

Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa

En rapport baserad på patientregistret
och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-3-14

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2012

Förord

Socialstyrelsen utvecklar ett nationellt system för uppföljning av psykiatriområdet. En viktig del i det arbetet är att förbättra beskrivningen av vården av personer med psykisk ohälsa.

Rapporten, som riktar sig till beslutsfattare på nationell såväl som regional och lokal nivå, är ett led i arbetet med att höja kvaliteten i de nationella registren och därmed förbättra möjligheterna till att följa upp och utveckla den psykiatriska verksamhetens kvalitet och effektivitet. En god beskrivning av verksamheten är grundläggande för allt utvecklings- och förbättringsarbete. Rapporten visar också vilka möjligheter som finns med dagens registerinformation.

Rapporten har arbetats fram av Emma Björkenstam och Charlotte Björkenstam. Ansvarig enhetschef är Mona Heurgren.

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef
Statistik och Utvärdering

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>1. Introduktion</i>	9
1.1 Bakgrund och syfte	9
1.2 Rapportens datakällor	9
<i>2. Nulägesbeskrivning</i>	11
2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatri till patientregistret	11
2.2 Inrapportering på diagnosnivå	17
2.3. Åtgärdsrapportering	20
2.4 Psykiatrisk tvångsvård	21
2.5 Genomsnittlig vårdtid för specifika diagnosgrupper	24
2.6 Självskadebeteende	27
<i>3. Diskussion</i>	37

Sammanfattning

För att kvaliteten i psykiatrin ska kunna förbättras krävs transparens och bra kunskapsunderlag om verksamheterna. Rapporten beskriver vårdutnyttjande för patienter i psykiatrisk slutenvård och specialiserad psykiatrisk öppenvård och ligger till grund för en utveckling av hälso- och sjukvårdens rapportering till Socialstyrelsen om personer med psykisk sjukdom.

Statistik inom svensk psykiatri ur flera perspektiv

Statistiken i denna rapport baseras på uppgifter i Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister. Register som alla verksamheter rapporterar till.

Några resultat:

- Under de senaste tio åren har antalet vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård för unga kvinnor och män ökat. Kvinnorna vårdas i hög utsträckning för personlighetsstörningar medan männen i hög utsträckning vårdas för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser.
- Under de senaste fem åren har vårdkonsumtionen av specialiserad psykiatrisk öppenvård ökat för unga män. Många av dessa män har vårdats för hyperaktivitetsstörningar.
- Kvinnor har en högre konsumtion av specialiserad psykiatrisk öppenvård än män, medan män konsumerar mer psykiatrisk slutenvård än kvinnor förutom då det gäller tonåringar och unga vuxna.
- Medelvårdtiden för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, bipolär sjukdom, samt svår depression varierar mellan landstingen.
- Omkring en femtedel av alla som vårdas i psykiatrisk slutenvård vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).
- Dödstalen i självmord har gått ner sedan 70-talet. Några förklaringar till denna minskning är den ökade förskrivningen av antidepressiv medicin samt bättre preventiva åtgärder. Män 65 år och äldre är den grupp som har högst självmordstal i Sverige.

Förbättringsarbete kräver en korrekt beskrivning

En korrekt beskrivning av hur konsumtionen av psykiatrisk vård fördelar sig på geografiska, demografiska och socioekonomiska faktorer är en av grundpelarna för att öka förståelsen för var och hur man kan genomföra förbättringsarbete inom den psykiatriska vården. I denna lägesrapport presenteras uppgifter fördelade på kvinnor och män, ålder och utbildningsnivå för re-

spektive landsting. Vidare presenteras statistik om diagnoser, vårdtillfällen, läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård samt vårdtid.

Utveckling av patientregistret

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning om patientregister hos Socialstyrelsen (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26 (M) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna i registret har generellt hög kvalitet men när det gäller uppgifter från psykiatri varierar kvaliteten. Uppgifter som rapporteras från den slutna psykiatriska vården är av betydligt högre kvalitet än uppgifter från den specialiserade öppna vården, där det finns brister.

Socialstyrelsen gör nu flera insatser för att förbättra inrapporteringen till patientregistret. Bland annat kan nämnas insatser för att förbättra kvaliteten i diagnoskodningen och insatser för att få privata vårdgivare att rapportera till patientregistret. Även en översyn av möjligheterna att utöka patientregistret med primärvårdsdata pågår. På nationell nivå kan idag enbart läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård tas in i patientregistret. Nu diskuteras möjligheten att även ta in besök från andra vårdgivare, t.ex. psykologer och kuratorer. Syftet med en utökning är att bättre kunna beskriva aktiviteter, medicinsk praxis och vårdkonsumtion i den öppna specialiserade psykiatriska vården då 75 procent av besöken görs hos andra yrkeskategorier än läkare.

1. Introduktion

1.1 Bakgrund och syfte

Socialstyrelsen har ett övergripande uppdrag att:

- Påskynda utvecklingen av grunddata och indikatorer för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom psykiatriområdet.
- Följa och analysera utvecklingen inom psykiatriområdet.
- Fortlöpande föra ut information om utvecklingen inom psykiatriområdet till huvudmännen.

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:26 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens patientregister. Uppgifterna i registret har generellt hög kvalitet men när det gäller uppgifter från psykiatri varierar kvaliteten. Uppgifter som rapporteras från den slutna psykiatriska vården är av betydligt högre kvalitet än uppgifter från den specialiserade öppna vården där det idag finns brister.

Socialstyrelsen publicerade år 2008 den första rapporten med syfte att visa hur psykiatri kan beskrivas ur ett vårdutnyttjandeperspektiv. Denna rapport är en uppföljning. I rapporten inkluderas även utvecklingen av självmord och självskadebeteende.

Rapportens syfte är att visa vilka möjligheter som i dag finns för att beskriva vårdutnyttjande för patienter i psykiatrisk slutenvård och specialiserad psykiatrisk öppenvård med de nationella registren vid Socialstyrelsen som underlag. Arbetet ligger till grund för den framtida reguljära rapporteringen om personer med psykisk sjukdom.

1.2 Rapportens datakällor

Rapporten bygger huvudsakligen på data från patientregistret. Patientregistret ska tillhandahålla data om vårdutnyttjande för statistik, forskning, utvärdering och planering samt för allmän samhällsinformation. I slutenvården finns uppgifter för psykiatrisk vård sedan 1973. Från 1987 är dessa uppgifter rikstäckande. Bortfallet av huvuddiagnoser i registret generellt är litet (cirka 1 procent), dock har problemet varit något större inom psykiatri. Bortfallet har successivt minskat under åren och uppgick år 2010 till 2,8 procent.

År 1997 började huvudmännen successivt rapportera uppgifter från dagkirurgisk verksamhet och från 2001 började även övriga läkarbesök från den specialiserade öppna vården att rapporteras till patientregistret. Uppgifter från privata vårdgivare saknas fortfarande till stor del och står i de flesta landsting för den största delen av bortfallet inom den öppna vården. Vid en jämförelse med den aggregerade verksamhetsstatistik (VI2000) som Sveri-

ges Kommuner och Landsting (SKL) årligen samlar in beräknas täckningsgraden år 2010 ligga på 75 procent för besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård.

Dödsorsaksregistret ger en årlig rikstäckande redovisning av dödsorsakernas fördelning och utveckling i befolkningen. Registrets syfte är också att ge underlag för medicinsk och epidemiologisk forskning.

Dödsorsaksregistret omfattar alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige det år de avled, oavsett om själva dödsfallet inträffade inom eller utom landet. I redovisningen ingår inte dödfödda, personer som avlidit under tillfällig vistelse i Sverige eller asylsökande som ännu inte fått uppehållstillstånd. Utvandrade svenskar, som inte längre är folkbokförda i Sverige, ingår inte heller.

Dödsorsaksregistret innehåller data från 1961 och uppdateras varje år. Det finns också ett historiskt dödsorsaksregister för åren 1952–1960. Diagnoserna i dödsorsaksregistret är kodade enligt den internationella versionen av ICD och inte den svenska.

2. Nulägesbeskrivning

2.1 Rapportering av uppgifter från psykiatri till patientregistret

2.1.1 Slutenvård

År 2010 rapporterades totalt 94 348 vårdtillfällen till patientregistret från den psykiatriska slutenvården. Med vårdtillfälle menas vårdkontakt i psykiatrisk slutenvård. Dessa vårdtillfällen fördelades på 50 055 patienter. Första diagrammet visar köns- och åldersfördelningen för dessa patienter. I åldersgrupperna upp till 24 år utgör kvinnor en majoritet. I åldrarna 25 år och äldre är däremot män i majoritet.

Diagram 1. Antal patienter per 100 000 invånare i psykiatrisk slutenvård 2010 uppdelade på åldersgrupp och kön.

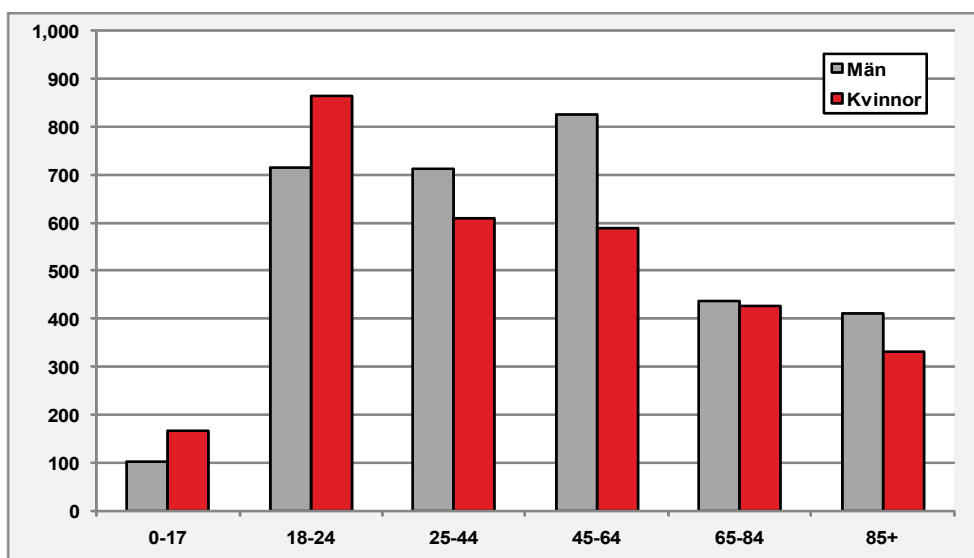


Diagram 2a och 2b visar antal patienter i psykiatrisk slutenvård mellan 2000 och 2010 uppdelade på olika åldersgrupper för kvinnor respektive män. Bland kvinnor (diagram 2a) ses mellan 2000 och 2007 en markant ökning i åldersgruppen 18–24 år, från cirka 570 till 875 patienter per 100 000. Många av dessa kvinnor vårdas för personlighetsstörningar. Efter 2007 tycks den uppåtgående trenden ha avstannat. I åldersgruppen 0-17 år ses en ökning över åren, medan det i de äldre åldersgrupperna ses en minskning.

Även för män (diagram 2b) ses en ökning i åldersgruppen 18–24 år, från cirka 500 till 700 patienter per 100 000. En stor andel av de unga männen vårdas med en missbruksdiagnos. Antalet patienter minskar däremot något i åldersgrupperna 25 år och äldre.

Diagram 2a. Antal patienter per 100 000 kvinnor i psykiatrisk slutenvård 2000–2010 uppdelade på åldersgrupp

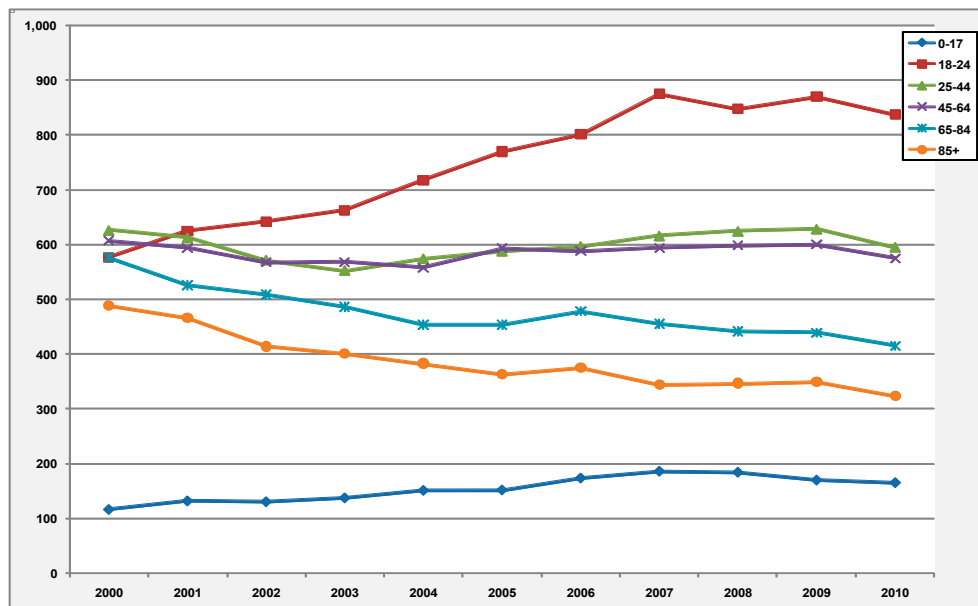


Diagram 2b. Antal patienter per 100 000 män i psykiatrisk slutenvård 2000–2010 uppdelade på åldersgrupp

