

---

# Barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård

KIM KRONSTRÖM

---

Barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård sätts in när den öppna vårdens insatser inte räcker till för att genomföra den behandling och de undersökningar som bedöms som nödvändiga. Man försöker planera innehåll och mål i vården på förhand för att behandlingen och undersökningarna ska gå så effektivt som möjligt. Samarbetet med familjen och patientens nätverk står i fokus på de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna. Slutenvård kan ha nackdelar, men forskning visar att fördelarna för patienterna är klart större än nackdelarna. Enligt en undersökning om barn- och ungdomspsykiatriska patienter inom slutenvård i Finland skedde det stora förändringar mellan åren 2000 och 2011. De viktigaste förändringarna är att ADHD-diagnoserna har ökat på de barnpsykiatriska avdelningarna medan diagnoserna depression, ångest och ätstörning har ökat inom ungdomspsykiatrin. Mellan 2000 och 2011 mer än fördubblades andelen barn och unga som omhändertogs av barnskyddet, medan behandlingstiden på avdelningarna ungefär halverades.

## SKRIBENTEN

**Kim Kronström**, MD, verkar som ansvarig överläkare för ungdomspsykiatri inom Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt och ÅUCS. Han är specialistläkare i ungdoms- och vuxenpsykiatri och har disputerat om inverkan av personlighetsdrag på depression.

## Den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdens roll

Inom både barn- och ungdomspsykiatrin har målet de senaste åren varit att utveckla öppenvården och poängtera deras roll som förstahandsalternativ. Trots den öppna vårdens växande roll ses den slutna vården fortfarande som en nödvändig del av det barn- och ungdomspsykiatriska vårdssystemet. En vårdavdelning kan erbjuda de barn och unga som har de svåraste symtomen effektiv bedömning av situationen och intensiv behandling. I Finland erbjuds barnpsykiatrisk slutenvård för barn under 13 år och ungdomspsykiatrisk slutenvård från 13 till 17 års ålder. Också unga vuxna över 18 år kan behandlas på ungdomspsykiatriska dagavdelningar, beroende på lokal praxis.

Slutenvård kan ges på dagsjukhus, på veckoavdelning eller på dygnetruntavdelning med fortlöpande verksamhet. Sjukvårdsdistrikten har dessa avdelningstyper i varierande kom-

binationer. Dagsjukhus har vanligtvis öppet på vardagar från morgon till eftermiddag eller kväll. De är en mellanform mellan slutenvård och öppen vård. Fördelen med vård på dagsjukhus framför dygnetruntvård är att det är lättare att hålla kontakten med hemmet och den dagliga livsmiljön. Det är lättare att ordna arbetet med egen vårdare och organisera vårdperioderna eftersom personalen inte har skiftarbete. En förutsättning för behandling på dagsjukhus är att sjukhuset ligger tillräckligt nära hemmet så att dagliga tur- och returesor är möjliga. Barn och unga som mår så dåligt att de behöver dygnetruntvård och övervakning på avdelning lämpar sig inte för dagsjukhus. En del av de barn- och ungdomspsykiatriska avdelningarna är veckoavdelningar som har öppet dygnet runt från måndag till fredag, och en del är öppna också under veckosluten. Barn och unga vars tillstånd tillåter det brukar vanligen också skrivas ut på veckoslutspermission från veckoslutsöppna avdelningar.

Slutenvård kan ordnas antingen akut eller enligt förhandsöverenskommelse. Behovet av akut slutenvård är större för ungdomar än för barn, beroende på den förändrade symtombilden i och med puberteten. De vanligaste orsakerna till akut slutenvård är självdestruktivitet eller omedelbart hot om våld mot andra. Akut psykos och akut försämring av ätstörningssymtom är andra orsaker till jourremiss. Målet för akut slutenvård är att problemsituationen

---

bedöms och att patienten får vård omedelbart samt att eftervården planeras.

Inom slutenvården i både barn- och ungdomspsykiatri används också på förhand överenskomna undersöknings- eller vårdperioder. Orsaken till intagning för undersökning är ofta allvarlig oro för barnets eller den ungas situation, men att det av en eller annan anledning inte har gått att göra en tillräckligt noggrann diagnostisk eller terapeutisk bedömning inom öppenvården. Undersökning i slutenvård gör det möjligt att följa barnets eller den ungas beteende och symtombild noggrannare och i betydligt mer varierande situationer än i öppenvården. Därmed kan mer omfattande information samlas in om patientens tillstånd. Under slutenvårdsperioden kan man ofta göra undersökningar som har bedömts som nödvändiga, till exempel undersökningar av psykolog eller ergoterapeut på patienter som inte har kunnat undersökas i öppenvården.

