sjukdomar så var virushepatiter vanligare hos patienter i RättspsyK än i PsykosR, vilket troligen till stor del beror på substansbruk. Övriga kroppsliga sjukdomar var ungefär lika vanliga.

Männen i den rättspsykiatriska gruppen hade en cirka tio gånger högre risk att dö före 50 års ålder än hela befolkningen. Det är alarmerande siffror men de stämmer väl överens med att det finns en känd kroppslig sjuklighet och överdödlighet hos personer med psykossjukdomar [60]. Därtill kommer substansbruk och umgänge i kriminella miljöer, vilket också ökar risken för tidig död. Det är värt att notera att dödligheten var förhöjd trots att patienterna under delar av observationstiden fick rättspsykiatrisk vård. Motsvarande uppgifter för kvinnor gick inte att tolka meningsfullt eftersom antalet kvinnor i rättspsykiatrisk vård var för lågt. Dödsorsakerna skiljde sig inte åt mellan patienter i rättspsykiatri och hela befolkningen. Ungefär hälften av dödsfallen berodde på yttre orsaker i båda grupperna. Den kroppsliga hälsan och risk för tidig död bör däremot bli föremål för både framtida studier men även för översyn av den kroppsliga hälsan hos patienter som vårdas i rättspsykiatri. I detta sammanhang kan nämnas att långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel, i synnerhet de atypiska, ger minskad dödlighetsrisk [61,62].

De flesta patienter som vårdas i rättspsykiatri är män. Det medför att uppgifterna från RättspsyK om gruppen kvinnor är mer osäkra än motsvarande uppgifter för män, och de skillnader vi kunde se mellan män och kvinnor för vissa diagnoser och läkemedelsbehandlingar är osäkra (exempelvis att psykossjukdom i kombination med personlighetssyndrom och behandling med stämningsstabiliserande medel var vanligare hos kvinnor). Mer forskning behövs om kvinnor i rättspsykiatrisk vård.

Läkemedel i rättspsykiatri

Förskrivningsmönstret av läkemedel bland de rättspsykiatriska patienterna visar en relativt konstant bild under den analyserade tidsperioden. Den dominerande läkemedelsgruppen var antipsykotiska läkemedel som används av omkring 85 procent av patienterna. Andra vanliga läkemedelsgrupper var stämningsstabiliserande läkemedel, antidepressiva läkemedel, läkemedel för behandling av adhd och ångstdämpande läkemedel. Patienterna i rättspsykiatri behandlades oftare med stämningsstabiliserande läkemedel, läkemedel för behandling av adhd samt även med läkemedel för behandling av substansbruk jämfört med patienter i PsykosR. Det stämmer väl överens med diagnosmönstret i de båda patientgrupperna. Vi kunde inte uttala oss om några frågor knutna till dosering av läkemedel eftersom RättspsyK inte innehåller information om doser och PsykosR endast innehåller uppgifter om doser för depåinjektioner av antipsykotiska läkemedel.

När det gäller val av antipsykotiska läkemedel kunde vi se vissa skillnader. Rättspsykiatriska patienter förskrevs oftare traditionella antipsykotiska läkemedel (särskilt zukloperitoxol, haloperidol och levomepromazin) medan psykospatienter i allmänpsykiatri oftare förskrevs atypiska antipsykotiska läkemedel (särskilt risperidon). Detta mönster avspeglas i att antikolinerga läkemedel, som används mot biverkningar från företrädesvis de traditionella antipsykotiska läkemedlen, användes av en dubbelt så stor andel patienter i rättspsykiatri. De höga förskrivningsgraderna av zukloperitoxol och levomepromazin i rättspsykiatri beror troligen på att många rättspsykiatriska patienter fanns inom slutenvården där dessa läkemedel ofta ges som akutbehandling. Under perioden 2009 till 2016 ökade andelen patienter som fick atypiska antipsykotiska läkemedel något i rättspsykiatri medan förskrivningen av klozapin var konstant (15–20 % av patienterna). Den något annorlunda förskrivningen av antipsykotiska läkemedel i RättspsyK jämfört med PsykosR kan bero på att de båda patientgrupperna har olika psykiatriska tillstånd som kräver olika läkemedel. Den kan även bero på att rättspsykiatriska patienter bedöms ha en förhöjd risk för aggressivt beteende och oftare får traditionella antipsykotiska läkemedel därför att de har mer sederande effekter. Oavsett orsak är det viktigt att beakta att både de traditionella antipsykotiska läkemedlen och de antikolinerga läkemedlen kan ge en negativ påverkan på kognitiva funktioner och därigenom försvåra rehabiliteringen. Frågan kompliceras ytterligare av att psykossjukdomar i sig kan ge upphov till kognitiva svårigheter.

De rättspsykiatriska patienter som har ett autismspektrumtillstånd som huvuddiagnos får ofta behandling med antipsykotiska läkemedel även om de inte har en psykosdiagnos. Det bör tolkas utifrån att de personer med autismspektrumtillstånd som blir föremål för rättspsykiatrisk vård utgör en mindre grupp av de allra svårast sjuka med denna diagnos. De har ofta en låg funktionsnivå, sociala interaktionssvårigheter (särskilt med mentalisering) och ett psykosnära tillstånd vilket gör att de bedöms ha en allvarlig psykisk störning som innebär att de skulle kunna ha nytta av behandling med antipsykotiska läkemedel. Men mer forskning krävs om läkemedelsbehandling för denna grupp.

Vid en särskild analys av förskrivningen av bensodiazepiner i rättspsykiatri framkom att den minskat svagt under åren 2009 till 2016. Den nedåtgående trenden blev ännu tydligare när analysen endast omfattade rena bensodiazepiner, där bensodiazepinliknande läkemedel som zolpidem och zopiklon uteslöts. Det ska dock noteras att omkring 20 procent av patienterna fortfarande förskrevs bensodiazepiner, och att bensodiazepinliknande läkemedel även används vid insomningssvårigheter. Två argument talar mot en alltför frikostig användning av bensodiazepiner i rättspsykiatri. Det första är deras beroendeframkallande potential. Det andra är det faktum att de kan sänka tröskeln för aggressivt och impulsivt beteende. Bensodiazepiner kan dock användas vid svårare abstinensstillstånd, svår ångest vid psykostillstånd och självmordsnära tillstånd.