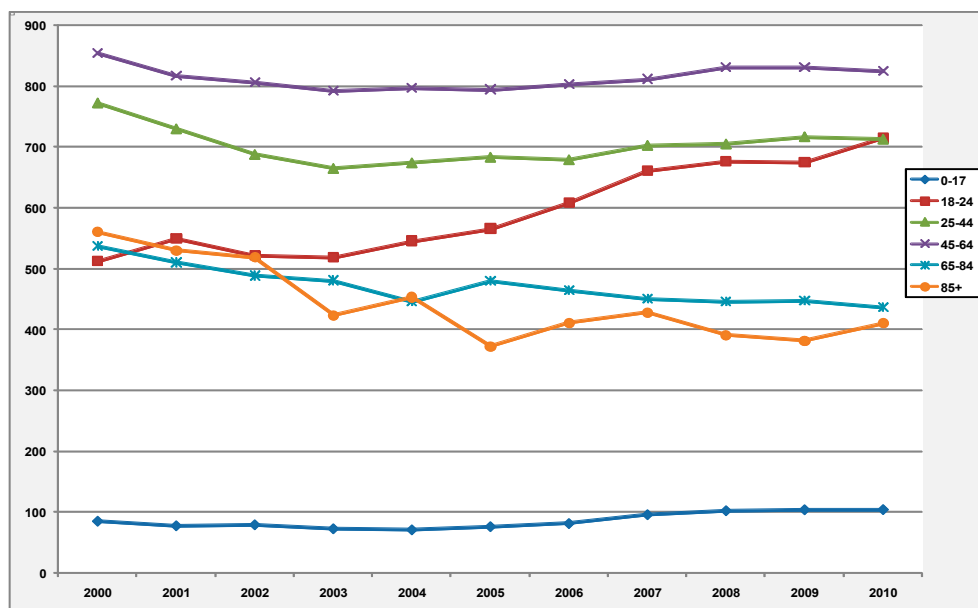
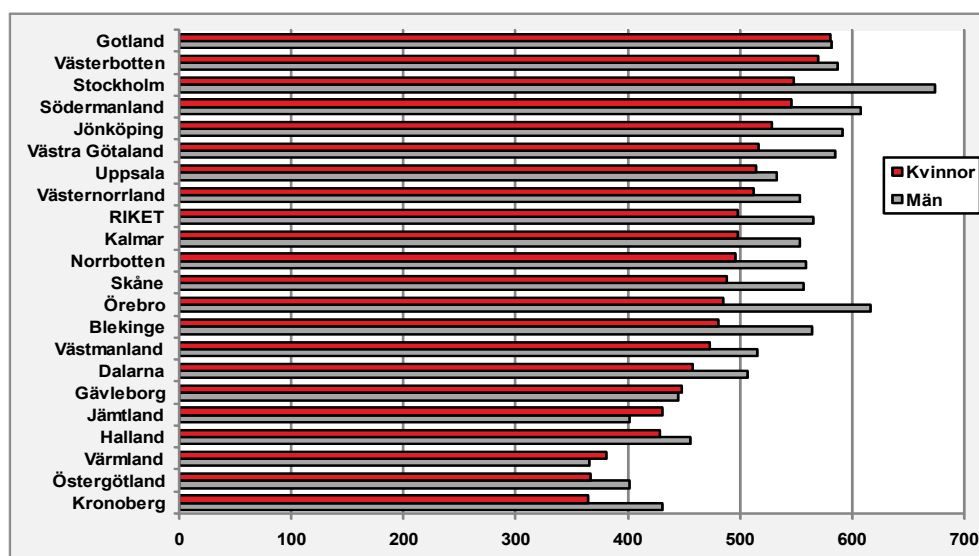


Diagram 3 visar hur patienterna fördelas mellan de olika landstingen. Stockholm har flest antal vårdade män per 100 000 invånare medan Gotland och Västerbotten har flest antal vårdade kvinnor per 100 000 invånare. Kronoberg har lägst antal vårdade kvinnor per 100 000 invånare medan lägsta antal vårdade män per 100 000 invånare noteras i Värmland. I genomsnitt vårdades 505 kvinnor per 100 000 invånare och 575 män per 100 000 invånare.

Diagram 3. Antal patienter per 100 000 invånare i psykiatrisk slutenvård 2010. Åldersstandardiserade värden uppdelade på kön och landsting.



2.1.2 Öppenvård

Landstingen rapporterade år 2010 cirka 780 000 läkarbesök från den specialiserade psykiatriska öppenvården. Besöken fördelade sig på närmare 260 000 patienter.

Tabell 1. Antal läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2010 rapporterade till patientregistret respektive besöksstatistik enligt SKL:s aggregerade verksamhetsstatistik (VI2000).

Producerande lands- ting	Antal läkarbesök (patientregistret)	VI2000	Bortfall i patientregistret (jämfört med VI2000) (%)
Blekinge	334	12 023	97,2
Dalarna	20 386	21 446	4,9
Gotland	5 083	4 856	0,0
Gävleborg	14 677	15 780	7,0
Halland	21 085	21 797	3,3
Jämtland	6 288	6 840	8,1
Jönköping	19 108	21 385	10,6
Kalmar	18 410	19 573	5,9
Kronoberg	10 806	14 946	27,7
Norrbottn	9 740	12 093	19,5
Skåne	114 312	165 706	31,0
Stockholm	280 488	406 936	31,1
Södermanland	19 345	24 008	19,4
Uppsala	30 826	43 232	28,7
Värmland	14 946	15 248	2,0
Västerbotten	14 900	22 463	33,7
Västernorrland	13 334	13 913	4,2
Västmanland	20 544	21 934	6,3
Västra Götaland	88 154	128 701	31,5
Örebro	32 521	23 991	0,0
Östergötland	22 030	27 995	21,3
Riket	777 317	1 044 866	25,6

En jämförelse med den aggregerade statistiken som rapporteras till SKL saknas ett stort antal läkarbesök i rapporteringen till patientregistret, bortfallet avser främst besök hos privata vårdgivare. Tabell 1 ger en översikt över bortfallet i patientregistret jämfört med SKL:s verksamhetsstatistik. Uppgifterna baseras på det landsting där patienten vårdades (producerande landsting) och inte det landsting där patienten är folkbokförd. I övriga rapporten menas med landsting, om inget annat anges, det landsting där patienten är folkbokförd. Som framgår av tabellen är variationen mellan landstingen betydande.

Fördelning på kön och åldersgrupp presenteras i diagram 4. Kvinnor i stort sett alla åldersgrupper besöker öppenvården i större utsträckning än män. Bland både kvinnor och män är antalet patienter störst i åldersgruppen 18-24 år.

Diagram 4. Antal patienter per 10 000 invånare i specialiserad psykiatrisk öppenvård 2010 uppdelade på åldersgrupp och kön.

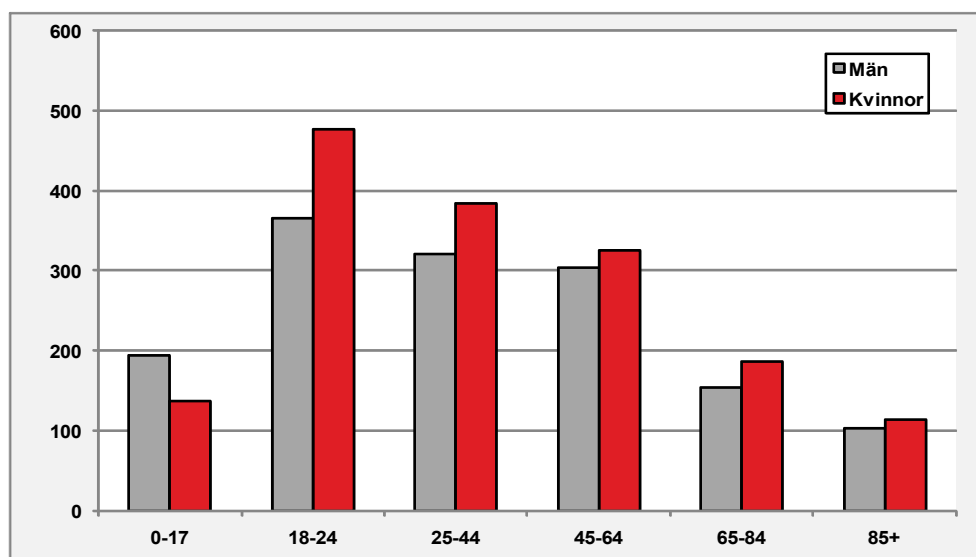


Diagram 5a och 5b visar antal patienter i specialiserad psykiatrisk öppenvård mellan 2005 och 2010 per åldersgrupp och kön. Bland kvinnor ses en ökning i åldersgruppen 18–24 år, från 390 per 10 000 invånare 2005 till 460 år 2010. Dessa unga kvinnor vårdas till stor del för depressiva episoder och ångestsyndrom. För män ses en ökning i de yngre åldersgrupperna, framförallt i åldersgruppen 0-17 år där antal patienter ökar från 113 per 10 000 invånare 2005 till 217 år 2010. I åldersgruppen 18-24 ökar antal patienter från 260 till 345 per 10 000 invånare. Unga män vårdas i hög utsträckning för hyperaktivitetsstörningar och depressiva episoder.

Diagram 5a. Antal patienter per 10 000 kvinnor i specialiserad psykiatrisk öppenvård. 2005–2010 uppdelade på åldersgrupp.

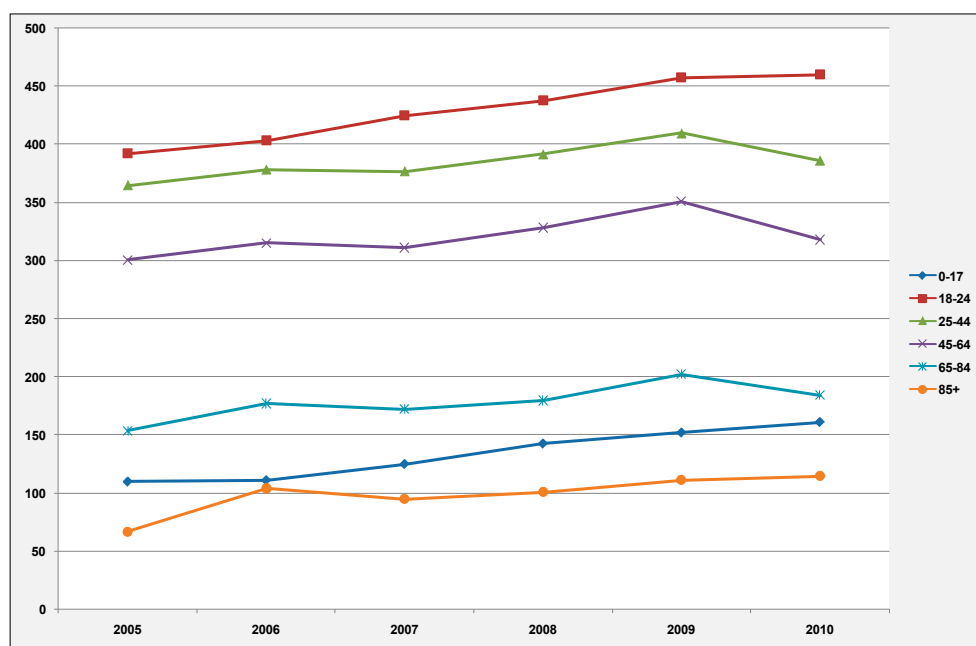
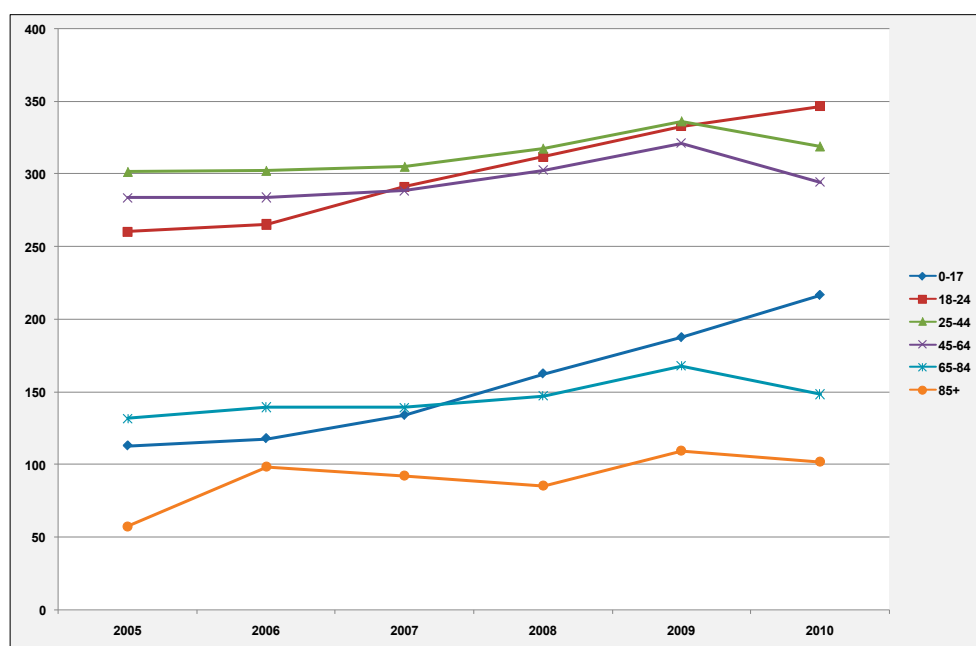
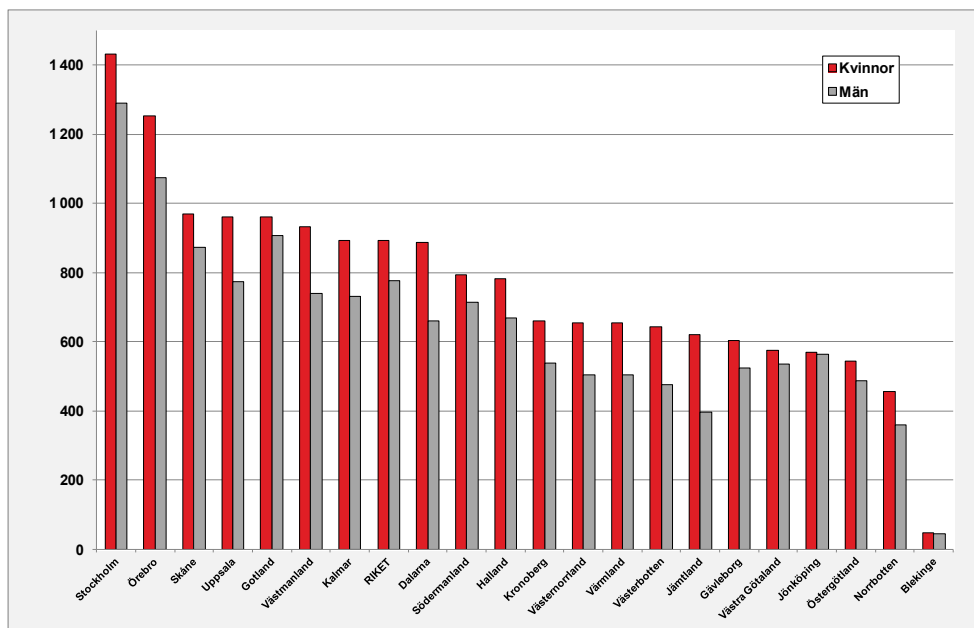


