

Psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård: diagnosvariation i olika åldersgrupper och förändringar i övergång mellan BUP och VUP

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ansvaret för den psykiatriska vården av barn till och med 17 år. Från det att patienten fyller 18 år överförs ansvaret till vuxenpsykiatri (VUP).

När det gäller öppenvårdsinsatser kan tiden för överföring av patienten från BUP till VUP vara flexibel utifrån patientens behov och verksamheternas förutsättningar. En stor del av patienterna inom BUP överförs också till primärvården då denna ansvarar för en majoritet av vuxna patienter med psykiatrisk problematik. Eftersom det i Socialstyrelsens register saknas data över patienter som vårdas inom primärvården är övergången i öppenvårdsinsatser svår att kartlägga.

Till skillnad från öppenvården överförs det akuta ansvaret för patienten på 18-årsdagen, dvs. vid behov av heldygnsvård (HDV) kommer patienten vårdas på VUP fr.o.m. den dagen hen fyller 18.

Detta faktablad beskriver förekomsten av heldygnsvård och slutenvård med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) i BUP respektive VUP. Heldygnsvård inkluderar både individer som vårdas frivilligt och individer med slutenvård enligt LPT. Öppen psykiatrisk tvångsvård omfattas inte. Datakälla är Patientregistret (PAR) som Socialstyrelsen ansvarar för och som innehåller diagnoser för all slutenvård/heldygnsvård och specialiserad öppenvård på individnivå.

Faktabladet beskriver bl.a. de vanligast förekommande diagnoserna i HDV och slutenvård enligt LPT i respektive verksamhet sett till antal individer och vård dygn. Vidare beskrivs hur HDV och slutenvård enligt LPT för olika diagnoser varierar med kön och ålder.

BUP och VUP – två olika verksamheter

Det är tydligt att den barn och ungdomspsykiatriska och den vuxenpsykiatriska heldygnsvården skiljer sig mycket åt, se Faktaruta 1. Den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har, enligt SKR:s *Psykiatrin i siffror*, närmare 2 900 platser medan det endast finns 150 platser för vård av barn under 18 år. Bland vuxna vårdas en större andel av det totala antalet individer i HDV enligt LPT (25 procent) medan motsvarande andel för barn är 16 procent. Däremot är andelen vårddygn enligt LPT större hos barn än hos vuxna, vilket indikerar längre vårdtider för barn än för vuxna¹. Vidare är könsfördelningen olika. I vuxenpsykiatrisk heldygnsvård är det en jämn könsfördelning medan det i barnpsykiatrisk heldygnsvård framför allt är flickor som vårdas.

Faktaruta 1. Totalt antal individer i barn- och vuxenpsykiatrisk heldygnsvård (HDV) och tvångsvård (LPT) fördelat på kön 2022.

	VUP	BUP
Antal vårdplatser	2 878*	150*
Antal individer HDV	48 371	3 238
Antal individer LPT (% av HDV)	12 093 (25%)	548 (16%)
Antal vårddygn HDV	1 065 340	52 968
Antal vårddygn LPT (% av HDV)	429 727 (39%)	24 473 (46%)
Kvinnor/män HDV (%)	46/54	77/23
Kvinnor/män LPT (%)	48/52	79/21

