



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

# **Rättspsykiatrisk vård**

## **-En svängdörr?**

Författare: Erika Gustafsson

Maritha Holm

Handledare: Gullvi Flensner

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp  
magisternivå

HT 2009

**Arbetets titel:** Rättspsykiatrisk vård - En svängdörr?

**Engelsk titel:** Forensic psychiatric care – a revolving door?

**Författare:** Erika Gustafsson & Maritha Holm

**Institution:** Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

**Arbetets art:** Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp

**Program:** Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisjuksköterska, 60 hp

**Termin/år:** HT 2009-08-26

**Antal sidor:** 34

---

**Background:** Everyone in forensic care has some type of psychiatric disability and has carried out one or more criminal acts. The care is regulated in a number of laws. One part of the patient's rehabilitation is the transition from closed to open care by so-called leave. A number of the patients that are on leave are sometimes readmitted to closed care for different reasons. These patients are sometimes referred to as "revolving door patients".

**Aim:** The aim was to determine different concerned personnel groups' opinions and experiences of what is important, if a patient that is cared for according to the law of forensic care, is to be successful or unsuccessful with his/her leave.

**Method:** A qualitative approach was chosen and two focus group interviews, with six participants in each group, were performed. The text was analyzed with the help of a qualitative content analysis.

**Results:** Three main themes came to light that have significance as to how successful a leave is: comorbidity, how fundamental needs are taken care of and collaboration concerning the patient. 14 subthemes were found under the three main themes: correct psychiatric diagnosis, concurrent misuses, compliance in medication, social networks, employment, safe accommodation, the patient's economy, seeing the patients needs, clear planning, knowledge and motivation, indistinct line of responsibility, collaboration prior to leave, contacts and follow-up in open care.

**Conclusion:** Many functions are adequate in the care of patients within forensic care. Though there are deficiencies that need to be improved and developed. It is important that the patients participate in the care and that different authorities create individual conditions and flexible solutions if a leave is to be successful. Arranged economy is important if a leave is to be successful, as much of the patient's everyday existence is affected. When the patient is unsuccessful with a leave, the reason could be that the patient's real needs are not known, or not enough consideration has been taken to the patients needs when planning the leave. Inadequate public recourses sometimes contribute to patients, in forensic care, not receiving correct or sufficient measures (help), which is a problem.

**Keywords:** Focusgroupinterview, psychiatry, qualitative content analyses, readmission, rehabilitation.

**Bakgrund:** Alla, som vårdas inom rättspsykiatrisk vård, har någon form av psykiskt funktionshinder och har också begått ett eller flera brott. Vården regleras av ett antal lagar. I rehabiliteringen ingår utslussning av patienten till öppna vårdformer genom så kallad permission. Ett antal av de patienter som har permission återintagas emellanåt till slutenvården av olika orsaker. De benämns ibland som svängdörrspatienter.

**Syfte:** Syftet var att belysa olika berörda personalgruppers syn på och erfarenheter av vad som har betydelse för om en patient som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, lyckas eller misslyckas med sin permission.

**Metod:** En kvalitativ ansats valdes och två fokusgruppsintervjuer med sex deltagare i varje grupp genomfördes. Texten analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Tre huvudteman som hade betydelse för om en permission lyckades framkom: samsjuklighet, hur grundläggande behov mötts och samverkan runt patienten. Under dessa framkom 14 subteman: rätt psykiatrisk diagnos, samtidigt missbruk, följsamhet i medicinering, socialt nätverk, sysselsättning, tryggt boende, patientens ekonomi, se patientens behov, tydlig planering, kunskap och motivation, otydlig ansvarsfördelning, samverkan inför permission, kontaktmannaskap och uppföljning i öppenvård.

**Konklusion:** Mycket fungerar bra i vården runt patienten inom rättspsykiatrisk vård. Brister finns dock som behöver förbättras och utvecklas. Det är viktigt att patienterna är delaktiga i vården och att olika instanser skapar individuella förutsättningar och flexibla lösningar för att permissionen ska lyckas. Ordnad ekonomi är av stor betydelse för att permissionen ska lyckas, då det påverkar många delar i patientens vardag. När patienten misslyckas med permissionen kan orsaken vara att man inte har tagit reda på dennes verkliga behov eller inte tagit tillräcklig hänsyn till dessa i permissionsplaneringen. Bristande resurser i samhället bidrar ibland till att patienter inom rättspsykiatrisk vård inte får rätt eller tillräckliga insatser, vilket är ett problem.

**Nyckelord:** Fokusgruppsintervju, kvalitativ innehållsanalys, psykiatri, rehabilitering, återintagning.

## **Innehåll**

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
<b>Den rättspsykiatriska vårdens historia</b> .....	<b>2</b>
<b>Patienten som vårdas inom rättspsykiatrisk vård</b> .....	<b>2</b>
<b>Reglering av verksamheten</b> .....	<b>3</b>
Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) (HSL).....	3
Lag (SFS 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) .....	3
Tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen.....	4
Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL).....	5
Lag (SFS 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	5
<b>Att vårda patienten inom rättspsykiatrisk vård.</b> .....	<b>5</b>
Omvårdnad.....	6
Psykologisk behandling .....	8
Rehabilitering.....	8
<b>Problemformulering</b> .....	<b>9</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>9</b>
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
<b>Urval</b> .....	<b>10</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>11</b>
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>11</b>
<b>Analys</b> .....	<b>11</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
<b>Samsjuklighet</b> .....	<b>13</b>
Rätt psykiatrisk diagnos.....	13

Samtidigt missbruk.....	14
Följsamhet i medicinering.....	14
<b>Hur grundläggande behov tillgodoses .....</b>	<b>15</b>
Socialt nätverk.....	15
Sysselsättning.....	15
Tryggt boende.....	16
Patientens ekonomi .....	16
<b>Samverkan runt patienten .....</b>	<b>18</b>
Se patientens behov.....	18
Tydlig planering .....	18
Kunskap och motivation .....	19
Otydlig ansvarsfördelning.....	20
Samverkan inför permission.....	20
Kontaktmannaskap.....	21
Uppföljning i öppenvård .....	22
<b>Diskussion.....</b>	<b>23</b>
<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>23</b>
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>24</b>
<b>Samsjuklighet .....</b>	<b>24</b>
Rätt psykiatrisk diagnos .....	24
Samtidigt missbruk .....	25
Följsamhet i medicinering .....	25
<b>Hur grundläggande behov tillgodoses .....</b>	<b>25</b>
Socialt nätverk .....	25
Sysselsättning.....	26
Tryggt boende.....	26
Patientens ekonomi .....	27
<b>Samverkan runt patienten .....</b>	<b>27</b>
Se patientens behov .....	27
Tydlig planering .....	28
Kunskap och motivation .....	28
Otydlig ansvarsfördelning .....	29
Samverkan inför permission .....	29
Kontaktmannaskap .....	30
Uppföljning i öppenvård.....	30
<b>Konklusion.....</b>	<b>31</b>
<b>Förslag till fortsatt forskning .....</b>	<b>31</b>

<b>REFERENSER .....</b>	<b>31</b>
-------------------------	-----------

**BILAGA I**

**BILAGA II**

**BILAGA III**

# Inledning

Rättspsykiatrisk vård innefattar både slutenvård och öppen vård. Utslussning till öppnare vårdformer är ett led i rehabiliteringen. I september 2008 kom en ny vårdform som innebär att patienterna efter Länsrättsbeslut skrivs ut till ”öppen rättspsykiatrisk vård” efter slutenvårdstiden. Öppen rättspsykiatrisk vård ges med särskilda villkor som ska följas av patienten, annars sker återintagning till slutenvården. Tidigare hade patienterna under utslussningen så kallad permission, vilken kunde pågå under flera år. Vi kommer genomgående i detta arbete benämna öppen rättspsykiatrisk vård som permission.

Enligt uppgifter från brottsförebyggande rådet (BRÅ) dömdes under 2008 totalt 298 personer till rättspsykiatrisk vård i Sverige, varav 37 i Västra Götaland (Brottsförebyggande rådet, 2009a,b). Under en dag i maj 2008 gjordes en nationell inventering av alla som tvångsvårdades enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), med eller utan särskild utskrivningsprövning. Denna dag vårdades 1 463 patienter (Socialstyrelsen, 2008). Av dessa var 595 på permission varav 34 % permitterade till eget ordinärt boende, 5 % till boende hos närstående, 26 % till gruppboende, 13 % till Hem för vård och boende (HVB), 21 % till behandlingshem och 1 % till övriga boenden (tex LRV-boende eller utslussningslägenhet) (Socialstyrelsen, 2009a).

I promemorian ”Öppenvård med särskilda villkor” (Nationell psykiatrisamordning, 2006) gjordes en bedömning av hur permissioner inom den psykiatriska tvångsvården hanterats. En slutsats var att det behövdes ett mer flexibelt utslussnings- och permissionssystem. Patienter som vårdas enligt LRV har ofta psykiska störningar i kombination med drog – och/eller alkoholberoende. Detta innebär att rehabiliteringsprocessen kan bli långvarig och kräver en flerårig uppföljning inom öppenvård, innan utskrivning kan ske. Ett antal patienter vårdas längre tid än nödvändigt på institution eftersom utslussningen ofta inte anpassas efter patienternas egna förutsättningar. Detta resulterar i återintagning av vissa patienter, vilket ibland sker upprepade gånger efter att patienterna gjort flera misslyckade försök att klara av sitt liv utanför institution. De patienter som har behov av livslång behandling drabbas särskilt (Nationell psykiatrisamordning, 2006).

Att förebygga återfall är en viktig del i vården. Det måste finnas kontinuitet i vårdinsatserna både vid, men också efter utskrivningen. När det gäller att förebygga återfall i brott och/eller psykisk ohälsa är det av stor betydelse att se till att personen är drogfri. Det borde vara självklart att den som skrivs ut från rättspsykiatrisk slutenvård har god kontakt med psykiatrisk öppenvård, har goda sociala förhållanden med bostad, får stöd i vardagen och har sysselsättning, men detta fungerar av olika skäl inte alltid (SOU, 2006:100).

Ett antal av de patienter som har permission återintar emellanåt till slutenvården. Orsakerna kan vara att det inte fungerar i eget eller särskilt boende. Resultatet blir i första hand att patienten misslyckas med det som han hoppats på vid utskrivningen från slutenvården, men detta innebär även ett misslyckande för övriga inblandade. Vår erfarenhet som sjuksköterskor på en rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning är att vissa patienter får återkallade permissioner gång på gång, medan andra patienter klarar sin permission bra. Vi undrar vad det är som har betydelse för om en permission lyckas eller ej. Hur ser olika berörda personalgrupper på vad som har betydelse för om en patient som vårdas enligt LRV lyckas eller misslyckas med sin permission?

# Bakgrund

## Den rättspsykiatriska vårdens historia

Vid 1900-talets början var det stor skillnad på behandling av patienter som straffriförklarats. Patienter, som på grund av sjukdom inte har kunnat hållas ansvariga för sitt handlande då de varit oförmögna att styra eller förstå följderna av sitt agerande kunde inte straffas. Behandlingen skilde sig påtagligt mellan länen. I vissa län placerades patienterna i fängelse under tiden de väntade på en plats på hospital eller en plats på "asylen". Ett hospital var ett sjukhus för de patienter som ansågs botbara medan en plats på asylens var för de patienter som ansågs ej botbara. I andra län kunde de få vänta i hemmet eller på något av kommunens fattighus i väntan på hospital plats, vilket kunde ta tid. Medicinalstyrelsen föreslog därför inrättandet av två specialavdelningar för "svårbehandlade, manliga kriminalpatienter", med hela riket som upptagningsområde. År 1906 stod 50 vårdplatser redo på Sankt Sigfrids sjukhus i Växjö, vilka emellertid snabbt blev fullbelagda. Det skulle sedan dröja nästan 40 år innan nästa specialavdelning stod klar, nämligen Sidsjöns sjukhus i Sundsvall (Lidberg & Wiklund, 2004).

I mitten av 1900-talet föreslogs en stor utbyggnad med 725 vårdplatser, 100 av dessa för kvinnor, fördelade på sju sjukhus. Kvinnor och män skulle vårdas var för sig. Endast ett sjukhus uppfördes för "rehabiliteringsbara yngre psykopater" nämligen Karsuddens sjukhus i Katrineholm. Först 1982 inrättades också en enhet för kvinnor på Karsuddens sjukhus (Lidberg & Wiklund, 2004).

Under 1900-talet vårdades många personer under tvång i Sverige. I de områden där det fanns mentalsjukhus var andelen högre. Då användningen av psykofarmaka slog igenom på 1950-talet, medförde det kortare vårdtider och ökad omsättning av patienter. En internationell trend stödde också alternativa psykiatriska vårdformer, främst öppenvård (Lidberg & Wiklund, 2004).

Först 1959 gjordes ett tillägg i sinnessjuklagen från 1929, vilket möjliggjorde frivillig vård på sinnessjukhus. År 1967 ersattes 1929 års sinnessjuklag med en ny lag. Målet med lagen var att vården för de psykiskt sjuka skulle regleras på samma sätt som vården av kroppsligt sjuka. För att kunna tvångsvårda patienter antogs lagen om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). År 1992 ersattes LSPV med lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) (Lidberg & Wiklund, 2004). Målet med dessa lagar var att stärka rättssäkerheten för patienterna, begränsa användandet av tvångsvård och tvångsåtgärder samt stärka samhällsskyddet (Socialstyrelsen, 1991).

## Patienten som vårdas inom rättspsykiatrisk vård

Sedan år 2005 har det skett en kontinuerlig minskning av antalet personer som överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Vårdtiderna har dock blivit längre vilket har lett till att antalet personer som är inskrivna inom den rättspsykiatriska vården ökat (Socialstyrelsen, 2009a).

Andelen män som vårdas inom rättspsykiatrisk vård är större än andelen kvinnor. Kvinnorna utgör cirka 14 % av de inlagda patienterna med särskild utskrivningsprövning. Åldersgruppen 35-44 år dominerar för både män och kvinnor. Sammantaget är de flesta



patienterna inom åldersgruppen 25-54 år. Siffrorna gäller för inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning (Socialstyrelsen, 2009a).

Av de slutenvårdspatienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning är 70 % födda i Sverige, 17 % är födda utanför Europa, 8 % är födda i annat Europeiskt land och 5 % är födda i annat land i Norden (Socialstyrelsen, 2009a).