Vetenskaplig kunskap om nytta och risker med läkemedelsbehandlingar

Vår utvärdering av läkemedelsstudier inom rättspsykiatri har inte kunnat ge en definitiv bild av vilka specifika läkemedelsbehandlingar som visat sig framgångsrika. Ett genomgående problem är bristen på randomiserade kontrollerade studier, och att många av de studier som finns är retrospektiva. Vår översyn visar att rättspsykiatri som disciplin är mer kliniskt komplicerad än allmänpsykiatri. Patienter i rättspsykiatri är en mer heterogen grupp jämfört med patienter i allmänpsykiatri, i första hand genom en mer uttalad samsjuklighet. I avsaknad av biologiska markörer är psykiatriska diagnoser ofta hänvisade till subjektiva och ofta indirekta utfallsmått på specifika psykiatriska symtom, vilket kan försvåra tolkningen av vilken effekt ett läkemedel har. Att de rättspsykiatriska patienterna är föremål för tvångsvård innebär också ett problem för att kunna göra randomiserade studier. Det finns etiska aspekter på att bedriva forskning på patienter som får tvångsvård eftersom de är en särskilt utsatt grupp. En ytterligare komplicerande faktor i sammanhanget är att många läkemedelsgrupper som används i psykiatri ger generella effekter på beteende och till stor del saknar selektiva effekter på psykiatriska delsymtom. Sammantaget kan det vara orsaken till att det finns relativt få vetenskapliga studier inom rättspsykiatri, och att de som finns ofta saknar vetenskapliga krav på kvalitet. Vid en litteraturgenomgång av relevanta studier fann vi att det inte gick att bedöma effekterna i något av utfallsmåtten.

Det framkom inte heller någon vetenskaplig evidens för effekterna av läkemedelsbehandling vid de vanligaste formerna av samsjuklighet i rättspsykiatri, varken i den litteratursökning som inriktades på en rättspsykiatrisk kontext eller den som inriktades på samsjuklighet utan krav på rättspsykiatrisk kontext. I studierna som inkluderades från litteratursökningen utan krav på rättspsykiatrisk kontext så tycktes dock patienterna generellt vara mindre psykiskt sjuka och mindre våldsbenägna än inom rättspsykiatri. Vi kan därför inte slå fast att samsjukligheten i studierna från den sökningen kan jämföras med studierna från sökningen som inriktades på en rättspsykiatrisk kontext. Det är även uppenbart att det saknas primärstudier av god kvalitet om läkemedelsbehandling vid samsjuklighet som är relevant för rättspsykiatri.

Upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri

Få studier har undersökt patienternas eller vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri. Med kriterierna att patienterna skulle vara diagnostiserade med en allvarlig psykisk störning samt ha begått brott, det vill säga motsvara de patientgrupper som i Sverige vårdas inom rättspsykiatri, fann vi endast en publicerad studie. Eftersom patienter i rättspsykiatri ofta vårdas under lång tid och läkemedelsbehandlingar är en del av i stort sett alla patienters vård, behövs mer forskning på detta område. Mer kunskap avseende upplevelser och erfarenheter skulle till exempel kunna leda till förändringar i bemötande och upplägg av behandlingar, med möjligheten att öka följsamhet, förkorta vårtider samt öka samhällsskyddet.

Studien som inkluderades i den här utvärderingen bekräftar det som beskrevs av riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR) det vill säga värdet av att fokusera på patienternas behov av information om de behandlingar de får. I de enkätsvar som samlats in av PAR lyftes dessutom behovet av en dialog kring val av läkemedel, en öppnare diskussion om biverkningar samt möjligheten att få tillgång till annan typ av behandling än läkemedel. Att öka patienters förståelse för varför olika läkemedel sätts in kan innebära att behandlande läkare och personal behöver se över hur information kan förmedlas på bästa sätt. Troligtvis behövs individuellt anpassad information och dialog, eftersom patientgrupperna i rättspsykiatri är heterogena avseende sjukdomstillstånd. Förståelsen för varför en läkemedelsbehandling behövs trots negativa konsekvenser blir än mer viktig, menade PAR, då patienterna tvångsbehandlas.

PAR efterfrågade mindre ensidigt fokus på läkemedelsbehandling och ett bredare utbud av annan vård och hjälp. I detta avseende vill vi betona att läkemedelsbehandlingar inte bör ses som isolerade från övrig behandling – en optimerad läkemedelsbehandling kan skapa förutsättningar för patienten att vara mottaglig för en psykologisk behandling och omvänt kan en psykologisk behandling skapa sjukdomsinsikt och därmed öka patientens följsamhet till läkemedelsbehandling. Effekter av psykosociala och psykologiska behandlingar inom rättspsykiatri utvärderas i SBU-rapporten Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård [68].

Hälsoekonomi

Vi har inte kunnat bedöma kostnadseffektiviteten av de läkemedel som ingår i rapporten eftersom kunskapen om läkemedelseffekterna har visat sig vara bristfällig. Kunskap om läkemedelseffekter är nämligen avgörande för möjligheten att göra hälsoekonomiska bedömningar. Vi har inte heller funnit några ekonomiska utvärderingar av tillräcklig kvalitet.

I vår rapport har vi beräknat årliga kostnader för några av de vanligaste läkemedelsbehandlingarna inom rättspsykiatrisk vård utifrån det dyraste produktalternativet. Detta för att ta reda på hur höga läkemedelskostnaderna kan vara som mest. Men merparten av de antipsykotiska läkemedel och övriga psykiatriska behandlingar som är aktuella för patienter i rättspsykiatrin är utsatta för generisk konkurrens, vilket leder till prispress. Sannolikt administreras därför läkemedlen till lägre kostnader på klinikerna än vad som återges i våra beräkningar.