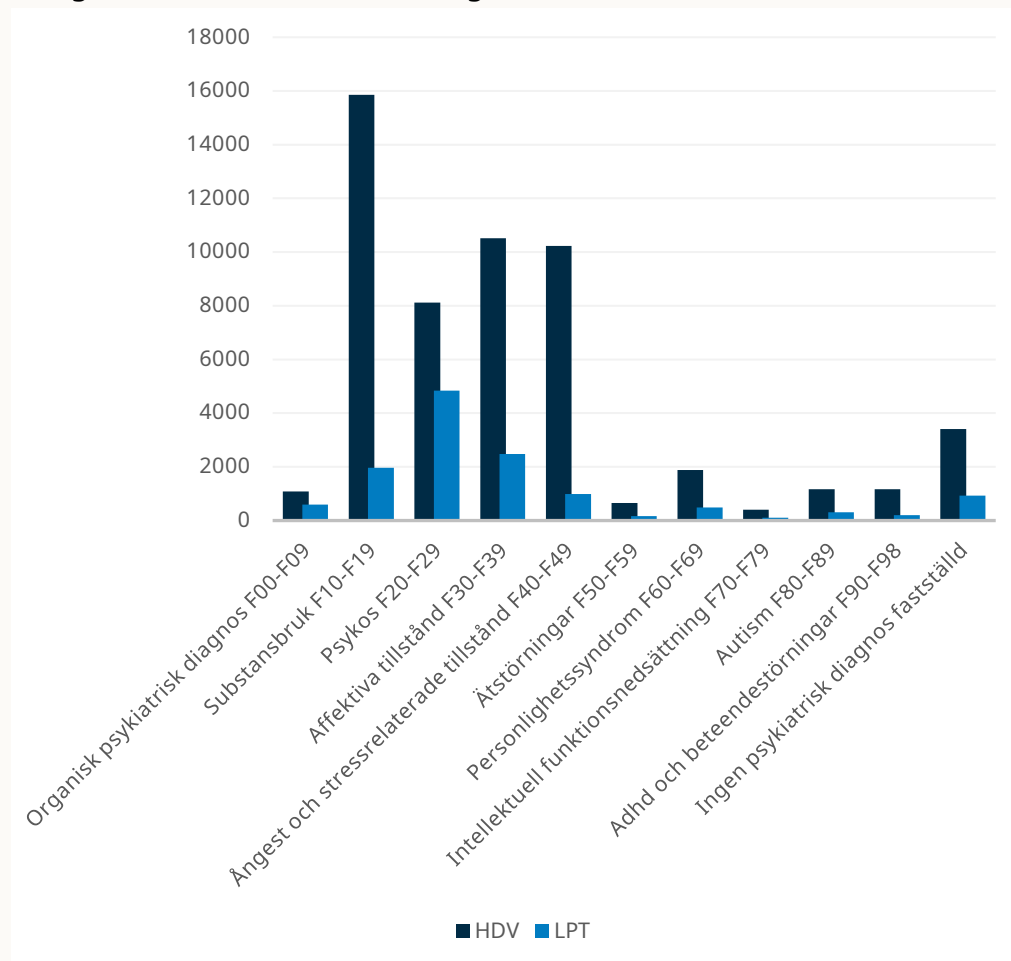
Källa: Socialstyrelsen *Psykiatrin i siffror SKR

Vuxenpsykiatri – psykosdiagnoser dominerar i tvångsvården

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården (inklusive tvångsvården) är patienter med substansbruk, följt av affektiva tillstånd (depressioner och bipolära tillstånd) samt ångest och stressrelaterade tillstånd vanligast förekommande år 2022. Den patientgrupp som är vanligast förekommande vid slutenvård enligt LPT är patienter med psykosdiagnos, figur 1.

¹ Siffran hos vuxna kan dessutom vara något överskattad då öppen psykiatrisk tvångsvård i vissa fall i vissa regioner kan vara felkodade som sluten LPT.

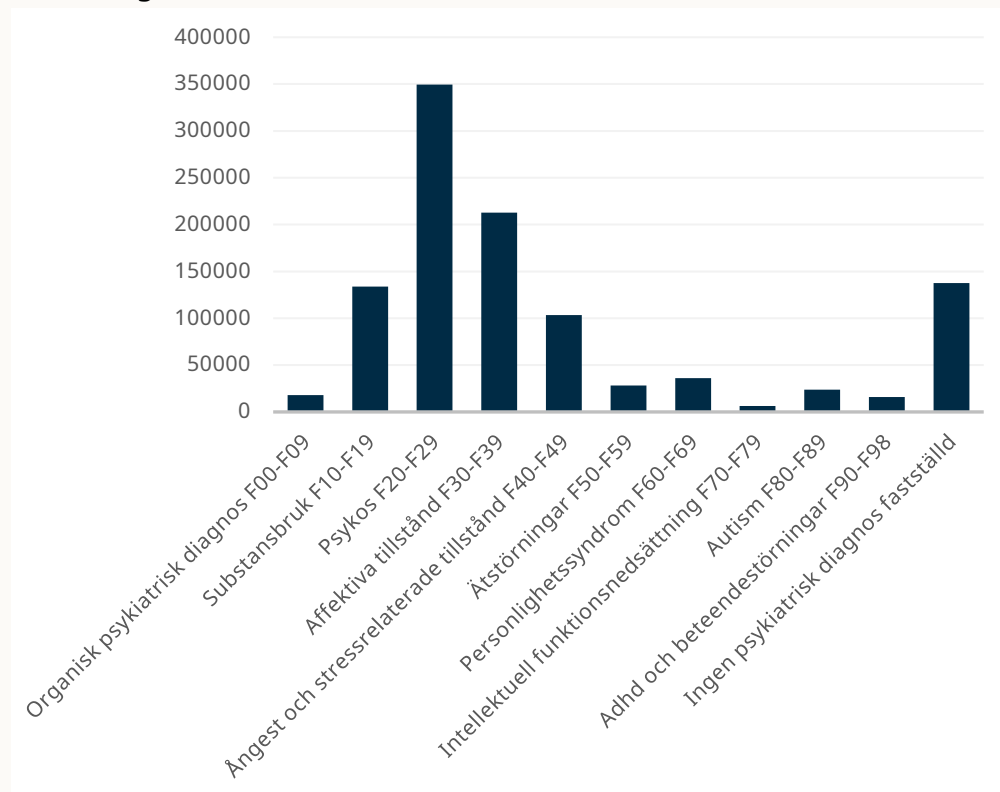
Figur 1. Antal individer i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård (HDV) och tvångsvård (LPT) utifrån huvuddiagnos.