Den vanligaste huvuddiagnosen bland inneliggande patienter med särskild utskrivningsprövning är schizofreni (56 %). Därefter kommer personlighetsstörning inklusive beteendestörning (14 %) och beteendestörningar i utvecklingen (14 %). Personer med huvuddiagnosen missbruk utgör endast fem procent av de inneliggande patienterna och missbruk utgör därmed som första diagnos en relativt liten andel. Missbruk betraktas i allmänhet inte som en huvuddiagnos om det inte är en dominerande behandlingsorsak, men tillsammans med andra psykiatriska huvuddiagnoser komplicerar missbruk behandlingsbilden avsevärt. Cirka 38 % av de inneliggande patienterna med särskild utskrivningsprövning bedöms ha någon form av missbruksproblematik (Socialstyrelsen, 2009a).

De vanligaste brotten de rättspsykiatriska patienterna dömdes för år 2008 var misshandel, våld eller hot mot tjänsteman, mordbrand, olaga hot, rån och stöld (Brottsförebyggande rådet, 2009a).

Enligt Socialstyrelsen (2009a) är andelen allvarliga våldsbrott som mord, dråp, vållande till annans död eller mordbrand, stabil och ökar inte.

## **Reglering av verksamheten**

De lagar som reglerar den rättspsykiatriska vården är Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Socialtjänstlagen (SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) reglerar kommunalt stöd under permission.

### **Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) (HSL)**

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är grunden för all hälso- och sjukvård som bedrivs. Här beskrivs målsättningen för hälso- och sjukvården, såsom att vården ska ske på lika villkor och med målet en god hälsa för alla invånare samt att den enskilda människans värdighet ska respekteras. Vidare beskrivs vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården, att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården skall bygga på patientens självbestämmande och integritet och alltid utgå från individen samt så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Om någon vänder sig till hälso- och sjukvården skall denne kunna få ett medicinskt utlåtande om sitt hälsotillstånd. I hälso- och sjukvårdslagen anges också landstingets och kommunens olika ansvarsområden (SFS 1982:763).

### **Lag (SFS 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)**

En person kan bli dömd till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning (SUP), som brottspåföljd. Personen har då bedömts lida av allvarlig psykisk störning efter att ha genomgått en §7-undersökning som är en "liten sinnesundersökning" vilken syftar till att bedöma om det bör göras en större rättspsykiatrisk undersökning (RPU). I vissa fall kan det räcka med en §7-undersökning. RPU är ett redskap som används för att ta reda på om brottet

har begåtts under påverkan av allvarlig psykisk störning och om personen vid undersökningstillfället lider av en allvarlig psykisk störning och därför behöver psykiatrisk vård. Risken för återfall i brott av allvarlig art bedöms också. Vid särskild utskrivningsprövning beslutar allmän förvaltningsdomstol (länsrätt) om frigång, permission, överföring till öppen rättspsykiatrisk vård och om vårdens upphörande. Vid rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning beslutar chefsöverläkaren om frigång och permission medan länsrätten beslutar om överföring till öppen rättspsykiatrisk vård. Ny prövning av den rättspsykiatriska vården sker första gången efter fyra månader, därefter var 6:e månad. Det är chefsöverläkaren som ansöker till länsrätten. (SFS 1991:1129).

### **Tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen**

Enligt Fröberg (2008) kan patienten ges tillstånd av chefsöverläkaren eller annan delegerad psykiater att vistas utanför sjukvårdsinrättningen (permission) viss tid. För patienter, som dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, är det länsrätten som beviljar permission enligt 10 § LRV. Permission kan medges för visst tillfälle eller för några återkommande tillfällen. Den 1 september 2008 trädde en ny lag i kraft, som ingår i LRV lagen. Den benämns Lagen om öppen rättspsykiatrisk vård (SFS 2008:416). Denna ändring i lagen kom till för att underlätta vården och omsorgen för de rättspsykiatriska patienterna som inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna på en sjukvårdsavdelning (Socialstyrelsen, 2009b). Innan denna lag trädde i kraft kunde permission ges för en längre period om permissionen syftade till att förbereda till att den rättspsykiatriska vården skulle upphöra och fick endast ges om det var dokumenterat i vårdplanen. Det fanns då möjlighet att kombinera permissionen med särskilda villkor, exempelvis att patienten skulle ta sin medicin, hålla kontakt med vissa personer eller ha skyldighet att besöka öppenvård eller socialtjänst. Om patienten inte följde de särskilda villkoren kunde permissionen återkallas. För att detta skulle kunna ske skulle kriterierna för fortsatt tvångsvård vara uppfyllda. Chefsöverläkaren, delegerad psykiater eller om det fanns särskilda skäl, kunde annan legitimerad läkare återkalla permissionen (Fröberg, 2008). Permission enligt LRV användes dock under längre tid eller i större utsträckning än som var tänkt och till andra ändamål än att verka som en förberedelse för övergång till frivillig vård. Permissionen skulle endast ha givits för visst tillfälle eller viss tid (SOU, 1998:32).

Lagändringen från den 1 september 2008, innebär bland annat att patienter som vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård kan överföras till vård utanför sjukvårdsinrättningen under vissa förutsättningar. Allmän förvaltningsdomstol (länsrätt) tar beslut om sådan vård efter ansökan från chefsöverläkaren. Den nya vårdformen förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och den ska anpassas till varje patients individuella behov. En samordnad vårdplan ska bifogas ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård. Den samordnade vårdplanen ska bland annat innehålla de insatser patienten behöver från kommunens socialtjänst, landstingets hälso- och sjukvård, vilka insatser som beslutats och vilken enhet som ansvarar för respektive insats (Socialstyrelsen, 2008).

Fröberg (2008) skriver att patienter som ges öppen rättspsykiatrisk vård ska enligt lag föreskrivas villkor för vården. Dessa villkor ska gälla både vid permission och vid vård i den nya vårdformen. Villkoren är ett medel för att ange ramar för patienternas vistelse utanför sjukvårdsinrättningen. En patient som vårdas enligt lagen om öppen rättspsykiatrisk vård kan återintagas om det uppstår svårighet att tillgodose behovet av rättspsykiatrisk vård utanför sjukvårdsinrättningen. Chefsöverläkaren ska lämna in en ansökan om sluten rättspsykiatrisk vård till länsrätten. I vissa fall kan dock chefsöverläkaren själv ta beslut om återintagning av

en patient som vårdas enligt den nya vårdformen och i efterhand ansöka hos länsrätten om återintagning. Det beslutet kan fattas om patientens eller någon annans personliga säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa riskeras.

### **Socialtjänstlag (SFS 2001:453) (SoL)**

Enligt socialtjänstlagen (SoL) är det kommunens ansvar att invånarna får den hjälp och det stöd de behöver. Folkbokföringskommunen har ansvar för bistånd, sociala tjänster och stöd till den som vårdas på sjukhus, sjukhem eller på kriminalvårdsanstalt. Detta ansvar gäller under institutionsvistelsen och i anslutning till att vården ska upphöra. Socialtjänsten ska arbeta för att människor med psykiska funktionshinder och som har svårigheter att få det dagliga livet att fungera ska ges möjlighet att kunna leva som andra och delta i samhällets gemenskap. Socialtjänsten ska hjälpa den enskilde till ett anpassat boende och en meningsfull sysselsättning. Kommunen ansvarar för att det finns bostäder med särskild service för dem som är i behov av det. Socialtjänsten ska samverka med landsting, andra samhällsorgan och organisationer. Kommunen ska upplysa om socialtjänstens verksamhet och hålla sig väl insatt med de kommunala levnadsförhållanden som människor med psykiska funktionshinder lever under. Socialtjänstens personal ska ha lämplig utbildning och erfarenhet och insatserna ska vara av god kvalitet (SFS 2001:453).

### **Lag (SFS 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)**

Lagen (SFS 1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), en rättighetslag som omfattar personer med varaktiga psykiska funktionshinder vilket inte beror på normalt åldrande. Dessa psykiska funktionshinder ska vara av betydande omfattning och förorsaka stora svårigheter i det dagliga livet och kräva ett omfattande behov av service och stöd. Kommunerna ansvarar bland annat för ledsagarservice, kontaktperson och bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad. Kommunen ansvarar även i dessa fall för att personen har någon daglig verksamhet. Den person som är beviljad insats enligt LSS ska försäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara samordnade och varaktiga. Genom att insatserna är behovsanpassade och lättillgängliga ska de möjliggöra en starkt förmåga hos individen att leva ett självständigt liv.

### **Att vårda patienten inom rättspsykiatrisk vård**

De personalgrupper som patienten kan möta under tiden de har öppen- eller sluten rättspsykiatrisk vård är: läkare, psykolog, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, skötare, lärare, specialpedagog, arbetsanpassare, behandlingspedagoger, andlig ledare, biståndsbedömare, instruktörer, dietist, socialsekreterare, stödpersoner och administrativ personal (Strand, Holmberg och Söderberg, 2009).

Många patienter som vårdas enligt LRV får relativt ensidiga insatser. En bra vård bör innehålla en mängd olika insatser för att tillgodose de behov som är relevanta för varje enskild patient. Exempel på insatser som förutom läkemedelsbehandling kan vara aktuella är omvårdnad, psykologisk behandling och rehabilitering. Vården av personer som blivit frihetsberövade på grund av psykisk sjukdom ska ägnas särskild uppmärksamhet och den erbjudna vården ska vara av hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2009a).

Även om vården sker under tvång är alltid strävan att vården ska ske i samråd med patienten i den utsträckning som är möjlig. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är vårdens

mål att ge patienten en god grund för att klara framtida påfrestningar, samt klara av att ha ett så gott liv som möjligt

## **Omvårdnad**

Flertalet patienter som vårdas enligt LRV har växt upp i ett sammanhang där de inte har fått lära sig vad som är viktigt i en mänsklig gemenskap (Sjögren, 2008). De har inte kunskap om vad som är viktigt i kontakten med andra människor. De vet inte vad tillit och trygghet vill säga. De har svårt att veta vem de är och var gränsen mellan andra och dem själva går. Grundläggande för en bra vårdkultur är en god gemenskap. I en god gemenskap ligger till exempel gemensamma upplevelser av olika traditioner eller riter. De kan bestå av julbord eller fredagsfika som patienter och vårdare intar tillsammans. Detta är ett handlingsmönster med flera deltagare som är känt i förväg, men som kan ge utrymme för förändringar från gång till gång. Genom att patienterna deltar, tar ansvar, kan de få nya insikter om sig själva och de ges en möjlighet till reflektion. I en kultur som präglas av trygghet och gemenskap har patienterna och även vårdarna en möjlighet att växa (Sjögren, 2008).

För att patienterna inom den psykiatriska vården ska kunna känna trygghet och tillit är det viktigt med en god vård där reflektion och delaktighet är viktiga komponenter. Kärnan i allt vårdande beskrivs av Eriksson (1987) som att ansa, leka och lära. Vårdandet består av två sidor, den kroppsliga ansningen, och den symboliska leken och lärandet. Ansningen ger kroppslig renlighet och välbehag. Lekandet ger tillfredsställelse och tillit och lärandet resulterar i utveckling. Dessa komponenter påverkar varandra och bildar en helhet. Att vårda är att genom olika former av att ansa, leka och lära, skapa ett tillstånd av tillfredsställelse, tillit, kroppsligt och andligt välbefinnande, samt en känsla av utveckling som bevarar, sätter igång och stödjer hälsoprocesserna. Ansningen är grunden i vårdandet. Närhet, värme och beröring är utmärkande för ansning. Lekandet är ett verktyg för att uppnå hälsa och kan beskrivas i termer som prövning, övning, önskan, lust och skapande. Att lära, leder till en ständig förändring, en utveckling. Målet för lärandet i förhållande till den enskilde individen är självförverkligande. Vårdarens uppgift är att underlätta och möjliggöra lärandet, det gäller att utifrån reflektion kunna avgöra var ansning, lekande och lärande ska börja, att se tecken på vad som förhindrar att hälsa uppnås i förhållande till dessa element (Eriksson, 1987).

Alla som vårdas inom rättspsykiatrisk vård har någon form av psykiskt funktionshinder. Hummelvoll (2006) definierar psykiatrisk omvårdnad som en planerad, omsorgsgivande och psykoterapeutisk verksamhet, som syftar till att styrka patientens egenomsorg och därigenom lösa/minska dennes hälsoproblem. Genom en samarbetande och förpliktande gemenskap försöker man att hjälpa patienten till självrespekt och till att finna egna hållbara livsvärderingar. När patienten inte själv är i stånd att uttrycka egna behov och önskningar, verkar sjukvårdspersonal som omsorgsgivare och som patientens talesman. Utöver den individuella nivån, har sjukvårdspersonalen ett medansvar för att personen får ett liv i ett tillfredsställande socialt sammanhang. På samhällsnivå har sjukvårdspersonalen en uppgift att påpeka och påverka förhållanden som skapar hälsoproblem. Samverkan mellan sjukvårdare och patient inom psykiatrisk vård vilar på nio hörnstenar: Likvärdighet, möte/närvaro, självaktning, ansvar/val, mål/mening/värderingar, skuld/soning, öppenhet/insikt och konformitet gentemot uppror (Hummelvoll, 2006).

Gemensamt för de patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård är förutom det psykiska funktionshindret också att alla har begått ett eller flera brott under påverkan av allvarlig

psykisk störning. Sjögren (2008) skriver att det finns en gemensam värdegrund för rättspsykiatrisk omvårdnad i Sverige. Den lyder som nedan:

*”Att se människan bakom brottet och ha modet att finnas kvar i alla situationer. Detta utgår från mellanmännisklig kärlek, äkthet och ur godhetsprincipen. Att som vårdare se sig själv som ett verktyg i uppbyggandet av vårdrelationen där tid, tillit och trygghet utgör basen, så att patienten ges möjlighet till försoning.” (Sjögren, 2008, s.65).*

Det som är avgörande för att uppleva hälsa enligt Jormfeldt (2006) är att känna sig jämlik, fri och betydelsefull. Psykiatrisk vård har enligt traditionen sett ohälsa och sjukdom som specifika problem för den enskilde patienten utan att ta hänsyn till dennes övriga livssituation. Det är viktigt att visa patienterna respekt, se dem som självständiga personer och på samma gång visa på att det sociala samspelet i vardagen påverkar individernas hälsotillstånd. När det sociala samspelets inverkan inte beaktas i tillräcklig grad i psykiatrisk vård, kan det uppfattas som kränkande, sårande och orättvist av patienterna. För att återhämta sig från psykisk ohälsa krävs att patienterna får möjlighet att återta beslutsrätten och kontrollen över sina liv. Hälsoprocesser, såsom tankar, känslor och handlingar hos individen startas och upprätthålls med hjälp av gemenskap, medbestämmande, delaktighet och möjlighet att påverka samt att ha ett eget värde i ett socialt sammanhang. I samspel med andra tränas förmågan att finna balansen mellan att hävda sin egen individualitet och att anpassa sig till andra. Eriksson (1987) menar att dessa hälsoprocesser sker genom att ansa, leka och lära.