Trots att våra beräkningar av läkemedelskostnader baseras på de dyraste produktalternativen framkommer att läkemedelskostnaderna är låga i relation till de totala kostnaderna för den rättspsykiatriska vården. Långverkande antipsykotiska läkemedel i depåform används i större utsträckning i rättspsykiatrisk vård. De är även de läkemedel som kostar mest. Den årliga kostnaden för det dyraste långverkande antipsykotiska läkemedlet (risperidon 50 mg som depåinjektion) uppgår enligt våra beräkningar till cirka 58 000 kronor, vilket motsvarar cirka 8 procent av den årliga kostnaden för den rättspsykiatriska vården (baserat på den redovisade mediankostnaden på cirka 750 000 kronor per patient och år).

Att kostnaden för den rättspsykiatriska vården är hög beror troligen främst på rättspsykiatriska vårdenheters höga kostnader för bemanning, och att patienterna finns i slutenvård under långa perioder. I vårdkostnaden ingår även köpt vård, där kostnaden för säkerhetssystem och lokaler kan ha inkluderats.

Patienter i rättspsykiatrin ordineras i hög utsträckning mer än ett läkemedel. I RättspsyK anges dock inte vilka läkemedelskombinationer som är de vanligaste. Ytterligare ett sätt att exemplifiera förhållandet mellan läkemedelskostnader och kostnaden för den rättspsykiatriska vården är att anta att en patient behandlas med det dyraste läkemedlet inom varje läkemedelsgrupp (se Tabellerna 7.1 och 7.2). Årskostnaden för läkemedel i detta mest extrema exempel blir 157 000 kronor. Det motsvarar omkring 24 dygn i rättspsykiatrisk slutenvård per år, om man räknar med en vårdkostnad på 6 600 kronor per dygn, vilket var mediankostnaden per slutenvårdsdag bland de enheter som deltog i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) kartläggning av rättspsykiatrin [5]. Läkemedelskostnaden motsvarar 8 slutenvårdsdygn vid den rättspsykiatriska enhet som rapporterat den högsta kostnaden per slutenvårdsdag, och 48 slutenvårdsdygn vid den enhet som rapporterat lägst kostnad. Exemplet illustrerar det antal dagar som en utskrivning från rättspsykiatrisk vård skulle behöva tidigareläggas för att täcka kostnaden för ett års behandling med de dyraste psykiatriska läkemedlen.

Eftersom kostnaderna för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrin är låga i förhållande till den totala kostnaden så skulle en läkemedelsbehandling som förkortade vårdtiden med låg risk för återfall i brottslighet vid utskrivning sannolikt innebära kostnadsbesparingar för samhället. På motsvarande sätt skulle ett läkemedel eller en kombination av läkemedel som minskade risken för återfall i brott sannolikt innebära betydande kostnadsbesparingar. Ett återfall i allvarligt brott uppskattas i denna rapport kosta 5,2 miljoner kronor. Ekonomiska satsningar på forskning om rättspsykiatrisk läkemedelsbehandling kan därför medföra besparingar för samhället i ett längre perspektiv.

När vi beräknat kostnaden för ett återfall i brott har vi inte räknat in offrens lidande eller kostnader för deras vård eller förlorade livskvalitet. Beroende på typ av brott och den fysiska och psykiska skada som drabbar offret så kan denna kostnad naturligtvis variera stort. Ett mord har till exempel bedömts kosta samhället 43 miljoner kronor i genomsnitt och en våldtäkt eller en grov misshandel 1,2 miljoner kronor, inräknat indirekta kostnader knutna till offret [63,64]. Vad som utgör en bra metod för att fånga sådana indirekta kostnader är dock osäkert [65].

Sammanfattningsvis är vårdtid och återfall i brott mycket kostsamma utfall som en effektiv läkemedelsbehandling skulle kunna påverka. Också utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv är det därför angeläget att studera vilka läkemedelsbehandlingar som är effektiva inom rättspsykiatrin.

Etiska aspekter

Patienterna i rättspsykiatrin är ofta mycket sjuka. Registerstudien visar att gruppen kännetecknas av en hög grad av samsjuklighet, substansbruksproblem och även lägre medelålder jämfört med psykossjuka patienter i allmänpsykiatrin. Rättspsykiatrin är också en del av hälso- och sjukvården där påverkan på tredje parts hälsa är ett ständigt närvarande tema, och framgångsrik behandling är värdefullt dels för patienterna själva, dels för tredje part. Den hälsoekonomiska undersökningen visar också att den rättspsykiatriska vården är mycket kostsam för samhället där kortare vårdtider med låg risk för återfall i brottslighet vid utskrivning skulle innebära stora kostnadsbesparingar för samhället. Det vore även värdefullt ur ett etiskt perspektiv, eftersom det skulle innebära att tvångsvård och tvångsåtgärder minskar totalt sett.

Den rättspsykiatriska vårdens uppdrag innebär att vården inte enbart ska syfta till att skapa god hälsa för patienterna utan även till att ingen person som blir utskrivna från vården begår nya allvarliga brott. Dessa dubbla uppdrag kräver en ständig etisk vaksamhet på att samhällsskyddsuppdraget inte tillmäts omotiverat stort värde, som att man ger ett alltför litet utrymme för patienternas rätt till medbestämmande och delaktighet i vården genom att till exempel inte beakta deras synpunkter på sina läkemedelsbehandlingar i den utsträckning man kunde eller borde göra.

