

April 2018

Førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien

Forløb i sundhedsvæsenet og udvikling i
arbejdsmarkedstilknytning



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

1. Resume

Formålet med analysen er at belyse patienters forløb op til første gang de diagnosticeres med en psykisk lidelse i det psykiatriske sygehusvæsen. Analysen belyser hvad der sker op til- og efter, at patienten kommer ind i det psykiatriske sygehusvæsen - om der er kontakt med almen praksis, praktiserende psykiatere og psykologer mv. og hvornår i forløbet. Derudover undersøges det, om tilknytningen til arbejdsmarkedet svækkes og hvis den gør, om dette sker efter kontakten med det psykiatriske sygehusvæsen eller forinden.

Patienter der diagnosticeres i det primære sundhedsvæsen af fx privatpraktiserende psykiatere indgår ikke i populationen. Borgere med psykiske vanskeligheder kan modtage sociale- og sundhedsrettede indsatser via kommunen, som fx botilbud, socialpædagogisk støtte eller beskæftigelsesorienterede tilbud. Grundet manglende adgang til data kan analysen ikke belyse de kommunale indsatser i patientens forløb.

Analysen ser først på, hvad der kendetegner patienter, der diagnosticeres for første gang i sygehuspsykiatrien. Dernæst beskrives de førstegangsdiagnosticeredes behandlingsforløb i det primære sundhedsvæsen, dvs. hos praktiserende psykologer og psykiatere samt alment praktiserende læger. Behandlingsforløbet belyses måned for måned op til- og efter, at diagnosen stilles, ligesom det videre behandlingsforløb i sygehuspsykiatrien undersøges. Aktiviteten i det somatiske sygehusvæsen belyses også. Desuden belyses udviklingen i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet frem mod- og efter diagnosen er stillet. Endelig undersøges om der er forskelle i forløbene for udvalgte psykiske lidelser.

Hovedresultater

- I 2014 diagnosticeres 36.500 personer for første gang i det psykiatriske sygehusvæsen. Næsten halvdelen er 24 år eller derunder. ADHD mv. og angst mv. er de hyppigste diagnoser blandt børn og unge, mens det blandt voksne er angst mv. og depression mv.
- Patienter, der førstegangsdiagnosticeres i det psykiatriske sygehusvæsen, har fem år før de diagnosticeres generelt en smule højere aktivitet i det øvrige sundhedsvæsen end hele befolkningen. I månederne omkring diagnosetidspunktet stiger aktiviteten i det øvrige sundhedsvæsen. Herefter falder aktiviteten igen og er to år efter diagnosen er stillet på omtrent samme niveau, som fem år før de diagnosticeres.

- Omtrent 3 pct. af patienterne har kontakt til privatpraktiserende psykiatere og psykologer i måneden hvor diagnosen stilles. Der er forskelle på tværs af diagnoser. Personer med sværere psykiske lidelser har hyppigere kontakt til psykiatere omkring diagnosetidspunktet, mens personer med lettere psykiske lidelser i højere grad har kontakt til psykologer.¹
- To ud af tre patienter har kontakt til almen praksis i måneden, hvor diagnosen stilles, og ca. 8 pct. får ydet samtaleterapi i almen praksis. Det drejer sig særligt om personer med lettere psykiske lidelser, hvor ca. syv ud af ti har kontakt til almen praksis i måneden diagnosen stilles og lidt mere end én ud af ti får ydet samtaleterapi.
- Hver fjerde patient har kontakt til det somatiske sygehusvæsen i måneden hvor diagnosen stilles. Herunder indlægges næsten 10 pct. på et somatisk sygehus. Det er hovedsageligt personer med lettere psykiske lidelser, der har kontakt til det somatiske sygehusvæsen.
- To ud af tre personer har fortsat kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen måneden efter at diagnosen er stillet for første gang. Andelen med kontakt falder gradvist. Samlet set har hver fjerde patient kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i løbet af det andet år efter diagnosen er stillet. Det er særligt personer med sværere psykiske lidelser, der bevarer kontakten til sygehuspsykiatrien.

Tilknytningen til arbejdsmarkedet

- De førstegangsdagnosticerede i psykiatrien har en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet længe inden de diagnosticeres sammenlignet med hele befolkningen. Syv ud af ti førstegangsdagnosticerede er tilknyttet arbejdsmarkedet seks år før diagnosen stilles mod otte ud af ti i hele befolkningen. Der er ikke større forskelle på tværs af diagnoser.
- Fra seks år til ét år før diagnosen stilles svækkes tilknytningen gradvist, som følge af at flere overgår til sygedagpenge og ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp. Det sidste år frem til de første måneder efter diagnosen er stillet ses en stor svækkelse i arbejdsmarkedstilknytningen, hvor 36 pct. er tilknyttet arbejdsmarkedet. Det er især personer med sværere psykiske lidelser, der mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.
- Fra to måneder til to år efter diagnosen er stillet begynder tilknytningen til arbejdsmarkedet at stige svagt igen. Fra to måneder til to år efter diagnosen er stillet stiger andelen, der er tilknyttet arbejdsmarkedet, fra 36 pct. til 43 pct. Det er særligt personer med lettere psykiske lidelser, der tilknyttes arbejdsmarkedet, mens tilknytningen er stort set uændret for personer med sværere psykiske lidelser.

¹ Sværere psykiske lidelser refererer i denne analyse til diagnoserne skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse, og lettere psykiske lidelser til tilpasnings- og belastningsreaktioner, depression og angsttilfælde.

2. Hvad kendetegner de førstegangsdagnosticerede i psykiatrien?

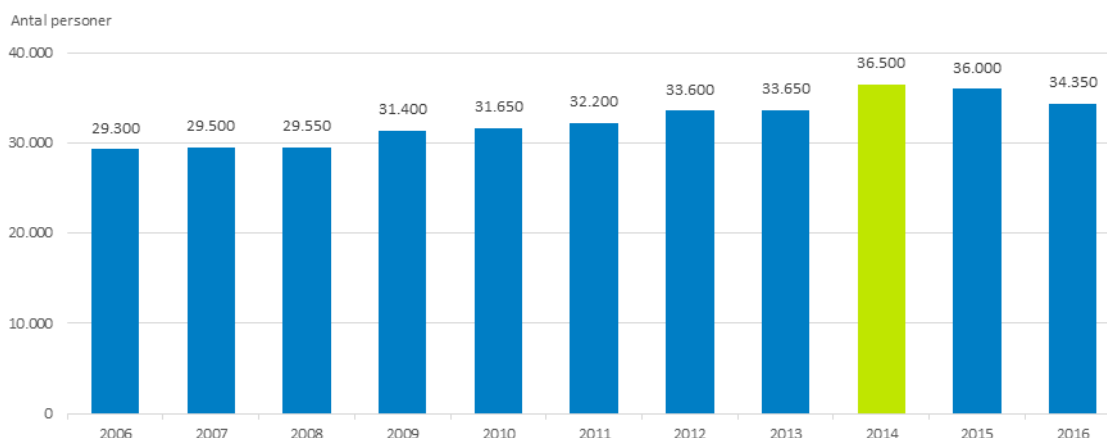
Antallet af personer, der diagnosticeres med en psykisk lidelse i det psykiatriske sygehusvæsen for første gang, har været stigende fra 2006 til 2014, hvorefter det frem mod 2016 har været svagt faldende, *jf. Figur 1*.² I denne analyse ses på de 36.500 borgere, der blev diagnosticeret for første gang i løbet af 2014 (benævnes herefter som førstegangsdagnosticerede).

Boks 1: Population

Populationen i denne analyse omfatter alle borgere, der i løbet af 2014 får stillet sin første psykiatriske diagnose (ICD-10 koden F*) i det psykiatriske sygehusvæsen på et privat- eller offentligt sygehus med undtagelse af F99* (ikke nærmere specificerede psykiske lidelser). Førstegangsdagnosticerede i psykiatrien defineres som borgere, der i opfølgelsesåret ikke har fået stillet en psykiatrisk diagnose siden 1995, svarende til den maksimale periode med tilgængelige data. Når der i analysen snakkes om "diagnoser stillet for første gang", er der derfor tale om diagnoser stillet for første gang siden 1995.

Der betinges desuden på, at borgeren skal have et gyldigt CPR-nummer, være i live og have en gyldig dansk bopæl pr. 1. januar 2014.

Figur 1 Førstegangsdagnosticerede i sygehuspsykiatrien, 2006-2016



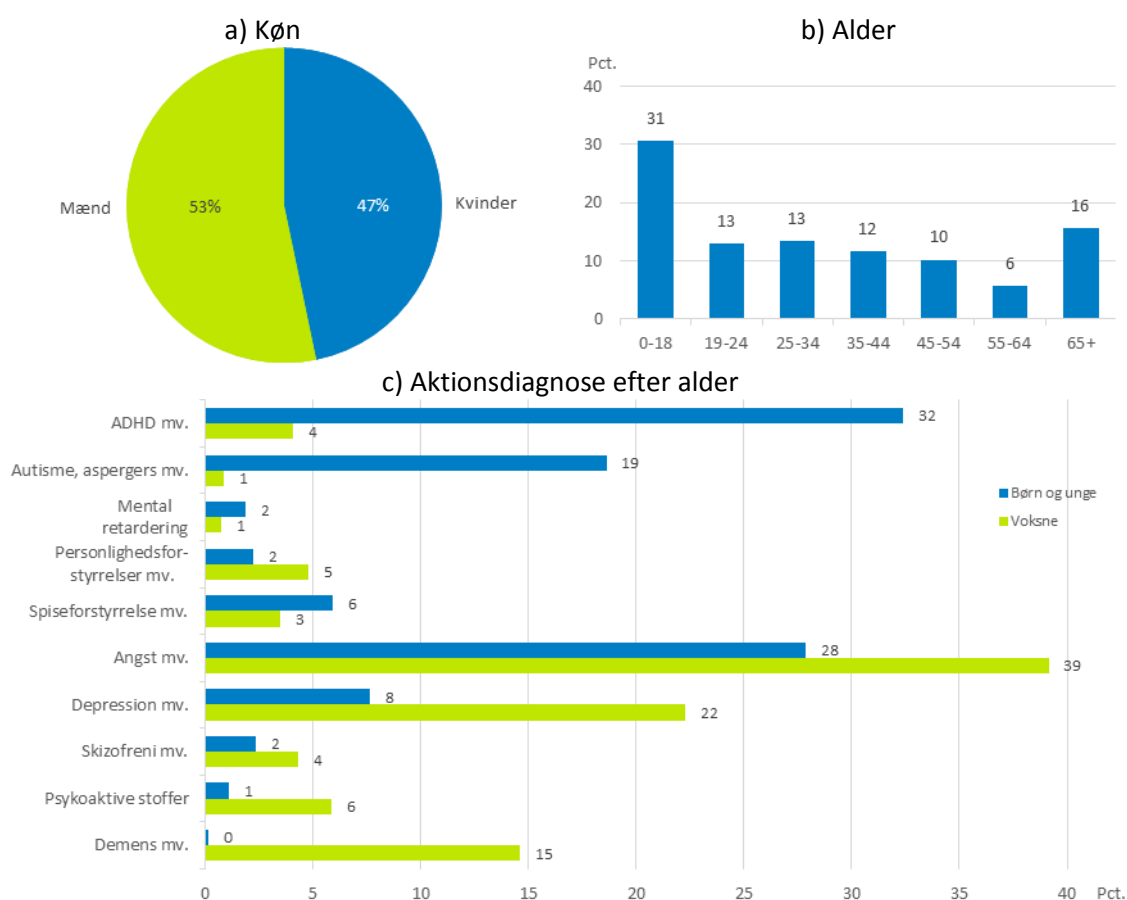
Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren viser antallet af borgere, der i løbet af året har fået stillet en diagnose i det psykiatriske sygehusvæsen på et privat eller offentligt sygehus, fraset de personer, der siden 1995 har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Psykiatriske diagnoser er afgrænset til alle aktionsdiagnoser med en (F*) ICD10-kode med undtagelse af ikke nærmere specificerede psykiske lidelser (F99*). I opfølgelsen indgår kun borgere, der har et gyldigt CPR-nummer, er i live og har en gyldig bopæl pr. 1. januar i året. Tallene er afrundet til nærmeste 50 personer.

² Sundhedsdatastyrelsen har ikke data på diagnoser stillet i praksissektoren af fx privatpraktiserende psykiatere. Disse indgår derfor ikke i analysen.

Lidt over halvdelen af de førstegangsdagnosticerede er kvinder og knap en tredjedel er 18 år eller derunder, jf. Figur 2a og Figur 2b. Næsten 45 pct. af de førstegangsdagnosticerede er 24 år eller derunder og har således hovedparten af sine år på arbejdsmarkedet tilbage. Angst mv. er den hyppigste diagnose blandt voksne og omfatter fire ud af ti, jf. Figur 2c.³ Depression mv. omfatter to ud af ti. Blandt børn og unge er ADHD mv. og angst mv. hyppigst og omfatter begge tre ud af ti.

Figur 2 Baggrundskarakteristika, førstegangsdagnosticerede med psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren viser baggrundskarakteristika for borgere, der i løbet af året har fået stillet en diagnose i det psykiatriske sygehusvæsen på et privat eller offentligt sygehus, fraset de personer, der siden 1995 har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Psykiatriske diagnoser er afgrænset til alle aktionsdiagnoser med ICD10 kode F* med undtagelse af ikke nærmere specificerede psykiske lidelser (F99*). I opgørelsen indgår kun borgere, der har et gyldigt CPR-nummer, er i live og har en gyldig bopæl pr. 1. januar 2014. Alder er opgjort pr. 1. januar. Diagnosegrupperne i Figur 2c dækker over ICD10-hoveddiagnosegrupper, men titlerne er forsimplede for at lette formidlingen. Se dokumentationen i bilag 6.1 for en mere detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne. Børn og unge omfatter borgere fra 0-18 år og voksne borgere på 19 år eller derover.

³ De anvendte diagnoser dækker over ICD10-hoveddiagnosegrupper, men titlerne på diagnosegrupperne er forsimplede for at lette formidlingen. Således dækker fx "angst mv." over "nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer". Se dokumentationen i bilag 6.1 for en mere detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne.

3. Behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet

I dette afsnit beskrives behandlingsforløbet måned for måned op til- og efter, at patienten diagnosticeres med en psykisk lidelse i sygehusvæsenet for første gang. I første omgang analyseres forløbet i det primære sundhedsvæsen, dvs. hos privatpraktiserende psykologer og psykiatere (herefter psykologer og psykiatere) samt alment praktiserende læger.⁴ Herefter belyses forløbet i det somatiske sygehusvæsen og til sidst følges det videre forløb i sygehuspsykiatrien efter borgerne kommer ind for første gang.