Patienter som vårdas enligt LRV är i behov av att få en förståelse för sin situation för att kunna försonas. De behöver utifrån sin egen synvinkel få möjlighet att berätta sin historia många gånger för en intresserad och lyhörd vårdare. Det är en bra början till delaktighet. Om vårdaren tålmodigt, öppet och lyhört lyssnar till patienten kan också patienten så småningom ta in och smälta sin egen djupt liggande kunskap. En sådan hållning, som är vårdande och lärande kan ge patienten möjlighet att fatta egna välgrundade beslut (Sjögren, 2008; Eriksson, 1987).

Alla patienter bör ha en vardagsstruktur som fungerar, tillgång till aktiviteter eller erbjudas insatser som leder till att patienterna kan delta i sådan verksamhet i ett senare skede. Ett flertal av patienterna inom rättspsykiatrisk vård har problem med alkohol och droger, vilket försvårar patienternas möjlighet till återhämtning och ökar risken att återfalla i brott. De senaste tre åren har missbruksbehandlingen minskat inom rättspsykiatrisk vård. Sjukvårdshuvudmannens uppgift är emellertid att säkerställa att det finns tillräcklig kompetens och resurser för identifiering och behandling av missbruk och att det finns styrdokument och rutiner för samarbete med andra ansvariga inom området (Socialstyrelsen, 2009a).

Mänsklig gemenskap kan aldrig uppnås utan gränser (Sjögren, 2008). Gränssättning är en svår konst som kräver lyhördhet från vårdarnas sida men det innebär inte att allt är tillåtet för patienten i handlandet eller i att tillfredsställa behov. Gränssättningen och en god gemenskap kan möjliggöra för patienterna att få insikt och ta till sig vad de gjort och orka bära att det är de själva som gjort det. Denna process måste få ta tid och kräver många samtal. Patienter som vårdas enligt LRV kan stödjas i att bli det de innerst inne är genom att de tillsammans med vårdarna ges möjlighet att bekänna och ångra det de gjort. Patienterna behöver hjälp av vårdare i olika möten med att visa upp sina brister och tillkortakommanden för att kunna ta till sig de svårigheter och sorger som varit tidigare i livet. Vissa behöver stöd i att se barndomen som den varit, se hur svikna de blivit, se tomheten och längtan efter gemenskap. För att en

utveckling och mognad ska kunna ske måste patienterna ta till sig vilka de är, att de både är människor med ett människovärde men även gärningsmän. När patienterna har känt in och förstått vilka de är just nu kan de börja ett försoningsarbete och påbörja arbetet med att bli de personer som de egentligen vill vara och hitta en ny mening med tillvaron (Sjögren, 2008). Eriksson (1987) menar att tillit och tillfredsställelse kommer genom lekan det samt att lärandet leder till utveckling.

En samordnad vårdplan är ett viktigt instrument för att patienternas inflytande och delaktighet ska säkerställas. En vårdplaneringsprocess hjälper till att fastställa patienternas behov och ger ett underlag till att bedöma vad vården ska ha för innehåll för att det ska bli så bra som möjligt (Socialstyrelsen, 2009a).

## **Psykologisk behandling**

Ett exempel på psykologisk behandling inom rättspsykiatrisk vård är dialektisk beteendeterapi (DBT). Den bygger på beteendeterapeutiska och kognitiva tekniker men också zenbuddistiska strategier för att individen ska acceptera nuet. Målet med DBT är ökad livskvalitet för patienten. Grundantagandet är att patienten saknar färdigheter, eller att han har färdigheter som inte kan användas när han bäst behöver dem. Terapin ska hjälpa patienten att lära sig de färdigheter han behöver kunna och hjälpa honom att använda dessa i sitt dagliga liv. Behandlingen innehåller bland annat färdighetsträning i grupp och individualterapi. Det finns DBT-program både för inläggande patienter och för behandling polikliniskt. Vanligast är att behandlingen sker polikliniskt hos en terapeut. Terapins fokus är patientens svårigheter att reglera känslor och de problem som det medför, både för patienten själv och i relationer med andra. Terapin är speciellt utformad för att vara till nytta vid borderline personlighetsstörning och det är även på denna grupp som metoden utvärderats. DBT har modifierats för att även passa andra diagnostiska kategorier (Nilsson, 2000).

## **Rehabilitering**

För att möjliggöra en bra rehabiliteringsprocess och uppfylla målet att patienten ska kunna skrivas ut, är kontaktmannaskap viktigt. Kontaktmannen är en del av teamet runt patienten och träffar denne i vardagen redan på avdelningen. Kontaktmannens uppgift är att använda sin förmåga och sig själv som verktyg för att lära känna patienten. Denne får då en möjlighet till en referenspunkt både på avdelningen men också ett stöd i att anpassa sig till ett liv utanför institutionen. Genom kontaktmannen får patienten bekräftelse samt trygghet att pröva sina gränser. I den nära relationen, kan kontaktmannen få en unik förståelse genom att lyssna på patienten och tidigt kunna se positiva och negativa förändringar. Som kontaktsman är det viktigt att kunna vara personlig med sin patient, detta betyder inte att man ska ha en privat relation med honom. Det är en viktig skillnad (Crafoord, 1991).

I Västra Götaland finns team för stöd till psykiskt störda lagöverträdare, så kallade PSL-team som utgår från den rättspsykiatriska verksamheten. Teamets uppgift är att vara en länk mellan rättspsykiatrisk vård och den öppna psykiatriska vården. PSL-teamets uppgift är att leda den utskrivne och förmedla nödvändiga kontakter, hålla ihop nätverket kring patienten som är på permission samt medverka till att patienten själv inser vikten av att behålla behandlingskontakten. PSL-teamets kontakt med patienten börjar när denne fortfarande är på avdelningen. Detta sker i god tid före planerad permission för att successivt bygga upp en relation och ett förtroende med patienten. I utskrivningsskedet inför en permission finns PSL-teamet med och etablerar kontakt med patientens hemkommun. Det finns en betydande

skepsis inom den allmänna öppna psykiatriska vården mot de patienter som vårdats inom rättspsykiatri. En erfarenhet är att PSL-teamets närvaro tycks medföra att kommuner och andra aktörer tagit ett större ansvar för dessa patienter, kanske genom att de vågar mer när PSL-teamet finns som stöd (SOU 2006:91).

## **Problemformulering**

Ett antal av de patienter inom rättspsykiatrisk vård som har permission återintar emellanåt till slutenvården, men i vissa fall fungerar permissionerna friktionsfritt. Då permissionerna misslyckas inverkar det negativt på patientens självbild men även på vårdpersonalens självbild. Många olika personalgrupper inom kommunen och landstinget ska samverka runt patienten. Vad är dessa personers erfarenheter av vad som bidrar till om en patient som är på permission lyckas eller misslyckas med sin permission? Kunskap om detta kan vara utgångspunkt för förbättring av utslussningsplaneringen.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att belysa olika berörda personalgruppers syn på och erfarenheter av vad som har betydelse för om en patient som vårdas enligt LRV lyckas eller misslyckas med sin permission.

## **Metod**

Vi har valt att utgå från en kvalitativ ansats. Med hjälp av fokusgruppsintervjuer ville vi fånga deltagarnas syn på och erfarenheter av ett speciellt tema. Kvale (2008) och Wibeck (2000) beskriver den kvalitativa intervjun som en speciellt kraftfull och känslig metod för att samla in erfarenheter och innebörder av intervjudeltagarnas vardagsvärld. Fokusgruppsintervjuns syfte är att beskriva handlingsförlopp och specifika situationer ur deltagarnas omgivning. De får möjlighet att förmedla åsikter och erfarenheter till andra med egna ord och ur eget perspektiv. Det kan också vara ett sätt att se vad gruppen har för gemensam syn på ämnet eller där deras åsikter går isär. Den som intervjuar registrerar och tolkar det som sägs och på vilket sätt det sägs. Det är också av betydelse att tolka mimik, tonfall och andra kroppsuttryck.

Vi har vänt oss till olika personalkategorier som har erfarenhet av att arbeta med patienter som vårdas enligt LRV. Metoden som beskrivs av Wibeck (2000) används bland annat för att studera gruppmedlemmarnas åsikter, uppfattningar, tankar och erfarenheter kring ett specifikt ämne, vilket stämmer med vårt syfte med studien. Fokusgrupper är en forskningsteknik, där data erhålls från en grupp individer som diskuterar fritt kring ett ämne som forskaren har bestämt. Antal grupper till studien styrs av tid- och resurstillgången och även komplexiteten av det fenomen som man studerar. Mycket talar för att gruppen inte bör vara för stor. Vid gruppsamtal inom socialt arbete kan en utgångspunkt vara att deltagarna skall kunna ha ögonkontakt med varandra. Antalet personer bör inte vara färre än fyra och inte mer än sex. Vid fler deltagare är det inte säkert att alla kommer till tals. Vid mindre grupper är det lättare att ge och få feedback. Deltagarna till studien sätts samman utifrån studiens syfte för att få ökad insikt och förståelse för vad ett mindre antal individer har att säga om en viss fråga. Rekrytering av deltagare bör ske med personlig kontakt per telefon och brev. Det är viktigt att det är en lämplig blandning av individer i gruppen för att den ska fungera så bra som möjligt (Wibeck, 2000).

Samtalsledaren, den så kallade moderatorn, har som uppgift att starta diskussionen och introducera nya infallsvinklar av ämnet i den mån som det behövs. Moderatorn ska vara beredd att gå in och styra upp diskussionen om gruppen kommer ifrån ämnet. Ibland kan gruppmedlemmarna vara tysta så de behöver hjälp av moderatorn att föra nya ämnesaspekter på tal. En frågeguide där breda problemområden har identifierats på förhand kan vara bra att ha. Moderatorn kan också stötta så alla får komma till tals om ämnet (Wibeck, 2000).

## Urval

Under november och december 2008 skickade vi ett informationsbrev om studien till berörda chefer inom slutenvård, öppenvård och kommuner. I brevet informerades både om studien och en fråga ställdes om någon eller några ur personalen fick tillstånd att delta (bilaga I). När vi hade fått skriftligt svar, skickades förfrågan med information till personer som ansågs lämpliga som intervjudeltagare (bilaga II). De flesta av dessa valdes ut av oss själva, då vi hade kännedom om personer som arbetar i nätverket runt patienten. Några deltagare blev också föreslagna som lämpliga för ändamålet av sina chefer. De intervjudeltagare som tackat ja till att delta kontaktades cirka en vecka efter att breven skickats ut för att boka tid för intervjun. Alla som tillfrågades om deltagande i undersökningen samtyckte till att delta.

Två fokusgruppsintervjuer genomfördes i två kommuner. Intervjudeltagarna arbetar inom kommun, öppenvård och slutenvård. Det var sex intervjupersoner i varje fokusgrupp, hälften män och hälften kvinnor, i åldrarna 30-60 år. Personerna som intervjuades hade olika bakgrund, utbildning och erfarenhet. Antal år inom yrket varierade. Yrkeskategorier som deltog i grupperna var sjuksköterskor, skötare, kuratorer, socialsekreterare och enhetschef. Se tabell 1 och tabell 2. Vi har haft möjlighet att påverka fördelningen av respektive yrkeskategori så att de flesta yrkesgrupper som möter patienterna vid permissionsplanering och permission, var representerade. Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten i resultatet ökar om man väljer deltagare med olika erfarenheter av det man vill studera, då deltagarna har olika perspektiv på ämnet. Olika ålder och kön på deltagarna är också en styrka.

**Tabell 1. Fokusgrupp 1**

Kvinna/Man	Yrke	Arbetsplats
Man	Sjuksköterska	Öppenvård- PSL
Man	Sjuksköterska	Slutenvård- Vårdavdelning
Man	Kurator	Slutenvård
Kvinna	Sjuksköterska	Öppenvård- PSL
Kvinna	Enhetschef	Kommun
Kvinna	Sjuksköterska	Slutenvård- Vårdavdelning

**Tabell 2. Fokusgrupp 2**

Kvinna/Man	Yrke	Arbetsplats
Man	Sjuksköterska	Kommun- Boende
Man	Socialsekreterare	Kommun
Man	Socialsekreterare	Kommun
Kvinna	Skötare	Kommun- Boende
Kvinna	Kurator	Öppenvård- PSL
Kvinna	Sjuksköterska	Kommun- Boende



## **Datainsamling**

Intervjuerna genomfördes i konferensrum i lugn miljö utan några störande moment på två av arbetsplatserna i respektive kommuner. Båda författarna deltog vid båda intervjuerna. En fungerade som moderator och den andra som observatör och sekreterare. En intervjuguide hade utarbetats inför intervjun. Samma frågor ställdes till båda fokusgrupperna (bilaga III). Båda intervjuerna tog ungefär lika lång tid att genomföra, cirka en timma. Deltagarna var mycket intresserade av ämnet och alla kom till tals. Det framkom många olika synpunkter och erfarenheter. Det gav ett omfattande resultat. Deltagarna sade efteråt att det kändes bra att få diskutera ämnet under ganska avspända former. Intervjuerna bandades och båda författarna transkriberade sedan materialet ordagrant var för sig. Textmassan jämfördes och sammanställdes i ett gemensamt Word-dokument för en bra överskådlighet.

## **Etiska överväganden**

Studien har guidats av forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Dessa är informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2002).

Alla intervjudeltagarna hade fått tillstånd av sina chefer att delta i studien på arbetstid. Cheferna godkände detta skriftligt på svarstalongen i informationsbrevet. I nästa steg skickades förfrågan om deltagande och information till de tilltänkta deltagarna via brev. Även de svarade skriftligt, men blev också kontaktade per telefon för bokning av tid för intervjuerna. Intervjun inleddes med att deltagarna återigen fick muntlig information om att deras medverkan var frivillig, att de när som helst kunde avbryta intervjun och att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Intervjudeltagarna fick även tid till att ställa frågor före intervjun påbörjades.

Wibeck (2000) menar att det är omöjligt att utlova total anonymitet, men konfidentialitet är möjligt att uppnå genom att alla deltagare avidentifieras i materialet, att alla uppgifter som kan avslöja identiteten tas bort och att intervjumaterialet förvaras på en säker plats, vilket har följts i denna studie.

