

# Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga

Öppna jämförelser 2019

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2019-12-6475

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2019

# Förord

För första gången publiceras en öppen jämförelse med fokus på psykiatrisk vård för barn och unga. Rapporten ger en samlad och övergripande bild av den psykiatriska vård och behandling som ges till barn och unga och riktar sig främst till professionen och beslutsfattare på olika nivåer. Ett av flera mål är att rapporten ska fungera som underlag för framtida diskussioner inom området. Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Petra Sundlöf, Carina Gustafsson och Rocio Winnersjö. Ansvariga enhetschefer har varit Birgitta Lindelius och Maria State. Flera andra medarbetare vid Socialstyrelsen har också deltagit i arbetet genom att lämna värdefulla synpunkter. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregister och övriga externa aktörer som bidragit med underlag till rapporten.

Mona Heurgren  
Avdelningschef  
Avdelningen för register och statistik



# Innehåll

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Förord .....                                                                                                                                 | 3   |
| Sammanfattning .....                                                                                                                         | 7   |
| Inledning .....                                                                                                                              | 9   |
| Bakgrund till rapporten .....                                                                                                                | 9   |
| Syfte .....                                                                                                                                  | 9   |
| Avgränsningar .....                                                                                                                          | 10  |
| Tidigare uppföljningar av området .....                                                                                                      | 10  |
| Rapportens disposition och bilagor .....                                                                                                     | 12  |
| Material, metod och tillvägagångssätt .....                                                                                                  | 13  |
| Öppna jämförelser – en indikatorbaserad uppföljning .....                                                                                    | 13  |
| Vad är en indikator? .....                                                                                                                   | 13  |
| Indikatorurval .....                                                                                                                         | 14  |
| Använda datakällor .....                                                                                                                     | 14  |
| Dataredovisning och tolkning .....                                                                                                           | 15  |
| Definitioner .....                                                                                                                           | 17  |
| Bakgrundsförutsättningar .....                                                                                                               | 19  |
| Vårdens organisation .....                                                                                                                   | 19  |
| Vårdens resurser .....                                                                                                                       | 24  |
| Resultatredovisning .....                                                                                                                    | 29  |
| Psykiatrisk vård och behandling vid olika tillstånd och diagnoser .....                                                                      | 29  |
| Psykiatrisk vård i anslutning till allvarliga handlingar .....                                                                               | 46  |
| Kvalitet, kontinuitet och samverkan i vården .....                                                                                           | 61  |
| Läkemedelsbehandling .....                                                                                                                   | 66  |
| Elektrokonvulsiv behandling .....                                                                                                            | 91  |
| Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) .....                                                                                   | 94  |
| Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri – Q-bup .....                                                                    | 98  |
| Bilaga 1. Definitioner av diagnoser och läkemedel enligt ICD-10 och ATC .....                                                                | 106 |
| Bilaga 2. Diagnosförekomst och vårdkonsumtion bland unga vuxna inom den specialiserade psykiatri – resultat från en uppföljningsstudie ..... | 109 |
| Referenser .....                                                                                                                             | 114 |



# Sammanfattning

Denna rapport är den första öppna jämförelsen med fokus på uppföljning av psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Totalt redovisas 30 indikatorer och mått. I rapporten redovisas även uppgifter om diagnoser och behandlingsinsatser som hämtats från kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri – Q-bup.

I rapporten framkommer att det finns skillnader mellan olika regioner för flera av utfallen, bland annat vård och behandling vid olika tillstånd och diagnoser, läkemedelsanvändning och tillgänglighet till vård. Det finns även skillnader mellan könen och mellan barn och unga i olika åldersgrupper.

Antalet barn och unga vuxna som vårdades i psykiatrisk öppenvård ökade generellt under perioden 2013 – 2017. Bland barn i åldern 0 – 17 år vårdades fler pojkar än flickor, medan antalet vårdade bland unga vuxna i åldern 18 – 24 år var högre bland kvinnor än män. Däremot minskade antalet barn som vårdades inom den psykiatriska slutenvården något under samma period. Även bland unga vuxna märks en svag minskning sedan 2015.

Allt fler barn behandlas för depression eller ångestsyndrom inom den öppna specialiserade psykiatriska vården, och det är mer än dubbelt så vanligt att flickor behandlas i jämförelse med pojkar. Även bland unga vuxna har antalet vårdade ökat något. När det gäller behandling för depression eller ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården märks en ökning främst bland unga kvinnor.

Antalet barn som vårdades i specialiserad öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser minskade mellan år 2013 och 2017. Bland unga vuxna har antalet som vårdats varit relativt konstant under perioden, och vård till följd av skadligt bruk och beroende är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor.

Fler flickor och unga kvinnor vårdas i psykiatrisk slutenvård till följd av självskadehandling än pojkar och män. Någon ökning av antalet barn eller unga som vårdats till följd av självskadehandling har dock inte skett under den studerade perioden. Mer än 80 procent av patienterna har haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård upp till 1 år efter att man vårdats för självskadehandlingen.

Antalet barn som har vårdats med tvång enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, har varit relativt konstant under perioden 2014 – 2017. Bland barn tvångsvårdades fler flickor än pojkar, medan det bland unga vuxna var något fler män än kvinnor som vårdades.

Användandet av antidepressiva läkemedel har ökat stort bland både barn och unga vuxna, och är betydligt vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män. Allt fler barn och unga vuxna använder melatonin mot sömnstörningar och uthämtandet av detta läkemedel har ökat kraftigt under perioden 2012 – 2017. Samtidigt har användandet av andra sömnmedel och vissa lugnande medel minskat bland barn.

Antalet barn i åldern 5–17 år som använder läkemedel vid adhd har ökat över tid och medicineringen med adhd-läkemedel är dubbelt så hög bland

pojkar som bland flickor. Hur läkemedelsanvändningen hänger samman med en eventuell ökning av olika diagnoser kan vara ett angeläget område för framtida analyser.

Resultat från SKR:s väntetidsdatabas visar också att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri förvärrats. Väntetiderna till såväl förstagångsbesök som till fördjupad utredning och behandling har ökat, och allt färre patienter kan erbjudas detta inom 30 dagar.

Data från det nationella kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri som idag omfattar tre regioner, visar att läkemedelsbehandling tätt följd av KBT är vanligt förekommande behandlingsinsatser bland barn i tonåren. Ofta kombineras en behandlingsinsats med en eller flera andra insatser.

Denna rapport belyser skillnader i psykiatrisk vård och behandling för barn och unga, men utreder inte orsakerna bakom dessa. Öppna jämförelser är en rapport av beskrivande karaktär och innefattar ingen analys eller bedömning av möjliga orsaker till eventuella skillnader i utfallen. För att få kunskap om bakomliggande orsaker krävs fördjupade analyser.

# Inledning

Psykisk ohälsa bland barn och unga är ett allvarligt folkhälsoproblem. Området har på senare tid allt oftare hamnat i fokus för samhällsdebatter och även uppmärksammats i flera av Socialstyrelsens rapporter [1-3].

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som innefattar allt från lättare psykiska besvär till en mängd olika psykiatriska diagnoser av olika allvarlighetsgrad.

Ett sätt att öka förståelsen och lyfta upp bredden på området är att använda sig av den statistik som finns tillgänglig. Med statistikens hjälp kan vi tydliggöra omfattningen och allvarlighetsgraden när det gäller psykiatriska tillstånd och diagnoser bland barn och unga, och få en ökad insikt i den vård och behandling som ges. Det blir också möjligt att visa på skillnader mellan länen. Inom området finns många olika aktörer som kan uppmärksamma barns och ungas psykiska hälsa. Det kan vara såväl förskolan och skolan som hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De har alla på olika sätt ansvar för att främja psykisk hälsa och ge vård för psykiska besvär eller psykisk sjukdom till barn och unga.

I denna rapport vill Socialstyrelsen bidra till att ge en samlad bild av den psykiatriska vård och behandling som ges till målgruppen. Målsättningen är även att rapporten ska fungera som ett underlag för kommande diskussioner, prioriteringar och ställningstaganden gällande psykiatrisk vård och behandling för barn och unga.

## Bakgrund till rapporten

År 2015 publicerade Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen rapporten Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Rapporten innehöll förslag till uppföljningsområden, indikatorer och mått för att följa den vård och omsorg som ges till barn och unga med psykisk ohälsa [2].

I rapporten uppmärksammades även behovet av att publicera en samlad rapport över indikatorer och andra mått av relevans för området. Den här rapporten är delvis att betrakta som ett resultat av detta, eftersom arbetet med indikatorer och mått till stor del tagit sin utgångspunkt ur de förslag som presenterades 2015.

## Syfte

Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att ge en samlad och övergripande bild av den psykiatriska vård och behandling som ges till barn och unga.

I arbetet med att beskriva den vård och behandling som ges till denna grupp, studeras ett flertal indikatorer och mått med fokus på psykiatrisk öppenvård respektive slutenvård, läkemedelsanvändning och väntetider. Med hjälp av de indikatorbaserade jämförelserna synliggörs utvecklingen över tid

samt eventuella skillnader när det gäller vårdens tillgänglighet, behandling och resultat.

Målet är att rapporten ska ge en ökad insyn i samt kunskap om hur den psykiatriska vården för barn och unga bedrivs. Den är även tänkt att fungera som underlag för vidare diskussioner och analyser på lokal nivå, samt stimulera till förbättringsarbete av vårdens kvalitet och effektivitet på såväl regional som nationell nivå.

## Avgränsningar

I rapporten studeras huvudsakligen vård och behandling av barn och unga som besökt läkare i psykiatrisk öppenvård eller vårdats i psykiatrisk slutenvård. Den främsta orsaken till detta val är att det i nuläget enbart är dessa besök som rapporteras till Socialstyrelsens patientregister och som därmed kan följas upp på nationell nivå. Genom olika kvalitetsregister och landstingsdatabaser kan det finnas mer information att hämta. Ett sådant exempel är kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri, Q-bup. Data därifrån redovisas i ett fördjupningsavsnitt i denna rapport.

För närvarande saknas rikstäckande och jämförbara datakällor som kan användas för nationell uppföljning av bl. a. primärvårdens innehåll och resultat, och därmed också av dess bidrag till hälso- och sjukvårdens insatser som helhet. Även för barnhälsovård och ungdomsmottagningar saknas rikstäckande datakällor. Läkemedel som förskrivs i primärvården kan dock till stor del följas upp via läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

En stor del av det arbete som rör barn och unga med psykisk ohälsa bedrivs i kommunernas regi. Denna rapport beskriver dock endast den vård och behandling som bedrivs inom den specialiserade psykiatri i regionerna.

Rapporten har vidare avgränsats till att omfatta barn och unga till och med 24 år. Åldersindelningen, som kan se olika ut beroende på indikator, påverkas av datatillgången samt möjligheterna till nedbrytning.

Öppna jämförelser är en rapportserie av beskrivande karaktär. Den sträcker sig till att redovisa skillnader men däremot inte till att analysera orsakerna till skillnaderna. För detta krävs vidare analyser.

## Tidigare uppföljningar av området

Både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har tidigare i olika rapporter följt upp den psykiska hälsan bland barn och unga. I nedanstående avsnitt redogörs i korthet för ett urval av dessa.

I Socialstyrelsens rapport *Psykisk ohälsa bland barn och unga* från 2013, konstateras bland annat att allt fler ungdomar söker psykiatrisk vård och har sämre möjligheter att etablera sig i samhället. Resultaten från rapportens studie visade också att självrapporterade besvär som oro, ångslan och ångest tenderar att öka risken för psykisk sjuklighet, självmordsförsök och dödlighet under en efterföljande femårsperiod [1].

I rapporten *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna* från 2017, analyserades ökningen av vissa psykiatriska diagnoser, läkemedelsförskrivning samt sjukdomsförlopp vid psykisk ohälsa bland barn och

unga. Resultaten visade att de diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och ångestsyndrom, samt att detta resulterat i en ökad förskrivning av psykofarmaka [3].

I Socialstyrelsens öppna jämförelser av placerade barns utbildning och hälsa, framkommer bland annat att det är betydligt vanligare att 15–16-åringar som är placerade i familjehem eller i Hem för vård och boende (HVB-hem) använder psykofarmaka jämfört med jämnåriga som inte är placerade [4].

Under 2019 har Socialstyrelsen även publicerat en utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom samt en kartläggning och analys av konsekvenser för patienter med adhd. Båda rapporterna berör barn och unga vuxna med denna problematik [5, 6].

Folkhälsomyndigheten genomför vart fjärde år enkätundersökningen ”Skolbarns hälsovanor” bland 11-, 13- och 15-åringar. Enligt den senaste undersökningen har andelen 11-åringar som upplever återkommande psykosomatiska besvär som exempelvis huvudvärk, nedstämdhet och sömnsvårigheter, ökat mellan åren 2013 och 2018, bland såväl pojkar som flickor. Bland 13- och 15-åringar har andelen som rapporterar psykosomatiska besvär ökat kontinuerligt. Andelen med minst två psykiska eller somatiska besvär mer än en gång i veckan är omkring dubbelt så stor i dag jämfört med 1980-talets mitt. Ökningen är särskilt stor bland flickor [7].

År 2018 publicerade Folkhälsomyndigheten resultatet av en systematisk litteraturöversikt och metaanalys som studerat trender i barns och ungas självrapporterade psykosomatiska besvär i olika delar av världen. Studien visade att självrapporterade psykosomatiska besvär i denna grupp ökat marginellt sedan början av 1980-talet, samt att ökningen i huvudsak skett i norra Europa [8]. I en annan rapport från Folkhälsomyndigheten 2018, undersöktes tänkbara orsaker till varför psykosomatiska symtom ökat bland barn och unga 1985–2014. I rapporten konstateras bland annat att såväl brister i skolans funktion, som en ökad medvetenhet om allt större utbildnings- och kompetenskrav på arbetsmarknaden, har bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom bland barn och unga [9].

Denna genomgång visar att psykisk ohälsa kan följas upp på flera olika sätt. Med hjälp av enkätdata är det exempelvis möjligt att ta reda på hur stor andel barn och unga som upplever olika typer av psykiska besvär. Genom registerdata är det möjligt att få en bild av hur stor andel barn och unga som fått specialiserad psykiatrisk vård och behandling. Oavsett vilken metod som används, visar ovan nämnda rapporter tillsammans att problemen inte tycks minska i omfattning och att allt fler barn och unga söker vård.

Det finns flera tänkbara orsaker till att antalet barn och unga som får psykiatrisk vård och behandling ökat. En möjlig sådan kan vara minskad stigmatisering av psykiatriska tillstånd och sjukdomar som tillsammans med förbättrad tillgång till vård och behandling bidragit till att fler söker vård. En annan tänkbar förklaring kan vara att kunskaperna om olika psykiatriska tillstånd och symtom har ökat, såväl inom vården som i samhället i stort, vilket resulterat i att man bättre kan uppmärksamma eventuella problem som kräver utredning.

## Rapportens disposition och bilagor

Rapporten består av två delar. Den första delen innefattar tre kapitel som omfattar inledning, syfte, avgränsningar, metod, material och tillvägagångssätt samt en beskrivning av använda datakällor. I ett av kapitlen ges också en beskrivning av bakgrundsförutsättningar med fokus på faktorer kopplade till den psykiatriska vårdens organisation, finansiering och resurser.

Rapportens andra del innefattar en resultatredovisning av ett antal utvalda indikatorer och mått inom området psykiatrisk vård och behandling bland barn och unga. Redovisningen görs utifrån delområdena psykiatrisk vård och behandling vid olika tillstånd och diagnoser samt i anslutning till allvarliga handlingar (exempelvis skadligt bruk och beroende samt självskadehandlingar), kvalitet, kontinuitet och samverkan i vården, läkemedelsbehandling, elektrokonvulsiv behandling samt tillgänglighet. I rapporten finns även två fördjupningsavsnitt. I det första av dessa som presenteras i anslutning till resultatredovisningen, redovisas diagnosdata och behandlingsinsatser för patienter som behandlats inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) med utgångspunkt från data från kvalitetsregistret för barn och ungdomspsykiatri – Q-bup. I det andra fördjupningsavsnittet som presenteras i bilaga, redovisas resultat från en studie rörande diagnostisering och vårdkonsumtion bland unga vuxna.

Till rapporten hör även en bilaga som beskriver de diagnoser och läkemedel som innefattas i de indikatorer och mått som redovisas.

# Material, metod och tillvägagångssätt

## Öppna jämförelser – en indikatorbaserad uppföljning

Socialstyrelsen har publicerat Öppna jämförelser sedan 2006. Vid sidan av en årlig återkommande rapportering av övergripande hälso- och sjukvårdsindikatorer, har även en rad tematiskt inriktade rapporter publicerats inom ramen för Öppna jämförelser. Folkhälsa, cancersjukvård samt kvinnors hälso- och sjukvård är några exempel på områden som rapporteringen fokuserat på.

Öppna jämförelser kan i korthet beskrivas som en indikatorbaserad uppföljning genom jämförelser där data bearbetas i syfte att redovisa utfall för ett antal definierade indikatorer. Denna rapport som behandlar temat psykiatrisk vård och behandling av barn och unga, är i likhet med tidigare redovisningar till stor del en sådan indikatorbaserad uppföljning.

Som tidigare nämdes är Öppna jämförelser en rapportserie av beskrivande karaktär och innefattar ingen analys eller bedömning av möjliga orsaker till eventuella skillnader i utfallen. För att få kunskap om bakomliggande orsaker krävs fördjupade analyser.

I sammanhanget är det även viktigt att understryka att jämförelserna inte alltid ger en heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Resultaten bör tolkas med hänsyn till regionala och lokala förutsättningar och även kompletteras med andra underlag.

## Vad är en indikator?

En indikator är något som kan mätas och används vanligtvis för att visa ett tillstånd eller en förändring i ett större system. Genom att följa en indikators utveckling kan man få en uppfattning om i vilken riktning en verksamhet utvecklas, på nationell, regional eller lokal nivå.

De indikatorer som används i öppna jämförelser ska belysa olika aspekter av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Ofta speglar indikatorerna processer och resultat. Socialstyrelsen har satt upp ett antal kriterier som stöd för att fastställa och utveckla indikatorer och särskilja dem från andra nyckeltal och bakgrundsvariabler [10]. Kriterierna har varit vägledande även för detta arbete och enligt dessa ska en indikator vara mätbar och valid, vedertagen samt bygga på kunskap. Den ska vara relevant för verksamheten den berör och resultaten ska vara påverkbara för huvudmannen eller utföraren. Indikatorn ska också vara tolkningsbar, det vill säga ha en tydlig riktning. Man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.

Vidare bör indikatorn vara rikstäckande och möjlig att bryta ned på olika nivåer. För vissa indikatorer finns även tydliga nationella målnivåer.

## Indikatorurval

Rapportens andra del utgörs av en resultatredovisning med indikatorer fördelade på sex olika delområden. Urvalet av indikatorer har gjorts med utgångspunkt från temat psykiatrisk vård och behandling för barn och unga. Valet har även styrts av tillgången till tillförlitlig data, samt möjligheterna till uppföljning och nedbrytning. Det innebär att urvalet inte gjorts utifrån ett antagande om att just dessa indikatorer och mått är mer lämpade än andra för att belysa psykiatrisk vård för barn och unga.

År 2015 publicerade Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen rapporten *Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik*. I rapporten identifierades uppföljningsområden, indikatorer och mått samt datakällor lämpliga för området. Slutsatserna från det arbetet har till viss del också styrt urvalet av indikatorer och mått i denna rapport.

Rapportens indikatorer är valda i syfte att belysa psykiatriska diagnoser och vård och behandling bland barn och unga. Det är dock viktigt att understryka att urvalet endast utgör ett litet nedslag på området och därför bara belyser begränsade delar och aspekter av hälso- och sjukvården.

Samtliga mått och uppgifter som rör patienters kontakter med den psykiatriska vården innefattar endast läkarkontakter, eftersom Socialstyrelsen saknar tillgång till information om kontakter och besök hos andra yrkeskategorier. Det innebär att vi inte vet något om i vilken utsträckning patienterna haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska vården.

I rapporten redovisas även ett antal mått som inte kan betraktas som fullvärdiga indikatorer, då de har begränsningar och inte helt uppfyller alla kriterier för indikatorer. Exempel på sådana utgör de mått som visar andelen barn och unga som haft kontakt med läkare inom hälso- och sjukvården före vård till följd av skadligt bruk och beroende, självskadehandling samt suicid. Vi har trots detta valt att redovisa dessa mått för att stimulera till en diskussion om hälso- och sjukvårdens möjligheter att förebygga denna typ av handlingar.

För en närmare beskrivning samt mer detaljerad information om de indikatorer och mått som redovisas, hänvisar vi till rapportens separata indikatorbilaga. Den finns tillgänglig i elektronisk form kort efter att rapporten utgivits.

## Använda datakällor

I rapporten används data från ett flertal olika register. Inom delområdena psykiatrisk vård samt läkemedelsbehandling redovisas ett flertal indikatorer. För dessa har det nationella patientregistret och läkemedelsregistret varit den huvudsakliga datakällan. För några av indikatorerna har uppgifter även hämtats från dödsorsaksregistret och registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Uppgifter om tillgänglighet till vård har hämtats från databasen Väntetider i vården som tillhandahålls av Sveriges Kommuner och Regioner. Data om elektrokonvulsiv behandling kommer från kvalitetsregistret ECT.

I ett särskilt avsnitt av rapporten, redovisas diagnos- och behandlingsdata om patienter som besökt och fått behandling vid BUP. Uppgifterna kommer från det nationella kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri, Q-bup. Registret beskrivs närmare i det avsnittet. Rapporten innefattar även ytterligare ett fördjupningsavsnitt, där en studie om diagnostisering och vårdkonsumtion bland unga vuxna redovisas i bilaga. Materialet som ligger till grund för den studien har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

Avsnittet om vårdens resurser som redovisas i kapitlet om bakgrundsförutsättningar, baserar sig på uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), samt nätverket Nysam som arbetar med att ta fram nyckeltal för hälso- och sjukvården. I rutan nedan ges en sammanställning av de datakällor som använts i rapporten.

## **DATAKÄLLOR**

### **Socialstyrelsen**

Nationella patientregistret

Dödsorsaksregistret

Läkemedelsregistret

Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

### **Nationella kvalitetsregister**

Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri, Q-bup

Kvalitetsregistret ECT

### **Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)**

KPP-databasen

Väntetider i vården

### **Helseplan Nysam**

Nyckeltal för barn- och ungdomspsykiatri

## **Dataredovisning och tolkning**

Rapportens indikatorer och mått presenteras i ett antal diagram som visar olika typer av skillnader utifrån skilda perspektiv. Samtliga indikatorer redovisas på nationell nivå i form av trenddiagram som visar utvecklingen i riket över tid. I de flesta fall redovisas resultaten uppdelade på kön samt för olika åldersgrupper. Data redovisas för åldersgrupperna 0–17 år respektive 18–24 år. I några fall redovisas även data för åldersgrupperna 5–17 år respektive 13–17 år. I dessa fall där åldersgrupperna 0–4 år och 0–12 år alltså har exkluderats, handlar det om att indikatorn och det utfall som mäts, inte är särskilt vanligt förekommande bland barn yngre än 4 eller 13 år. Mätningar som omfattar den allra yngsta åldersgruppen har då inte bedömts vara meningsfulla.

Att inkludera dessa skulle även kunna medverka till att ge en snedvriden bild av det som studeras.

Där det bedöms vara meningsfullt (och är möjligt) redovisas även jämförelser mellan län. Samtliga indikatorer redovisas utifrån uppgifter om patienternas hemortslän, d.v.s. det län där man är skriven. Det innebär att en patient kan ha fått vård i ett annat län än i hemortslänet.

## Diagram

Rapportens länsdiagram utgörs genomgående av liggande stapeldiagram, där data sorterats efter indikatorvärdet. Vissa indikatorer och mått innehåller värden per län för två perioder, för att göra det möjligt att se om resultatet förändrats över tid. Det senare värdet är då det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas i en underliggande stapel. Ett värde för rikets genomsnitt anges också i en annan färg än den för övriga staplar.

## Årsdata

I rapporten redovisas data på området psykiatrisk vård och behandling bland barn 0–17 år samt bland unga 18–24 år. Vid merparten av jämförelserna redovisas årsdata. Målet har varit att redovisa så aktuella data som möjligt. De flesta indikatorer och mått baseras på data från 2017 och 2018, men i några fall finns datauppgifter från 2015 och 2016. För vissa indikatorer där datamängden inte är så stor och där småtalsproblematik föreligger, har flerårsdata använts. Detta eftersom den statistiska osäkerheten annars skulle bli alltför stor, och de årliga resultaten riskera att variera uppåt och nedåt beroende på slumpen.

## Förutsättningar för rättvisa jämförelser

De flesta indikatorer och mått som redovisas i rapporten har gemensamt att det är möjligt att påverka utfallet inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att även andra faktorer spelar in, och att variationer i utfall mellan olika regioner inte sällan beror på skillnader i organisatoriska förutsättningar och befolkningssammansättning.

Vårdens insatser och resultatet av dessa påverkas av en rad faktorer. Exempel på faktorer som styrs av regionernas olika prioriteringar och resursfördelning är bland annat vårdplatstillgång, personaltillgång, vårdkultur, tillgänglighet, kompetens och erfarenhet. De kan alla påverka såväl insatser som resultat. I ett separat avsnitt i rapporten beskrivs den psykiatriska vården för barn och unga med utgångspunkt från olika faktorer kopplade till vårdens organisation och resurser.

Andra faktorer av betydelse i sammanhanget är regional befolkningsstruktur och då särskilt befolkningens åldersfördelning och socioekonomiska sammansättning. Skillnader i sådana förutsättningar kan också ha en viss betydelse för att vård, behandlingsinsatser och resultat varierar mellan olika regioner. Mer information om sådana bakgrundsfaktorer finns tillgängliga via Socialstyrelsens och Statistiska centralbyråns statistikdatabaser.

Det är således viktigt att ha viss kunskap om de lokala förutsättningarna när man bedömer och tolkar olika utfall. Detta gäller såväl förutsättningar på

organisatorisk nivå som bakgrundsförhållanden kopplade till befolknings-sammansättningen. Att känna till lokala förhållanden är också nödvändigt för att kunna hitta förbättringsmöjligheter.

## Definitioner

*Psykisk ohälsa* är ett brett och svårdefinierat begrepp. I begreppet innefattas tillstånd av olika svårighetsgrad, allt från enstaka lindriga psykiska besvär som nedstämdhet till svåra psykiatriska diagnoser som schizofreni och bipolär sjukdom, samt funktionsnedsättningar som autism och adhd. Även självskadebeteende, suicidförsök och suicid kan räknas in. Att samma begrepp används brett och för så vitt skilda tillstånd kan ibland skapa problem och missförstånd. Det är av detta skäl viktigt att vara noggrann och tydliggöra vad som verkligen avses när man använder sig av begreppet psykisk ohälsa.

*Psykiska besvär* kan definieras som tillstånd där personer visar tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Besvären kan i vissa fall påverka funktionsförmågan men är inte så pass omfattande att en diagnos kan ställas. Psykiska besvär är oftast normala reaktioner på en påfrestande livssituation och kan ibland vara svåra att skilja från vanliga och helt normala känslouttryck.

*Psykiatriska tillstånd och psykiska sjukdomar* innefattar mer allvarligare former av psykisk ohälsa, som tar sig uttryck i olika symtom som uppfyller kriterier för en *psykiatrisk diagnos*, till exempel adhd (tillstånd) eller schizofreni (sjukdom). Personer med psykiatriska diagnoser har ofta problem med att fungera i vardagen, t.ex. arbeta, studera eller upprätthålla relationer.

Psykiatriska tillstånd och sjukdomar definieras utifrån diagnostiska kriterier i internationella diagnossystem. I denna rapport definieras olika psykiatriska tillstånd och sjukdomar enligt kriterierna i diagnossystemet ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems), som är en standard för klassificering av sjukdomar utgiven av WHO, respektive DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

Med begreppet *första linjens vård* avses här alla de verksamheter och funktioner som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar som mår dåligt. Många kommuner och regioner har de senaste åren arbetat med att bygga upp en första linjens vård, vilket närmast kan liknas vid en psykiatrisk primärvård för unga. Denna är dock organiserad på olika sätt i landet. Flera regioner har inrättat första linjen inom ramen för primärvården, medan några andra har första linjens verksamheter organiserade under specialistvården. Första linjen-mottagningarna remitterar vid behov patienten till den specialiserade psykiatriska vården.

Med begreppet *specialiserad psykiatrisk vård* avses den vård och behandling som ges inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), samt vid de allmänna psykiatriska mottagningarna runt om i landet inom vuxenpsykiatri.

*Psykiatrisk öppenvård* innebär att all vård och behandling sker genom besök på en mottagning och utan inläggning på sjukhus.

*Psykiatrisk slutenvård* avser vård som bedrivs under intagning på sjukhus eller vårdinrättning. Vården kan ske såväl frivilligt som genom tvång. Ibland används även begreppet *heldygnsvård* som beteckning för slutenvården.

*Läkemedel* definieras som ämnen och produkter som kan användas för att förebygga, lindra eller bota sjukdomar. Det system som vanligtvis används för klassificering av läkemedel är det så kallade ATC-systemet (Anatomic Therapeutic Chemical classification system). De koder som ligger till grund för ATC-systemet har även i denna rapport använts för att beskriva läkemedel.

*Psykofarmaka* är ett samlingsnamn för läkemedel som används för att behandla olika psykiatriska tillstånd och diagnoser

# Bakgrundsförutsättningar

## Vårdens organisation

Som en del i det regionala självstyret har regionerna stor frihet i att själva bestämma hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Därför finns organisatoriska skillnader mellan regionerna.

I detta avsnitt beskrivs den psykiatriska vården för barn och unga med fokus på faktorer kopplade till organisation, finansiering och resurser, som alla kan antas ha betydelse för vårdens insatser och resultat.

### Första linjens psykiatrivård

Många barn och unga får i dag hjälp med lätta till måttliga psykiska besvär inom första linjens psykiatrivård. Hur första linjens psykiatri är utformad skiljer sig till viss del mellan olika regioner. I de flesta regioner ansvarar primärvården för första linjens vård, där behandling ges för vanligare psykiatriska diagnoser såsom exempelvis ångest- och förstämningssyndrom. Det är även vanligt att verksamheter som elevhälsovården, studenthälsan, ungdomsmottagningar och barnhälsovården är delaktiga i arbetet.

Första linjens psykiatri remitterar vid behov till den specialiserade psykiatrin. För barn under 18 år ges vård och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). För unga som har fyllt 18 år erbjuds vanligen insatser inom vuxenpsykiatrin. Både barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin erbjuder öppna och slutna vårdformer och ibland mellanvårdsformer. Vården sker huvudsakligen på frivillig basis, men även tvångsvård förekommer enligt 3 § i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Barn- och ungdomspsykiatrin beskrivs närmare i nästkommande avsnitt, tillsammans med andra verksamheter som kommer i kontakt med barn och unga med psykisk ohälsa.

### Verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa

Flera samhällsaktörer och -funktioner möter dagligen barn och unga med tecken på psykisk ohälsa. Det handlar främst om verksamheter inom förskola och skola, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I figuren nedan ges en översiktlig bild av dessa verksamheter.

Elevhälsovården – som även går under namnet elevhälsan – är en samlad funktion av insatser som tidigare rymdes inom skolhälsovården och som kommer i kontakt med barn och unga med psykisk ohälsa. Elevhälsan ska enligt skollagen omfatta medicinska, psykologiska och specialpedagogiska insatser. Det innebär också tillgång till personal som exempelvis skolläkare, skolsköterska psykolog och kurator [11]. Elevhälsans omfattning och inriktning varierar dock mellan olika skolor och huvudmän, eftersom det inte finns något regelverk som styr detta.

Bland de hälso- och sjukvårdsverksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa finns vid sidan av primärvården, även mödrahälsovård, barnhälsovård och ungdomsmottagningar.

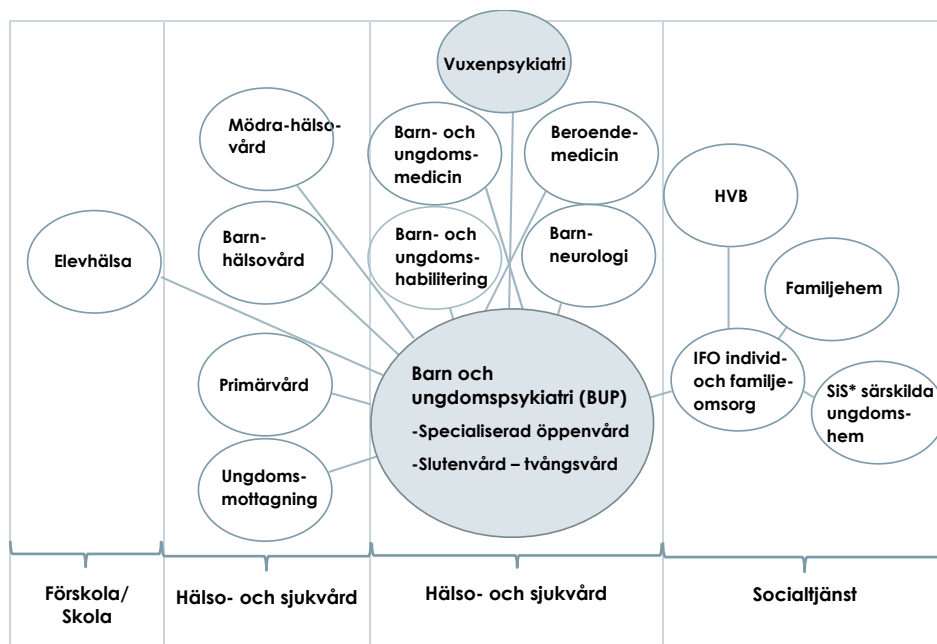
Ungdomsmottagningar är en verksamhet som med åren kommit att få en allt större roll vid insatser för ungas psykiska hälsa genom exempelvis samtalskontakter vid relations- och familjeproblem [12] [13]. Ungdomsmottagningen är dock en frivillig verksamhetsform, vilket innebär att kommuner och regioner väljer själva om de vill driva mottagningar och hur dessa ska se ut. Flera av landets kommuner saknar ungdomsmottagning, medan andra har mer än en sådan, vilket gör att tillgängligheten varierar i olika delar av landet. En kartläggning av Sveriges samtliga ungdomsmottagningar visar även att det finns en stor variation mellan olika ungdomsmottagningar när det gäller förutsättningar för att arbeta med psykisk hälsa [14]. Sedan år 2008 finns även den webbaserade ungdomsmottagningen UMO.se, där ungdomar kan få information och ställa frågor inom en rad olika områden, däribland psykisk hälsa [15].

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har tillsammans med vuxenpsykiatri en central roll när det gäller att möta barn och unga med psykisk ohälsa. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar finns i hela landet, främst i form av så kallade öppna mottagningar dit man kommer på förbokade besök. På vissa håll finns även akutmottagningar dit barnen och deras föräldrar kan vända sig om barnet behöver omedelbar hjälp [16]. Personalen inom BUP utgörs i huvudsak av psykologer, socionomer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och läkare.

En av de vanligaste behandlingsformerna inom BUP är olika typer av terapeutiska samtal (t.ex. psykopedagogiska samtal, rådgivande samtal, familjeterapi, individuell terapi samt olika gruppbehandlingar). Vid behov kan barn och ungdomar också behandlas med läkemedel, till exempel mot depression eller ångest [16]. Den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården tar emot barn och ungdomar som behöver mer omfattande omvårdnad och behandling till följd av psykiatriska besvär. Det kan exempelvis handla om barn som riskerar att skada sig själva eller andra om de inte får hjälp under ordnade former. En del av denna vård bedrivs som psykiatrisk tvångsvård enligt LPT.

Vid sidan av barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri finns olika specialistverksamheter som barn- och ungdomshabilitering, barn- och ungdomsmedicin och barnneurologi, som alla tar emot barn och unga med stora och mer komplicerade behov [17].

**Figur E1. Översikt av verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa.**



\*SIS=Statens institutionsstyrelse

Källa: Att utveckla grunddata och indikatorer för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Socialstyrelsen, 2015.

## Utmaningar i samordningen av insatser för barn och unga

För att barn och unga med psykisk ohälsa ska få adekvat vård och omsorg är ofta samverkan en förutsättning. Samverkan är nödvändig både inom och mellan huvudmän och verksamheter.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har uppmärksammat att det finns stora utmaningar för vården och omsorgen i arbetet med att samordna insatserna för barn och unga med psykisk ohälsa [18]. Myndigheten har tidigare genomfört en förstudie och kommer under 2019–2020 att genomföra en nationell tillsyn inom området. I förstudien konstaterar myndigheten att bristande samordning mellan olika aktörer kan leda till negativa upplevelser hos barn och unga och innebära lägre vård- och omsorgskvalitet. Samordningsbrister kan dessutom resultera i att barn och unga och deras familjer själva behöver ta ett alldeles för stort ansvar för samordningen eller att de inte får den hjälp som de behöver [19].

IVO har även uppmärksammat att primärvården inte alltid har kapacitet och kompetens för att ta hand om barn och unga och familjer i kris. Det är även otydligt vilka uppdrag som primärvården och den psykiatriska vården ska ansvara för. Det finns exempel på att behandlande åtgärder skjuts över från BUP till elevhälsan när väntetiderna till BUP blir långa. Detta trots att elevhälsan inte är en vårdinstans och inte heller har ett behandlande uppdrag. Även ansvarsfördelningen mellan BUP och socialtjänsten är otydlig. Bristen på slutenvårdsplatser inom regionen kan medföra att ansvaret i stället skjuts över på socialtjänsten. Svårigheterna i samverkan handlar bland annat om

bristande samsyn och samfinansiering. Även samverkansproblem mellan elevhälsan och socialtjänsten har noterats, där det kan handla om osäkerhet kring vilka sekretessregler som gäller kring en elevs hälsotillstånd och andra personliga förhållanden [19].

## Samordnad individuell plan (SIP)

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att insatser behöver samordnas för att ett barn ska få optimalt stöd. Oftast blir det aktuellt när ett barn behöver ha kontakt med flera olika samhällsaktörer samtidigt, såsom skolan, socialtjänsten, polisen och barn- och ungdomspsykiatri. Det kan exempelvis handla om att ett barn inte går i skolan eller missbrukar droger.

Ambitionen att förbättra samverkan mellan olika huvudmän har sedan år 2010 funnits i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen [20] [21]. Enligt dessa bestämmelser ska regionen och kommunen gemensamt upprätta en samordnad individuell plan när en individ är i behov av samordnade insatser.

Av en samordnad individuell plan ska framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än regionen eller kommunen
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) gäller bland annat för anställda inom barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen, barnhälsovården, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och primärvården. Socialtjänstlagen (SoL) gäller för personal inom individ- och familjeomsorgen samt för dem som arbetar med stöd till personer med funktionsnedsättning.

För barn under 18 år är barnets vårdnadshavare centrala i arbetet med att upprätta en SIP. Ibland börjar arbetet med att vårdnadshavaren önskar en sådan. All planering kring SIP ska utgå från vad barnet behöver. Barnet ska alltid ges möjlighet att göra sin röst hörd på en nivå som är lagom för dess ålder och mognad.

På många håll i landet finns särskilda överenskommelser för hur olika verksamheter inom kommunen eller regionen ska arbeta med SIP. Överenskommelserna kan till exempel beskriva vilka som kan ta initiativ till SIP, vilka som kan delta i arbetet och hur samverkan ska ske med till exempel skola och förskola.

## Samverkan mellan olika aktörer

Socialstyrelsen har inom ramen för öppna jämförelser av socialtjänst, under flera år genomfört en enkätundersökning som omfattat samtliga kommuner i landet [22]. Resultatet från undersökningen ger en bild av hur stor andel kommuner per län som har rutiner för att informera patienter om samordnad individuell plan. Undersökningsresultatet visar också andelen kommuner som har aktuella överenskommelser om samverkan med primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, skolan och Statens institutionsstyrelse [22].

Tabellen nedan visar andelen kommuner i respektive län som under 2017 hade aktuella rutiner för information om SIP, samt aktuella överenskommelser med olika aktörer. Andelen kommuner som hade rutiner för information om SIP varierade rejält och låg mellan 18 och 100 procent. Även när det gäller aktuella överenskommelser om samverkan med aktörerna primärvård, socialpsykiatri och skola, så var variationerna stora. I Jämtland hade samtliga kommuner aktuella överenskommelser om samverkan med primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och skola, medan inga kommuner i Blekinge hade detta med undantag för barn- och ungdomspsykiatrin där 20 procent av kommunerna hade överenskommelser. Andelen kommuner i de olika länen som hade aktuella överenskommelser med Statens institutionsstyrelse var generellt sett låg.

**Tabell 1. Andel kommuner per län som har aktuella rutiner för information om SIP, respektive aktuella överenskommelser om samverkan med primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, skola och Statens institutionsstyrelse, 2017.**

| Län                  | SIP <sup>1</sup> | Primär-vård <sup>2</sup> | Barn- och ungdoms-psykiatri <sup>3</sup> | Skola <sup>4</sup> | Statens In-stitutions-styrelse <sup>5</sup> |
|----------------------|------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Stockholms län       | 29               | 18                       | 47                                       | 55                 | 21                                          |
| Uppsala län          | 57               | 29                       | 29                                       | 43                 | 14                                          |
| Södermanlands län    | 63               | 50                       | 63                                       | 38                 | 25                                          |
| Östergötlands län    | 38               | 31                       | 38                                       | 46                 | 0                                           |
| Jönköpings län       | 46               | 85                       | 92                                       | 92                 | 15                                          |
| Kronobergs län       | 57               | 71                       | 86                                       | 71                 | 29                                          |
| Kalmar län           | 18               | 27                       | 55                                       | 45                 | 0                                           |
| Gotlands län         | 100              | 100                      | 100                                      | 0                  | 0                                           |
| Blekinge län         | 40               | 0                        | 20                                       | 0                  | 0                                           |
| Skåne län            | 46               | 35                       | 57                                       | 43                 | 14                                          |
| Hallands län         | 50               | 33                       | 33                                       | 17                 | 33                                          |
| Västra Götalands län | 41               | 59                       | 66                                       | 57                 | 32                                          |
| Värmlands län        | 43               | 43                       | 36                                       | 50                 | 14                                          |
| Örebro län           | 42               | 17                       | 17                                       | 25                 | 8                                           |
| Västmanlands län     | 40               | 40                       | 40                                       | 50                 | 10                                          |
| Dalarnas län         | 53               | 87                       | 87                                       | 87                 | 7                                           |
| Gävleborgs län       | 50               | 75                       | 75                                       | 50                 | 0                                           |
| Västernorrlands län  | 43               | 29                       | 71                                       | 71                 | 29                                          |
| Jämtlands län        | 43               | 100                      | 100                                      | 100                | 14                                          |
| Västerbottens län    | 38               | 31                       | 38                                       | 15                 | 0                                           |
| Norrbottens län      | 46               | 54                       | 62                                       | 69                 | 15                                          |

<sup>1</sup> Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)

<sup>2</sup> Aktuell överenskommelse om samverkan med primärvård

<sup>3</sup> Aktuell överenskommelse om samverkan med barn- och ungdomspsykiatri

<sup>4</sup> Aktuell överenskommelse om samverkan med skola

<sup>5</sup> Aktuell överenskommelse om samverkan med Statens institutionsstyrelse

Källa: Öppna jämförelser 2018. Social barn- och ungdomsvård. Socialstyrelsen 2018.