Boks 2: Kontakter til sundhedsvæsenet

Kontakter til det **primære sundhedsvæsen** er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler. Kontakter til det **somatiske- og psykiatriske sygehusvæsen** er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og omfatter indlæggelser og ambulante besøg på offentlige og private sygehuse. Se dokumentationen i *bilag 6.1* for en mere detaljeret beskrivelse.

I analysen er kontakterne grupperet på månedsbasis i intervaller på 30 dage. Når der i analysen refereres til andelen med kontakt er det således andelen med kontakt i *måneden*, hvis ikke andet er angivet. Det samme gælder antallet af kontakter pr. borger.

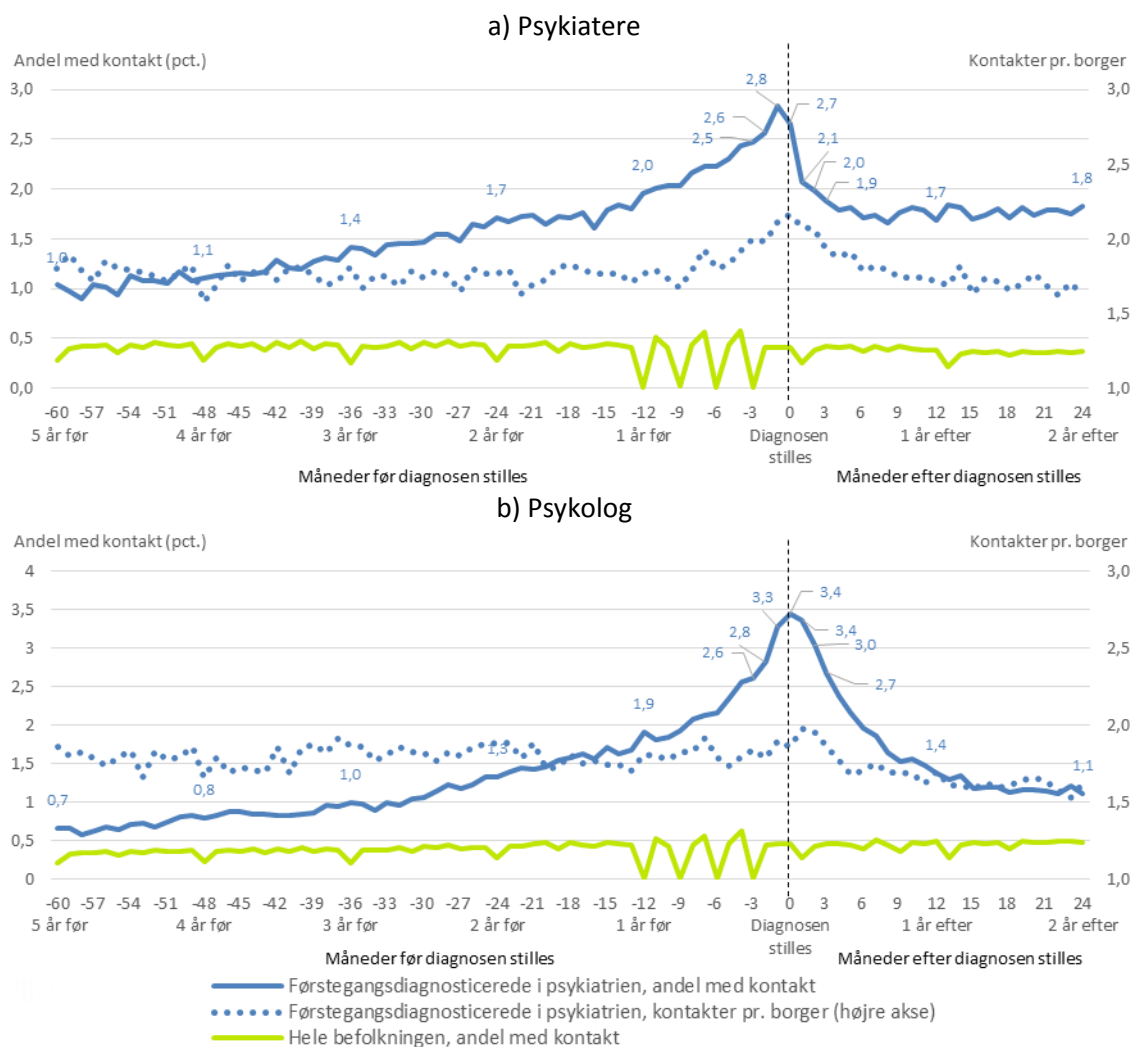
Omkring 3 procent har kontakt til psykiatere eller psykolog i måneden, hvor diagnosen stilles

Fem år før diagnosen stilles i det psykiatriske sygehusvæsen modtager ca. én pct. af de førstegangsdiagnosticerede behandling hos psykiatere eller psykologer pr. måned, jf. *Figur 3a* og *Figur 3b*. Til sammenligning har ca. 0,4 pct. af hele befolkningen kontakt til psykiatere eller psykologer pr. måned over hele perioden. I forløbet frem mod, at diagnosen stilles er der en gradvis stigning i andelen i behandling hos psykiater og psykolog, der topper på ca. 3 pct. omkring måneden, hvor diagnosen stilles. Inden for det efterfølgende år falder andelen i behandling igen og udgør to år efter hhv. omtrent 2 og 1 pct. for hhv. psykiatere og psykologer.

De borgere, der har kontakt til psykiatere eller psykologer, har knap to kontakter om måneden fem år før diagnosen stilles. For borgere med kontakt til psykiatere ses, i de sidste måneder inden diagnosen stilles, en svag intensivering i behandlingen til lige over to kontakter pr. måned. Herefter falder behandlingen til omtrent samme niveau, som før diagnosen blev stillet. For borgere med kontakt til psykolog, er antallet af kontakter stort set uændret omkring måneden, hvor diagnosen stilles, men falder en smule til ca. halvdelen kontakter efter diagnosen er stillet.

⁴ I analysen indgår kun ydelser, der er afregnet med støtte fra Den Offentlige Sygesikring. Det primære sundhedsvæsen omfatter også den kommunale socialpsykiatri som fx socialpædagogisk støtte eller botilbud samt behandling via medicin. Dette indgår dog ikke i analysen.

Figur 3 Forløbet i det primære sundhedsvæsen ved privatpraktiserende psykiatere og psykologer op til- og efter førstegangsdagnosticering med en psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figurerne viser andelen af førstegangsdagnosticerede borgere med kontakt til en psykiater eller en psykolog måned for måned frem mod- og efter tidspunktet, hvor psykiatriske diagnose stilles i sygehusvæsenet. Kontakter pr. borger omfatter kontakter for førstegangsdagnosticerede med mindst én kontakt. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borgere i den pågældende måned og fremefter. Se dokumentationen for anvendte ydelseskoder.

To ud af tre patienter ses i almen praksis i måneden, hvor diagnosen stilles

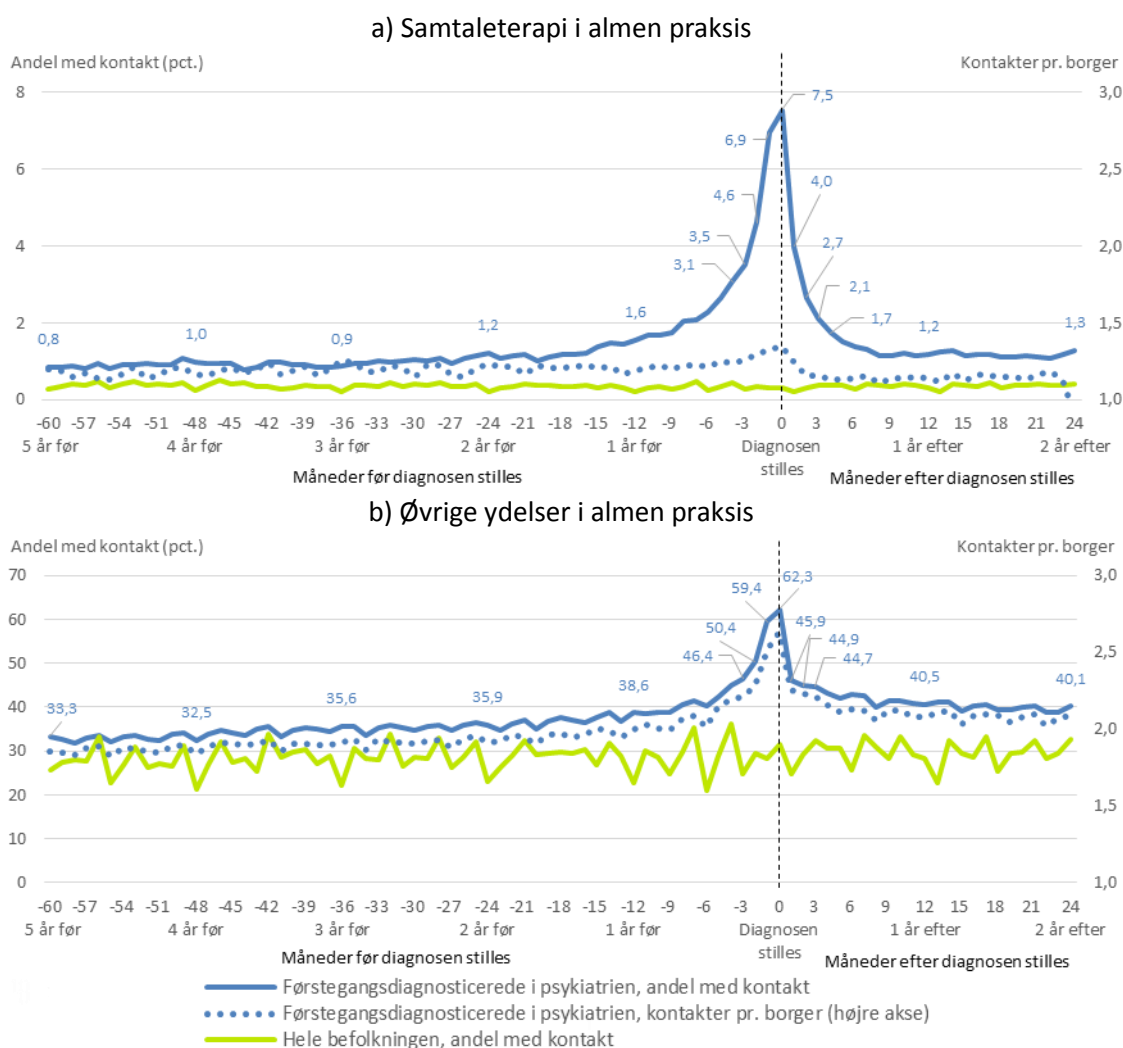
Fra fem til et år før diagnosen stilles modtager omtrent én pct. af de førstegangsdagnosticerede samtaleterapi hos deres alment praktiserende læge pr. måned, *jf. Figur 4a*. I samme periode har ca. 35 pct. en øvrig kontakt til deres alment praktiserende læge, *jf. Figur 4b*. Dette er en smule flere end hele befolkningen, hvor ca. 0,4 pct. i gennemsnit har samtaleterapi i almen praksis i samme periode og omtrent 29 pct. af hele befolkningen har en øvrig kontakt til almen praksis.

Andelen af førstegangsdagnosticerede med samtaleterapi i almen praksis er nogenlunde konstant indtil ét år før diagnosen stilles, hvor andelen stiger til ca. 8 pct. pr. måned, *jf. Figur 4a*. Stigningen sker især i de sidste tre til fire måneder inden diagnosen stilles, hvor andelen stiger fra ca. 4 pct. til ca. 8 pct. I månederne efter diagnosetidspunktet falder andelen igen til niveauet før diagnosen stilledes på omtrent 1 pct.

Det samme mønster ses for øvrige kontakter til almen praksis, *jf. Figur 4b*. I måneden, hvor diagnosen stilles, har to ud af tre borgere kontakt til almen praksis. Almen praksis har således kontakt til størstedelen af de førstegangsdagnosticerede, inden de behandles i det psykiatriske sygehusvæsen.

De borgere, der modtager samtaleterapi i almen praksis, har lidt mere end én kontakt om måneden fem år før diagnosen stilles. Tilsvarende har borgere med øvrige kontakter til almen praksis knap to kontakter pr. måned. For borgere med samtaleterapi er dette stort set uændret over hele perioden. Omvendt ses borgere med øvrige kontakter til almen praksis hyppigere omkring måneden diagnosen stilles, hvor de har lidt over 2,5 kontakter om måneden. Herefter ses de med omtrent samme hyppighed, som før diagnosen stilledes. Således er der for den gennemsnitlige borger en intensivering af den generelle aktivitet i almen praksis omkring perioden, hvor diagnosen stilles.

Figur 4 Forløbet i det primære sundhedsvæsen ved almen praksis op til- og efter førstegangsdiagnosticering med en psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figurerne viser andelen af førstegangsdiagnosticerede borgere med samtaleterapi hos en alment praktiserende læge eller en øvrig kontakt i almen praksis måned for måned frem mod- og efter dagen, hvor den psykiatriske diagnose stilles i sygehusvæsenet. Kontakter pr. borger omfatter kontakter for førstegangsdiagnosticerede med mindst én kontakt. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borgere i den pågældende måned og fremefter. Se dokumentationen for anvendte ydelseskoder.