Vid en på förhand överenskommen slutenvårdsperiod är tanken att man ska komma överens om längd, målsättning och behandlingsmetoder redan innan perioden börjar. Målsättningen för en slutenvårdsperiod kan vara till exempel att återuppta avbruten skolgång, att ge övning i att bemästra intensiva känslor eller behärska andra färdigheter, att bryta undvikande beteende vid ångest, att lindra symtom vid depression eller psykotisk utveckling eller att få hjälp med ätstörningssymtom. Man försöker skraddarsy vårdperioderna så att de motsvarar barnets eller den ungas behov. Ibland kommer man överens om växelvård, till exempel så att personen är på avdelningen en vecka i månaden eller varannan månad.

Man kommer individuellt överens om de behandlingsmetoder som används under slutenvården. Vanligen ordnas samtal mellan barnet eller den unga och den egna skötaren, där man med terapeutiska metoder försöker underlätta symtomen. En del av patienterna kan också gå i individuell psykoterapi eller familjepsykoterapi under slutenvården. Patienter med ätstörningar erbjuds näringsrehabilitering, och ofta försöker man hjälpa familjen med att stöda den ungas normala ätande, till exempel genom att öva familjemåltider. Till den slutna vården kan höra ergoterapi eller ledd gruppverksamhet tillsammans med de andra barnen eller ungdomarna på avdelningen. En del av barnen och ungdomarna upplever att kamratstödet från de andra patienterna på avdelningen är väsentligt för att stöda välmåendet. Tryggheten som avdelningen erbjuder kan lätta ångesten och förbättra möjligheterna att stanna upp och tillfriskna. En

betydande del av barnen och de unga inom slutenvården använder nu för tiden läkemedel för att stödja tillfrisknandet. I undantagssituationer kan man också använda elbehandling eller magnetstimulering av hjärnan. Till vården hör naturligtvis också att klarlägga eventuella somatiska sjukdomar och ordna med god behandling för dem.

Vid både jourmässiga och vid på förhand överenskomna slutenvårdsperioder träffar man förutom barnet eller den unga också föräldrarna och nätverket multiprofessionellt. Samarbetet med skolan och ofta också med barnskyddet är viktigt för att ordna adekvata stödåtgärder för att barnet eller den unga ska klara sig i det dagliga livet. Öppenvården har vanligen börjat innan barnet eller den ungas tas in på en psykiatrisk avdelning, och den fortsätter nästan undantagslöst efter slutenvården. Under slutenvårdsperioden är samarbetet med öppenvårdspersonalen alltså av största betydelse för att behandlingen ska vara effektiv och fortlöpande. Om ett barn eller en ungdom som har tagits in för sluten vård inte har ändamålsenlig öppen vård, måste avdelningen se till att den ordnas.

Nackdelar med sluten vård kan vara bland annat det att barnets och familjens normala livsrytm bryts, och den eventuella erfarenheten av skam eller att bli stämplad som intagning på sjukhus kan föra med sig. Speciellt hos ungdomar kan det förekomma negativ modellinlärning av andra och självdestruktivt beteende eller att skära sig kan spridas mellan ungdomarna. Dessutom kan tröskeln att återvända till vanligt vardagsliv vara hög, särskilt efter en längre sjukhusvistelse. Forskningsresultat visar att vårdperioder på barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar är till långvarig nytta för patienterna. Slutenvården ger bättre effekt än genomsnittet och det har enligt undersökningar samband med god växelverkan och uppövande av färdigheter och problemlösningsförmåga på avdelningen, samt med tillräcklig eftervård (1–5).

### **Vår undersökning om förändringar i barn- och ungdomspsykiatrisk sluten vård**

I vår undersökning har vi kartlagt tillståndet för alla patienter i barn- eller ungdomspsykiatrisk sluten vård i Finland under en utvald undersökningsdag åren 2000 och 2011 (6). År 2000 fanns det i Finland sammanlagt 69 barn- eller ungdomspsykiatriska avdelningar med 547 vårdplatser, medan motsvarande

**Tabell I.** Resultat av binär logistisk regressionsanalys för kategoriskt utfall; oddskvoter (2011 vs 2000) och konfidensintervall. Endast diagnoser med fler än 10 slutenvårdspatienter eller 3% andel antingen 2000 eller 2011 rapporteras. T-test för kontinuerligt utfall. (\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ).