Resultaten visar att det fortfarande finns län där mer än hälften av kommunerna anger att rutiner för att informera barn och vårdnadshavare om SIP saknas eller att personalen inte är medvetna om dessa rutiner, trots att bestämmelserna har funnits sedan år 2010. Samverkan mellan olika aktörer handlar om att skapa ändamålsenliga insatser för att möta den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga och de behov som detta innebär.

## Vårdens resurser

På senare tid har det allt oftare rapporterats om att verksamheter som exempelvis skolan, elevhälsan, socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri har svårt att klara det ökade behovet av insatser. Köerna till de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna har vuxit kraftigt liksom arbetsbelastningen inom verksamheten. En intervjubaserad kartläggning från SKR visar att det dessutom blivit allt svårare att anställa och behålla kompetent personal [23].

De senaste årens befolkningsökning, där åldersgruppen 0–17 år ökat med 8 procent perioden 2011–2016, kan endast till viss del förklara det ökade behovet av insatser inom barn- och ungdomspsykiatri [24]. I SKR:s intervjustudier med personal vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniker har det även framkommit att efterfrågan på insatser förändrats under de senaste åren. Mindre så kallade ”livskriser” som tidigare bedömdes som något normalt i ett barns mognadsprocess och utveckling, riskerar nu allt oftare att klassas som psykisk ohälsa. Allt fler tenderar att vända sig till barn- och ungdomspsykiatri med problem som tidigare vanligen hanterades inom familjen eller kamratkretsen [23].

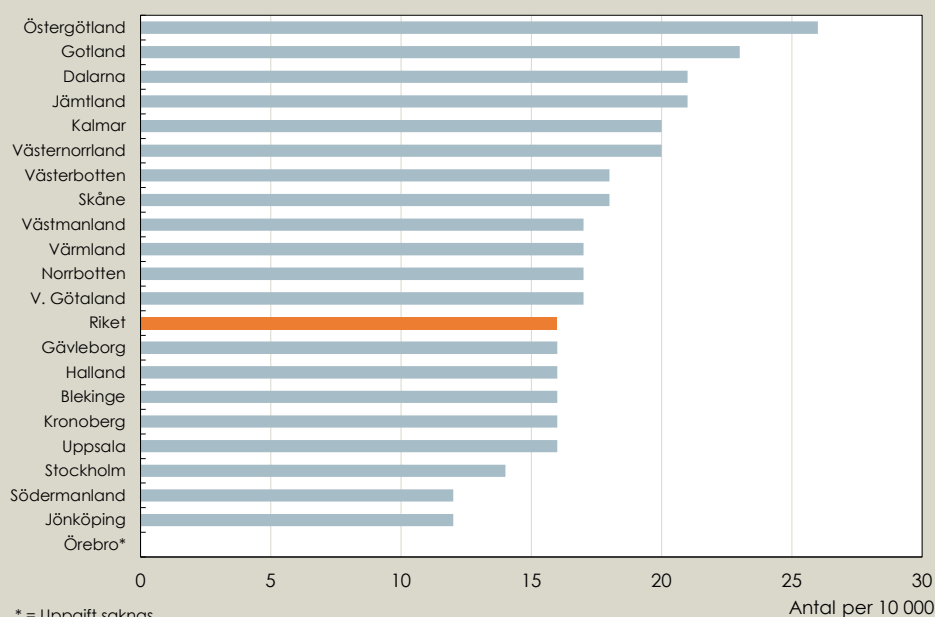
I nästkommande avsnitt ges en inblick i regionernas resurser för psykiatrisk öppenvård och slutenvård, i form av personaltillgång, antal besök i relation till personal samt kostnader.

### Personaltillgång inom barn- och ungdomspsykiatri

Antalet barn som har kontakt med den specialiserade psykiatriska vården har ökat de senaste åren. Som tidigare nämdes har arbetsbelastningen vid de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna ökat och det har blivit allt svårare att anställa och behålla kompetent personal [23]. Diagrammet nedan visar antalet årsarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri per 10 000 invånare i åldern 0–17 år under 2018. Av diagrammet framgår att antalet årsarbetande varierar mellan regionerna från 12 till 26 per 10 000 invånare i åldern 0–17 år.

**Figur E2. Antal årsarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri**

Antal årsarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri per 10 000 invånare 0–17 år, 2018.



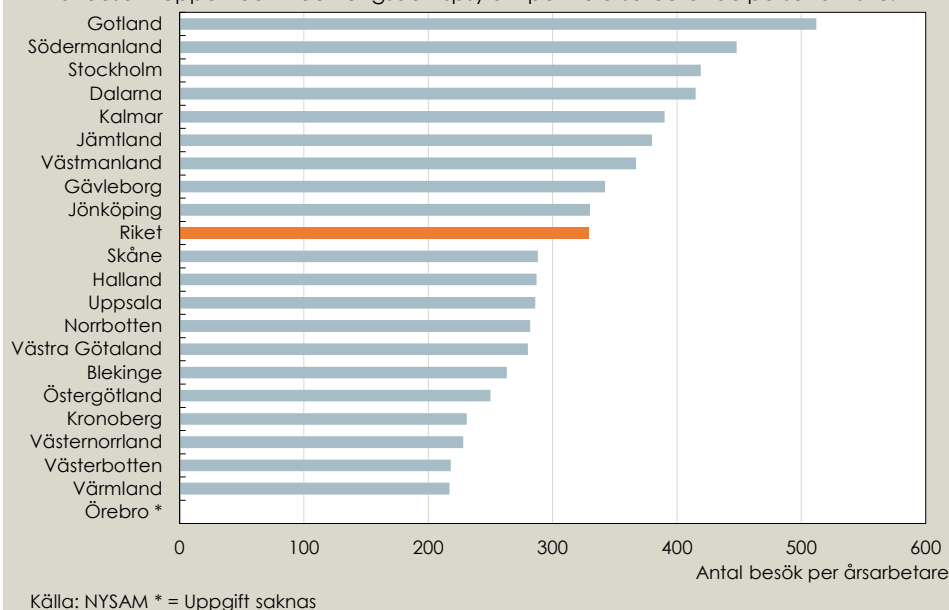
## Besök i relation till personal

Det föreligger skillnader mellan regionerna när det gäller antalet besök i barn- och ungdomspsykiatriens öppenvård i relation till personaltillgång. Flest besök per helårsarbetande personal år 2018, hade Gotland (512) följt av Södermanland (448). Det lägsta antalet besök per helårsarbetande hade Värmland och Västerbotten (217 respektive 218). följt av Västernorrland och Kronoberg (228 respektive 231).

Orsakerna till skillnaderna är inte kartlagda men kan antas bero på flera faktorer, däribland olika arbetssätt. Hur mycket administrativt stöd den behandlade personalen får, varierar exempelvis mellan såväl regioner som verksamheter.

**Figur E3. Besök i barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård i relation till personal**

Antal besök i öppen barn- och ungdomspsykiatri per helårsarbetande personal 2018.



## Personalkategorier

Inom barn- och ungdomspsykiatri arbetar förutom läkare/psykiatriker och sjuksköterskor, även psykologer, socionomer, kuratorer och behandlingsassistenter/skötare. Andra personalkategorier är arbetsterapeuter och pedagogassistenter (lärare med speciallärarutbildning).

Tabellen nedan visar fördelningen av antalet årsarbetande personal uppdelat på olika yrkeskategorier. Av denna framgår att antalet årsarbetande läkare per 10 000 invånare i åldern 0–17 år varierar från som lägst 1,13 (Värmland) till som högst 3,43 (Östergötland). Barnpsykiatriska föreningens rekommendationer är 1 läkare per 5000 barn [23]. Detta skulle innebära 2,0 läkare per 10 000 invånare i åldersgruppen. Endast 6 av 21 regioner kan erbjuda detta. Inom kategorin läkare ryms såväl specialistläkare som annan läkarkompetens.

**Tabell 2. Antal årsarbetande personal inom barn- och ungdomspsykiatri fördelat på yrkeskategori.**

Antal anställda läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer/socionomer och behandlingsassistenter/skötare per 10 000 invånare 0–17 år, 2018.

|                 | Läkare         | Sjuk-<br>sköterskor | Psykologer | Kuratorer/<br>socionomer | Behand-<br>lings-<br>assistenter/<br>skötare |
|-----------------|----------------|---------------------|------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Region</b>   |                |                     |            |                          |                                              |
| Blekinge        | 1,54           | 2,68                | 2,77       | 1,86                     | 3,60                                         |
| Dalarna         | 2,44           | 3,88                | 2,28       | 3,96                     | 3,56                                         |
| Gotland         | 1,58           | 4,23                | 5,04       | 3,74                     | 2,70                                         |
| Gävleborg       | 2,47           | 3,39                | 2,18       | 3,02                     | 0,88                                         |
| Halland         | 1,96           | 3,54                | 3,29       | 1,50                     | 1,75                                         |
| Jämtland        | 1,86           | 2,42                | 4,41       | 8,15                     | 0,79                                         |
| Jönköping       | 1,61           | 2,20                | 1,83       | 1,73                     | 1,60                                         |
| Kalmar          | 1,97           | 3,45                | 2,84       | 3,56                     | 3,08                                         |
| Kronoberg       | 1,58           | 3,66                | 1,63       | 2,09                     | 2,96                                         |
| Norrbottn       | 1,50           | 3,24                | 3,12       | 3,16                     | 1,96                                         |
| Skåne           | 1,77           | 1,81                | 4,07       | 3,12                     | 2,92                                         |
| Stockholm       | 1,66           | 1,58                | 4,49       | 1,64                     | 1,27                                         |
| Södermanland    | 1,40           | 2,27                | 3,03       | 2,44                     | 0,59                                         |
| Uppsala         | 2,31           | 3,53                | 3,33       | 1,23                     | 3,20                                         |
| Värmland        | 1,13           | 3,92                | 1,06       | 4,41                     | 1,13                                         |
| Västerbotten    | 2,29           | 3,48                | 2,58       | 3,96                     | 1,34                                         |
| Västernorrland  | 1,48           | 2,96                | 4,36       | 5,83                     | 1,73                                         |
| Västmanland     | 2,45           | 3,81                | 3,49       | 1,79                     | 1,54                                         |
| Västra Götaland | 1,91           | 3,38                | 3,04       | 2,99                     | 1,79                                         |
| Örebro          | Uppgift saknas | -                   | -          | -                        | -                                            |
| Östergötland    | 3,43           | 2,40                | 5,04       | 5,78                     | 2,43                                         |
| Riket           | 1,84           | 2,56                | 3,42       | 2,72                     | 1,87                                         |

Källa: NYSAM

## Kostnader för specialiserad psykiatrisk vård för barn och unga

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) administrerar en databas för regionerna med uppgifter om kostnad per patient (KPP). Uppgifterna i databasen bildar ett underlag för analyser och ersättningar inom sjukvården. Med hjälp av kostnadsuppgifter från databasen och data om vårdtillfällen från Socialstyrelsens patientregister kan kostnader för barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och den allmänna vuxenpsykiatri beräknas.

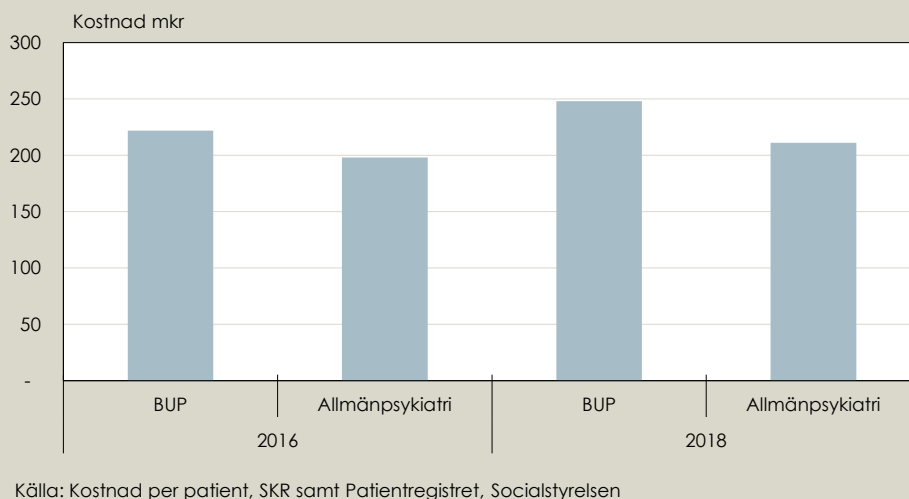
Under 2018 gjordes totalt omkring 1,3 miljoner besök inom den barnpsykiatriska öppenvården. Flickor stod för lite mer än hälften av besöken. Uppskattningsvis utgör läkarbesök omkring 20 procent av samtliga öppenvårdsbesök. Kontakt med psykolog är den vanligaste typen av besök [25].

Bland samtliga vårdtillfällen år 2018 (både slutenvård och öppenvård) stod flickor för närmare tre fjärdedelar. Genomsnittskostnaden per vårdtillfälle i slutenvården var högre för flickor än pojkar. Den uppgick till 87 273 kronor för en flicka i åldern 0–17 år och 76 735 kronor för en pojke i samma åldersgrupp.

De totala kostnaderna inom BUP uppgick till 4,6 miljarder kronor år 2016. Motsvarande kostnad för 2018 var 5,3 miljarder kr, vilket innebar en kostnadsökning på 14 procent under de senaste två åren.

Som jämförelse i sammanhanget kan nämnas att 2017 var regionernas nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård exklusive läkemedel 22,4 miljarder kronor. Motsvarande kostnader för den specialiserade somatiska vården var 142 miljarder och för primärvården 45,1 miljarder kronor [26].

**FIGUR E4. Kostnader för barn- och ungdomspsykiatri samt (0-17 år) allmän vuxenpsykiatri (18+ år) per 100 000 invånare 2016 respektive 2018**



Diagrammet ovan visar kostnadsutvecklingen för barn- och ungdomspsykiatri respektive den allmänna vuxenpsykiatri åren 2016 och 2018. Av detta framgår att kostnaderna har ökat inom båda verksamheterna. Den största ökningen har dock skett inom barn- och ungdomspsykiatri, där kostnaderna ökat från 222 miljoner kronor per 100 000 invånare år 2016, till 248 miljoner kronor per 100 000 invånare under 2018. Kostnadsökningen beror till största delen på fler öppenvårdsbesök, längre genomsnittlig vårdtid samt större kostnader per vårdtillfälle.

# Resultatredovisning

## Psykiatrisk vård och behandling vid olika tillstånd och diagnoser

I detta avsnitt redovisas indikatorer inom området vård och behandling kopplade till olika psykiatriska tillstånd och diagnoser. De baseras på uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister och patientregister med data från den specialiserade öppenvården och den slutna vården.

### 1. Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

Hälsoläget i befolkningen har de senaste decennierna förbättrats avsevärt. Detta gäller även delar av den psykiska hälsan. Allvarlig psykisk ohälsa som exempelvis självdestruktiva handlingar och suicid har minskat över tid [5]. Samtidigt finns tecken på att den psykiska ohälsan bland barn och unga ökat de senaste åren, såväl när det gäller självrapporterade psykiska besvär som vissa diagnostiserade psykiatriska tillstånd och sjukdomar. Fler yngre barn än tidigare rapporterar psykosomatiska besvär såsom nedstämdhet och sömnsvårigheter [7]. Antalet barn och unga vuxna som diagnostiseras med psykisk sjukdom har ökat, vilket i sin tur resulterat i en ökad förskrivning av läkemedel. De diagnoser som främst bidrar till ökningen är depressioner och ångestsyndrom [3].

Den aktuella indikatorn syftar till att på en övergripande nivå mäta barns och ungas kontakter med den specialiserade psykiatriska vården för bedömning och behandling av olika tillstånd och psykiatriska diagnoser. Indikatorn innefattar patienter som vid minst ett tillfälle under 2017 vårdats inom specialiserad öppen- eller slutenvård till följd av någon psykiatrisk diagnos, samt patienter som förskrivits och hämtat ut psykofarmaka vid minst ett tillfälle. Indikatorn baserar sig på uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister och patientregister med data från slutenvården och den specialiserade öppenvården, där endast läkarkontakter innefattas.

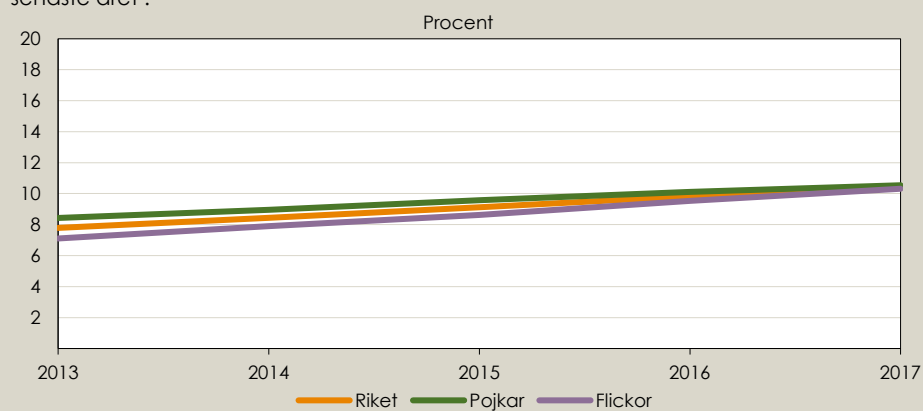
En närmare beskrivning av de diagnoser och läkemedel som innefattas enligt ICD-10 och ATC återfinns i bilaga 1.

Resultatet bör tolkas med stor försiktighet. Detta då hänsyn bör tas till att tillgången till vård och behandling ökat, vilket bidragit till att allt fler får en psykiatrisk diagnos. Uppgifter om diagnosförekomst och läkemedelsförskrivningar kan därför inte automatiskt tolkas som att sjukligheten ökar.

Indikatorn visar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år som vårdats inom öppen- eller slutenvården för en psykiatrisk diagnos vid minst ett tillfälle, eller använt psykofarmaka det senaste året. Resultatet visar att omkring 10 procent av alla barn i åldern 13–17 år, vårdades för psykiatrisk diagnos eller behandlades med psykofarmaka år 2017. Några större skillnader mellan könen finns inte för åldersgruppen.

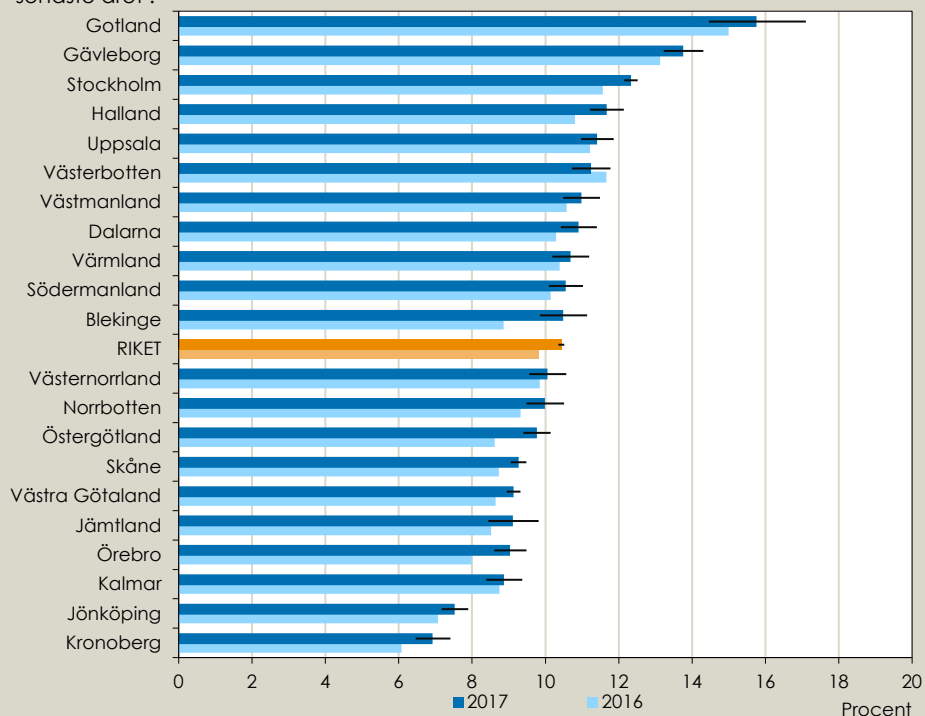
### FIGUR 1a. RIKET. Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

Andel barn 13-17 år som vårdats för psykiatrisk diagnos eller använt psykofarmaka det senaste året .



### FIGUR 1b. LÄN. Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

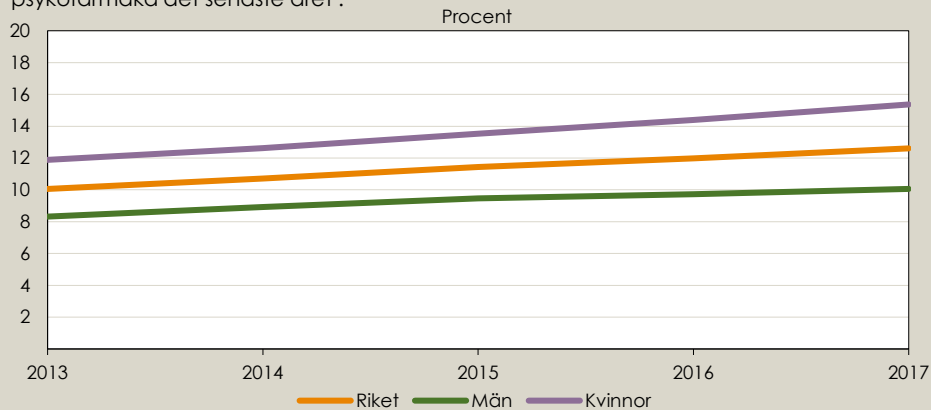
Andel barn 13-17 år som vårdats för psykiatrisk diagnos eller använt psykofarmaka det senaste året .



Andelen barn 13–17 år som vårdats inom öppen- eller slutenvården för en psykiatrisk diagnos vid minst ett tillfälle, eller använt psykofarmaka det senaste året varierade mellan länen, från knappt 7 procent till drygt 15 procent.

### FIGUR 1c. RIKET. Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

Andel unga 18-24 år som vårdats för psykiatrisk diagnos eller använt psykofarmaka det senaste året .

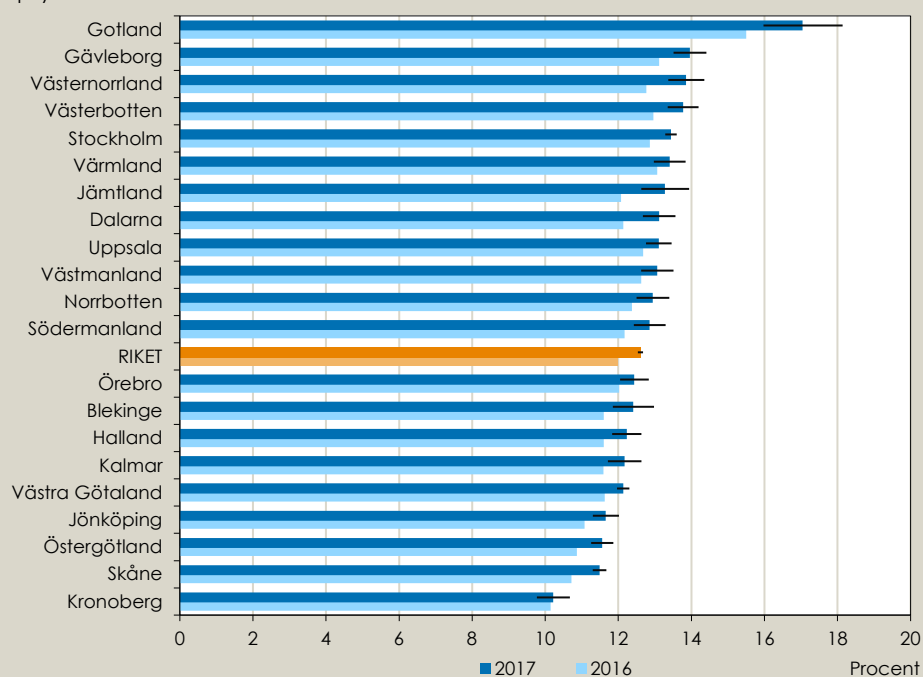


Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

I åldersgruppen unga 18–24 år hade år 2017 drygt 12 procent vårdats för psykiatrisk diagnos eller använt psykofarmaka. Bland unga kvinnor var andelen 15 procent och bland unga män 10 procent. Andelen har ökat svagt de senaste åren. Även tidigare studier med fokus på längre tidsperioder visar att andelen som vårdats för någon psykiatrisk diagnos eller använder psykofarmaka ökat svagt bland både barn och unga sedan år 2006 [3]. Variationen mellan länen låg mellan 10 och 17 procent år 2017.

### FIGUR 1d. LÄN. Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

Andel unga 18-24 år som vårdats för psykiatrisk diagnos eller använt psykofarmaka det senaste året .



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

## 2. Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos

Den specialiserade psykiatriska vården för barn och unga till och med 17 år sker helt och hållet inom ramen för BUP:s verksamhet. BUP-mottagningar finns i hela landet, främst i form av så kallade öppna mottagningar dit man kommer på förbokade besök. Ofta är det första linjen-mottagningar, elevhälsan eller ungdomsmottagningen som förmedlar kontakten med BUP. Det är även möjligt att som barn eller förälder själv ta kontakt med en BUP-mottagning.

Den vanligaste behandlingsformen inom barn- och ungdomspsykiatri är olika sorters terapeutiska samtal (t.ex. psykopedagogiska samtal, rådgivande samtal, familjeterapi, individuell terapi samt olika gruppbehandlingar) [27]. Vid behov kan barn och ungdomar också behandlas med läkemedel, till exempel mot depression eller ångest. Innan valet av behandlingsform görs oftast en fördjupad bedömning samt vid behov även en barn- och ungdomspsykiatrisk utredning [16].

BUP erbjuder vård och behandling till barn och ungdomar till och med 17 år. Vid fortsatta behov av vård och behandling kan BUP se till att patienten fortsätter inom den specialiserade vuxenpsykiatriska öppenvården [28].

För den som fyllt 18 år är ofta vårdcentralen den första instansen vid psykisk ohälsa. Vårdcentralen remitterar därefter vid behov till den specialiserade psykiatriska vården. I vissa fall är det även möjligt att vända sig direkt till den psykiatriska öppenvården. Behandlingen på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning innebär olika former av hjälp och stöd, så som samtal med psykolog eller kurator, psykoterapi och läkemedelsbehandling. I likhet med barn- och ungdomspsykiatriens arbetssätt, görs först en bedömning eller fördjupad utredning som sedan ligger till grund för valet av behandling.

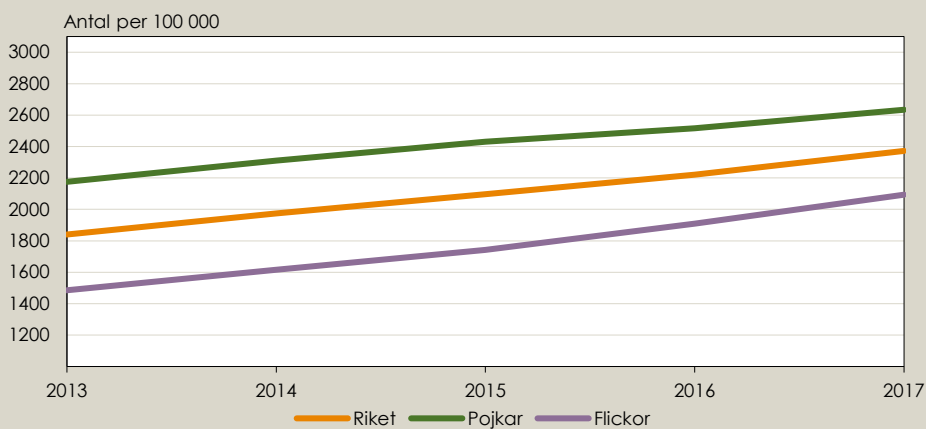
Indikatorn visar antalet barn 0–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av en psykiatrisk diagnos. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister med data från specialiserad öppenvård, där endast läkarkontakter innefattas. Patienter som behandlats inom den så kallade första linjens vård, till exempel primärvården eller elevhälsovården, ingår inte. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD- 10 återfinns i bilaga 1.

Av diagrammet framgår att bland barn 0–17 år, uppgick antalet som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos till 2 372 per 100 000 år 2017. Antalet vårdade per 100 000 har ökat stadigt under den studerade perioden och är större bland pojkar än flickor.

Antalet patienter som vårdats i den specialiserade psykiatriska öppenvården till följd av en psykiatrisk diagnos, skiljer sig också mellan olika län. År 2017 varierade antalet barn i åldern 0–17 år som vårdades i specialiserad öppenvård till följd av en psykiatrisk diagnos mellan länen från 1 290 till 5 137 per 100 000 barn.

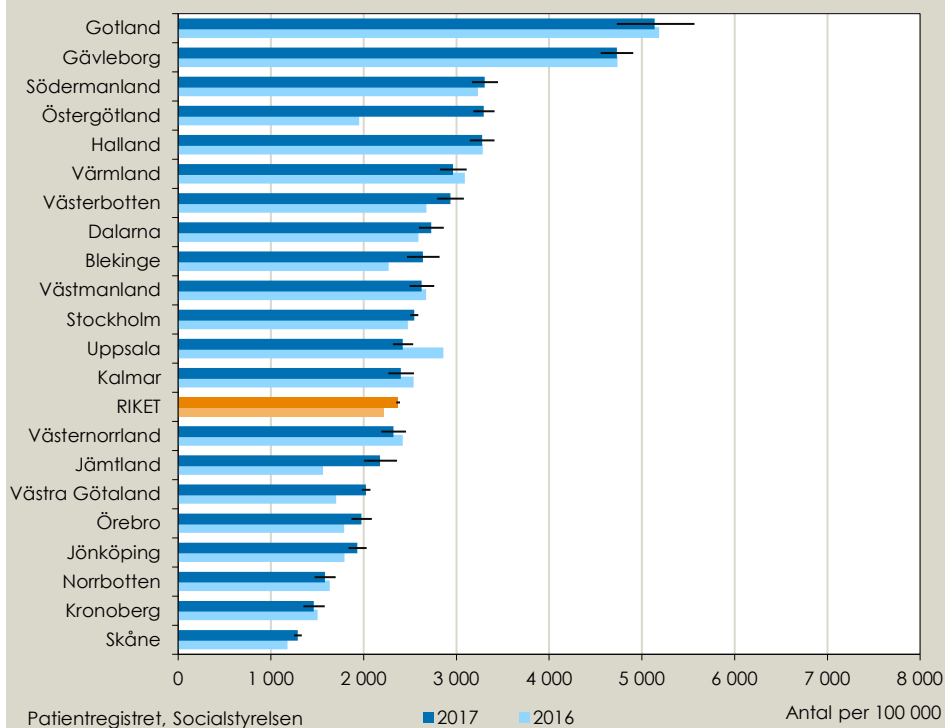
### FIGUR 2a. RIKET. Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos

Antal barn 0-17 år per 100 000 som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos.



### FIGUR 2b. LÄN. Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos

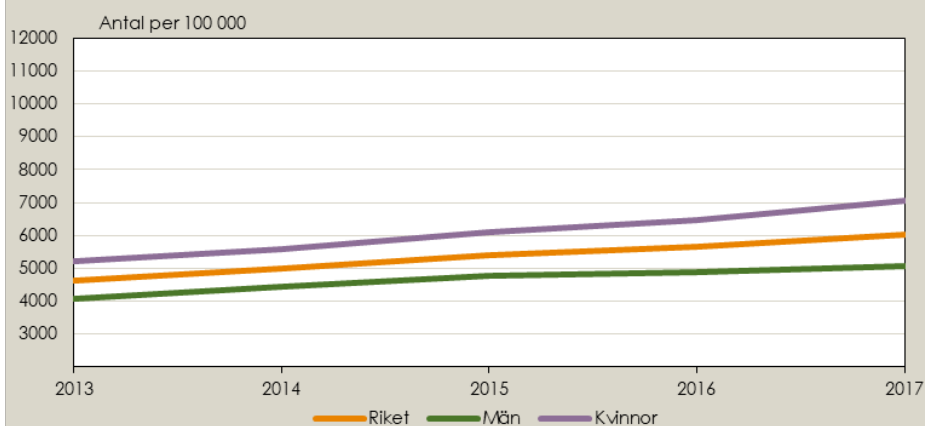
Antal barn 0-17 år per 100 000 som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos, 2017.



Bland unga 18–24 år, uppgick antalet som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos till 6 019 per 100 000 år 2017. I denna åldersgrupp var antalet vårdade större bland kvinnor än män. Även för denna åldersgrupp har antalet vårdade per 100 000 ökat under den studerade perioden. Av länsdiagrammet framgår också att antalet ökat i de flesta län mellan 2016 och 2017.

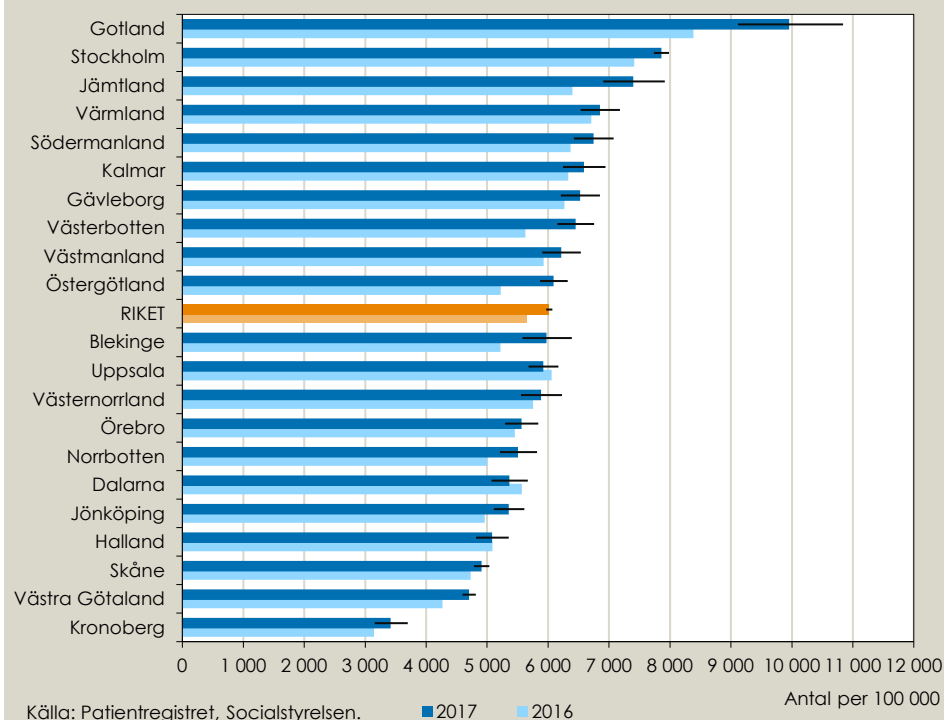
**FIGUR 2c. RIKET. Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos.



**FIGUR 2d. LÄN. Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats i specialiserad psykiatrisk öppenvård till följd av psykiatrisk diagnos, 2017.



### 3. Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos

Den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården tar emot barn och ungdomar som behöver mer omfattande omvårdnad till följd av psykiatriska besvär. Det kan exempelvis handla om barn och unga som riskerar att skada sig själva eller andra om de inte får hjälp under ordnade former. För patienter som fyllt 18 år finns vuxenpsykiatrisk slutenvård. Psykiatrisk slutenvård kan antingen ges enligt hälso- och sjukvårdslagen som frivillig vård, eller som

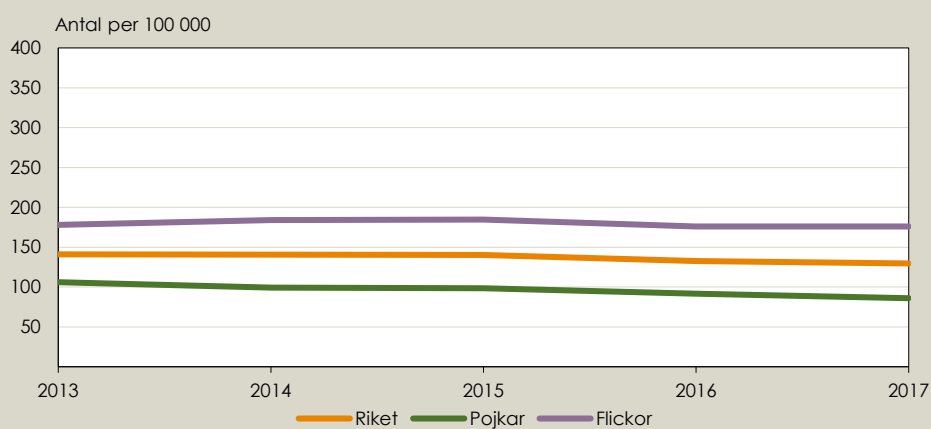
tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller enligt lagen (1991: 1129) om rättspsykiatrisk vård.

Indikatorn visar antalet barn 0–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som slutenvårdats minst 1 dygn till följd av en psykiatrisk diagnos. Indikatorn baserar sig på uppgifter från patientregistret. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

Antalet barn 0–17 år med psykiatrisk diagnos som slutenvårdats under minst ett dygn 2017, uppgår till 129 per 100 000. Ett betydligt högre antal flickor har slutenvårdats (176 per 100 000) i jämförelse med pojkar (86 per 100 000).

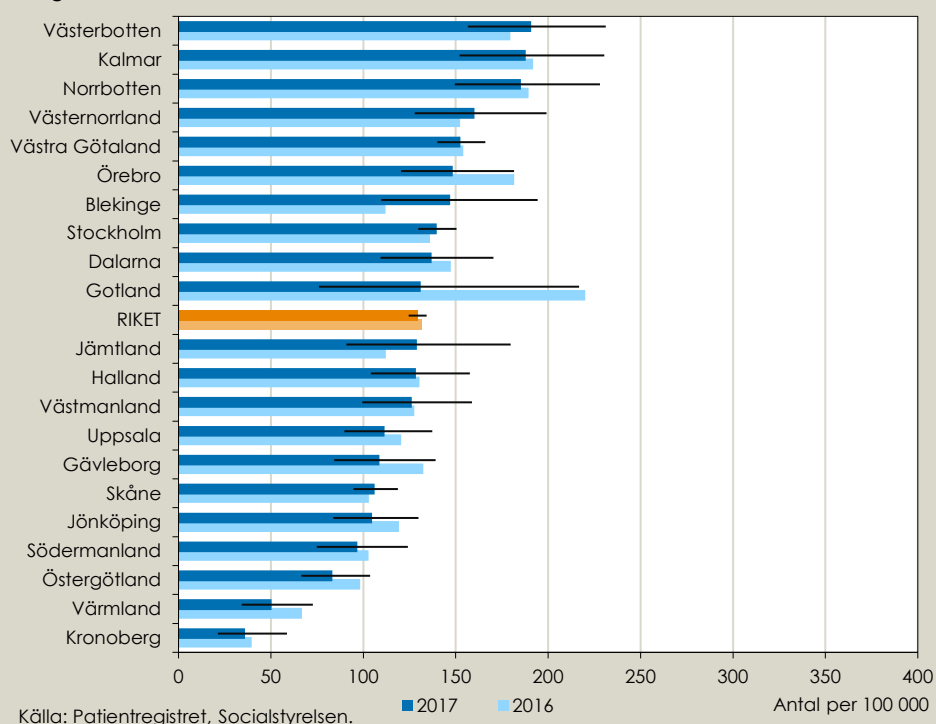
### FIGUR 3a. RIKET. Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos

Antal barn 0-17 år per 100 000 som slutenvårdats (minst ett dygn) till följd av psykiatrisk diagnos.



**FIGUR 3b. LÄN. Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos**

Antal barn 0-17 år per 100 000 som slutenvårdats (minst ett dygn) till följd av psykiatrisk diagnos, 2017 .

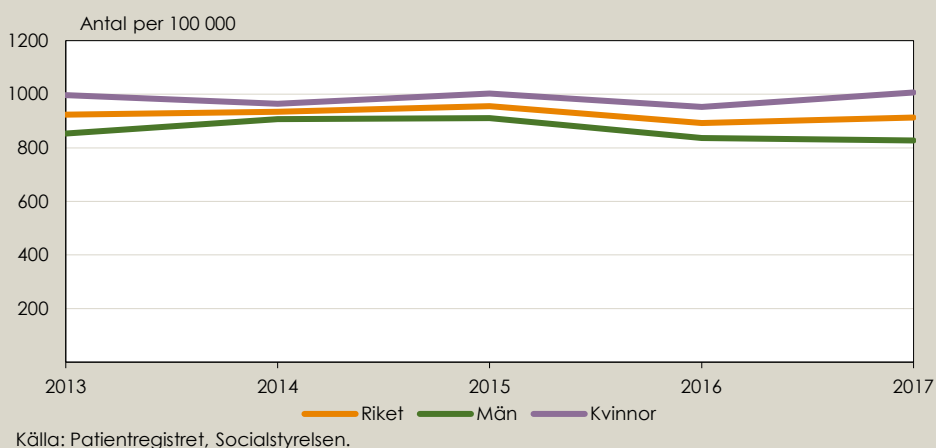


Antalet slutenvårdade i åldern 0–17 år varierar från 36 per 100 000 till 190 per 100 000 i de olika länen. Olika kriterier för inläggning samt vårdens organisation är två faktorer som kan ha betydelse för skillnader i utfallen.

Antalet unga i åldern 18–24 år med en psykiatrisk diagnos som slutenvårdats 2017, uppgår till 913 per 100 000. Ett högre antal kvinnor än män har slutenvårdats (1 006 per 100 000 respektive 827 per 100 000). Skillnaden mellan könen är dock inte lika stor som i åldersgruppen 0–17 år. Även i den äldre åldersgruppen finns skillnader mellan länen.