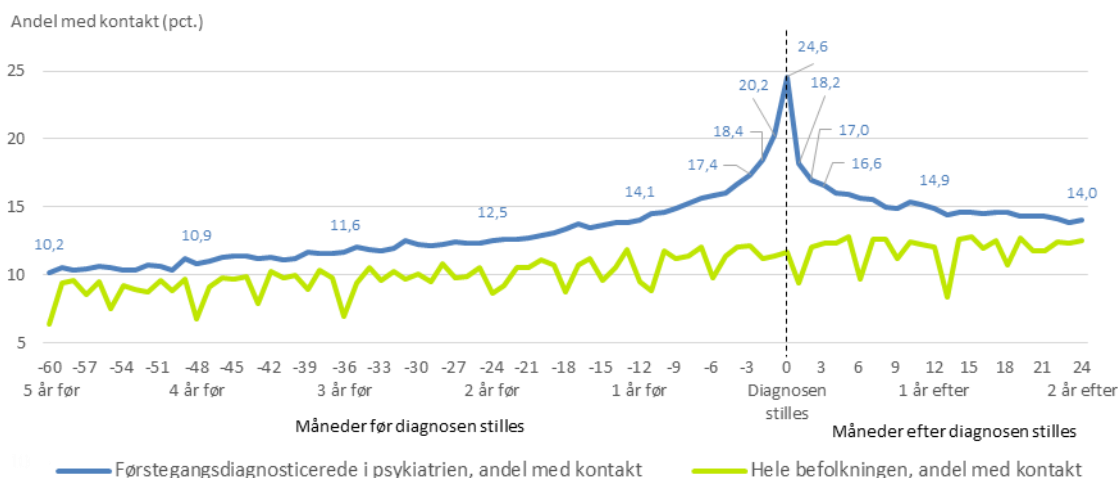
Hver fjerde patient har kontakt til det somatiske sygehusvæsen i måneden diagnosen stilles

Fem år før diagnosen stilles har 10 pct. af de førstegangsdiagnosticerede kontakt med det somatiske sygehusvæsen pr. måned mod ca. 9 pct. i hele befolkningen, jf. Figur 5. Størstedelen af kontakterne er ambulante behandlinger. Næsten 10 pct. af de førstegangsdiagnosticerede har

haft en ambulant kontakt fem år før diagnosen stilles, mens knap 2 pct. har været indlagt, *jf. Bilagsfigur 1*. I forløbet frem mod at diagnosen stilles, er der en gradvis stigning i andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen. To måneder før diagnosen stilles er der en stor stigning i andelen, der toppe på ca. 25 pct. i måneden, hvor diagnosen stilles, *jf. Figur 5*. Heraf har ca. 22 pct. haft et ambulant besøg, mens knap 9 pct. har været indlagt, *jf. Bilagsfigur 1*. I månederne efter diagnosen er stillet falder andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen tilsvarende og udgør to år efter 14 pct. Der er således en betragtelig del af de førstegangsdagnosticerede, der har kontakt til det somatiske sygehusvæsen omkring perioden, hvor de kommer ind i det psykiatriske sygehusvæsen.

De førstegangsdagnosticerede, der indlægges i det somatiske sygehusvæsen, har gennemsnitligt 3,5 sengedage om måneden fem år før diagnosen stilles, *jf. Bilagsfigur 1a*. Førstegangsdagnosticerede, der modtager ambulant behandling, har 1,5 besøg om måneden i gennemsnit, *jf. Bilagsfigur 1b*. I det sidste år inden den psykiatriske diagnose stilles stiger det gennemsnitlige antal sengedage til 5 dage pr. måned pr. person, mens det gennemsnitlige antal ambulante besøg er omtrent uændret.

Figur 5 Forløbet i det somatiske sygehusvæsen op til- og efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

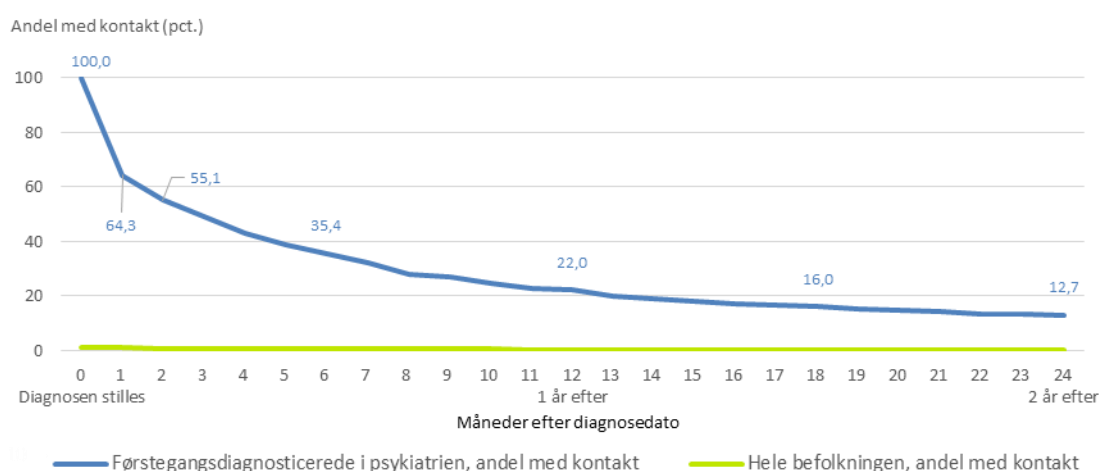
Note: Figuren viser andelen af de førstegangsdagnosticerede borgere med mindst én sengedag under indlæggelse eller ét ambulant besøg i det somatiske sygehusvæsen måned for måned seks år før til to år efter diagnosen er stillet. I figuren indgår borgere behandlet på somatiske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Til sammenligning viser figurene udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter borgere i den pågældende måned og fremefter.

Fire ud af ti borgere har kontakt til sygehuspsykiatrien i det andet år efter diagnosen er stillet første gang

Efter at være kommet ind i sygehuspsykiatrien for første gang, har knap to ud af tre fortsat kontakt til sygehuspsykiatrien den efterfølgende måned, *jf. Figur 6*. Hovedparten kommer ind i sygehuspsykiatrien via en ambulant kontakt. Omtrent 84 pct. af de førstegangsdagnosticerede har et ambulant besøg i sygehuspsykiatrien på dagen, hvor diagnosen stilles, mens 17 pct. indlægges, *jf. Bilagsfigur 2*.⁵ Andelen med kontakt til sygehuspsykiatrien falder gradvist og udgør to år efter diagnosen er stillet ca. 13 pct. pr. måned. Disse borgere modtager hovedsageligt ambulant behandling, *jf. Bilagsfigur 2*. Samlet set har 43 pct. kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i løbet af det andet år efter de diagnosticeres.

De borgere, der har ambulant kontakt til sygehuspsykiatrien, har i gennemsnit to besøg om måneden, *jf. Bilagsfigur 2b*. Dette er stabilt de efterfølgende to år efter diagnosen er stillet. De borgere, der indlægges på en psykiatrisk afdeling, har i gennemsnit 14 sengedage pr. måned i det første halve år efter diagnosen er stillet, *jf. Bilagsfigur 2a*. Herefter falder det gennemsnitlige antal sengedage pr. borger til omtrent 11 dage pr. måned frem til to år efter diagnosen er stillet.

Figur 6 Forløbet i det psykiatriske sygehusvæsen efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren viser andelen af førstegangsdagnosticerede borgere med mindst én senge dag under indlæggelse eller ét ambulant besøg i det psykiatriske sygehusvæsen måned for måned i to år efter diagnosen er stillet. I figuren indgår borgere behandlet på psykiatriske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Punktet "0" omfatter dagen diagnosen stilles, "1" angiver de første 30 dage efter personens første kontakt, mens "2" omfatter kontakter de efterfølgende 30 dage osv. Hvis en borgers første kontakt er en ambulant ydelse uden besøg er referencepunktet i stedet valgt som personens første senge dag under indlæggelse eller ambulante besøg, hvis denne ligger indenfor syv dage efter diagnosen er stillet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borgere i den pågældende måned og fremefter.

⁵ Tallene summerer ikke til 100 pct., da visse borgere har både et ambulant besøg og en indlæggelse på dagen, hvor de kommer ind i sygehuspsykiatrien første gang.

4. Tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet

I det følgende karakteriseres udviklingen i de førstegangsdagnosticeredes tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet måned for måned frem mod- og efter dagen, hvor diagnosen stilles.

Boks 3: Metode til opgørelse af arbejdsmarkedstilknytning

Opgørelsen af tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet er baseret på Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM. DREAM indeholder ugentlige oplysninger om samtlige borgere, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster. Fra 2008 og frem indeholder DREAM desuden månedlige beskæftigelsesoplysninger. Således kan borgernes indkomstgrundlag følges på månedlig basis.

For at kunne følge personerne over hele perioden 2008-2016 afgrænses populationen til borgere, der er fyldt 24-61 år pr. 1. jan 2014.⁶ Derudover udelades borgere med mental retardering og demens mv.⁷ Endeligt beholdes kun borgere, der er registreret i DREAM 1. januar 2008 eller tidligere. Efter afgrænsningen består populationen af 14.450 personer svarende til ca. 40 pct. Denne population har omtrent samme fordeling af køn og diagnoser, som den øvrige population af voksne, jf. Bilagstabel 4.

Indkomstgrundlaget er i denne analyse inddelt i seks grupper:

- Det ordinære arbejdsmarked inkl. uddannelsessøgende
 - Inkl. beskæftigede, dagpengemodtagere, arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere, SU modtagere
- Sygedagpenge
 - Inkl. personer i jobafklaring
- Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere mv.
 - Inkl. personer i ressourceforløb, fleksjob og revalidering
- Førtidspension
- Efterløn mv.
 - Inkl. fleks- og overgangsydelse
- Ikke bosiddende i Danmark og døde

I analysen afgår kun et fåtal til efterløn, som derfor ikke er vist i figuren. Borgere i gruppen "det ordinære arbejdsmarked inkl. uddannelsessøgende" refereres i analysen som værende "tilknyttet arbejdsmarkedet". Med dette forstås at borgeren er under uddannelse, i beskæftigelse eller står til rådighed for arbejdsmarkedet.

⁶ Årsagen til afgrænsningen skyldes datagrundlaget DREAM, der er baseret på udbetalte overførselsindkomster. Derfor skal personerne være mindst 18 år i hele analyseperioden og dermed være berettiget til SU, for at vi kan observere om en person er tilknyttet en uddannelse. Tilsvarende skal personerne være under 64 år i hele perioden, således at personerne ikke afgår fra arbejdsmarkedet som følge af folkepension.

⁷ Borgere med mental retardering udelades, da disse diagnoser ofte er medfødte og konstateres i barndommen, således at en registreret diagnose i Landspatientregisteret sjældent er udtryk for en ny diagnose. Personer med demens mv. er typisk alvorligt syge og har en betragteligt højere dødelighed end de øvrige psykiatriske diagnoser, og har dermed ikke samme forudsætninger for at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet.

Stor overgang til ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp og sygedagpenge blandt førstegangsdagnosticerede

Seks år før diagnosen stilles for første gang er 73 pct. af de førstegangsdagnosticerede tilknyttet arbejdsmarkedet mod 81 pct. i hele befolkningen af borgere på 24-61 år, *jf. Figur 7a*.⁸ Dermed er de førstegangsdagnosticeredes tilknytning til arbejdsmarkedet allerede svagere længe inden de diagnosticeres, selvom deres gennemsnitlige alder er lavere end hele befolkningens. Der er et generelt fald i arbejdsmarkedstilknytningen i hele befolkningen over hele perioden, der i slutningen af perioden udgør 74 pct., *jf. Figur 7b*. Faldet skyldes bl.a. at det er de samme personer, der følges over tid, således at populationen bliver ældre over tid, og dermed formentligt mere tilbøjelige til at forlade arbejdsmarkedet som følge af sygdom. Denne generelle tendens skal der tages hensyn til, når der ses på forløbet på arbejdsmarkedet for de førstegangsdagnosticerede.⁹

Frem mod diagnosen stilles svækkes arbejdsmarkedstilknytningen for en større andel af de førstegangsdagnosticerede sammenholdt med hele befolkningen. Et år før diagnosen stilles er 58 pct. af de førstegangsdagnosticerede tilknyttet arbejdsmarkedet mod 77 pct. i hele befolkning. Svækkelsen i arbejdsmarkedstilknytningen kan forklares ved både en større overgang til ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp mv., der stiger fra 9 pct. til 18 pct., og til sygedagpenge, der stiger fra 8 til 17 pct.

Andelen på førtidspension udgør 3,3 pct. seks år før diagnosen stilles, hvilket er en smule under hele befolkningen. Dette hænger bl.a. sammen med, at gennemsnitsalderen blandt de førstegangsdagnosticerede er lavere end i hele befolkningen. Frem mod at diagnosen stilles stiger andelen på førtidspension gradvist og er et år før diagnosen stilles på 5,2 pct., hvilket er omtrent det samme niveau som for hele befolkningen.

Det sidste år inden og månederne efter diagnosen er stillet ses en stor svækkelse i arbejdsmarkedstilknytningen, der to måneder efter diagnosen er stillet er på sit laveste med 36 pct. I denne periode er årsagen til svækkelsen hovedsageligt en overgang til sygedagpenge. Den sidste måned inden diagnosen stilles falder arbejdsmarkedstilknytningen med 7 pct.point fra 46 pct. til 39 pct., mens andelen på sygedagpenge stiger med 6 pct.point fra 25 pct. til 31 pct. Andelen af ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere mv. stiger også og udgør 24 pct. på dagen, hvor diagnosen stilles.

To måneder efter diagnosen er stillet begynder arbejdsmarkedstilknytningen at styrkes svagt og stiger fra 36 pct. til 43 pct. to år efter. Dette kan hovedsageligt forklares ved et fald i andelen på

⁸ Når der i det følgende refereres til personer tilknyttet arbejdsmarkedet omfatter det også personer under uddannelse.