## **Analys**

Metoden som valts för att analysera insamlade data är kvalitativ innehållsanalys. Den fokuserar på ämne och sammanhang med betoning på skillnader och likheter i ett textinnehåll. Dessa likheter och skillnader uttrycks sedan i tema och subteman (Graneheim & Lundman, 2004).

Med Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod som grund har materialet analyserats systematiskt på en manifest nivå. Det manifesta är vad texten säger, utan någon tolkning. För att få en helhetsbild av texten lästes den flera gånger. Meningsbärande enheter identifierades och textmassan kondenserades, vilket betyder att texten koncentrerades utan att betydelsen i texten togs bort. Författarna har gjort varje steg var för sig och sedan jämfört och diskuterat de olika delarna och kommit fram till ett gemensamt resultat. Av det kondenserade materialet gjordes en sammanfattande beskrivning, som sedan sorterades under en mängd olika preliminära subteman. Slutligen kom vi fram till fjorton subteman vilka grupperades under tre teman. Exempel på analysen redovisas i Tabell 3.

**Tabell 3. Exempel från analysprocessen**

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Sammanfattande beskrivning</b>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
Att få dom motiverade att ta sin medicin, att det är bra för dom å, för får man det så, så kommer de ju klara sig bättre ute än att dom avbryter behandlingen så fort dom slipper tvånget.	Patienter som är motiverade att ta sin medicin, klarar sig bättre.	Insikt och motivation minskar risken att patienten avbryter sin medicinering.	Följsamhet i medicinering.	Samsjuklighet
Jag tror att klienterna skulle gynnas om man hade mindre boenden med olika anpassade, efter personer med olika behov. För alla har ju uppenbarligen inte samma behov och det går ju som sagt inte att alla bara ska ligga på samma nivå. Om ni förstår.	Bra med mindre boenden som anpassas efter individernas olika behov.	Individuella behov ska avgöra boendeform.	Tryggt boende	Hur grundläggande behov möts
Instämmer precis i det du säger, tycker att man ska skapa en allians ett förtroende med den här patienten. Det är en förutsättning för att det ska lyckas då betyder kontaktpersonen mycket. Instämmer helt i det du säger.	Viktigt att skapa en allians. Kontaktpersonen betyder mycket.	Kontaktpersonen är en viktig grund i vårdarbetet.	Kontaktmannaskap	Samverkan runt patienten

## Resultat

Analysen av fokusgruppsintervjuerna ledde fram till tre teman som inverkar på möjligheten att lyckas eller misslyckas med permissionen. Dessa var, Samsjuklighet, Hur grundläggande behov möts, samt Samverkan runt patienten. Under varje tema framkom olika antal subteman, vilka visas i en översikt. Tabell 4.

**Tabell 4. Översikt över teman och subteman**

<b>Temat</b>	<b>Subtema</b>
Samsjuklighet	Rätt psykiatrisk diagnos Samtidigt missbruk Följsamhet i medicinering
Hur grundläggande behov tillgodoses	Socialt nätverk Sysselsättning Tryggt boende Patientens ekonomi
Samverkan runt patienten	Se patientens behov Tydlig planering Kunskap och motivation Otydlig ansvarsfördelning Samverkan inför permission Kontaktmannaskap Uppföljning i öppenvård

## **Samsjuklighet**

Det som hade betydelse för om permissionen lyckades under detta tema var Rätt psykiatrisk diagnos, Samtidigt missbruk och Följsamhet till medicineringen.

## **Rätt psykiatrisk diagnos**

En av möjligheterna för om en permission skulle lyckas var att patienten fått en korrekt psykiatrisk diagnos tidigt i vårdprocessen. Utifrån diagnosen kunde då lämplig behandling sättas in för just den enskilde patienten och hans problem och förutsättningar. Det ansågs vara av stor vikt att patienten informerades om innebörden i sin diagnos och att tillfälle gavs till frågor och diskussion. Att de personalkategorier som fanns runt patienten hade god kännedom om patientens diagnos och problematik ansågs också vara angeläget för att de skulle ha möjlighet att stötta och hjälpa.

Patienter med kombinerad psykisk sjukdom och förståndshandikapp som vårdades på rättspsykiatriska slutenvårdsavdelningar beskrevs ha begränsade möjligheter att förstå sin sjukdom. Därmed nåddes inte målet för rättspsykiatrisk vård, att få insikt i att de har begått brottsliga gärningar. Dessa patienter hade istället behov av omfattande kommunala resurser med mycket stöd och omsorg. I intervjuerna framkom åsikter om att det brister i de kommunala insatserna för dessa patienter.

*”Men det ser jag som en stor komplikation, och det är när dom samtidigt har en psykisk sjukdom kopplat till utvecklingsstörning, det är ju fruktansvärt egentligen. Dom förstår inte vidden av detta... risken är ju att den här personen fortsätter då han inte har kapaciteten att förstå det han gör. Och det är ju inga mediciner eller något annat som kan dämpa detta då utan... då kan jag tycka så här att det brister i kommunorganisationen.” (1)*

## Samtidigt missbruk

Om patienterna hade både psykisk sjukdom och missbruk, innebar det mer komplexa problem och svårare att lyckas med permissionen. De patienter som fått möjlighet till omfattande insatser för missbruk i slutenvården ansågs ha större chans att lyckas med permissionen.

Vid återfall i missbruk måste åtgärderna individualiseras. I vissa fall beskrevs det som en fördel med en snabb återintagning för att patienten skulle förstå att de villkor som skrivits i permissionsplaneringen gällde. Patienten fick sig då en tankeställare och kunde agera annorlunda nästa gång. I detta fall var misslyckandet positivt och kunde vara starten till något bra. I andra fall ansågs det orealistiskt med nolltolerans och det kunde då vara klokt att avvakta med återintagning.

*”Sen kanske man inte ska ha uppfattningen om nolltolerans så att skriver man ut en patient, alla missbrukare kommer ju till andra missbrukare och man kan ju inte räkna med att man blir helt drogfri på en gång så jag menar att, om man tar sig ett återfall så kanske inte det betyder att han ska bli återtagen utan en viss tolerans kanske man måste ha.” (2)*

De patienter som slutat missbruka hade behov av missbruksfria boenden för att inte hela tiden konfronteras med andra missbrukare. Hinder som framkom var att det i dagsläget finns ytterst få missbruksfria boenden att erbjuda från kommunernas sida och de som finns föreslås inte till patienter som lämnat missbruket bakom sig. Det ansågs finnas en rädsla att föreslå ett missbruksfritt boende till en före detta missbrukare. Denne kunde ju få ett återfall, bli stökig och orsaka oro hos andra på boendet.

Intervjudeltagarna ansåg också att det är stora brister i missbruksbehandlingen inom slutenvården. Detta medförde svårigheter att lyckas med permissionen i hemkommunen. Missbruket beskrevs som en vanlig orsak till återintagning och som ett problem som patienten behövde stöd och hjälp att bli fri från. Många patienter med missbruksproblematik fick emellertid inte behandling för sitt missbruk under tiden de vistades på vårdavdelning. Patienter som kom åter till boendet i hemkommunen efter en period av återintagning till slutenvården på grund av missbruk, upplevdes ibland vara sämre än när de återintogs.

*”För vad jag upplever när vi får tillbaka våra på permissioner... så ofta är dom inte bättre, utan dom är sämre när dom kommer från slutenvården å kommer ut till oss på permission. Då kunde man ju önska att när dom är i slutenvård att dom ska få någon slags vård... eller vi säger typ behandling för sitt missbruk eftersom missbruket ofta är en anledning till att dom återintogs i slutenvården. Att dom ska få behandling för det. (3)*

## Följsamhet i medicinering

En förutsättning för att permissionen skulle fungera var att patienten tog sin medicin enligt läkares ordination. Patienten skulle informeras och få en medvetenhet om varför medicinen ordinerats och att det krävdes en lång, kanske livslång behandling. Det beskrevs som viktigt att patienten fick information om vad som kunde hända om han inte följde ordinationen, utan slutade att ta medicinen. I patienternas permissionsvillkor står ofta att läkemedelsordinationen ska följas, annars sker återintagning till slutenvården.

*”Jag tror det är viktigt för att det ska fungera ute sen också, det här med medicinering, alltså att redan tidigt berätta för patienten att du har en psykisk sjukdom och kommer kanske att få ta mediciner resten av livet, och förbereda dom under lång tid så dom inte bara avbryter när dom kommer ut, för nu är det ju under tvång.” (2)*

## **Hur grundläggande behov tillgodoses**

Detta tema beskriver vilka behov som behövde tillgodoses för att patienterna skulle lyckas med permissionen genom Socialt nätverk, Sysselsättning, Tryggt boende och Patientens ekonomi.

### **Socialt nätverk**

Ett bra socialt nätverk beskrevs göra stor skillnad för patientens möjlighet att lyckas med sin permission. En patient, som har familj som ger stöd och är engagerad, beskrevs ha bättre förutsättningar att klara sin permission. För att närstående skulle ha möjlighet att vara ett stöd och engagera sig på ett bra sätt ansågs det viktigt att de fick information om patientens psykiska diagnos och vad den kunde innebära i det dagliga livet. Närstående behövde också känna till och kunna uppmärksamma tidiga tecken på försämring hos patienten.

Många patienter inom rättspsykiatrisk vård isolerar sig under vårdtiden. Det ansågs viktigt att de fick hjälp att bryta isoleringen. Patienterna behövde ges möjlighet att träna sig i att fungera i sociala sammanhang för att bättre klara vardagen. För att hjälpa dem att bryta isoleringen beskrevs någon dagverksamhet eller sysselsättning vara bra.

*”Ja, men då säger man väl det att... att för deras vård är det här bättre med de här sociala bitarna, att istället för att isolera dom på avdelningen så, det är ju bra att ta ut dom så mycket som möjligt kanske... det är bra för behandlingen.” (2)*

Det beskrevs exempel på patienter som inte ville ha någon som helst kontakt med anhöriga eller tidigare vänner. I vissa fall var kontakten bruten från båda håll. Anhöriga och vänner ville inte alltid ha någon relation med patienten, då det tidigare inte har varit någon positiv kontakt. Det kan vara omöjligt att komma tillrätta med detta problem och att hjälpa patient och närstående att återuppta kontakten.

*” Då kan jag ta som motpol den LRV-patienten jag har. Under dom tre år jag har jobbat, ingen kontakt med anhöriga, inte ett enda besök... ingen kontakt överhuvudtaget. Ingen som besöker henne. Vill inte ha nån kontakt med sin dotter... vill inte. Isolerar sig... bortglömd.” (1)*

### **Sysselsättning**

Det angavs också viktigt att patienten ingick i någon form av sysselsättning vilket skapade rutiner och gav struktur till vardagslivet. Den som deltog i en verksamhet blev sedd, hade någon att prata med, någon som frågade hur han mådde. Där fanns personal som kunde uppmärksamma om patientens mående eller tillvaro förändrades till det sämre. Sysselsättningen bör vara individuellt anpassad efter den enskilde patientens förmåga.

*”Å där har du också ögon som ser om patienten börjar må sämre...” (4)*

Hinder som framkom var att den patient som vårdades enligt lagen om rättspsykiatrisk vård var lågt prioriterad. Brist på anpassad sysselsättning ledde till inaktivitet och tristess, det var då lätt för patienten att återfalla i gamla vanor. Det ansågs att det fanns få sysselsättningar som var anpassade efter missbrukares behov. De som missbrukat blev ofta avstängda under en längre tid från sysselsättningen efter att ha lämnat ett positivt drogtest. Det meningsfulla i vardagen försvann för patienten och resultatet kunde bli att drogmissbruket fortsatte.

*”Alltså det finns ju ingenting, om dom har ett återfall så stängs dom ju av om dom nu har blivit erbjuden en placering och det här kan ju också få förödande konsekvenser. För jag menar, har man byggt upp någonting och så kanske patienten har ett återfall och han blir avstängd från en sysselsättning. Då är det lättare att dom återfaller också helt och hållet.”* (5)

## **Tryggt boende**

En viktig förutsättning som beskrevs för att patienten skulle klara sin permission, var att han kände sig trygg i sitt boende. På ett boende har patienterna olika funktionsnivå och behov, vilket kräver olika grader av struktur och regler. Mindre boenden, som anpassats efter individuella behov och förutsättningar, är en fördel. Det kunde vara positivt för patienter med missbruksproblematik att bo i missbruksfria boenden och därigenom få en chans och ett förtroende till en ny start.

En stor fördel med boenden med personal dygnet runt som beskrevs var att det alltid fanns någon att vända sig till. Det var en trygghet att alltid ha någon att prata med om det behövdes.

*”Det är stor skillnad på att vistas på institution och sedan komma ut. Sedan att komma till ett boende eller dom kommer till egen lägenhet med något stöd där är klivet ganska stort att komma ut i samhället så att de behöver mycket stöd”* (3)

Det framkom att, om permissionen skulle lyckas eller inte berodde mycket på boendemiljön, och vilken sorts boende patienterna placerats på. Ett hinder var att kommunerna hade svårt att hitta väl anpassade boenden till de patienter som vårdades enligt lagen om rättspsykiatrisk vård. Ofta erbjöds ett boende utan att tillräcklig hänsyn hade tagits till patienternas behov. Boenden med många platser kunde ha svårt att tillgodose individens behov fullt ut. Det ansågs att det måste finnas gemensamma ramar för alla för att det skulle fungera. Det innebar att det inte fanns så mycket flexibilitet som var önskvärt och det saknades ofta resurser. Det framkom att placering av patienter i boenden där det med säkerhet inte skulle fungera, är samma sak som att de tilläts att misslyckas. De behövde istället en positiv start på sin permission och där ingick ett boende anpassat efter individuella behov.

*”... kommer dom tillbaka till ett hus med 14 andra missbrukare så är det jättesvårt, även om dom varit iväg ett halvår och blivit fri från sitt missbruk, då så kommer dom tillbaka till detta hus så återfaller dom jättefort, det skulle finnas mycket mer resurser till dom då när dom kommer därifrån...eller att dom kommer till ett annat boende.”* (6)

## **Patientens ekonomi**

Ett annat behov som framkom var att få ordning på ekonomin. Många av de patienter som vårdades inom rättspsykiatrisk vård hade stora ekonomiska problem. Det kunde vara gamla hyresskulder, skadestånd till brottsoffer eller vårdräkningar. Möjlighet att få hjälp och stöd

med ekonomin som beskrevs var, förmedling från kommunen, god man, förvaltare och skuldsanering.