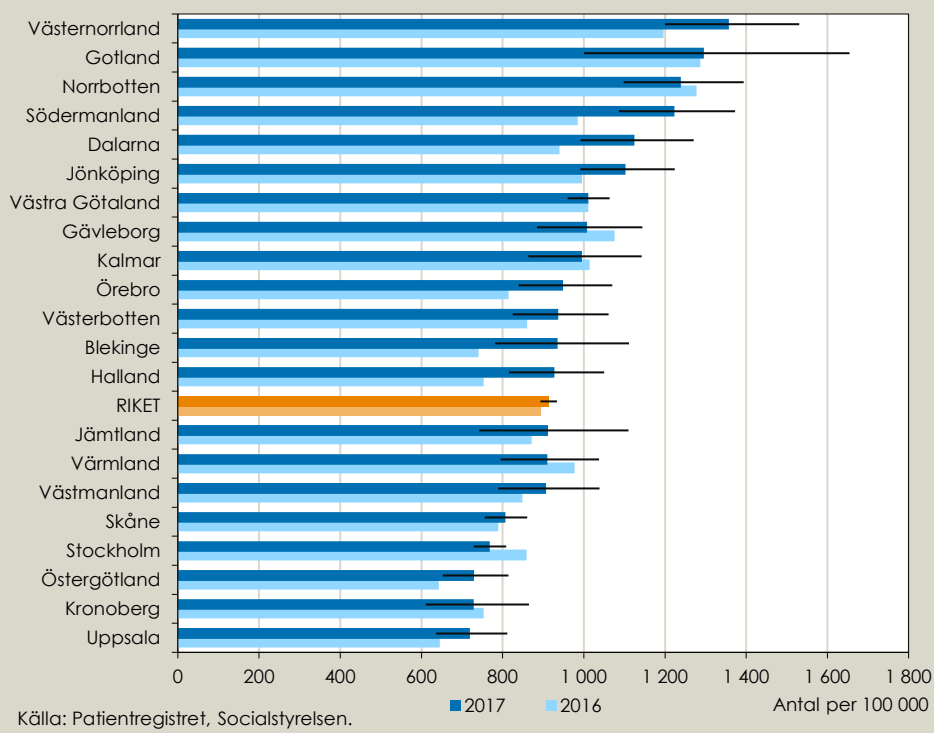
**FIGUR 3c. RIKET. Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som slutenvårdats (minst ett dygn) till följd av psykiatrisk diagnos .



**FIGUR 3d. LÄN. Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som slutenvårdats (minst ett dygn) till följd av psykiatrisk diagnos, 2017.



#### 4. Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

Depression och ångestsyndrom tillhör några av de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland barn och ungdomar. Depression definieras som ett tillstånd som bland annat utmärks av nedstämdhet, sorg och orkeslöshet som varat i mer än två veckor. Vanliga symtom vid sidan av nedstämdhet är ett minskat intresse för omvärlden, brist på energi, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, aptitförändringar och suicidtankar. Andra symtom är psykomotoriska hämningar, det vill säga långsammare mentala och motoriska rörelser och nedsatt reaktionsförmåga, samt rastlöshet och irritabilitet [29].

Den vanligaste formen av depression kallas egentlig depression och brukar delas upp i tre nivåer: lindrig, medelsvår och svår. Beroende på hur många symtom patienten har finns det olika svårighetsgrader för depression och utifrån detta planeras behandlingen.

Depression har alltså mycket olika svårighetsgrad och symtombilden påverkas också av ålder och utvecklingsnivå. Hos yngre ser man mer av irritabilitet, utbrott och kroppsliga symtom [30]. Depressionsförekomsten är omkring 5 procent hos barn och unga i åldern 13–19 år. Depression bland barn och unga som inte uppnått puberteten är mindre vanligt och drabbar omkring 1 procent varje år [31].

Med ångestsyndrom avses återkommande svårhanterlig rädsla eller oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser som begränsar det dagliga livet. Obehagen resulterar ofta i undvikande beteende eller säkerhets-

beteende. Till ångestsyndrom räknas tillstånd som separationsångest, generaliserad ångest, social fobi, specifik fobi, överdriven eller ständig ängslighet, paniksyndrom, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Omkring 10 procent av alla barn och ungdomar drabbas av ångestsyndrom varje år. Det finns ofta en hög grad av samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd och många barn uppfyller kriterier för mer än en ångestdiagnos [32]. Sjukdomsförloppet vid såväl depression som ångestsyndrom är ofta växlande med risk för återfall och nya depressionsepisoder. I vissa fall är tillstånden även långdragna [29].

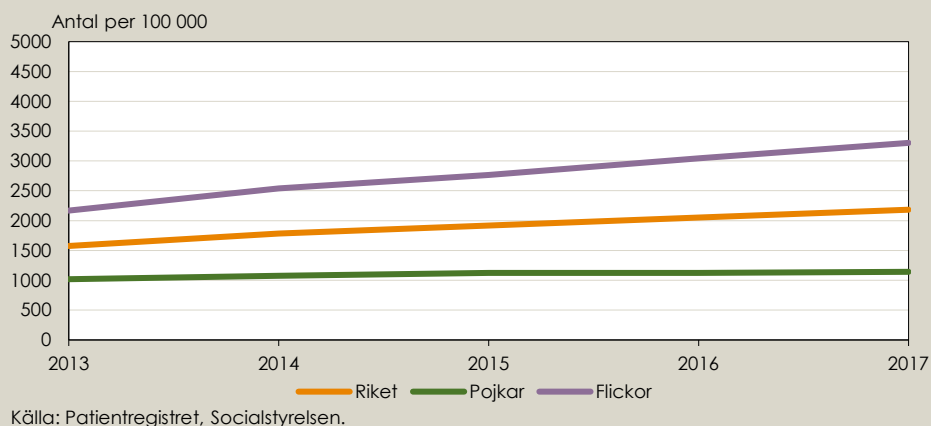
Indikatorn redovisar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den öppna specialiserade psykiatriska vården. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

Uppgifterna baseras på Socialstyrelsens patientregister med data från specialiserad öppenvård. Patienter som behandlats inom den så kallade första linjens vård, till exempel primärvården eller elevhälsovården, innefattas inte.

Antalet barn 13–17 år som behandlats för depression och ångest inom den öppna specialiserade vården ökade mellan 2013 och 2017, från 1 575 till 2 183 per 100 000 barn. Detta var mer än dubbelt så vanligt bland flickor (3 303 per 100 000) som bland pojkar (1 142 per 100 000).

#### FIGUR 4a. RIKET. Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

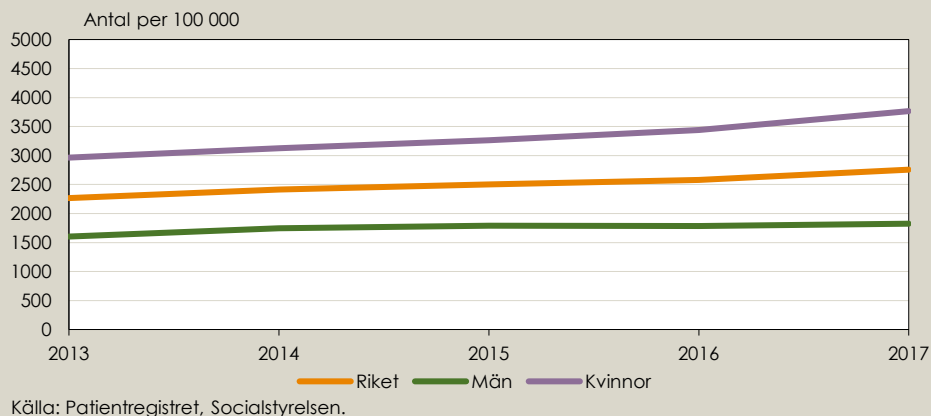
Antal barn 13-17 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den öppna psykiatriska vården.



Även i åldersgruppen unga vuxna 18–24 år har antalet ökat under perioden, dock inte lika tydligt som bland barn 13–17 år. År 2013 vårdades 2 266 unga per 100 000 för depression och ångest inom den öppna psykiatriska vården. År 2017 var antalet 2 756 unga per 100 000. Skillnader mellan könen finns även bland unga vuxna. År 2017 vårdades 3 765 kvinnor per 100 000. För män i samma åldersgrupp var antalet 1 824 per 100 000.

#### FIGUR 4b. RIKET. Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den öppna psykiatriska vården.

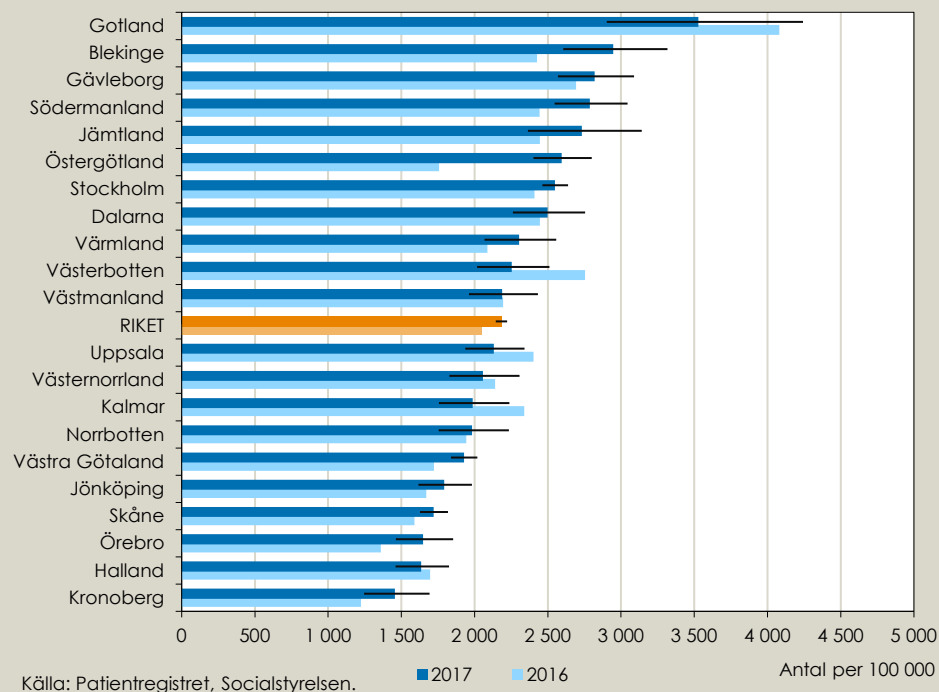


Antalet patienter som vårdas i den specialiserade psykiatriska öppenvården med huvuddiagnosen depression eller ångestsyndrom skiljer sig mellan olika delar av landet. Detta hänger delvis samman med hur vården är organiserad. Vissa regioner med lågt antal slutenvårdade i dessa diagnoser behandlar patienter inom den öppna specialiserade vården eller på psykiatrimottagningar för vuxna.

Antalet barn 13–17 år som vårdades i specialiserad öppenvård för depression och ångestsyndrom under 2017 varierade mellan olika län, från 1 455 till 3 528 per 100 000 barn. Av länsdiagrammet framgår även att antalet som vårdades inom öppenvården ökade i 15 av 21 län mellan år 2016 och 2017.

### FIGUR 4c. LÄN. Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

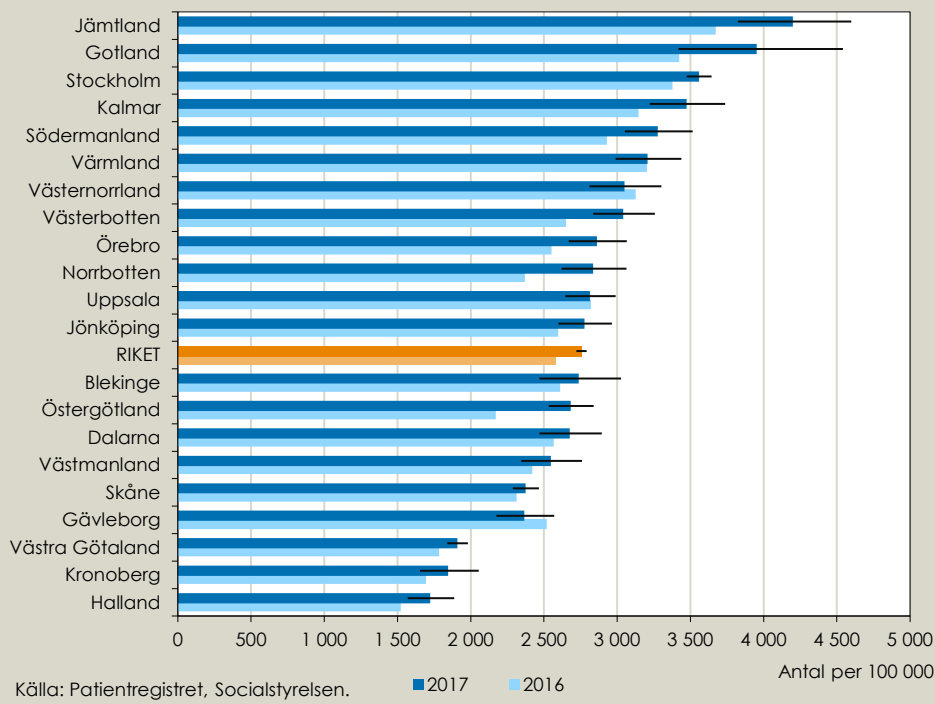
Antal barn 13-17 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den öppna psykiatriska vården, 2017.



Även i åldersgruppen unga vuxna 18–24 år varierar antalet som fått psykiatrisk öppenvård till följd av depression och ångestsyndrom regionalt, och antalet har ökat i de flesta län mellan år 2016 och 2017.

#### FIGUR 4d. LÄN. Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

Antal unga 18–24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den öppna psykiatriska vården, 2017.



### 5. Psykiatrisk slutenvård vid depression och ångestsyndrom

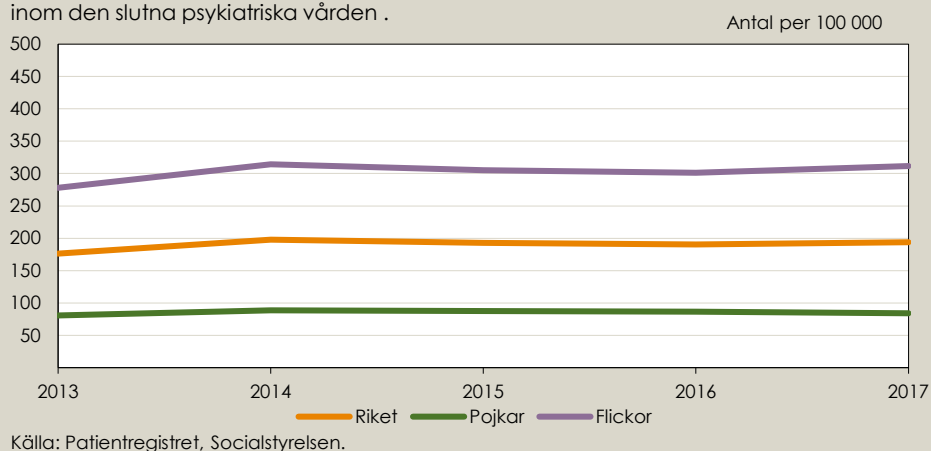
Som nämndes i det föregående avsnittet om depression finns flera olika svårighetsgrader för depression samt olika former av ångestsyndrom, och behandlingen planeras helt och hållet utifrån detta. Sjukdomsförloppet är ofta växlande med risk för återfall och i vissa fall är tillstånden långdragna [29]. Vid svårare depressioner och vissa allvarigare ångesttillstånd kan vård och behandling på sjukhus vara nödvändigt.

Indikatorn visar antalet barn 13–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården. Indikatorn baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från slutenvården. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

Bland barn 13–17 år har antalet som behandlats för depression och ångest i slutna psykiatrisk vård ökat något 2013–2017. År 2013 uppgick antalet till 176 per 100 000 barn, medan motsvarande siffra år 2017 var 193 per 100 000 barn. Det finns skillnader mellan könen. År 2017 var antalet flickor som fick slutna psykiatrisk vård med huvuddiagnosen depression eller ångestsyndrom 311 per 100 000, medan motsvarande antal för pojkar var 84 per 100 000.

### FIGUR 5a. RIKET. Sluten psykiatrisk vård vid depression och ångestsyndrom

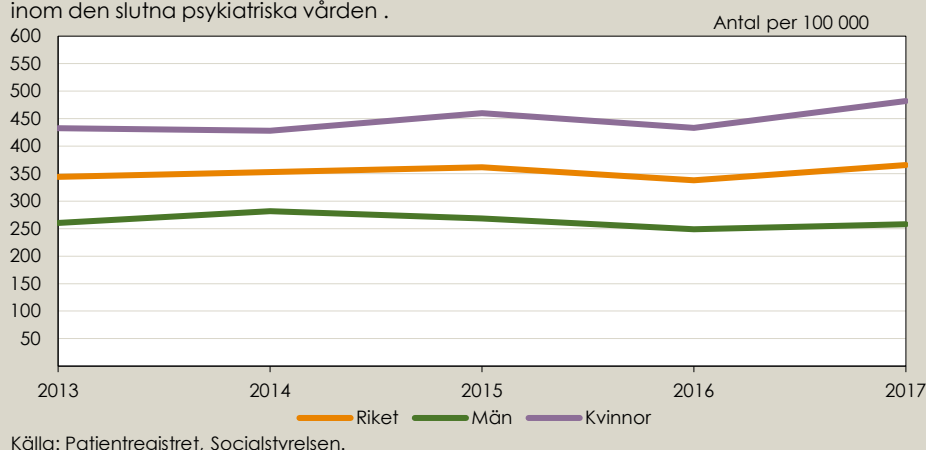
Antal barn 13-17 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården .



I åldersgruppen unga vuxna 18–24 år var antalet som vårdats för depression och ångest inom den slutna psykiatriska vården år 2017 cirka 365 per 100 000, en betydligt högre siffra än bland barn 13–17 år. Antalet har ökat svagt 2013–2017 och har i huvudsak skett bland kvinnor. Även bland unga vuxna finns skillnader mellan könen. År 2017 var antalet 482 per 100 000 bland kvinnor och 258 per 100 000 bland män.

### FIGUR 5b. RIKET. Sluten psykiatrisk vård vid depression och ångestsyndrom

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården .

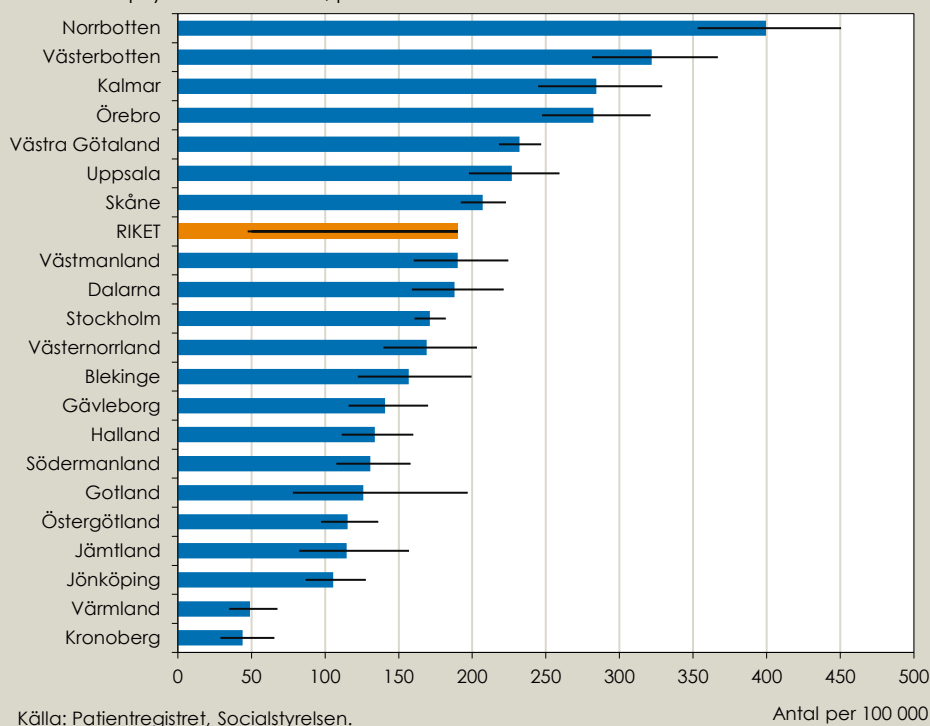


Skillnaderna i antalet patienter som skrivs in i den slutna vården med huvuddiagnosen depression eller ångestsyndrom är stora i olika delar av landet. Av länsdiagrammet nedan framgår att antalet barn 13–17 år som slutenvårdades under femårsperioden 2013–2017, varierar från 44 till 400 per 100 000 barn i de olika länen. Variationerna kan delvis förklaras av hur vården är organiserad.

Vissa län som uppvisar ett lågt antal slutenvårdade för dessa diagnoser, behandlar i stället patienter inom den öppna specialiserade vården eller på psykiatriska mottagningar för vuxna. De uppgifter som redovisas i denna rapport är baserade på patientens hemortslän, det vill säga det län där patienten är skriven. Då flera regioner inte har någon egen barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård, har vården i vissa fall skett i en annan region än den där patienten är bosatt.

**FIGUR 5c. LÄN. Sluten psykiatrisk vård vid depression och ångestsyndrom**

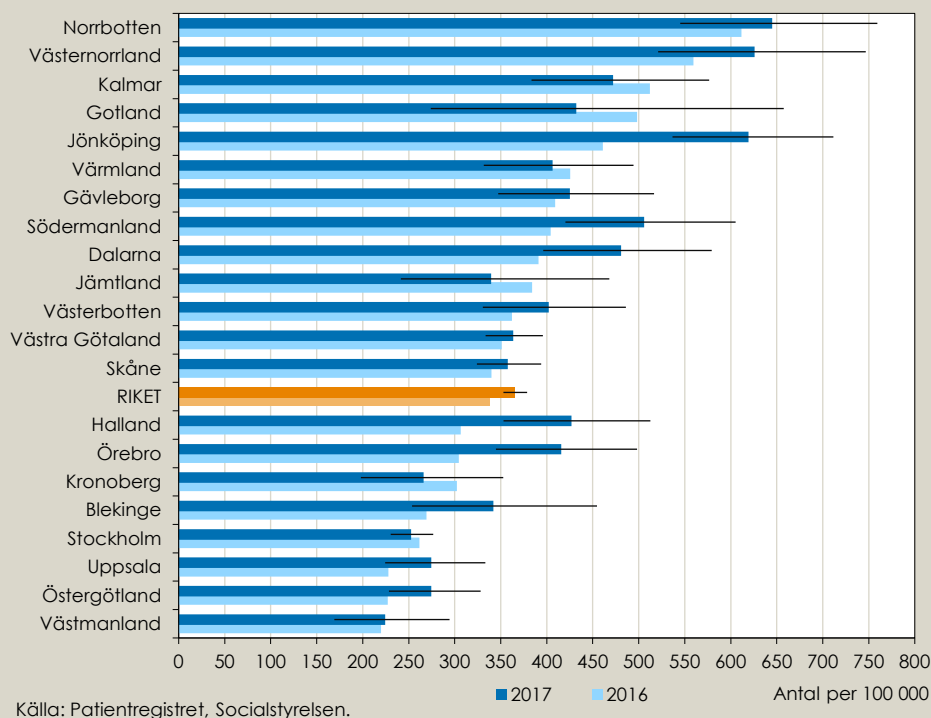
Antal barn 13-17 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården, perioden 2013-2017.



Diagrammet nedan visar antalet unga vuxna i åldern 18–24 år som slutenvårdats till följd av depression och ångestsyndrom under 2017. Även här finns variationer mellan länen. Av diagrammet framgår också att antalet med depression och ångest som vårdats i sluten psykiatrisk vård har ökat i 15 av 21 län.

### FIGUR 5d. LÄN. Sluten psykiatrisk vård vid depression och ångestsyndrom

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats för depression och ångestsyndrom inom den slutna psykiatriska vården, 2017.



## 6. Tvångsvård enligt LPT

En person som har en allvarlig psykisk störning kan tvingas att bli vårdad mot sin vilja med så kallad psykiatrisk tvångsvård. Det kan ibland vara nödvändigt om patienten exempelvis är psykotisk och har självmordstankar, eller är farlig för andra människor. Då kan man behöva vård dygnet runt på ett sjukhus, inom så kallad sluten psykiatrisk tvångsvård.

Möjligheten att vårda en patient under tvång regleras i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Detta kan komma ifråga när patienten behöver psykiatrisk vård men själv inte kan eller vill medverka till detta. Vid behov kan även barn och ungdomar vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård.

En vårdplan ska upprättas så snart som möjligt efter beslutet om tvångsvård. I vårdplanen ska det stå i stora drag vad vården ska innehålla, på både kort och längre sikt. Det är viktigt att vården tar hänsyn till patientens egna upplevelser av behandlingen och använder så lite tvång som möjligt. Om patienten riskerar att skada sig själv, eller allvarligt försvårar vården för andra, kan det dock bli aktuellt med tvångsåtgärder. Patienten kan hållas fastspänd eller avskild från andra patienter en kortare tid [33].

Syftet med tvångsvården är att patienten ska bli så frisk att den frivilligt kan ta emot den vård som behövs. Att tvingas till vård mot sin vilja är ett allvarligt ingrepp i integriteten och kan upplevas som mycket kränkande. Tvångsvården ska därför aldrig pågå längre än nödvändigt. Den ansvariga läkaren ska löpande pröva om det finns skäl för att patienten inte längre ska

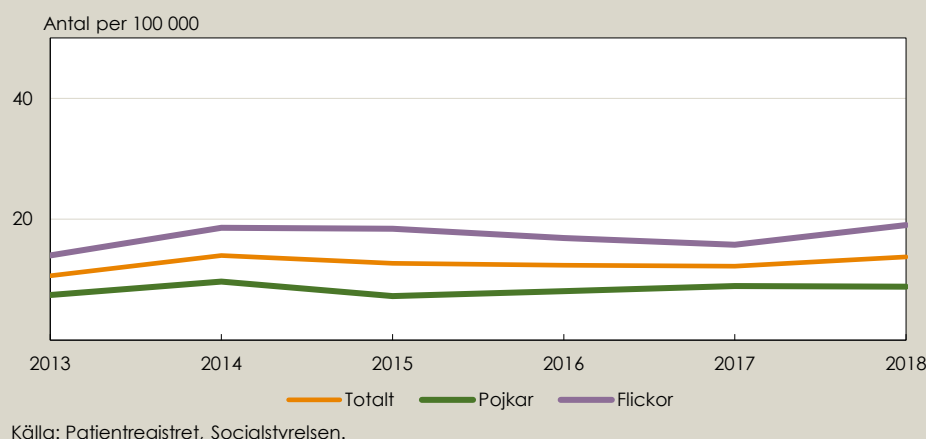
tvångsvårdas. Om läkaren kommer fram till att sluten psykiatrisk tvångsvård inte längre behövs kan patienten i stället vårdas inom frivillig psykiatrisk vård eller skrivas ut [34].

Under 2018 vårdades sammanlagt 297 patienter 0–17 år med tvång enligt LPT. Detta motsvarar 13,7 barn per 100 000 i åldern 0–17 år. Tvångsvård enligt LPT var i denna åldersgrupp vanligare bland flickor än pojkar (19,4 per 100 000 invånare respektive 8,8 per 100 000 invånare i åldersgruppen).

Antalet vårdade i denna åldersgrupp minskade svagt under perioden 2014–2017. En liten uppgång har skett det senaste året, i huvudsak bland flickor.

**FIGUR 6a. RIKET. Tvångsvård enligt LPT**

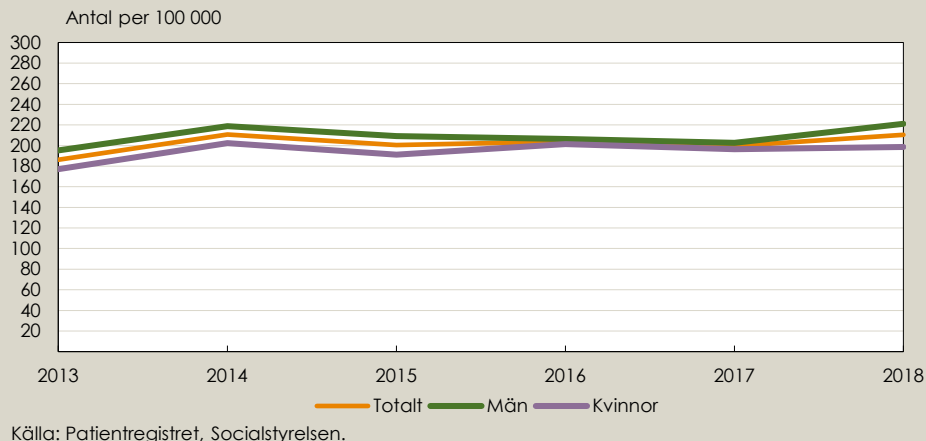
Antal barn och unga 0–17 år per 100 000 som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).



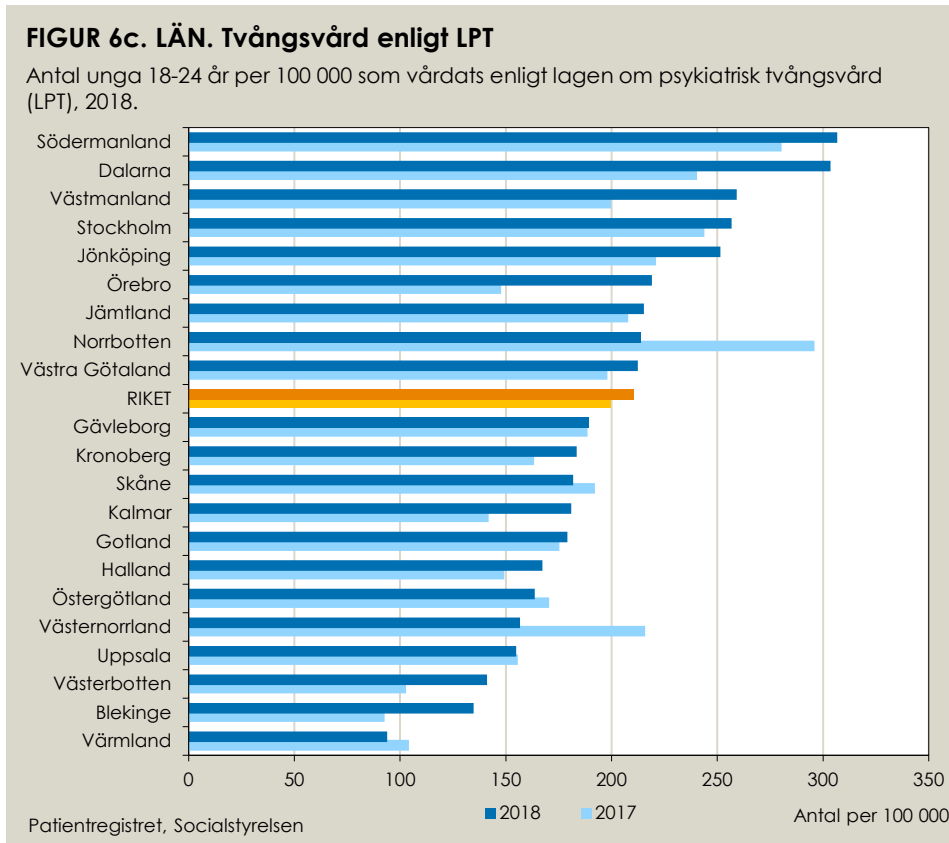
I åldersgruppen 18–24 år uppgick antalet tvångsvårdade patienter enligt LPT till sammanlagt 1 729 under år 2018, vilket motsvarar 210 unga per 100 000 invånare 18–24 år. En knapp majoritet av dessa var män (55 procent). Antalet tvångsvårdade i denna åldersgrupp har varit relativt konstant perioden 2014–2017, men har därefter ökat för kvinnor.

**FIGUR 6b. RIKET. Tvångsvård enligt LPT**

Antal barn och unga 18–24 år per 100 000 som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).



Figuren nedan visar antalet tvångsvårdade unga i åldern 18–24 år per 100 000 i de olika länen. Av diagrammet framgår att antalet unga per 100 000 som tvångsvårdats enligt LPT ökat svagt i riket som helhet år 2018 jämfört med året innan. I sammanlagt 15 län har antalet tvångsvårdade ökat mellan 2017 och 2018, medan det i 6 av länen i stället minskat under 2018. Eftersom tvångsvård enligt LPT är en betydligt mer ovanlig åtgärd inom åldersgruppen 0–17 år är det inte möjligt att redovisa siffror på länsnivå för den åldersgruppen.



## Psykiatrisk vård i anslutning till allvarliga handlingar

I detta avsnitt redovisas indikatorer som rör vård till följd av självskadehandlingar, skadligt bruk och beroende samt tvångsvård enligt LVM. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister samt registret för tvångsvård enligt LVM. I avsnittet redovisas även mått rörande hur stor andel av patienterna som varit i kontakt med läkare inom psykiatrisk vård före och efter den allvarliga handlingen.

### 7. Slutenvård till följd av självskadehandling

Självskadebeteende med självdestruktiva skadehandlingar som följd, innebär att man avsiktligt och upprepade gånger utsätter sig själv för skada. Självskadehandlingar skiljer sig från självmordsförsök genom att det inte finns en

verklig avsikt att sluta sitt liv. De brukar ofta handla om försök att hantera svåra känslor. Beteendet kan upplevas som ett försök att fly från känslorna eller som ett slags självbestraffning. För några fungerar beteendet som ett stopp för självmordstankar [35]. Det finns dock studier som även påvisat en ökad självmordsrisk bland unga vuxna som tidigare uppvisat självskadebeteende [36]

Självskadebeteende är inte någon enskild psykiatrisk diagnos i ICD-10. Det är dock symptom på att en individ inte mår bra och förekommer vid ett flertal psykiatriska diagnoser, exempelvis posttraumatiskt stressyndrom, bipolär sjukdom, psykos, olika former av personlighetsstörningar och depression [37] [38]. Det finns även ett påvisat samband mellan ätstörningar och självskadebeteende [39].

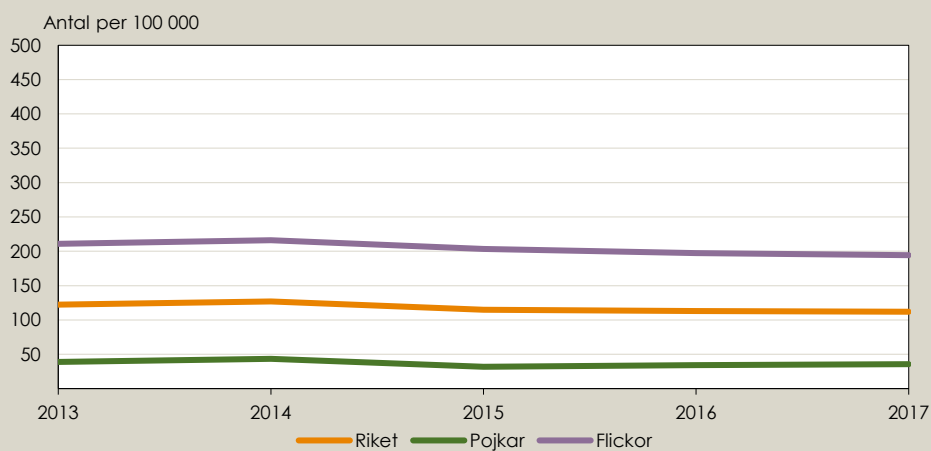
Självskador förekommer betydligt oftare bland tonårsbarn och unga vuxna, jämfört med befolkningen i övrigt. Vanligast är att självskadebeteendet debuterar vid cirka 12–14 års ålder och förekomsten är som högst under ungdomsåren för att sedan minska i vuxen ålder. Självskadebeteende är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar [37].

Indikatorn visar antalet barn 13–17 år samt unga vuxna 18–24 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling. Indikatorn innefattar samtliga former av avsiktliga självdestruktiva handlingar som resulterat i skador. Skador som orsakats av olyckor eller där avsikten varit oklar ingår inte. Indikatorn baserar sig på uppgifter från patientregistret. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

År 2017 slutenvårdades sammanlagt 112 barn per 100 000 i åldern 13–17 år till följd av självskadehandling. Betydligt fler flickor än pojkar (194 respektive 35 per 100 000) slutenvårdades på sjukhus till följd av detta. Slutenvård till följd av självskadehandling var således mer än fem gånger vanligare bland flickor än bland pojkar. Antalet barn i åldern 13–17 år som slutenvårdats till följd av självskadehandling har de senaste åren legat på ungefär samma nivå sedan 2013.

**FIGUR 7a. RIKET. Slutenvård till följd av självskadehandling**

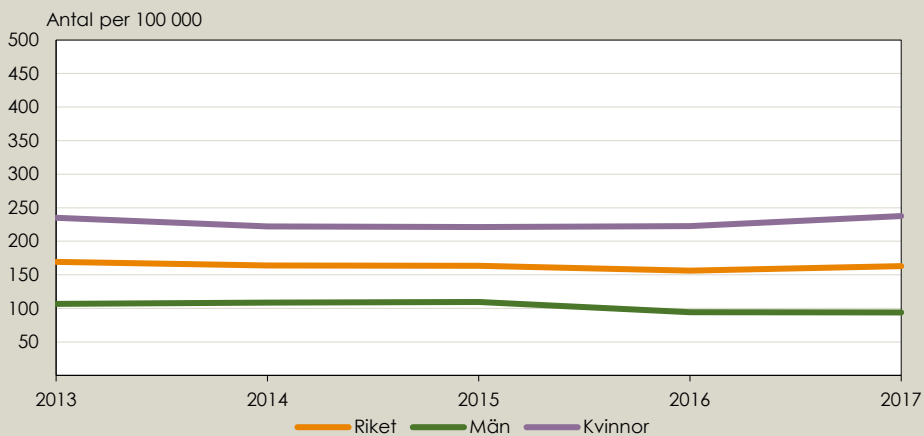
Antal barn 13-17 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling .



I åldersgruppen 18–24 år slutenvårdades år 2017 sammanlagt 162 unga per 100 000. Även för denna åldersgrupp har antalet varit relativt konstant sedan 2013. Även i denna åldersgrupp vårdades betydligt fler kvinnor än män till följd av självskada (237 respektive 94 per 100 000). Skillnaden mellan könen är dock mindre än i den yngre åldersgruppen.

**FIGUR 7b. RIKET. Slutenvård till följd av självskadehandling**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling .

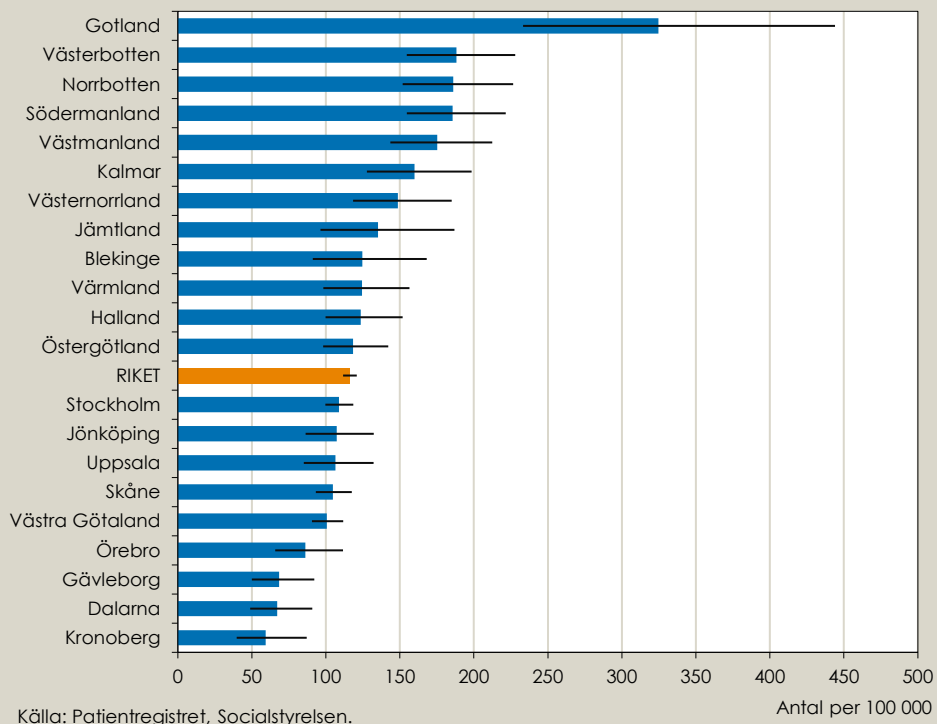


Bland tillvägagångssätten för de som vårdats för avsiktliga självskador utgör läkemedelsförgiftningar en stor del av vårdtillfällena. Närmare studier visar att fler pojkar än flickor ofta skadar sig genom alkoholförgiftning, medan förgiftning orsakad av andra substanser är vanligare bland flickor. Förutom förgiftning förekommer även andra metoder. Vanligast är självdestruktiv handling med skärande eller stickande föremål [40].

Diagrammen nedan visar antalet barn 13–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling under fyraårsperioden 2014–2017, fördelat på län. Det finns en stor variation mellan länen där Gotland uppvisar höga antal för barn 13–17 år.

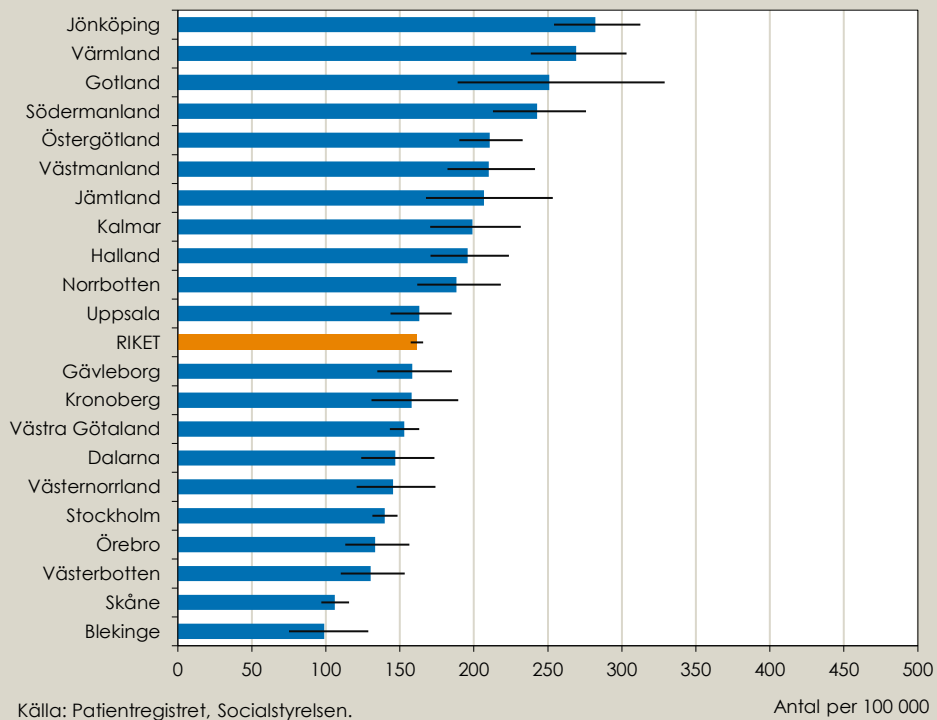
### FIGUR 7c. LÄN. Slutenvård till följd av självskadehandling

Antal barn 13-17 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling perioden 2014-2017.