För att få en bild av vilka diagnoser som dominerar i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård behöver man också titta på hur många vårddyggn som patienter med olika diagnoser vårdas. Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården (inklusive tvångsvård) har patienter med psykosdiagnos flest vårddyggn, följt av patienter med affektiva tillstånd², figur 2.

² P.g.a. vissa brister i datakvalitet kan vårddyggn som sker enligt LPT inte särredovisas.

Figur 2. Antal vårddygn i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård utifrån huvuddiagnos.

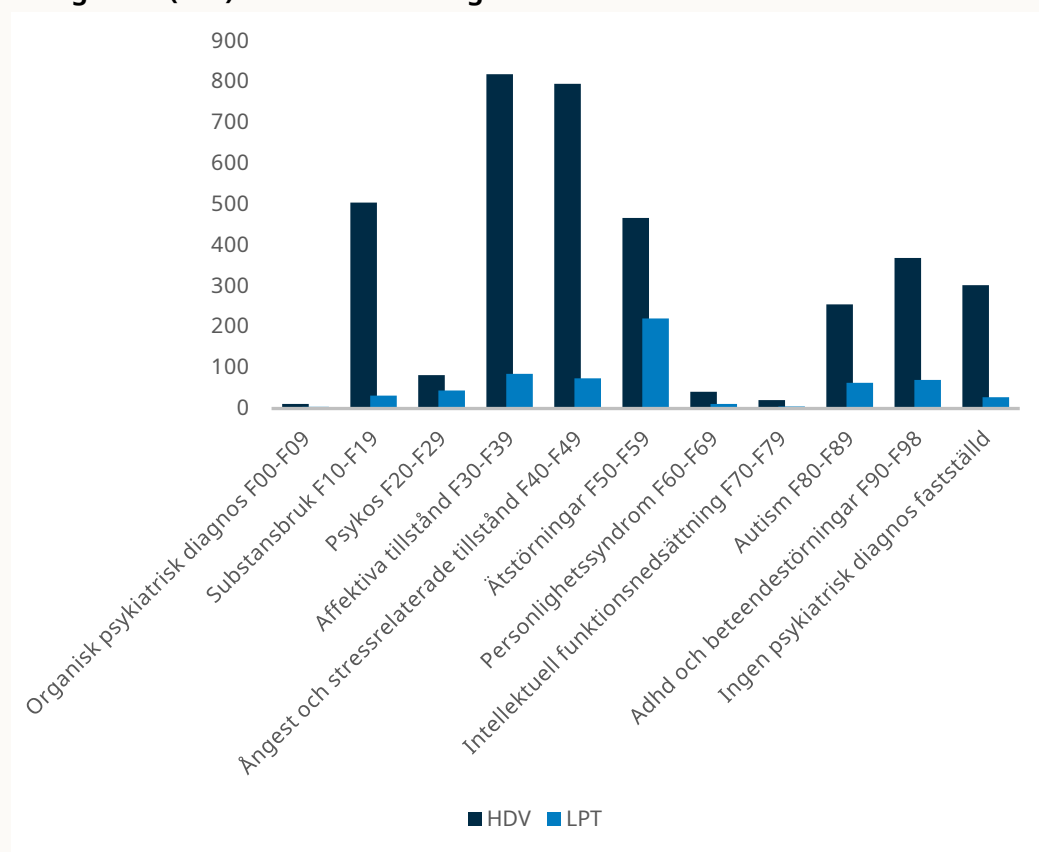


Sammanfattningsvis är vuxna patienter med psykosdiagnos den patientgrupp som har längst vårdtider och också är mest vanligt förekommande inom gruppen med vård enligt LPT. Patienter med substansbruk, affektiva tillstånd och ångesttillstånd är fler till antalet men har kortare vårdtider och vårdas också i mindre utsträckning med stöd av LPT.