Eftersom rättspsykiatrisk vård bedrivs under tvång blir behovet av kunskap särskilt stort. Patienterna i rättspsykiatrin har kraftigt kringskurna möjligheter att själva välja om de vill genomgå en viss läkemedelsbehandling eller inte, vilket ställer höga krav på kunskap om effekter och biverkningar av de läkemedel som används. Patienter i rättspsykiatrin är en särskilt sårbar grupp såtillvida att de dels är frihetsberövade, dels är psykiskt sjuka. De särskilda forskningsetiska problem detta medför, med ett eventuellt upplevt tvång att delta i forskningsprojekt och särskilda svårigheter kring informerat samtycke, bör tas på största allvar. Om det finns fog att anta att forskningsresultat från studier av andra grupper inte ger användbara resultat bör man dock starkt överväga att forska på just den här gruppen. Att helt avstå från forskning på en viss grupp är också

etiskt problematiskt, och gör att medicinska riktlinjer för just den här gruppen blir svåra att ta fram.

Konsekvenser

Avslutningsvis vill vi betona att den brist på evidens för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård som framkom i denna utvärdering inte betyder att läkemedel inte ska erbjudas som behandling i rättspsykiatri. Tills evidens från framtida rättspsykiatrisk läkemedelsforskning föreligger måste kunskapsbaserad läkemedelsbehandling bygga på beprövad erfarenhet och nationella riktlinjer. Vårdformen rättspsykiatri har funnits under lång tid och erfarenheten av olika läkemedelsbehandlingar bör vara omfattande. Det är dock av vikt att erfarenhet kommuniceras mellan de rättspsykiatriska enheterna så att kunskap sprids, både kring vilka läkemedelsbehandlingar som ger goda effekter med låga risker och vilka behandlingar som är riskabla eller ger sämre effekt. Erfarenhet blir beprövad först då den kommuniceras och diskuteras bland de rättspsykiatriska enheterna och då konsensus uppnås.

Nationella riktlinjer för flera allmänpsykiatriska tillstånd kan också utgöra en grund för att bestämma vilka läkemedel som ska användas inom rättspsykiatri. Särskilda riktlinjer för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård vore dock att föredra. I de svenska nationella riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd [66] finns till exempel flera rekommendationer som har bäring på rättspsykiatrisk vård. Detta gäller särskilt rekommendationerna om att svårbehandlad psykossjukdom eller psykossjukdom med självmordsnära beteende ska behandlas med klozapin samt rekommendationerna vid viktuppgång efter antipsykosbehandling. Det anges även att antipsykotiska läkemedel i depåform rekommenderas vid upprepade behandlingsavbrott, vid återinsjuknande och vid samtidigt substansbruk. Även de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [67] ger råd som kan vara av värde för rättspsykiatri. Särskilt kan nämnas det stöd som finns för behandling med disulfiram, akamprosat och naltrexon vid alkoholberoende, och behandling med buprenorfin och naloxon vid opioidberoende.

10 Överväganden för forskning, policy och praktik

De etiska frågorna kring forskning inom rättspsykiatrisk vård ska tas på största allvar. Det gäller såväl hur rättspsykiatrisk forskning ska genomföras på bästa sätt trots att patienterna är frihetsberövade, som frågan om det är etiskt försvarbart att inte bedriva forskning inom rättspsykiatrin.

Det är oklart hur läkemedelsbehandling påverkar patienter i rättspsykiatrin avseende psykiatrisk sjuklighet, biverkningar, vårdförlopp, vårdtider eller återfall i brottslighet. Det finns ett stort behov av vetenskapligt stringenta studier kring rättspsykiatriska frågeställningar. Vilka likheter och skillnader finns mellan patienter i allmän- respektive rättspsykiatrin? Kan forskning inom allmänpsykiatrin användas som grund för läkemedelsbehandling i rättspsykiatrin? Vilka effekter har läkemedel på psykiatriska symtom, kroppslig hälsa, vårdtid och samhällsskydd? Denna forskning bör helst genomföras i Sverige eftersom den rättspsykiatriska patientgruppen är definierad i svensk lagstiftning och därigenom unik till sin sammansättning och kontext.

Majoriteten av studierna i vår kartläggning var observationsstudier. I sådana studier måste kontroll- och behandlingsgruppen matchas och beskrivas noggrant för att man ska kunna göra en adekvat bedömning av utfallet. I Sverige finns även tillgång till register som möjliggör större observationsstudier av exempelvis effekter av läkemedelsbehandling. Det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK skulle potentiellt kunna utvecklas till att innehålla mer information om läkemedelsbehandling och dess effekter, exempelvis bör information om läkemedelsdoser inkluderas. Man bör även överväga att i

samverkan med flera rättspsykiatriska vårdenheter göra randomiserade kontrollerade studier.

Det är även av vikt att använda relevanta utfallsmått på lång sikt för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri. Eftersom rättspsykiatrisk vård ges när ett brott har begåtts så är återfall i brott ett centralt långsiktigt utfallsmått. Återfall i brott sker oftast efter att den rättspsykiatriska vården har avslutats, ibland flera år senare. En rad andra faktorer än vårdfaktorer kommer då att påverka detta utfallsmått, som tillgång till boende, socialt kontaktnät, psykiatrisk öppenvårdskontakt och återfall i substansbruk. Därför är det viktigt att återfall i brott kompletteras med rättspsykiatriska vårdfaktorer som utfallsmått, som symtomlindring, biverkningar, rehabiliteringsutfall och medverkan till läkemedelsbehandling. Läkemedelsbiverkningar är särskilt viktiga att studera eftersom vi vet att rättspsykiatriska patienter använder mer läkemedel mot biverkningar, och både dessa och antipsykotiska läkemedel kan ha negativa effekter på kognition och därigenom på patientens rehabiliteringsförlopp.

Studier av läkemedelsbehandlingar för patienter som inte vårdas i rättspsykiatri men har relevanta former av samsjuklighet kan ge överförbar information om effekter av och risker med läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri. Vi fann dock inga systematiska översikter om läkemedelseffekter vid flera av de former av psykiatrisk samsjuklighet som är vanliga inom rättspsykiatri. En intensifierad forskning om läkemedelsbehandling vid samsjuklighet med psykosjukdomar, autismspektrumtillstånd eller personlighetssyndrom i kombination med substansbruk, aggressivt beteende, adhd eller kognitiv nedsättning kan bidra med värdefull kunskap som gynnar patienterna i rättspsykiatri.