### FIGUR 7d. LÄN. Slutenvård till följd av självskadehandling

Antal unga 18-24 år per 100 000 som slutenvårdats till följd av självskadehandling perioden 2014-2017.



## 8. Kontakt med psykiatrisk vård före slutenvård till följd av självskadehandling

Självskadebeteende är allvarligt och man bör söka hjälp om man har skadat sig själv upprepade gånger. Om självskadebeteendet har pågått en längre tid är det extra viktigt att få hjälp så snabbt som möjligt, då det kan vara svårt att sluta med sitt självskadebeteende på egen hand. Ett sätt att få hjälp är att ta kontakt med elevhälsan på skolan. Vissa skolor erbjuder stödjande samtal. Skolan kan också hjälpa till att kontakta barn- och ungdomspsykiatri om man behöver mer stöd. Man kan också vända sig direkt till BUP [41].

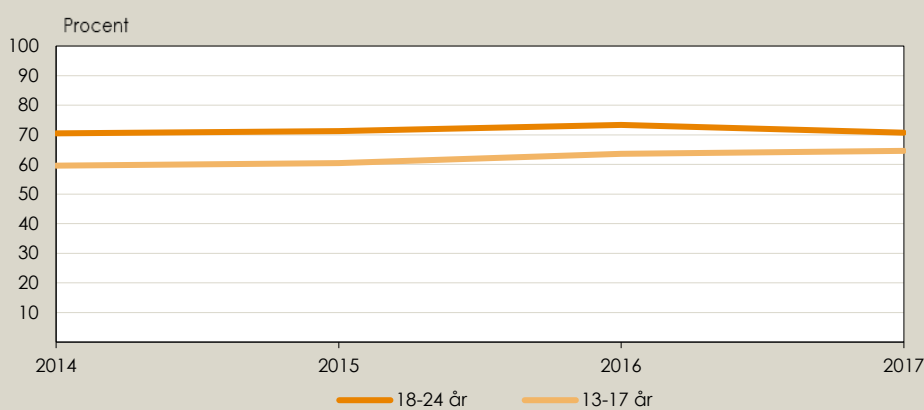
I detta avsnitt redovisas hur stor andel av de som slutenvårdats för självskada som före vårdtillfället haft kontakt med den specialiserade öppna eller slutna psykiatriska vården. Måttet är intressant då det till viss del speglar i vilken omfattning den psykiatriska öppenvården lyckas fånga upp barn och unga med denna problematik.

Det aktuella måttet visar andelen som haft kontakt med läkare inom den öppna eller slutna psykiatriska vården upp till ett år före det att man vårdades till följd av självskadehandling. Måttet baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och den slutna vården. Måttet innefattar endast läkarkontakter, vilket innebär att vi inte vet något om i vilken utsträckning dessa patienter haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den specialiserade psykiatriska vården.

I åldersgruppen 13–17 år var andelen som haft kontakt med den specialiserade psykiatriska vården upp till ett år före självskadehandlingen drygt 64 procent år 2017. Andelen har legat kring 60 procent sedan år 2014. Motsvarande andel för unga i åldern 18–24 år var drygt 70 procent, och andelen har legat på samma nivå sedan 2014.

**FIGUR 8a. RIKET. Kontakt med psykiatrisk vård före självskadehandling**

Andel barn 13-17 år respektive unga 18-24 år som slutenvårdats till följd av självskadehandling och som upp till ett år tidigare haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård.



## 9. Kontakt med psykiatrisk vård efter slutenvård till följd av självskadehandling

I det följande avsnittet redovisas uppgifter om hur stor andel av dem som slutenvårdats för självskada som efter vårdtillfället haft kontakt med den öppna

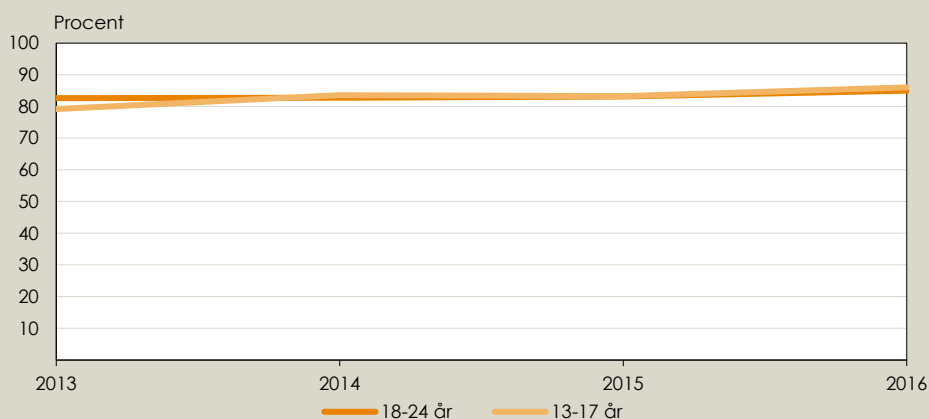
eller slutna psykiatriska vården. Måttet är intressant eftersom det till viss del speglar i vilken omfattning den psykiatriska öppenvården lyckas följa upp barn och unga med denna problematik.

Det aktuella måttet visar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år som slutenvårdats till följd av självskadehandling, och som upp till 1 år efter det haft kontakt med läkare inom den öppna eller slutna psykiatriska vården. Det mäter andelen som haft kontakt med den specialiserade psykiatriska vården efter ett vårdtillfälle där man skrivits in i slutenvård till följd av självskadehandling.

Måttet baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och den slutna vården. Patienter som behandlats i primärvården innefattas inte. Även i detta mått innefattas endast läkarkontakter, då information om kontakter med andra yrkeskategorier inom vården saknas. Inte heller här vet vi därmed något om huruvida patienterna haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den specialiserade psykiatriska vården.

#### FIGUR 9a. RIKET. Kontakt med psykiatrisk vård efter självskadehandling

Andel barn 13-17 år respektive unga 18-24 år som haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård upp till ett år efter slutenvård till följd av självskadehandling.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen som haft kontakt med specialiserad psykiatrisk vård upp till 1 år efter slutenvård till följd av självskadehandling var bland barn 13–17 år omkring 86 procent år 2016. Andelen har ökat sedan 2013, då den var 79 procent. Bland unga 18–24 år var andelen omkring 85 procent år 2016. Även för denna grupp har andelen ökat sedan 2013.

## 10. Suicid bland barn och unga som haft kontakt med psykiatrisk vård

Suicid och dödsfall med oklar avsikt är ovanligt bland barn. Under 2017 tog totalt 29 personer under 18 år sitt liv. Antalet har sedan 2012 varierat mellan 20 och 29 fall varje år. Detta motsvarar omkring ett suicidfall per 100 000 invånare i åldersgruppen – ett antal som alltså varit oförändrat sedan 2012 [5].

Bland unga i åldern 18–24 år är suicid mer vanligt förekommande. Antalet varierar dock från år till år. Under 2017 avled 128 unga i denna åldersgrupp

till följd av suicid, medan antalet året innan uppgick till 117. Både pojkar och unga män begår suicid betydligt oftare än flickor och unga kvinnor [42].

Tidigare uppskattningar har visat att ungefär hälften av de barn och unga som tagit livet av sig haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet [43] [44]. Mot bakgrund av detta samt för att stimulera till en diskussion om vårdens möjligheter att förebygga suicid bland barn och unga, har vi i denna rapport valt att redovisa uppgifter om hur stor andel av de avlidna ungdomarna som haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården upp till 6 månader innan bekräftat suicid.

Kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården före suicid kan till viss del vara ett användbart mått för att bedöma hälso- och sjukvårdens insatser. I sammanhanget ska dock påpekas att detta mått på många sätt har begränsningar och är problematiskt att tolka. Till att börja med är det svårt att avgöra dess riktning, det vill säga om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde. Därtill kommer att det endast är patientens kontakt med läkare inom den psykiatriska vården som innefattas i måttet, då tillgång till information om kontakter med övriga personalkategorier saknas. Vidare finns en rad olika förhållanden som kan antas vara kopplade till suicid, exempelvis väntetider till barn- och ungdomspsykiatri och som inte studerats här. Avsaknaden av en tydlig riktning tillsammans med övriga ovannämnda brister, innebär att måttet inte kan betraktas som en fullständig indikator. Måttets begränsningar medför även att resultatet bör tolkas med viss försiktighet.

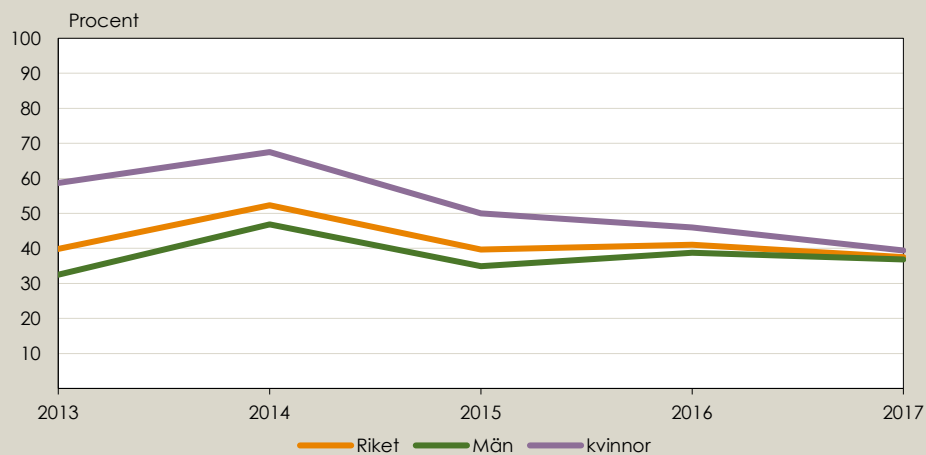
Om måttet kan sägas att det är viktigt att hälso- och sjukvården som helhet har kapacitet att upptäcka barn och unga som kan ha en självmordsproblematik utan att tidigare ha varit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.

Eftersom suicid är mycket ovanligt bland barn, är uppgifter rörande läkarkontakt före suicid endast möjligt att redovisa för åldersgruppen 18–24 år. Måttet innefattar samtliga suicid samt dödsfall med oklar avsikt och baserar sig på uppgifter från patientregistret. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

Av diagrammet nedan framgår att 4 av 10 unga vuxna har haft någon kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården upp till 6 månader innan suicid. Samtidigt indikerar dessa uppgifter att 60 procent inte haft någon sådan kontakt. I sammanhanget kan tilläggas att måttet inte heller säger något om eventuella kontakter med den somatiska vården inklusive till exempel somatisk primärvård och elevhälsa.

**FIGUR 10a. RIKET. Suicid bland unga som haft kontakt med psykiatrisk vård**

Andel unga 18-24 år som haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård före suicid eller dödsfall med oklar avsikt.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## 11. Vård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser

Ett flertal drogvaneundersökningar de senaste åren tyder på att alkoholkonsumtionen bland unga i Sverige minskat sedan mitten av 2000-talet. Dagens konsumtionsnivåer bland tonåringar är historiskt sett låga. Däremot har användningen av narkotika ökat, särskilt av cannabis och narkotikaklassade läkemedel [45] [46] [47].

Detta återspeglas även i statistiken över antalet vårdade till följd av alkoholintoxikation. Enligt uppgifter från Socialstyrelsens statistikdatabas har antalet vårdade i slutenvård till följd av skadligt bruk och beroende totalt sett minskat med hälften 2008–2017 och det märks tydligt för diagnosen som anger alkoholbruk. Bland ungdomar i åldern 15–19 år har det samtidigt blivit vanligare att man vårdas för skadligt bruk eller beroende av cannabis och andra substanser [48].

Indikatorn visar antalet barn 13–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som vårdats i psykiatrisk öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser. Indikatorn utgör ett sätt att mäta förekomsten av skadligt bruk eller beroende av olika substanser så som alkohol, droger, läkemedel, tobak, lösningsmedel och andra stimulantia.

Indikatorn baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och den slutna vården. Patienter som behandlats i primärvården ingår inte. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

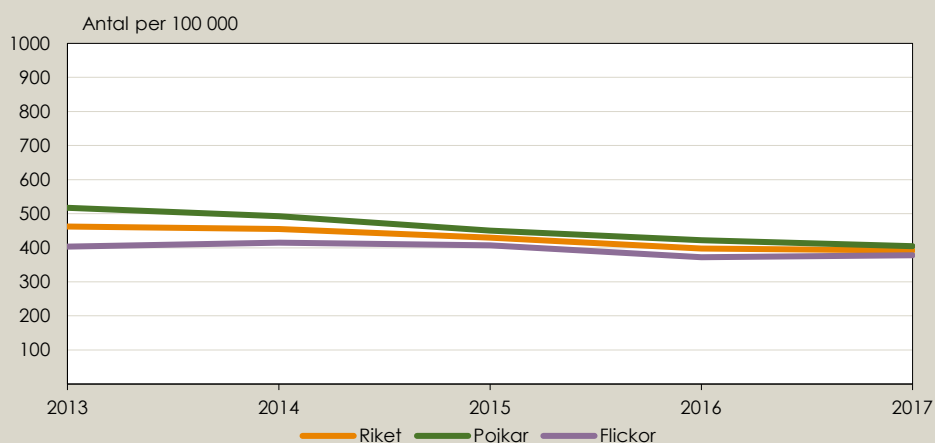
Enligt diagnoskriterierna betraktas inte frivillig berusning eller akut alkohol- eller drogintoxikation som sjukdom. Definitionen av skadligt bruk är när intaget av alkohol eller droger får psykiska, kroppsliga eller sociala konsekvenser. Definitionen för beroende är när särskilda kriterier för alkohol alternativt droger uppfylls. När personer registreras i Socialstyrelsens patientregister utgör detta diagnosen för utförd vård och man skiljer inte mellan olika

grader av beroende. Det kan således vara fråga om såväl engångsföreteelser som skadligt bruk eller beroende.

Bland barn 13–17 år har antalet som vårdats i specialiserad öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser, minskat från 462 till 392 per 100 000 mellan år 2013 och 2017. Bland unga vuxna 18–24 år har antalet som vårdats varit relativt konstant under perioden. Vård till följd av skadligt bruk eller beroende av olika substanser är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. År 2017 var antalet som vårdats till följd av detta 1 055 per 100 000 bland män och 765 per 100 000 bland kvinnor i åldersgruppen 18–24 år. Bland ungdomar i åldern 13–17 år var skillnaden mellan könen betydligt mindre (405 per 100 000 för pojkar respektive 378 per 100 000 bland flickor).

**FIGUR 11a. RIKET. Vård till följd av skadligt bruk och beroende**

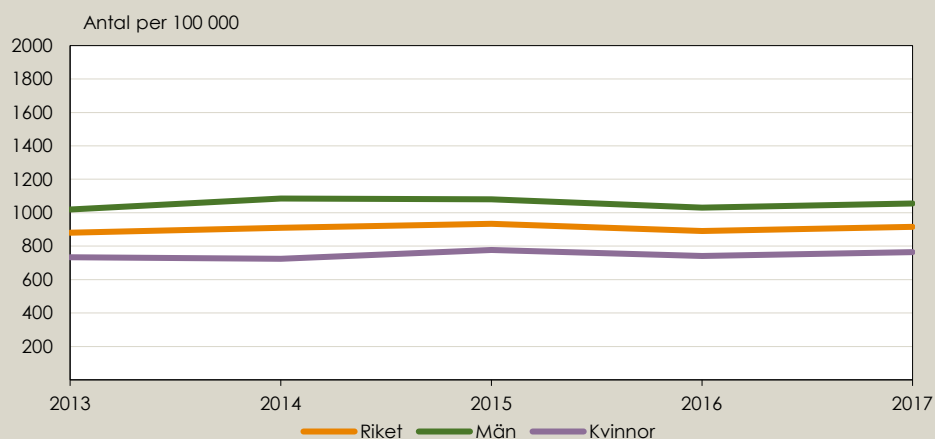
Antal barn 13-17 år per 100 000 som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende .



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

**FIGUR 11b. RIKET. Vård till följd av skadligt bruk och beroende**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende .



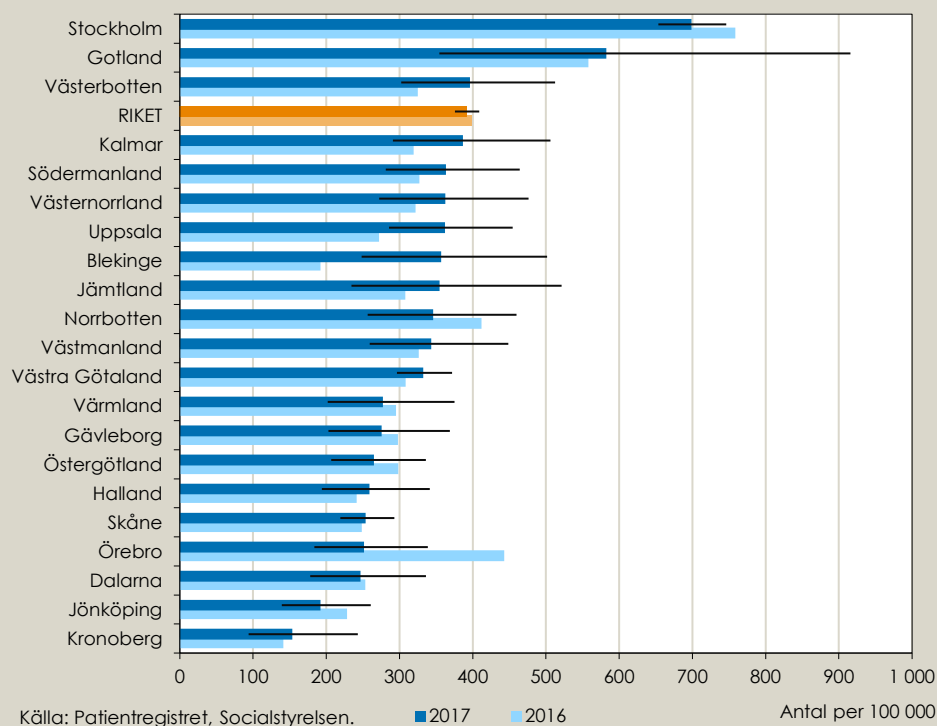
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I en annan rapport utgiven av Socialstyrelsen år 2017, har man studerat andelen unga vuxna som vårdats för skadligt bruk eller beroende av olika substanser inom specialiserad öppenvård eller slutenvård under en längre tidsperiod. Där ses en uppgång för män 18–24 år under perioden 2008–2016 [3].

I diagrammen nedan redovisas antalet barn och unga per 100 000 som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser fördelat på län. När det gäller barn 13–17 år, ligger de regionala skillnaderna mellan 396 och 700 per 100 000 bland de tre länen med högst antal, och mellan 154 och 247 per 100 000 bland de tre länen med lägst antal. Motsvarande siffror för unga vuxna år 2017 är 1 020–1 425 per 100 000 för länen med högst antal, och 532–670 per 100 000 för länen med lägst antal.

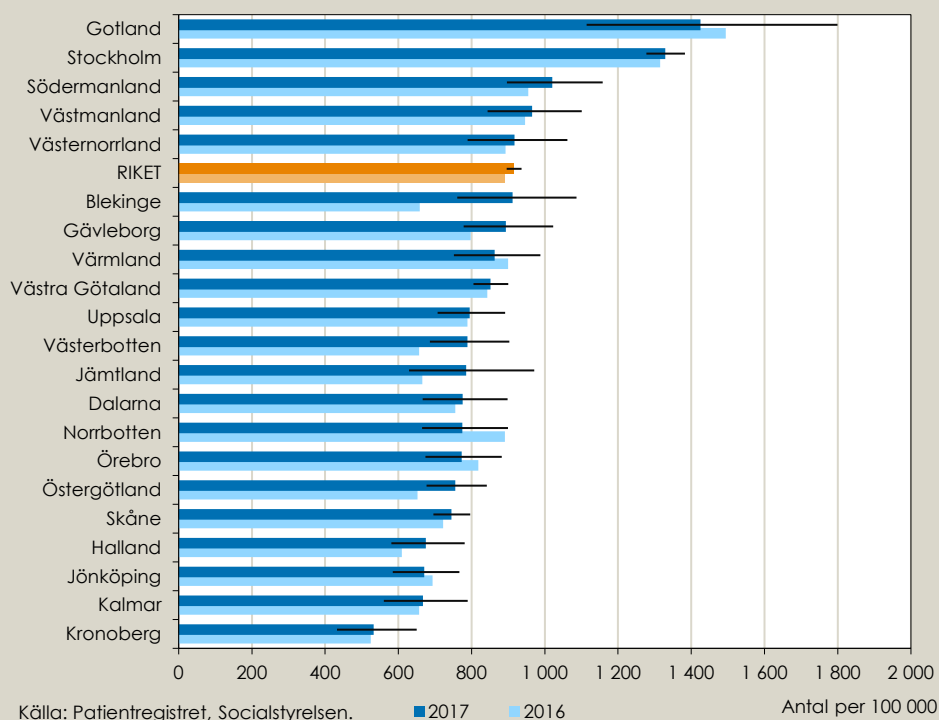
**FIGUR 11c. LÄN. Vård till följd av skadligt bruk och beroende**

Antal barn 13–17 år per 100 000 som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende, 2017.



**FIGUR 11d. LÄN. Vård till följd av skadligt bruk och beroende**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende, 2017.



## 12. Kontakt med psykiatri före vård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser

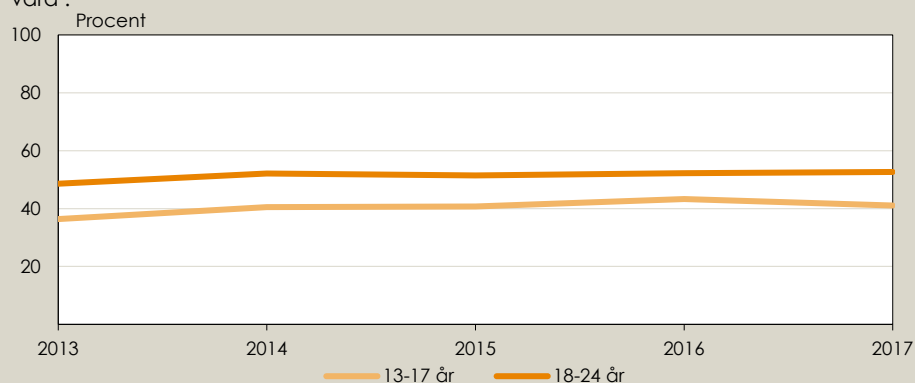
Forskning visar att många barn och unga som missbrukar alkohol eller narkotika även har psykiatriska problem [49] [50]. Vid psykisk ohälsa är risken för missbruk eller beroende dessutom ofta förhöjd [51]. Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri är därmed viktiga aktörer när det gäller att tidigt upptäcka missbruk och beroende. Andra betydelsefulla aktörer är primärvården, elevhälsan och ungdomsmottagningarna. Missbruk av alkohol och narkotika bland unga är svårt att såväl förebygga som behandla och kräver samverkan mellan flera aktörer.

Måttet redovisar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende och som upp till ett år tidigare haft kontakt med den specialiserade psykiatriska vården. Måttet indikerar hur många som haft kontakt med psykiatrisk vård före ett vårdtillfälle där man skrivits in i specialiserad öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk eller beroende av alkohol, droger, läkemedel, tobak, lösningsmedel eller andra stimulantia. Måttet är intressant eftersom det till viss del speglar i vilken omfattning den psykiatriska vården lyckas fånga upp barn och unga med denna problematik. Måttet baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och den slutna vården. Måttet innefattar endast läkarkontakter, vilket innebär att vi inte vet något om i vilken utsträckning patienterna haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska vården.

Andelen som haft kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård upp till ett år före skadligt bruk och/eller beroende som lett till vård, var för den yngre åldersgruppen 41 procent år 2017. Andelen har legat kring 40 procent sedan år 2014. Motsvarande andel för unga 18–24 år var drygt 52 procent år 2017, vilket innebär en svag ökning sedan 2013.

**FIGUR 12a. RIKET. Kontakt med psykiatrisk vård före skadligt bruk och beroende**

Andel barn 13-17 år respektive unga 18-24 år som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende som upp till ett år tidigare haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### 13. Kontakt med psykiatri efter vård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser

Barn- och ungdomspsykiatri är tillsammans med vuxenpsykiatri viktiga aktörer även när det gäller uppföljning och insatser mot alkohol- och narkotikamissbruk. Detta inte minst med anledning av att många barn och unga har en kombination av psykisk ohälsa och missbruk. Alkohol- och narkotikamissbruk bland unga kan vara svårt att behandla, och därför bör insatser sättas in i så god tid som möjligt. Även här krävs samverkan mellan flera aktörer [52].

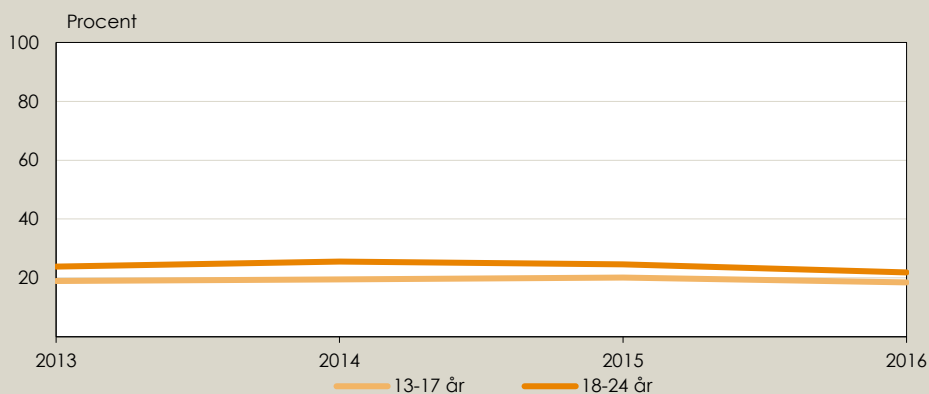
Måttet redovisar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser och som upp till ett år efter detta haft kontakt med den specialiserade psykiatriska vården. Det anger hur många som haft kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård efter ett vårdtillfälle där man skrivits in i specialiserad öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk eller beroende av alkohol, droger, läkemedel, tobak, lösningsmedel eller andra stimulantia. Måttet är intressant eftersom det till viss del speglar i vilken omfattning den psykiatriska öppenvården lyckas följa upp barn och unga med denna problematik.

Måttet baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och slutenvården. Det innefattar endast läkarkontakter, eftersom tillgång till information om kontakt och besök hos andra yrkeskategorier saknas. Inte heller här vet vi med andra ord något om huruvida patienterna haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska vården.

Andelen som haft kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård upp till 1 år efter vård till följd av skadligt bruk och beroende var bland barn 13–17 år drygt 18 procent år 2016. Bland unga vuxna 18–24 år var andelen cirka 22 procent.

**FIGUR 13a. RIKET. Kontakt med psykiatrisk vård efter skadligt bruk och beroende**

Andel barn 13-17 år respektive unga 18-24 år som haft kontakt med läkare inom psykiatrisk vård upp till ett år efter vård till följd av skadligt bruk och beroende .



#### 14. Vård till följd av skadligt bruk och beroende vid samtidig psykiatrisk diagnos

Som tidigare nämndes visar den samlade forskningen att de flesta ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik, även lider av psykisk ohälsa och har en psykiatrisk diagnos [49] [50].

Ungdomar med samtidig psykiatrisk diagnos har dessutom oftare ett allvarigare missbruk och en svårare social situation, jämfört med ungdomar utan samtidig psykiatrisk diagnos [53]. Vid samsjuklighet mellan missbruk och psykiatrisk diagnos ökar även risken för ett sämre sjukdomsförlopp, både för de psykiatriska problemen och missbruks- och beroendeproblemen. Bedömningarna försvåras, liksom sannolikt även behandlingsmöjligheterna, följsamheten till behandling samt behandlingsresultaten [2].

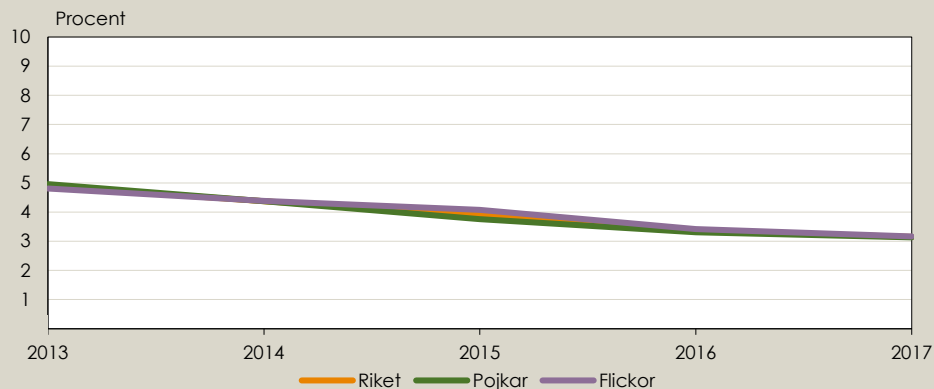
Vid missbruk eller beroende och samtidig psykisk ohälsa är det viktigt att behandla både den psykiska ohälsan och missbruket eller beroendet samtidigt och samordnat. Det kan krävas längre behandlingstider och ett stödjande, pedagogiskt förhållningssätt. Det är viktigt med realistiska mål som inte bara fokuserar på drogfrihet utan också på att öka personens livskvalitet [51].

Måttet visar andelen barn 13–17 år respektive unga 18–24 år som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser och som samtidigt haft en psykiatrisk diagnos. En närmare beskrivning av de diagnoser som innefattas enligt ICD-10 återfinns i bilaga 1.

Måttet baseras på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade öppenvården och slutenvården. Det mäter andelen barn respektive unga som vårdats i psykiatrisk öppen- eller slutenvård till följd av skadligt bruk eller beroende och som vid vårdtillfället haft en psykiatrisk diagnos.

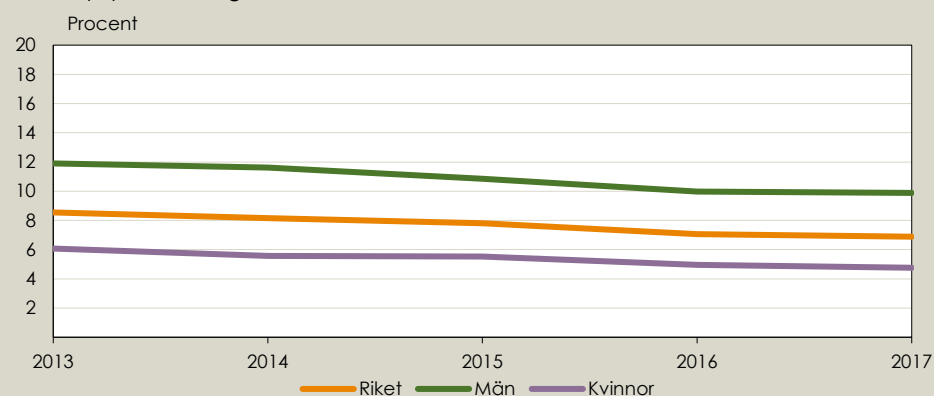
#### FIGUR 14a. RIKET. Vård till följd av skadligt bruk och beroende vid samtidig psykiatrisk diagnos

Andel barn 13-17 år som vårdats för skadligt bruk och beroende och som samtidigt har en psykiatrisk diagnos.



#### FIGUR 14b. RIKET. Vård till följd av skadligt bruk och beroende vid samtidig psykiatrisk diagnos

Andel unga 18-24 år som vårdats för skadligt bruk och beroende och som samtidigt har en psykiatrisk diagnos.



Andelen barn 13–17 år som vårdats till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser och som samtidigt haft en psykiatrisk diagnos uppgick till strax över 3 procent år 2017. Andelen har minskat med mer än en procentenhet sedan 2013. Motsvarande andel bland unga 18–24 år var närmare 7 procent, vilket innebär en svag minskning sedan 2013. En klart högre andel män än kvinnor med psykisk sjukdom har vårdats till följd av skadligt bruk och beroende.

## 15. Tvångsvård enligt LVM

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), ger möjligheter för socialtjänsten att tvångsomhänderta individer som har ett gravt missbruk och som riskerar att fara riktigt illa. Omhändertagandet ska leda till att individen får vård på ett behandlingshem och tvångsvården får endast ske under en begränsad tid.

För att komma i fråga för ett omhändertagande och en placering på ett behandlingshem utifrån LVM måste individens missbruk vara av svår karaktär. Det kan handla om ett gravt alkoholmissbruk, drogmissbruk eller blandmissbruk. Ett allt större behov de senaste åren, har medfört att det endast är de mest behövande som kommer i fråga för omhändertagande. De flesta som tas om hand befinner sig i ett tillstånd som är direkt livshotande för dem själva eller omgivningen [54].

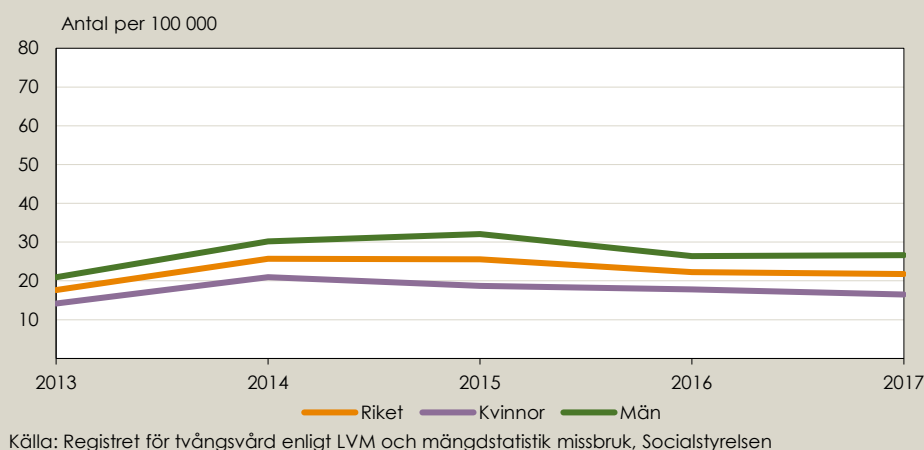
För att socialtjänsten ska omhänderta en vuxen missbrukare måste en läkare, socialsekreterare eller någon nära anhörig göra en LVM-anmälan till socialtjänsten. Socialtjänsten gör därefter en utredning där de undersöker om personen verkligen måste omhändertas och skickas på behandlingshem med hjälp av tvång, eller om det finns andra alternativ. Om utredningen visar att personen behöver vård enligt LVM ansöker socialtjänsten om tvångsvård hos förvaltningsrätten [54] [55].

LVM-vården får pågå i högst sex månader. Så snart som möjligt ska den övergå i öppnare former, så kallad § 27-vård. Vården kan då fortsätta på ett öppet behandlingshem, i familjehem eller genom att personen deltar i ett öppenvårdsprogram. Den genomsnittliga vårdtiden inom LVM är drygt fyra månader [55].

Indikatorn visar antalet unga 18–24 år per 100 000 som tvångsvårdats enligt LVM. Enligt uppgifter från LVM-registret tvångsvårdades under år 2017 sammanlagt 184 patienter i åldern 18–24 år. Av dessa var 117 män och 67 kvinnor. Antalet tvångsvårdade unga per 100 000 var knappt 22 i åldersgruppen 18–24 år under 2017. Antalet har legat på en relativt konstant nivå sedan 2014. Preliminära resultat för år 2018 visar inte heller på någon större förändring när det gäller antalet vårdade i denna åldersgrupp.

**FIGUR 15a. RIKET. Tvångsvård enligt LVM**

Antal unga 18-24 år per 100 000 som vårdats enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).



Sett ur ett längre perspektiv har antalet tvångsvårdade enligt LVM i hela den vuxna befolkningen ökat över tid. Sedan år 2006 har andelen ökat med omkring 33 procent i den vuxna befolkningen [56]. Samtidigt har andelen som vårdats inom den frivilliga institutionsvården minskat med nästan motsvarande procentandel (resultatet visas ej i diagram).

Tidigare studier vid Socialstyrelsen visar även att en hög andel av de patienter som vårdats enligt LVM tidigare också vårdats inom psykiatrin, och då ofta med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) [57].

## Kvalitet, kontinuitet och samverkan i vården

I detta avsnitt redovisas indikatorer som rör återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård samt läkarkontakter inom öppenvård efter utskrivning. Indikatorerna mäter kvalitet i slutenvården, uppföljningsarbetet efter utskrivning samt samspelet mellan öppenvård, socialtjänst och andra kommunala insatser. Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister med data från den specialiserade psykiatriska öppenvården och den slutna vården.

### 16. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom 14 respektive 28 dagar

Återinskrivning kan vara en indikation på att utskrivningen har skett för tidigt. Återinskrivningar inom 14 respektive 28 dagar mäter framförallt kvaliteten i slutenvården. Indikatorn antas på kortare sikt även spegla öppenvårdens kvalitet samt uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patientens utskrivning [58] [59]. Detta till skillnad mot återinskrivningar inom 3 respektive 6 månader som i högre grad bedöms belysa kvaliteten inom öppenvården, i kommunernas och socialtjänstens insatser, samt samspelet dem emellan.

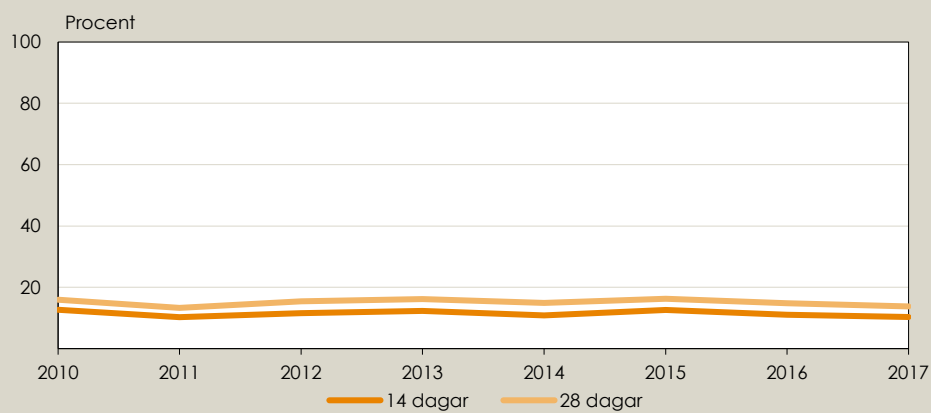
I sammanhanget är det viktigt att ha i minnet att det finns tillfällen då utskrivningar och återinskrivningar är planerade. I vissa delar av landet pågår även försök där patienter med psykosjukdomar kan välja att lägga in sig själva för heldygnsvård. Det är värdefullt att följa återinskrivningsfrekvenserna över tid för att se om organisatoriska förändringar påverkar.

Indikatorn visar andelen barn och unga med psykiatrisk diagnos som vårdats i sluten psykiatrisk vård och som återinskrivits inom 14 respektive 28 dagar. Indikatorn baserar sig på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

År 2017 var andelen återinskrivningar inom 14 dagar bland barn 0–17 år drygt 10 procent, och inom 28 dagar drygt 13 procent. Av diagrammen framgår även att återinskrivningarna bland barn 0–17 år, inom såväl 14 som 28 dagar legat på relativt konstanta nivåer sedan 2010. Bland unga 18–24 år var andelen återinskrivningar inom 14 dagar knappt 14 procent, och inom 28 dagar 17 procent. Även i denna åldersgrupp har andelen återinskrivningar varit relativt konstant de senaste åren.

### FIGUR 16a. RIKET. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård - 14 respektive 28 dagar

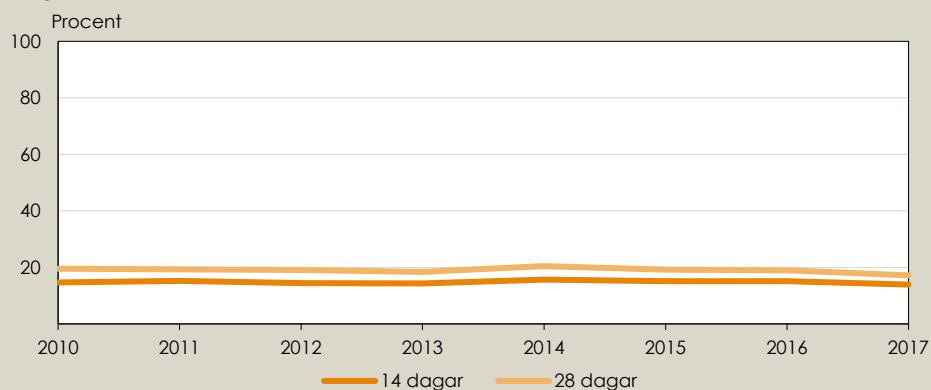
Andel barn 0-17 år som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom 14 respektive 28 dagar .



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### FIGUR 16b. RIKET. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård - 14 respektive 28 dagar

Andel unga 18-24 år som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom 14 respektive 28 dagar .



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det är svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas. Bland annat påverkar kriterier för inläggning samt organisationen av öppenvården utfallet.

## 17. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom 3 respektive 6 månader

Denna indikator mäter återinskrivningar i sluten psykiatrisk vård inom 3 respektive 6 månader och avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningar inom 3 respektive 6 månader kan belysa kvaliteten inom öppenvården, i kommunernas och socialtjänstens insatser samt samspelet dem emellan. Detta till skillnad mot återinskrivningar inom 14 respektive 28 dagar som i högre grad bedöms mäta kvaliteten i slutenvården.