Barn- och ungdomspsykiatri – ätstörningar dominerar i tvångsvården

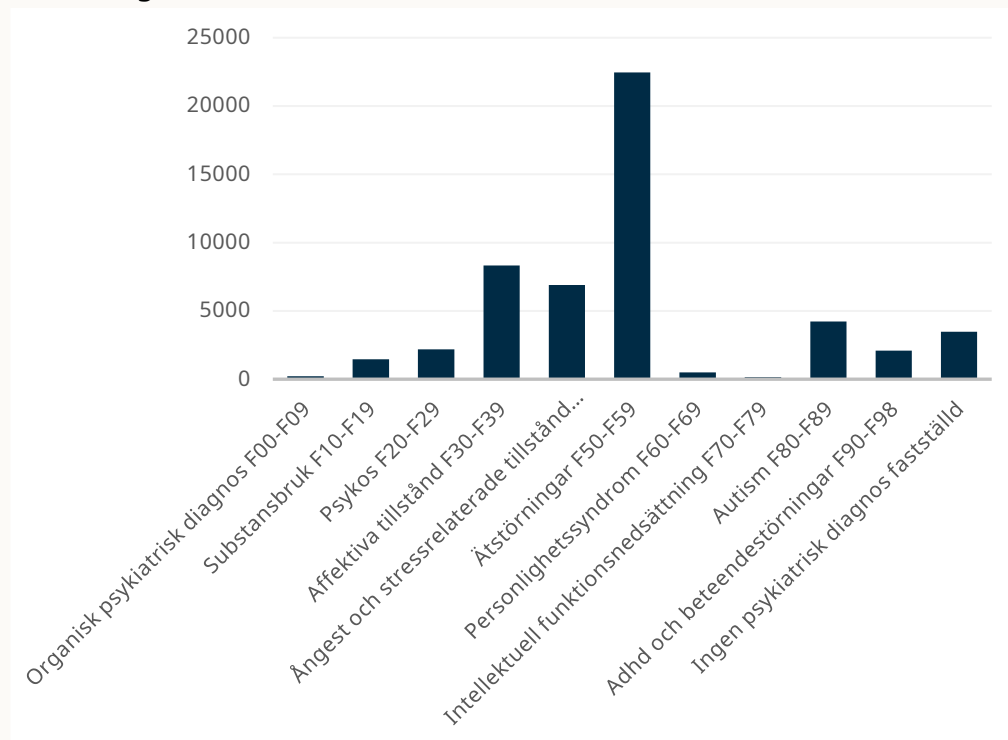
Inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården (inklusive tvångsvården) är patienter med affektiva tillstånd (hos barn främst depressioner) samt ångest och stressrelaterade tillstånd vanligast förekommande, följt av substansbruk. Den patientgrupp som är vanligast förekommande vid vård med stöd av LPT är patienter med ätstörningar, figur 3.

Figur 3. Antal individer i barnpsykiatrisk heldygnsvård (HDV) och tvångsvård (LPT) utifrån huvuddiagnos.



För att få en bild av vilka diagnoser som dominerar i heldygnsvården i BUP behöver man också titta på hur många vårddyggn som patienter med olika diagnoser vårdas. Inom barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård (inklusive tvångsvård) utgör vård av patienter med ätstörningar cirka 50 procent av vårddygnen, följt av patienter med affektiva tillstånd och ångesttillstånd, figur 4.

Figur 4. Antal vårddyggn i barnpsykiatrisk heldygnsvård utifrån huvuddiagnos.

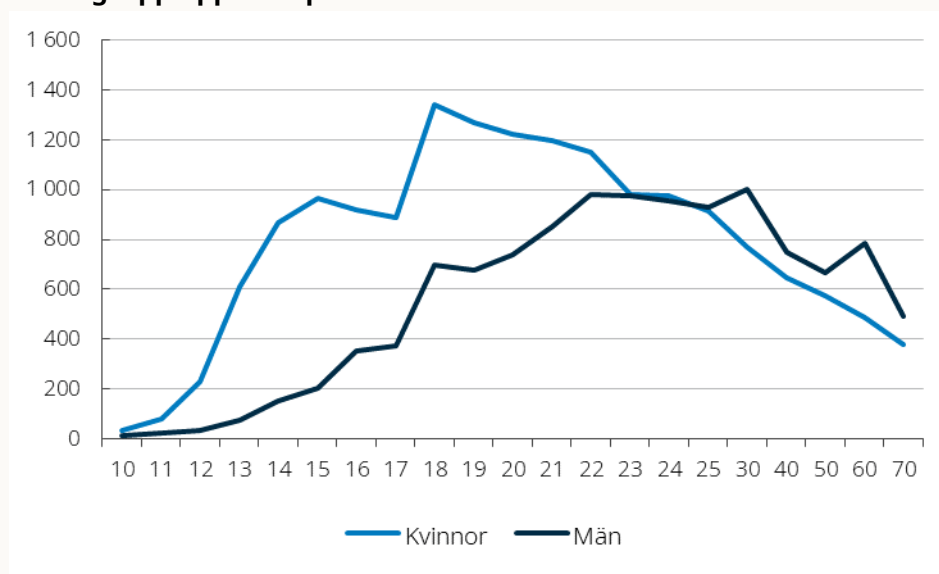


Sammanfattningsvis har patienter med diagnosen ätstörning längst vårdtider och är också mest vanligt förekommande inom gruppen med vård enligt LPT. Patienter med depressioner, ångesttillstånd och substansbruk är fler till antalet men har kortare vårdtider och vårdas också i mindre utsträckning med stöd av LPT.