Tyngdpunkten i behandlingar inom rättspsykiatri vilar på antipsykotiska läkemedel. Vi kan konstatera att rättspsykiatri, liksom allmänpsykiatri, är bakbunden av bristen på moderna antipsykotiska läkemedel. De läkemedel som idag används för att behandla psykosjukdomar har ofta otillräcklig effekt och kan ge allvarliga biverkningar som minskar patienternas motivation att fortsätta behandlingen. Haloperidol, som enligt vår undersökning fortsatt används i relativt stor utsträckning inom rättspsykiatri, togs fram 1958 och de farmakologiska principerna för antipsykotisk behandling har sedan dess inte nämnvärt förändrats. Framstegen inom andra medicinska discipliner, till exempel cancerbehandling, kan kopplas till utveckling av nya effektiva läkemedel. Rättspsykiatri skulle vara behjälpt av nya antipsykotiska läkemedel som riktar sig mot de bakomliggande biologiska orsakerna till psykosjukdomar. En förbättrad behandling skulle sannolikt medföra en minskning av de samhällsekonomiska kostnaderna genom kortare vårdtid, och sannolikt även minska lidandet för den enskilde patienten och dennes familj.

Grunden för läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri måste vara kunskapsbaserad. Beprövad erfarenhet inom rättspsykiatri och nationella riktlinjer för allmänpsykiatri bör tills vidare vara vägledande. Det gäller särskilt de nationella riktlinjerna för behandling med antipsykotiska läkemedel och substansbruksbehandling. Det är dock viktigt att riktlinjerna sätts i perspektiv till den speciella kontext som rättspsykiatrisk vård innebär och att hänsyn tas till den samsjuklighet som är vanlig i rättspsykiatri.

Man bör även ta tillvara den samlade erfarenhet som finns av de olika läkemedelsbehandlingar som idag används inom rättspsykiatrisk vård. Det bör inrättas forum för kommunikation och diskussion av dessa erfarenheter bland företrädare för samtliga rättspsykiatriska vårdenheter med målet att nå konsensus kring vad som utgör goda behandlingsalternativ och vilka behandlingar som inte gör det. Rättspsykiatrisk vård är en rättslig påföljd där patienten inte kan välja att byta vårdenhet vid missnöje med behandlingen. Det medför särskilda krav på dokumenterad kvalitet vad gäller läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrisk vård.

11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

PETER ANDINÉ

docent, universitetslektor i rättspsykiatri vid Centrum för etik, juridik och mental hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, och överläkare vid Verksamhetsområde Rättspsykiatri, Sahlgrenska universitetssjukhuset, och Rättspsykiatriska undersökningsenheten i Göteborg, Rättsmedicinalverket

GÖRAN ENGBERG

professor i farmakologi vid Institutionen för fysiologi och farmakologi, Elektrofysiologisk neurofarmakologi, Karolinska Institutet

KATARINA HOWNER

med dr, specialist psykiatri och rättspsykiatri, Rättspsykiatriska undersökningsenheten i Stockholm, Rättsmedicinalverket och Centrum för Psykiatrforskning, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

EVA LINDSTRÖM

docent, överläkare vid Institutionen för neurovetenskap, Psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala och chefsläkare vid Rättspsykiatriska regionkliniken, Växjö

SUSANNA RADOVIC

docent, universitetslektor vid Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori, Göteborgs universitet

SBU

MONICA HULTCRANTZ
projektledare

SUSANNE GUSTAFSSON
informationsspecialist

EMIN HOXHA EKSTRÖM
hälsoekonom

CAROLINE JUNGNER
projektadministratör

MIKAEL NILSSON
bitr projektledare

HANNA OLOFSSON
informationsspecialist

ANNA RINGBORG
hälsoekonom

Externa granskare

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

Externa granskare har varit:

LINUS BROSTRÖM
(endast etik)
universitetsadjunkt vid
Medicinsk etik, Lunds universitet

MALIN HAMRÉN
specialist i allmän- och rätts-
psykiatri, överläkare och biträdande
verksamhetschef vid Västerbottens
läns landsting

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

MIKAEL LANDÉN
professor i allmänpsykiatri vid
Institutionen för neurovetenskap
och fysiologi, Göteborgs universitet,
och Centrum för psykiatrforskning,
Institutionen för medicinsk epide-
miologi och biostatistik, Karolinska
Institutet

LEIF LINDSTRÖM
professor i psykiatri vid Institu-
tionen för neurovetenskap, Uppsala
universitet, överläkare vid Landstinget
i Uppsala län

MARIA NYSTRÖM AGBACK
(endast juridik)
jurist med inriktning psykiatri,
Sveriges Kommuner och Landsting

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU:s vetenskapliga råd – Eira

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

KJELL ASPLUND

ordförande, professor, Stockholm

INGEMAR ENGSTRÖM

professor, psykiatri, etik,
Örebro universitet

HENRIK ANDERSHED

professor i psykologi, docent i
kriminologi, Örebro universitet

NILS FELTELIUS

docent, LäkeMedelsverket

KRISTINA BENGTTSSON BOSTRÖM

docent, Billingsens vårdcentral, Skövde

STEN-ÅKE STENBERG

professor, social forskning,
Stockholms universitet

CHRISTINA BERGH

professor, Kvinnokliniken,
SU/Sahlgrenska, Göteborg

KATARINA STEEN CARLSSON

fil dr, hälsoekonomi, IHE Lund

ANNA EHRENBORG

professor, vårdvetenskap,
Högskolan Dalarna

SBU:s nämnd

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

KERSTIN NILSSON
ordförande, professor,
Örebro universitet

PETER ALLEBECK
huvudsekreterare, Forte

SUSANNA AXELSSON
generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

VESNA JOVIC
verkställande direktör,
Sveriges Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