Diagram 5b. Antal patienter per 10 000 män i specialiserad psykiatrisk öppenvård. 2005–2010 uppdelade på åldersgrupp.



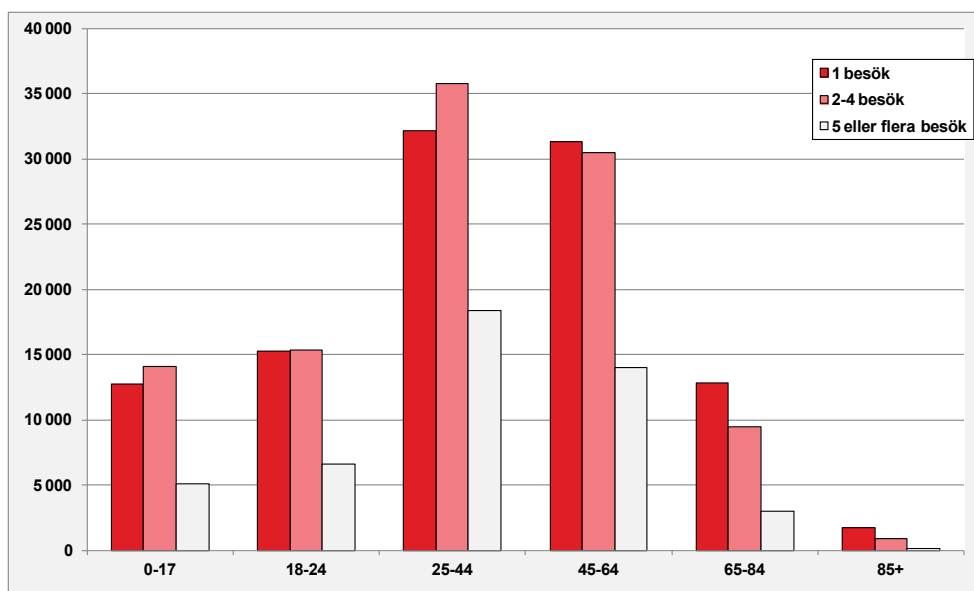
Fördelningen av läkarbesök mellan landstingen 2010 visas i diagram 6. För både kvinnor och män noteras flest läkarbesök per 100 000 invånare i Stockholm följt av Skåne. Under åren 2005–2010 rapporterades varje år flest läkarbesök per 10 000 invånare i Stockholms län. En förklaring till variationen mellan landstingen kan vara att tillgången till specialister varierar, där Stockholm har ett högre antal läkare per invånare än många andra landsting.

Diagram 6. Antal läkarbesök per 10 000 invånare i psykiatrisk öppenvård 2010. Åldersstandardiserade tal per kön och landsting.



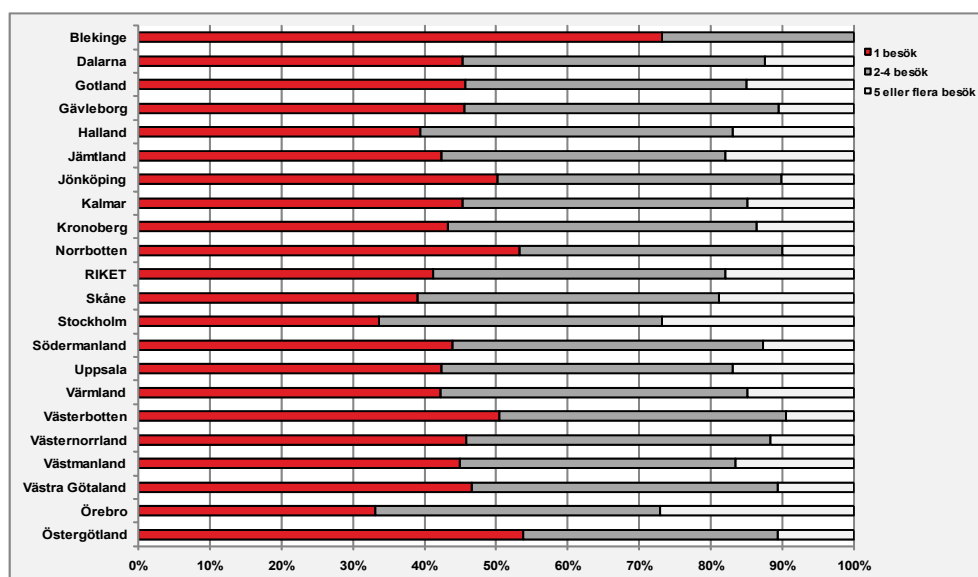
En uppdelning i antal läkarbesök per patient och åldersgrupp presenteras i diagram 7. I åldersgrupperna 0–44 år dominerar två till fyra besök per patient. I samtliga åldersgrupper utom 0-17 år är kvinnor i majoritet.

Diagram 7. Antal läkarbesök per patient i psykiatrisk öppenvård 2010 uppdelade på åldersgrupp.



I diagram 8 presenteras en uppdelning av antal läkarbesök per patient på landstingsnivå. Några landsting, såsom Blekinge, Norrbotten och Östergötland, har en större andel patienter med endast ett besök medan andra, t.ex. Stockholm och Örebro, har en relativt hög andel patienter med flera besök. Av dessa är en majoritet av patienterna mellan 25 och 44 år.

Diagram 8. Antal läkarbesök per patient i psykiatrisk öppenvård 2010 uppdelade på landsting.



Sammantaget har Stockholm flest patienter, vårdtillfällen och läkarbesök samt även flest besök per patient.

2.2 Inrapportering på diagnosnivå

Huvuddiagnos och samtliga bidiagnoser som haft relevans för vårdkontakten ska rapporteras till patientregistret. Diagnoserna ska rapporteras enligt *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem* (ICD-10-SE), vilken är en svensk version av WHO:s klassifikation *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10).

2.2.1 Diagnoser i den slutna psykiatriska vården

Totalt fanns uppgift om huvuddiagnos för 97,2 procent av alla vårdtillfällen 2010 (vilket motsvarar en diagnostäckning på 98,2 procent för utskrivna patienter). I samtliga landsting understeg diagnosbortfallet 10 procent.

I tabell 2 redovisas fördelningen av huvuddiagnos för kvinnor och män som vårdades under 2010. Nära hälften av männen vårdades för någon form av missbruk (varav de flesta i alkoholrelaterade diagnoser). Bland kvinnor vårdades däremot flertalet för förstämningssyndrom (en klar majoritet av dessa för depressiv episod).

Tabell 2. Huvuddiagnos enligt ICD-10 för vårdtillfällen som avslutades under 2010.

Huvuddiagnos enligt ICD-10	Kvinnor	Män	Totalt
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	756 (2 %)	914 (2 %)	1 670 (2 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	8 459 (20 %)	24 606 (48 %)	33 065 (35 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	6 185 (14 %)	6 975 (14 %)	13 160 (14 %)
Förstämningssyndrom (F30-F39)	11 121 (26 %)	7 535 (15 %)	18 656 (20 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48)	6 975 (16 %)	4 587 (9 %)	11 562 (12 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	687 (2 %)	87 (0 %)	774 (1 %)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	3 637 (8 %)	888 (2 %)	4 525 (5 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	376 (1 %)	312 (1 %)	688 (1 %)
Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	600 (1 %)	788 (2 %)	1 388 (1 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F98)	1 158 (3 %)	1 356 (3 %)	2 514 (3 %)
Övriga diagnoser	1 800 (4 %)	1 883 (4 %)	3 683 (4 %)
Diagnos saknas	1 274 (3 %)	1 389 (3 %)	2 663 (3 %)
Totalt	43 028 (100 %)	51 320 (100 %)	94 348 (100 %)

En granskning av hur rapporterade diagnoser fördelas könsmässigt och åldersmässigt visar att unga kvinnor (0-17 år) i hög utsträckning vårdas för depressiva episoder (ICD-10: F32) och ångestsyndrom (ICD-10: F41). Bland kvinnor i åldersgruppen 18-24 år förekommer även ofta vård för personlighetsstörningar (ICD-10: F60). Kvinnor i åldersspannet 25-44 år vårdas, utöver ovan nämnda diagnoser, i hög utsträckning för bipolär sjukdom (ICD-10: F31). I de övre åldersgrupperna dominerar vård för depressiva episoder.

Oavsett åldersgrupp vårdas män i hög utsträckning för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (ofta alkohol eller flera droger i kombination, ICD-10: F10 respektive F19). Därutöver noteras bland unga män vård för depressiva episoder.

Sammantaget ser sjukdomspanoramata inom psykiatrisk slutenvård olika ut för män och kvinnor.

2.2.2 Diagnoser i specialiserad psykiatrisk öppenvård

Täckningsgraden för diagnoser har årligen ökat sedan Socialstyrelsen 2001 började ta emot uppgifter om läkarbesök i den specialiserade öppenvården. År 2010 fanns diagnosuppgift på 84 procent av alla läkarbesök i psykiatrisk öppenvård. Totalt fanns huvuddiagnos för 91 procent av alla patienter. För mer än hälften av landstingen understeg diagnosbortfallet 10 procent. I tabell 3 redovisas fördelningen av huvuddiagnos hos dessa patienter.

Tabell 3a. Huvuddiagnos enligt ICD-10 för läkarbesök avseende samtliga åldrar under 2010.

Huvuddiagnos enligt ICD-10	Kvinnor	Män	Totalt
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	3 137 (1 %)	3 211 (1 %)	6 348 (1 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	23 452 (6 %)	56 562 (16 %)	80 014 (10 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	28 668 (7 %)	31 421 (9 %)	60 089 (8 %)
Förstämningssyndrom (F30-F39)	116 359 (28 %)	67 945 (19 %)	184 304 (24 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F49)	79 847 (19 %)	48 651 (13 %)	128 498 (16 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	13 039 (3 %)	1 637 (0 %)	14 676 (2 %)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	17 268 (4 %)	6 634 (2 %)	23 902 (3 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	1 848 (0 %)	2 163 (1 %)	4 011 (1 %)
Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	5 278 (1 %)	9 555 (3 %)	14 833 (2 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99)	23 481 (6 %)	36 257 (10 %)	59 738 (8 %)
Övriga diagnoser	37 635 (9 %)	37 724 (10 %)	75 359 (10 %)
Diagnos saknas	66 345 (16 %)	61 240 (17 %)	127 585 (16 %)
Totalt	416 357 (100 %)	363 000 (100 %)	779 357 (100 %)

Tabell 3b. Huvuddiagnos enligt ICD-10 för läkarbesök avseende 0-17 resp. 18-24 år under 2010.