Under slutenvårdstiden beskrevs att patienterna ofta hade mer pengar att röra sig med än under permissionen, då de har mer omkostnader. Det ansågs viktigt att motivera dem att skapa en buffert genom att lägga undan en del av inkomsterna. Patienterna skulle då lära sig leva på den summa de hade kvar varje månad efter att räkningarna betalats och få förståelse för de omkostnader de kommer att ha under permissionen. I sluten- och öppenvården beskrevs insatser, bland annat att vara ett stöd vid inköp. Det skapade möjligheter att lära patienten i situationen. När patienterna fick åka på stadspermissioner på egen hand lades ansvaret över på dem själva. De fick då tänka till, planera sina inköp, tänka efter hur de ska ta sig till affären och vad pengarna skulle räcka till.

Många patienter beskrevs ha en bristande förmåga och förståelse för hur det ekonomiska systemet hör ihop. De kände inte till vilka konsekvenserna blev om räkningarna inte betalades. Det beskrevs också kunna bero på okunskap om hur man gjorde, vilken blankett som behövdes för att betala räkningen och hur man fyllde i den. Det framkom även att patienterna hade okunskap om vart de skulle gå när de ville betala. Det ansågs som en fördel om patienterna fick gå en ”ekonomiskola” under vårdtiden.

*”... men där kan man ju se stora problem när det gäller den ekonomiska biten att alltså kanske reda ut det innan, alltså börja tidigt inne på, inne på slutenvården innan dom går ut och reda i den ekonomiska biten för när man möter dom där ute då är det fullständigt kaos just med ekonomi alltså.” (7)*

Patienter med en allvarlig psykisk störning beskrevs ofta ha svårigheter att sköta sin ekonomi på ett tillfredsställande sätt. En del av patienterna som hade stora skulder menade att det var meningslöst att betala av på dessa. För vad är en ny skuld på tusen kronor när man har skulder på miljoner kronor? Personal inom slutenvården försökte motivera patienterna till att betala sina räkningar, men det gick inte att tvinga dem.

Deltagarna ansåg att patienterna inom slutenvården levde i en skyddad miljö. Övergången till att klara sig själv och sin ekonomi kunde vara svår. Motivationen att lyckas med permissionen brast om ekonomin var dålig. Vissa patienter beskrevs ha svårt att prioritera inköpen. De kunde till exempel köpa flera paket cigaretter men inte ha pengar till mat. Att få eget kontrakt på en lägenhet angavs vara en omöjlighet. När patienterna kom ut fick de många fler räkningar, de var oförberedda och hade svårt att klara den nya situationen utan hjälp. Många inkassoföretag låg lågt under tiden patienterna vistades i slutenvården, men efter utskrivning började de skicka kravbrev.

Vid ansökan hos Tingsrätten om god man eller förvaltare blev det ofta avslag, även om det stod i lagen att patienterna hade rätt till det. Vid bifallande dom var det emellertid svårt att hitta personer som åtog sig dessa uppdrag.

*Man kan skyffla breven, det kan komma tio – femton brev per dag från olika fordringsägare. Betala nu så slipper du införsel, femtio kronor här och du betalar in femtio kronor å då gör patienterna det å då tänker dom att då slipper jag men skulden är kanske på femtio tusen så får dom tio såna brev, å så betalar dom å så har dom inga pengar till mat sen. Vi har en så patient nu där det är liksom, ja... det fattas ett par tusen varje månad. (8)*

## Samverkan runt patienten

Detta tema beskriver samverkan runt patienten i termer av att Se patientens behov, Tydlig planering, Kunskap och motivation, Otydlig ansvarsfördelning, Samverkan inför permission, Kontaktmannaskap samt Uppföljning i öppenvård.

### Se patientens behov

För att permissionen skulle lyckas ansågs det angeläget att det i tidigt skede gjordes en grundlig kartläggning av patientens förutsättningar och behov. Olika personalgrupper i slutenvården, till exempel arbetsterapeut, kurator, psykolog och omvårdnadspersonal samlade in kunskaper om patienternas förmågor och brister och presenterade dessa under en vårdplanering med berörda parter från kommun och öppenvård.

*”För många gånger tycker jag att när en patient går ut på permission så kanske man inte ser till hans behov och hans alltså svårigheter och möjligheter, utan man presenterar det här kan vi erbjuda, och det kanske inte stämmer överens med vad patienten behöver. Så det är så viktigt att man tidigt tittar på behoven. Vad behöver patienten för att permissionen ska lyckas?” (5)*

Ett hinder för en lyckad permission beskrevs också vara för högt ställda krav på patienterna, vilket ökade risken för att de misslyckades gång på gång. Intervjudeltagarna menade att det ibland inte sågs till patienternas verkliga behov, utan det var den samlade expertisen som avgjorde vad de behövde. Ett system som ibland användes inom rättspsykiatrisk vård var att patienterna fick mer förmåner vid insikt och följsamhet i sin behandling. Syftet med systemet var att öka funktionsförmågan, men det var inte alla patienter som förstod det.

*”Vissa patienter kan inte förstå det här med piska och morot, å det här med att... vi vanliga förstår ju, att sköter jag mig nu å är med på dom här aktiviteterna som är sagda så kommer jag ut härifrån snabbare, men det kan, förstår inte dom... många gånger.” (9)*

### Tydlig planering

Om permissionen skulle lyckas måste den ha förberetts väl med en tydlig samordnad vårdplan. Vårdplanen var ett gemensamt dokument vilket utformades tillsammans av slutenvård, öppen- och primärvård samt kommun. I den samordnade vårdplanen skulle framgå vem som ansvarade för vad under patientens permission.

I planeringen ingick också ett kontrakt med permissionsvillkor, som skulle uppfyllas under permissionen, som att gå på sysselsättning, lämna drogtest och komma på uppgjorda möten. Kontraktet godkändes och skrevs under av patienten och av övriga i nätverket. Kontraktet upplevdes som positivt, men en viktig förutsättning var att det utformades så att patienten förstod innebörden i det. Det var berörda myndigheters ansvar att formulera texten så att det blev begripligt för patienten.

Det ansågs också viktigt att upprätta en krisplan för vilka åtgärder som skulle vidtas utifrån olika scenarion. En vanlig åtgärd som beskrevs var återintagning till slutenvården, som inte behövde vara lång, men som ändå ansågs utgöra en markering vid ett olämpligt beteende. En snabb konsekvens kopplad till händelsen visade på att beteendet inte accepterades och att det inte gick att tänja på permissionsvillkoren.



*”Att man skrivit ner ett kontrakt där vi alla har fått skriva på och även patienten skrivit på för att det är patienten som har, det är ju deras vård eller deras omhändertagande som är viktigt. Det är patienten som vi måste ha framför oss.” (6)*

En svårighet med planeringen som beskrevs var att patienterna hade olika förutsättningar att tillgodogöra sig den information de fått. Vårdpersonalen behövde bli bättre på att individanpassa information och text till patienten och se till att han verkligen förstod innebörden av permissionsvillkoren och planeringen. Vissa patienter hade komplexa problem, de förstod inte att de var sjuka och att de begått brott. Dessa patienter kunde skriva på kontrakt som de inte förstod innebörden av.

*”Det blir för mycket ja. Det greppas inte, klienten kan inte greppa alltihop utan han säger att det blir säkert bra. Och så skriver han på, och sedan vet han inte vad han skrivit på.” (10)*

## **Kunskap och motivation**

Eftersom de flesta patienterna lyssnade mycket på läkaren, ansåg gruppen att det var en läkare som skulle informera patienten om sjukdomen. Övriga personalkategorier hade också till uppgift att hjälpa patienten att få insikt i sin sjukdomsproblematik och bearbeta reaktioner och orsaker.

Behandlingsmetoden DBT ansågs som en bra ingång till diskussion med patienten. De patienter som haft DBT i slutenvården ansågs ha lättare att prata om sina problem. Det beskrevs också vara betydelsefullt att patient och personal diskuterade tidiga sjukdomstecken och risker så att patienten själv eller någon annan i nätverket kunde agera med lämpliga åtgärder vid försämring under permissionen.

För att lyckas med permissionen framkom att patienten skulle vara motiverad och känna sig väl förberedd. Därför ansågs det viktigt att patienten haft möjlighet att samtala om sina problem med olika personalkategorier under vårdtiden och även tränat på praktiska och sociala delar som hör vardagslivet till. En del patienter beskrevs vara svåra att motivera till delaktighet i behandlingen. Det poängterades att det var viktigt att personalen inte gav upp utan fortsatte att försöka få patienterna förstå sin problematik och vad de behövde göra och tänka på för att vardagen skulle fungera under permissionen.

*”Dom är inte motiverade, å dom vill inte, då får man ju bara ha ett, tycker jag, ett resonemang att man försöker motivera, det är ju det som är arbetet...” (1)*

Inom slutenvården beskrevs brister i brottsbearbetningen. Många patienter hade inte fått möjlighet att prata igenom vad som hände vid brottstillfället, varför det hände och känslorna kring detta. Tankar och funderingar kunde istället dyka upp när patienten var på permission. Det kunde då vara svårt för personal på särskilda boenden att hantera detta.

Ett problem var svårigheten att motivera patienter som vårdades enligt LRV till deltagande i den egna behandlingen och planeringen. Dessa patienter ville inte något överhuvudtaget vilket beskrevs som ett i det närmaste olösligt problem. Vårdtiderna förlängdes eftersom patienterna inte kunde tvingas till att medverka i sin egen vård. Möjliga orsaker till att vissa patienter inte ville medverka ansågs vara att de vårdades under tvång eller att de skämdes för sina problem och därför inte heller ville prata om dem.

*”Ja, sen tänker jag på en annan sak också, när det gäller, för att lyckas å misslyckas, jag tänker på brottsbearbetning under vårdtiden, när en patient döms då till rättspsykiatrisk vård...jag märker det på många som kommer ut på permission, å när jag frågar om det så dom inte fått någon brottsbearbetning, å efter ett tag, så när man har byggt upp en relation med patienten så kommer det såna här frågor å då kan man kanske...det är så dags då, men man kan också tycka att man skulle påbörjat detta...lite tidigare. Jag tror det är väldigt viktigt... å göra det.” (5)*

## **Otydlig ansvarsfördelning**

En del patienter bollades ofta mellan olika instanser, vilket resulterade i onödigt lidande. Det var ibland oklart vem som hade ansvar för vad, vilket kunde leda till spänningar mellan till exempel landsting och kommun. Alla berörda parter i en vårdplanering kunde vara eniga om vilka behov patienterna hade och vilka insatser som krävdes, men när det skulle avgöras vem som skulle stå för kostnaden var det ingen som ville betala.

Patienter, som vårdas eller har vårdats inom rättspsykiatrisk vård hade låg prioritet i samhället, och blev bemötta på ett nedlåtande sätt vid kontakt med myndigheter och liknande. Detta hade resulterat i att patienterna uteblev från viktiga besök hos Arbetsförmedling och Försäkringskassa. Därmed fick de inte den hjälp de hade rätt till. I förlängningen kunde detta innebära återintagning till slutenvården eftersom permissionsvillkoren inte följts.

*” Jag har suttit i såna vårdplaneringar, där jag och överläkaren varit helt överens, att den här ska in på ett särskilt, för särskilt vårdkrävande. Å, så pratar man med lanstinget. Det går inte, det kostar för mycket pengar. Kan vi betala fifti, fifti? Nej, säger kommunen, det är landstingets ansvar och så händer ingenting. Så är det.” (1)*

## **Samverkan inför permission**

Ett bra samarbete mellan alla berörda parter beskrevs ha stor betydelse inför en permission. Det öppnade för möjligheter i planeringen. Hur samarbetet såg ut berodde mycket på vilken kommun som var samarbetspartner. Vissa fungerade bra, andra mindre bra.

För att en patient skulle få en bra utslussning ansågs det viktigt att tidigt under vårdtiden ta kontakt med kommun och PSL-team för att redogöra för de behov, möjligheter, svårigheter och riskfaktorer patienten hade. Genom att planera i god tid underlättades det framtida samarbetet. Det framkom att det var mycket viktigt att kommunen även informeras om vilka insatser som gjorts runt patienten i slutenvården, vilket kunde vara avgörande för den fortsatta vården i hemkommunen. Om personer som träffade patienten i hemkommunen informerats om vilka svårigheter som kunde uppkomma, hade de kunnat förbereda sig och fått ökad förmåga att hantera patientens problematik. Alla berörda parter skulle också få samma information om vad som gällde. Detta skulle vara ett steg i riktning mot att sträva åt samma håll och en möjlighet att ge patienten samma svar på hans frågor.

I fokusgrupperna sattes mycket hopp till den nya lagstiftningen och den samordnade vårdplanen. Det förväntades bli tydligare vem som hade ansvar för vad när patienten gick på permission. Det framkom också att det var bra om personer med beslutsmandat kunde vara med på vårdplaneringar då det ofta kom upp frågor som krävde det. Ett sådant deltagande skulle medföra att planeringsprocessen skulle gå snabbare.

*”Dom som har lyckats det är att man förbereder i god tid innan t.ex. kontakten det här med sysselsättning är jätteviktigt bit, kontakten med socialtjänsten, sjukvården. Man har en plan för den här klienten, och den planen är färdigbehandlad, klienten är informerad om den. Kanske tom kommer på studiebesök på dom här områdena, dom här och dom här myndigheterna och personerna kommer du ha kontakt med så att allting är klart och tydligt då har det gått bra.” (3)*

Personal i slutenvården upplevde svårigheter att samarbeta med vissa kommuner. Detta innebar att vårdtiden förlängdes för patienten på grund av att kommunen inte ville ta emot och ge rätt insatser. Samarbete för patientens bästa sattes då ur spel, planeringen gjordes utifrån vad som var bekvämt. I vissa fall när man inte hade kommit överens, överklagades beslut till Länsstyrelsen.

Kritik riktades mot slutenvården att läkaren sällan var med på vårdplaneringar. Ofta framkom frågor som endast han hade mandat att godkänna. Kritik riktades även mot kommunen, att personer med beslutsmandat inte alltid var med.

En annan svårighet kunde vara att få personal att arbeta mot samma håll. Ofta förekom olika åsikter om hur man skulle hantera ett problem. Berörd personal var inte alltid överens utan körde över varandra. Personalen i öppenvården fick inte alltid information om vilka behandlingar och insatser som gjorts under slutenvårdstiden, vilket utgjorde ett hinder i arbetet med patienten. Det betonades vara viktigt att kommunens genomförandeplan och sjukvårdens vårdplan stämde överens.