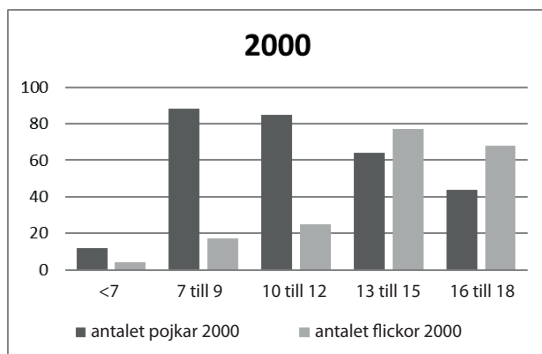
Diagnostiska karaktärer	Barnavdelningar			Ungdomsavdelningar		
	2000	2011	OR (95%Ci)	2000	2011	OR (95%Ci)
Depression	14%	9%	0,6(0,3–1,2)	25%	38%	1,9(1,3–2,7)**
Psykos	3%	5%	1,9(0,7–5,1)	23%	11%	0,4 (0,2–0,7)***
Manisk-depressiv sjukdom	0%	2%	--	3%	3%	1,0(0,4–2,8)
Ångeststörning	7%	8%	1,2(0,5–2,5)	8%	19%	2,5(1,5–4,4)***
Tvångssyndrom	3%	1%	0,2(0,0–1,6)	3%	3%	0,9(0,3–2,5)
Ätstörning	0%	1%	2,9(0,3–31,7)	9%	19%	2,3(1,4–4,0)**
Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen	8%	12%	1,6(0,8–3,0)	8%	9%	1,1(0,6–2,1)
Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser	0%	0%	--	4%	1%	0,3(0,1–1,2)
Beteendestörningar och trotssyndrom	36%	36%	1,0(0,7–1,5)	21%	8%	0,3(0,2–0,6)***
Utvecklingsstörningar	12%	11%	1,0(0,5–1,8)	2%	2%	1,2(0,3–4,0)
Autismspektrumstörning	11%	11%	1,0(0,5–1,8)	0%	4%	10,7(1,3–85,2)**
Störning i känslomässig bindning	9%	5%	0,6(0,2–1,2)	1%	0%	0,6(0,1–6,4)
ADHD	8%	19%	2,7(1,5–5,0)***	2%	3%	1,4(0,5–4,1)

antal 2011 var 79 avdelningar och 514 vårdplatser. Antalet vårdplatser var alltså cirka en plats per 2 000 minderåriga personer. Undersökningen hade god täckning: efter att några avdelningar hade tackat nej till att delta och med beaktande av tomma vårdplatser var 504 barn eller unga intagna på avdelning år 2000, medan siffran var 412 år 2011.

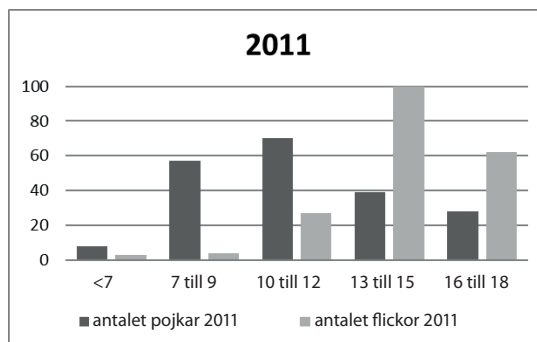
Både 2000 och 2011 var cirka 80 procent av de intagna pojkar (Figur 1 och 2). På barnpsykiatriska avdelningar var den vanligaste diagnosen trotssyndrom eller beteendestörning; deras andel av båda samplen var 36 procent. Andelen patienter med utvecklingsstörning, störning inom autismspektret eller barnomtidens störningar i känslolivet var under jämförelsetiden konstant, cirka tio procent. Andelen depressionsdiagnoser visade en icke-signifikant nedgång från 14 procent år 2000 till 9 procent år 2011. Andelen ADHD-diagnoser hos barnpsykiatriska slutenvårdspatienter steg betydligt, från 8 procent 2000 till 19 procent 2011. Ökningen av ADHD-diagnoser inom den barnpsykiatriska slutenvården kan återspegla en global trend. Det är inte bekräftat att ADHD-symtomen skulle ha ökat, men större medvetenhet om denna störning och

ändrad diagnostisk praxis har lett till att antalet ADHD-diagnoser har ökat (7, 8).