I sammanhanget är det viktigt att understryka att vissa psykiatriska tillstånd, såsom exempelvis depression och ångestsyndrom, karakteriseras av ett

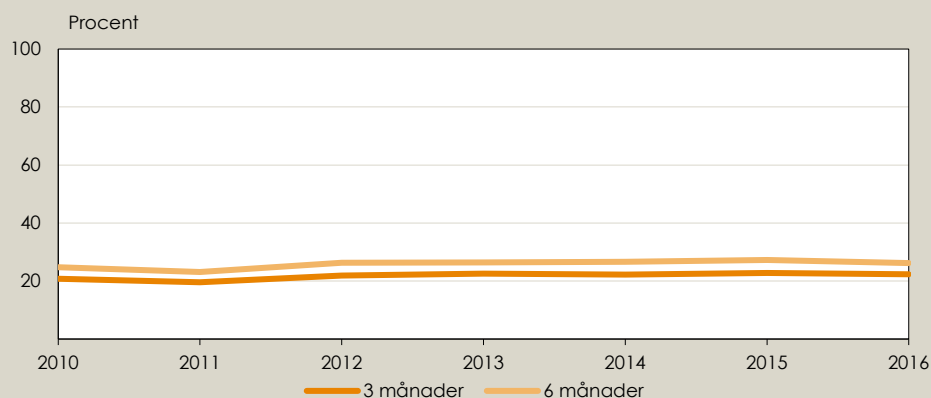
växlande sjukdomsförlopp med risk för återfall och nya depressionsepisoder. I sådana fall kan återinskrivningar vara starkt motiverade [29].

Indikatorn visar andelen barn och unga med psykiatrisk diagnos som vårdats i sluten psykiatrisk vård och som återinskrivits inom 3 respektive 6 månader. Indikatorn baserar sig på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

Av diagrammen framgår att bland barn 0–17 år, var andelen återinskrivningar inom 3 månader drygt 22 procent och inom 6 månader 26 procent år 2016. Bland unga 18–24 år, låg andelen återinskrivningar inom 3 månader på knappt 27 procent och inom 6 månader på drygt 32 procent. I likhet med återinskrivningar inom 14 respektive 28 dagar, har andelen återinskrivningar även här legat på en konstant nivå för båda åldersgrupperna de senaste åren.

**FIGUR 17a. RIKET. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård - 3 respektive 6 månader**

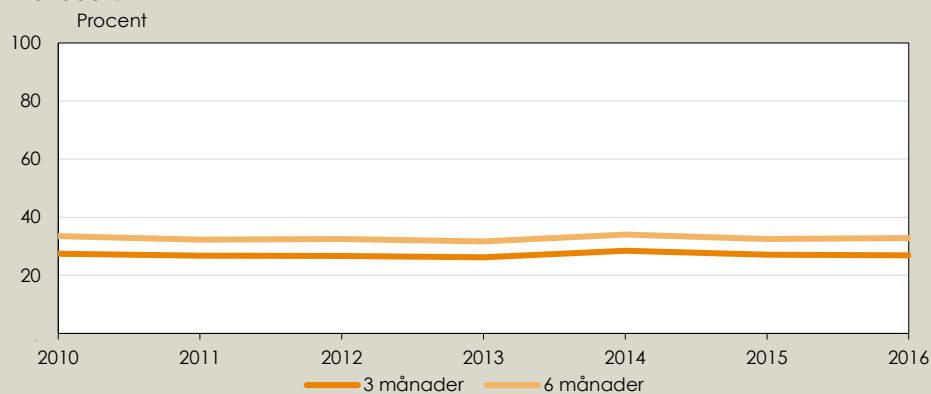
Andel barn 0-17 år som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom 3 respektive 6 månader .



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

**FIGUR 17b. RIKET. Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård - 3 respektive 6 månader**

Andel unga 18-24 år som återinskrivits i sluten psykiatrisk vård inom 3 respektive 6 månader .



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Som tidigare nämdes är det svårt att bedöma i vilken mån återinskrivningar kan undvikas. Kriterier för inläggning samt organisationen av öppenvården är två av flera faktorer som kan påverka utfallet.

## 18. Psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från slutenvård

Öppenvård efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård kan minska risken för återinsjuknande och återinskrivning. När ett barn eller en ung vuxen har haft en vårdkontakt inom den slutna vården tyder det på en allvarlighetsgrad i sjukdomen där inte minst kontinuitet och tillgänglighet är viktigt.

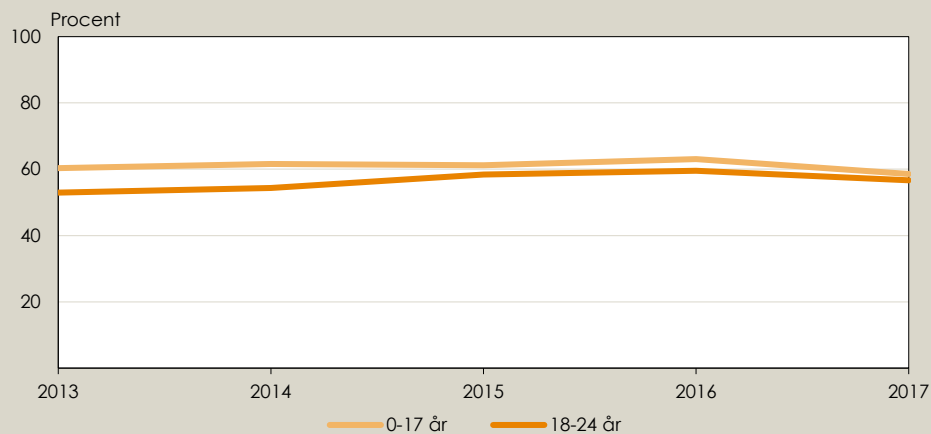
I Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom har åtgärden ”aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt” högsta prioritet [29]. Åtgärden är ett medel för att skapa förutsättningar för kontinuitet och tillgänglighet. En god kontinuitet i vårdkontakten och en aktiv uppföljning av förlopp och behandling ökar följsamheten till behandlingen och förbättrar prognosen över tid. En god kontinuitet är nödvändigt, inte minst vid överföringar mellan olika vårdnivåer samt från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. [29].

Indikatorn visar andelen barn och unga som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till 8 veckor efter utskrivning från slutenvård. Indikatorn baserar sig på uppgifter från Socialstyrelsens patientregister och innefattar endast läkarkontakter, eftersom information om kontakter med andra personalkategorier inom den psykiatriska vården saknas. Det innebär att vi inte vet något om i vilken utsträckning dessa patienter träffat andra yrkeskategorier än läkare eller har skrivits ut till primärvården. Att barn under 18 år slutenvårdas är mycket ovanligt, och därför är endast redovisning på nationell nivå möjligt för den yngre åldersgruppen.

Av diagrammen nedan framgår att andelen barn 0–17 år som haft minst en läkarkontakt efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård var drygt 58 procent år 2017. Andelen har minskat något sedan föregående år, då 63 procent hade haft detta. Bland unga 18–24 år hade 56 procent haft minst en läkarkontakt efter utskrivning från psykiatrisk slutenvård år 2017. Även för den äldre åldersgruppen har andelen minskat något sedan 2016.

### FIGUR 18a. RIKET. Psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård

Andel barn 0-17 år resp unga 18-24 år som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till 8 veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård.

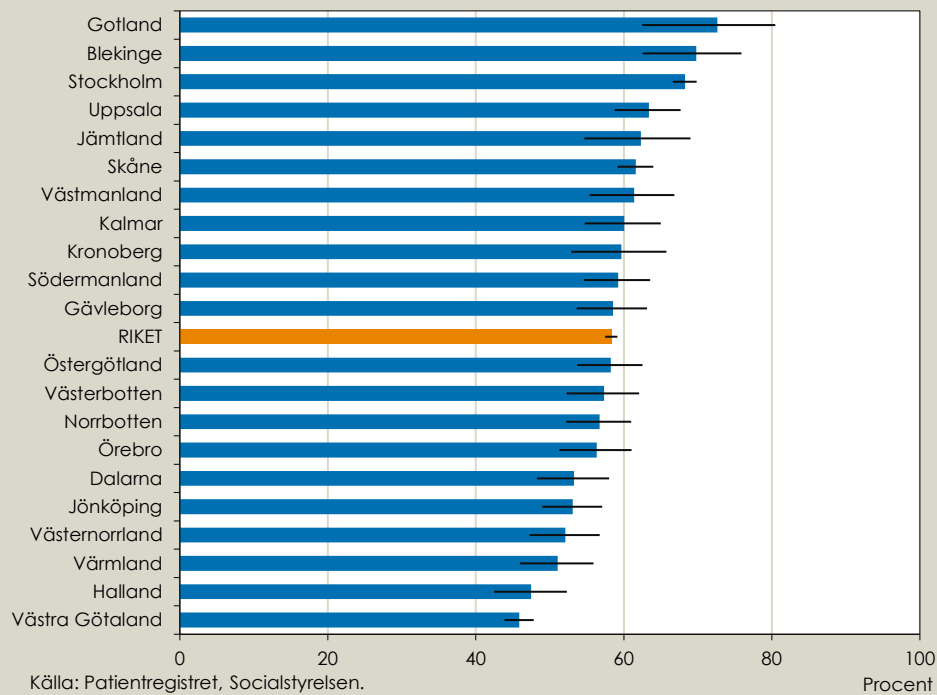


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

För unga 18–24 år redovisas även siffror på länsnivå för perioden 2016 – 2017. Av diagrammet framgår att andelen som haft läkarkontakt upp till 8 veckor efter utskrivningen varierar mellan länen, från knappt 46 procent till drygt 72 procent.

### FIGUR 18b. LÄN. Psykiatrisk öppenvård efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård

Andel unga 18-24 år som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till 8 veckor efter utskrivning från sluten psykiatrisk vård, perioden 2016-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## Läkemedelsbehandling

I detta avsnitt redovisas indikatorer inom området läkemedelsbehandling. Uppgifterna avser läkemedelsuttag på recept. Två av läkemedelsindikatorerna avser läkemedelsbehandling bland barn och unga som fått en specifik psykiatrisk diagnos. Det handlar då om diagnoserna depression respektive ångestsyndrom. Övriga läkemedelsindikatorer visar istället den totala användningen av det aktuella läkemedlet bland barn och unga utan hänsyn till diagnos, det vill säga oavsett vilken diagnos patienten har.

För flera av indikatorerna redovisas även uppgifter om hur stor andel av läkemedelsanvändarna som varit i kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård inom ett år före receptuttaget. Data har hämtats från läkemedelsregistret och patientregistret.

### 19. Användning av antidepressiva läkemedel

Antidepressiva läkemedel är en vanlig behandlingsform vid depression. Läkemedlen används även som behandling vid andra tillstånd såsom ångestsyndrom. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom som senast utkom 2017, avgörs behandlingsinsatsen utifrån svårighetsgrad. Behandlingen inleds vanligtvis med psykopedagogisk behandling med inriktning på depression alternativt ångestsyndrom. Detta är ofta tillräckligt i lindriga fall men det är vanligt att depressionen kräver ytterligare behandling i form av psykologisk behandling (kognitiv beteendeterapi eller interpersonell terapi). För barn och ungdomar med medelsvår till svår depression kan det bli aktuellt att komplettera behandlingen med antidepressiva läkemedel (i första hand fluoxetin för barn från 8 år). Vid generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi vid måttlig till stor svårighetsgrad rekommenderar Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna kombinationsbehandling med kognitiv beteendeterapi och det antidepressiva läkemedlet sertralin (godkänt från 6 år) [29].

Att behandla barn och ungdomar med antidepressiva läkemedel medför vissa svårigheter och risker. En av biverkningarna är ökad risk för aktivering, vilket innebär en allmän ökning av symtom i början av behandlingen, till exempel ökad ångest och suicidtankar. Beslutet om behandling utgår därför från tillståndets svårighetsgrad samt hur stor effekt åtgärden kan tänkas ha på tillfrisknandet. I vissa fall kan patienten behöva medicinsk behandling med antidepressiva läkemedel för att kunna ta emot terapeutisk behandling [60].

Indikatorn visar antalet barn 13–17 år och unga 18–24 år per 100 000 som hämtat ut antidepressiva läkemedel. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut antidepressiva läkemedel oavsett diagnos.

Indikatorn baserar sig på uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas enligt ATC återfinns i bilaga 1. Data har även hämtats från patientregistret med uppgifter från den specialiserade öppen- och slutenvården för att presentera hur stor andel som haft kontakt med den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före uttaget av antidepressiva läkemedel. Patienter som behandlats med antidepressiva läkemedel medan de varit inskrivna på sjukhus innefattas inte.

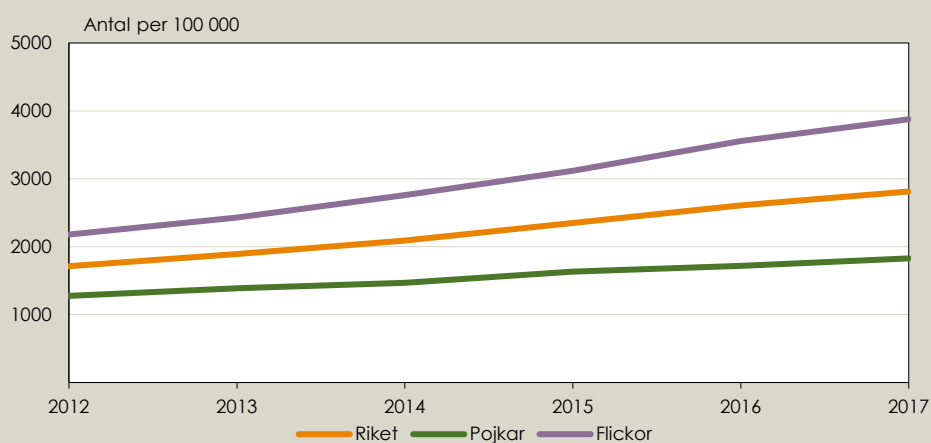
Antalet som hämtat ut antidepressiva läkemedel har ökat bland barn i åldern 13–17 år. Antalet har ökat från drygt 1 700 till omkring 2 800 per 100 000 åren 2012–2017. Användningen är större bland flickor (3 876 per 100 000) än bland pojkar (1 828 per 100 000). I sammanhanget kan nämnas att siffror över depressionsförekomst bland barn och unga, visar att 4–8 procent av tonåringarna i Sverige är drabbade samt att tillståndet är betydligt vanligare bland flickor än bland pojkar [30] [31].

Andelen barn som gjort minst ett uttag av antidepressiva läkemedel och som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttaget, uppgår till 80 procent.

Regionala skillnader finns. Gotland har flest patienter med uttag av antidepressiva läkemedel i förhållande till befolkningsstorleken med 5 420 per 100 000, vilket kan jämföras med drygt 2 800 per 100 000 för riket som helhet. Även andelen barn som vårdats för depression och ångestsyndrom i den psykiatriska öppenvården är högst på Gotland, vilket visades i ett tidigare avsnitt i denna rapport. Användningen av antidepressiva läkemedel har ökat i alla län utom tre mellan år 2016 och 2017.

**FIGUR 19a. RIKET. Antidepressiva läkemedel**

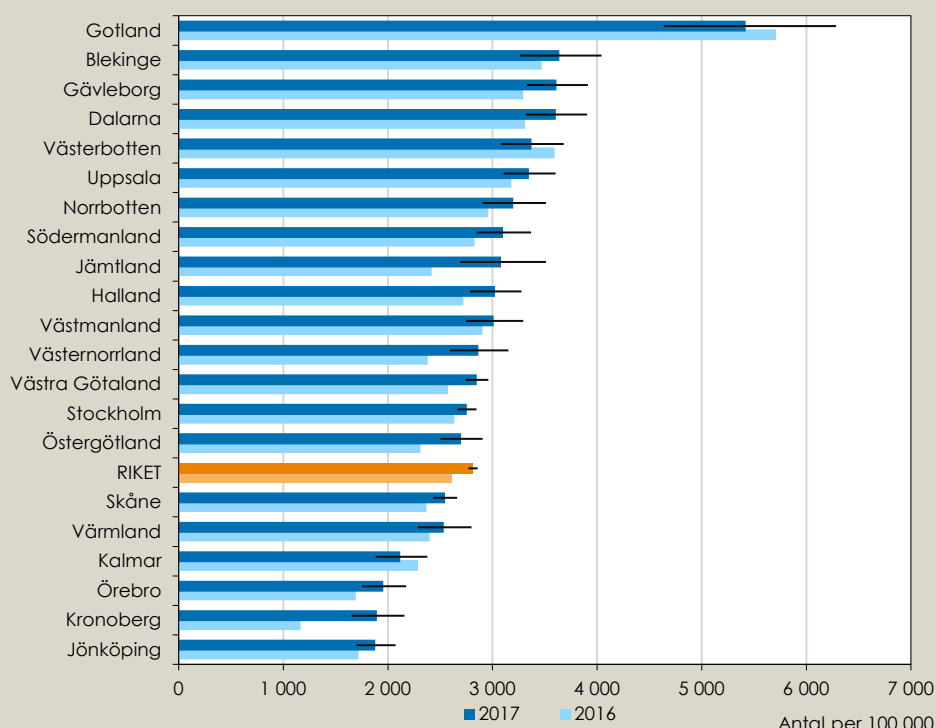
Antal barn 13-17 år per 100 000 med minst ett uttag av antidepressiva läkemedel .



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

**FIGUR 19b. LÄN. Antidepressiva läkemedel**

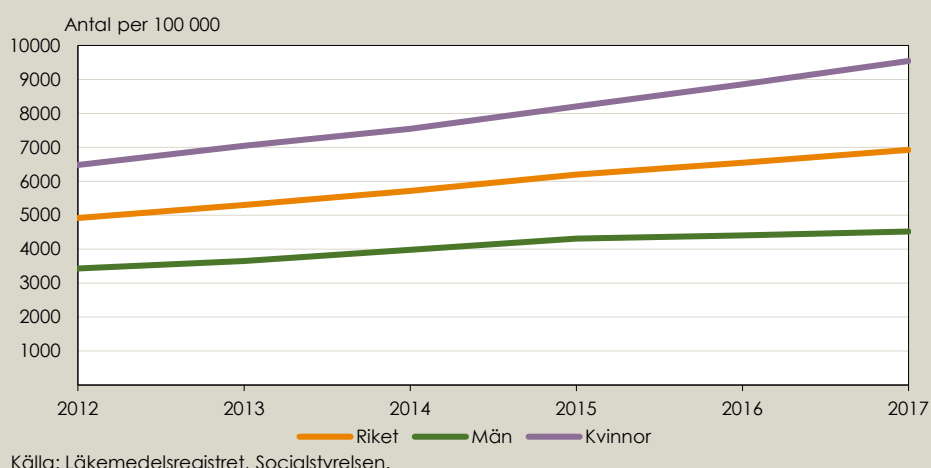
Antal barn 13-17 år per 100 000 med minst ett uttag av antidepressiva läkemedel, 2017.



Även bland unga vuxna 18–24 år har användningen av antidepressiva läkemedel ökat över tid, från knappt 5 000 per 100 000 år 2012 till 6 900 per 100 000 år 2017. Användningen är vanligare bland unga kvinnor (9 543 per 100 000, än bland unga män (4 521 per 100 000).

**FIGUR 19c. RIKET. Antidepressiva läkemedel**

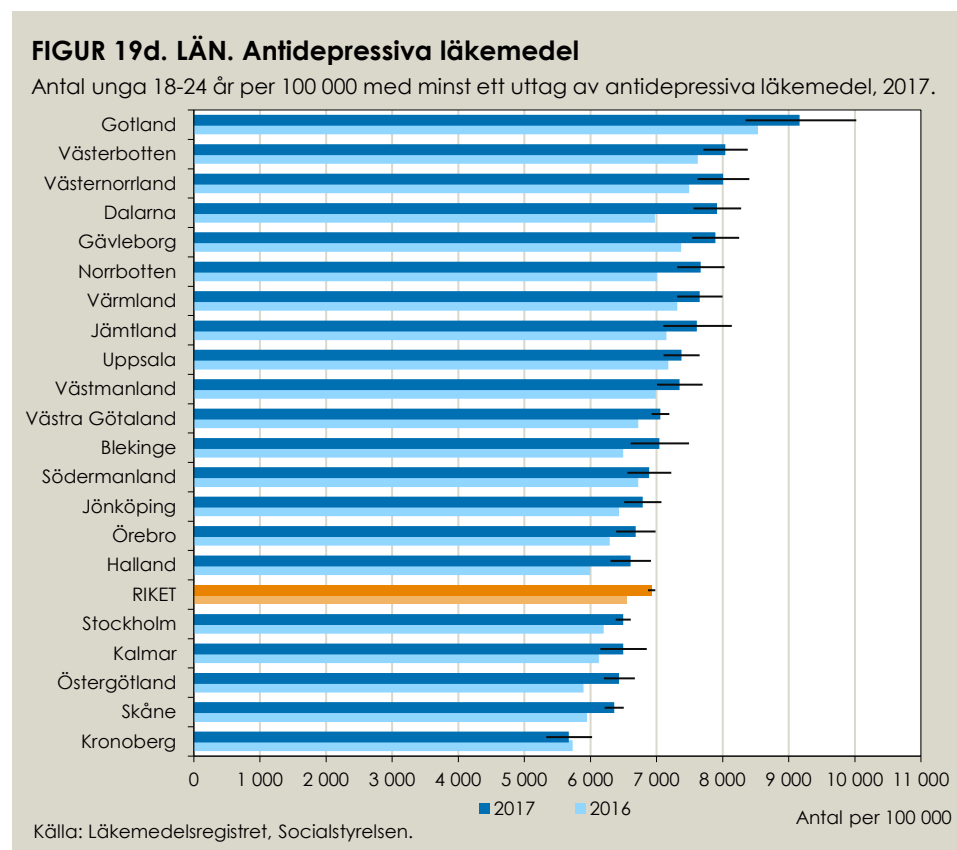
Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av antidepressiva läkemedel .



Även bland unga vuxna 18–24 år är förskrivningen av antidepressiva läkemedel högst på Gotland, men skillnaden i förhållande till övriga län är inte

lika påtaglig som för den yngre åldersgruppen. I samtliga län utom Kronoberg har förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökat mellan 2016 och 2017.

Omkring 44 procent av de unga vuxna som hämtat ut antidepressiva läkemedel hade haft kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård någon gång det senaste året före receptuttaget. Motsvarande andel bland barn 13–17 år var drygt 80 procent (visas ej i diagram).



## 20. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid svår egentlig depression

Svår egentlig depression hos barn och ungdomar innebär en uttalad funktionsnedsättning med svårigheter att utföra vanliga sysslor och skolarbete samt delta eller engagera sig i sociala aktiviteter och fritidsintressen. Detta tillstånd är allvarligt eftersom det är vanligt med suicidtankar och det finns även en förhöjd risk för suicid.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom som senast utkom 2017 avgörs behandlingsinsatsen utifrån svårighetsgrad [29]. Vid svår egentlig depression är det viktigt att påbörja läkemedelsbehandling i ett tidigt skede. I första hand rekommenderas fluoxetin. När tillståndet förbättras rekommenderar Socialstyrelsen KBT-behandling. Vid svår egentlig depression hos ungdomar med svåra symtom såsom psykos eller katatoni kan elektrokonvulsiv behandling (ECT) vara ett alternativ [5] [29]. Mer om detta kan läsas i ett separat avsnitt.

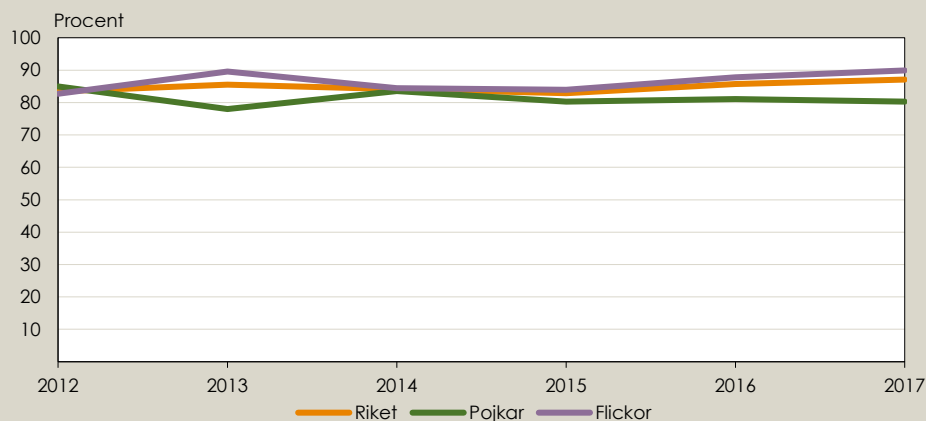
Som nämndes i ett tidigare avsnitt, medför behandling med antidepressiva läkemedel för barn och ungdomar vissa svårigheter och risker, inte minst på grund av biverkningar. Beslutet om behandling utgår därför från tillståndets svårighetsgrad och hur stor effekt åtgärden kan tänkas ha på tillfrisknandet [60].

Indikatorn visar andelen barn 13–17 år och unga 18–24 år med diagnosen svår egentlig depression som hämtat ut antidepressiva läkemedel. Data har hämtats från läkemedelsregistret och patientregistret. Patienter som behandlats med antidepressiva läkemedel medan de varit inskrivna på sjukhus innefattas inte. En närmare beskrivning av de diagnoser och läkemedel som innefattas enligt ICD-10 och ATC återfinns i bilaga 1.

Andelen med diagnosen svår egentlig depression som behandlats med antidepressiva läkemedel har sedan 2012 legat på drygt 85 procent i åldersgruppen 13–17 år. Det är något vanligare att flickor med diagnosen svår depression hämtar ut antidepressiva läkemedel jämfört med pojkar (89 procent respektive 80 procent år 2017).

**FIGUR 20a. RIKET. Antidepressiva vid svår egentlig depression**

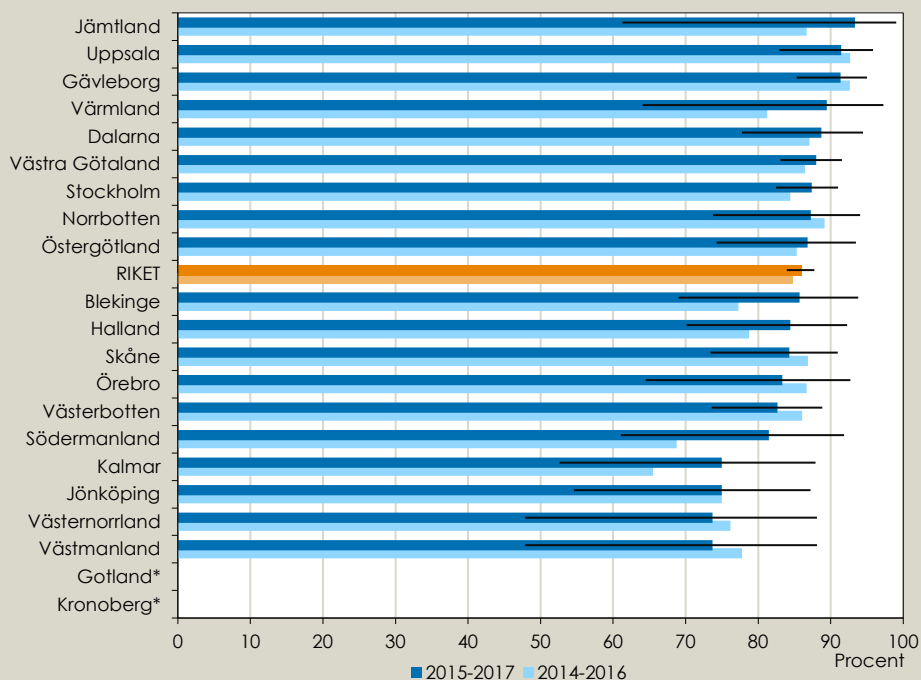
Andel barn 13-17 år med diagnosen svår egentlig depression som hämtat ut antidepressiva läkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

**FIGUR 20b. LÄN. Antidepressiva vid svår egentlig depression**

Andel barn 13-17 år med diagnosen svår egentlig depression som hämtat ut antidepressiva läkemedel, perioden 2015-2017.



\* Uppgift saknas

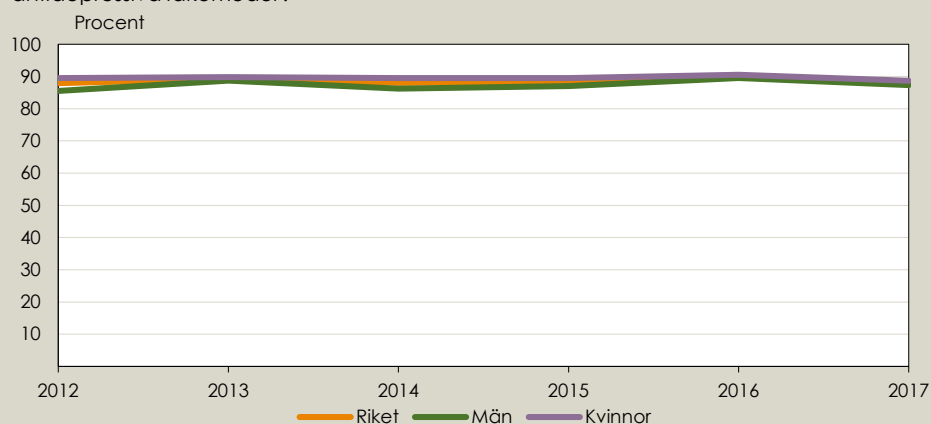
Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen i åldersgruppen 13–17 år med diagnosen svår egentlig depression som hämtat ut antidepressiva under perioden 2015–2017 varierar mellan länen och ligger mellan 73 och 93 procent.

Bland unga vuxna 18–24 år med diagnosen svår egentlig depression har användningen av antidepressiva läkemedel legat kring 90 procent sedan år 2012. Det finns inga större skillnader mellan könen.

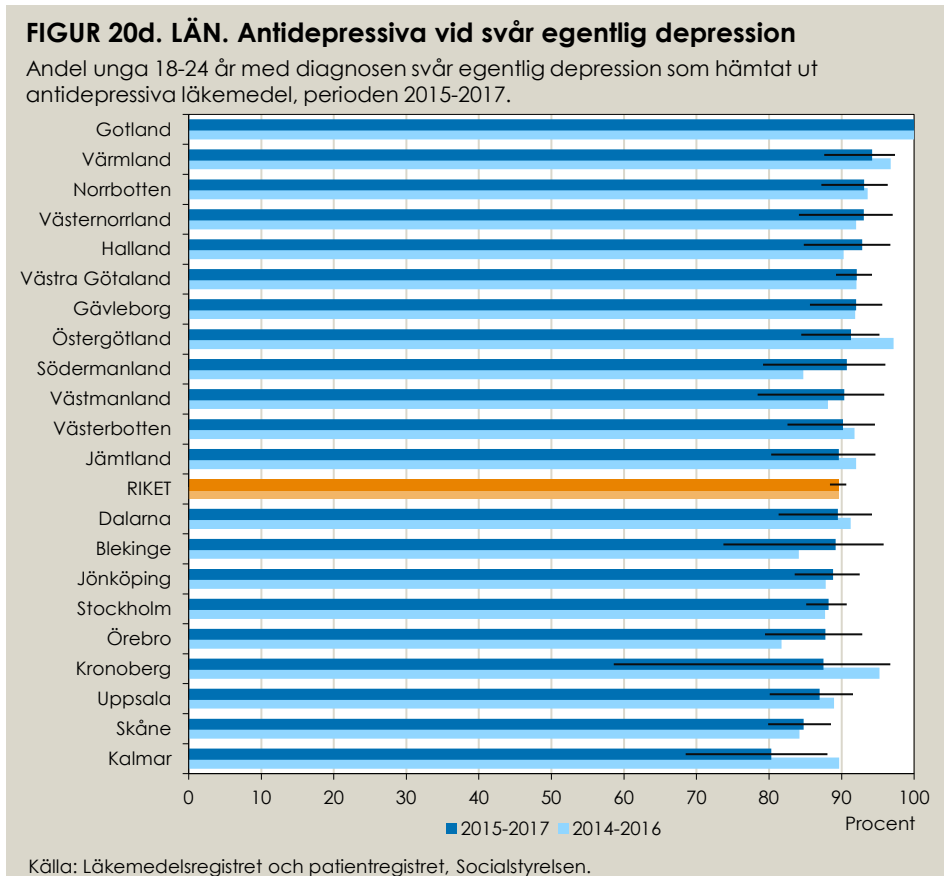
**FIGUR 20c. RIKET. Antidepressiva vid svår egentlig depression**

Andel unga 18-24 år med diagnosen svår egentlig depression som hämtat ut antidepressiva läkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

I åldersgruppen 18–24 år har samtliga i Gotlands län som diagnostiserats med svår egentlig depression hämtat ut antidepressiva läkemedel perioden 2015–2017. I ytterligare tio län är andelen över 90 procent. Nio län ligger under riksvärdet på 89 procent, där andelen varierar mellan 80 och 89 procent.



## 21. Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

Ångestsyndrom kännetecknas av återkommande svårhanterlig rädsla, oro i vissa situationer eller i förhållande till vissa företeelser, vilket begränsar det dagliga livet. Obehagen blir i en del fall så stora och intensiva att personen för att slippa rädsla och ångest undviker vissa situationer. Ångestsyndrom tillhör de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland barn och ungdomar och innefattar separationsångest, specifik fobi, social fobi, generaliserat ångestsyndrom (överdriven eller ständig ängslighet), paniksyndrom, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom [5].

Det är särskilt viktigt att behandla ångestsyndrom om debuten är tidig. Detta eftersom tillståndet kan påverka den personliga och sociala utvecklingen och leda till svårigheter i skolan om barnet exempelvis utvecklar ett undvikande beteende. Ångestsyndrom som inte behandlats innebär en risk för att barnet utvecklar andra sjukdomar som depression, självskadebeteende och missbruk, eller försämras med ytterligare funktionsnedsättning och att tillståndet blir allvarligt [32].

Vid behandling av generaliserat ångestsyndrom, separationsångest och social fobi rekommenderas kombinerad behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) och det antidepressiva SSRI-läkemedlet sertralin. Om det inte har effekt på dessa typer av ångestsyndrom ges andra ångestdämpande SSRI- eller SNRI-preparat. Vid separationsångest, generaliserad ångest och social fobi hos barn och ungdomar ges vanligtvis korttidsbehandling (8–16 veckor) med antidepressiva SSRI- eller SNRI-läkemedel. Rekommendationen är central och har fått hög prioritet i de nationella riktlinjerna [29].

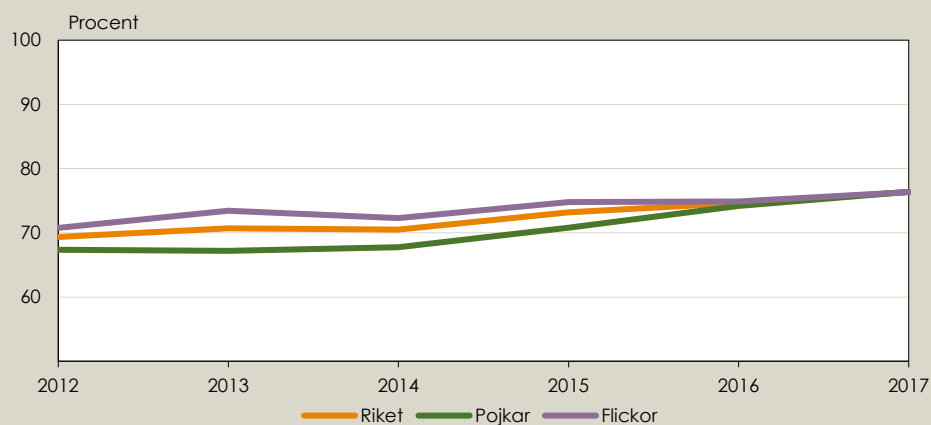
Som tidigare nämndes är det dock inte helt riskfritt att behandla barn och ungdomar med SSRI- eller SNRI-läkemedel. En av biverkningarna är ökad risk för aktivering, vilket innebär en allmän ökning av symtom i början av behandlingen, till exempel ökad ångest och suicidtankar. Valet av behandling avgörs därför av svårighetsgraden och hur stor effekt åtgärden kan tänkas ha på tillfrisknandet [32] [60].

Indikatorn visar andelen barn respektive unga med diagnosen ångestsyndrom som hämtat ut antidepressiva läkemedel. Data har hämtats från läkemedelsregistret och patientregistret. En närmare beskrivning av de diagnoser och läkemedel som innefattas enligt ICD-10 och ATC återfinns i bilaga 1.

Andelen barn 13–17 år med diagnosen ångestsyndrom som använder antidepressiva läkemedel mot sin ångest har varit relativt konstant fram till 2014 och därefter ökat svagt. År 2017 uppgick andelen användare till drygt 76 procent bland barn i åldern 13–17 år med ångestdiagnos. Här finns inga större skillnader mellan könen. Antalet användare av antidepressiva med diagnosen ångest har ökat något i knappt hälften av länen under den studerade perioden.

**FIGUR 21a. RIKET. Antidepressiva vid ångestsyndrom**

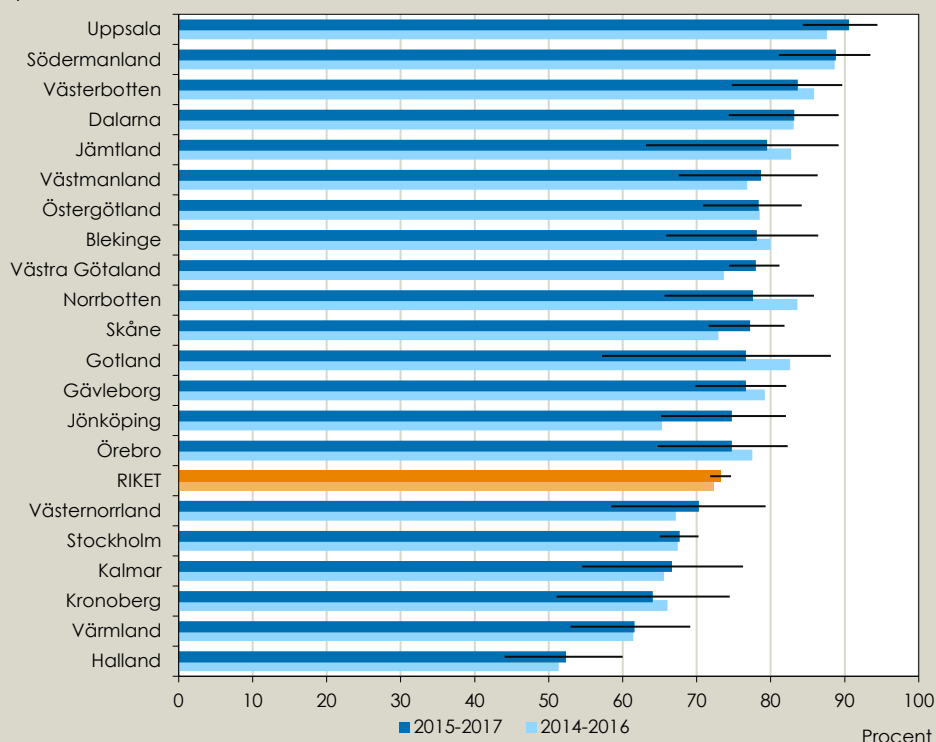
Andel barn 13–17 år med diagnosen ångest som hämtat ut antidepressiva läkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

### FIGUR 21b. LÄN. Antidepressiva vid ångestsyndrom

Andel barn 13-17 år med diagnosen ångest som hämtat ut antidepressiva läkemedel, perioden 2015-2017.

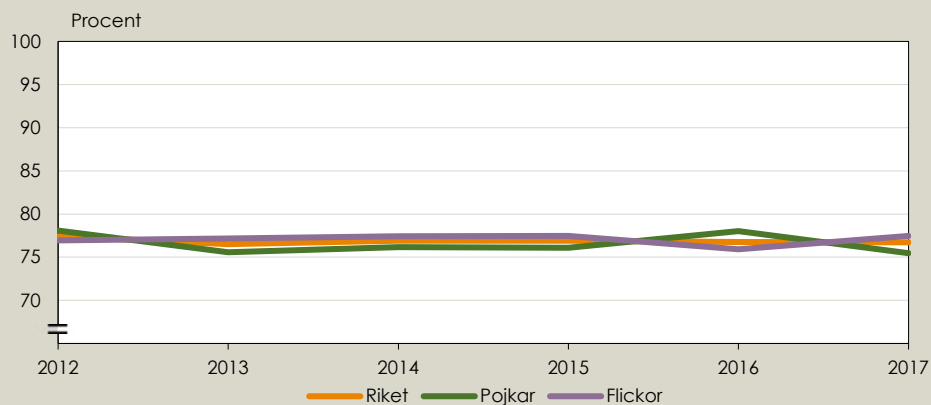


Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

Även bland unga i åldern 18–24 år har andelen med diagnosen ångest som använder antidepressiva läkemedel legat på en stadig nivå de senaste åren. Någon ökning efter år 2014 märks inte, till skillnad mot vad som var fallet för den yngre åldersgruppen. Andelen unga 18–24 år med diagnosen ångest som använder antidepressiva läkemedel uppgick till drygt 76 procent år 2017. Här finns en liten skillnad mellan könen (77 procent bland flickor respektive 75 procent bland pojkar). Användningen har minskat eller varit oförändrad i drygt hälften av länen den studerade perioden.

### FIGUR 21c. RIKET. Antidepressiva vid ångestsyndrom

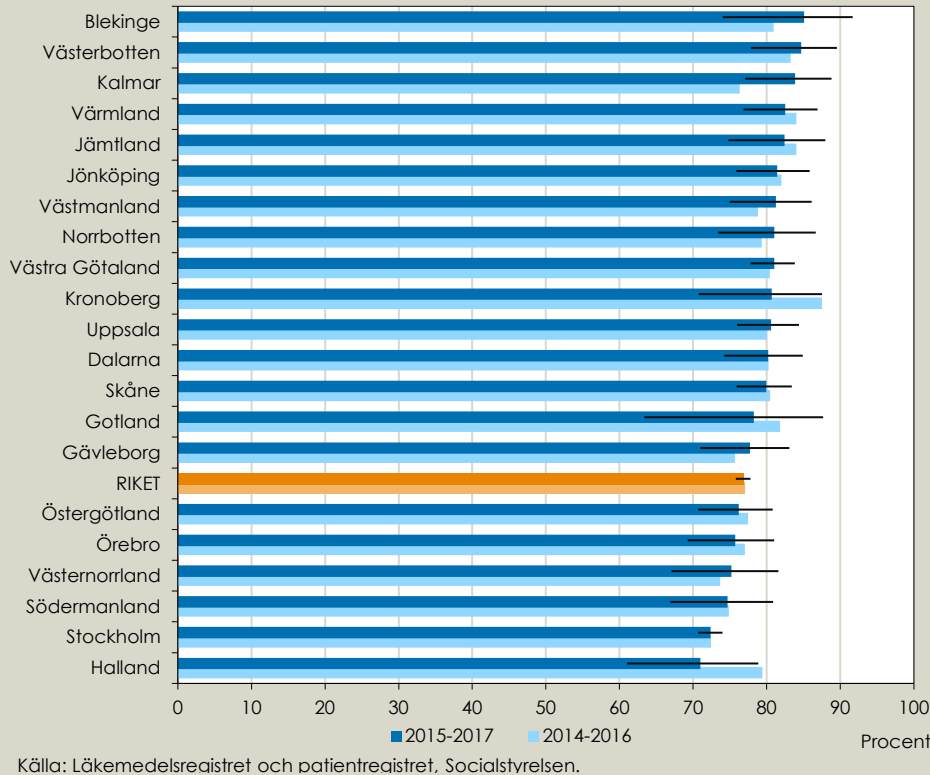
Andel unga 18-24 med diagnosen ångest som hämtat ut antidepressiva läkemedel.