*”Ja, jag ser ju en väldigt stor koppling, både det här med information och vad har man jobbat med innan på rättspsykiatrin till exempel och vad är det för nåt vi får ut alltså i information om det arbetet, det är väldigt avgörande, dels precis som jag säger.” (11)*

## **Kontaktmannaskap**

En förutsättning som beskrevs viktig för att permissionerna skulle lyckas var att patienten kände förtroende för de personer som fanns runt omkring honom, både inom sluten- och öppenvård. Kontaktpersonen spelade en viktig roll. Det beskrevs som viktigt att personkemin stämde mellan patient och kontaktperson. En kontaktperson som gav stöd till patienten i olika aktiviteter och meningsfulla sysselsättningar, beskrevs kunna leda till att risken för återfall i brottslighet eller missbruk minskade. Patienten kunde ha en kontaktperson på boendet, men också genom socialtjänsten. Övriga personer i nätverket ansågs också vara hjälpta av patientens och kontaktmannens goda relation. Intervjupersonerna hade uppmärksammat att patienten tillgodogjorde sig den erbjudna hjälpen mycket bättre om det var en person de hade bra kontakt med och kände sig trygga med som lade fram förslag eller förklarade nya vårdplaner/handlingsplaner. Dessa personer kunde bryta ner den nya informationen till lämplig nivå för patienten. Detta ledde till att patienten accepterade det, vilket kunde vara en förutsättning för en lyckad permission.

Intervjudeltagarna beskrev att kontakter med olika myndigheter var svåra för patienterna. Därför var det viktigt att kontaktmannen hjälpte och stöttade dem med dessa kontakter och följde med som moraliskt stöd.

Vid tristess var det lätt att ta kontakt med gamla kompisar och att patienten drogs in i något som gjorde att permissionen misslyckades. En kontaktperson kunde vara en trygghet, någon

att höra av sig till om man inte mår bra, kände sig ensam eller hade tråkigt. Det behövde inte bara vara kontaktpersonen som höll kontakt med patienten. Patienten hade också ett eget ansvar att söka kontakt vid svåra situationer, vilket kunde förhindra att permissionen misslyckades.

*”Tycker att man ska skapa en allians ett förtroende med den här patienten. Det är en förutsättning för att det ska lyckas då betyder kontaktpersonen mycket” (1)*

## **Uppföljning i öppenvård**

En förutsättning för att det skulle gå bra för patienten var ett bra samarbete i nätverket och regelbundna uppföljningar i öppenvården. Teamet runt patienten följde upp hur det gick och man kunde snabbt sätta in åtgärder om det skulle behövas. Att det fanns många aktörer som stöd, ansågs positivt, fler personer kunde uppmärksamma om patienten behövde extra hjälp med något eller om patienten började må sämre. Det var mycket viktigt att patienten hade kontakt med alla i nätverket och att han kände till vad de olika personerna gjorde. I ett välutvecklat nätverk beskrevs patienten ha kontakt med alla.

Uppfattningen var att kontakten i nätverken fungerade bra och att det skedde regelbundna uppföljningar. Hur uppföljningarna såg ut var olika, men det framkom att det var viktigt att alla var med och fick samma information om situationen. Det ansågs också viktigt att kunna markera och agera gemensamt om det uppstått situationer som inte var acceptabla enligt planeringen.

Läkaren hade stor hjälp av dem som träffat patienten under permissionen när ny bedömning skulle göras inför länsrättsförhandling. Här beskrevs PSL-teamet ha en viktig roll, de träffade patienten regelbundet och hade fortlöpande kontakt med dem som fanns närmast patienten i dennes vardag.

*”Men jag tycker också det funkar bra dom här rapporteringarna å samtidigt, det är inte att man bara väntar till denna en gång i månaden, så fort det är nåt å telefonen brukar gå varm, man träffas å går igenom å, så på det sättet har det funkat jättebra.” (12)*

Det var emellertid inte alltid uppföljningarna fungerade tillfredsställande. Ibland upplevde personer i nätverket att de inte hade någon bra kontakt med övriga runt patienten. Det ansågs inte bra, personerna i nätverket ville ha kontakt med varandra för att kunna stödja varandra i olika frågor och hjälpa patienten på bästa sätt. Om nätverket inte var i samklang med varandra, blev patienten lidande.

*”Om jag ska vara, jag måste få vara kritisk också. Jag tycker att det brister i dag i uppföljningen. Utan min erfarenhet är att jag får larma hela tiden. Om det är sämre eller om det är någonting, det kallas inte till någon uppföljning direkt, varken från RPV sida då eller kanske PSL. Det är min erfarenhet. Men jag kan förstå att det också är så men det blir lite otydligt för patienten ibland vem som är ansvarig för vad.” (1)*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Vårt arbete utgår från en kvalitativ ansats, då vi vill fånga deltagarnas syn och erfarenheter om ämnet, vilket är syftet med vår studie. Datainsamlingen skedde i två olika kommuner i Västra Götaland, och gjordes med hjälp av två fokusgruppsintervjuer. Wibeck (2000) menar att det bör vara minst tre fokusgrupper i en studie. Men enligt henne bör man också titta på tid- och resurstillgången. Tid avsattes för intervjuer och när vi genomfört två fokusgruppsintervjuer insåg vi att ett rikt datamaterial erhållits. Att en tredje intervju inte genomfördes kan vara en svaghet i studien, då det kanske hade tillfört fler infallsvinklar till studien eller bekräftat det vi redan funnit. Vi upplevde emellertid att alla fick komma till tals och uttrycka sina erfarenheter och åsikter på ett bra och respektfullt sätt. Det blev bra diskussioner mellan deltagarna.

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna var personer som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med patienter som vårdas enligt LRV, såväl från öppenvård som från slutenvård. I den ena intervjun var det fler personer från slutenvården och i den andra var det fler från öppenvården. Upplevelsen var att det inte påverkade vårt resultat. Upplevelsen är att vi fått en bredd på materialet, vilket vi troligtvis inte fått om vi endast hade vänt oss till sjuksköterskor inom området. De yrkeskategorier som inte var med, men som kan ses som en brist var läkare som har huvudansvaret för patientens behandling samt psykolog och arbetsterapeut som är viktiga i utredning och behandling av patientens funktioner. Om dessa personer varit med i intervjuerna hade troligtvis datamaterialet varit ännu bredare med fler infallsvinklar.

Då vi i så liten utsträckning som möjligt ville styra det intervjudeltagarna sa, passade metoden bra. Vi ville få fram gruppmedlemmarnas åsikter om vad som var viktiga aspekter i vårt valda ämne. Bell (2000) menar att den fokuserade intervjun har en struktur där vissa frågor ställs, men där utrymme lämnas åt deltagarna att prata fritt om frågorna och de tankar som väcks. För att grunden i intervjuerna skulle bli så lika som möjligt ställdes en övergripande fråga till båda grupperna och sedan använde vi oss av samma intervjuguide för att få en så fyllig intervju som möjligt (bilaga III).

Enligt Burns och Grove (2005) är fokusgruppsintervjun överlägsen den individuella intervjun då det kan hjälpa personer att uttrycka sig och klargöra sin syn på ett givet ämne. Genom dialogen som uppkommer i gruppintervjuer kan personer minnas glömd information. Trost (1997) menar att metoden är bra om man vill få fram deltagarnas erfarenheter och också för att skapa idéer.

Den valda analysmetoden var tidskrävande, men bra då vi mycket noggrant gick igenom all insamlad data. Med hjälp av analysmetoden kunde vi strukturera data och få fram gruppdeltagarnas syn på ämnet. Vi kunde även finna en röd tråd i materialet.

Att vi parallellt gjort de olika delarna och sedan jämfört och diskuterat vad vi kommit fram till upplevs som en styrka. Delarna hade tolkats på liknande sätt av författarna. Graneheim och Lundman (2004) menar att när man tolkar en text finns det alltid någon grad av egen tolkning. Genom att jämföra våra resultat har vi enats om en gemensam tolkning. Ett sätt att försäkra sig om reliabilitet i en studie är att låta flera forskare göra de olika stegen och sedan jämföra och diskutera det man funnit (Wibeck, 2000). Enligt Bell (2000) kallas detta triangulering.

Syftet med triangulering är att få en så balanserad och fullständig studie som möjligt. Trovärdigheten i studien har stärkts genom att resultatet även har diskuterats med handledaren samt att deltagarna i intervjuerna tillhör olika yrkesgrupper.

Fokusgrupperna höll sig till det givna ämnet utan någon större inblandning av moderator. Anledningen tror vi var att det ansågs vara ett angeläget ämne. Vi upplevde att deltagarna kunde fritt uttrycka sina åsikter i grupperna. Det framkom att deltagarna tyckte det var bra att samlas utan att behöva prata om någon speciell patient, utan om ämnet i allmänhet. Deltagarna kunde ge konstruktiv kritik, mot andra men även mot sig själva. De kom också med förslag på utvecklingsområden. Alla kom till tals och fick prata utan att bli avbrutna. Valet av lokal tror vi inte har påverkat intervjuerna.

Vi har följt de forskningsetiska principer som finns inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna och deras chefer var medvetna om att medverkan var frivillig och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. De hade fått information om studiens syfte i förväg och fått lämna sitt godkännande att vara med både muntligt och skriftligt. De hade också fått information om att materialet som samlades in skulle användas konfidentiellt. Genom att informera om syftet med studien har vi också berättat vad det insamlade materialet kommer att användas till.

## **Resultatdiskussion**

### **Samsjuklighet**

#### **Rätt psykiatrisk diagnos**

Det är viktigt med en korrekt bedömning om vilken psykisk störning eller sjukdom patienten har. Andelen patienter med komplicerad samsjuklighet har ökat de senaste åren. Patienterna har då fler diagnoser, till exempel missbruk och personlighetsstörning tillsammans med psykosjukdom. Traumatiserande händelser, svåra sociala problem, annan kulturell bakgrund och språksvårigheter är andra komplicerande faktorer. Ett problem som beskrevs av intervjudeltagarna var att ett antal patienter med samtidig psykisk sjukdom och förståndshandikapp dömts till rättspsykiatrisk vård. En stor del av dessa patienter har svårt att tillgodogöra sig vården på grund av bristande kognitiva förmågor. De förstår inte att de är sjuka eller har begått brott. I SOU (2006:91) beskrivs dock att Psykiatrisamordningen anser att vissa gärningsmän med utvecklingsstörning, autism eller liknande ska vårdas inom rättspsykiatrisk vård. Förutsättningen ska då vara att vården sker under sådana former så att de funktionshindrades särskilda behov av stöd och service kan tillgodoses. Vården bör ske i en särskild form av boende, utformat som ett särskilt slutet boende för dömda och bör organiseras i små enheter. Rask och Levander (2001) menar att personal som arbetar inom rättspsykiatrisk vård använder verbala metoder som huvudinstrument i vårdprocessen. Metoderna kan bestå i att förklara konsekvenser, konfrontera och locka patienten att tala om brottet eller beteendet. Det är dock mycket svårt när patienten inte förstår att han gjort något brottsligt eller att han är psykiskt sjuk. Det framkom i intervjuerna att patienter med psykisk sjukdom och förståndshandikapp behöver en annan sorts vård med mycket stöd i kommunal regi. Enligt Socialtjänstlagen (1993:387) ska alla patienter försäkras goda levnadsvillkor och ha rätt till bostad med särskild service, kontaktperson och ledsagare. Det fungerar emellertid inte alltid, enligt intervjudeltagarna, det erbjuds inte tillräckligt med insatser.

## **Samtidigt missbruk**

En viktig förutsättning för en lyckad permission är att patienten är drogfri. En stor del av de patienter som vårdas enligt LRV har någon form av missbruksproblematik. Missbruket utgör emellertid oftast inte huvuddiagnosen men är en komplicerande faktor (SOU 2006:100). Enligt intervjudeltagarna i vår studie är missbruksbehandlingen bristfällig inom slutenvården. Detta är en viktig orsak till att ett antal patienter misslyckas med sina permissioner. Langdon, Yagez, Brown och Hope (2001) menar att orsaken till att vissa patienter, s.k. ”svängdörrspatienter” måste återintagas emellanåt är fortsatt drogmissbruk tillsammans med psykosjukdom. Drogmissbruk försämrar den mentala hälsan och ökar risken för återfall. I SOU (2006:91) beskrivs att berörda verksamhetschefer och chefsöverläkare i en enkät från Psykiatrisamordningen svarat att det är nödvändigt att behandla missbruk samtidigt som den rättspsykiatriska vården pågår. Det är den rättspsykiatriska vårdens skyldighet är att se till att patienterna får adekvat vård för sin missbruksproblematik. De flesta cheferna ansåg också att rättspsykiatrin bör fortsätta med missbruksvården även efter slutenvårdstiden. Flera rättspsykiatriska kliniker, bland annat i Sundsvall, Katrineholm, Vadstena och Växjö har utarbetat en gemensam policy som gäller för alkohol- och narkotikamissbruk. Enligt policyn bör alla patienter som vårdas vid rättspsykiatriska enheter utredas angående missbruk eller beroende. De som har en missbruksdiagnos ska erbjudas behandling vilken ska dokumenteras och utvärderas kontinuerligt. Behandlingen ska vara individuellt anpassad efter patientens problem, resurser och behov.

## **Följsamhet i medicinering**

Ett förväntat resultat som framkom i intervjuerna, och som även författarna ser i den kliniska verksamheten, är att det är av stor betydelse att patienten följer läkemedelsordinationen för att permissionen ska lyckas. Patienten ska följa ordinationen och vara införstådd med varför medicinen ordinerats och vilka följderna kan bli om behandlingen avbryts. Enligt Langdon m.fl. (2001) samt Webb, Yagez och Langdon (2007) är en stor orsak till återintagning till slutna psykiatrisk vård att patienten slutar ta sin medicin och därför återinsjuknar. Strand m.fl. (2009) menar att patienten behöver hjälp med att påminnas om att ta sin medicin. För de patienter som har medicinering i tablettform bör åtminstone i början täta koncentrationsbestämningar utföras för att kontrollera att patienten tagit sin medicin. I annat fall sätts åtgärder in för att förebygga återinsjuknande.

## **Hur grundläggande behov tillgodoses**

Några förutsättningar som beskrivs för en lyckad permission är att patienten har en ordnad social situation. Det vill säga ett välanpassat boende utifrån individens behov i en missbruksfri miljö med tillräckligt personalstöd, sysselsättning som patienten kan ha glädje av samt en ordnad ekonomi (Strand m. fl. 2009).