Huvuddiagnos enligt ICD-10	0-17 år		18 - 24 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Organiska, inkl. symtomatiska, psykiska störningar (F00-F09)	0 (0 %)	13 (0 %)	83 (0 %)	65 (0 %)
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)	275 (1 %)	494 (1 %)	2 559 (4 %)	4 489 (10 %)
Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)	163 (0 %)	200 (0 %)	1 455 (2 %)	2 225 (5 %)
Förstämningssyndrom (F30-F39)	6 264 (13 %)	2 758 (5 %)	13 464 (22 %)	7 131 (16 %)
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F49)	5 509 (12 %)	3 154 (6 %)	14 309 (23 %)	7 587 (17 %)
Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer (F50-F59)	4 412 (9 %)	552 (1 %)	4 998 (8 %)	339 (1 %)
Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxna (F60-F69)	145 (0 %)	64 (0 %)	4 272 (7 %)	949 (2 %)
Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79)	355 (1 %)	435 (1 %)	382 (1 %)	496 (1 %)
Störningar i psykisk utveckling (F80-F89)	1 578 (3 %)	3 569 (7 %)	1 784 (3 %)	2 717 (6 %)
Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99)	6 713 (14 %)	16 097 (29 %)	5 640 (9 %)	7 422 (17 %)
Övriga diagnoser	5 306 (11 %)	8 134 (15 %)	3 856 (6 %)	3 607 (8 %)
Diagnos saknas	16 590 (35 %)	19 186 (35 %)	9 278 (15 %)	6 419 (15 %)
Totalt	47 310 (100 %)	54 656 (100 %)	62 080 (100 %)	43 446 (100 %)

Många patienter vårdades för förstämningssyndrom, främst för depressiva episoder (ICD-10: F32), följt av recidiverande depressioner (ICD-10: F33) och bipolär sjukdom (ICD-10: F31).

Flertalet flickor och pojkar som besökt barn- och ungdomspsykiatri har vårdats för hyperaktivitetsstörningar (ICD-10: F90). Diagnosen förekommer även i hög utsträckning hos män i åldersgruppen 18-24 år. Bland kvinnor i åldersgruppen 18-24 år noteras att en hög andel har vårdats för ångestsyndrom (ICD-10: F41). De vanligaste diagnoserna hos kvinnor 25 år och uppåt är förstämningssyndrom och ångestsyndrom. Männen i motsvarande åldersgrupp har även en hög andel psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol och opiater (ICD-10: F10-F11).

2.3. Åtgärdsrapportering

Alla åtgärder som haft relevans för vårdkontakten ska rapporteras till patientregistret. Denna rapportering är obligatorisk sedan år 2007. Åtgärderna ska rapporteras enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och beskriver vilka åtgärder som har satts in vid behandling av patienten.

Innan KVÅ-rapporteringen till patientregistret infördes var det flera landsting som överhuvudtaget inte dokumenterade och rapporterade åtgärder.

Socialstyrelsen samarbetar med de psykiatriska specialistföreningarna i utvecklingen av KVÅ-koder för vårdåtgärder. Under 2010 tog de psykiatriska specialistföreningarna gemensamt fram en baslista med ett urval av åtgärder. Baslistan, som blev klar våren 2011, innehåller totalt 22 åtgärder som då de har förekommit alltid ska KVÅ-kodas och rapporteras till patientregistret.

Tabell 4. Baslista 2011 för KVÅ i psykiatrisk slutenvård.

Kliniska åtgärder	
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning
TJD00	Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond
DA006	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral
DA025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral
DA022	Vagusnervstimulering
DV091	Smittisolering
DV092	Skyddsisolering
SA010	Generell anestesi och sedering. Induktion: Intravenös utan relaxation. Luftvägskontroll med: Spontanandning utan tillskott av oxygen. Huvudsakligt underhåll av narkos/sedering: Intravenöst utan relaxation. Huvudsakligt underhåll av analgesi: Ingen.
Åtgärder enligt LPT eller LRV	
Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)	
XU043	Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård
XU044	Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård
Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård	

XU041	Vårdplan vid tvångsvård
XU042	Samordnad vårdplan vid tvångsvård
Tvångsåtgärder	
XU021	Medicinering utförd under fastspänning eller fasthållande
XU001	Fastspänning upp till och med 4 timmar
XU003	Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar
XU004	Fastspänning i 72 timmar eller mer
XU011	Avskiljande upp till och med 8 timmar
XU012	Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar
XU013	Avskiljande i 72 timmar eller mer
XU030	Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård
XU040	Övervakning av försändelser vid tvångsvård

2.4 Psykiatrisk tvångsvård

I patientregistret ingår sedan 2009 även uppgifter om patienter inskrivna för sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, eller lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV. Dessa uppgifter rapporteras separat varje tertial.

I början av 2008 togs beslut att patientregistret skulle utvidgas med individbaserade tvångsvårdsuppgifter, dvs. uppgifter om patienter inskrivna för sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV. Huvudsyftet var att, med start från årsskiftet 2008/2009, förbättra tvångsvårdsstatistiken genom att få ett välfungerande register för psykiatrisk tvångsvård.

Den 1 januari 2009 trädde den nya föreskriften (SOSFS 2009:26) som reglerar patientregistret i kraft. Under 2009 rapporterade totalt 16 landsting in tvångsvårdsuppgifter till patientregistret. Vissa landsting rapporterade centralt medan i andra landsting rapporterade klinikerna direkt till PAR.

År 2010 kunde Socialstyrelsen för första gången presentera rikstäckande statistik över patienter som vårdats enligt LPT eller LRV. Totalt rapporterades 23 632 vårdtillfällen vilket motsvarade 11 925 utskrivna patienter (tabell 5).

Tabell 5. Antal utskrivna patienter per landsting 1 januari - 31 december 2010.

Landsting	Antal utskrivna patienter			Utskrivna per 100 000 invånare		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Blekinge	66	85	151	81,0	97,9	89,6
Dalarna	121	126	247	79,6	82,3	80,9
Gotland	32	18	50	114,2	70,5	92,6
Gävleborg	126	116	242	88,9	91,3	90,1
Halland	126	134	260	80,8	79,5	80,2
Jämtland	72	77	149	102,6	108,9	105,8
Jönköping	174	173	347	96,1	98,8	97,5
Kalmar	165	200	365	127,3	144,1	135,7
Kronoberg	95	125	220	87,9	93,0	90,4
Norrbottn	179	255	434	124,0	171,1	147,9
Skåne	659	772	1 431	104,4	122,2	113,2
Stockholm	1876	1 921	3 797	173,0	177,2	175,1
Södermanland	220	271	491	153,2	170,0	161,5
Uppsala	140	145	285	84,0	91,0	87,5
Värmland	94	91	185	65,7	71,9	68,8

Västerbotten	205	212	417	152,1	153,0	152,6
Västernorrland	118	122	240	88,0	78,4	83,2
Västmanland	63	91	154	50,6	78,8	64,7
Västra Götaland	867	957	1 824	105,5	118,0	111,8
Örebro	112	118	230	82,3	85,9	84,1
Östergötland	199	207	406	87,1	83,7	85,4
Riket	5 709	6 216	11 925	115,3	123,9	119,6

I den tertialvisa rapporteringen ingår även inskrivna patienter, dvs. de patienter som vid rapporteringens brytdatum var inskrivna på inrättningen. I tabell 6 redovisas inskrivna patienter per producerande landsting.

Tabell 6. Antal inskrivna patienter per landsting 31 december 2010.

Producerande lands- ting	Kvinnor	Män	Totalt
Blekinge	9	11	20
Dalarna	20	68	88
Gotland	*	*	*
Gävleborg	11	14	25
Halland	17	32	49
Jämtland	13	21	34
Jönköping	16	12	28
Kalmar	40	54	94
Kronoberg	46	117	163
Norrbottn	41	96	137
Skåne	85	129	214
Stockholm	176	201	377
Södermanland	48	148	196
Uppsala	26	60	86
Värmland	10	24	34
Västerbotten	39	38	77
Västernorrland	57	142	199
Västmanland	22	50	72
Västra Götaland	139	181	320
Örebro	17	31	48
Östergötland	51	100	151
RIKET	883	1 529	2 412

* Färre än fem poster

Täckningsgraden för diagnoser bland utskrivna patienter uppgick till 97 procent. Samtliga landsting hade en diagnostäckning på 90 procent eller högre.

2.4.1. LPT-vård

Under 2010 skrevs totalt 5 461 kvinnor och 5 319 män ut efter vård enligt LPT. Den vanligast förekommande diagnosen bland män vårdade enligt LPT var schizofreni (ICD-10: F20) följt av psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (ICD-10: F10). Kvinnor vårdades i högre utsträckning för bipolär sjukdom (ICD-10: F31), schizofreni och personlighetsstörningar (ICD-10: F60). Bland de utskrivna patienterna återfanns flest individer i åldersspannet 25-54 år.

Av de 1 065 patienter som vid årsskiftet var inskrivna för vård enligt LPT var 54 procent kvinnor och 46 procent män. Av dessa vårdades den största andelen av kvinnor såväl som män för schizofreni. Flest individer återfanns i åldersgruppen 25-34 år. Kvinnorna dominerade i samtliga åldersgrupper förutom i gruppen 25-34 år där männen var i majoritet.

2.4.2. LRV-vård

År 2010 rapporterades totalt 824 utskrivna individer vårdade enligt LRV, 99 kvinnor och 725 män. Den vanligast förekommande diagnosen bland både kvinnor och män var schizofreni.

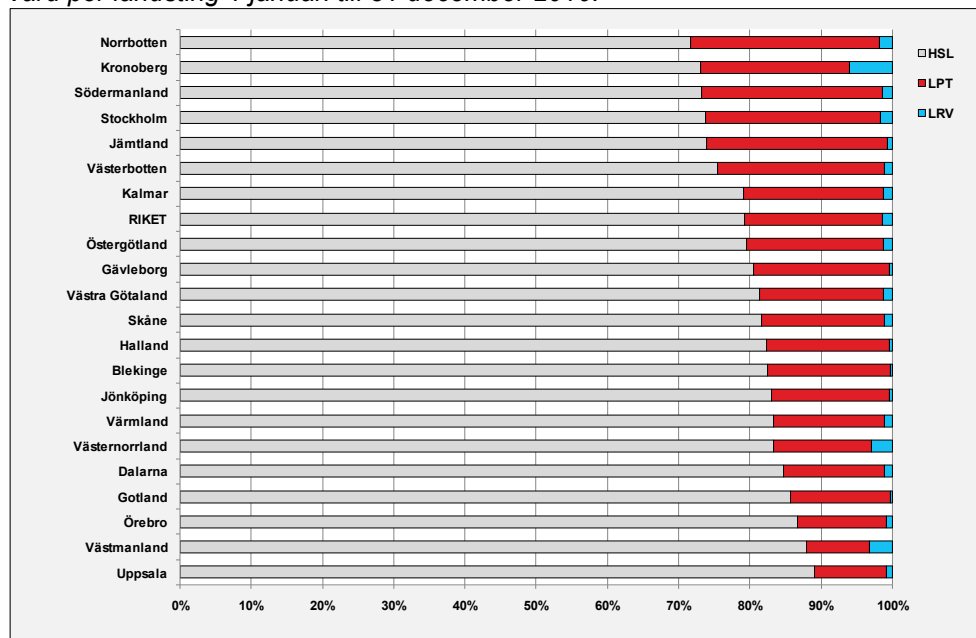
Antalet inskrivna den 31 december 2010 med vård enligt LRV uppgick till 138 kvinnor och 771 män. Kvinnor vårdades i hög utsträckning för schizofreni och personlighetsstörningar och män för schizofreni.

Bland både in- och utskrivna dominerar männen i antal och där flest individer återfanns i åldersspannet 25-34 år.

2.4.3. Psykiatrisk tvångsvård och frivillig psykiatrisk vård

Av de drygt 50 000 patienter som under 2010 behandlades i psykiatrisk slutenvård vårdades omkring 20 procent med stöd av LPT eller LRV (se diagram 9). I Norrbotten, Södermanland och Jämtland vårdades var fjärde patient enligt LPT, jämfört med Västmanland där var tionde patient vårdades enligt LPT. När det gäller LRV-vård hade Kronoberg högst andel (6 procent av alla psykiatriska patienter vårdades enligt LRV), följt av Västmanland och Västernorrland (båda 3 procent).

Diagram 9. Fördelning mellan LPT-vård, LRV-vård och frivillig psykiatrisk slutenvård per landsting 1 januari till 31 december 2010.



2.5 Genomsnittlig vårdtid för specifika diagnosgrupper

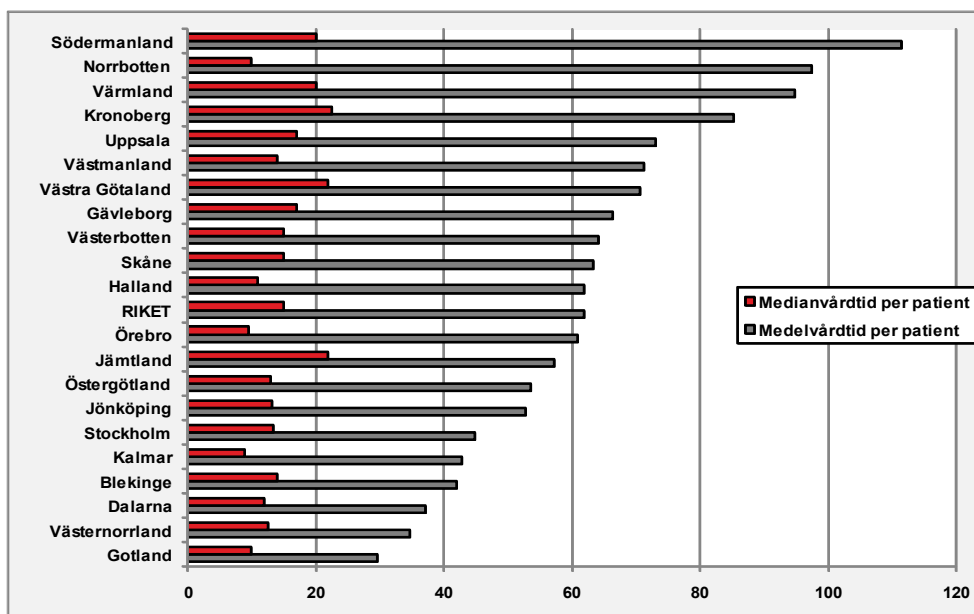
Vid beskrivning av genomsnittlig vårdtid presenteras ofta både medelvårdtid och medianvårdtid tillsammans för att ge en mera korrekt bild, eftersom vissa vårdtillfällen kan ha extremt långa vårdtider.