Källa: Läkemedelsregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.

**FIGUR 21d. LÄN. Antidepressiva vid ångestsyndrom**

Andel unga 18-24 år med diagnosen ångest som hämtat ut antidepressiva läkemedel, perioden 2015-2017.



## 22. Användning av vissa ångestdämpande läkemedel

Läkemedel som exempelvis bensodiazepiner och ataraktika kan dämpa symptom av stark oro eller ångest (lugnande läkemedel). Tillfällig behandling med lugnande läkemedel såsom bensodiazepiner har ofta god effekt på dessa symptom, men vid längre tids behandling finns risk för betydande biverkningar i form av tolerans och beroende. Enligt de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom, bör hälso- och sjukvården inte erbjuda behandling med bensodiazepiner till patienter med ångestsyndrom, särskilt inte under längre tid. Det finns andra effektiva behandlingar som bör övervägas i stället, såsom psykologisk behandling och behandling med antidepressiva läkemedel [5] [29]. Användning av antidepressiva preparat vid ångestsyndrom redovisas i ett separat avsnitt.

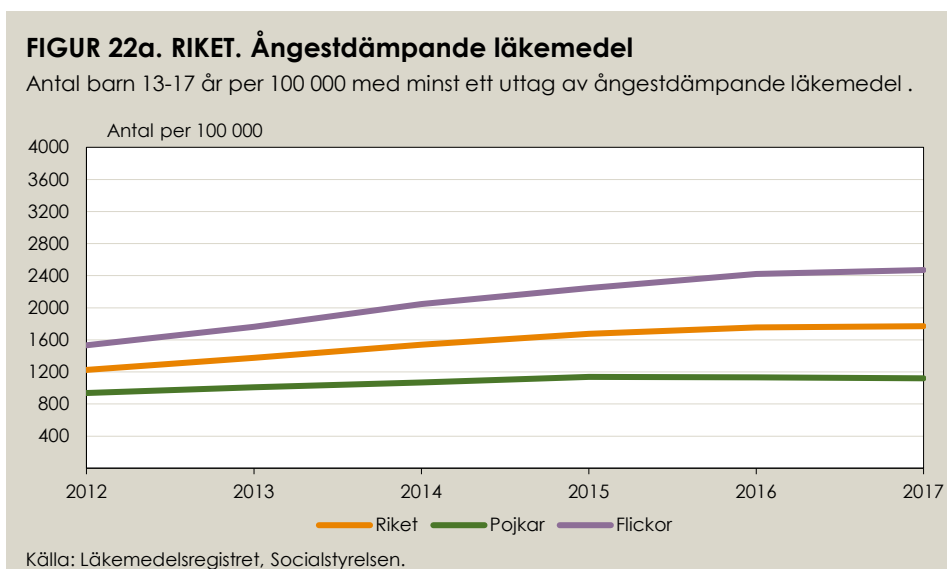
Indikatorn visar antalet barn 13–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som hämtat ut ångestdämpande läkemedel i form av bensodiazepiner och ataraktika. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut ångestdämpande läkemedel, oavsett diagnos. Patienter som behandlats med ångestdämpande läkemedel medan de varit inskrivna på sjukhus innefattas inte. I anslutning till indikatorn redovisas även hur många som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttaget.

Indikatorn baseras på uppgifter från läkemedelsregistret som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas enligt ATC återfinns i bilaga 1. Notera att preparaten alimemazin och prometatazin som används vid liknande symtom hos barn och unga, tillhör en annan läkemedelsgrupp än den som studeras här, och därmed inte innefattas i indikatorn.

Information om hur stor andel som haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttaget har hämtats från patientregistret.

Antalet barn 13–17 år som använder ångestdämpande läkemedel har ökat de senaste åren och var 1 770 per 100 000 invånare år 2017. Användning av ångestdämpande läkemedel är vanligare bland flickor (2 470 per 100 000) än pojkar (1 121 per 100 000), vilket hänger samman med att vård till följd av oro och ångest är vanligare bland flickor.

Närmare 60 procent av dem som gjort minst ett uttag av ångestdämpande läkemedel hade haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården det senaste året före uttaget (visas ej i diagram).

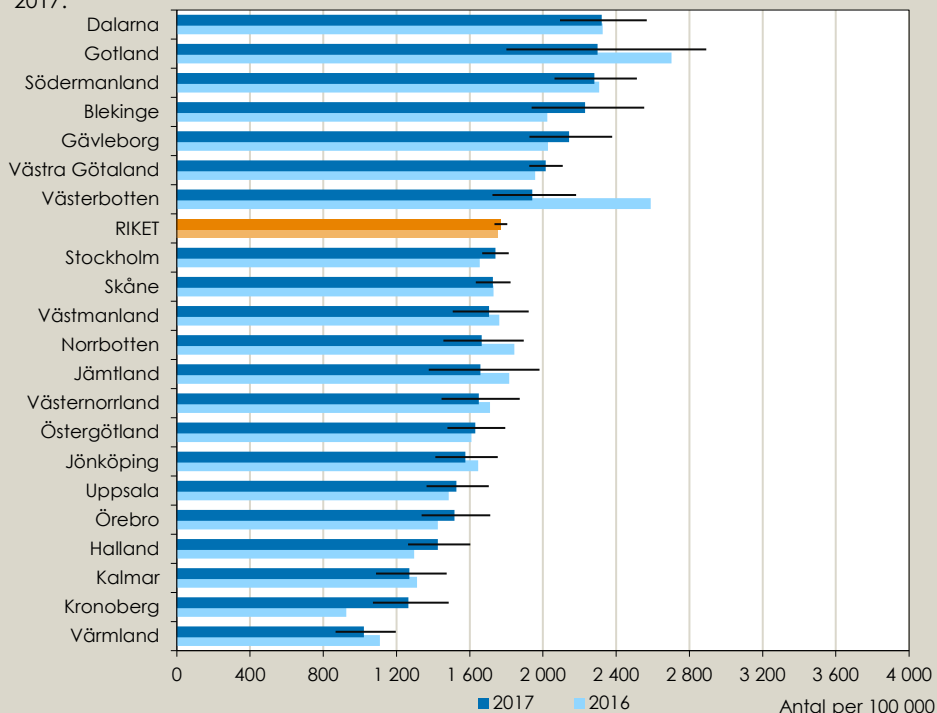


Användningen av ångestdämpande läkemedel bland barn 13–17 år har ökat i knappt hälften av länen mellan 2016 och 2017. Användandet varierar mellan 1 021 och 2 321 per 100 000 i de olika länen år 2017.

Förskrivningen av lugnande medel till barn, där ibland beroendeframkallande bensodiazepiner, redovisas separat i läkemedelsstatistiken vid Socialstyrelsen. Av denna framgår att förskrivningen av vanebildande bensodiazepiner minskat stadigt sedan 2011 [61].

### FIGUR 22b. LÄN. Ångestdämpande läkemedel

Antal barn 13-17 år per 100 000 med minst ett uttag av ångestdämpande läkemedel 2017.

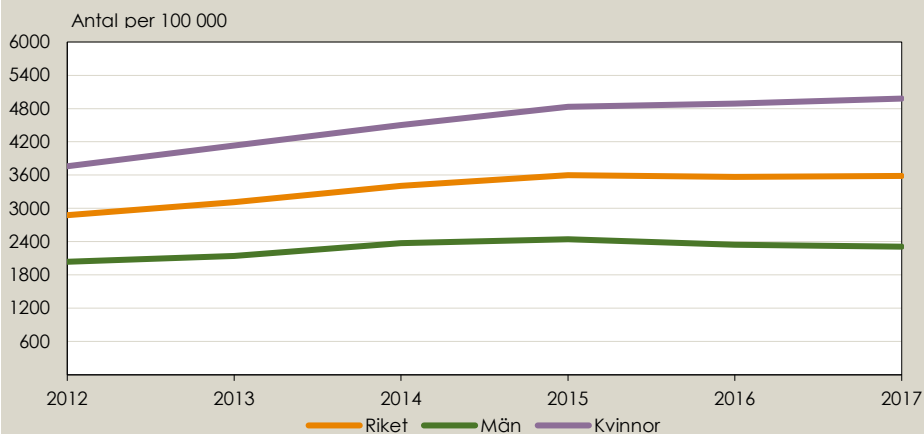


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Även bland unga vuxna 18–24 år har användningen av ångestdämpande läkemedel varit relativt konstant de senaste åren. En tidigare ökning tycks ha avstannat 2015, och användningen låg år 2017 på drygt 3 500 per 100 000. I likhet med den yngre åldersgruppen är användningen högre bland kvinnor (4 980 per 100 000) än män (2 310 per 100 000 invånare). Bland unga vuxna 18–24 år hade omkring 39 procent haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatrivården inom ett år före receptuttaget (visas ej i diagram).

### FIGUR 22c. RIKET. Ångestdämpande läkemedel

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av ångestdämpande läkemedel

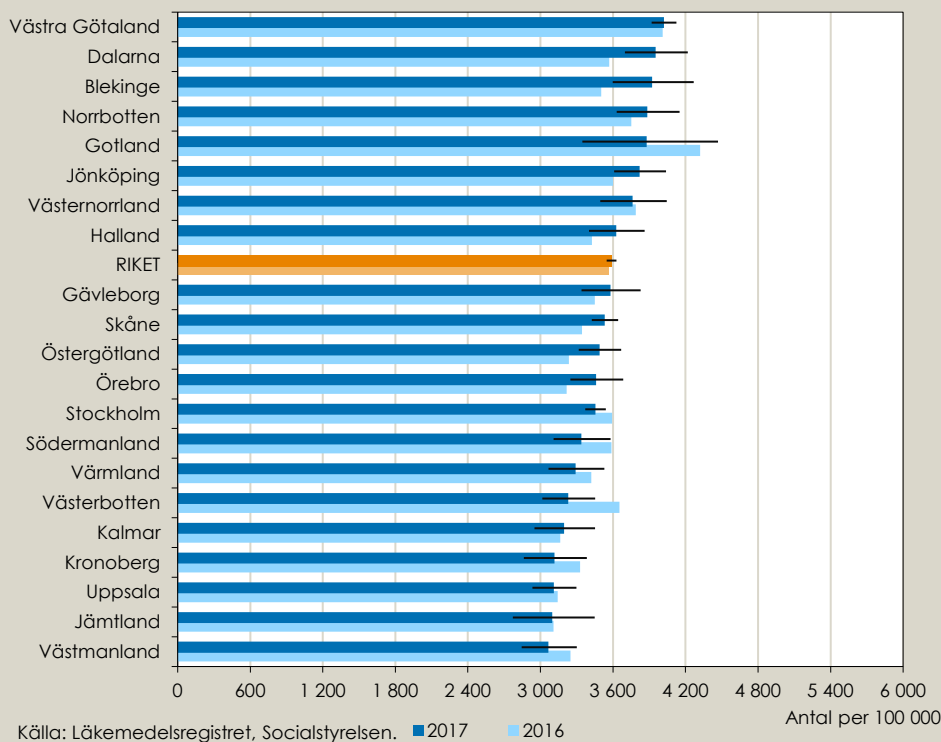


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller användningen av ångestdämpande läkemedel bland unga vuxna 18–24 år, så är de regionala skillnaderna inte särskilt stora, utan varierar mellan 3 067 och drygt 4 000 per 100 000.

**FIGUR 22d. LÄN. Ångestdämpande läkemedel**

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av ångestdämpande läkemedel 2017.



## 23. Användning av adhd-läkemedel

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) karaktäriseras av genomgripande och varaktiga symtom på ouppmärksamhet, impulsivitet och överaktivitet, något som ofta leder till en funktionsnedsättning i vardagen. Adhd debuterar vanligtvis i barndomen och enligt nuvarande diagnoskriterier (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 5th version) ska vissa symtom ha visat sig före tolv års ålder. För att ett barn upp till och med 16 års ålder ska kunna diagnostiseras med adhd ska minst sex av nio beskrivna symtom enligt DSM, ha varit närvarande och varaktiga under minst sex månader på ett sätt som avviker från det förväntade i minst två miljöer, exempelvis i hemmet, i skolan eller på arbetet. För unga från 17 års ålder gäller att minst fem av de nio angivna symtomen är uppfyllda [62].

Det är inte ovanligt att personer med adhd har flera samtida psykiatriska diagnoser. Bland barn och unga är ångesttillstånd, depression och utagerande beteende vanligt. Det finns även en ökad risk för att utveckla missbruk [6] [62].

Behandling av adhd bör ha en multimodal inriktning, det vill säga bestå av en kombination av psykosociala och pedagogiska stödinsatser, kognitiva hjälpmedel och vid behov även läkemedelsbehandling. De läkemedel som är

godkända för behandling av adhd är centralt verkande och syftar till att påverka kärnsymtomen så att individen kan fungera bättre i sitt vardagsliv. I denna läkemedelsgrupp ingår ett flertal centralstimulerande preparat [62] [63]. I fall där dessa preparat inte haft effekt, inte är lämpliga, eller där alltför stora biverkningar uppstått, kan guanfacin eller atomoxetin förskrivas som behandling. Dessa läkemedel är inte centralstimulerande eller narkotikaklassade. Guanfacin är endast godkänt för barn medan atomoxetin även är godkänt för nyinsättning hos unga vuxna med adhd [63].

Indikatorn visar antalet barn 5–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som hämtat ut adhd-läkemedel. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut adhd-läkemedel, utan hänsyn tagen till diagnos.

I anslutning till detta redovisas även uppgifter om hur stor andel av dessa som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttag. För åldersgruppen 5–17 år redovisas de centralstimulerande läkemedlen tillsammans med guanfacin och atomoxetin under benämningen adhd-läkemedel, medan redovisningen för åldersgruppen 18–24 år, inte innefattar guanfacin.

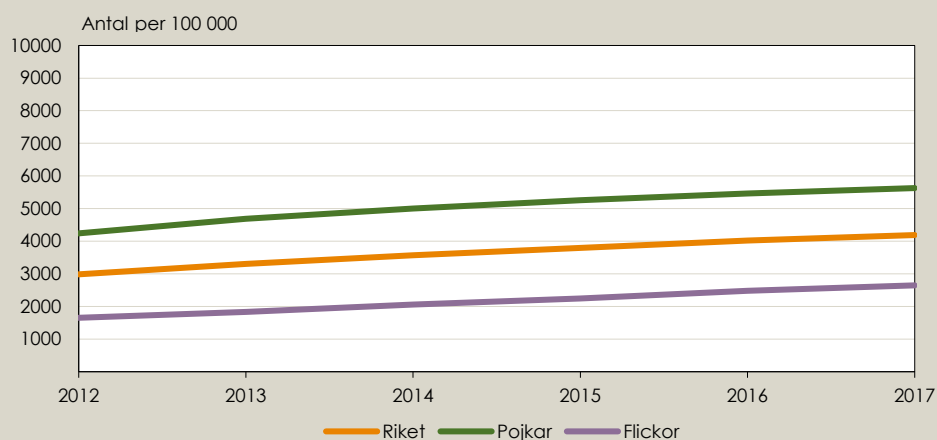
Indikatorn baseras på uppgifter från läkemedelsregistret som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas enligt ATC återfinns i bilaga 1. Information om hur stor andel som haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården upp till ett år före uttaget av adhd-läkemedel har hämtats från patientregistret.

Antalet barn i åldern 5–17 år som använder läkemedel vid adhd har ökat över tid och låg år 2017 på 4 189 per 100 000 invånare. Förekomsten av adhd och därigenom medicinering med adhd-läkemedel är dubbelt så hög bland pojkar (5 629 per 100 000) som bland flickor (2 647 per 100 000).

Andelen barn i åldern 5–17 år som gjort minst ett uttag av adhd-läkemedel och som haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården det senaste året före uttaget ligger på drygt 63 procent (visas ej i diagram).

**FIGUR 23a. RIKET. Adhd-läkemedel**

Antal barn 5-17 år per 100 000 med minst ett uttag av adhd-läkemedel.

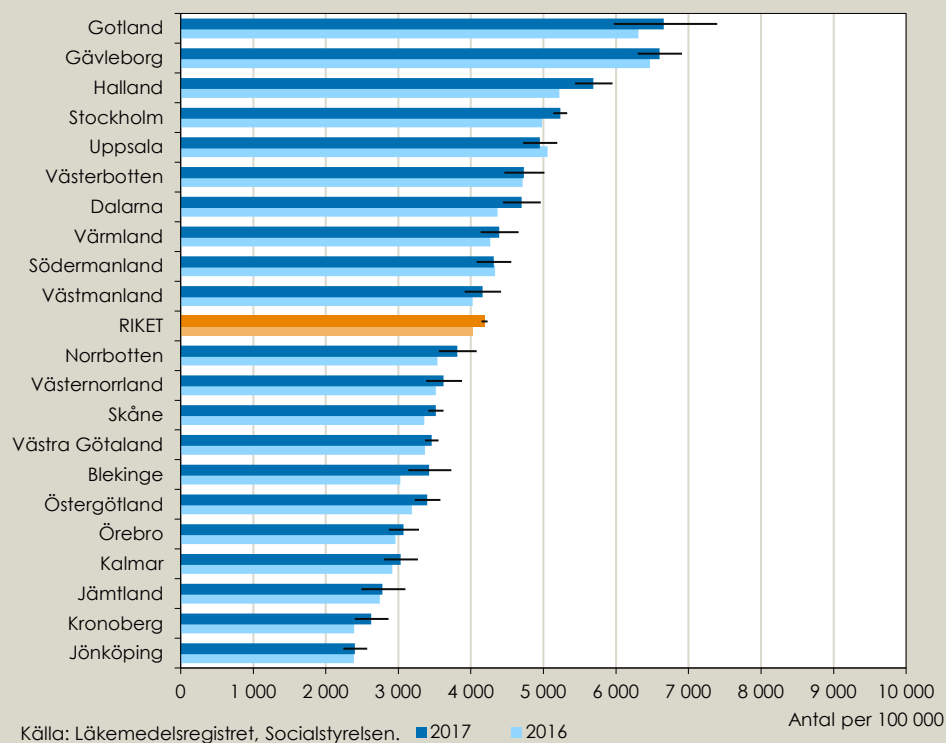


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Användningen av adhd-läkemedel bland barn 5–17 år har ökat i samtliga län utom två mellan åren 2016 och 2017. Skillnaderna mellan länen är stora och varierar från 2 402 till 6 660 per 100 000.

**FIGUR 23b. LÄN. Adhd-läkemedel**

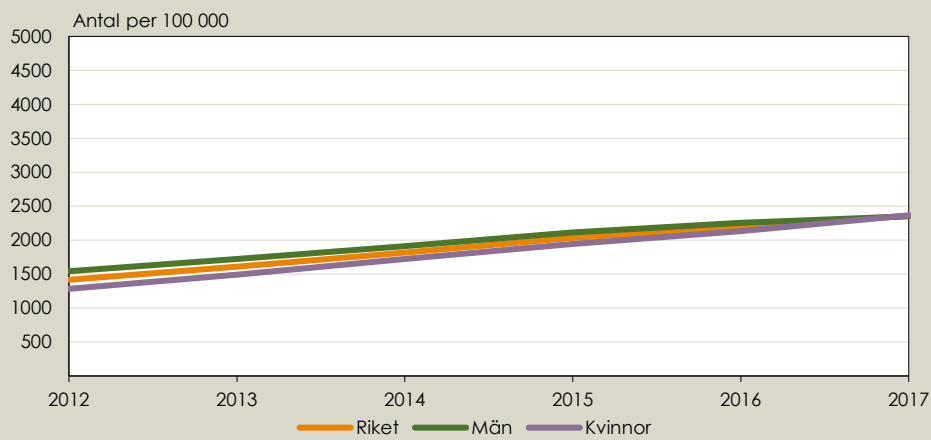
Antal barn 5-17 år per 100 000 med minst ett uttag av adhd-läkemedel, 2017.



Även bland unga vuxna 18–24 år har användningen av adhd-läkemedel ökat över tid och var drygt 2 300 per 100 000 år 2017. Antalet som hämtat ut denna typ av medicin var nästan detsamma bland unga kvinnor (2 365 per 100 000) som bland unga män (2 351 per 100 000). Drygt 70 procent har haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före uttaget av adhd-läkemedel (visas ej i diagram).

**FIGUR 23c. RIKET. Adhd-läkemedel**

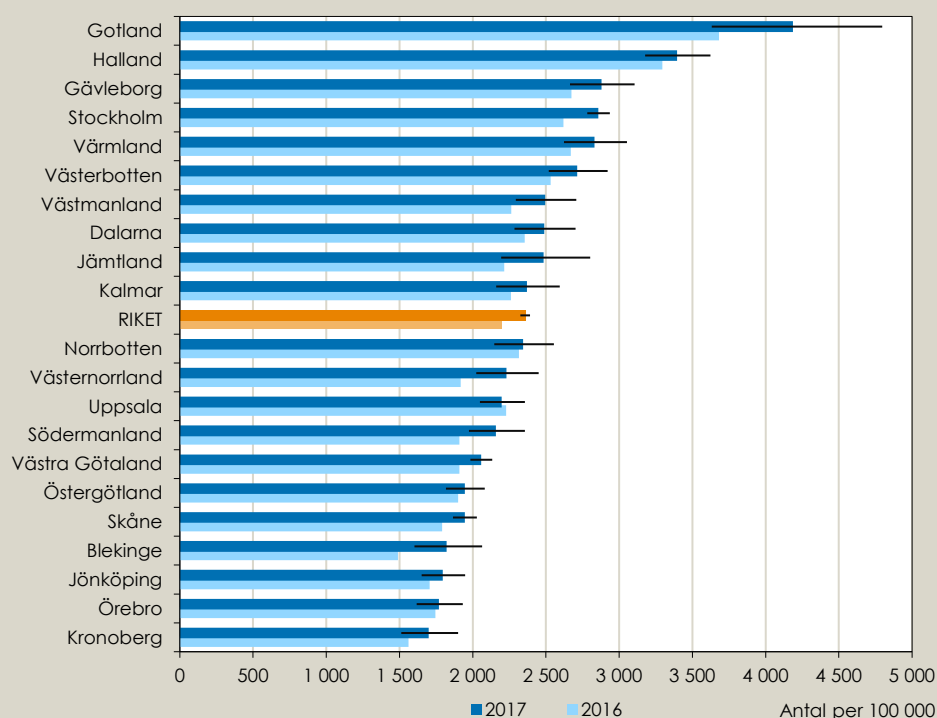
Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av adhd-läkemedel .



Vad gäller de regionala skillnaderna vid användning av adhd-läkemedel i åldersgruppen 18–24 år, så varierar antalet mellan närmare 1 700 och 4 187 per 100 000 år 2017. Antalet som hämtat ut adhd-läkemedel ökade i samtliga län utom Uppsala mellan åren 2016 och 2017.

**FIGUR 23d. LÄN. Adhd-läkemedel**

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av adhd-läkemedel, 2017.



## 24. Användning av vissa sömnmedel och lugnande medel

Sömnstörningar är förhållandevis vanligt hos barn, såväl bland friska barn som hos barn med psykisk sjukdom. Anledningarna kan vara stress, men även bakomliggande depression och ångest. Det är även vanligt med sömnstörningar vid exempelvis adhd. Hos de allra yngsta barnen kan sömnstörningar bero på olika utvecklingsfaser och problem relaterat till spädbarnstiden, exempelvis vid tandgenombrott eller luftvägsinfektioner, men även om modern har hälsoproblem såsom depression [64].

Brist på sömn kan leda till negativ inverkan på kognitiva funktioner och kroppslig hälsa men även ha betydelse för sinnesstämningen och ge bristande impulskontroll [65]. Utöver råd om god sömnhygien och tydliga rutiner kan psykologiska behandlingsmetoder underlätta för god sömn. Rekommendationen är att i första hand påbörja och utvärdera icke-farmakologisk behandling, och först därefter inleda farmakologisk behandling. Det läkemedel som rekommenderas primärt är melatonin. Läkemedelsbehandlingen ska ske kortvarigt och det är angeläget att så långt som möjligt undvika preparat som är förenade med risk för att utveckla beroende. Krävs mer långvarig behandling är det viktigt att patienten får vård av en expert inom barnpsykiatri med inriktning mot sömnstörningar [64].

I vissa fall förskrivs lugnande medel till barn och unga. Dessa preparat redovisas tillsammans med sömnmedel (undantaget melatonin) i den här indikatorn. Användning av melatonin särredovisas i ett annat avsnitt i rapporten. För att få en uppfattning om helhetsbilden kan de två avsnitten med fördel läsas i anslutning till varandra.

Den aktuella indikatorn visar hur stor andel barn i åldern 5–17 år respektive unga 18–24 år som hämtat ut sömnmedel och lugnande medel. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut sömnmedel och lugnande läkemedel utan hänsyn till diagnos. Indikatorn baseras på uppgifter från läkemedelsregistret som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas i indikatorn enligt ATC återfinns i bilaga 1. Notera att preparaten alimemazin och prometatazin som också används vid sömnproblem hos barn och unga, tillhör en annan läkemedelsgrupp än den som studeras här, och därmed inte innefattas i indikatorn.

I anslutning till indikatorn redovisas också hur stor andel av dessa som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttaget. Informationen har hämtats från patientregistret.

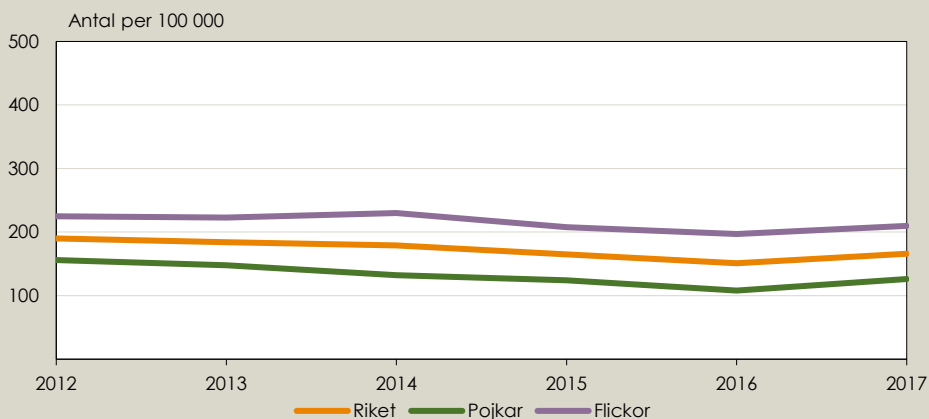
Antalet som hämtat ut sömnmedel (exklusive melatonin) eller lugnande medel har minskat något bland barn 5–17 år. Minskningen har gått från 190 till 166 per 100 000 mellan år 2012–2017. Detta kan delvis bero på att läkare i stället förskrivit melatonin, som inte redovisas i detta avsnitt. Det är vanligare att flickor (210 per 100 000) använder sömnmedel och lugnande medel än pojkar (126 per 100 000).

Andelen barn 5–17 år som haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården det senaste året och som gjort minst ett uttag av sömnmedel och lugnande medel, har legat kring 66 procent sedan år

2013 (visas ej i diagram). Flickor har i högre utsträckning än pojkar haft kontakt med psykiatrisk vård före receptuttaget (75 procent respektive 58 procent).

**FIGUR 24a. RIKET. Sömnmedel och lugnande medel**

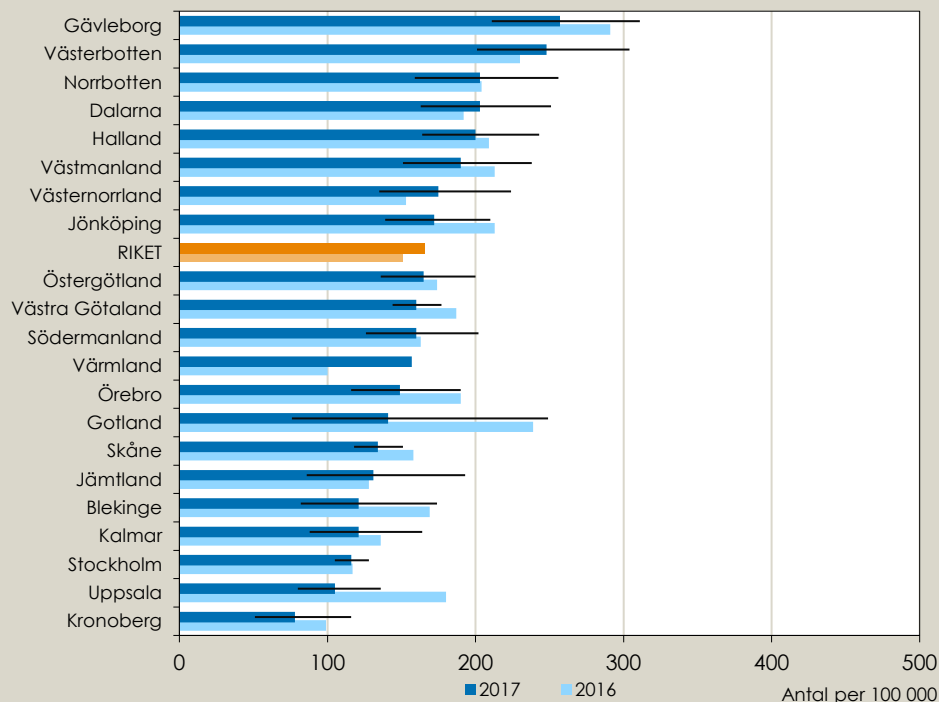
Antal barn 5-17 år per 100 000 med minst ett uttag av sömnmedel och lugnande läkemedel.



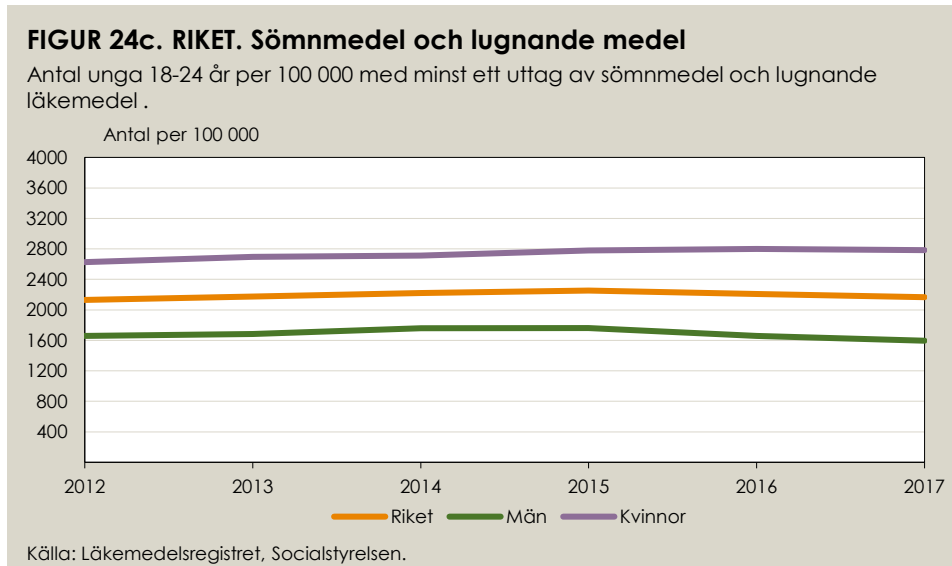
När det gäller fördelningen regionalt finns skillnader i användningen av sömnmedel och lugnande medel. De varierar mellan 78 och 257 per 100 000 i åldersgruppen 5–17 år. År 2016 var skillnaderna mellan länen större.

**FIGUR 24b. LÄN. Sömnmedel och lugnande medel**

Antal barn 5-17 år per 100 000 med minst ett uttag av sömnmedel och lugnande läkemedel, 2017.



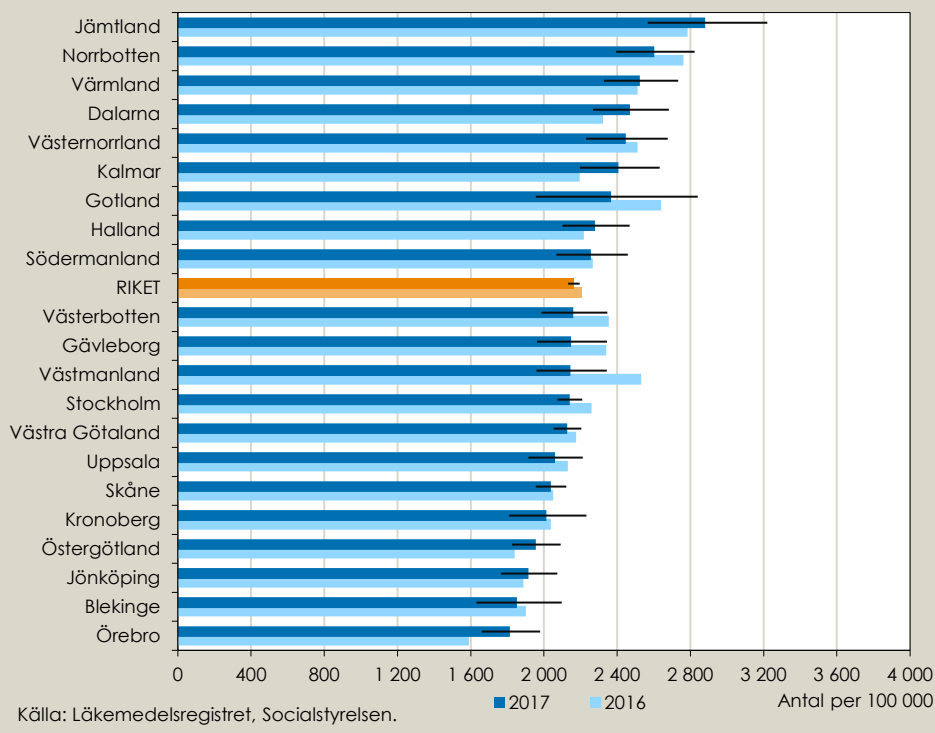
I åldersgruppen 18–24 år har användningen av sömnmedel och lugnande medel varit densamma under perioden 2012–2017 med närmare 2 200 per 100 000 invånare. Andelen som gjort minst ett uttag av sömnmedel och lugnande medel och som har haft kontakt med läkare inom den specialiserade psykiatriska vården det senaste året, har legat på drygt 50 procent sedan år 2013 (visas ej i diagram).



Även bland unga vuxna 18–24 år finns skillnader mellan länen när det gäller användandet av sömnmedel och lugnande medel. År 2017 varierade det mellan 1 814 per 100 000 invånare som lägst och 2 880 per 100 000 som högst.

**FIGUR 24d. LÄN. Sömnmedel och lugnande medel**

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av sömnmedel och lugnande läkemedel, 2017.



## 25. Användning av melatonin

Farmakologisk behandling vid allvarliga sömnbesvär ska ske kortvarigt och det är viktigt att undvika läkemedel som är förknippade med risk för att utveckla beroende. Det läkemedel som rekommenderas primärt är melatonin [64]. Vid långvarig läkemedelsbehandling är det angeläget att den unga patienten får vård av en expert inom barnpsykiatri med fokus på sömnstörningar. I vissa fall förskrivs andra typer av sömnmedel samt även lugnande medel till barn och unga. Användningen av övriga sömnmedel och lugnande medel redovisas tillsammans i ett annat avsnitt. För att få en uppfattning om helhetsbilden kan avsnittet om sömnmedel och lugnande medel med fördel läsas i anslutning till detta avsnitt.

Läkemedelsverket har en restriktiv hållning till farmakologisk behandling av sömnstörningar hos barn. I ett kunskapsunderlag från 2015 konstateras att melatonin inte är godkänt som behandling, trots en allt mer omfattande användning [66]. Läkemedelsverket påpekar att systematiska översikter visar osäker effekt men har gjort bedömningen att den akuta effekt- och säkerhetsprofilen för användning av melatonin bland barn är positiv. Behandlingen ska dock ske kortvarigt. Att användningen av melatonin är omfattande och fortsätter att öka bekräftas även av studier [67]. Det är angeläget att följa utvecklingen av läkemedelsanvändning vid sömnproblem hos barn och ungdomar. Inte minst med anledning av att flera av de läkemedel som används inte är godkända som behandling av sömnproblem hos barn, samt mot bakgrund av det faktum att användandet av sådana läkemedel ökar.

Indikatorn visar antalet barn 5–17 år respektive unga 18–24 år per 100 000 som hämtat ut melatonin vid minst ett tillfälle under 2017. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut melatonin utan hänsyn till diagnos. Indikatorn baseras på uppgifter från läkemedelsregistret som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas enligt ATC återfinns i bilaga 1.

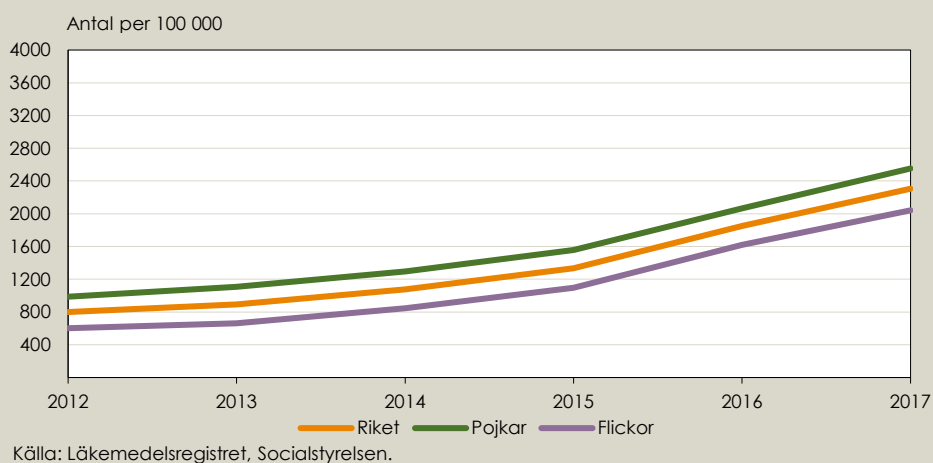
I anslutning till indikatorn redovisas också hur stor andel som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttaget. Information om hur stor andel som haft sådan kontakt har hämtats från patientregistret.

Antalet barn i åldern 5–17 år som använder melatonin mot sömnstörningar har ökat kraftigt, från 800 till drygt 2 300 per 100 000 invånare 2012–2017. En stor del av ökningen förklaras av att man i dag skriver ut melatonin oftare än andra sömnmedel. Melatoninanvändning är vanligare bland pojkar (2 553 per 100 000) än bland flickor (2 042 per 100 000). En anledning kan vara att fler pojkar har en adhd- diagnos och att denna kan vara förenad med sömnstörningar.

Omkring 62 procent har haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före uttaget av melatonin (visas ej i diagram).

**FIGUR 25a. RIKET. Melatonin**

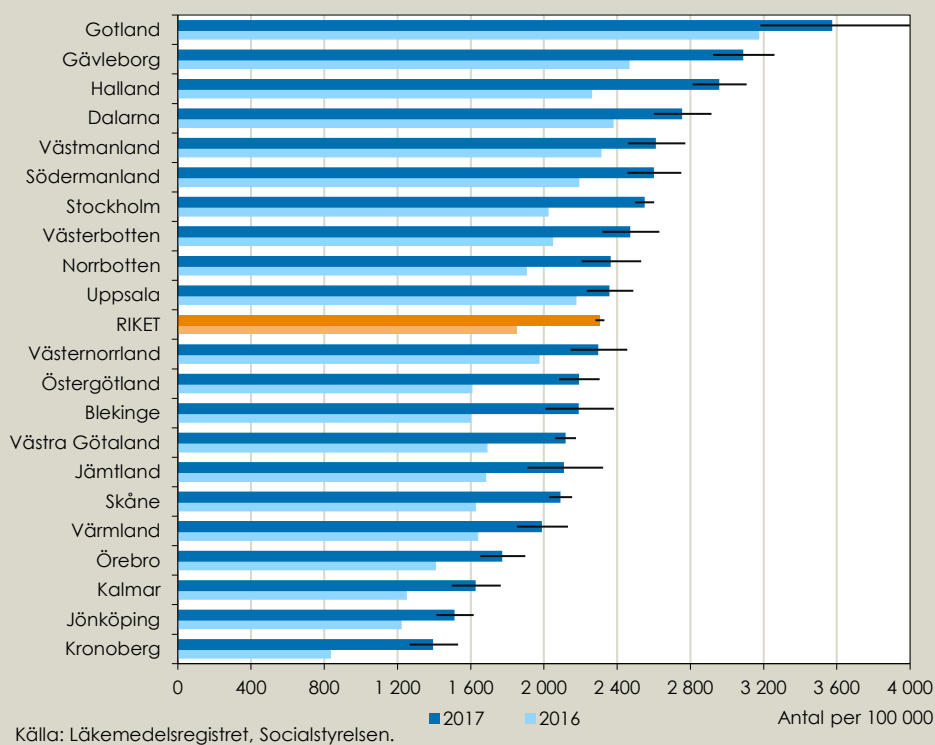
Antal barn 5–17 år per 100 000 med minst ett uttag av melatonin .



Användningen av melatonin bland barn 5–17 år har ökat i alla län mellan 2016 och 2017. Skillnaderna mellan länen är mycket stora och varierar från knappt 1 400 till 3 574 per 100 000.

**FIGUR 25b. LÄN. Melatonin**

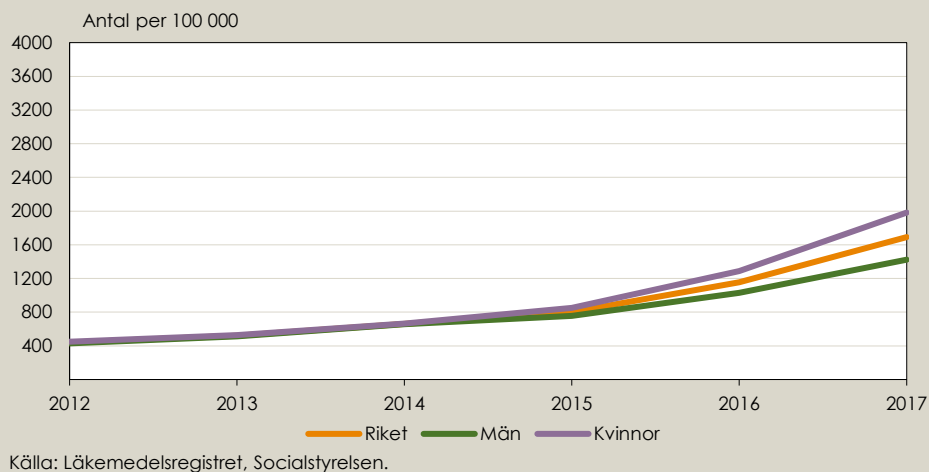
Antal barn 5-17 år per 100 000 med minst ett uttag av melatonin, 2017.