ELISABETH WALLENIS
ordförande, Funktionsrätt Sverige

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

JENNY REHNMAN
avdelningschef, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

Referensgrupp

En referensgrupp bestående av företrädare för svenska rättspsykiatriska vårdenheter och intresseföreningar har fått möjlighet att ge synpunkter på SBU:s projektplan samt tillfrågats om deras praxis kring läkemedelsbehandlingar i sin verksamhet. De har däremot inte läst rapporten i sin helhet och står därför inte heller nödvändigtvis bakom innehållet. I denna grupp har följande personer ingått:

ULF BJÖRNFOT

verksamhetschef,
Rättspsykiatriska kliniken i Säter

NINA AGERSAND

verksamhetsutvecklare,
Sahlgrenska universitetssjukhuset

FARSHID SHEIKHVAND

chefsöverläkare, Rättspsykiatriska
regionkliniken, Växjö

VALENTINA COVIC MUSKIC

tf. chefsöverläkare, Rättspsykiatriska
regionkliniken, Vadstena

JÖRGEN BRAGNER

verksamhetschef,
Regionsjukhuset Karsudden

PER-AXEL KARLSSON

ordförande för Svenska
rättspsykiatriska föreningen

BENGT ERIKSSON

verksamhetschef, Rättspsykiatriska
regionkliniken, Sundsvall

KAJ FORSLUND

verksamhetschef,
Rättspsykiatri Vård Stockholm

ROLF STENVALL

verksamhetschef,
Länsgemensam psykiatri, Öjebyn

Brukar- och anhörigförening

SBU har under projektet samverkat med riksföreningen Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri (PAR). Företrädare för föreningen har fått möjlighet att ge synpunkter på projektplan och ett manusutkast till rapporten samt bidragit till en enkät om patienters och anhörigas upplevelser av läkemedelsbehandlingar inom rättspsykiatri.

12 Ordförklaringar och förkortningar

AMSTAR	Granskningsmall med 12 frågor, som används för att utvärdera kvaliteten på en systematisk översikt
Antikolinerga läkemedel	Läkemedelsgrupp som blockerar receptorer för acetylkolin. Läkemedlen kan användas för att motverka biverkningar från antipsykotiska läkemedel
Atypiska antipsykotiska läkemedel	Kallas även andra eller tredje generationens antipsykotiska läkemedel Läkemedelsgrupp som används för att behandla psykotiska tillstånd och har en något annorlunda angreppspunkt än traditionella antipsykotiska läkemedel samt ger färre neurologiska biverkningar
Autismspektrumtillstånd	Ett samlingsnamn för diagnoserna autism, autistiskt syndrom, desintegrativ störning hos barn, Aspergers syndrom och genomgripande störningar i utvecklingen
BMI	Body mass index eller kroppsmassindex. Ett mått som för vuxna anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen kroppsvikt i kilogram delat med kvadraten av kroppslängden i meter. Ett BMI på 18,5–24,9 räknas som normalvikt medan utfall under räknas som undervikt och över som övervikt eller fetma
Depåbehandling	Ett sätt att ge läkemedel som ger förlängd absorbtionstid. I psykiatri innebär det att ett antipsykotiskt läkemedel injiceras i en muskel (eller mellan hud och muskel). På så sätt sker en långsam kontinuerlig frisättning till omgivande vävnader under lång tid. Vanligtvis ges injektionerna varannan, var tredje eller var fjärde vecka
Extrapyramidala biverkningar	Ett samlingsnamn för motoriska biverkningar som till exempel svårighet att röra sig, ökning av muskeltonus eller ofrivilliga muskelrörelser
Metaanalys	En metaanalys är en metod där man sammanför resultaten från ett antal primärstudier statistiskt för att kunna jämföra dem. Metaanalysen redovisar på så sätt samtliga resultat i form av ett jämförande resultatmått (till exempel en oddskvot). Vanligen presenteras även ett trädidiagram (forest plot). Proceduren ger en överblick över de resultat som finns tillgängliga och över hur väl de stämmer överens (homogenitet). De sammanlagda jämförelsemåtten ger en uppfattning om huruvida publikationerna har visat att en metod är bättre än en annan metod (eller bättre än ingen åtgärd alls)