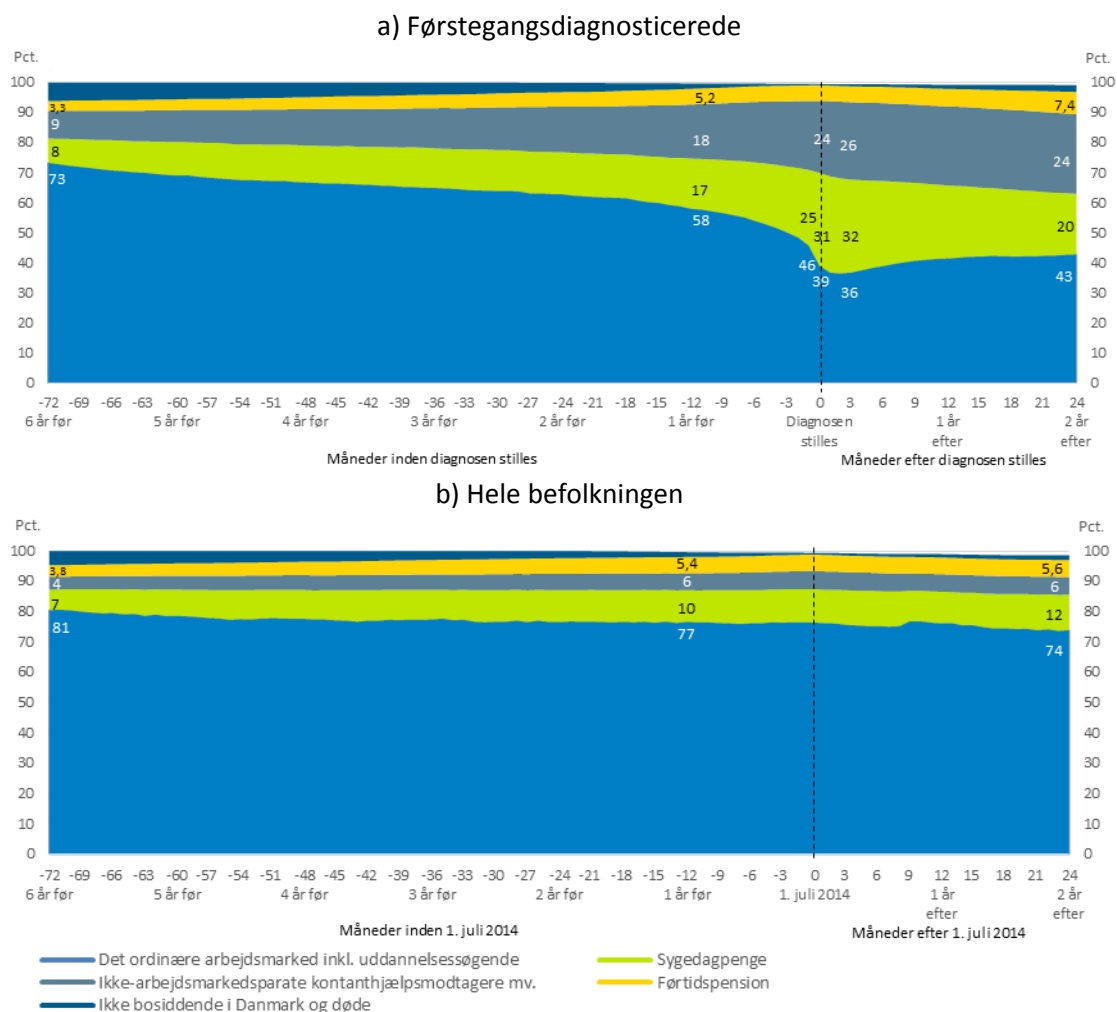
⁹ Derudover er omtrent 5-6 pct. i hele befolkningen og blandt de førstegangsdagnosticerede bosat uden for Danmark seks år før diagnosen stilles. I *Figur 7* er betinget på, at personerne er i live og har en gyldig dansk bopæl på dagen diagnosen stilles, hvormed kategorien "ikke bosiddende i Danmark og døde" udgør 0 pct. i dette punkt ("0"). Derfor vender disse personer løbende tilbage til Danmark frem mod dagen, hvor de diagnosticeres (1. juli 2014 for hele befolkningen). Dermed kan udviklingen i de øvrige grupper skyldes overgange fra denne gruppe, hvilket også skal tages i betragtning.

sygedagpenge, der falder med 12 pct.point fra 32 til 20 pct. Andelen på ikke-arbejdsmarkedsparat kontanthjælp mv. er i samme periode omtrent uændret, hvorimod andelen på førtidspension begynder at stige fra 5,2 pct. til 7,4 pct. to år efter diagnosen er stillet.

Samlet set er hver tredje person, der er på sygedagpenge to måneder efter diagnosen er stillet, tilknyttet arbejdsmarkedet to år efter diagnosen er stillet. For personer på ikke-arbejdsmarkedsparat kontanthjælp mv. er det lidt mere end hver tiende, *jf. Bilagstabel 5*.

Således har de førstegangsdagnosticerede en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet længe inden de diagnosticeres første gang, og flere mister tilknytningen i forløbet op til, at diagnosen stilles. En del formår at genvinde tilknytningen til arbejdsmarkedet, men størstedelen står fortsat uden for arbejdsmarkedet to år efter diagnosen er stillet.

Figur 7 Tilknytning til arbejdsmarkedet op til- og efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014, 24-61 årige



Kilde: Landspatientregisteret, CPR-registeret og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

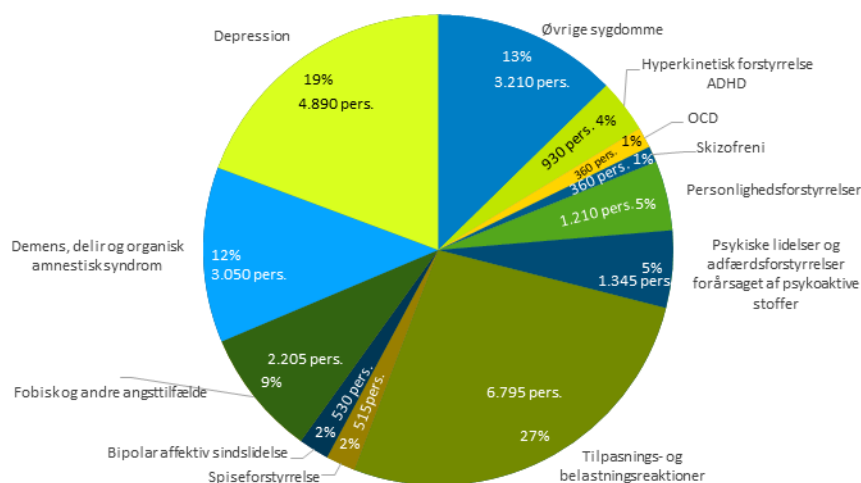
Note: Figurerne viser udviklingen måned for måned i tilknytningen til arbejdsmarkedet el. uddannelsessystemet frem mod og efter tidspunktet den psykiatriske diagnose stilles for personer, der førstegangsdagnosticeres i løbet af 2014 og er 24-61 år pr. 1. januar 2014. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. Tidspunktet diagnosen stilles er indekseret til 0 i figurerne og angivet ved den stiplede, lodrette linje. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er indekseret til 0 og populationen er afgrænset til 24-61 år. Figurerne opgør andelen i populationerne, der har den pågældende tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. En mindre del af populationen overgår til efterløn/folkepension, som ikke er vist i figuren.

5. Forløbet for borgere med udvalgte psykiske lidelser

Dette afsnit undersøger om der er forskelle i forløbene afhængigt af hvilken psykisk lidelse, borgeren diagnosticeres med for første gang. Der fokuseres på de voksne patienter.

Af de 36.500 førstegangsdagnosticerede i sygehuspsykiatrien i 2014 er 25.300 voksne. Den mest udbredte sygdomsgruppe er tilpasnings- og belastningsreaktioner, der omfatter hver fjerde af de førstegangsdagnosticerede voksne, jf. Figur 8. Depression står for hver femte, mens én ud af ti diagnosticeres med fobiske eller andre angsttilfælde (herefter "angst").

Figur 8 Førstegangsdagnosticerede voksne efter udvalgte psykiske lidelser, 2014



Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren viser førstegangsdagnosticerede voksne (19 år og derover) i det psykiatriske sygehusvæsen efter udvalgte psykiske lidelser. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. I opgørelsen indgår kun borgere, der har et gyldigt CPR-nummer, er i live og har en gyldig bopæl pr. 1. januar 2014. Alder er opgjort pr. 1. jan. Antal patienter er afrundet til nærmeste fem. Se dokumentationen i bilag 6.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder.

I det følgende undersøges disse psykiske lidelser nærmere: 1) tilpasnings- og belastningsreaktioner, 2) angst, 3) depression, 4) bipolar affektiv sindslidelse og 5) skizofreni. De første tre udvælges, da de er de hyppigst forekommende psykiske lidelser. Skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse udvælges grundet sygdommens karakter, som bl.a. er forbundet med høj dødelighed, øget selvmordshyppighed og en højere forekomst af øvrige sygdomme, jf. Sundhedsstyrelsen.¹⁰ For at lette formidlingen betegnes de første tre sygdomme i det følgende som "lettere" psykiske lidelser, mens de sidste to betegnes "sværere" psykiske lidelser.

¹⁰ Se www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedsladet/2011/maanedsladet_nr_2_februar_2011/behandling_af_bipolar_affektiv_sindslidelse og http://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/~/_media/E4438D20ED0445C4BE4A622140FFE631.ashx

Det skal bemærkes, at der inden for den enkelte sygdom kan være forskelle i sværhedsgraden. Det er på baggrund af data ikke muligt at differentiere den enkelte diagnoses sværhedsgrad i fx "lette", "moderate" eller "svære" angsttilfælde. Personer med angst kan således opleve symptomer, der er ligeså invaliderende, som personer med skizofreni oplever. Anvendelsen af terminologien "let" og "svær" i det følgende skal derfor tages med forbehold.

For en nærmere beskrivelse af de psykiske lidelser, se *Boks 4*.

Boks 4. Udvalgte psykiske lidelser

Tilpasnings- og belastningsreaktioner opstår i tilslutning til svær eller langvarig psykosocial belastning og er karakteriseret ved depressive, emotionelle, adfærdsmæssige eller angstprægede symptomer samt anspændthed, ulyst og oplevelsen af tab af selvkontrol. Tilpasnings- og belastningsreaktioner er forbigående tilstande, omend de kan være langvarige, og opstår grundet en stressgivende psykisk hændelse, fx dødsfald, skilsmisse, afskedigelse eller traumatiske/katastrofale begivenheder (posttraumatisk stresslidelse).

Fobisk- og andre angsttilfælde er karakteriseret af stærk angst/frygt, i en situation, ved en aktivitet eller i relation til en speciel genstand. Fobisk angst kan være angst for at stå frem og blive set af andre, særligt i situationer hvor mange mennesker er forsamlet (social fobi), angst for åbne eller lukkede rum (agora- og klaustrofobi) eller andre specifikke fobier. Det kan også være akut opstående og tilbagevendende anfald af svær angst, som ikke umiddelbart er begrænset til specielle situationer eller omstændigheder (panikangst), eller vedvarende, men ikke begrænset til bestemte situationer eller omstændigheder (generaliseret angst).

Depression er en psykisk sygdom, som vises ved vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthed. Andre symptomer kan være nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbefbrejdelser eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, koncentrationsbesvær, rastløshed, uro eller hæmning, søvnforstyrrelser, nedsat appetit eller vægttab.

Bipolar affektiv sindslidelse kommer til udtryk i forskellige variationer, men er typisk kendetegnet ved tilbagevendende episoder af både mani og depression. Mani er en tilstand med sygelig forhøjet stemningsleje og forøget energi med hyperaktivitet, taletrang og nedsat søvnbehov. Ved mani er symptomerne til stede i en grad, så evnen til at klare dagliglivets aktiviteter er nedsat.

Skizofreni er en psykisk sygdom, hvor typiske symptomer er vrangforestillinger, sanseforstyrrelser, sproglige forstyrrelser, følelsesmæssig affladning, social isolation, uro og angst. Vrangforestillinger kan fx være oplevelse af at blive forfulgt af fremmede magter og sanseforstyrrelser kan være hallucinationer fx stemmehøring.

Kilde: Sundhed.dk

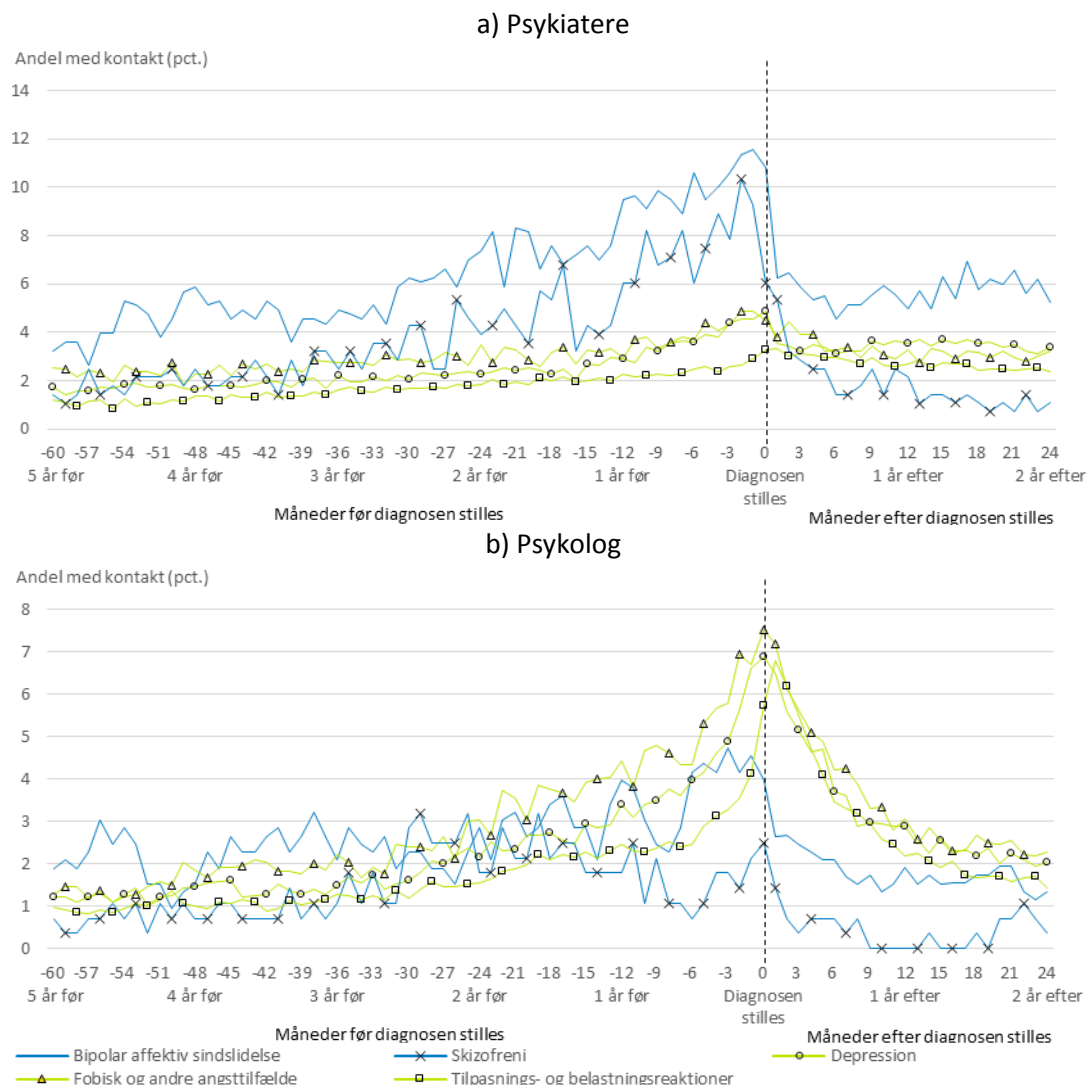
Flere med sværere psykiske lidelser er i kontakt med privatpraktiserende psykiatere, mens flere med lettere psykiske lidelser har kontakt til privatpraktiserende psykologer

Voksne, der diagnosticeres med sværere psykiske lidelser, er i højere grad i kontakt med psykiatere, *jf. Figur 9a*. Andelen med kontakt pr. måned stiger gradvist og udgør 10 til 12 pct. umiddelbart inden diagnosen stilles. Efter diagnosen er stillet sker imidlertid et fald til ca. 6 pct. for voksne med bipolar affektiv sindslidelse og 1 pct. for borgere med skizofreni. Omvendt er det hovedsageligt borgere med lettere psykiske lidelser, der har kontakt til psykologer, *jf. Figur 9b*. Omkring perioden, hvor diagnosen stilles, er ca. 7 pct. i behandling hos psykolog, hvilket gradvist falder til ca. 2 pct. to år efter diagnosen er stillet. Dette kan bl.a. hænge sammen med, at visse borgere med angst og depression modtager tilskud til behandling hos psykologer.¹¹

På tværs af de psykiske lidelser er der således forskelle i kontaktmønsteret i det primære sundhedsvæsen inden borgerne behandles i det psykiatriske sygehusvæsen. Det er dog fortsat en mindre andel af de førstegangsdiagnosticerede, der har kontakt til psykologer eller psykiatere.