Övergången mellan BUP och VUP

Heldygnsvård är för kvinnor vanligast i tidig vuxenålder, mellan cirka 18 och 22 år. För män är åldern då störst andel vårdas i heldygnsvård lite högre, mellan 22 och 35 år. En kraftig ökning av heldygnsvård kan noteras i övergången mellan BUP och VUP. Den största ökningen procentuellt sker hos pojkar men flickor/unga kvinnor dominerar BUP:s heldygnsvård, och även i åldersgruppen 18 till ca 22 år i heldygnsvård för vuxna, figur 5.

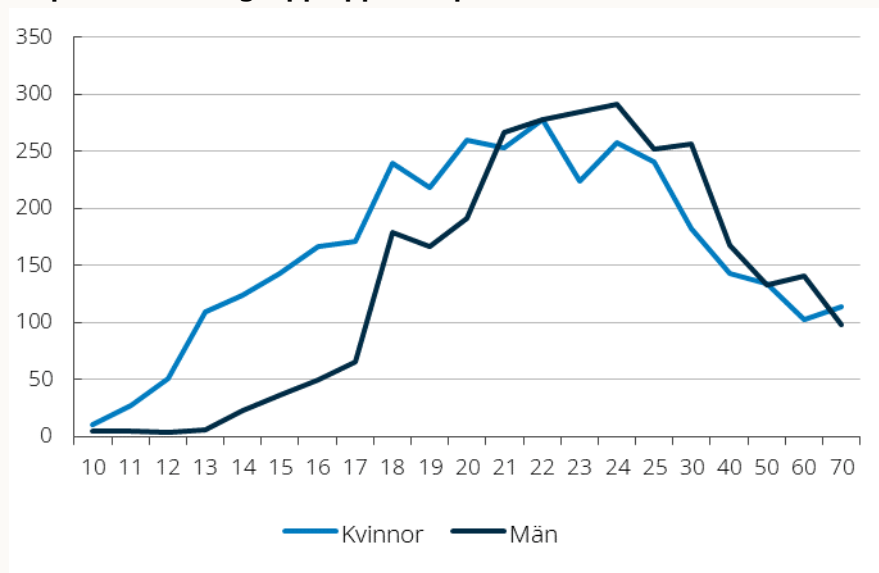
Figur 5. Individer per 100 000 som får heldygnsvård i respektive åldersgrupp uppdelat på kön.



Mindre könsskillnad i tvångsvården men flickor dominerar i yngre åldrar

Tvångsvård är för både kvinnor och män vanligast för unga vuxna. För kvinnor är det vanligast i åldern 18 till ca 25 år och för män i åldern ca 21 till ca 30 år. Även tvångsvården ökar markant för både kvinnor och män i samband med 18-årsdagen och procentuellt mer för män. Vård med stöd av LPT är tydligt vanligare hos flickor än pojkar. Denna skillnad planar ut strax efter 20 års ålder, därefter är tvångsvård något vanligare hos män, figur 6.

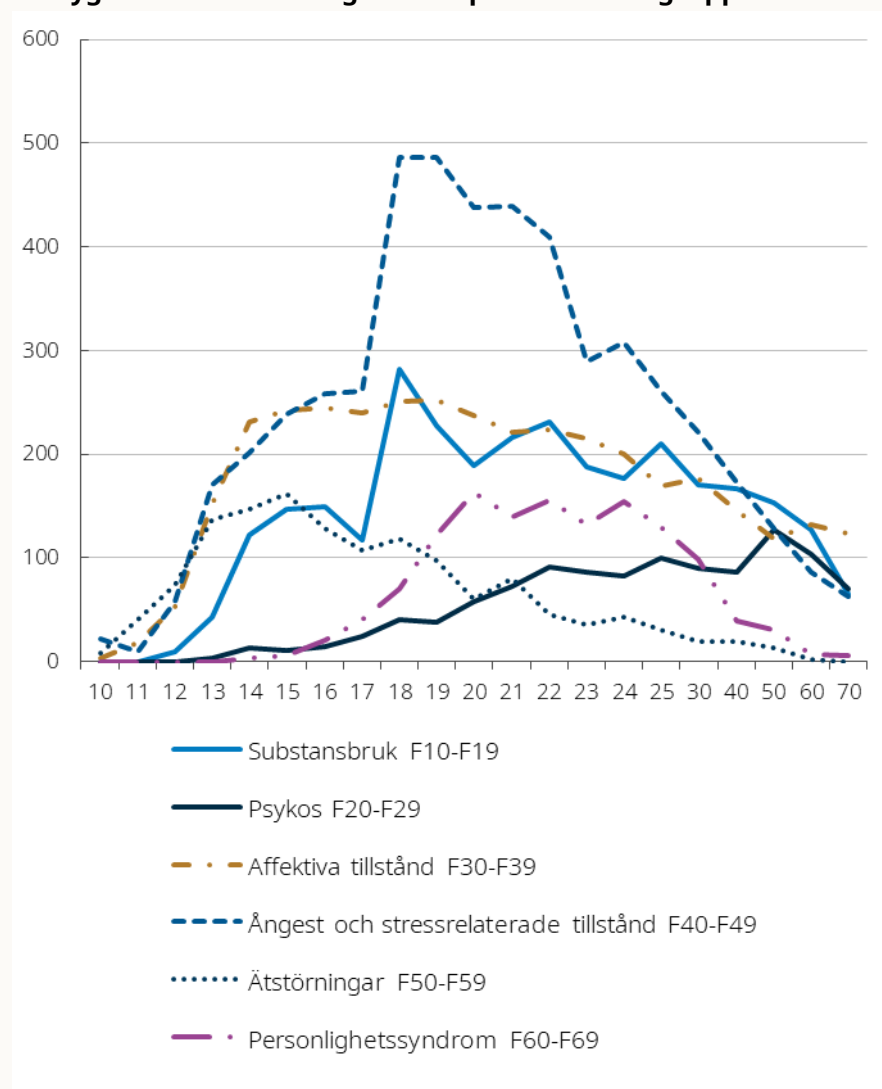
Figur 6. Individer per 100 000 som får heldygnsvård med stöd av LPT i respektive åldersgrupp uppdelat på kön.