Metabola effekter	Effekter som rör kroppens ämnesomsättning, som till exempel viktuppgång
Peroral	Intag av ett ämne genom munnen
Primärstudie	En studie som innehåller nya resultat och inte bara bygger på redan publicerad forskning. Termen används för att särskilja mot sekundärstudier som innebär att studien analyserar tidigare studier, som till exempel en systematisk översikt eller en översiktsartikel
Randomiserad kontrollerad studie	En randomiserad kontrollerad studie är en klinisk undersökning av vilken effekt en behandling ger. En sådan studie kännetecknas av att patienterna som ingår i studien fördelas mellan att antingen få den behandling som man vill undersöka eller att en kontrollgrupp får en annan behandling. Att studien är <i>randomiserad</i> innebär att studiedeltagarna har fördelats slumpmässigt mellan de grupperna
Risk för bias	Resultaten från forskningsstudier och systematiska översikter kan ha olika grad av tillförlitlighet beroende på hur de är genomförda. I detta sammanhang brukar man tala om risk för bias vilket kan översättas till risk för snedvridna data. Vid bedömning av hur stor risken för bias är i en behandlingsstudie granskas bland annat hur fördelningen av försökspersoner har gjorts till de olika grupperna, om patienter, behandlare och bedömare varit ovetande om vem som tillhör behandlingsgruppen och vem som tillhör kontrollgruppen samt om avhopp från studien kan ha påverkat resultatet. Vid bedömning av risken för bias i en systematisk översikt granskas metodologiska aspekter som rör till exempel litteratursökningens omfattning, urval av studier samt sammanvägning och analys av resultat
Samsjuklighet	Att ha flera sjukdomar eller hälsoproblem samtidigt, som till exempel psykossjukdom och substansbrukssyndrom
Substansbruk	Att använda psykoaktiva droger eller narkotikaklassade läkemedel
Systematisk översikt	<p>En systematisk översikt är en sammanställning av kunskap från flera primärstudier som gäller en tydlig och avgränsad fråga. När SBU gör en systematisk översikt används en strukturerad och transparent metod för att finna, välja ut, kritiskt bedöma och sammanfatta studier som är relevanta för frågeställningen. En bra systematisk översikt följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller godtycklighet påverkar slutsatserna. Hit hör:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en preciserad fråga eller ett preciserat problem • en redovisning av de urvalskriterier som har använts (inklusions- och exklusionskriterier) • en systematisk sökning efter all relevant litteratur • en kvalitetsgranskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna • en extraktion av data och tabellering från de studier som har kvalitetsgranskats • en sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys • en bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering). • En systematisk översikt bedöms efter hur väl den genomförts. De studier som inkluderas i en systematisk översikt kan därför variera i kvalitet utan det påverkar bedömningen av den systematiska översikten
Tardiv dyskinesi	En sent uppkommen motorisk biverkning med okontrollerade muskelrörelser som man kan få vid långvarig användning av antipsykotiska läkemedel
Traditionella antipsykotiska läkemedel	Kallas även typiska, klassiska, konventionella eller första generationens antipsykotiska läkemedel

13 Referenser

1. SBU. Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 264. ISBN 978-91-88437-06-8.
2. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK). Årsrapport 2017. Tryckår 2018.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofrenilikande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. (Remissversion). 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20735/2017-10-34.pdf>
4. SBU. Etiska aspekter på åtgärder inom hälso- och sjukvården. Reviderad 2014. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Tillgänglig från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_etiska_aspekter.pdf.
5. Kartläggning 2016. Rättspsykiatri. En kartläggning gjord av Helseplan Nysam. Uppdrag Psykisk Hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting 2017.
6. Nilsson T, Wallinius M, Gustavson C, Anckarsater H, Kerekes N. Violent recidivism: a long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS One* 2011;6:e25768.
7. Wolf A, Fanshawe TR, Sariaslan A, Cornish R, Larsson H, Fazel S. Prediction of violent crime on discharge from secure psychiatric hospitals: A clinical prediction rule (FoVOx). *Eur Psychiatry* 2018;47:88-93.
8. Kriminalvården. Kriminalvård och Statistik 2016 (KOS 2016). Tryckår 2017. ISSN 1400-2167. https://www.kriminalvarden.se/globalassets/forskning_statistik/kos-2016-kriminalvard-och-statistik.pdf
9. Meltzer HY. What's atypical about atypical antipsychotic drugs? *Curr Opin Pharmacol* 2004;4:53-7.
10. Meltzer HY. Clozapine: balancing safety with superior antipsychotic efficacy. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2012; 6:134-44.
11. Veerman SRT, Schulte PFJ, de Haan L. Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Drugs* 2017;77:1423-59.
12. Desamericq G, Schurhoff F, Meary A, Szoke A, Macquin-Mavier I, Bachoud-Levi AC, et al. Long-term neurocognitive

- effects of antipsychotics in schizophrenia: a network meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:127-34.
13. Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, Erbuto D, Serafini G, Fiorillo A, et al. Do Atypical Antipsychotics Have Anti-suicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. *Int J Mol Sci* 2016;17.
 14. Remington G, Lee J, Agid O, Takeuchi H, Foussias G, Hahn M, et al. Clozapine's critical role in treatment resistant schizophrenia: ensuring both safety and use. *Expert Opin Drug Saf* 2016;15:1193-203.
 15. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
 16. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med* 2015;12:e1001895.
 17. HTAi Interest Group on Patient and Citizen Involvement in HTA (PCIG). Patient Group Submission Template for HTA of Medicines. Tillgänglig från <https://htai.org/interest-groups/pcig/resources/for-patients-and-patient-groups/>. Nedladdad 2016-06-01.
 18. Socialstyrelsen. Täckningsgrader 2017. Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. Tryckår 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20794/2017-12-37.pdf>
 19. Balbuena L, Mela M, Wong S, Gu D, Adelugba O, Tempier R. Does clozapine promote employability and reduce offending among mentally disordered offenders? *Can J Psychiatry* 2010;55:50-6.
 20. Dalal B, Larkin E, Leese M, Taylor PJ. Clozapine treatment of long-standing schizophrenia and serious violence: A two-year follow-up study of the first 50 patients treated with clozapine in Rampton high security hospital. *Crim Behav Ment Health* 1999;9:168-78.
 21. Mela M, Depiang G. Clozapine's Effect on Recidivism Among Offenders with Mental Disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2016;44:82-90.
 22. Stoner SC, Wehner Lea JS, Dubisar BM, Roebuck-Colgan K, Vlach DM. Impact of clozapine versus haloperidol on conditional release time and rates of revocation in a forensic psychiatric population. *Journal of Pharmacy Technology* 2002;18:182-6.
 23. Swinton M, Haddock A. Clozapine in special hospital: A retrospective case-control study. *J Forens Psychiatry Psychol* 2000;11:587-96.
 24. Beck NC, Greenfield SR, Gotham H, Menditto AA, Stuve P, Hemme CA. Risperidone in the management of violent, treatment-resistant schizophrenics hospitalized in a maximum security forensic facility. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:461-8.
 25. Collins P, Larkin E, Shubsachs A. Lithium carbonate in chronic schizophrenia—a brief trial of lithium carbonate added to neuroleptics for treatment of resistant schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:150-4.
 26. Gobbi G, Comai S, Debonnel G. Effects of quetiapine and olanzapine in patients with psychosis and violent behavior: A pilot randomized, open-label, comparative study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:757-65.
 27. Gobbi G, Gaudreau PO, Leblanc N. Efficacy of topiramate, valproate, and their combination on aggression/agitation behavior in patients with psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26:467-73.
 28. Tavernor R, Swinton M, Tavernor S. High-dose antipsychotic medication in maximum security. *J Forens Psychiatry Psychol* 2000;11:36-48.
 29. McLoughlin BC, Pushpa-Rajah JA, Gillies D, Rathbone J, Variend H, Kalakouti E, et al. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014.
 30. Sawicka M, Tracy DK. Naltrexone efficacy in treating alcohol-use disorder in individuals with comorbid