¹¹ Dette omfatter nærmere bestemt henvisningsgruppe 10 og 11 under psykologordningen.

Figur 9 Forløbet i det primære sundhedsvæsen ved privatpraktiserende psykiatere og psykologer op til- og efter førstegangsdagnosticering med en psykisk lidelse opdelt efter udvalgte sygdomme, voksne, 2014



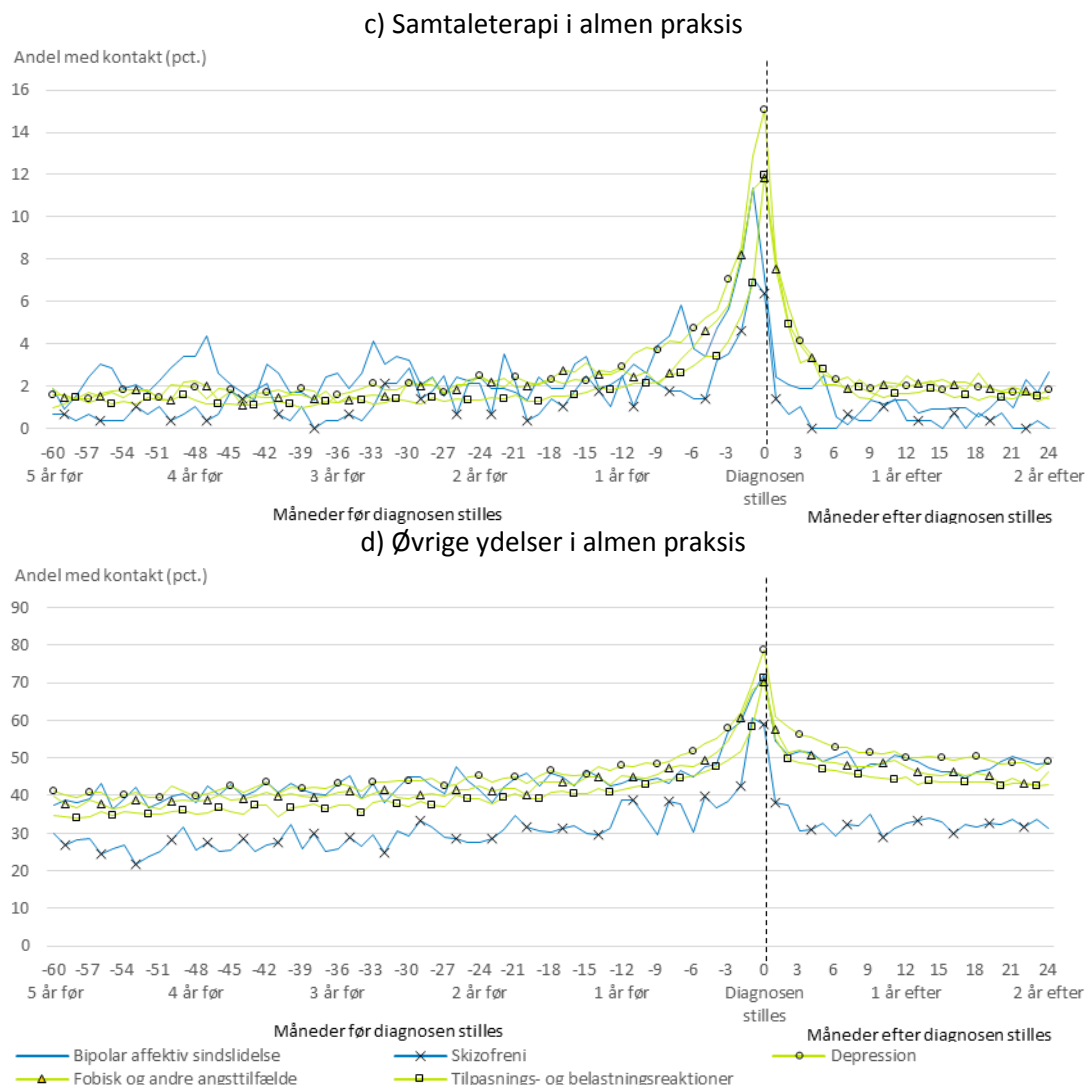
Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figurerne viser for udvalgte psykiske lidelser andelen af førstegangsdagnosticerede voksne (19 år og derover) med samta-
leterapi hos en alment praktiserende læge, kontakt til en psykiater, kontakt til en psykolog eller en øvrig kontakt i almen
praksis måned for måned frem mod- og efter tidspunktet, hvor den psykiatriske diagnose stilles i sygehusvæsenet. Se an-
mærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. Punktet "0" omfatter intervallet 15
dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage
før diagnosen stilles osv. Borgere der dør efter diagnosen er stillet udelades i beregningen af andelen af borgere med kon-
takt i den pågældende måned og fremefter. Før 2014 indberettes ydelser til Sygesikringsregisteret kun på ugebasis. Her er
hver kontakt placeret mandag i ugen. Se dokumentationen for anvendte ydelseskoder.

Særligt borgere med lettere psykiske lidelser har kontakt til almen praksis

Omtrent 1-2 pct. har samtaleterapi i almen praksis i forløbet op til, at diagnosen stilles, hvilket er nogenlunde ens på tværs af alle sygdomme, *jf. Figur 10a*. I perioden hvor diagnosen stilles er det hovedsageligt voksne med lettere psykiske lidelser, der modtager samtaleterapi, for hvilke andelen stiger til omtrent 12-15 pct. Forløbet er imidlertid kortvarigt og efter tre måneder er andelen tilbage på omtrent samme niveau, som før diagnosen stilledes. Voksne, der diagnosticeres med skizofreni, gør i mindre grad brug af øvrige ydelser i almen praksis, *jf. Figur 10b*. Blandt de førstegangsdagnosticerede med skizofreni modtager ca. seks ud af ti patienter dog øvrige ydelser i almen praksis, mens det for de øvrige sygdomme er omtrent syv ud af ti patienter.

Figur 10 Forløbet i det primære sundhedsvæsen ved almen praksis efter førstegangsdiagnosticering med en psykisk lidelse opdelt efter udvalgte sygdomme, voksne, 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

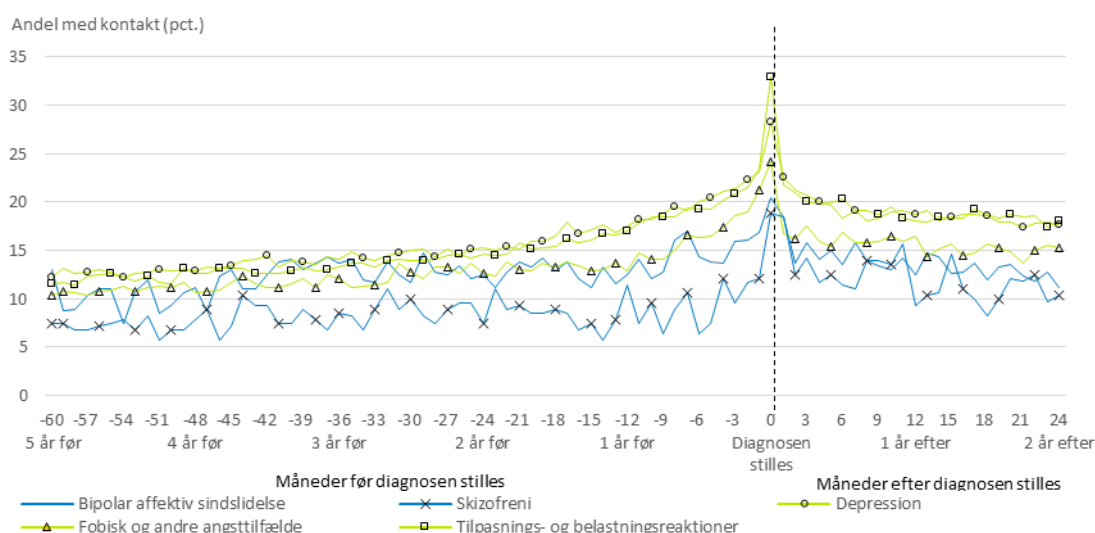
Note: Figurerne viser for udvalgte psykiske lidelser andelen af førstegangsdiagnosticerede voksne (19 år og derover) med samtaleterapi hos en alment praktiserende læge, kontakt til en psykiater, kontakt til en psykolog eller en øvrig kontakt i almen praksis måned for måned frem mod- og efter tidspunktet, hvor den psykiatriske diagnose stilles i sygehusvæsenet. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdiagnosticerede i denne analyse. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Borgere der dør efter diagnosen er stillet udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt i den pågældende måned og fremefter. Se dokumentationen for anvendte ydelseskoder.

Voksne med lettere psykiske lidelser har hyppigere kontakt til det somatiske sygehusvæsen

Det er hovedsageligt personer med lettere psykiske lidelser, der har kontakt til det somatiske sygehusvæsen i perioden før diagnosen stilles, jf. Figur 11. De sidste to år inden diagnosen stilles begynder andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen at stige for borgere med tilpasnings- og belastningsreaktioner samt depression, mens stigningen for borgere med angst sker omtrent ét år før diagnosen stilles. Stigningen sker hovedsageligt gennem ambulant kontakt, jf. Bilagsfigur 3.

Omkring perioden hvor diagnosen stilles stiger andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen væsentligt for alle psykiske lidelser. Det er dog igen især for patienter med de lettere psykiske lidelser, at der ses en stigning, både i forhold til andelen med indlæggelse og ambulant besøg. Omtrent hver fjerde person med en lettere psykisk lidelse har kontakt til det somatiske sygehusvæsen i måneden diagnosen stilles, mens det for personer med tungere psykiske lidelser er omtrent to ud af ti personer. Efterfølgende falder andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen og er inden for et halvt år efter omtrent på et stabilt, men en smule højere niveau end før diagnosen stilledes.

Figur 11 Forløbet i det somatiske sygehusvæsen året før og året efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse opdelt efter udvalgte sygdomme, 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

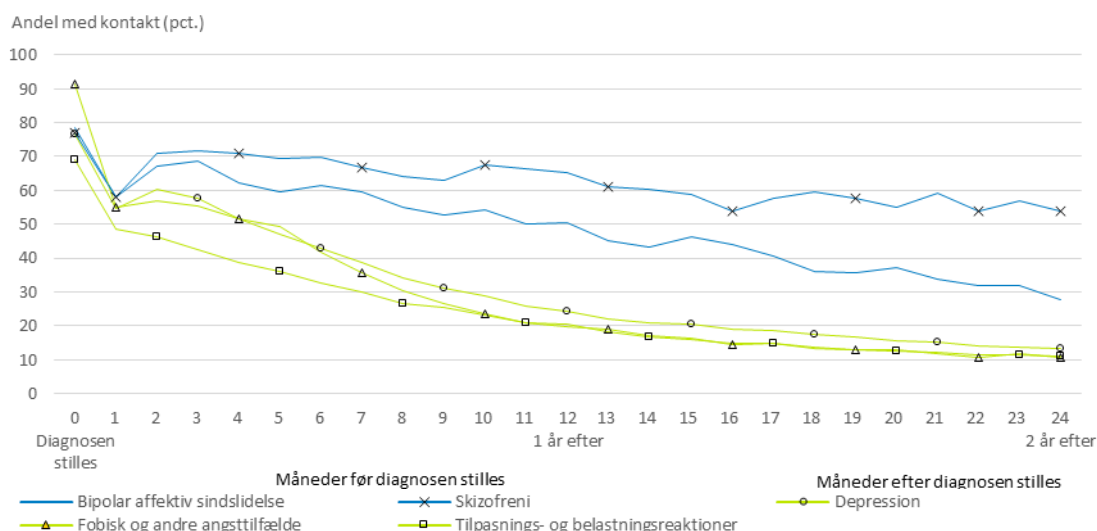
Note: Figuren viser for udvalgte psykiske lidelser andelen af de førstegangsdagnosticerede voksne (19 år og derover) med mindst én sengedag under indlæggelse eller ét ambulant besøg i det somatiske sygehusvæsen måned for måned seks år før til to år efter diagnosen er stillet. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. I figuren indgår borgere behandlet på somatiske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Borgere der dør efter diagnosen er stillet udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt i den pågældende måned og fremefter.

Voksne med sværere psykiske lidelser har længere behandlingsforløb i sygehuspsykiatrien

Voksne med sværere psykiske lidelser og især voksne med skizofreni har det længste forløb efter at være kommet ind i sygehuspsykiatrien for første gang, jf. Figur 12. Omtrent seks ud af ti personer med skizofreni og tre ud af ti med bipolar affektiv sindslidelse har kontakt til psykiatrien to år efter diagnosen er stillet pr. måned. For personer med lettere psykiske lidelser er det omtrent én ud af ti. Samlet set har hver ottende person med skizofreni og hver syvende med bipolar affektiv sindslidelse kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen i løbet af det andet år efter diagnosen er stillet. Forløbet efter diagnosen er stillet sker altovervejende gennem ambulant behandling, jf. Bilagsfigur 4.

Voksne med tilpasnings- og belastningsreaktioner er dem, der hyppigst kommer ind i sygehuspsykiatrien for første gang gennem en indlæggelse, med omtrent hver tredje, efterfulgt af skizofreni, depression og bipolar affektiv sindslidelse, jf. Bilagsfigur 4. Borgere med angst ligger i den modsatte ende med under én ud af ti. Der er således ingen klar sammenhæng mellem måden, hvormed borgeren kommer ind i sygehuspsykiatrien for første gang og om den psykiske lidelse er let eller svær.