Något som bör beaktas vid analys av genomsnittlig vårdtid är att praxis skiljer sig mellan landstingen när det gäller patienter som tvångsvårdas och ges permission. I vissa landsting skrivs patienten ut vid permission, vilket leder till ett högre antal vårdtillfällen. Andra landsting fortsätter att ha patienten inskriven vid permission vilket leder till längre och färre vårdtillfällen. Ytterligare en aspekt som bör beaktas är hanteringen av vårdkedjor. I vissa landsting skrivs en patient ut då hon eller han byter klinik, medan andra landsting hanterar detta som ett och samma vårdtillfälle.

2.5.1 Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

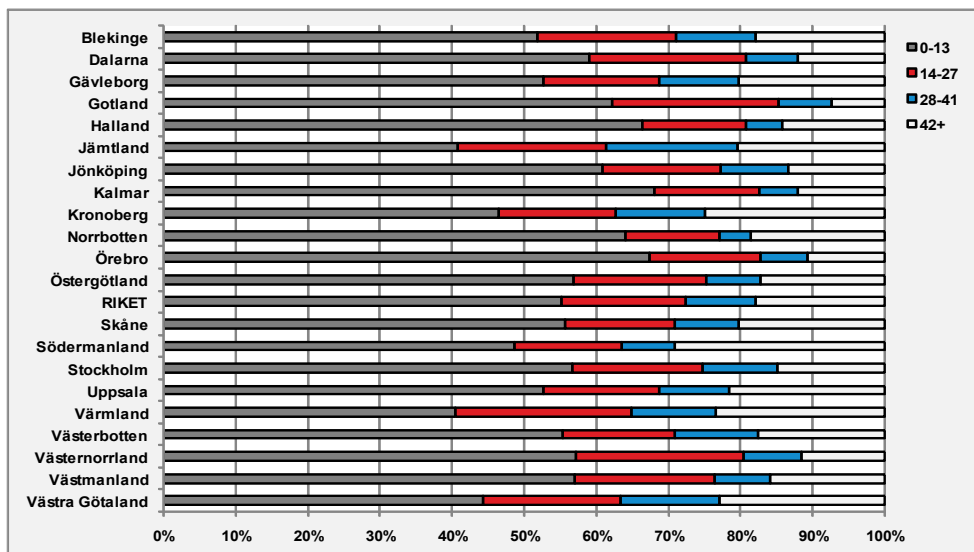
Diagram 10 beskriver medel- och medianvårdtid för patienter vårdade för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (ICD-10: F20-29). Diagrammet visar att Södermanland har den längsta medel- respektive medianvårdtiden per patient (111,4 respektive 20,0 dagar) Därefter följer Norrbotten, Värmland och Kronoberg.

Diagram 10. Medelvårdtid och medianvårdtid för patienter vårdade för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2010.



Fördelningen av antal vårddagar för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd presenteras i diagram 11. Vårdtiden varierar stort. Vissa landsting som Halland och Örebro har en stor andel korta vårdtillfällen (1-13 dagar).

Diagram 11. Vårddagar för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rapporterade från psykiatrisk slutenvård 2010.



2.5.2 Bipolär sjukdom

Diagram 12 beskriver medel- och medianvårdtider för patienter vårdade för bipolär sjukdom (ICD-10: F30-31). Kronoberg har den längsta medelvårdtiden på 60,4 dagar per patient. Därefter följer Blekinge, Västerbotten och Värmland. Kronoberg har även längst medianvårdtid (23 dagar per patient) följt av Blekinge.

Diagram 12. Medelvårdtid och medianvårdtid för patienter vårdade för bipolär sjukdom 2010.

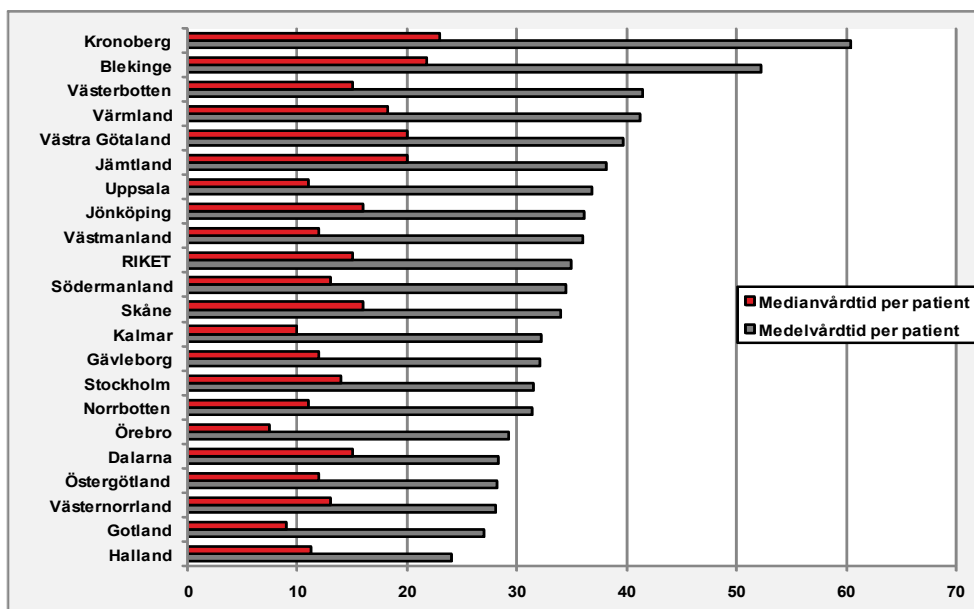
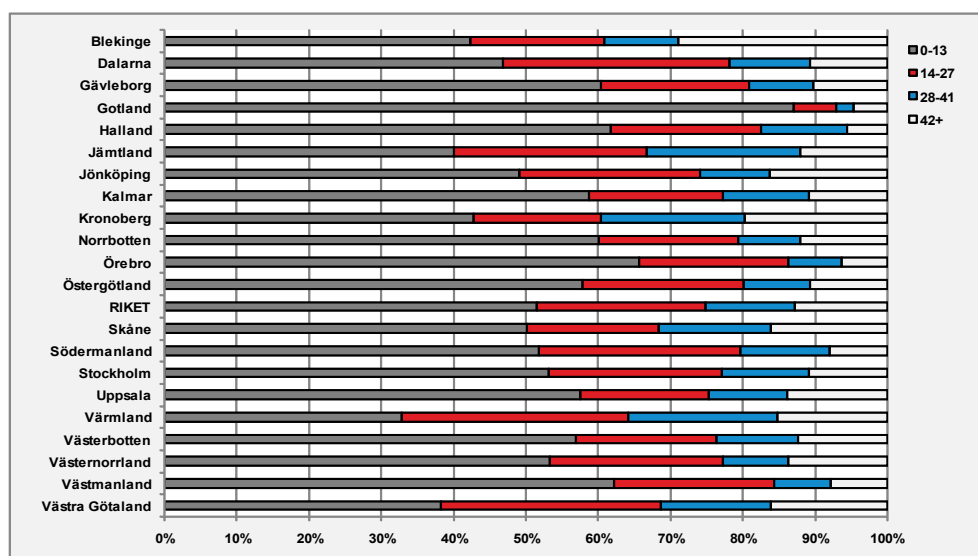


Diagram 13. Antal vård dagar för bipolär sjukdom rapporterade från psykiatrisk slutenvård 2010.



En analys av vårdtid för bipolär sjukdom presenteras i diagram 13. På Gotland var närmare 90 procent av vårdtillfällena korta (1-13 dagar). Även Örebro hade en hög andel korta vårdtillfällen (65 procent). Blekinge var det landsting som hade högst andel långa vårdtillfällen, närmare 30 procent av vårdtillfällena varade 42 eller flera dagar.

2.5.3 Svår depression

Diagram 14 beskriver medel- och medianvårdtid för patienter vårdade för svår depression (ICD-10: F32.3, F32.3, F33.2, F33.3, F31.4, F31.5 och F34). Kronoberg har den längsta medelvårddiden (44,7 dagar per patient) och även den längsta medianvårddiden (25 dagar per patient).

Diagram 14. Medelvårdtid och medianvårdtid för patienter vårdade för svår depression 2010.

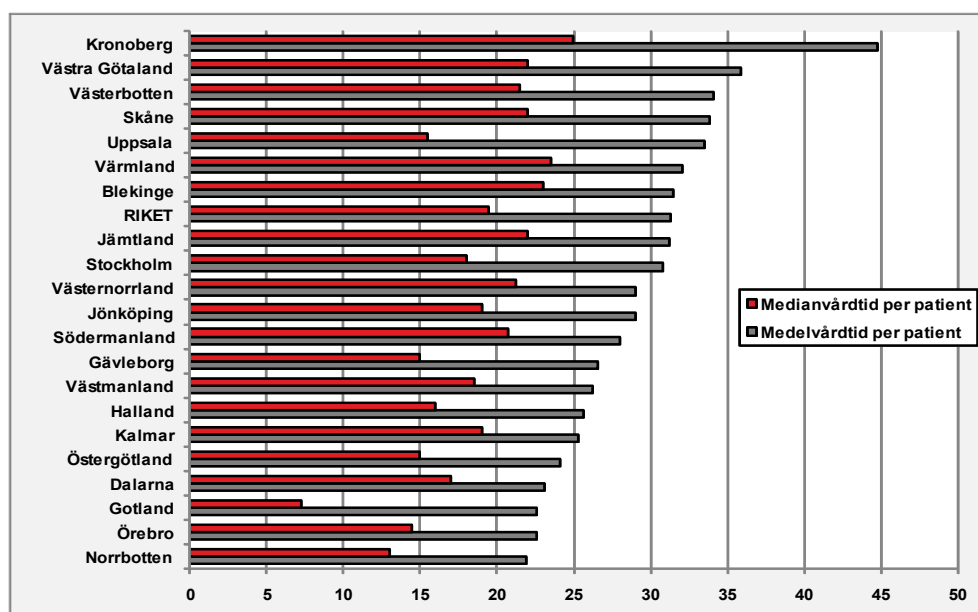
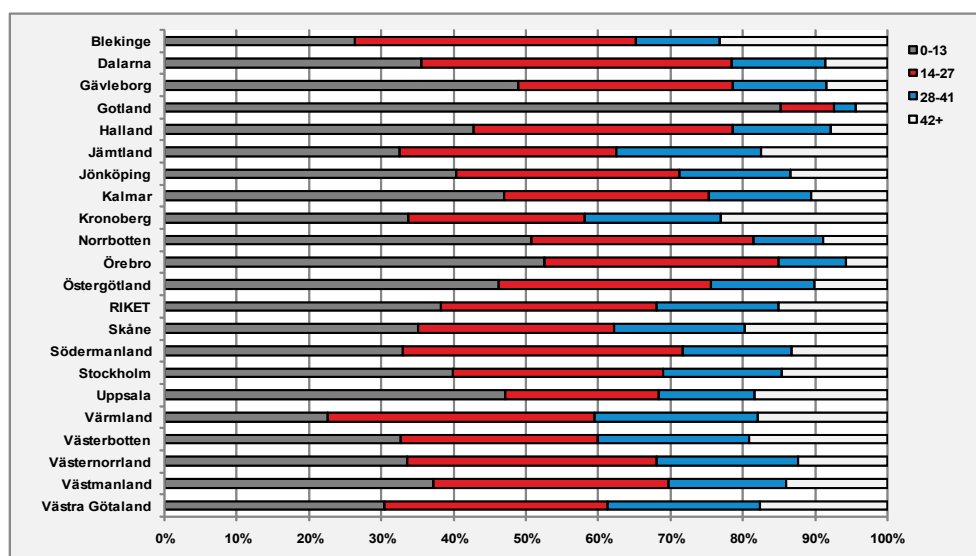


Diagram 15. Vårddagar för svår depression rapporterade från psykiatrisk slutenvård 2010.



En analys av vårddagar för svår depression presenteras i diagram 15. Omkring 40 procent av samtliga vårdtillfällen varade i färre än 13 dagar. Gotland och Örebro hade relativt hög andel korta vårdtillfällen.