I och med puberteten sker väsentliga förändringar i den symtombild som leder till slutenvård, och andelen flickor ökar. Av de ungdomspsykiatriska patienterna inom slutenvård var 57 procent flickor år 2000, medan andelen hade stigit till 70 procent 2011. Den ökade andelen flickor beror på att andelen diagnoser som är vanligare hos flickor har ökat statistiskt signifikant. Dessa diagnoser är depression, som under jämförelseperioden ökade från 25 till 38 procent, ångestsyndrom som ökade från 8 till 19 procent och ätstörningar som ökade från 9 till 19 procent. Det finns tecken som tyder på att prevalensen av depression, ångestsyndrom och ätstörningar bland ungdomsbefolkningen har ökat särskilt hos flickor (7, 9), och det är möjligt att denna trend förklarar det ökande antal diagnoser också inom slutenvården. På de ungdomspsykiatriska avdelningarna minskade psykosdiagnoserna från 23 till 11 procent mellan åren 2000 och 2011, och trotssyndromen och beteendestörningarna från 21 till 8 procent. Det förklaras knappast av att dessa symtom skulle ha minskat bland ungdomsbefolk-



Figur 1. Antalet pojkar och flickor i olika åldersgrupper inom slutenvården år 2000.



Figur 2. Antalet pojkar och flickor i olika åldersgrupper inom slutenvården år 2011.

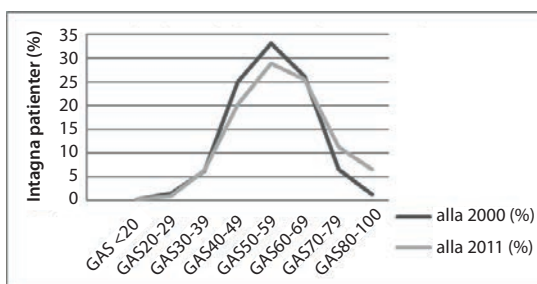
ningen (9–11). En delförklaring är sannolikt att användningen av antipsykotiska läkemedel har ökat inom öppenvården och att tillgången till öppenvård har förbättrats (12–14). Särskilt när det gäller beteendestörningar kan det också hända att ökade öppenvårdstjänster och placeringar inom barnskyddet har bidragit till att unga med denna typ av symtom inte lika ofta hamnar i slutenvård (Tabell I) (15).

Inga större förändringar har skett i familjestrukturerna hos barn som vårdas på avdelning och som bor hemma. År 2011 bodde 37 procent av patienterna på barnpsykiatriska och 48 procent av patienterna på ungdomspsykiatriska avdelningar tillsammans med båda sina biologiska föräldrar. Om hemmet inte kan erbjuda tillräcklig omvårdnad trots stöd från barnskyddets öppenvård, måste man ta till placering från barnskyddets sida. Andelen minderåriga som var placerade av barnskyddet steg under undersökningsperioden så att 1,4 procent av alla minderåriga var placerade 2011 (16). År 2000 var fem procent av patienterna i slutenvård placerade av barnskyddet i smågruppsbarnhem eller barnhem. Andelen mer än fördubblades fram till år 2011, när den steg till 11 procent. Det faktum att andelen placerade bland slutenvårdspatienterna inom barn- och ungdomspsykiatri 2011 var cirka åtta gånger så stor som hos hela den minderåriga befolkningen tyder på att placerade barn har väsentligt fler psykiatriska symtom. Placering och de faktorer som ligger bakom den verkar vara en betydande riskfaktor för symtom som kräver slutenvård.

Andelen minderåriga som behandlas oberoende av patientens vilja har inte förändrats. Förfarande för vård oberoende av patientens vilja enligt mentalvårdslagen är sällsynt inom barnpsykiatri, där bara fyra procent av barnen var intagna på denna grund 2011. Samma år

behandlades 31 procent av slutenvårdspatienterna inom ungdomspsykiatri oberoende av sin vilja.

En genomgripande trend med kortare slutenvård (17, 18) kunde ses också i denna undersökning. Andelen patienter som varit intagna mindre än en vecka mer än fördubblades under jämförelseperioden till 17 procent, medan andelen vårdperioder längre än tre månader ungefär halverades till 26 procent. Av de faktorer som inverkar på den slutna vårdens längd är vårdsystemet och vårdideologin av större betydelse än variabler som beskriver patienternas kliniska tillstånd (19). Man har försökt effektivisera slutenvården i Finland och fokus på behandlingen har flyttats mot krisbehandling och kortvariga utvärderingsperioder. På samma gång som antalet avdelningsplatser har minskat, har öppenvårdstjänsterna utvidgats i betydande utsträckning (12–14, 20). De kortare vårdperioderna har gjort det möjligt att erbjuda slutenvårdsperioder åt ett större antal barn och unga, trots att antalet avdelningsplatser har minskat. I undersökningen granskades barnens och de ungas allmänna funktionsförmåga enligt CGAS-skalan (21–24). Den relativa andelen patienter med den svagaste



Figur 3. Allmän funktionsförmåga enligt CGAS-skalan (Children's Global Assessment Scale) år 2000 och 2011.