## **Socialt nätverk**

I resultatet framkom att ett bra socialt nätverk gör stor skillnad för patienten att lyckas med sin permission. Att ha någon närstående som stöttar och är engagerad skapar bättre förutsättningar. Strand m.fl. (2009) framhåller vikten av en tidig kartläggning av patientens sociala nätverk, för att se om det finns några resurspersoner för patienten. Rättspsykiatrisk vård ska ta tillvara närstående som resurs. De ska/kan vara delaktiga i vården och i planeringen av densamma.

Under fokusgruppsintervjuerna framkom att om de anhöriga ska kunna vara ett stöd är det viktigt att de är välinformerade. De behöver information om patientens diagnos och vad det kan innebära i det dagliga livet. De behöver också känna till tidiga tecken på försämring hos patienten. Strand m.fl. (2009) skriver att i närståendesamtal kan man informera om patientens diagnos och förhållningssätt mot denne. Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12) ska det finnas rutiner för att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktig i vården.

Många patienter isolerar sig när de befinner sig inom slutenvården. I vissa fall har inte patienterna några nära närstående att hålla kontakt med då kontakten är bruten av någon anledning, enligt intervjupersonerna. Att vårdas långt från hemorten kan innebära svårigheter att hålla kontakt med närstående (Strand m.fl. 2009).

### **Sysselsättning**

För att skapa rutiner och struktur i patientens liv uppgavs anpassad sysselsättning som en viktig komponent. Den som deltar i en sysselsättning blir sedd och har ytterligare personer runt omkring sig som kan fånga upp om patienten skulle börja må sämre. Strand m.fl. (2009) skriver att kommunens socialtjänst ska verka för att patienten får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Det innebär bland annat medverka till att patienten har en meningsfull sysselsättning, anpassad utifrån dennes förutsättningar.

Ett hinder som beskrevs var brist på anpassad sysselsättning. Patienterna som vårdas enligt LRV var lågtprioriterad. Detta leder till inaktivitet och tristess som i sin tur kan leda till sämre psykiskt välbefinnande och motivationen att hålla sig borta från brott sjunker. En orsak till att patienten inte får rätt anpassad sysselsättning kan bero på att kommunikationen mellan landsting och socialtjänst inte alltid fungerar (Strand m.fl. 2009). Enligt Socialstyrelsens (2009b) bedömning har kommunerna uppmärksammat sysselsättningsområdet och de försöker åstadkomma ett individualiserat och kunskapsbaserat stöd.

### **Tryggt boende**

I resultatet beskrevs vikten av ett väl anpassat boende för patienten när denne är på permission. I SOU (2006:91) framkommer det att det är den enskildes behov av stöd och service som avgör vilken typ av bostad som är aktuell. Bedömningen vad som anses vara rätt boende kan dock skilja sig åt mellan patienten själv, kommunen och landstinget.

Patienten ska känna trygghet i sitt boende. Det framkom att mindre boenden har oftast lättare att tillgodose individuella behov. Emellertid är det svårt att hitta mindre, väl anpassade boenden till patienter som vårdas enligt LRV. Boendena upplevdes inte anpassade utifrån patienternas behov. Ofta används boenden för många vårdtagare, vilket försvårar flexibiliteten att tillgodose individens behov fullt ut, då det måste finnas gemensamma ramar för alla på boendet. En icke fungerande boendesituation kan vara en orsak till att patienten misslyckas med sin permission och får återintas till slutenvården.

Flertalet patienter som skrivs ut på permission behöver sin boendefråga ordnad med stöd av samhällsinsatser. Det är kommunens ansvar att inrätta bostäder med särskild service för människor med funktionshinder. Kommunernas möjlighet att erbjuda lämpligt boende varierar. Man försöker utveckla boendeformer i takt med att behov uppkommer (SOU,



2006:91). Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna har ett intresse och är öppna för att utveckla arbetsmetoder inom boendeområdet, framförallt när det gäller boendestöd (Socialstyrelsen, 2009b). Brist på nödvändiga resurser kan orsaka att behovet inte möts (SOU, 2006:91). Särskilda boenden med mycket stöd är kostsamma för kommunerna. Det händer att enskilda sociala nämnder blundar man för det faktum att det ingår i deras skyldigheter att erbjuda skyddade boenden och annan service till patienter som vårdas enligt LRV (Strand m.fl. 2009). När det beslutades om en ny vårdform (öppen rättspsykiatrisk vård), bestämde regeringen att ge kommunerna extra bidrag för att kunna utveckla sociala insatser. Bidraget skulle användas till att bygga ut eller förstärka sociala insatser utifrån regeringens mål och prioriterade områden (Socialstyrelsen, 2009b).

## **Patientens ekonomi**

Många patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård har stora skulder av olika anledningar. Det beskrevs att de kan ha en bristande förmåga och förståelse för hur det ekonomiska systemet hör ihop och förstår inte konsekvenserna av sitt handlande. Patienterna behöver vägledning och stöd med sin ekonomi. Personal inom öppen- och slutenvård måste aktivt vägleda patienten att göra bra prioriteringar vid inköp och skapa en förståelse varför denne måste betala sina räkningar. Kontaktmannen har en mycket viktig roll i motiveringsarbetet och som stöd när patienten ska lära sig hur det ekonomiska systemet hör ihop. Under arbetet med denna studie har tankar om en ”ekonomiskola” för patienterna växt fram. Det är mycket viktigt att patienten är medveten om hur den ekonomiska situationen kommer att se ut när han kommer hem, för att vara förberedd på den nya situationen med fler räkningar. Vid dålig ekonomi kan motivationen att lyckas med permissionen minska då de upplever situationen hopplös. Vi har sökt på ämnet i flertalet databaser och i olika typer av litteratur. Det förvånade oss att det inte fanns så lite skrivet om detta problem då det ansågs vara en viktig förutsättning för att patienten skulle kunna lyckas med sin permission. Strand m.fl. (2009) tar upp ämnet i sin bok. De menar att ekonomiska problem orsakar stressproblem, vilket kan leda till psykisk försämring. En orsak till att patienten inte har ordning på sin ekonomi kan vara dennes funktionsnivå. Han kanske inte har förmågan att strukturera och planera sin tillvaro och har därför svårt att planera sina inköp och att prioritera rätt (Strand m.fl. 2009).

Det har kommit signaler på att kostnaderna har ökat för den enskilde individen när de förts över till den nya vårdformen. Det handlar om vårdavgifter, läkemedel och avgifter för boende. Socialstyrelsen kommer att följa upp dessa uppgifter och föreslå eventuella åtgärder (Socialstyrelsen, 2009b).

## **Samverkan runt patienten**

### **Se patientens behov**

Intervjudeltagarna var eniga om att det är mycket viktigt att det i tidigt skede görs en grundlig kartläggning av patientens olika behov och att dessa behov presenteras under en vårdplanering med berörda parter i nätverket så att rätt insatser kan startas. Ibland ställs för höga krav på patienten, man ser inte till dennes verkliga behov. Risk finns då att patienten misslyckas gång på gång. Grundläggande metoder i en analys av patientens behov är enligt Eriksson (1988) att se, höra och känna. De vanligaste datainsamlingsmetoderna är intervjuer, observationer och olika undersökningar. En god vårdare är lyhörd och ser varje skiftning hos patienten. Varje möte ses som en unik situation. Patienter ska inte jämföras med någon annan

och ska närmas varsamt med ödmjukhet och öppenhet. Sjögren (2008) skriver att grunden för allt vårdande är respekt för den enskilda människan, hans problem och behov. Man kan inte bara se till personens hälsotillstånd utan man måste också se individens unika hälsoresurser. Strand m.fl. (2009) menar att det är viktigt att kommande behandlare informeras av den rättspsykiatriska kliniken så snart som möjligt efter patientens intagning. Aktuella behandlare kan vara till exempel, kontakt- och stödpersoner, kommunpsykiatri, allmänpsykiatri eller personal som arbetar med missbruksproblematik. Alla berörda parter bör aktivt delta i upprättande av en gemensam vårdplan och ta sitt specifika ansvar för sitt ansvarsområde.

### **Tydlig planering**

Vissa patienter har komplexa problem och förstår inte att de är sjuka eller att de begått brott. De kan också ha svårt att tillgodogöra sig information i till exempel permissionsvillkor, vilket bland annat kan resultera i att de skriver på dokument som de inte förstår innebörden av. Personalen behöver bli tydligare i informationen och anpassa den efter varje individ. Enligt Strand m.fl. (2009) öppnas möjligheter till en bra rehabilitering genom att patienten möts på den nivå han befinner sig. Enligt SFS (1982:763) ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för vård, undersökning och behandling som finns. Sjögren (2008) skriver att vården skall bidra till att förbereda patienterna på de krav som ställs och få möjlighet att leva ett värdigt liv efter utskrivning.

### **Kunskap och motivation**

För att patienterna ska ha möjlighet att lyckas med permissionen bör de vara väl förberedda och motiverade. De ska ha fått information om och insikt i sin sjukdom och problematik. Vissa patienter är dock svåra att motivera till att delta i sin behandling. Intervjupersonerna poängterade betydelsen av att personalen då inte ger upp, utan stöttar och ”pushar” patienterna trots upprepade bakslag. Sjögren (2008) menar att en förutsättning för att få patienten delaktig i sin vård är att denne har insikt i sin problematik och sina tillkortakommanden. Tillsammans med vårdaren formuleras konkreta mål för behandling och rehabilitering. Hummelvoll (2006) beskriver att samverkan mellan vårdare och patient inom psykiatrisk vård vilar på nio hörnstenar varav öppenhet/insikt är en. Öppenhet är en väg till insikt både i förhållande till starka och svaga sidor hos sig själv. Insikt innebär ett försök att uppnå en förståelse och erkännande av egna problem, möjligheter och resurser, och vilka faktorer utanför personen som påverkar dessa. Socialstyrelsen (2007) menar att patienterna ofta önskar förändring och utveckling, men att det kan finnas en medveten eller omedveten rädsla att ta till sig de delar av behandlingen som genererar och förstärker psykiskt lidande. Det är viktigt att lyfta fram och bearbeta de delar av personligheten som är orsak till eller rättfärdigar utagerande våldsbeteende. En svår avvägning i behandlingsarbetet är att konfrontera patienterna med de brister som orsakar destruktiva handlingsmönster och strategier (brottsbearbetning) samtidigt som arbetet ska vara uppbyggande för självkänslan och identiteten. En stor del inom den rättspsykiatriska vården är det individuella motivationsarbetet. Många patienter ser sig som friska och oskyldiga till det de dömts för. Det innebär en bristande motivation till förändring och att motivationsarbetet kan upplevas som kränkande för patienterna. Motivationen måste komma från patienterna själva och inte från en entusiastisk omgivning. Det kan innebära en risk att lämna ett tryggt beteende eller tolkningsmönster och välja något okänt. Patienterna måste själva göra detta val och hitta sitt eget svar. För personalen krävs tålamod att avvakta och invänta svaret (Socialstyrelsen, 2007).

Intervjupersonerna beskrev brister i brottsbearbetningen inom rättspsykiatrisk vård, vilket innebär att alla patienter inte genomgår brottsbearbetning. Socialstyrelsen (2007) skriver att patienterna genom brottsbearbetning kanske kan förstå varför de begått brott och att det finns både inre och yttre faktorer som inverkar. I och med det kan de få en möjlighet att ta ansvar för det som hänt. Denna insikt och kunskap resulterar i ökad självkänedom och därmed möjlighet till kontroll och förändring, och på sikt även minskad risk för återfall. Arbetet med brottsbearbetning bör starta så snart patienten kommit till den rättspsykiatriska avdelningen, så snart som möjligt efter domen. Går det lång tid så hinner fler psykologiska försvar byggas upp som fördröjer det fortsatta arbetet. Information till patienterna om brottsbearbetning kan ges redan under de första samtalen på avdelningen. Ibland avvaktar man med brottsbearbetning och orsaken till det kan bero mer på att personalen tvekar, än på patienternas ovilja att ta itu med sina problem.

### **Otydlig ansvarsfördelning**

Intervjupersonerna påtalade brister i sjukvårdssystemet, att patienterna ofta "bollas" mellan olika myndigheter och att alla kan vara överens om vilka patienternas behov är men ingen vill betala notan för insatserna. I statens offentliga utredning (SOU 2006:91) beskrivs att det emellanåt uppstår en tvist mellan kommun och landsting om vem som har ansvar för att nödvändiga åtgärder sätts in för att patienterna ska få tillgång till de insatser som krävs. Konflikterna handlar ofta om vilken organisation som ska stå för kostnaderna för patienter där det från kommunalt håll har hävdats att man inte har något betalningsansvar så länge patienterna fortfarande är inskrivna enligt LRV. Även Socialstyrelsen (2007) menar att det är ett problem i hela landet att socialtjänsten inte alltid förstår psykiskt störda lagöverträdare stora hjälpbehov. Enskilda nämnder blundar ibland för att det ingår i deras skyldigheter att erbjuda skyddande boenden och annan service till patienter inom rättspsykiatrisk vård. Detta ställningstagande för dock inte med sig någon påföljd för kommunen, det blir istället en besparing eftersom boenden med stort stöd kostar mycket pengar. Vidare medför det att det är svårt att knyta patienterna till någon social nämnd. Den kommun som accepterar patienten får en stor utgift. En utväg för att lösa problemet kan vara en statlig finansiering av skyddade boenden. Socialstyrelsen (2009b) skriver att bristen på samarbete mellan kommun och landsting är ett återkommande problem. Det behövs gemensamma rutiner för hur det praktiska arbetet ska gå till. Att ha en gemensam kunskapsbas, förståelse för varandras ansvarsområden och respekt för varandras kompetenser gynnar samarbetet.

### **Samverkan inför permission**

Den nya vårdformen, Lagen om öppen rättspsykiatrisk vård, kräver enligt Socialstyrelsen (2008) ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och att en samordnad vårdplan ska bifogas ansökan till Länsrätten. Det poängteras i intervjuerna, att det är av stor vikt för att permissionen ska lyckas att parterna i nätverket gemensamt planerar inför permissionen utifrån patientens individuella behov. Enligt (SOU 2006:100) kan en bristfällig samverkan leda till svåra följder, särskilt för människor med långvariga, sammansatta och svåra sjukdomstillstånd. För patienterna kan det innebära att hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av behandlings- och stödinsatser blir svåra att nå upp till. Brister i samordningen av insatser visar på dålig kvalitet med inslag av orimlig byråkrati, tidsåtgång och väntetider, vilket leder till frustration hos patienterna och till kostnader både för patienterna och för samhället (SOU 2006:100). När det gäller patienter som vårdas enligt

lagen om rättspsykiatrisk vård, upplever kommunerna i stort att de blir kallade i tid till vårdplaneringar och att de är med i vårdplaneringsprocessen. Men det finns brister i samarbetet. Både mellan huvudmännen och internt inom kommun och landsting. Gemensamma rutiner anses kunna motverka detta (Socialstyrelsen, 2009b).