- psychosis: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2017;7:211-24.
31. Wilson RP, Bhattacharyya S. Antipsychotic efficacy in psychosis with co-morbid cannabis misuse: A systematic review. *J Psychopharmacol* 2016;30:99-111.
 32. Arranz B, Garriga M, García-Rizo C, San L. Clozapine use in patients with schizophrenia and a comorbid substance use disorder: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017.
 33. Sabioni P, Ramos AC, Galduroz JC. The effectiveness of treatments for cocaine dependence in schizophrenic patients: a systematic review. *Curr Neuropharmacol* 2013;11:484-90.
 34. Khushu A, Powney MJ. Haloperidol for long-term aggression in psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11:CD009830.
 35. Ayub M, Saeed K, Munshi TA, Naem F. Clozapine for psychotic disorders in adults with intellectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
 36. Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
 37. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010;71:14-25.
 38. Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analysis of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:489-96.
 39. Nosé M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:345-53.
 40. Stoffers J, Völm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. In: John Wiley & Sons, Ltd, Food and Drug Toxicology Research Centre, National Institute of Nutrition, Hyderabad, India. DO - 10.1002/jat.2718 [doi] England; 2010.
 41. Varghese BS, Rajeew A, Norrish M, Al Khusaiby SBM. Topiramate for anger control: A systematic review. *Indian J Pharmacol* 2010;42:135-41.
 42. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2017.
 43. Mills A, Lathlean J, Bressington D, Forrester A, van Veenhuyzen W, Gray R. Prisoners' experiences of anti-psychotic medication: Influences on adherence. *J Forens Psychiatry Psychol* 2011;22:110-125.
 44. Tandvård- och läkemedelsförmånsverket. MEDPrice. Pris- och beslutsdatabasen. <https://www.tlv.se/beslut/sok-i-databasen.html>
 45. Kriminalvården. Årsredovisning 2017. <https://www.kriminalvarden.se/globalassets/publikationer/ekonomi/kriminalvardens-arsredovisning-2017.pdf>
 46. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Att minska isolering i häkte - Lägesbild och förslag. Rapport 2017:6. ISBN 978-91-87335-83-9.
 47. Åklagarmyndigheten. Årsredovisning 2017. <https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/planering-och-uppfoljning/arsredovisningar/arsredovisning-2017.pdf>
 48. Rättsmedicinalverket. Årsredovisning 2017. Dnr X17-90134. <https://www.rmv.se/wp-content/uploads/arsredovisning2017-tillganglighetsanpassad.pdf>
 49. Sveriges domstolar. Årsredovisning 2017. http://www.domstol.se/Publikationer/Arsredovisning/arsredovisning_2017_sverigesdomstolar.pdf
 50. Adshead G. Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry. *J Med Ethics* 2000;26:302-4.
 51. Cislo AM, Trestman R. Challenges and solutions for conducting research in correctional settings: the U.S.

- experience. *Int J Law Psychiatry* 2013;36:304-10.
52. Elliott C, Lamkin M. Restrict the Recruitment of Involuntarily Committed Patients for Psychiatric Research. *JAMA Psychiatry* 2016;73:317-8.
 53. Moser DJ, Arndt S, Kanz JE, Benjamin ML, Bayless JD, Reese RL, et al. Coercion and informed consent in research involving prisoners. *Compr Psychiatry* 2004;45:1-9.
 54. Adshear G, Davies T. Wise restraints: ethical issues in the coercion of forensic patients. In Völlm B, Nedopil N (red). *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges*. Springer International Publishing 2016. ISBN 3319267485, 9783319267487.
 55. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report)*. Geneva; 2004. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
 56. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
 57. Diesfeld K. Insight: Unpacking the Concept in Mental Health Law. *Psychiatr Psychol Law* 2003;10:63-70.
 58. Weisburd D. Ethical practice and evaluation of interventions in crime and justice trials. *The moral imperative for randomized trials*. *Eval Rev* 2003;27:336-54.
 59. Nationellt kvalitetsregister för psykosjukdomar (PsykosR): Årsrapport 2016. Tryckår 2017. Utgivare Ing-Marie Wieselgren.
 60. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324-33.
 61. Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, Majak M, Mehtala J, Hoti F, et al. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2017.
 62. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-7.
 63. Gabor T. *Costs of Crime and Criminal Justice Responses*. Public Safety Canada 2015; Research report: 2015-R022.
 64. McCollistera KE, French MT, Fang H. The Cost of Crime to Society: New Crime-Specific Estimates for Policy and Program Evaluation. *Drug Alcohol Depend*. 2010 April 1; 108(1-2): 98-109. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.12.002. 2010.
 65. Dolan P GL, Peasgood T, Tsuchiya A. Estimating the intangible victim costs of violent crime. *Br J Criminol*. 2005;(2005) 45, 958-976.
 66. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. 2014. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-schizofreni-antipsykotiska-lakemedel-vetenskapligt-underlag.pdf>
 67. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. 2017. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-12-23-vetenskapligt%20underlag.pdf>
 68. SBU. *Psykologiska behandlingar och psykosociala insatser i rättspsykiatrisk vård. Systematiska översikter av effektstudier, patientupplevelser och ekonomiska aspekter, samt en etisk analys*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 287. ISBN 978-91-88437-29-7.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00