Även bland unga vuxna 18–24 år har användningen av melatonin ökat över tid, från cirka 440 per 100 000 år 2012 till närmare 1 700 per 100 000 år 2017. Till skillnad från åldersgruppen 5–17 år, är det bland unga 18 – 24 år något vanligare med melatonin bland kvinnor (1 982 per 100 000) än bland män 18–24 år (1 423 per 100 000 invånare). Ungefär 63 procent hade haft kontakt med läkare i specialiserad psykiatrisk vård inom ett år före uttaget av melatonin (visas ej i diagram).

**FIGUR 25c. RIKET. Melatonin**

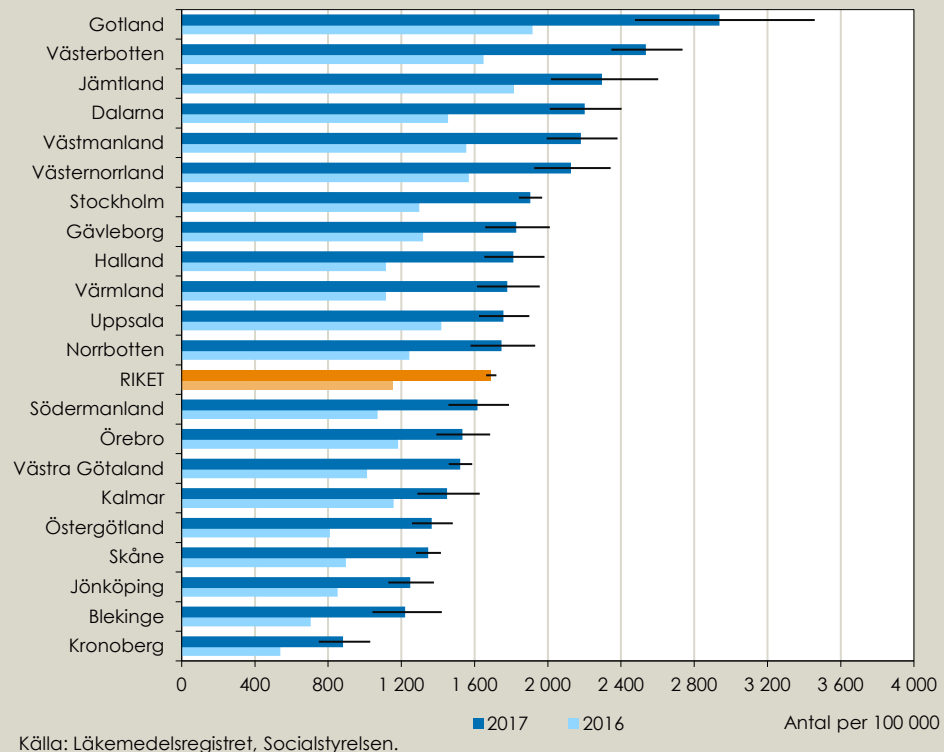
Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av melatonin .



Även bland unga vuxna 18–24 år har förskrivningen av melatonin ökat i alla län mellan 2016 och 2017. Skillnaderna mellan länen varierar mellan 881 och 2 937 per 100 000 invånare.

**FIGUR 25d. LÄN. Melatonin**

Antal unga 18–24 år per 100 000 med minst ett uttag av melatonin, 2017.



## 26. Användning av antipsykotiska läkemedel

Antipsykotiska läkemedel, även kallade neuroleptika, används vid allvarliga psykiatriska sjukdomar och tillstånd, såsom olika former av psykosjukdomar som exempelvis schizofreni. Behandling kan även ges vid mycket svåra fall av bland annat autism och Tourettes syndrom samt särskilt svåra beteenderubbningar [68].

Denna typ av läkemedel kan påverka flera psykiska och kroppsliga funktioner och risken för allvarliga biverkningar är hög. Metabola biverkningar som exempelvis viktuppgång och rubbning av blodfetter är mycket vanligt förekommande. De negativa effekterna är större hos barn och ungdomar än hos vuxna, och kunskapen om långtidseffekter vid behandling av barn och unga i olika utvecklingsfaser är otillräcklig [69].

I Läkemedelsverkets rekommendationer betonas vikten av att göra en individuell bedömning av behov och nytta/risk innan läkemedelsbehandling startas och att man noggrant följer upp effekter och biverkningar. Läkemedelsbehandling ska ses som ett komplement till andra ändamålsenliga insatser som föräldrautbildning, omvårdnad, socialt stöd och psykoterapi [70].

Socialstyrelsen har tidigare rapporterat att användningen av psykofarmaka är hög bland barn och ungdomar som är placerade i heldygnsvård av socialtjänsten, särskilt bland dem som är placerade på hem för vård och boende

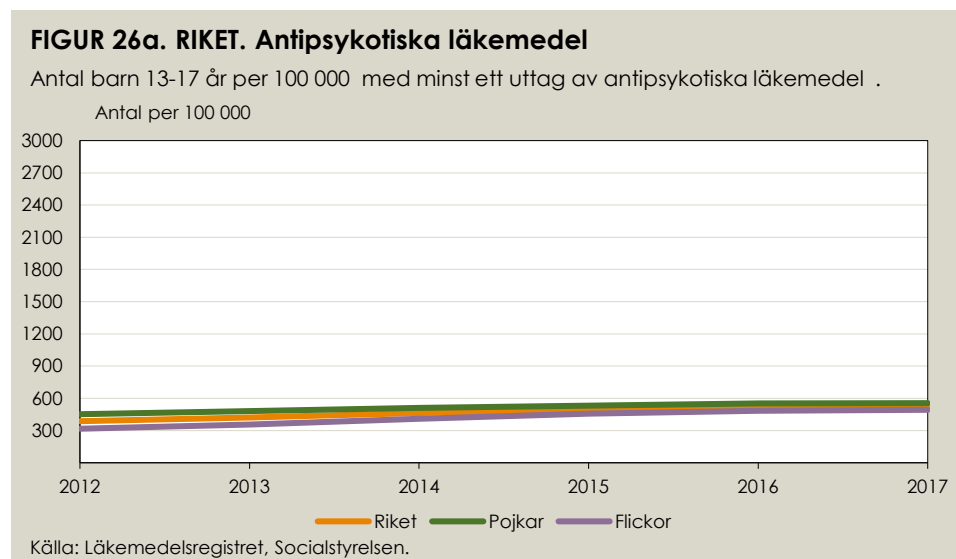
och på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem [71] [72]. Resultat från fördjupningsstudier visar att kontinuitet i behandlingen samt närhet till specialistvård, som barn- och ungdomspsykiatri och habilitering, är viktiga faktorer för god kvalitet i behandlingen. Detta är något som placerade barn och ungdomar haft tillgång till i mindre utsträckning än övriga jämnåriga [73].

Indikatorn visar antalet barn respektive unga som hämtat ut antipsykotiska läkemedel vid minst ett tillfälle år 2017. Den innefattar samtliga barn respektive unga som hämtat ut antipsykotiska läkemedel, oavsett diagnos. Indikatorn baseras på uppgifter från läkemedelsregistret som innehåller data om läkemedel som hämtats ut på apotek. En närmare beskrivning av de läkemedel som innefattas enligt ATC återfinns i bilaga 1.

I anslutning till indikatorn redovisas också hur stor andel av dessa som haft kontakt med läkare i den specialiserade psykiatriska vården inom ett år före receptuttag. Information om hur stor andel som haft sådan kontakt har hämtats från patientregistret.

Av diagrammet nedan framgår att antalet barn 13–17 år som hämtat ut antipsykotiska läkemedel ökat svagt de senaste åren. Antalet har ökat från 387 till 525 per 100 000 år 2012–2017. Ett något högre antal pojkar än flickor har hämtat ut antipsykotiska läkemedel 2017. Könsskillnaderna har dock minskat något under perioden.

Drygt 80 procent har haft kontakt med läkare i specialiserad psykiatrisk vård inom ett år före receptuttaget (visas ej i diagram).



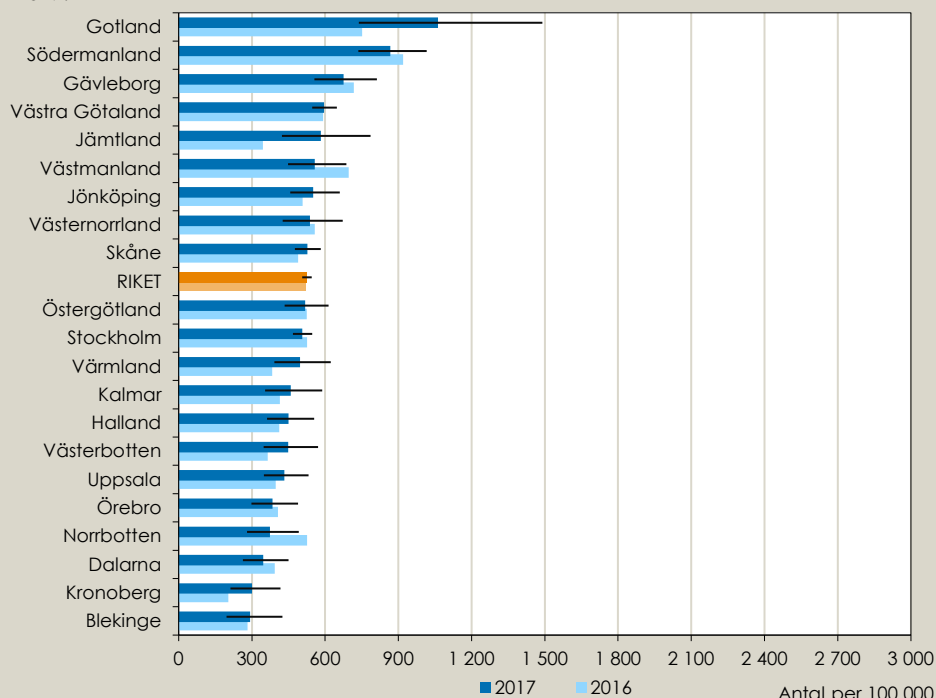
Mot bakgrund av en ökad förskrivning och att neuroleptika hos barn kan medföra allvarliga biverkningar, genomförde Socialstyrelsen i samverkan med Läkemedelsverket år 2016 en registerbaserad kartläggning av användningen av neuroleptika. Resultatet visade bland annat att användningen av neuroleptika bland barn i åldern 0–17 år ökat under hela perioden 2006–2014. Ökningen var tydlig bland båda könen [74].

Av diagrammet nedan framgår att det finns skillnader mellan länen när det gäller antalet barn som hämtar ut antipsykotiska läkemedel. I sammanlagt 10

av länen har detta ökat, medan det i 11 av länen i stället minskat eller inte förändrats alls mellan år 2016 och 2017.

**FIGUR 26b. LÄN. Antipsykotiska läkemedel**

Antal barn 13-17 år per 100 000 med minst ett uttag av antipsykotiska läkemedel, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

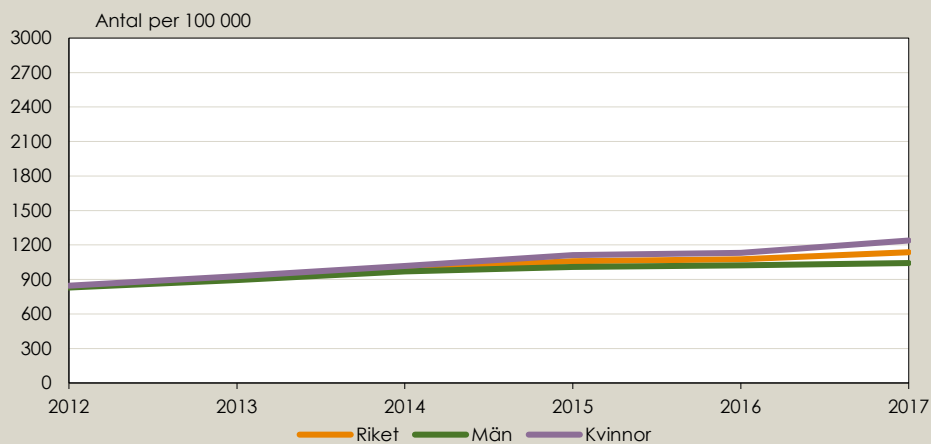
Även i åldersgruppen 18–24 år har uttagen av antipsykotiska läkemedel ökat svagt under den studerade perioden. Antalet har ökat från 838 till 1 137 per 100 000 mellan åren 2012–2017. Ett något högre antal kvinnor än män har hämtat ut antipsykotiska läkemedel 2017. Till skillnad mot vad som var fallet i den yngre åldersgruppen, har könsskillnaderna i den äldre i stället ökat något de senaste åren.

Antalet som hämtat ut antipsykotiska läkemedel har ökat i de flesta län mellan 2016 och 2017.

Även bland de unga har över 80 procent haft kontakt med läkare i specialiserad psykiatrisk vård inom ett år före receptuttag (visas ej i diagram).

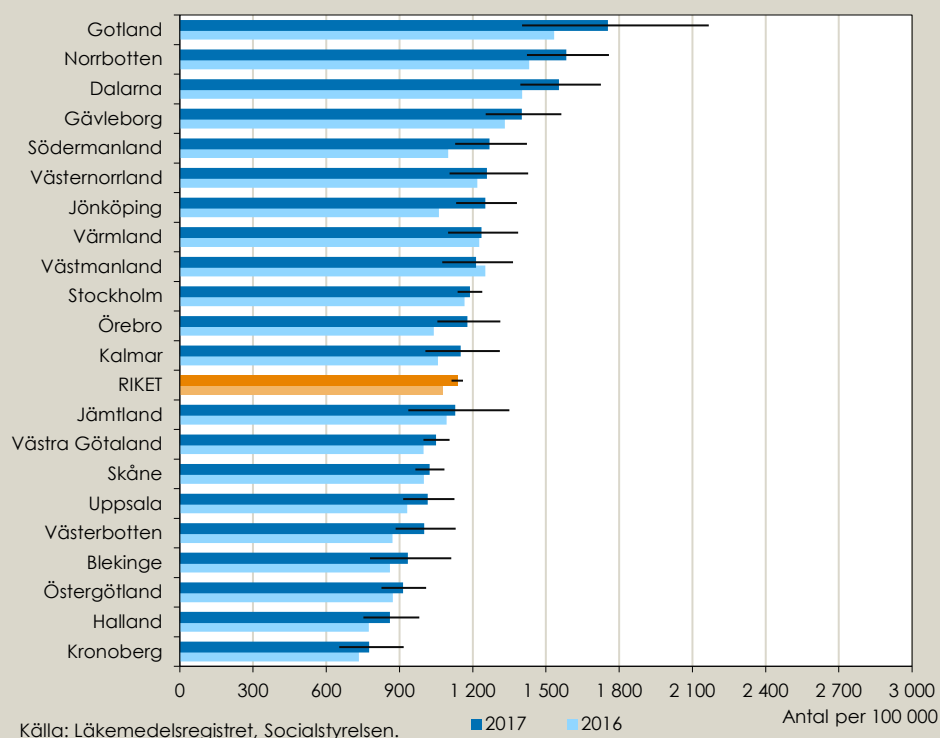
**FIGUR 26c. RIKET. Antipsykotiska läkemedel**

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av antipsykotiska läkemedel.



**FIGUR 26d. LÄN. Antipsykotiska läkemedel**

Antal unga 18-24 år per 100 000 med minst ett uttag av antipsykotiska läkemedel, 2017.



## Elektrokonvulsiv behandling

I detta avsnitt redovisas indikatorer som rör elektrokonvulsiv behandling (ECT). Data har hämtats från kvalitetsregistret ECT samt patientregistret.

### 27. Tillgänglighet till ECT vid svår depression

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) innebär att man med hjälp av elektrisk ström, framkallar ett kortvarigt och kontrollerat epileptiskt krampanfall.

Behandlingen ges alltid under narkos och upprepas oftast tre gånger per vecka under ett par veckors tid.

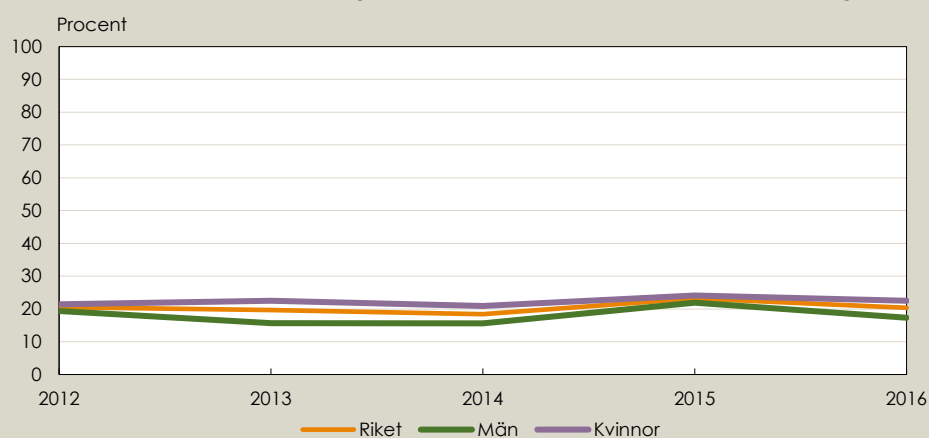
ECT-behandling är en ovanlig åtgärd som är aktuell vid svår depression, både med och utan psykotiska symtom. Syftet med behandlingen är att snabbt minska symtom samt häva eller vända ett allvarligt tillstånd. De vanligaste biverkningarna vid behandling med ECT är huvudvärk och illamående. Kognitiva biverkningar i form av minnesstörningar är också vanliga, men i regel övergående efter en behandlingsserie. I vissa fall kan de vara ihållande en längre tid efteråt, och det kan inte uteslutas att de blir bestående i enstaka fall. Det är inte klarlagt om långvariga minnesstörningar vid ECT är en effekt av behandlingen eller av tillståndet i sig, eftersom svår depression kan påverka de kognitiva funktionerna negativt. Efter behandling med ECT är det viktigt att följa upp biverkningarna, dels löpande under behandlingstiden, dels cirka 6 månader efter avslutad behandling. För att minska risken för återfall, bör ECT även efterföljas av läkemedelsbehandling [29].

Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för depression och ångest syndrom gett ECT-behandling högsta prioritet vid svår egentlig depression och psykotiska symtom, katatoni eller behandlingsresistens, det vill säga när annan behandling inte hjälper. Rekommendationen gäller efter pubertetsdebut. Innan ECT sätts in ska den rekommenderade läkemedelsbehandlingen ha prövats. Det är mycket ovanligt att ECT används i behandlingen av barn under 18 år – i riket som helhet rör det sig endast om ett fåtal fall per år [5]. Med anledning av detta redovisas för denna indikator endast uppgifter för unga i åldern 18–24 år.

Indikatorn visar andelen med diagnosen svår egentlig depression som behandlats med ECT under 2016. Indikatorn baserar sig på uppgifter från ECT-registret och Socialstyrelsens patientregister. Av diagrammet framgår att drygt 20 procent av patienterna med diagnosen svår depression i åldersgruppen 18–24 år behandlades med ECT. Andelen har varit relativt konstant de senaste 5 åren. ECT-behandling vid svår depression är något vanligare bland kvinnor än bland män (22,5 respektive 17 procent år 2016).

**FIGUR 27a. RIKET. Tillgänglighet till ECT vid svår depression**

Andel patienter 18-24 år med diagnosen svår depression som fått ECT-behandling.



Källa: ECT-registret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

Siffror för 2017 visar att totalt 209 personer i åldersgruppen 18–24 år behandlades med ECT (133 kvinnor och 76 män), vilket motsvarar 5 procent av alla ECT-behandlingar det året. Sammanlagt tolv personer under 18 år fick ECT-behandling under 2017 [5].

## 28. Klinisk förbättring efter ECT

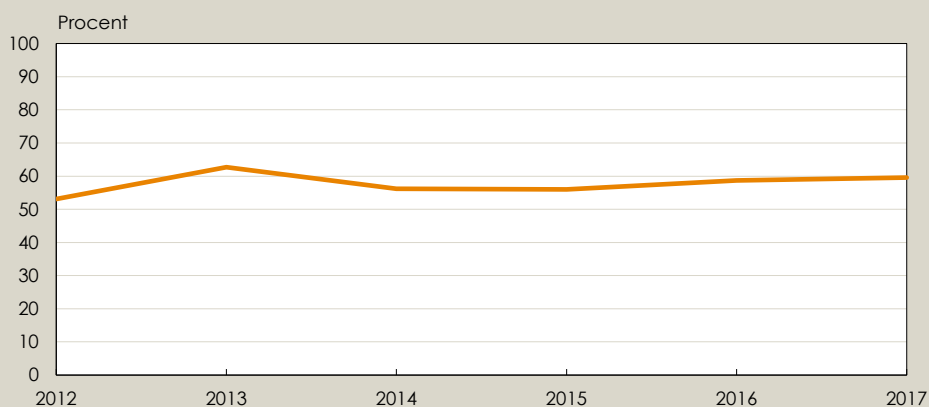
Även om det främsta målet vid behandling med ECT är symtomfrihet, så är symtomlindring ett viktigt första steg. Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) är ett skattningsinstrument där personalen anger förändringen i den bedömda sammantagna psykiska hälsan hos en patient [75].

Indikatorn redovisar andelen patienter som uppvisar klinisk förbättring efter behandling med ECT, enligt ovan nämnda skattningsinstrument. Uppgifterna har hämtats från ECT-registret.

Resultatet visar att andelen patienter i åldersgruppen 18–24 år som uppvisar klinisk förbättring efter ECT-behandling har ökat något, från 53 procent år 2012 till omkring 60 procent år 2017. Andelen som uppvisar förbättring år 2017 är högre bland män (67,2 procent) än bland kvinnor (55,5 procent).

**FIGUR 28a. Klinisk förbättring efter ECT**

Andel patienter 18-24 år som uppvisar klinisk förbättring efter index-ECT enligt Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I).



Källa: ECT-registret.

Att endast 60 procent av patienterna är kliniskt förbättrade kan tyckas vara ett svagt resultat. I sammanhanget är det dock viktigt att påpeka att olika patientgrupper svarar olika bra på ECT-behandling, bland annat beroende på ålder, där äldre personer generellt svarar bättre på ECT än yngre personer [26]. Att så är fallet framgår bland annat av indikatorredovisningen i rapporten *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Öppna jämförelser 2018*. I rapporten redovisas indikatorn ”Klinisk förbättring efter ECT” för olika åldersgrupper. Den grupp där störst andel uppvisar klinisk förbättring är kvinnor 65 år och äldre, där 84 procent gör detta. Motsvarande andel bland män är 74 procent [76]. Andra faktorer som vid sidan av ålder kan ha betydelse för resultatet av en ECT-behandling är samtidig läkemedelsbehandling, behandlingsteknik samt behandlingslängd [77].

Samtidigt finns även klinisk erfarenhet av att ECT ger god effekt hos ungdomar med svår depression. Åtgärden kan vara livräddande och ger snabbare effekt på depressionssymtom jämfört med antidepressiva läkemedel [5].

## Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Detta avsnitt belyser tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) över tid med utgångspunkt från aktuell statistik från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR.

### 29. Väntetid till BUP högst 30 dagar vid förstagsbesök

Den nationella vårdgarantin reglerar väntetider till planerad vård. När beslut om vård har fattats, ska patienten inom 90 dagar erbjudas ett första läkarbesök i den planerade specialiserade vården. Grunden för beslut om vård inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kan vara antingen att patienten själv eller dennes vårdnadshavare kontaktat en vårdmottagning eller genom remiss från en vårdgivare [78].

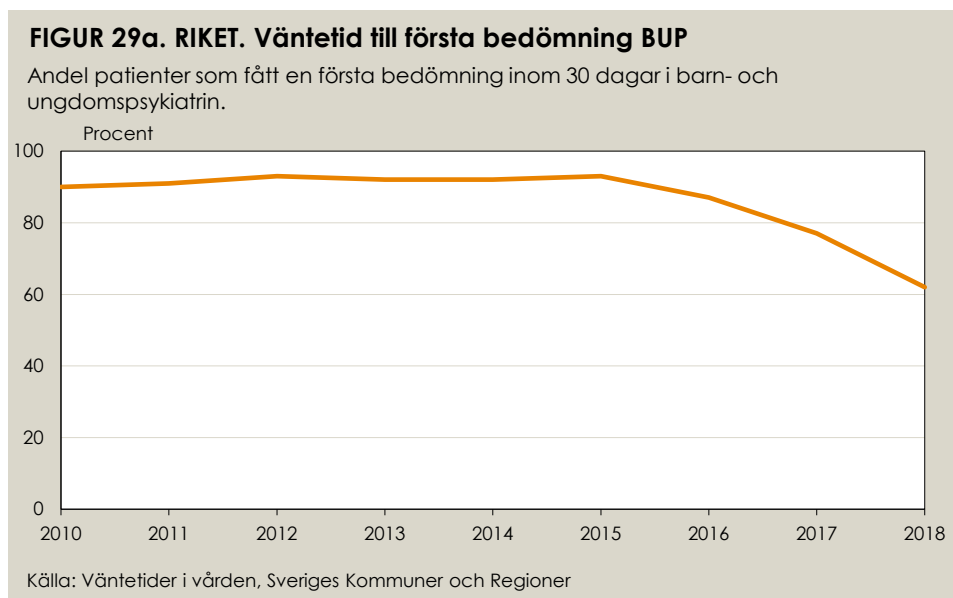
År 2009 genomfördes en särskild satsning på en förstärkt vårdgaranti för barn 0–17 år i behov av vård inom BUP. Denna innebar att regionerna fick ett stimulansmedel under förutsättning att minst 90 procent av de barn som var i behov fick en första bedömning (besök) inom 30 dagar, och att minst 80 procent hade påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. [79].

Den förstärkta vårdgarantin togs bort 2015, och ersattes senare med en satsning på den så kallade första linjens vård för att minska väntetiderna. Syftet var att erbjuda barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa stöd genom primärvården och andra verksamheter såsom exempelvis ungdomsmottagningar och elevhälsan. Genom att erbjuda tidiga insatser är förhoppningen att fler får hjälp innan de behöver specialistvård [80]. Väntetiden till BUP är i dag högst 90 dagar, vilket är samma tidsgräns som inom den övriga specialiserade sjukvården. För att bidra till att vidmakthålla det arbete som gjordes inom satsningen, fortsätter SKR att redovisa samlad aktuell statistik från BUP varje år.

Indikatorn visar andelen barn 0–17 år som fått en första bedömning (besök) inom 30 dagar inom BUP. Den utgör ett sätt att mäta tillgänglighet till vård och behandling, och det är önskvärt att andelen är så hög som möjligt. Vid jämförelser av data över tid är det viktigt att beakta att de olika regeringssatsningarna här kan avspeglar sig i hur stor andel barn och unga som fått en första bedömning inom 30 dagar.

SKR har i uppdrag att presentera aktuell statistik över tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Underlaget till indikatorn är baserat på de uppgifter regionerna månatligen rapporterar till den nationella väntetidsdatabasen. De patienter som blivit erbjudna ett besök inom BUP men som själva valt att vänta, t.ex. för att komma till en viss vårdgivare, innefattas inte i indikatorn.

Första linjens vård är ännu under uppbyggnad, vilket gör att tillgängligheten till första linjen-verksamheter såsom primärvården, sannolikt varierar mellan regionerna. Detta kan således påverka indikatorns utfall, exempelvis om barnen i stället söker sig direkt till BUP. Medicinska indikationer och kriterier för när en patient ska ges en viss behandling kan också variera regionalt.



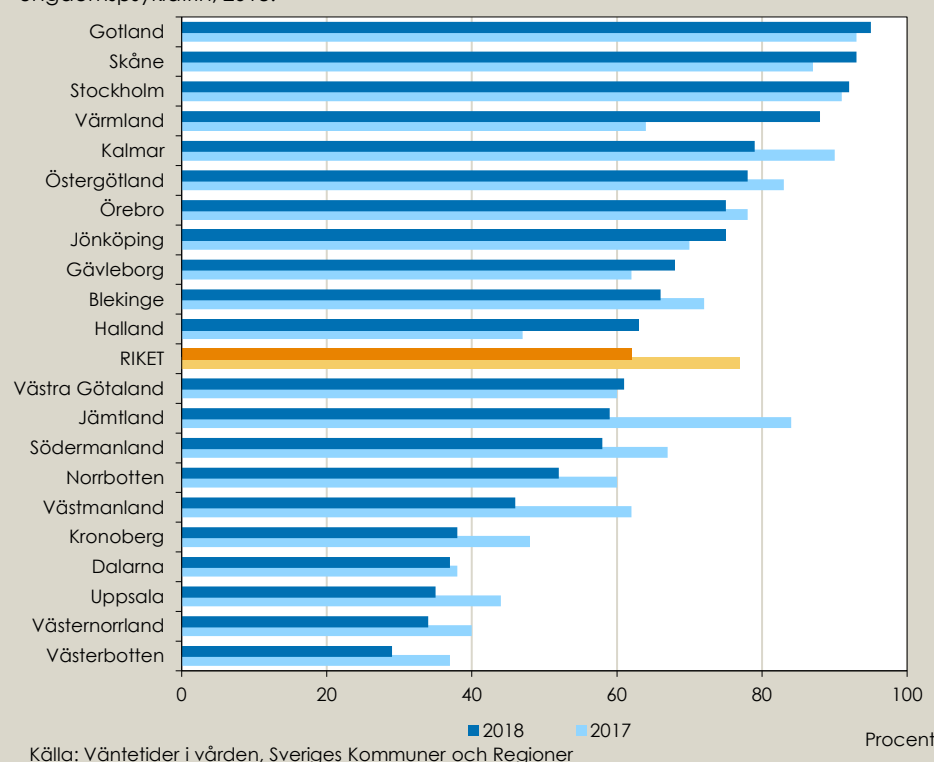
Diagrammet ovan visar hur stor andel barn med behov av vård inom barn- och ungdomspsykiatri från 2010–2018 fick en första bedömning inom 30 dagar. Av detta framgår att andelen var 90 procent eller högre under perioden 2010–2015. Därefter har den fallit till 77 procent år 2017 och ner till 62 procent år 2018.

Antalet regioner som ger barn 0–17 år en första bedömning vid BUP inom 30 dagar har minskat över tid. År 2013 var det exempelvis 16 av Sveriges 21 regioner som uppnådde minst 90 procents tillgänglighet [81]. År 2018 var det endast tre regioner som uppfyllde målet.

Skillnaderna mellan olika regioner är stora och varierar mellan 29 och 95 procent. I tretton regioner har andelen som ger en första bedömning inom 30 dagar minskat mellan år 2017 och 2018. Samtidigt har åtta regioner kortat väntetiden.

**FIGUR 29b. LÄN. Väntetid till första bedömning BUP**

Andel patienter som fått en första bedömning inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, 2018.



### 30. Väntetid till BUP högst 30 dagar för start av fördjupad utredning eller behandling

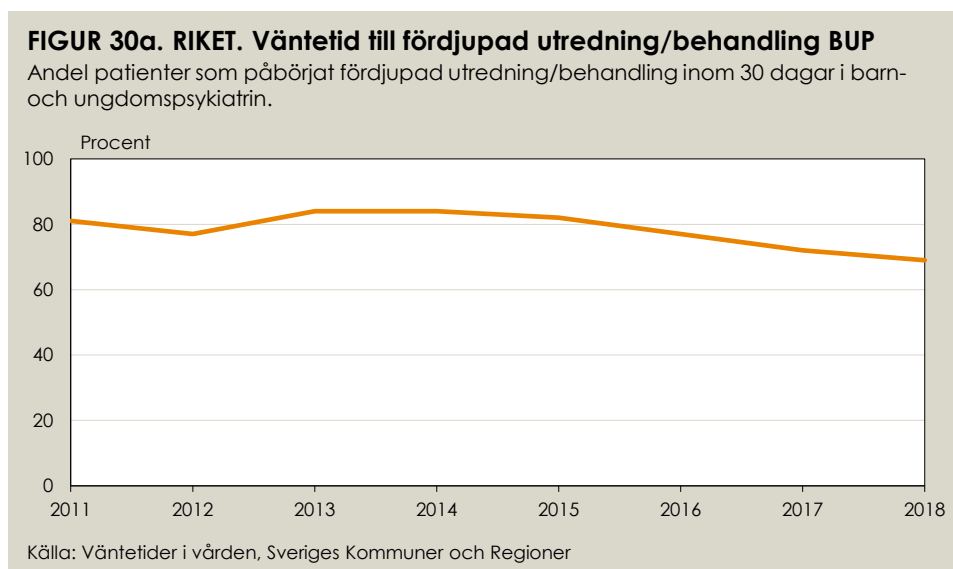
Väntetider till planerad vård regleras i den nationella vårdgarantin. Ett första läkarbesök i den specialiserade vården, såsom barn- och ungdomspsykiatri, ska erbjudas inom 90 dagar efter att beslut tagits om vård. [78].

Målet med den förstärkta vårdgarantin som infördes 2009, var att minst 90 procent av patienterna skulle ha fått en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 procent ha påbörjat en fördjupad utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar. Som nämndes i föregående avsnitt, har den förstärkta vårdgarantin ersatts med en satsning på den så kallade första linjens vård, vilket innebär att barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa nu i större utsträckning erbjuds stöd inom bland annat primärvården. De mål för tillgängligheten som sattes upp i samband med den förstärkta vårdgarantin kvarstår dock [82].

Indikatorn visar andelen barn 0–17 år som inom 30 dagar efter ett första besök på BUP påbörjat en fördjupad utredning eller behandling. Indikatorn utgör ett sätt att mäta tillgängligheten till behandling och vård. Det är önskvärt att andelen påbörjade utredningar inom barn- och ungdomspsykiatri är så hög som möjligt. Även här är det viktigt att beakta att de olika regerings-satsningarna som genomförts kan avspeglade sig i hur många som erbjudits fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. Detta bör man ha i åtanke när siffrorna jämförs över tid.

Indikatorn baseras på aktuella uppgifter om väntetider i hälso- och sjukvården i den nationella väntetidsdatabasen vid SKR. De patienter som tackat nej till fördjupad utredning eller behandling inom BUP och som själva valt att vänta för att de t.ex. önskar komma till en specifik vårdgivare, innefattas inte i indikatorn. Första linjens vård är under uppbyggnad, vilket gör att tillgängligheten till denna sannolikt varierar regionalt. Det kan påverka indikatorns utfall, exempelvis om barnen i stället söker sig direkt till BUP. Medicinska indikationer och kriterier för när en patient ska ges en viss behandling kan också variera regionalt.

Av diagrammet nedan framgår hur stor andel barn i behov av fördjupad utredning eller behandling inom BUP som påbörjade detta inom 30 dagar efter att en första bedömning gjorts. Andelen som fått fördjupad utredning eller behandling inom BUP inom tidsperioden 30 dagar har minskat de senaste åren. Åren 2013–2015 var andelen över 80 procent och år 2018 hade andelen sjunkit till 69 procent.

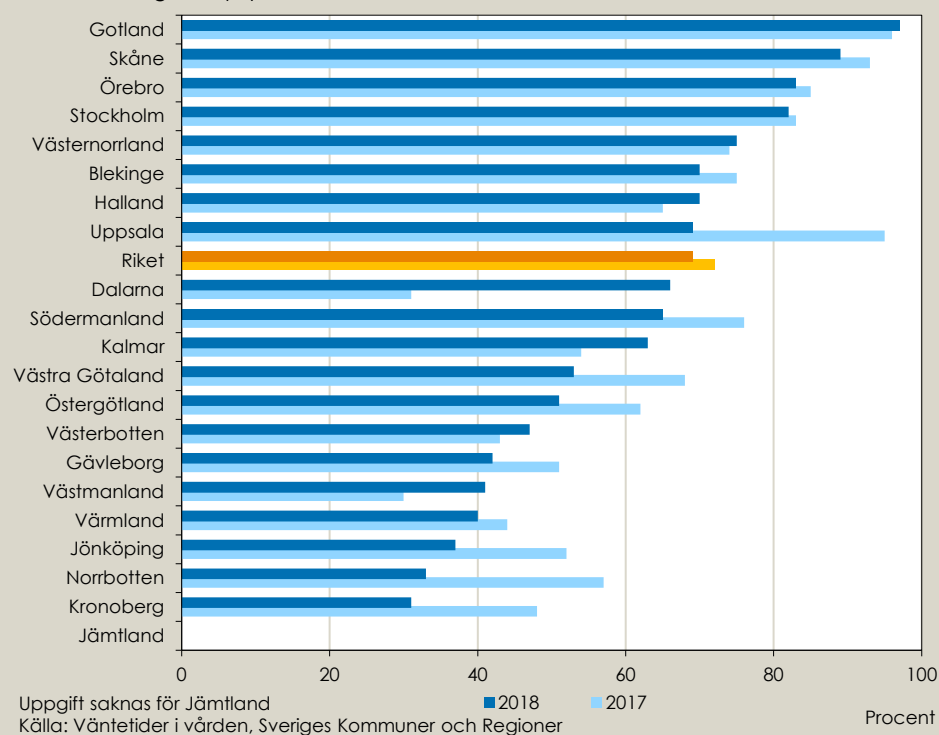


Fyra regioner kunde år 2018 erbjuda 80 procent eller fler barn med behov en påbörjad utredning eller behandling vid BUP inom 30 dagar. Året före uppnådde fem regioner detta. Möjligheten att erbjuda fördjupad utredning eller behandling inom BUP inom 30 dagar skiljer sig kraftigt regionalt, från 31 till 97 procent år 2018.

I sammanlagt tretton regioner har andelen patienter som påbörjat utredning eller behandling inom 30 dagar minskat under 2018 jämfört med år 2017. Samtidigt uppvisar sju regioner förbättrade väntetider genom en ökad andel patienter som påbörjat utredningar eller behandlingar inom 30 dagar.

**FIGUR 30b. LÄN. Väntetid till fördjupad utredning/behandling BUP**

Andel patienter som påbörjat fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, 2018.



## Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri – Q-bup

I detta avsnitt redovisas statistik hämtat från barn- och ungdomspsykiatriens kvalitetsregister Q-bup. Statistiken belyser diagnoser, behandlingsinsatser, resultat av behandlingsinsatser och prioritering vid omhändertagandet på BUP. Kvalitetsregistret är under uppbyggnad och data från tre regioner redovisas.

Q-bup är ett nytt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri som sedan 2013 erhåller medel för uppbyggnad och fortsatt utveckling. Registrets syfte är att stödja verksamhetsutveckling och utvärdering inom de barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna i landet. Data till registret inkommer genom automatisk överföring från journaler och patientadministrativa system. För närvarande är tre regioner anslutna till registret: Kalmar, Stockholm och Gävleborg. Under hösten 2019 förbereds även Dalarna och Jämtland för anslutning. Registret omfattar i dag data om mer än en tredjedel av alla patienter som får vård inom barn- och ungdomspsykiatri [83].

Kvalitetsregistret Q-bup gör det möjligt för enskilda verksamheter att mäta resultatet av sina egna insatser. Det är också möjligt att identifiera skillnader i vården mellan olika delar av landet. Med hjälp av data från registret är det möjligt att kartlägga exempelvis hur stor andel patienter som

- följts upp efter läkemedelsbehandling
- fått en strukturerad suicidriskbedömning

- behandlats med KBT för depression, ångest eller tvångssyndrom
- fått vård som innebär samverkan mellan professioner eller verksamheter
- försämrats påtagligt

Det finns även möjlighet att studera en rad olika utfall, exempelvis vilken behandling patienter med depression, ångest och tvångssyndrom fått, hur patienter med låg funktionsnivå prioriteras i det initiala omhändertagandet, samt hur en enhets resurser fördelas mellan olika patientgrupper.

Före- och eftermätningar med det så kallade CGAS (Children's Global Assessment Scale) och flera andra mått, gör det möjligt att utläsa förändringar i funktion och symtom.

Barn- och ungdomspsykiatrisk vård finns i samtliga regioner. För 2018 uppskattas de till registret anslutna verksamheterna ansvara för psykiatrisk vård till närmare 30 procent av landets befolkning i åldern 0–17 år. I början av 2020 förväntas denna andel ha stigit till omkring 67 procent [84].

## Presentation av data

I nedanstående avsnitt presenteras data från kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup). Samtliga uppgifter rör barn- och ungdomspsykiatrisk vård i regionerna Stockholm, Kalmar samt Gävleborg under år 2018. Omkring hälften av patienterna i registret är yngre än 13 år.

Köns- och åldersfördelningen i registret år 2018 visar att det finns en överrepresentation av pojkar bland barn 0–12 år. Det omvända gäller bland ungdomar 13–17 år, där flickor är överrepresenterade.

Av de uppgifter som innefattas i kvalitetsregistret Q-bup, har vi i denna rapport valt att lyfta fram följande:

- Diagnoser vid mottagandet på BUP
- Typ av behandlingsinsatser
- Resultat av behandlingsinsatser
- Prioritering i relation till bedömd funktionsnivå

I sammanhanget är det viktigt att understryka att registret är under uppbyggnad och att de data som redovisas främst ska ses som en lägesbeskrivning från ett pågående arbete. I kvalitetsregistrets årsrapport från 2017 konstateras att det med största sannolikhet finns en betydande underrapportering av behandlingsåtgärder och samverkan som kommer att behöva åtgärdas med bättre dokumentationsrutiner och struktur [85]. Sammantaget görs bedömningen att det finns en underrapportering av åtgärder i vården men att data i övrigt inte har allvarligare brister.