2.6 Själv mord och självskadebeteende

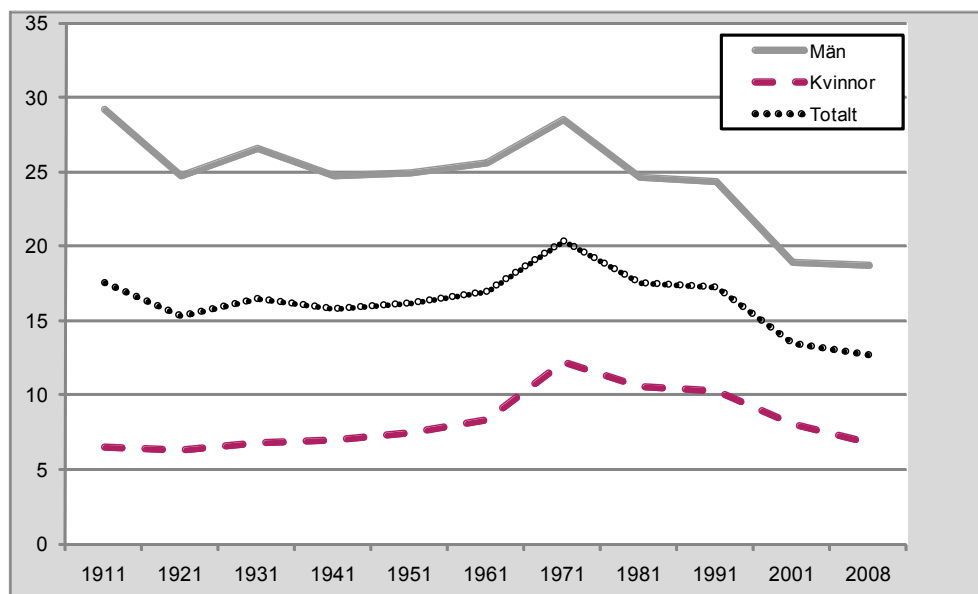
2.6.1 Klassificering av självmord

Själv mord betecknas i klassificeringen av dödsorsaker som *Självdestruktiv handling* (ICD-10: X60-X84). Vid dödsfall där läkaren inte har kunnat fastställa om döden inträffat på grund av självmord, olycka eller övergrepp av annan person kodas dessa som *Oklart uppsåt* (ICD-10: Y10-Y34). Det är emellertid vanligt att inkludera dem i en redovisning av självmord. Dock är det brukligt att särredovisa dessa båda grupper. En annan klassificeringsgrupp som lätt glöms bort är *Sena effekter på grund av självdestruktiv handling* (ICD-10: Y87.0). I denna grupp hamnar dock endast ett fåtal personer per år, ca 1-2.

2.6.2 Utvecklingen över tid

Attityden till självmord och därmed benägenheten att ange självmord som dödsorsak på dödsattesten är öppnare nu än under början av 1900-talet vilket komplicerar bedömningen av utvecklingen över tid. Förändringar i klassifikationen, t.ex. att den internationella dödsorsaksklassifikationen införde en grupp för dödsfall till följd av "oklart uppsåt" i den åttonde revisionen av ICD (använd i Sverige fr.o.m. 1969), försvårar också bedömningen av tidsserien. Den sammantagna effekten av dessa förändringar torde ändå vara att mörkertalet minskar över tid och att den nedåtgående trenden som dödsorsaksstatistiken visar sedan 1970-talet är riktig.

Diagram 16. Själv mord bland kvinnor och män samt totalt 1911-2008, dödstal per 100 000.



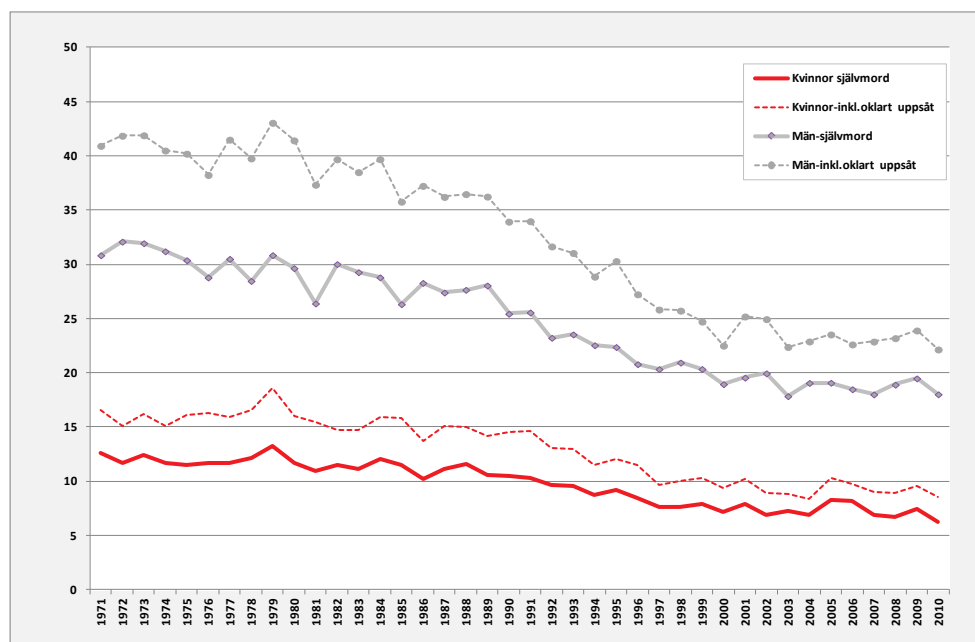
Dödstalen i självmord har gått ner i de flesta länder i västvärlden sedan 1970-talet. Sverige är inget undantag. Några förklaringar till denna minskning är den ökade förskrivningen av antidepressiv medicin samt bättre preventiva åtgärder inom psykiatrin.

Det årliga antalet döda i självmord har minskat bland både kvinnor och män under den observerade perioden 1971-2010. 1971 begick 1 648 personer självmord mot 1 138 år 2010. Detta innebär en procentuell nedgång på 31 procent. Under samma period minskade antal dödsfall med oklart uppsåt från 381 till 308 per år, en minskning med 19 procent.

Kvinnornas dödstal har halverats under perioden från 12,3 per 100 000 år 1971 till 6,3 år 2010. Motsvarande dödstal för män är 30,8 per 100 000 år 1971 jämfört med 18,0 år 2010.

Noterbart är att trenderna för självmord samt för självmord inklusive dödsfall med oklart uppsåt väl följs över tid. Gapet dem emellan minskar dock mot slutet av perioden, främst bland män.

Diagram 17. Självmod och självmod inklusive dödsfall med oklart uppsät avseen- de kvinnor och män 1971-2010. Åldersstandardiserade dödsstal per 100 000.



Alla åldersgrupper, utom 15–24 år, uppvisar under perioden 1971–2010 mer eller mindre tydliga nedåtgående trender. För båda könen är minskningen störst i åldersgruppen 45–64 år. Bland unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 har självmordstalet efter en minskning i början av perioden varit relativt stabil sedan början av 1980-talet. Självmodstalet för män 15–24 år minskade under första halvan av perioden och har därefter legat ganska stabilt.

Dödsstalen för män är nästan dubbelt så höga som för kvinnor även om skillnaden har minskat något över tid.

Trots medias uppmärksamhet kring självmord bland yngre utgör äldre män, 65+, den grupp som har högst självmordstal.

Diagram 18. Självmod bland kvinnor i olika åldersgrupper, 1971-2010.

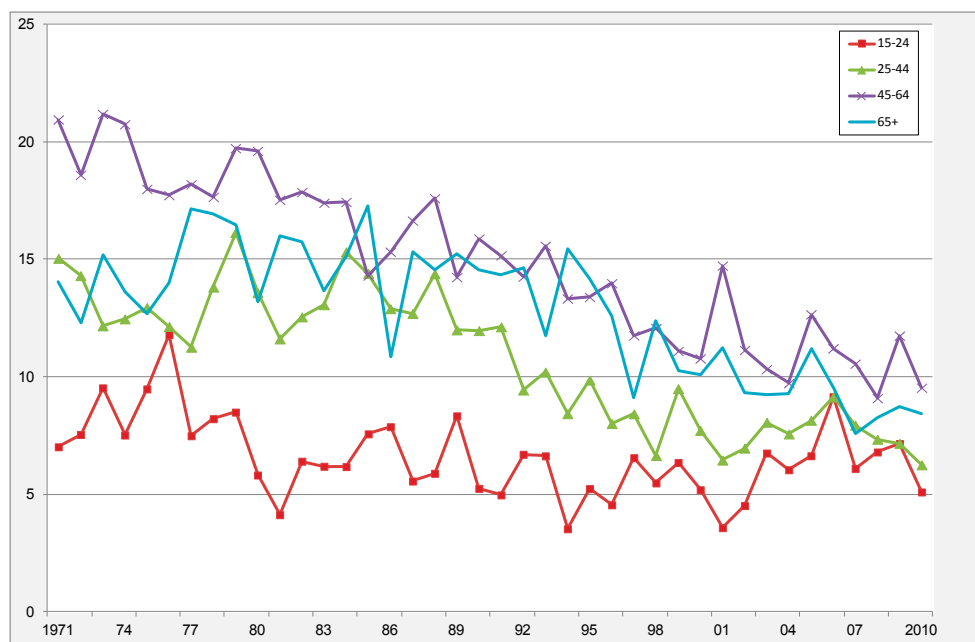
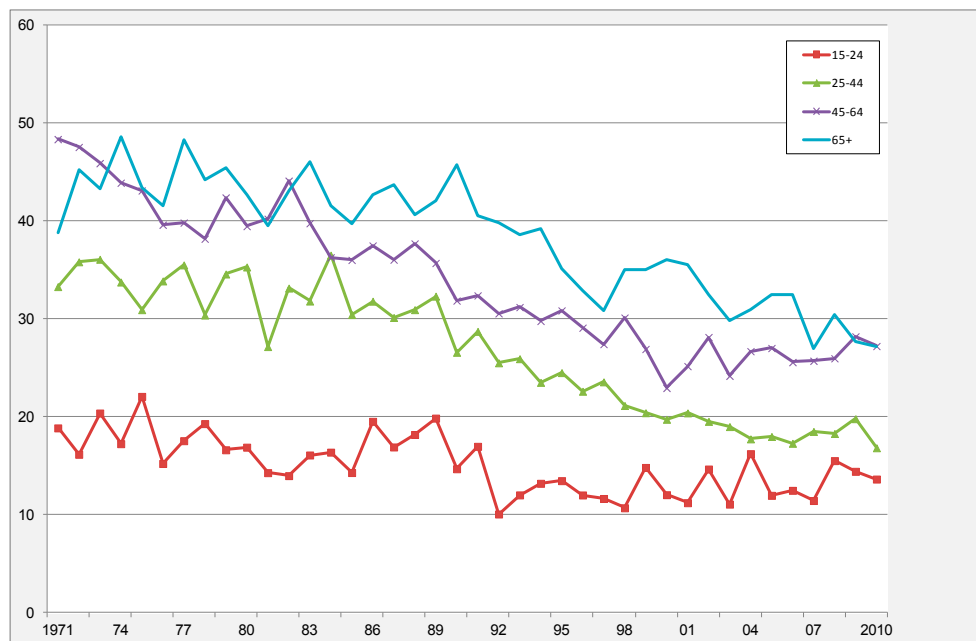


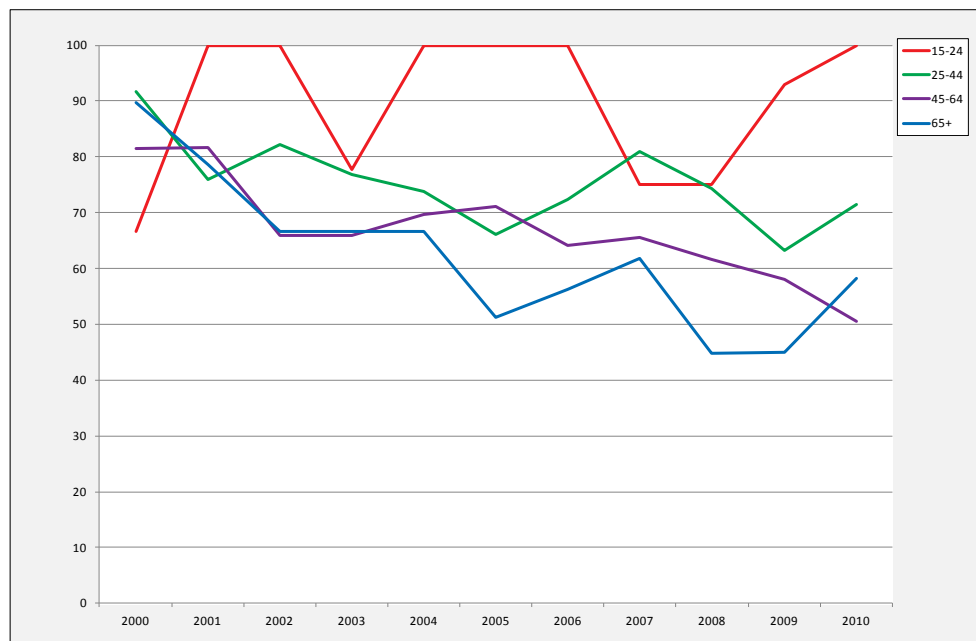
Diagram 19. Själv-mord bland män i olika åldersgrupper, 1971-2010.



2.6.3 Själv-mord och psykisk sjukdom

I diagram 20 redovisas andelen personer som begått självmord åren 2000-2010 och som också vårdats med psykiatrisk diagnos i slutna vård året innan, respektive under föregående femårsperiod. Siffrorna i diagrammen avser personer som vårdats *minst* en gång under den aktuella perioden. En individ kan således ha vårdats flera gånger.

Diagram 20. Andel vårdade med psykiatrisk diagnos året innan fullbordat självmord, olika åldersgrupper bland kvinnor.



Bland både kvinnor och män har den yngsta åldersgruppen 15-24 år vårdats i hög utsträckning året före självmordet, mellan 80 och 100 procent. Övriga åldersgrupper visar en nedåtgående trend som är tydligast för de äldsta 65+. Under de två senaste åren har cirka 50 procent av denna åldersgrupp vårdats.

När hänsyn tas till slutenvård med psykisk diagnos under en föregående femårsperiod har naturligt en högre andel vårdats. Även här finns en nedgång över tid, främst bland de äldsta 65+.