Figur 12 Forløbet i det psykiatriske sygehusvæsen efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse opdelt efter udvalgte sygdomme, 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren viser for udvalgte psykiske lidelser andelen af førstegangsdagnosticerede voksne (19 år og derover) med mindst én sengedag under indlæggelse eller ét ambulant besøg i det psykiatriske sygehusvæsen måned for måned i to år efter diagnosen er stillet. I figuren indgår borgere behandlet på psykiatriske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Punktet "0" omfatter dagen diagnosen stilles, "1" angiver de første 30 dage efter personens første kontakt, mens "2" omfatter kontakter de efterfølgende 30 dage osv. Hvis en borgers første kontakt er en ambulant ydelse uden besøg er referencepunktet i stedet valgt som personens første sengedag under indlæggelse eller ambulante besøg, hvis denne ligger inden for syv dage efter diagnosen er stillet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt i den pågældende måned og fremefter.

Ens arbejdsmarkedstilknytning på tværs af sygdomme før diagnosen stilles – stor spredning efter

Seks år før diagnosen stilles er der ikke større forskelle i andelen tilknyttet det ordinære arbejdsmarked på tværs af sygdommene. Der er dog en større andel blandt førstegangsdagnosticerede borgere med skizofreni på 7 pct., der er på førtidspension, *jf. Figur 13a*. For borgere med depression er det omtrent 3 pct., *jf. Figur 13b*.¹² Omvendt er en mindre andel på 3 pct. med skizofreni på sygedagpenge mod 8 pct. blandt borgere med depression. Borgere med skizofreni adskiller sig på samme måde i tilknytningen til arbejdsmarkedet fra de øvrige sygdomme, der er vist i *Bilagsfigur 5*.

Frem mod at diagnosen stilles svækkes arbejdsmarkedstilknytningen gradvist i alle sygdomsgrupperne. Et halvt år før diagnosen stilles er andelen tilknyttet arbejdsmarkedet næsten identisk på tværs af alle sygdomme og udgør omtrent halvdelen, *jf. Figur 13* og *Bilagsfigur 5*. Andelen falder imidlertid de sidste to måneder inden- frem til to måneder efter diagnosen er stillet, men i forskellig grad på tværs af sygdommene. For de lettere sygdomme, og især angst og tilpasnings- og belastningsreaktioner, falder andelen ikke i ligeså høj grad, som for de sværere psykiske lidelser. Således er mellem tre og fire ud af ti borgere med en lettere psykisk lidelse tilknyttet arbejdsmarkedet to måneder efter diagnosen er stillet mod to til tre ud af ti blandt borgere med en svær psykisk lidelse. Det gælder i særdeleshed for borgere med skizofreni, hvor mindre end hver fjerde er tilknyttet arbejdsmarkedet to måneder efter diagnosen er stillet.

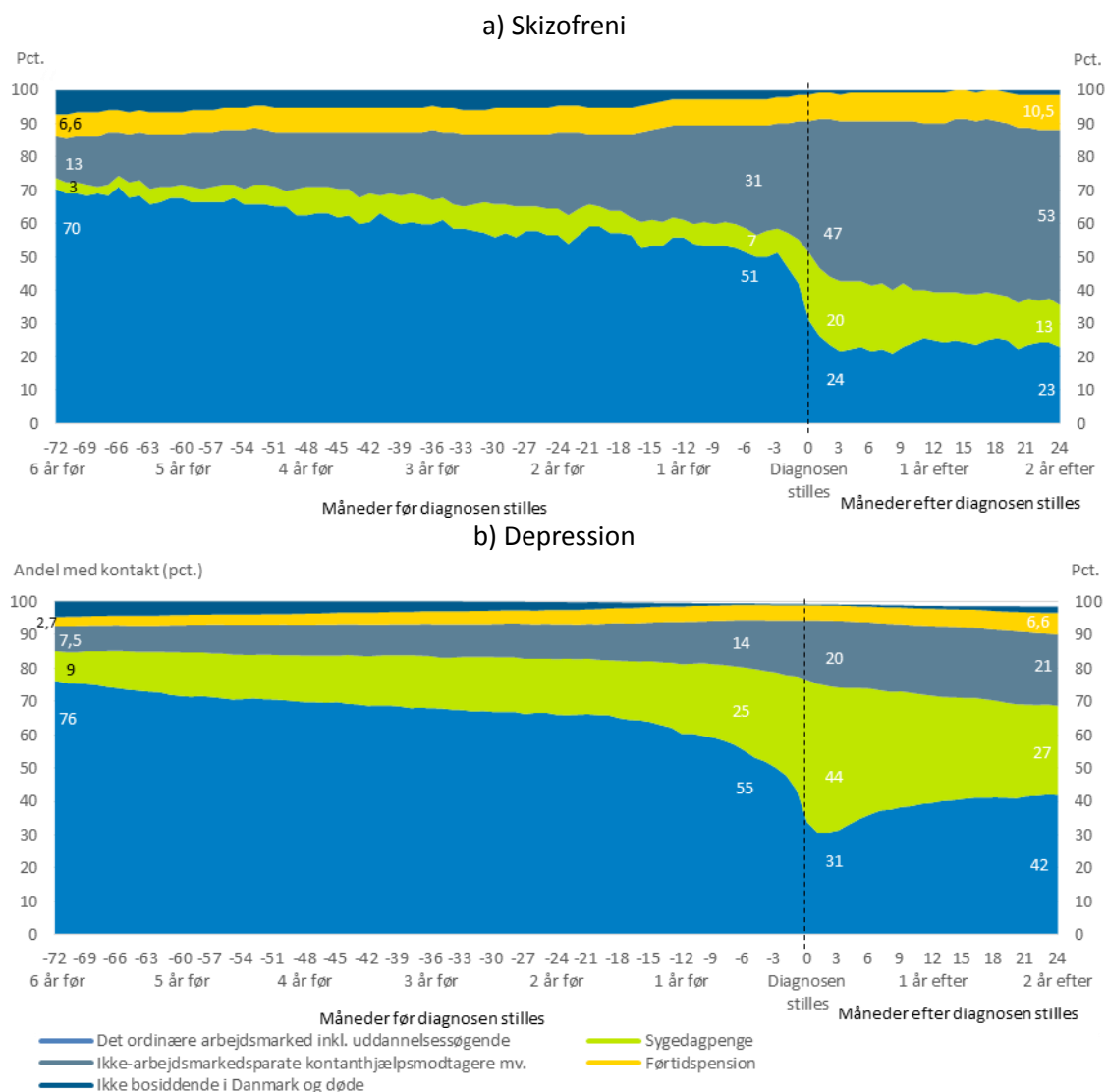
For alle sygdomme ses en øget overgang til sygedagpenge. Hos borgere med skizofreni ses desuden også en stor overgang til ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp mv., der udgør halvdelen to måneder efter diagnosen er stillet.

Fra omtrent to måneder efter diagnosen er stillet begynder andelen, som er tilknyttet arbejdsmarkedet, at stige igen, men hovedsageligt for borgere med lettere psykiske lidelser. To år efter diagnosen er stillet er omtrent fire ud af ti borgere med lettere psykiske lidelser tilknyttet arbejdsmarkedet. For borgere med skizofreni er det omtrent to ud af ti. Det skyldes især, at en større andel med skizofreni er på ikke-arbejdsmarkedssparat kontanthjælp mv. For alle sygdomsgrupperne ses også en øget overgang til førtidspension specielt for borgere med skizofreni og tilpasnings- eller belastningsreaktioner, *jf. Figur 13* og *Bilagsfigur 5*.

Samlet set er der større forskelle i tilknytningen til arbejdsmarkedet på tværs af sygdommene efter diagnosen er stillet, hvor en større andel blandt personer med lettere psykiske lidelser formår at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet.

¹² Det skal dog bemærkes, at en større andel af voksne med skizofreni er bosat uden for Danmark i årene før diagnosen stilles og derfor kan være tilknyttet arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet i udlandet, *jf. Figur 13*. Det samme gør sig gældende for borgere med tilpasnings- eller belastningsreaktioner, *jf. Bilagsfigur 5*. Desuden bemærkes, at populationerne er afgrænset til borgere, der er fyldt 24-61 år pr. 1. januar 2014 for at kunne følge personerne over hele perioden.

Figur 13 Tilknytning til arbejdsmarkedet seks år før og to år efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014 efter udvalgte sygdomme, 24-61 årige



Kilde: Landspatientregisteret, CPR-registeret og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figurerne viser udviklingen måned for måned i tilknytningen til arbejdsmarkedet el. uddannelsessystemet frem mod og efter tidspunktet den psykiatriske diagnose stilles for personer, der førstegangsdagnosticeres i løbet af 2014 med a) skizofreni og b) depression og er 24-61 år pr. 1. januar 2014. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. Tidspunktet diagnosen stilles er indekset til 0 i figurerne og angivet ved den stiplede, lodrette linje. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er indekset til 0 og populationen er afgrænset til 24-61 år. Figurerne opgør andelen i populationerne, der har den pågældende tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. En mindre del af populationen overgår til efterløn, hvilket ikke er vist i figuren.

6. Bilag

6.1 Dokumentation

Kilder

Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) 2009 opgjort 10. april 2010, 2010-16 opgjort 10. marts i det efterfølgende år¹³ og Sygesikringsregisteret 2009-16 opgjort pr. 10 marts i det efterfølgende år, Sundhedsdatastyrelsen. Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Population

Grundpopulation

Populationen i denne analyse omfatter alle borgere, der i løbet af 2014 får stillet sin første psykiatriske diagnose. Psykiatriske diagnoser defineres som alle F* aktionsdiagnoser (ICD-10 koder) stillet i det psykiatriske sygehusvæsen på et privat- eller offentligt sygehus med undtagelse af F99* (Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser). Førstegangsdagnosticerede i psykiatrien defineres som borgere, der i opgørelsesåret ikke har fået stillet en psykiatrisk diagnose siden 1995, svarende til den maksimale periode med tilgængelige data. Der betinges på, at borgeren skal have et gyldigt CPR-nummer, være i live og have en gyldig bopæl pr. 1. januar 2014.

I analysen af udviklingen i arbejdsmarkedstilknytningen er alene set på borgere, der er 24-61 år pr. 1. jan 2014. Borgere hvis første diagnose er mental retardering eller demens mv. er udeladt.

Baggrundskarakteristika

Diagnosegrupperinger

Hoveddiagnosegrupper anvendt i analysen dækker over følgende gruppering af ICD-10 koder, jf. *Bilagstabel 1*.

¹³ I forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 blev indberetningen til LPR forsinket, hvorfor data fra Region Hovedstaden er opgjort pr. 10. juni 2017.

Bilagstabel 1 Hoveddiagnosegrupper

Titel anvendt i analysen	ICD10-hoveddiagnosegruppetitel	ICD-10 koder
Demens mv.	Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	F00-F09
Psykoaktive stoffer	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	F10-F19
Skizofreni mv.	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	F20-F29
Depression mv.	Affektive sindslidelser	F30-F39
Angst mv.	Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	F40-F48
Spiseforstyrrelse mv.	Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	F50-F59
Personlighedsforstyrrelser mv.	Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	F60-F69
Mental retardering	Mental retardering	F70-F79
Autisme, aspergers mv.	Psykiske udviklingsforstyrrelser	F80-F89
ADHD mv.	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescence	F90-F98

De udvalgte psykiske lidelser i afsnit 5 er afgrænset som følger.

Bilagstabel 2 Udvalgte psykiske lidelser

	ICD-10 koder
Demens, delir og organisk amnestisk syndrom	F00-F05
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	F10-F19
Skizofreni	F20
Bipolar affektiv sindslidelse	F31
Depression	F32-F33
Fobisk og andre angsttilfælde	F40-F41
Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)	F42
Tilpasnings- og belastningsreaktioner	F43
Spiseforstyrrelser	F50
Personlighedsforstyrrelser	F60-F69
Mental retardering	F70
Autismespektrumforstyrrelser	F84
Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD	F90
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser ex. ADHD	F91-F99
Øvrige sygdomme	Alle øvrige F* ex. F99

Aktivitet i det primære sundhedsvæsen

Aktivitet i det primære sundhedsvæsen (praksissektoren) er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Aktiviteten opgøres som antal kontakter. Kontakter er afgrænset til registreringer, hvor borgerens køn, alder og bopælsregion kan identificeres. Før 2014 indberettes ydelser til Sygesikringsregisteret kun på ugebasis. Her er hver ydelse placeret den pågældende mandag i ugen.

Kontakter

En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler.

Antal kontakter er afgrænset således, at der medtages maksimalt fem af samme ydelseskode fra én afregningslinje. For modregnede negative ydelser, minusydelser, medtages tilsvarende kun ned til et antal på minus 5 ydelser. Hvis antallet af kontaktydelser på én afregningslinje er mindre end minus 5 eller højere end plus 5 afgrænses antallet i opgørelsen til hhv. minus 5 og 5. Fx afgrænses et kontaktydelsesantal på minus 10 til minus 5.

Almen praksis

Kontakter til almen praksis omfatter afregnede ydelser, der vurderes at udgøre en særskilt kontakt til almen praksis. Der indgår både kontakter til almen praksis i dagstid og uden for dagstid samt både fysiske kontakter og telefon-/email-konsultationer. Kontakter til almen praksis er indtelt i samtaleterapi og øvrige ydelser:

- Samtaleterapi i almen praksis (ydelsesnr. 6101)
- Øvrige ydelser i almen praksis (alle ydelsesnr. ex. 6101)

Psykiatere og psykologer

Kontakter til praktiserende psykiatere og psykologer dækker over ydelser i Sygesikringsregistret, der vurderes at udgøre en særskilt kontakt inden for specialerne

- Psykiater (speciale 24 el. 26)
- Psykolog (speciale 63)

Aktivitet i sygehusvæsenet

Aktivitet i det somatiske- og psykiatriske sygehusvæsen er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10 marts, med undtagelse af 2009, der er opgjort pr. 10. april 2010, og 2016, hvor aktiviteten på somatiske afdelinger i Region Hovedstaden er opgjort pr. 10. juni 2017, som følge af udfordringer ved implementeringen af Sundhedsplatformen. Aktivitet på både offentlige og private sygehuse indgår. Raske ledsagere og raske nyfødte indgår ikke i opgørelserne.

Indlæggelse

En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen.

Sengedage

Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være én sengedag pr. indlæggelse.