CGAS-klassen (högst 30 poäng på skalan) steg under jämförelseperioden. Den ökade andelen barn och unga med svag funktionsförmåga kan eventuellt förklaras av att patienterna år 2011 skrevs ut från avdelningen snabbare när funktionsförmågan hade förbättrats än år 2000 (Figur 3).

Sluten vård används för behandling av de barn och unga som har de svåraste symtomen. Trots att andelen sluten vård av hela den barn- och ungdomspsykiatriska vården har minskat i och med den mer omfattande öppenvården, tar slutenvården fortfarande en stor del av resurserna, eftersom den är så dyr. De har skett en betydande förändring i symtombilden hos patienter inom slutenvården på samma gång som vårdtiden i medeltal ungefär har halverats. Bakom detta ligger förändringar i fördelningen av resurser samt i vårdpraxis och vårdideologi. Det vore önskvärt med mera forskning om sluten vård och alternativa intensiva vårdformer i framtiden. Därmed kunde utvecklingen av det psykiatriska vårdsystemet för svårbehandlade barn och unga i högre grad styras utifrån forskningsevidens.

**Kim Kronström**  
kim.kronstrom@fimnet.fi

*Inga bindningar*

## Referenser

- Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kröll L, Tobias C, et al. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:1259–67.
- Sourander A, Piha J. Three-year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:153–62. 10. Jaffa T, Stott C. Do inpatients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999;8:292–300.
- Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M, Jenkins P, Coventry N. Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:204–211.
- Setoya Y, Saito K, Kasahara M, Watanabe K, Kodaira M, Usami M. Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:7.
- Blanz B, Schmidt MH. Practitioner Review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:703–712.
- Kronström K, Ellilä H, Kuosmanen L, Kaljonen A, Sourander A. Changes in the clinical features of child and adolescent psychiatric inpatients: a nationwide time-trend study from Finland. *Nord J Psychiatry*. 2016;70:436–441.
- Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;56:370–393.
- Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43:434–442.
- Bor W, Dean AJ, Naiman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:606–616.
- Haavisto A, Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Santalahti P, Helenius H. Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. *J Affect Disord* 2003;76:211–221.
- Sourander A, Koskinen M, Niemelä S, Rihko M, Ristkari T, Lindroos J. Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:665–671.
- Laukkanen E, Pylkkanen K, Hartikainen B, Luotoniemi M, Julma K, Aalberg V. A new priority in psychiatry: focused services for adolescents. *Nord J Psychiatry* 2003;57:37–43.
- Pylkkänen K, Laukkanen E. Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin (Unga är inte rädda för psykiatrisk behandling). *Finlands Läkartidning* 2011;33:2316–17.
- Steinhausen H-C. Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescent. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:635–640.
- Marttunen M, Kataja H, Henttonen A, Hokkanen T, Tuominen T, Ebeling H. Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta (Har ungdomar med beteendestörning nytta av ungdomspsykiatrisk sluten vård?). *Duodecim* 2004;120:43–0.
- THL, Child welfare 2013, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014111346266>.
- Case BG, Olsson M, Marcus SC, Siegel C. Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:89–96.
- Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991–2008. *Psychiatr Q* 2013;84:159–168.
- Leon SC, Snowden J, Bryant FB, Lyons JS. The hospital as predictor of children's and adolescents' length of stay. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:322–328.
- Saukkonen S. Special health care and mental health care 2008. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr24_09.pdf).
- Bird H, Canino G, Rubio-Stipec M, Ribera J. Further measures of the psychometric properties of the Children's Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:821–824.
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1228–31.
- Sourander A, Helenius H, Piha J. Child psychiatric short-term inpatient treatment: CGAS as follow-up measure. *Child Psychiatry Hum Dev* 1996;29:95–104.
- Lundh A, Kowalski J, Sundberg CJ, Gumpert C, Landen M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Res* 2010;177:206–10.

## Summary

### *Child and adolescent inpatient psychiatric care*

*Despite the increase in outpatient treatment, inpatient care is still a necessary function of comprehensive child and adolescent mental health services. We have studied changes in the clinical features of child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. From 2000 to 2011, the percentage of ADHD diagnoses increased among child inpatients, and the share of depression, anxiety disorders, and eating disorders increased among adolescent inpatients. The mean length of inpatient treatment has dropped significantly, which has made it possible to provide acute and shorter inpatient interventions for a larger number of children and adolescents.*