Ångest vanligaste orsaken till heldygnsvård hos unga kvinnor – substansbruk hos män

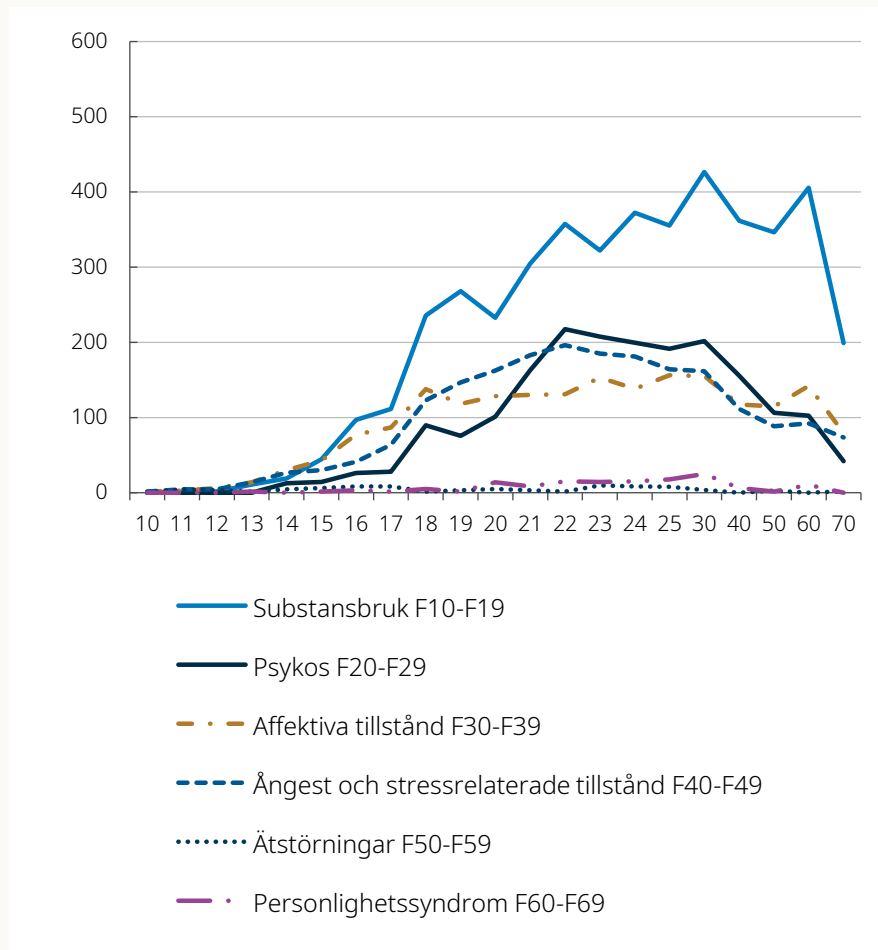
Hos unga vuxna kvinnor är ångest den dominerande orsaken till heldygnsvård. För ångesttillstånd sker en kraftig ökning vid övergång från BUP till VUP men också en gradvis minskning från 20-årsåldern. En avsevärd ökning ses för substansrelaterade tillstånd vid övergången mellan BUP och VUP men inte för någon av de andra diagnosgrupperna, figur 7.