Ambulante besøg, psykiatrisk sygehusvæsen

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg opgøres som en patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling, eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset i et såkaldt udebesøg. Ydelser uden besøg, f.eks. udfærdigelse af erklæringer, samtale med forældre, værge eller pårørende mv., medtages ikke. Ydelser uden besøg er knyttet til et CPR-nummer, men kræver ikke patientens fremmøde. Desuden indberettes fysio- og ergoterapeutiske ydelser som ydelser uden besøg, og indgår dermed heller ikke i opgørelsen. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en psykiatrisk skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Ambulante besøg, somatisk sygehusvæsen

Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af sundhedsfagligt uddannet personale eller modtagelse af en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. For den enkelte patient opgøres der kun ét ambulant besøg pr. dag pr. afdeling. Der indgår tal for fremmøde på en skadestueafdeling, hvor indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand. I opgørelser fra 2014 og frem indgår kontakter på akut ambulante afdelinger i opgørelsen af ambulante besøg.

Tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet

Opgørelsen af tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet er baseret på Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM. DREAM indeholder ugentlige oplysninger om samtlige borgere, der har modtaget visse offentlige overførselsindkomster. Fra 2008 og frem indeholder DREAM desuden månedlige beskæftigelsesoplysninger. Således kan borgernes indkomstgrundlag følges på månedlig basis. Indkomstgrundlaget er i denne analyse inddelt i seks grupper, jf. Bilagstabel 3.

Bilagstabel 3 Gruppering af DREAM-koder

Arbejdsmarkedstilknytningskategori	Ydelseskoder
Det ordinære arbejdsmarked - <i>Beskæftigede/uddannelsessøgende</i> (lønindkomst, selvforsørgelse, orlov, uddannelsessøgende) - <i>Ledige</i> (Dagpengemodtagere inkl. uddannelseshjælp, jobklar og særlig uddannelsesyndelse samt arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere)	121-123, 412, 413, 511, 521, 522, 651, 652, 661, 881, 111-114, 124-126, 211, 213-218, 231, 232, 299, 151, 152, 130-139, 140-149, 160, 163-169
Sygedagpenge - <i>Inkl. jobafklaring</i>	890, 893-899, 870, 873-878
Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere mv. - <i>Ikke-arbejdsmarkedssparate kontanthjælpsmodtagere</i> (inkl. personer i ressourceforløb) - <i>Ledighedsyndelse</i> - <i>Fleksjob eller visiteret til et fleksjob</i> - <i>Forrevalidering og revalidering</i>	700, 703-708, 710, 713-718, 720, 723-729, 730, 731, 733-739, 740, 741, 743-748, 750, 753-758, 760, 763-768, 771, 774, 784, 785, 810, 813-818
Førtidspension - <i>Inkl. skånejob</i>	781, 783
Efterløn mv. - <i>Fleks- og overgangsyndelse</i> - <i>Efterløn</i>	611, 621, 622
Ikke bosiddende i Danmark og døde	997, 999

6.2 Tabeller og figurer

Bilagstabel 4 Baggrundskaraktistika for populationer af førstegangsdagnosticerede, 2014

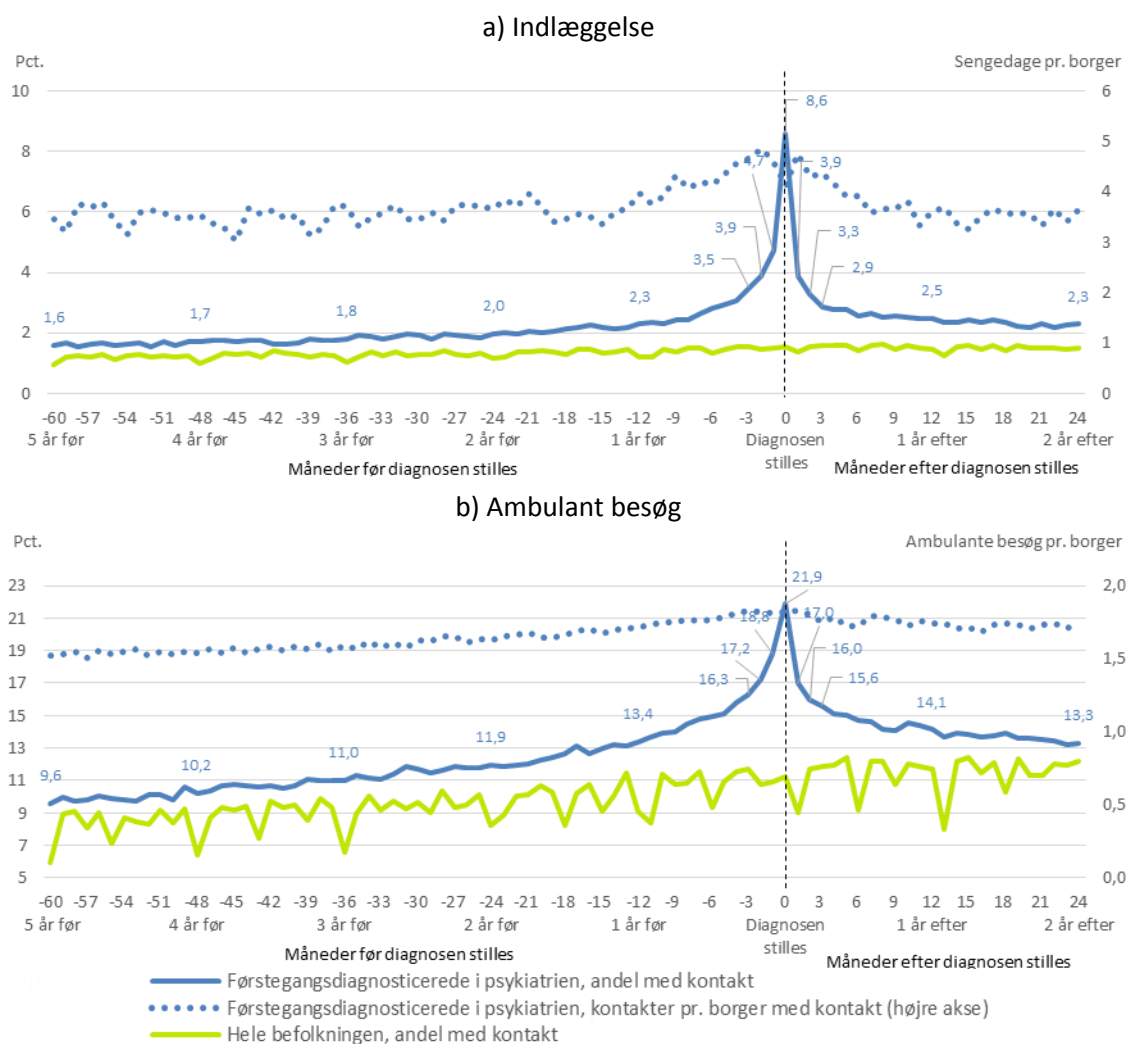
	Grundpopulation		Population til analyse af arbejdsmarkedstilknytning	
	Personer	Pct.	Personer	Pct.
<i>Samlet population</i>	36.500	100,0	14.450	100,0
<i>Køn</i>				
Kvinder	17.050	46,7	6.800	47,1
Mænd	19.450	53,3	7.600	52,6
<i>Alder</i>				
0-18	11.150	30,5	-	-
19-24	4.750	13,0	600	4,2
25-34	4.850	13,3	4.700	32,5
35-44	4.250	11,6	4.100	28,4
45-54	3.700	10,1	3.550	24,6
55-64	2.100	5,8	1.450	10,0
65+	5.650	15,5	-	-
<i>Aktionsdiagnose, voksne</i>				
Demens mv.	3.700	14,6	-	-
Psykoaktive stoffer	1.500	5,9	1.000	6,9
Skizofreni mv.	1.100	4,3	600	4,2
Depression mv.	5.650	22,3	3.600	24,9
Angst mv.	9.900	39,1	7.150	49,5
Spiseforstyrrelse mv.	850	3,4	500	3,5
Personlighedsforstyrrelser mv.	1.200	4,7	800	5,5
Mental retardering	200	0,8	-	-
Autisme, aspergers mv.	200	0,8	100	0,7
ADHD mv.	1.000	4,0	650	4,5
<i>Aktionsdiagnose, børn og unge</i>				
Demens mv.	0	0,0	-	-
Psykoaktive stoffer	100	0,9	-	-
Skizofreni mv.	250	2,3	-	-
Depression mv.	850	7,7	-	-
Angst mv.	3.100	27,9	-	-
Spiseforstyrrelse mv.	650	5,9	-	-
Personlighedsforstyrrelser mv.	250	2,3	-	-
Mental retardering	200	1,8	-	-
Autisme, aspergers mv.	2.100	18,9	-	-
ADHD mv.	3.600	32,4	-	-

Kilde: Landspatientregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen. Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM.

Note: Opgørelsen viser baggrundskaraktistika for borgere, der førstegangsdagnosticeres i det psykiatriske sygehusvæsen i løbet af 2014. "Grundpopulationen" dækker over alle borgere, der i løbet af året har fået stillet en diagnose i det psykiatriske sygehusvæsen på et privat eller offentligt sygehus, fraset de personer, der siden 1995 har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Psykiatriske diagnoser er afgrænset til alle aktionsdiagnoser med ICD10 kode F* med undtagelse af ikke nærmere specificerede psykiske lidelser (F99*). "Population til analyse af arbejdsmarkedstilknytning" anvendt i analyserne i afsnit 4, er afgrænset til personer på 24-61 år pr. 1. jan. 2014 ekskl. diagnosegrupperne demens mv. og mental retardering. Diagnosegrupperne i *Bilagsfigur 4* dækker over ICD10-hoveddiagnosegrupper, men titlerne er forsimplede for at lette formidlingen. Se dokumentationen i *bilag 6.1* for en mere detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne. Tallene er afrundet til nærmeste 50 borgere. Børn og unge omfatter borgere fra 0-18 år og voksne borgere på 19 år eller derover.

6.2.1 Bilagsfigurer

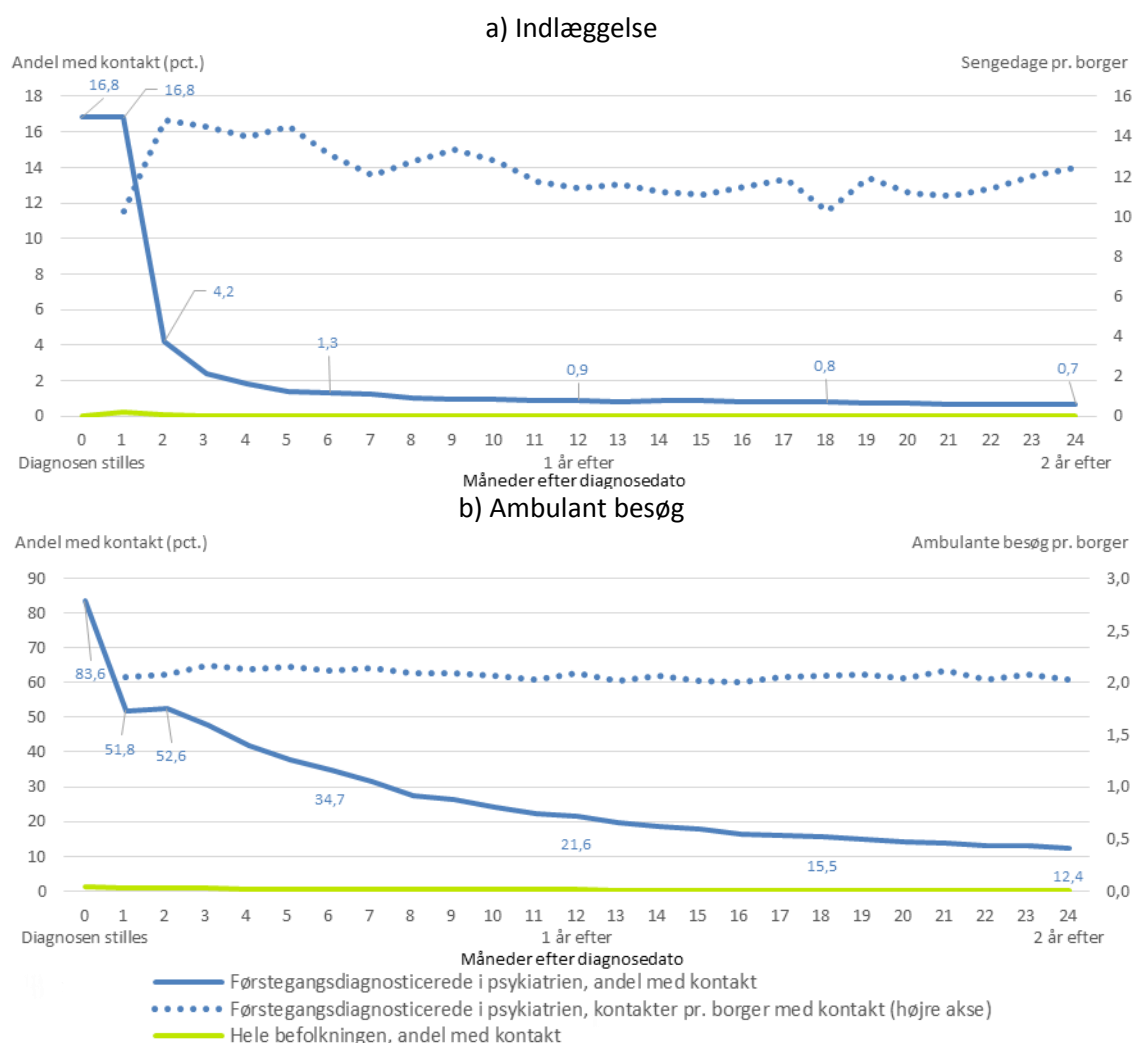
Bilagsfigur 1 Forløbet i det somatiske sygehusvæsen seks år før og to år efter førstegangsdiagnosticering med psykisk lidelse i 2014



Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren opdeler andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen (se Figur 5) i andelen med a) mindst én sengedag under indlæggelse og b) mindst ét ambulant besøg i det somatiske sygehusvæsen måned for måned fem år før til to år efter diagnosen er stillet. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdiagnosticerede i denne analyse. I figuren indgår borgere behandlet på somatiske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Kontakter pr. borger omfatter summen af ambulante besøg og sengedage for førstegangsdiagnosticerede med mindst én sengedag eller ét ambulant besøg. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Borgere der dør i løbet af tidsintervallet udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt.