## Diagnos vid mottagandet på BUP

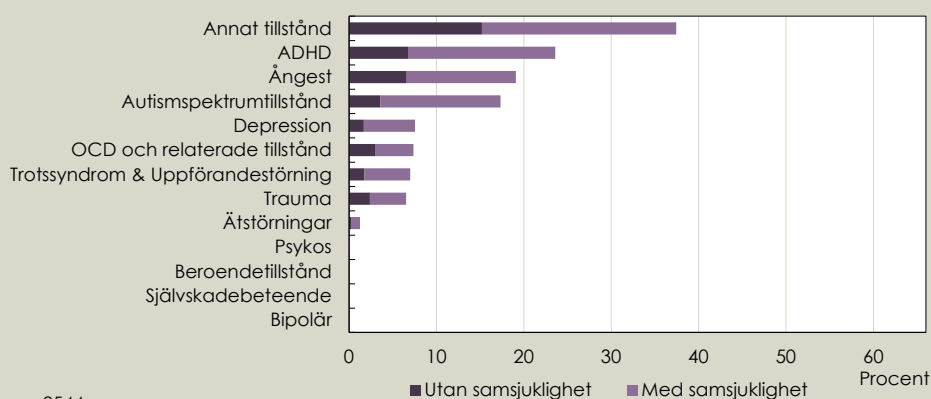
Detta mått redovisar andelen patienter per diagnos för de tre regionerna Stockholm, Kalmar och Gävleborg.

Resultatet visar att det finns skillnader i fördelningen av diagnoser bland flickor och pojkar i åldern 0–12 år som besökt barn- och ungdomspsykiatri vid minst tre tillfällen. Bland flickorna är adhd och ångest de vanligaste diagnoserna efter ”annat tillstånd”. Inom denna grupp ryms diagnoser och tillstånd som inte kan hänföras till någon av de andra diagnostyperna. Till dessa

räknas bland annat olika personlighetsstörningar samt diagnoser för relationsproblem som har betydelse för hälsotillståndet (diagnoskapitel Z00-Z99 enligt ICD-10). Bland pojkar är adhd, följt av ”annat tillstånd” och autism de vanligast förekommande diagnoserna. Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos är också vanligt, särskilt i kombination med adhd, autismsdiagnos och ”annat tillstånd”. Bland flickor är även samsjukligheten hög vid ångest.

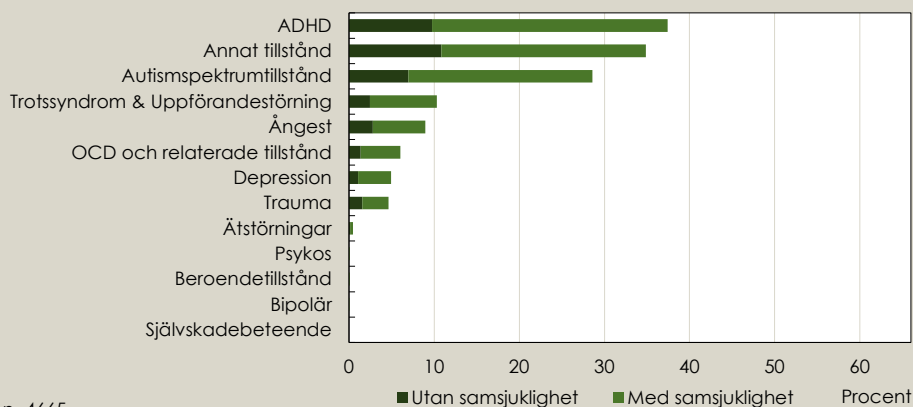
**FIGUR E5. Andel patienter per diagnos flickor 0-12 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per diagnos. Stockholm, Kalmar och Gävleborg



**FIGUR E6. Andel patienter per diagnos pojkar 0-12 år - minst tre besök 2018**

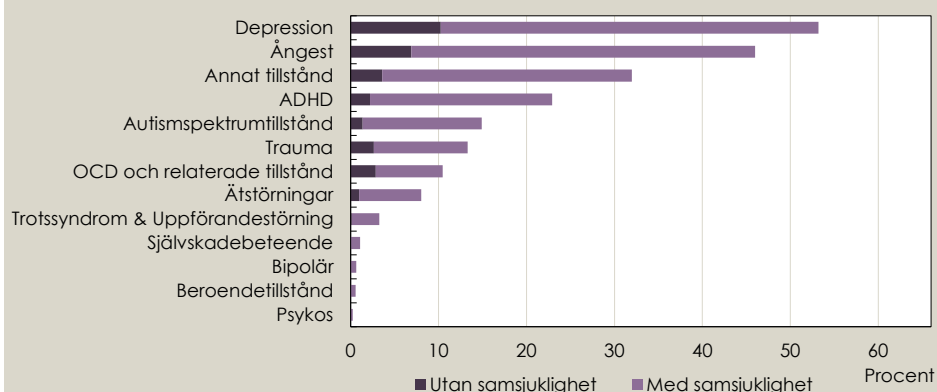
Andel patienter per diagnos. Stockholm, Kalmar och Gävleborg



Bland flickor i åldern 13–17 år som varit på minst tre besök hos barn- och ungdomspsykiatri är depression och ångest de vanligaste diagnoserna. Bland pojkar dominerar adhd och depression. Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos är än mer vanligt förekommande i denna åldersgrupp.

**FIGUR E7. Andel patienter per diagnos flickor 13-17 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per diagnos. Stockholm, Kalmar och Gävleborg

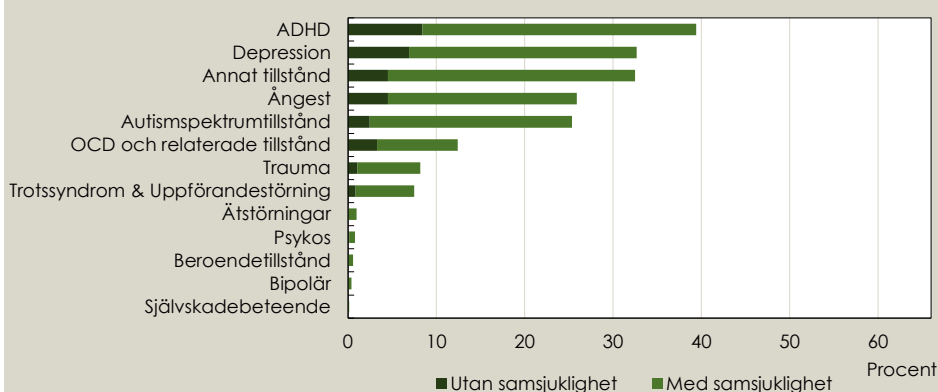


n=5152

Källa: Q-bup

**FIGUR E8. Andel patienter per diagnos pojkar 13-17 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per diagnos. Stockholm, Kalmar och Gävleborg



n=2982

Källa: Q-bup

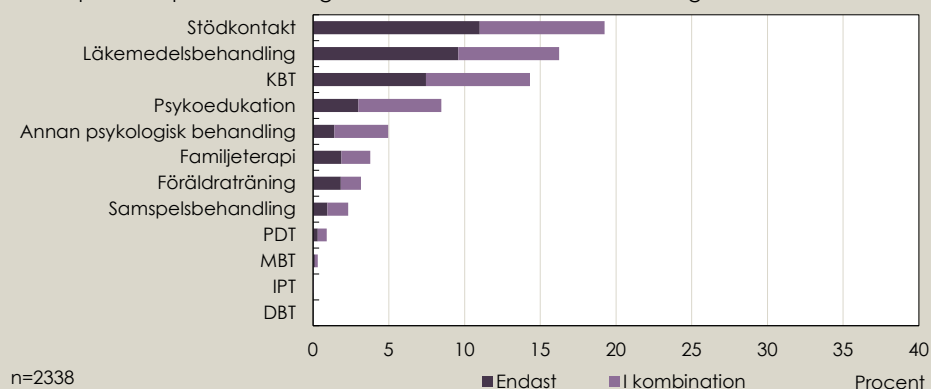
## Behandlingsinsatser

Detta mått redovisar andelen patienter per behandlingsinsats för de tre regionerna Stockholm, Kalmar och Gävleborg.

Resultatet visar att bland flickor 0–12 år som varit på minst tre besök hos barn- och ungdomspsykiatri är stödkontakt den vanligaste behandlingsinsatsen, följt av läkemedelsbehandling. Bland pojkar i åldersgruppen är i stället läkemedelsbehandling den vanligaste behandlingsinsatsen före stödkontakt. Ofta har en behandlingsinsats skett i kombination med en eller flera andra behandlingsinsatser.

**FIGUR E9. Andel patienter per behandling flickor 0-12 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per behandling. Stockholm, Kalmar och Gävleborg\*



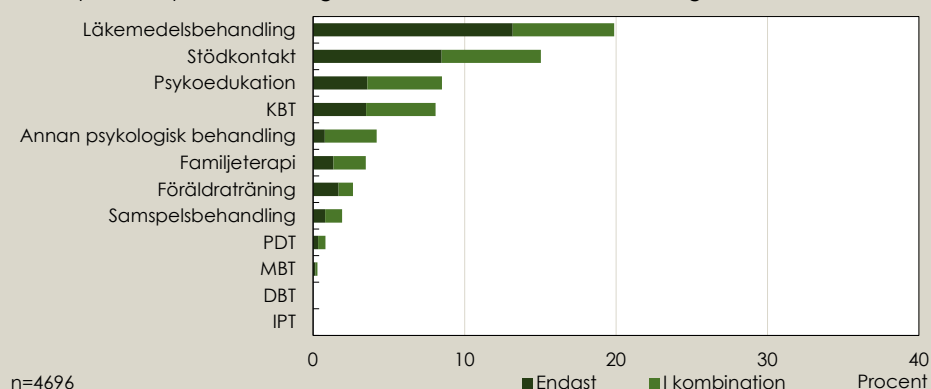
n=2338

\* Gävleborg saknar information om läkemedelsbehandling

Källa: Q-bup

**FIGUR E10. Andel patienter per behandling pojkar 0-12 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per behandling. Stockholm, Kalmar och Gävleborg\*



n=4696

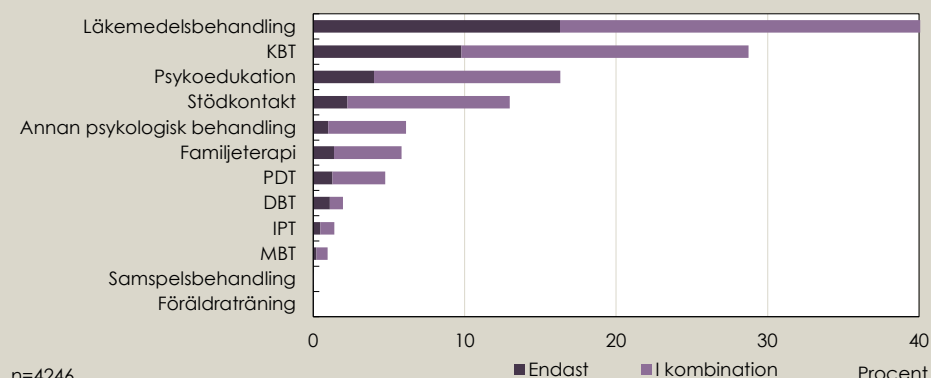
\* Gävleborg saknar information om läkemedelsbehandling

Källa: Q-bup

Bland ungdomar 13–17 år som besökt barn- och ungdomspsykiatri vid minst tre tillfällen är läkemedelsbehandling den vanligaste behandlingsinsatsen, tätt följd av KBT. Även bland patienterna i denna åldersgrupp har ofta en behandlingsinsats skett i kombination med en eller flera andra behandlingsinsatser.

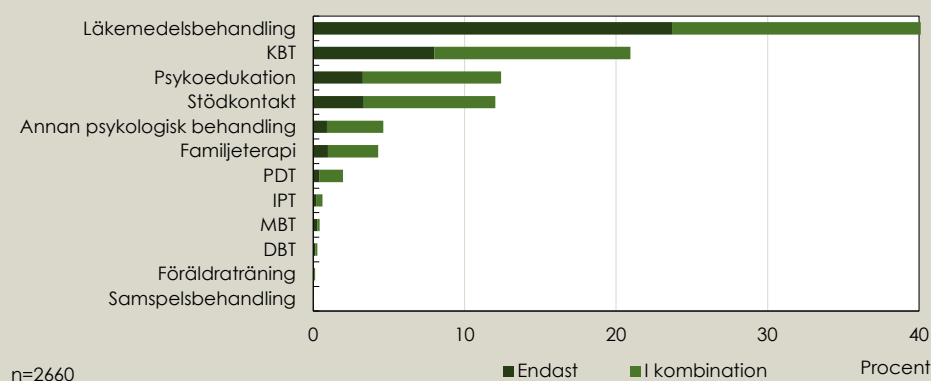
**FIGUR E11. Andel patienter per behandling flickor 13-17 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per behandling. Stockholm, Kalmar och Gävleborg\*



**FIGUR E12. Andel patienter per behandling pojkar 13-17 år - minst tre besök 2018**

Andel patienter per behandling. Stockholm, Kalmar och Gävleborg\*



## Resultat av behandlingsinsatser

Resultat av behandlingsinsatser finns i dagsläget dokumenterat i kvalitetsregistret Q-bup i form av före- och eftermätningar med CGAS (Childrens Global Assessment Scale). Med hjälp av detta och andra validerade mått samt självskattningar är det möjligt att utläsa förändringar hos patienter i bland annat funktionsförmåga och symtom.

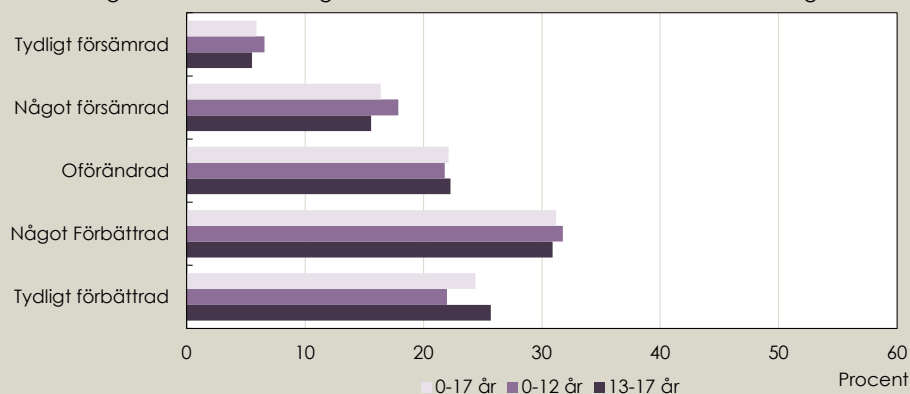
Skattningsinstrumentet CGAS används av kliniker för att bedöma ett barns funktionsnivå [86]. Syftet med CGAS är att komplettera den psykiatriska diagnosen med en övergripande bedömning av i vilken utsträckning barnets dagliga rutiner och relationer är påverkade av de psykiatriska symtomen. Funktionsnivån bedöms enligt en skala där olika parametrar vägs samman. Instrumentet är lämpligt att använda när man ska utvärdera behandlingsresultat. Låga poäng (1–60) innebär nedsatt funktionsnivå, mellanpoäng (61 – 70) trolig nedsatt funktionsnivå och höga poäng (71–100) normal funktionsnivå.

Resultatet av behandlingsinsatser redovisas här i form av andelen patienter med förbättrad respektive försämrad funktionsnivå år 2018, och som genomgått minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall. Förändringen beräknas från den första till senaste CGAS-bedömningen. Den indexmetod som här tillämpats (Reliable Change Index) innebär att patienter med säkerställd förbättring av funktionsnivån har fått beteckningen ”tydligt förbättrad”, medan patienter med säkerställd försämring har fått beteckningen ”tydligt försämrad”. Patienter som fått bedömningen att en förändring skett, men som inte når upp till kriteriet för Reliable Change Index har fått beteckningen ”något förbättrad” respektive ”något försämrad” [84].

Som framgår av diagrammen nedan är andelen som har en tydligt förbättrad funktionsnivå efter minst två CGAS-bedömningar med minst 30 dagars intervall ungefär lika hög bland pojkar och flickor. Vid jämförelse mellan åldersgrupperna är det en något större andel ungdomar 13–17 år som tydligt förbättrats än barn i åldern 0–12 år.

**FIGUR E13. Funktionsnivå flickor enligt Delta-CGAS - minst tre besök 2018**

Två mätningar med minst 30 dagars intervall. Stockholm, Kalmar och Gävleborg

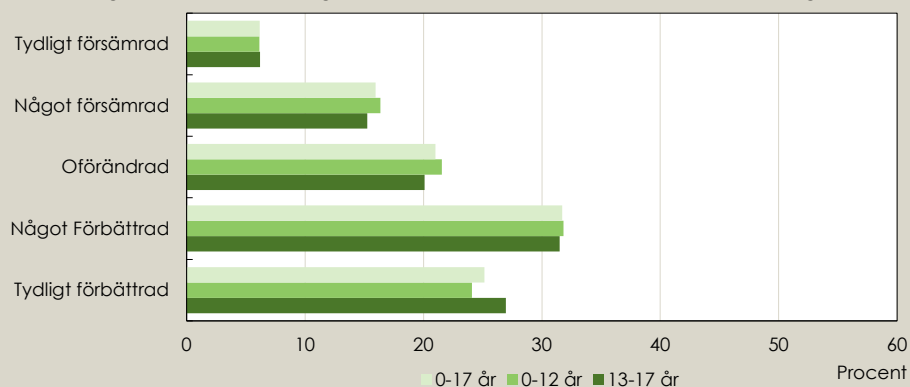


Källa: Q-bup

(0-12 år n=973), (13-17 år n=1790), (0-17 år n=2763)

**FIGUR E14. Funktionsnivå pojkar enligt Delta-CGAS - minst tre besök 2018**

Två mätningar med minst 30 dagars intervall. Stockholm, Kalmar och Gävleborg



Källa: Q-bup

(0-12 år n=1772), (13-17 år n=1016), (0-17 år n=2788)

## Prioritering i relation till bedömd funktionsnivå

Även den faktiska prioriteringen i det initiala omhändertagandet av nya patienter har undersökts. Patienterna har då indelats i tre grupper utifrån bedömd funktionsnivå (låg, mellan respektive hög enligt CGAS-bedömning). Resultatet visar att av alla nybesök år 2018, var det en högre andel patienter som hade låg än hög funktionsnivå. De som hade låg funktionsnivå hade också kortare tidsintervall mellan sina besök på BUP jämfört med patienter med en hög funktionsnivå (resultatet visas ej i figur).

# Bilaga 1. Definitioner av diagnoser och läkemedel enligt ICD-10 och ATC

Vård för psykiatrisk diagnos eller behandling med psykofarmaka

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

*ATC:* N03, N03AX16, N05A (exkl. N05AN), N05B, N05C, N05CH01, N06A, N06BA (exkl. N06BA07).

Psykiatrisk öppenvård vid psykiatrisk diagnos

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

Psykiatrisk slutenvård vid psykiatrisk diagnos

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

Psykiatrisk öppenvård vid depression och ångestsyndrom

*ICD-10:* F32-F39, F40-F48.

Psykiatrisk slutenvård vid depression och ångestsyndrom

*ICD-10:* F32-F39, F40-F48.

Slutenvård till följd av självskaðehandling

*ICD-10:* X60-X84.

Kontakt med psykiatrisk vård före slutenvård till följd av självskaðehandling

*ICD-10:* X60-X84.

Kontakt med psykiatrisk vård efter slutenvård till följd av självskaðehandling

*ICD-10:* X60-X84.

Suicid bland barn och unga som haft kontakt med psykiatrisk vård

*ICD-10:* X60-X84, Y10-Y34.

Vård till följd av skadligt bruk och beroende av olika substanser

*ICD-10:* F10-F19.

Kontakt med psykiatri före vård till följd av skadligt bruk och beroende

*ICD-10:* F10-F19.

Kontakt med psykiatri efter vård till följd av skadligt bruk och beroende

*ICD-10:* F10-F19.

Vård till följd av skadligt bruk och beroende vid samtidig psykiatrisk diagnos

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom 14 respektive, 28 dagar

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

Återinskrivning i sluten psykiatrisk vård inom 3 respektive 6 månader

*ICD-10:* F05.0, F05.8-F99.

Användning av antidepressiva läkemedel

*ATC:* N06A.

Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid svår egentlig depression

*ICD-10:* F32.2-F32.3, F33.2-F33.3.

*ATC:* N06A.

## Läkemedelsbehandling med antidepressiva vid ångestsyndrom

*ICD-10:* F41.1, F93.0, F40.1, F42.

*ATC:* N06A.

## Användning av vissa ångestdämpande läkemedel

*ATC:* N05B.

## Användning av adhd-läkemedel

*ATC:* N06BA (exkl. N06BA07), C02AC02.

## Användning av vissa sömnmedel och lugnande medel

*ATC:* N05CD (exkl. N05CD08), N05CF, N05CM06.

## Användning av melatonin

*ATC:* N05CH01.

## Användning av antipsykotiska läkemedel

*ATC:* N05A (exkl. N05AN0).

## Bilaga 2. Diagnosförekomst och vårdkonsumtion bland unga vuxna inom den specialiserade psykiatri – resultat från en uppföljningsstudie

I denna bilaga redovisas resultatet av en analys av diagnosförekomst och vårdkonsumtion bland unga vuxna som utförts inom ramen för Socialstyrelsens arbete. Studien är en registerstudie som baserar sig på data från Socialstyrelsens patientregister. Syftet med studien är att undersöka hur diagnostisering och vårdkonsumtion varierar beroende på om man vårdas inom psykiatrisk öppenvård eller slutenvård.

Två kohorter bestående av unga vuxna i åldern 18–24 år som haft sin första vårdkontakt inom den specialiserade vuxenpsykiatri under 2010 respektive 2014 och som har en psykiatrisk diagnos, har studerats och följts upp under en fyraårsperiod. Med vårdkontakt avses här läkarbesök inom öppenvården samt vårdtillfällen i slutenvården. Samtliga diagnoser avser huvuddiagnos, det vill säga det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten. De båda kohorterna innefattar tillsammans 24 465 individer, med något fler individer i kohort 2014 än kohort 2010 (12 720 respektive 11 745). Könsfördelningen inom de båda kohorterna är 48 procent män och 52 procent kvinnor.

### Vårdformer och vårdkontakter

I nedanstående tabell redovisas de båda kohorternas individer grupperade utifrån vilken form av vård de konsumerat under en fyraårsperiod, det vill säga specialiserad öppenvård, slutenvård eller båda vårdformerna.

**Tabell 3. Kohorternas vårdkonsumtion fördelat på vårdform. Andelar i procent.**

| Vårdform          | Kohort 2010 |     |         | Kohort 2014 |     |         |
|-------------------|-------------|-----|---------|-------------|-----|---------|
|                   | Totalt      | Män | Kvinnor | Totalt      | Män | Kvinnor |
| Öppenvård         | 75          | 72  | 79      | 78          | 76  | 80      |
| Slutenvård        | 5           | 6   | 4       | 3           | 4   | 3       |
| Båda vårdformerna | 20          | 22  | 17      | 19          | 20  | 17      |
| Totalt            | 100         | 100 | 100     | 100         | 100 | 100     |

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Av tabellen framgår att sammantaget 75 procent av individerna i 2010 års kohort haft sina vårdkontakter endast inom öppenvården. Motsvarande andel inom kohort 2014 är 78 procent. Andelen kvinnor är något högre än andelen män. Andelen som endast haft sina vårdkontakter inom slutenvården är 5 respektive 3 procent och här är andelen män högre än andelen kvinnor. Att endast ha vårdats inom slutenvården är således mycket ovanligt. Eftersom uppgifterna endast innefattar läkarkontakter, är det rimligt att anta att denna

patientgrupp följts upp av andra personalkategorier än läkare. Andelen som haft vårdkontakter inom både öppenvården och slutenvården är omkring 20 procent för de båda kohorterna sammantaget och är något högre bland män än kvinnor.

**Tabell 4. Antal vårdkontakter per individ, fördelat på olika vårdformer. Andelar i procent.**

| Vårdform          | Kohort 2010         |        |         |        | Kohort 2014         |        |         |        |
|-------------------|---------------------|--------|---------|--------|---------------------|--------|---------|--------|
|                   | Antal vårdkontakter |        |         |        | Antal vårdkontakter |        |         |        |
|                   | %                   |        |         |        | %                   |        |         |        |
|                   | 1 st                | 2-5 st | 6-19 st | 20+ st | 1 st                | 2-5 st | 6-19 st | 20+ st |
| Öppenvård         | 40                  | 39     | 19      | 2      | 37                  | 40     | 21      | 2      |
| Slutenvård        | 88                  | 11     | 1       | 0      | 93                  | 7      | 0       | 0      |
| Båda vårdformerna | 0                   | 39     | 45      | 16     | 0                   | 35     | 50      | 15     |

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

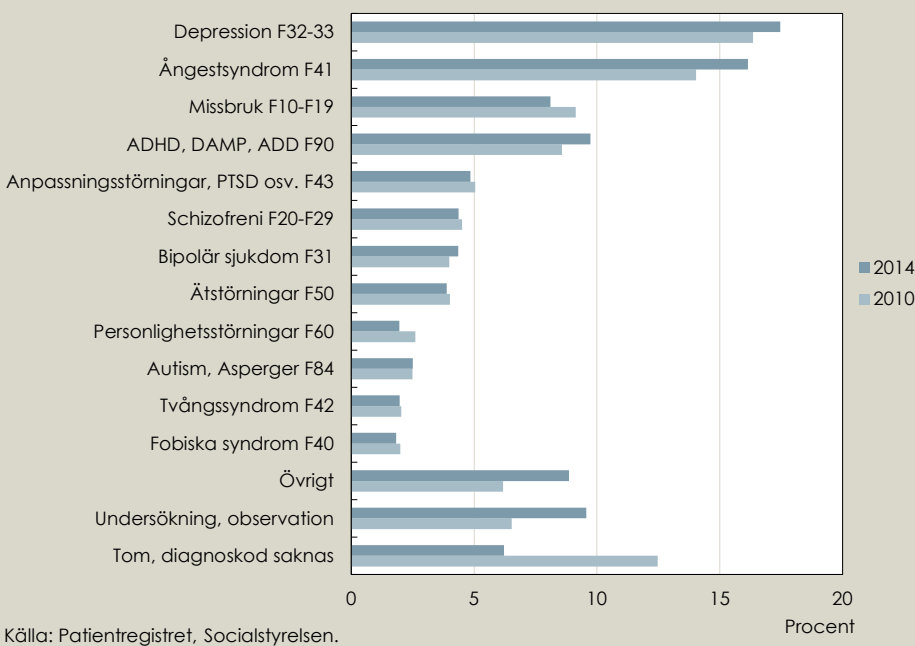
När det sammanlagda antalet vårdkontakter per individ studeras (tabell 4), visar det sig att de flesta individer som vårdats inom öppenvården haft 1 eller 2–5 vårdkontakter med läkare. Vidare har 93 procent av de som slutenvårdats i kohort 2014 endast haft sådan kontakt 1 gång under fyraårsperioden. För kohort 2010 är motsvarande andel något lägre, 88 procent.

Även den genomsnittliga vårdtiden inom slutenvården är lägre bland individerna i kohort 2014 än kohort 2010 (visas ej i figur eller tabell). En möjlig orsak till detta är att antalet vårdplatser inom den specialiserade psykiatrin minskat mellan 2014 och 2017 [87].

## Diagnosförekomst

I flera av Socialstyrelsens tidigare rapporter konstateras att psykiatriska diagnoser som depression, ångestsyndrom, adhd och missbruk hör till de vanligaste bland unga vuxna [1] [3]. Denna bild bekräftas även i denna studie. I figuren nedan redovisas de vanligaste huvuddiagnoserna i samband med individernas vårdkontakter.

**FIGUR E15. Vanligaste huvuddiagnoserna vid vårdkontakter bland individerna i kohort 2010 och 2014.**



Av denna framgår att depression och ångestsyndrom är de vanligaste diagnoserna bland unga vuxna i båda kohorterna. Diagnosen adhd är något vanligare bland individerna i kohort 2014 än bland dem i kohort 2010, där i stället missbruk är vanligare. Diagnosgruppen "övrigt" rymmer en högre andel individer från kohort 2014 än kohort 2010. Denna diagnosgrupp inrymmer bland annat diagnosen F64 – Könsidentitetsstörning, en diagnos som ökat bland vårdkonsumenter inom framför allt öppenvården de senaste åren.

Av diagrammet framgår även att omkring 13 procent av vårdkontaktarna för kohort 2010 helt saknar en diagnoskod. För kohort 2014 är motsvarande andel drygt 6 procent. I stället är andelen vårdkontakter som registrerats i diagnoskategorin "undersökning/observation" högre för kohort 2014. En tänkbar förklaring är att den ansvariga vårdpersonalen vid registrering gått från att ha lämnat diagnoskoden helt tom, till att oftare använda sig av diagnoskategorin undersökning/observation. En utebliven diagnos kan bl.a. tyda på en komplicerad sjukdomsbild där vården vill avvakta med att ställa diagnos [1].

## Diagnosförekomst i relation till vårdform

Tabellen nedan visar de olika diagnoserna fördelade på kön och i relation till vårdform för kohort 2014. Av denna framgår att diagnosbilden ser olika ut beroende på vårdform.

Bland de individer som enbart haft vårdkontakt i öppenvården dominerar depression och ångestsyndrom samt adhd bland både män och kvinnor. Missbruk och Aspergers syndrom är vanligare bland män, medan kvinnor oftare lider av ätstörningar och anpassningsstörningar som krisreaktion eller akut reaktion på stress. Bland dem som endast vårdats inom slutenvården är miss-

bruksdiagnos vanligast hos båda könen. Bland dem som vårdats i båda vårdformerna dominerar missbruksdiagnos och schizofreni bland män, och depression, ångestsyndrom och ätstörningar bland kvinnor.

**Tabell 5. Vanligaste huvuddiagnoserna i relation till vårdform fördelat på kön, kohort 2014. Andelar i procent.**

| Diagnos                       | Öppenvård |              | Slutenvård |              | Båda vårdformerna |              |
|-------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|
|                               | Män<br>%  | Kvinnor<br>% | Män<br>%   | Kvinnor<br>% | Män<br>%          | Kvinnor<br>% |
| Missbruk (F10-F19)            | 6,32      | 1,95         | 46,35      | 33,16        | 21,78             | 7,22         |
| Schizofreni (F20-F29)         | 1,78      | 0,37         | 3,28       | 0,51         | 14,04             | 5,75         |
| Bipolär sjukdom (F31)         | 1,59      | 4,49         | 1,00       | 1,02         | 4,92              | 7,04         |
| Depression (F32-33)           | 17,32     | 17,20        | 17,52      | 20,41        | 15,42             | 18,84        |
| Fobiska syndrom (F40)         | 3,00      | 2,17         | 0,00       | 0,51         | 0,90              | 0,54         |
| Ångestsyndrom (F41)           | 15,07     | 20,70        | 4,74       | 7,14         | 9,29              | 15,35        |
| Tvångssyndrom (F42)           | 2,86      | 2,13         | 0,00       | 0,00         | 1,48              | 0,95         |
| Anpassningsstörningar (F43)   | 3,43      | 5,15         | 18,51      | 28,06        | 3,50              | 6,46         |
| Ätstörningar (F50)            | 0,55      | 7,40         | 0,00       | 1,02         | 0,39              | 5,15         |
| Personlighetsstörningar (F60) | 0,49      | 1,88         | 0,00       | 0,00         | 0,78              | 4,88         |
| Autism, Asperger (F84)        | 4,40      | 2,00         | 0,00       | 0,00         | 2,49              | 0,94         |
| ADHD, DAMP, ADD (F90)         | 16,13     | 11,67        | 0,00       | 0,00         | 4,03              | 3,19         |
| Övrigt                        | 11,76     | 9,63         | 4,36       | 6,12         | 8,09              | 6,37         |
| Diagnoskod saknas             | 5,73      | 6,58         | 0,00       | 0,00         | 5,96              | 6,35         |
| Endast undersökning           | 12,43     | 9,63         | 5,11       | 3,57         | 8,41              | 6,53         |

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller antalet diagnoser har drygt 50 procent av individerna i de två kohorterna haft en enda diagnos under hela vårdperioden. Omkring 20 procent har haft två diagnoser. Antalet diagnoser varierar dock med inom vilken vårdform man vårdats, vilket framgår av tabellen nedan. Bland individer som endast vårdats inom slutenvården hade exempelvis sammantaget över 90 procent av individerna en enda diagnos. Motsvarande andel bland dem som endast vårdats inom öppenvården var omkring 60 procent. Bland dem som vårdats inom båda vårdformerna var det endast 17 procent som hade en enda diagnos. Bland dessa var i stället 2–5 diagnoser vanligast. Resultatet skiljer sig inte nämnvärt mellan de två kohorterna.

**Tabell 6. Antal diagnoser per individ, fördelat på olika vårdformer. Andelar i procent.**

| Vårdform          | Kohort 2010          |        |       | Kohort 2014          |        |       |
|-------------------|----------------------|--------|-------|----------------------|--------|-------|
|                   | Antal diagnoser<br>% |        |       | Antal diagnoser<br>% |        |       |
|                   | 1 st                 | 2-5 st | 6+ st | 1 st                 | 2-5 st | 6+ st |
| Öppenvård         | 62,1                 | 37,3   | 0,6   | 59,6                 | 39,8   | 0,6   |
| Slutenvård        | 95,8                 | 4,2    | 0,0   | 97,9                 | 2,1    | 0,0   |
| Båda vårdformerna | 16,5                 | 76,3   | 7,2   | 17,8                 | 75,6   | 6,6   |

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att såväl diagnostisering som vårdkonsumtion bland unga vuxna skiljer sig beroende på om man vårdas inom psykiatrisk öppenvård, slutenvård eller båda vårdformerna.

Merparten av dem som endast vårdats inom öppenvården har haft högst 5 vårdkontakter med läkare. Bland dem som endast slutenvårdats har omkring 90 procent haft vårdkontakt 1 enda gång under den studerade perioden.

Diagnosbilden ser olika ut beroende på vårdform. Bland de individer som enbart haft vårdkontakt i öppenvården dominerar depression och ångestsyndrom samt adhd, medan missbruksdiagnos är vanligast bland dem som endast vårdats inom slutenvården. Bland dem som vårdats i båda vårdformerna dominerar missbruksdiagnos och schizofreni bland män, och depression, ångestsyndrom och ätstörningar bland kvinnor.

Antalet diagnoser varierar även med inom vilken vårdform man vårdats. Bland individer som endast vårdats inom slutenvården hade exempelvis över 90 procent av individerna en enda diagnos. Motsvarande andel bland dem som endast vårdats inom öppenvården var drygt 60 procent.

# Referenser

1. Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Att utveckla grunddata och indikatorer – för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
3. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
4. Öppna jämförelser 2018. Placerade barns utbildning och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
5. Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd. Kartläggning och analys. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Grundrapport. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
8. Psykosomatiska besvär hos unga ökar inte globalt – med undantag för norra Europa. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
9. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018.
10. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
11. Vägledning för elevhälsan. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
12. Wiksten-Almströmer, M. Ungdomsmottagningar - nätverk med helhetssyn på ungas problem. Läkartidningen. 2006;103(5): 289-92.
13. Åtterrapportering av regeringsuppdrag att kartlägga ungdomsmottagningarnas verksamhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
14. Ungdomsmottagningar. Hämtad 2019-05-16 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/ungdomsmottagningar/>. Sveriges Kommuner och Landsting, Uppdrag psykisk hälsa; 2019.
15. UMO.se - om sex, hälsa och relationer. Hämtad 2019-05-17 från <http://www.umo.se>. UMO; 2019.
16. Bup - barn- och ungdomspsykiatri. Hämtad 2019-10-18 från <https://www.1177.se/barn--gravid/vard-och-stod-for-barn/bup--barn--och-ungdomspsykiatri/>. 1177 Vårdguiden; 2019.
17. Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
18. Samordning för barn och unga med psykisk ohälsa. Hämtad 2019-02-24 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/nyheter-2019/samordning-for-barn-och-unga-med-psyisk-ohalsa/>. Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
19. Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja. Kortversion av förstudierapporten. Inspektionen för Vård och omsorg (IVO); 2018
20. 16 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslagen HSL (2017:30).
21. 2 kap. 7 § Socialtjänstlagen (2001:453).
22. Öppna jämförelser 2018. Social barn- och ungdomsvård. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/social-barn-och-ungdomsvard/>. Socialstyrelsen; 2018.

23. Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
24. Befolkningsstatistik. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>. Statistiska centralbyrån; 2019.
25. KPP Psykiatri 2016. Mycket mer än kostnad per patient. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
26. Vård vid depression och ångestsyndrom 2019. Underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
27. Vårt uppdrag. <https://www.bup.se/sv/Om-BUP/vart-uppdrag/>. BUP 2017.
28. Bra att veta om BUP. Hämtad 2019-08-30 från <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Bra-att-veta-om-BUP/>. Barn- och ungdomspsykiatri - BUP; 2019.
29. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
30. Jarbin, H. Behandling av depression hos barn och ungdomar. Information från Läkemedelsverket. 2016; 27 (6): s 6-10.
31. Adler, M, Knorring, L, Orelund, L. Depression – bakgrund och behandling. Information från Läkemedelsverket. 2016; 27 (6): s 20-23.
32. Ivarsson, T, Winge Westholm, C. Behandling av ångesttillstånd hos barn och ungdomar. Information från Läkemedelsverket. 2016; 6: s 15–19.
33. Psykiatrisk tvångsvård. Information till dig som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Broschyr. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
34. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
35. Lindgren, B-M, Svedin, CG, Werkö, S, Wigzell, O. Vårdpersonal får inte göra ont värre vid självskada. Dagens Medicin. Tillgänglig via: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/09/02/varden-far-inte-gora-ont-varre-for-en-person-som-skadar-sig-sjalv/>
36. Beckman, K, Mittendorfer-Rutz, E, Lichtenstein, P, Larsson, H. Mental illness and suicide after self-harm among young adults: long-term follow-up of self-harm patients, admitted to hospital care, in a national cohort. Psychological Medicine. 2016; 46(16):3397-405.
37. Skolbaserade program för att förebygga självska debeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteratörversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015.
38. Näslund, GK. Borderline personlighetsstörning. Uppkomst, symtom, behandling och prognos Stockholm: Natur & Kultur; 1998.
39. McAllister, M. Multiple meanings of self harm: a critical review. International Journal of Mental Health Nursing. 2003;12(3): 177-85.
40. Skador bland barn i Sverige. Olycksfall, övergrepp och avsiktligt självdestruktiva handlingar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
41. Självskadebeteende. Hämtad 2019-06-21 från <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/Sjalvskadebeteende/>. Barn och ungdomspsykiatri - BUP; 2019.
42. Dödsorsaksregistret. Statistikdatabas för dödsorsaker. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/dodsorsaksregistret/>. Socialstyrelsen; 2018.

43. Självskadebeteende bland ungdomar och unga vuxna. Rollen för etnisk bakgrund, familjens socioekonomiska status och skolprestationer. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi; 2011.
44. NASP statistik. <http://ki.se/nasp/statistik>. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention; 2018.
45. Skolelevers drogvanor 2016. Rapport nr 161. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2016.
46. Skolelevers drogvanor 2018. Rapport nr 178. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2018.
47. Drogutvecklingen i Sverige 2019. Rapport nr 180. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2019.
48. Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård. <https://sdb.socialstyrelsen.se/iframe/par/val.aspx>. Socialstyrelsen; 2018.
49. Dahlberg, M, Anderberg, M. Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 2018;35(1): 24-28.
50. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
51. Samsjuklighet med missbruk. Hämtad 2019-09-19 från <https://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/samsjuklighet/>. Kunskapsguiden; 2019.
52. Förebyggande insatser och behandling av missbruk och beroende. Hämtad 2019-09-19 från <https://www.sipu.se/courses/515-forebyggande-insatser-och-behandling-av-missbruk-och-beroende-hos-ungdomar-och-unga-vuxna>. Statens institut för personallutveckling (SIPU); 2019.
53. Samverkan kring personer med missbruk/beroende. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting samt Kommunförbundet i Stockholms län; 2016.
54. Missbruksvård - LVM. Hämtad 2018-08-30 från <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/missbruksvard>. Statens institutionsstyrelse (SiS); 2018.
55. LVM – lagen om vård av missbrukare. Hämtad 2018-08-31 från <https://behandlingshem.se/lvm-lagen-om-var-d-av-missbrukare/>. Behandlingshem.se - Om olika typer av behandlingshem; 2015.
56. Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016. Hämtad 2019-09-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-9-23.pdf>. Socialstyrelsen; 2017.
57. Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
58. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
59. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
60. Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2016;27(6): 26–59.
61. Statistik om läkemedel 2018. Hämtad 2019-11-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/lakemedel/>. Socialstyrelsen; 2019.
62. Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna. Stöd för beslut om behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

63. Läkemedel vid adhd – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2016;2.
64. Sömnstörningar hos barn - kunskapsdokument. Information från Läkemedelsverket. 2015;26(2): 12–26.
65. Smedje, H. Klassifikation av sömnstörningar hos barn. Information från Läkemedelsverket. 2015; 26 (2): s 32-35.
66. Larsson, J-O. Är melatonin en effektiv behandling vid sömnstörningar hos barn? Information från Läkemedelsverket. 2015;26(2): 59–62.
67. Kartläggning av melatoninanvändning hos barn och ungdomar. Rapport från Läkemedelsverket. Dnr: 1.1.2-2019-015448. Stockholm: Läkemedelsverket; 2019.
68. Neuroleptika. Hämtad 190903 från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/neuroleptika/>. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019.
69. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
70. Neuroleptika vid vissa barnpsykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2016;27(4): 19–37.
71. Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
72. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
73. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
74. Kimland, E, Danielsson, B, Berlin, M. Användning av neuroleptika hos barn och ungdomar. Information från Läkemedelsverket. 2016; 4: s 44-53.
75. Kvalitetsregister ECT. Årsrapport 2016. Kvalitetsregister ECT; 2017.
76. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
77. Kvalitetsregister ECT. Årsrapport 2017. Kvalitetsregister ECT; 2018.
78. Vårdgarantin. <https://www.vantetider.se/veta-mer/varldgaranti/>. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
79. Förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Resultatrapport för stimulansmedel per den 31 oktober 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
80. Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa – framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2017.
81. Vantetider i vården. Barn- och ungdomspsykiatri. <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/BUPdetalj/>. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
82. Överenskommelse om insatser inom psykisk hälsa-området 2017/18. Diarienummer: S2017/07520/FS. <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2017/12/overenskommelse-om-insatser-inom-psykisk-halsa-området-2018/>. Socialdepartementet; 2018.
83. Fakta om Q-bup. Hämtad 2018-10-23 från <https://qbup.registercentrum.se>. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup); 2018.

84. Q-bup. Årsrapport 2018. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri; 2019.
85. Q-bup. Årsrapport 2017. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri; 2018.
86. Lundh, A. On the Children's Global Assessment Scale (CGAS). Thesis for doctoral degree. Karolinska institutet. Department of clinical neuroscience. Stockholm: Karolinska institutet; 2012.
87. Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 2: Resultatredovisning. Rapport 2019:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.