Figur 7. Antal flickor/kvinnor per 100 000 i befolkningen som får heldygnsvård utifrån diagnos i respektive åldersgrupp.



För män är substansbruk den vanligaste diagnosen med en risk som ökar kraftigt i övergången mellan BUP och VUP, och därefter fortsätter att öka upp till ca 22 års ålder varefter andelen med heldygnsvård fortsätter att vara hög på en ganska jämn nivå under hela vuxenlivet. För flera andra diagnosområden innebär övergången mellan BUP och VUP också en ökad risk för heldygnsvård för män, figur 8.

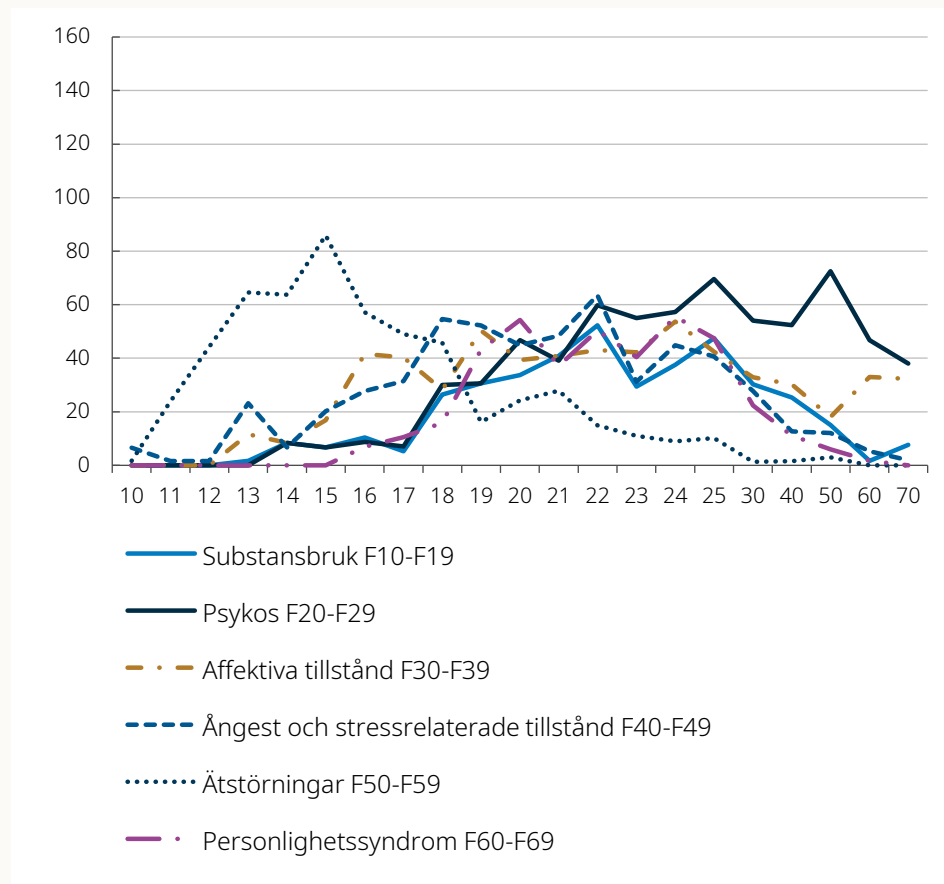
Figur 8. Antal pojkar/män per 100 000 i befolkningen som får heldygnsvård utifrån diagnos i respektive åldersgrupp.