Diagram 21. Andel vårdade med psykiatrisk diagnos året innan fullbordat självmord, olika åldersgrupper bland män.

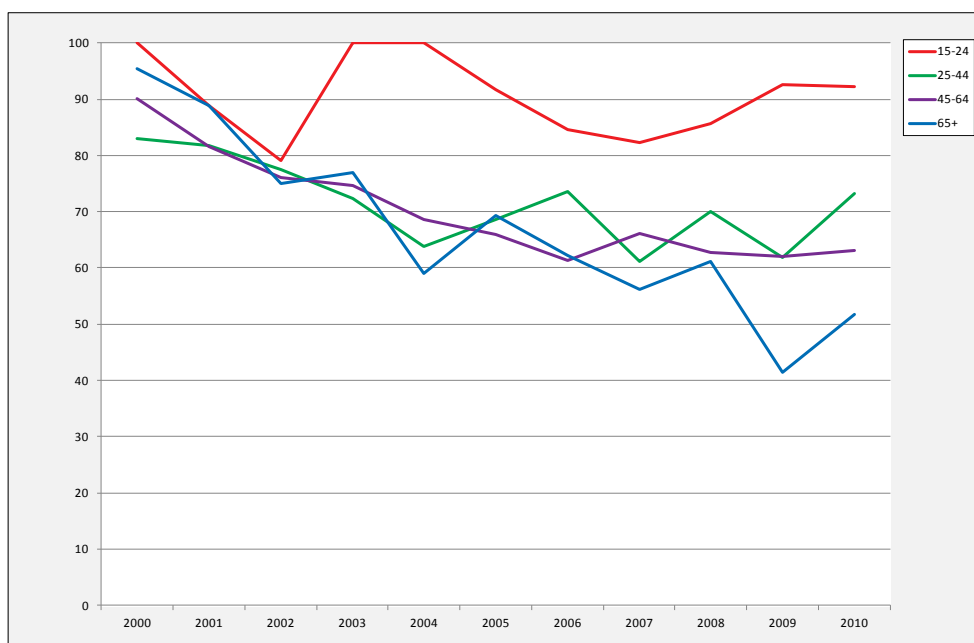


Diagram 22. Andel vårdade med psykiatrisk diagnos inom fem år innan fullbordat självmord, olika åldersgrupper bland kvinnor.

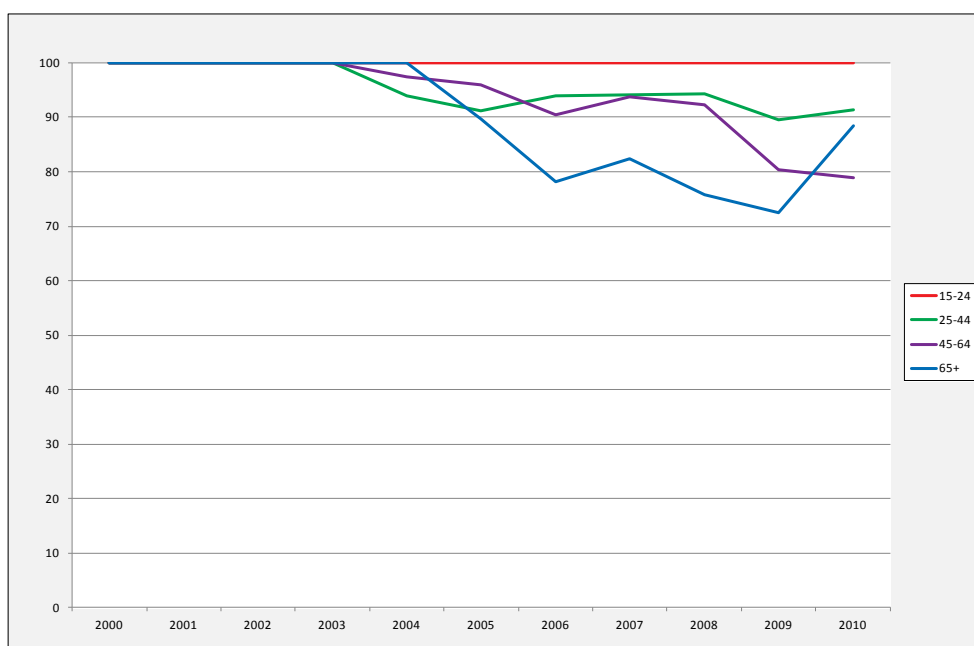
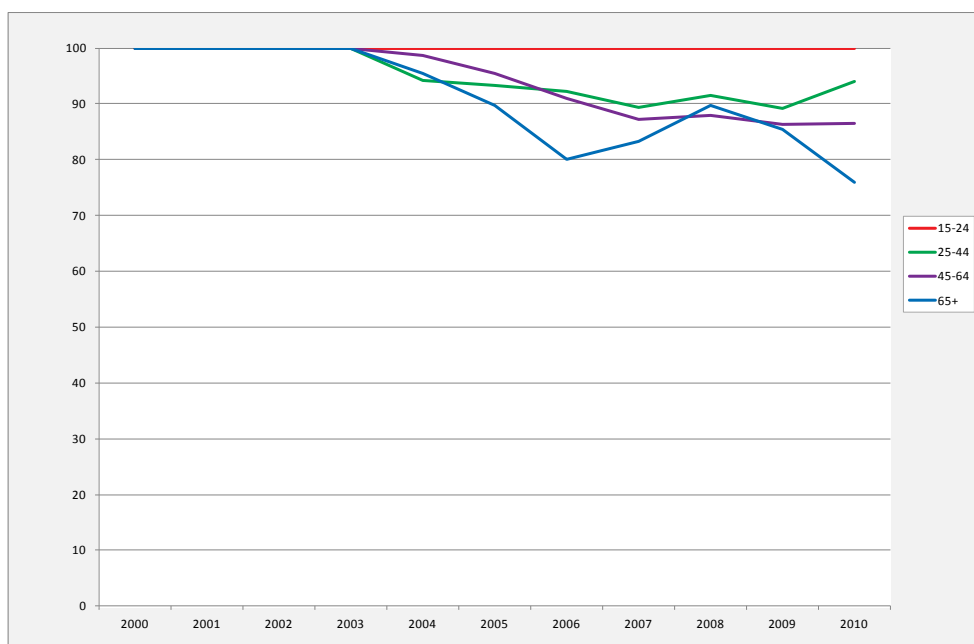


Diagram 23. Andel vårdade med psykiatrisk diagnos inom fem år innan fullbordat självmord, olika åldersgrupper bland män.



2.6.4 Självmord och utbildningsnivå

Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har andelen självmord minskat stadigt under perioden 1997-2010, från knappt 40 till drygt 20 procent. Samtidigt har andelen självmord bland kvinnor med gymnasieutbildning ökat från 40 till 50 procent 2010. Andelen självmord bland högutbildade kvinnor har legat mellan 20 och 30 procent under hela perioden. Denna

grupp ökade i början av perioden för att nå sin topp 2007. Därefter har andelen självmord bland högutbildade minskat något. Bland dödsfall med oklart uppsåt står högutbildade kvinnor för den minsta andelen under hela perioden. Kvinnor med endast grundskoleutbildning och kvinnor med eftergymnasial utbildning står för runt 40 procent vardera.

Bland män finns ett omvänt förhållande mellan utbildningsnivå och självmordstal. Andel lågutbildade män har dock sjunkit och utgör mot slutet av perioden cirka 30 procent. Högst andel utgörs av män med gymnasial utbildning. Under hela perioden ligger män med eftergymnasial utbildning på knappt 20 procent.

Diagram 24. Självmord bland kvinnor, andel efter utbildningsnivå, 1997-2010.

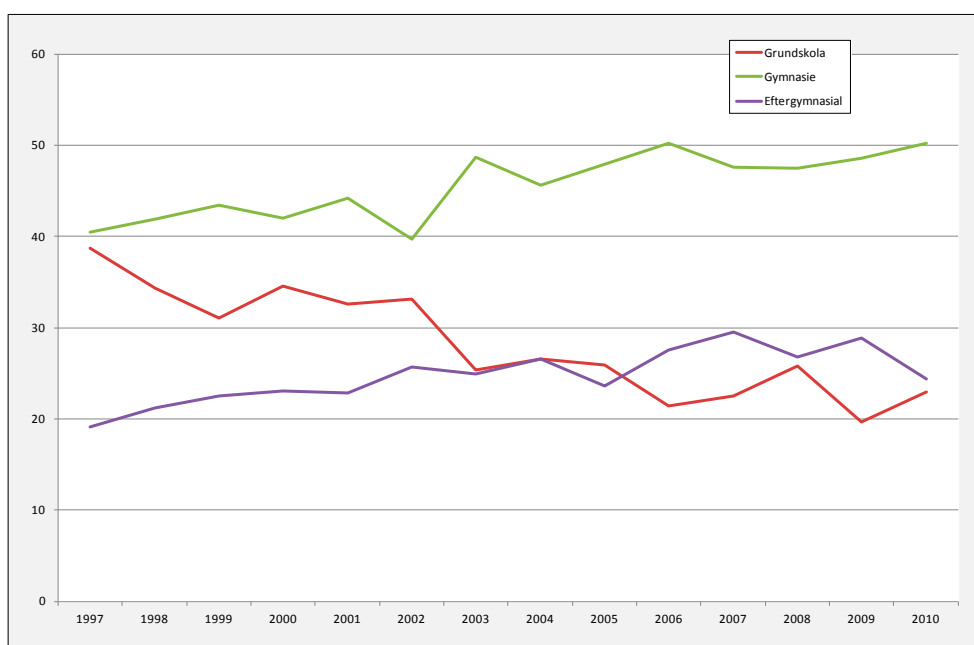


Diagram 25. Dödsfall med oklart uppsåt bland kvinnor, andel efter utbildningsnivå, 1997-2010.

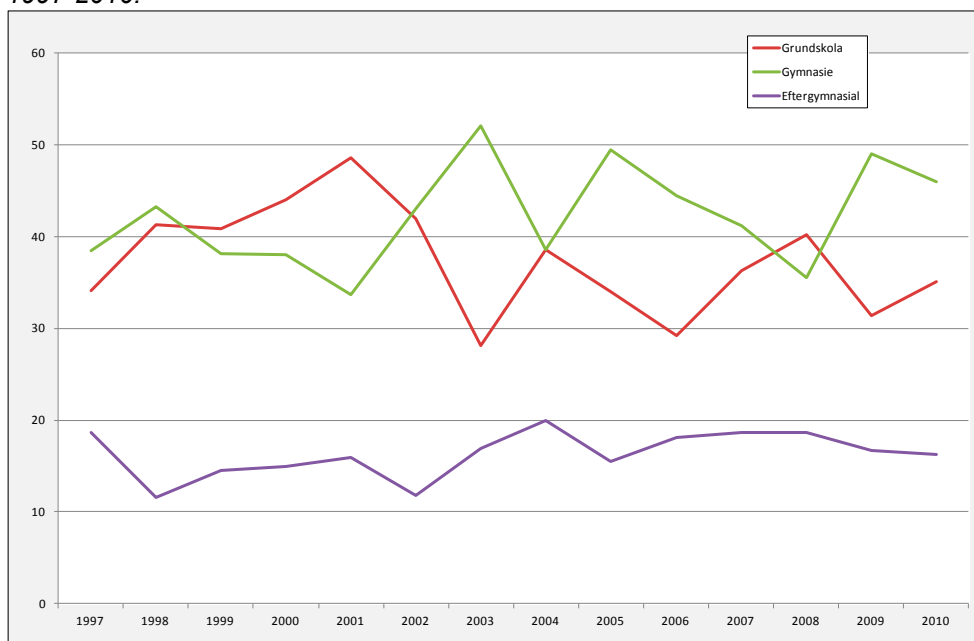


Diagram 26. Själv mord bland män, andel efter utbildningsnivå, 1997-2010.