### **Kontaktmannaskap**

Kontaktmannaskapet är en viktig del i patienternas rehabiliteringsprocess. Genom ett väl fungerande kontaktmannaskap kan patienterna få bekräftelse och trygghet att pröva sina gränser. Intervjupersonerna påpekade vikten av att personkemin stämmer mellan patient och kontaktperson. Om kontaktmannaskapet fungerar tillfredsställande kan det leda till att risken för återfall i brottslighet eller missbruk minskar. Enligt Eriksson (1988) utgör relationen, patient-vårdare grunden i vårdandet. I relationen, människa till människa skapas utrymme för växt. Vårdförhållandet syftar till att stödja patientens hälsoprocesser genom att ansa, leka och lära. Strand m.fl. (2009) menar att patient och kontaktman ofta har en nära relation som dock inte får bli för privat, det är lätt att det blir en relation som leder i riktning mot föräldraskap eller vänskap. Det är viktigt att betona att kontaktmannen är professionell i sin yrkesutövning. Denne måste vara medveten om sitt bemötande mot patienten där respekt är en grundläggande del. En individ förlorar inte sitt människovärde på grund av att ha begått brott eller ha en allvarlig psykisk sjukdom. Enligt Hörberg (2008) är en bra kontaktman följsam, en god lyssnare och har förmåga att möta patientens livsvärld samt bidrar till en känsla av mänsklig gemenskap och likvärdighet.

### **Uppföljning i öppenvård**

Tiden efter utskrivning från en rättspsykiatrisk avdelning är en kritisk period. Den utskrivne bär på många känslor. Det kan vara glädje och förväntan men också oro och ångest inför vad som finns utanför inrättningens skyddande väggar. Insatserna kring patienten måste vara samordnade och fungera för att den utskrivne ska kunna återgå till ett normalt liv och inte återfalla i brott eller den psykiska hälsan försämras (Strand m.fl., 2009).

Intervjupersonerna menade att uppföljningen i öppenvården oftast fungerar bra. Teamet runt patienten är välinformerade och kan agera snabbt när det behövs. I vissa fall fungerar det dock mindre bra, det brister i kontakten mellan personerna i nätverket. SOU (2006:91) skriver att det finns olika modeller som kan hjälpa till att förbättra chanserna till etablering av ett samarbete mellan patienten och samhällets olika organisationer och myndigheter. Västra Götaland har utvecklat modellen med PSL-team, som har en viktig funktion för att uppföljningen ska fungera tillfredsställande. De träffar patienten regelbundet under permissionen och har kontakt med nätverket. Det är till god hjälp för läkaren som ska göra bedömningar inför återkommande länsrättsförhandlingar. Strand m.fl. (2009) menar att det har visat sig att det inom rättspsykiatrisk vård ofta är svårt att få till stånd en fungerande samverkan runt patienter som går ut på permission. Varje myndighet och organisation arbetar enskilt utifrån egna mål och förutsättningar. Man skyller på skilda arbetssätt, traditioner, sekretessregler och ekonomiska förhållanden som orsak till bristande samarbete och samordning. En försvårande faktor är också att personal i de olika organisationerna känner oro, rädsla eller motvilja mot patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård och mot de handlingar de har utfört.

## **Konklusion**

Mycket fungerar bra i vården runt patienten inom rättspsykiatrisk vård. Brister finns dock, som behöver förbättras och utvecklas. För att permissionen ska lyckas krävs bland annat att det finns en bra planering utifrån patientens behov, ett väl anpassat boende och sysselsättning, att patienten har rätt medicinering och är följsam till ordinationen samt ett fungerande och förtroendegivande nätverk. Ett oväntat resultat var att ekonomiska problem ansågs vara en så stark bidragande orsak till att permissionen misslyckas. Kanske kan en ”ekonomiskola” under slutenvårdstiden underlätta så att patienten klarar permissionen bättre?

Mer väntade resultat var att återfall i drogmissbruk, sysslolöshet, isolering och ett icke anpassat boende ansågs vara orsak till att permissionen misslyckades. Bristande resurser i samhället bidrar ibland till att patienter inom rättspsykiatrisk vård inte får rätt eller tillräckliga insatser, vilket är ett problem. För de flesta patienter är det viktigt att ha insikt i sin problematik och vara delaktiga i vården för att lyckas med permissionen, medan det för vissa patienter måste skapas speciella förutsättningar för ett bra liv då de aldrig kommer att få insikt i sin problematik.

Genom vår specialistutbildning i psykiatri och vårt arbete på en rättspsykiatrisk avdelning har vi fått en djupare och bredare kunskap, som vi kan förmedla till våra medarbetare. Vi har kopplat ihop teori och praktik vilket har lett till en djupare förståelse för patientens problematik och därmed kan goda förutsättningar skapas så att patienten kan lyckas med sin permission.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Att ur patientens synvinkel studera vad som är orsaker till att permissioner inom rättspsykiatrisk vård, lyckas eller misslyckas.

Att studera vad effekten blir av en ”ekonomiskola” under slutenvårdstiden och hur det påverkar utgången av patientens permission.

## REFERENSER

Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of Nursing Research – Conduct, Critique and Utilization*. Elsevier (USA).

Brottsförebyggande rådet (2009a) Personer lagförda för brott efter huvudbrott och huvudpåföljd m.m. år 2007 Tabell 420. Tillgänglig online [http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod\\_show&module\\_instance=21&id=500&statsType=420&statsCounty=La&Year=2008&type=1](http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&module_instance=21&id=500&statsType=420&statsCounty=La&Year=2008&type=1) 2009-08-25.

Brottsförebyggande rådet (2009b) Personer lagförda för brott efter huvudpåföljd och län m.m. år 2007. Tabell 521. Tillgänglig online [http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod\\_show&module\\_instance=21&id=500&statsType=420&statsCounty=14&Year=2008&type=1&statsPopulation=all](http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&module_instance=21&id=500&statsType=420&statsCounty=14&Year=2008&type=1&statsPopulation=all) 2009-08-25.

Crafoord, C. (1991) *Utvecklande förtrolighet- tankar om kontaktmannaskap*. Falkenberg: Natur och kultur.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts förlag.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts förlag.

Fröberg, U. H. (2008). *Öppen Tvångsvård*. Institutet för Medicinsk Rätt AB: Lidingö

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt – icke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Växjö: Växjö universitet.

Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s 21-35). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (2008). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Langdon, P. E., Yagez, L., Brown, J., & Hope, A. (2001). Who walks through the “revolving – door” of a British psychiatric hospital? *Journal of mental Health*, 10, 5, 525 – 533.

Lidberg, L. & Wiklund, N. (2004). Brott, domstolar och påföljder för brott, Kriminalvården i Sverige, Psykiatrisk tvångsvård. I L.Lidberg & N. Wiklund (Red). *Svensk rättspsykiatri. Psykisk störning brott och påföljd* (s. 41-148). Lund: Studentlitteratur.

Nationell psykiatrisamordning (2006). PM. Öppen vård med särskilda villkor. Tillgänglig online [http://www.po-skane.org/dokument/Offen\\_vard\\_med\\_tvang.pdf](http://www.po-skane.org/dokument/Offen_vard_med_tvang.pdf) 2009-08-17.

- Nilsson, Å. (2000). Tredje gradens brännskador i själen. I M. M. Linehan, *Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsmanual* (s. 7-23). Stockholm: Natur och kultur.
- Rask, M. & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323-333.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 1991:1128 *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 1991:1129 *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 1993:387 *Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 2008:416 *Lag om öppen rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sjögren, R. (2008). En vision om det evidensbaserade rättspsykiatriska vårdandet. I R. Sjögren (Red). *Rättspsykiatriskt vårdande – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa* (s. 19-81). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (1991). *LRV: tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård*. Allmänna råd från socialstyrelsen 1991:10, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2007). Innehållet i den rättspsykiatriska vården. Tillgänglig online <http://193.235.70.189/rpk/ladda/Milton.pdf> 2009-10-05
- Socialstyrelsen (2008). Tvångsvården 2008. Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008. Tillgänglig online <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D2818AAE-8CD5-44FB-92E3-71B978D6D242/0/Tvangsvarden2008.pdf> 2009-03-04.
- Socialstyrelsen (2009a). Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Tillgänglig online <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/891597DA-A441-4A06-BA1A-0DD3AE2EDDC5/13346/200912681.pdf>. 2009-03-04
- Socialstyrelsen (2009b). En ny vårdform. En lägesrapport om öppen tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Tillgänglig online <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2009/10517/2009-126-149.htm> 2009-08-12
- SOSFS 2005:12 *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- SOU 1998:32 Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård. Tillgänglig online <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/24817> 2009-08-17
- SOU 2006:91 *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Betänkande från Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2006:100 *Ambition och Ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Socialdepartementet.

Strand, S., Holmberg, G. & Söderberg, E. (2009). *Den rättspsykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer. Tillgänglig online <http://www.vr.se/huvudmeny/etikforforskare/publikationerochriktlinjer.4.2d2dde24108bef1d4a8800063.html> 2009-04-01

Webb, S., Yagez, L., & Langdon, P. E. (2007). Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health, 16*(5): 647 – 661.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.





Institutionen för omvårdnad,  
hälsa och kultur.

Trollhättan 081125

**Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning psykiatrisk vård, 60hp.**

Till verksamhetschef XXXX

Vi är två studenter som läser specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård på Högskolan Väst i Trollhättan. Vi studerar på halvfart och arbetar halvtid inom rättspsykiatrisk vård. I programmet ingår att skriva ett examensarbete omfattande 10 veckors heltidsstudier, på 15hp.

Syftet med vårt examensarbete är att belysa olika berörda personalgruppers syn på faktorer som har betydelse för om en rättspsykiatrisk patient lyckas/misslyckas med sin långtidspermission. Vilka möjligheter och svårigheter finns det?

Ett antal av de patienter inom rättspsykiatri som har långtidspermission återintar emellanåt till slutenvården. Anledning kan vara att det inte fungerar i eget eller särskilt boende. I vissa fall fungerar permissionerna friktionsfritt. På regeringsnivå har detta problem uppmärksamats och att det är viktigt att förebygga återfall.

Vi vänder oss till dig som verksamhetschef på XXXX för att få ditt medgivande till att genomföra en gruppintervju med berörd personal på din enhet. Med berörd personal menar vi personer som är väl insatta i ovanstående problematik. Vi skulle vilja intervjua två stycken ur din personal, gärna på arbetstid om det är möjligt.

Vi kommer att samla cirka sex personer från olika verksamheter till en gruppintervju. Intervjun spelas in på band och beräknas pågå mellan en till två timmar.

Intervjun är frivillig och kan när som helst avbrytas. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att alla enskilda svar och personuppgifter

kommer att avidentifieras i arbetet. De enda som kommer ha tillgång till materialet är undertecknade och handledaren.

Vi tar kontakt med dig för ett muntligt besked i under vecka 49.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna.

Hälsningar

Maritha Holm

[maritha.holm@student.hv.se](mailto:maritha.holm@student.hv.se)

tel. 0521-22 00 31, 070-6432731

Erika Gustafsson

[erika.gustafsson@student.hv.se](mailto:erika.gustafsson@student.hv.se)

tel. 070-4533468

Handledare

Gullvi Flensner

<mailto:gullvi.flensner@hv.se>

tel. 0520 - 22 39 68

---

Svarstalong.

Jag medger att berörd personal får medverka i den aktuella studien.

Intervjuerna får genomföras på arbetstid:  JA  NEJ

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



Institutionen för omvårdnad,  
hälsa och kultur.

Trollhättan 081125

**Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning psykiatrisk vård, 60hp.**

Till XXXX

Vi är två studenter som läser specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård på Högskolan Väst i Trollhättan. Vi studerar på halvfart och arbetar halvtid inom rättspsykiatrisk vård. I programmet ingår att skriva ett examensarbete omfattande 10 veckors heltidsstudier, på 15hp.

Syftet med vårt examensarbete är att belysa olika berörda personalgruppers syn på faktorer som har betydelse för om en rättspsykiatrisk patient lyckas/misslyckas med sin långtidspermission. Vilka möjligheter och svårigheter finns det?

Ett antal av de patienter inom rättspsykiatri som har långtidspermission återintar emellanåt till slutenvården. Anledning kan vara att det inte fungerar i eget eller särskilt boende. I vissa fall fungerar permissionerna friktionsfritt. På regeringsnivå har detta problem uppmärksamats och att det är viktigt att förebygga återfall.

Vi vänder oss till dig på XXXX för att få ditt medgivande till att delta i en gruppintervju med olika personalkategorier som kommer i kontakt med dessa patienter. Vi har fått tillstånd av din verksamhetschef att du får delta på arbetstid. Vi kommer att samla cirka sex personer från olika verksamheter till en gruppintervju.

Intervjun spelas in på band och beräknas ta en till två timmar. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Det innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i arbetet. De enda som kommer ha tillgång till materialet är undertecknade och handledaren. Vänligen fyll i nedanstående talong och skicka tillbaka till oss.

Om du samtycker till att delta i studien kommer vi att kontakta dig per telefon för att komma överens om tid och plats för genomförandet. Vid eventuella frågor kontakta oss gärna.

Hälsningar

Maritha Holm

maritha.holm@student.hv.se  
tel. 0521-22 00 31, 070-6432731

Erika Gustafsson

[erika.gustafsson@student.hv.se](mailto:erika.gustafsson@student.hv.se)  
tel. 070-4533468

Handledare  
Gullvi Flensner  
<mailto:gullvi.flensner@hv.se>  
tel. 0520 - 22 39 68

---

Svarstalong.

Ja, jag samtycker till att delta i studien.

Nej, jag önskar inte delta i studien.

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Intervjuguide

Kan ni berätta om erfarenheter ni har av situationer som gått bra? Det vill säga där långtidspermissionen lyckats?

Kan ni berätta om erfarenheter ni har av situationer som inte gått bra? Situationer där långtidspermissionen misslyckats?

Om man ser till patientens egna förutsättningar, vad har bidragit till att det gått bra/inte gått bra?

Andra insatser som bidragit till att det gått bra?

Vad saknades i de fall där det inte gått bra?

Vilka utvecklingsområden ser ni för att minska återintag?

Vilka upplevelser har ni av samarbetet mellan slutenvård – öppenvård – kommun?



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99