Ätstörningar och psykos är de vanligaste orsakerna till tvångsvård

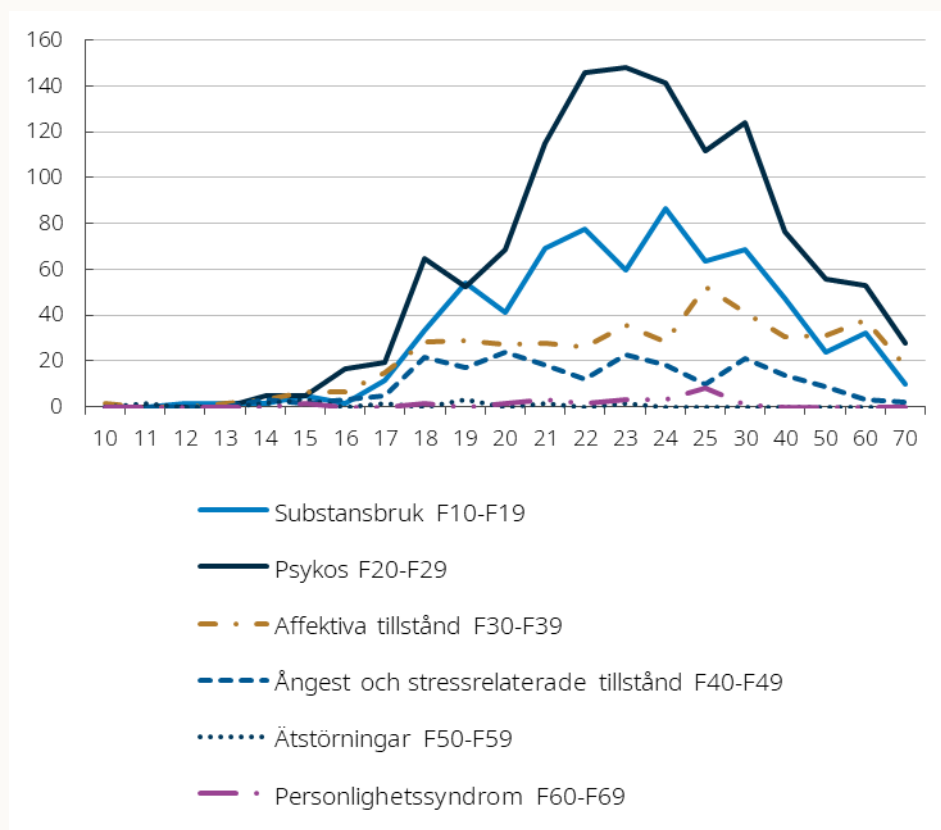
Flickor med ätstörningar dominerar helt den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården där andelen med heldygnsvård är högst i åldern 13–15 år för att därefter minska till låga nivåer i 25–30-årsåldern. I flera andra diagnosgrupper ökar tvångsvården för kvinnor i samband med 18-årsdagen och från 25 års ålder är patienter med psykosdiagnoser vanligast, figur 9.

Figur 9. Antal flickor/kvinnor per 100 000 i befolkningen som får tvångsvård enligt LPT utifrån diagnos och i respektive åldersgrupp.



Hos pojkar är tvångsvård ovanligt innan 18 års ålder varefter det sker en tydlig ökning i övergången mellan BUP och VUP. För män med tvångsvård är psykosdiagnoser vanligast, följt av substansbruk. För båda dessa grupper ökar andelen med tvångsvård för unga vuxna fram till ca 22 års ålder för att senare minska från ca 30 års ålder, figur 10.

Figur 10. Antal pojkar/män per 100 000 i befolkningen som får tvångsvård enligt LPT utifrån diagnos och i respektive åldersgrupp.



Sammanfattning

Socialstyrelsen konstaterar att det vårdas färre patienter på BUP än på VUP och att det finns färre vårdplatser inom BUP jämfört med VUP, räknat i relation till befolkningsstorlek i respektive åldersintervall.

En iakttagelse är att personer som är 18 år får psykiatrisk heldygnsvård eller tvångsvård i betydligt högre grad är 17-åringar. Det sker en dramatisk förändring i HDV för många diagnoser i samband med övergången från BUP till VUP. Orsakerna till dessa stora förändringar i samband med övergången är inte kända. Möjligen kan en mindre tillgång till heldygnsvård i BUP vara en förklaring. En annan bidragande orsak kan vara att stödet till personer under 18 år är större, framför allt genom föräldrar men även i form av andra insatser i samhället. Förändringarna kan sannolikt också avspejla skillnader i handläggning och rutiner för inläggning inom de olika verksamheterna. Ytterligare en bidragande orsak kan vara att patienterna efter att de fyllt 18 år och avslutas inom BUP förlorar kontakten med vården, vilket delvis kan förklaras av att patienterna själva ska sköta sina vårdkontakter från 18 års ålder. Det behövs en fördjupad analys för att dels förstå detta fenomen, dels

identifiera möjliga sätt att möta ungas psykiatriska vårdbehov efter att de fyllt 18 år på bättre sätt.

Patientgrupperna i BUP och VUP skiljer sig också mycket åt. Flickor står för den övervägande delen av HDV inom BUP medan det är jämnare fördelat inom VUP. Diagnoser där flickor har mer HDV än pojkar inom BUP innefattar ätstörningar, ångesttillstånd, affektiva tillstånd och substansbruk. En fråga är om vårdbehov hos pojkar inte uppmärksammas i samma grad som hos flickor inom BUP, alternativt om pojkar i större utsträckning får vård inom andra instanser (Statens institutionsstyrelse (SiS), Hem för vård eller boende (HVB)) vid likande psykiatriska tillstånd? Och om det finns en undanträngningseffekt av pojkar till förmån för flickorna?

Unga vuxna kvinnor är den grupp som får mest HDV och för både män och kvinnor är det unga vuxna som får mest tvångsvård, räknat på antalet individer i relation till befolkningen per årskull. För dessa grupper finns behov av fördjupad analys för att förstå de underliggande behoven och om det skulle vara möjligt att möta gruppernas behov på bättre sätt.