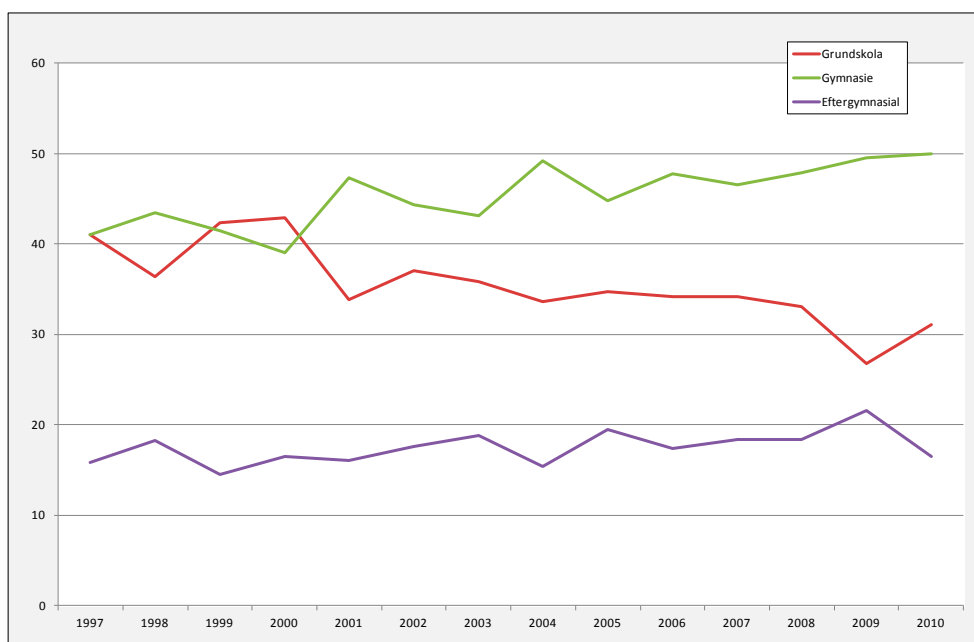
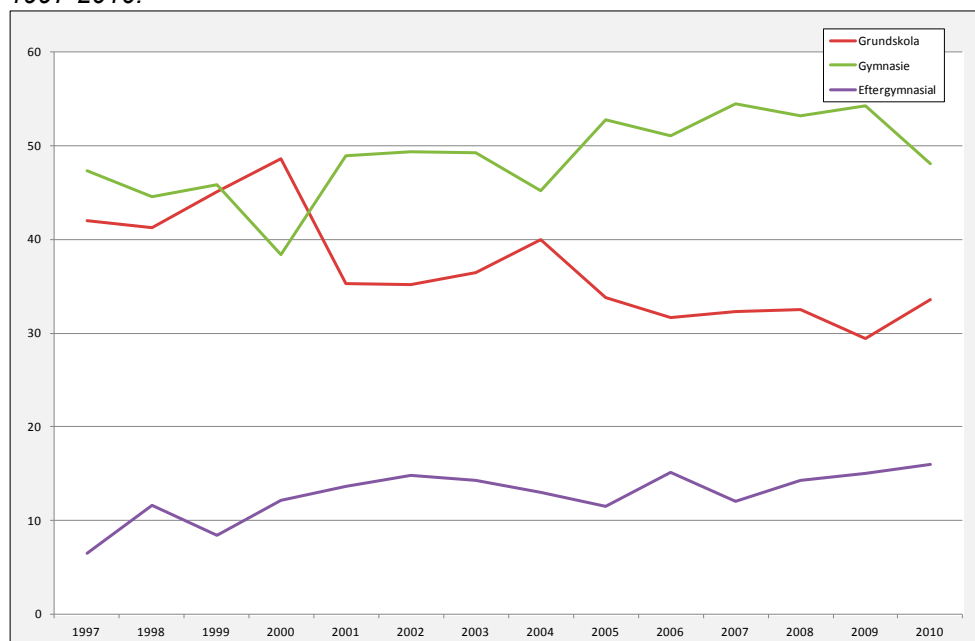


Diagram 27. Dödsfall med oklart uppsåt bland män, andel efter utbildningsnivå, 1997-2010.



2.6.5 Självskadebeteende

Självskadebeteende har på senare år blivit mer och mer uppmärksammat, inte minst genom media. Flera kartläggningar och undersökningar om förekomst visar att självskadebeteende har ökat och då i synnerhet bland unga kvinnor.

Mellan åren 1987 och 2010 ökade det årliga antalet vårdade till följd av avsiktligt självdestruktiv handling. 1987 vårdades 6 758 personer till följd av avsiktligt självdestruktiv handling mot 7 674 år 2010. Detta innebär en mindre uppgång.

Trenden för kvinnor är tämligen stabil över åren förutom för åldersgruppen 15-24 år som visar en kraftig ökning från knappt 200 per 100 000 invånare i början av perioden till runt 300 de senaste åren.

Utvecklingen bland män skiljer sig inte mycket åt. Även här ses en rejäl uppgång i åldersgruppen 15-24 år. Till skillnad mot trenden bland kvinnor ses en nedgång i gruppen 25-44 år bland män från cirka 115 till drygt 90 år 2010.

De relativt låga talen under åren 1997–1999 beror delvis på 1997 års klassifikationsbyte. Bortfallet för yttre orsaker till skador och förgiftning, som dock i huvudsak kan hänföras till ett fåtal landsting, ökade kraftigt 1997. Dessutom skedde inte övergången samtidigt i samtliga län. Region Skåne gick inte över till ICD-10 förrän 1998, vilket ytterligare kan komplicera trendanalysen.

Diagram 28. Antal vårdade till följd av självskadebeteende 1987–2010 avseende olika åldersgrupper bland kvinnor.

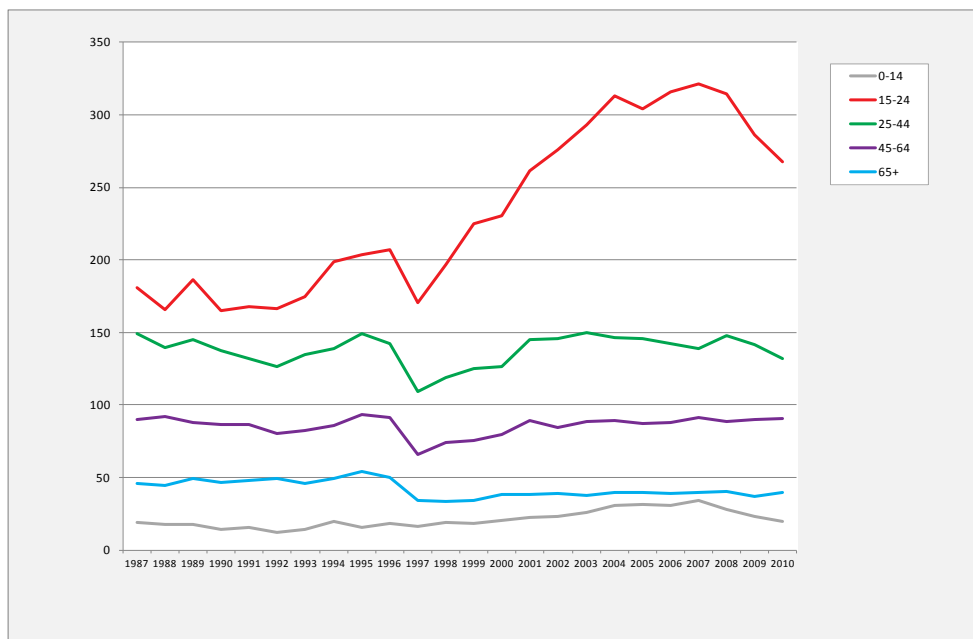
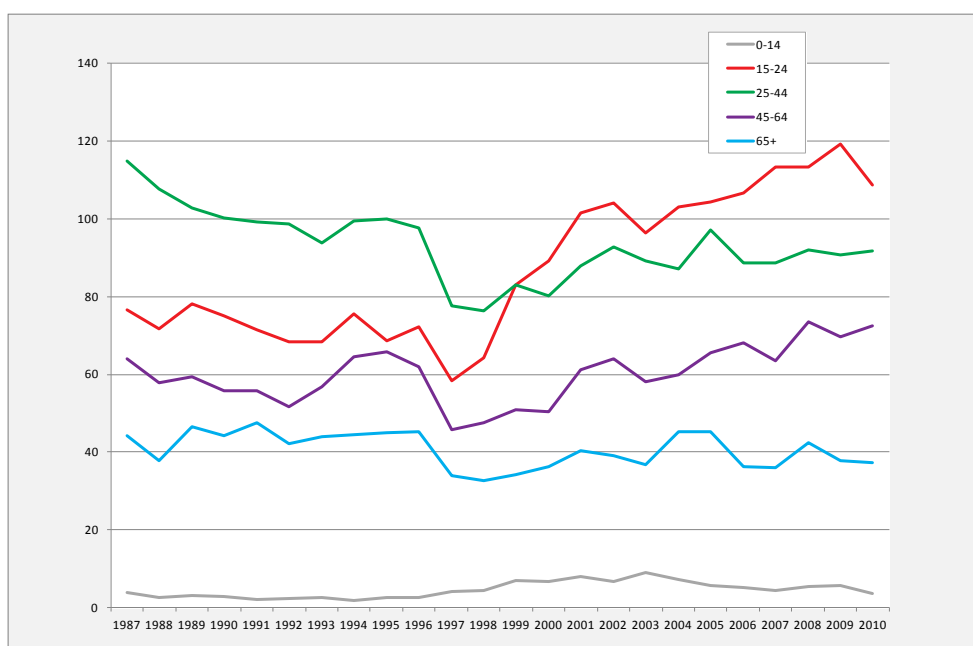


Diagram 29. Antal vårdade till följd av självskadebeteende 1987–2010 avseende olika åldersgrupper bland män.



3. Diskussion

Socialstyrelsen arbetar för att kunskapsunderlagen i psykiatrin ska förbättras. En bättre beskrivning av psykiatrin leder till ökad transparens och ökade kunskaper om verksamheten. Beskrivningen kan också utgöra underlag till dialog och diskussion om verksamhetens kvalitet och effektivitet vilket i sin tur kan initiera olika förbättringsarbeten i verksamheten. Jämförelser med andra liknade verksamheter bidrar också till kunskap och insikt om den egna verksamhetens möjligheter och begränsningar. En god beskrivning kan också utgöra underlag för analyser om vården ges på lika villkor i hela landet och om praxis är olika och vad det innebär för patienterna.

En korrekt beskrivning av hur vårdutnyttjandet i psykiatrin fördelar sig på geografiska, demografiska och socioekonomiska faktorer är en av grundpelarna för var och hur förbättringsarbete inom den psykiatriska vården kan genomföras. En förutsättning för detta är att vi har en hög täckningsgrad och bra diagnoskvalitet i hälsodataregistren.

Den här rapporten visar på en rad beskrivningar som kan göras utifrån de data som finns i de nationella registren. I föregående rapport fanns data till och med år 2006. Mellan åren 2006 och 2010 har vårdutnyttjandet varit relativt stabilt i de flesta åldersgrupperna. Dock ses en ökning i vårdutnyttjande när det gäller psykiatrisk slutenvård bland unga män. Bland män i åldersgruppen 18-24 ökade antalet vårdtillfällen från 608 per 100 000 invånare till 715 mellan år 2006 och 2010. Den tidigare uppåtgående trenden för psykiatrisk slutenvård för unga kvinnor tycks inte längre vara lika markant.

I den specialiserade psykiatriska öppenvården är bortfallet avseende läkarbesök ungefär detsamma som det var 2006, omkring 25 procent. Precis som tidigare är det främst läkarbesök från privata vårdgivare som saknas i patientregistret.

Av de drygt 50 000 patienter som under 2010 behandlades i psykiatrisk slutenvård vårdades omkring 20 procent med stöd av LPT eller LRV. Antalet patienter som tvångsvårdats varierar i landstingen. Av de som 2010 vårdades enligt LPT var fördelningen jämn mellan könen. Bland utskrivna patienter återfanns flest individer i åldersspannet 25-54 år. När det gäller LRV-vård vårdades män i högre utsträckning än kvinnor. Den vanligast förekommande diagnosen bland både kvinnor och män var schizofreni.

Socialstyrelsen kommer fortsättningsvis att följa denna fråga och satsar nu på att utveckla patientregistret. Insatser vad gäller förbättringar av inrapportering till patientregistret pågår. I vissa fall är insatserna riktade direkt till att utveckla psykiatristatistiken. Bland annat kan nämnas åtgärder för att förbättra kvaliteten i diagnoskodningen och åtgärder för att få privata vårdgivare att rapportera till patientregistret. Även en översyn av möjligheterna att utöka patientregistret med primärvårdsdata pågår. På nationell nivå kan idag enbart läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård rapporteras till patientregistret. Nu diskuteras möjligheten att även ta in besök från andra vårdgivare, t.ex. psykologer och kuratorer. Syftet med en utökning är att

bättre kunna beskriva aktiviteter, medicinsk praxis och vårdkonsumtion i den öppna specialiserade psykiatriska vården då 75 procent av besöken görs hos andra yrkeskategorier än läkare.

För att öka antalet diagnossatta besök tar Socialstyrelsen idag även emot DSM IV-koder i rapporteringen till patientregistret.

Självmod och självskadebeteende

Antalet självmod i Sverige har minskat från 1970-talet fram till år 2010 bland både kvinnor och män. Noterbart är dock att denna nedåtgående trend inte kan ses bland personer i åldersgruppen 15–24. Männen i denna åldersgrupp visar en svag uppgång de senaste åren. Kvinnor i åldersgruppen 15–24 år visar varken på en nedgång eller på en uppgång under den observerade perioden utan självmodstalet har legat relativt stabilt under hela perioden. Dock kan det konstateras att andelen självmod i åldersgruppen 15–24 är lägre än bland samtliga äldre åldersgrupper, även om skillnaderna har minskat över tid.

Bland män i åldern 15–44 år är självmod den vanligaste dödsorsaken. På senare år har dock dödsfall till följd av olycksfall legat på samma nivå som självmod. Det rör sig främst om transportolyckor och oavsiktlig förgiftning. Bland kvinnor i samma ålder är självmod den näst vanligaste dödsorsaken efter tumörer. En förklarande orsak till det höga antalet självmod jämfört med andra dödsorsaker bland personer 15–44 år är att majoriteten av dessa personer är förhållandevis friska. Det är relativt få som dör i någon sjukdom. Detta är ändå en viktig grupp att ta hänsyn till i det självmodspreventiva arbetet.

Bland vårdade till följd av självskadebeteende utmärker sig åldersgruppen 15–24 som uppvisar en starkt ökande trend från slutet av 1990 fram till år 2007. Ökningen är klart den kraftigaste bland samtliga åldersgrupper. Noterbart är att denna ökande tendens även återfinns bland yngre tonåringar (13–17 år), i synnerhet bland flickor.