Bilagsfigur 2 Forløbet i sygehuspsykiatrien efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014

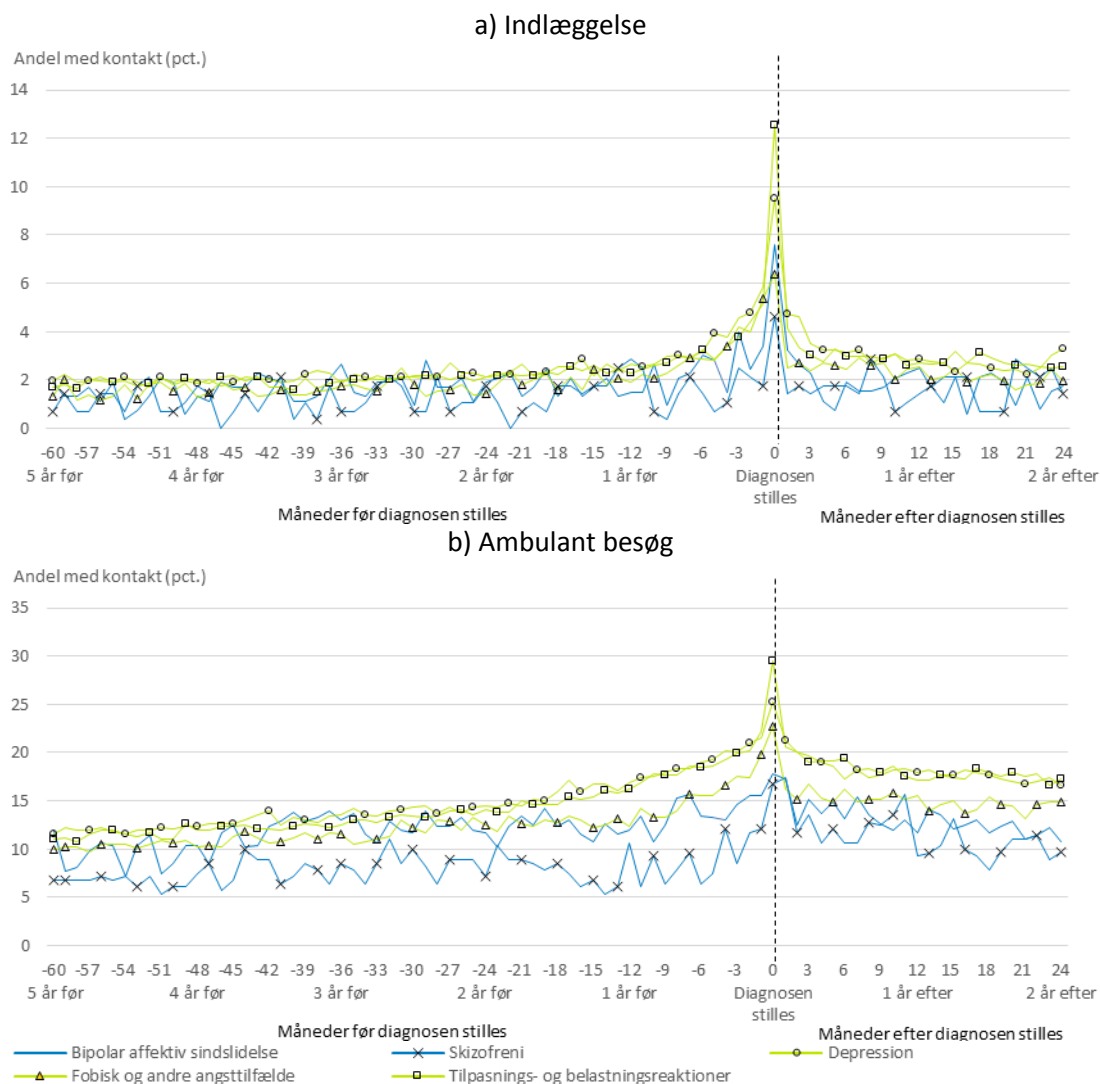


Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figuren opdeler andelen med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen (se Figur 6) i andelen med a) mindst én sengedag under indlæggelse og b) mindst ét ambulant besøg i det psykiatriske sygehusvæsen måned for måned i to år efter diagnosen er stillet. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. I figuren indgår borgere behandlet på psykiatriske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Kontakter pr. borger omfatter summen af ambulante besøg og sengedage for førstegangsdagnosticerede med mindst én sengedag eller ét ambulant besøg. Punktet "0" omfatter dagen diagnosen stilles, "1" angiver de første 30 dage efter personens første kontakt, mens "2" omfatter kontakter de efterfølgende 30 dage osv. Hvis en borgers første kontakt er en ambulant ydelse uden besøg er referencepunktet i stedet valgt som personens første sengedag under indlæggelse eller ambulante besøg, hvis denne ligger indenfor syv dage efter diagnosen er stillet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borger i den pågældende måned og fremefter.

6.2.1.1 Udvalgte sygdomme

Bilagsfigur 3 Forløbet i det somatiske sygehusvæsen året før og året efter førstegangsdiagnosticering med psykisk lidelse efter sygdom, 2014

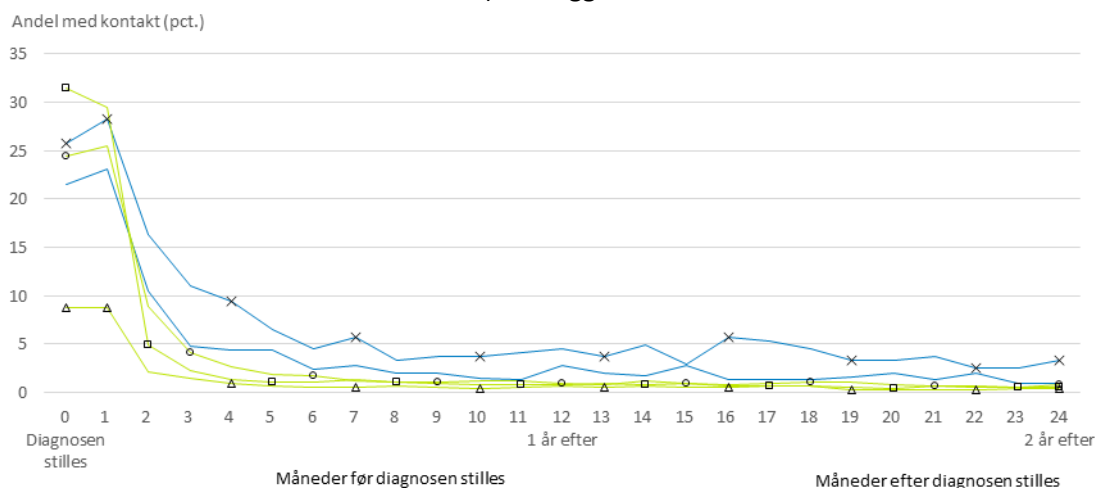


Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

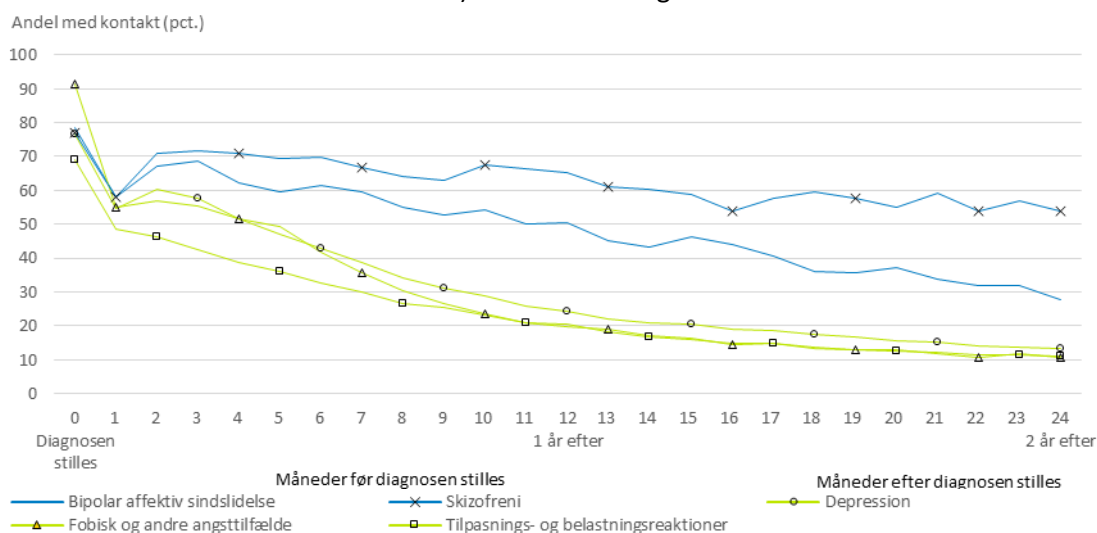
Note: Figuren opdeler andelen med kontakt til det somatiske sygehusvæsen (se Figur 11) i andelen med a) mindst én sengedag under indlæggelse og b) mindst ét ambulant besøg i det somatiske sygehusvæsen måned for måned fem år før til to år efter diagnosen er stillet for borgere, der førstegangsdiagnosticeres med udvalgte psykiske lidelser. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdiagnosticerede i denne analyse. I figuren indgår borgere behandlet på somatiske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Kontakter pr. borger omfatter summen af ambulante besøg og sengedage for førstegangsdiagnosticerede med mindst én sengedag eller ét ambulant besøg. Punktet "0" omfatter intervallet 15 dage før og 15 dage efter diagnosen er stillet, "-1" omfatter 16 til 45 dage før diagnosen stilles, "-2" omfatter 46-75 dage før diagnosen stilles osv. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borger i den pågældende måned og fremefter.

Bilagsfigur 4 Forløbet i sygehuspsykiatrien efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse, 2014

a) Indlæggelse



b) Ambulant besøg

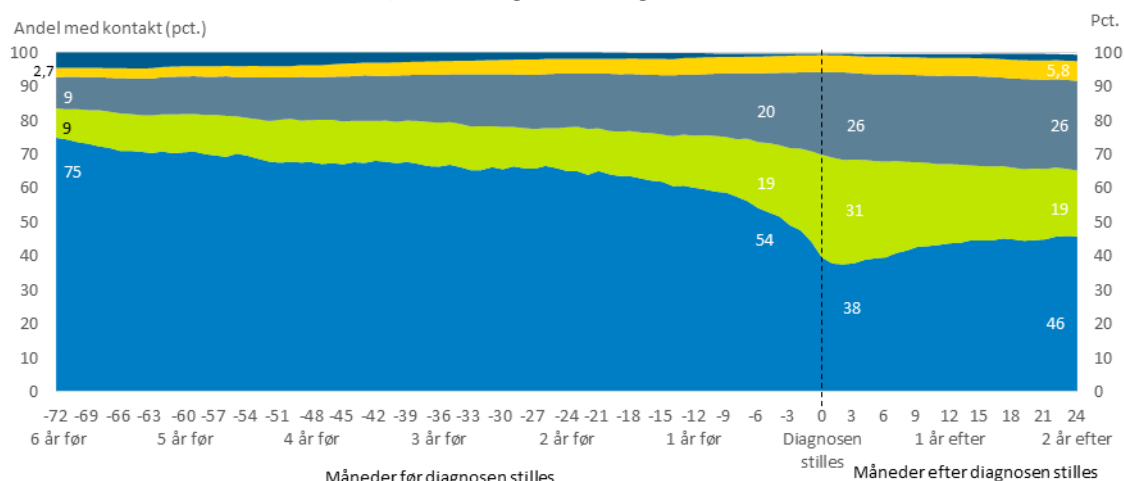


Kilde: Landspatientregisteret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

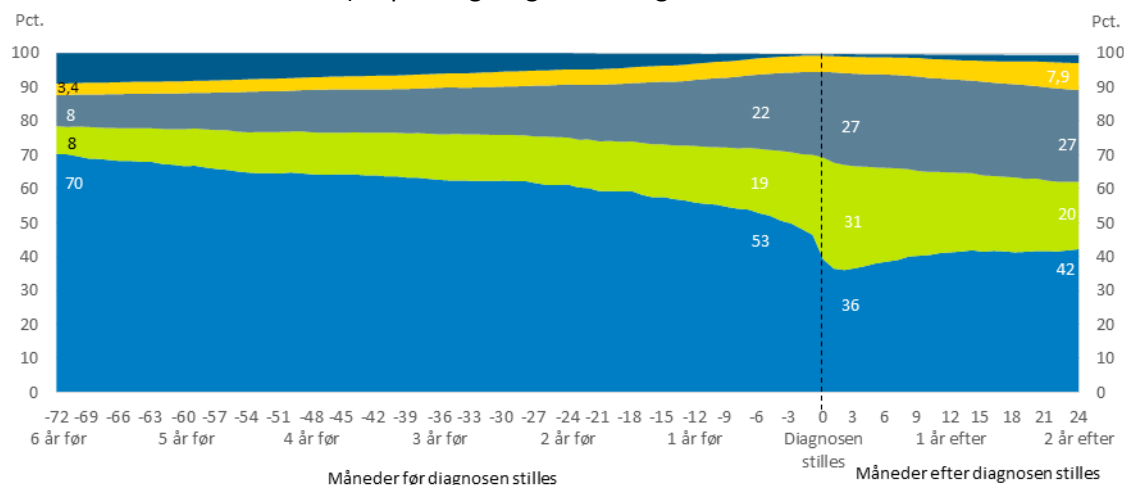
Note: Figuren opdeler andelen med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen (se Figur 12) i andelen med a) mindst én sengedag under indlæggelse og b) mindst ét ambulant besøg i det psykiatriske sygehusvæsen måned for måned i to år efter diagnosen er stillet. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. I figuren indgår borgere behandlet på psykiatriske afdelinger på offentlige og private sygehuse. Til sammenligning viser figurerne udviklingen i en stikprøve på halvdelen af hele befolkningen, hvor 1. juli 2014 er referencepunktet. Kontakter pr. borger omfatter summen af ambulante besøg og sengedage for førstegangsdagnosticerede med mindst én sengedag eller ét ambulant besøg. Punktet "0" omfatter dagen diagnosen stilles, "1" angiver de første 30 dage efter personens første kontakt, mens "2" omfatter kontakter de efterfølgende 30 dage osv. Hvis en borgers første kontakt er en ambulant ydelse uden besøg er referencepunktet i stedet valgt som personens første sengedag under indlæggelse eller ambulante besøg, hvis denne ligger indenfor syv dage efter diagnosen er stillet. Borgere der dør efter diagnosen er stillet (eller efter 1. juli 2014 for hele befolkningen) udelades i beregningen af andelen af borgere med kontakt og kontakter pr. borger i den pågældende måned og fremefter.

Bilagsfigur 5 Tilknytning til arbejdsmarkedet seks år før og to år efter førstegangsdagnosticering med psykisk lidelse i 2014 efter udvalgte sygdomme, 24-61 årige

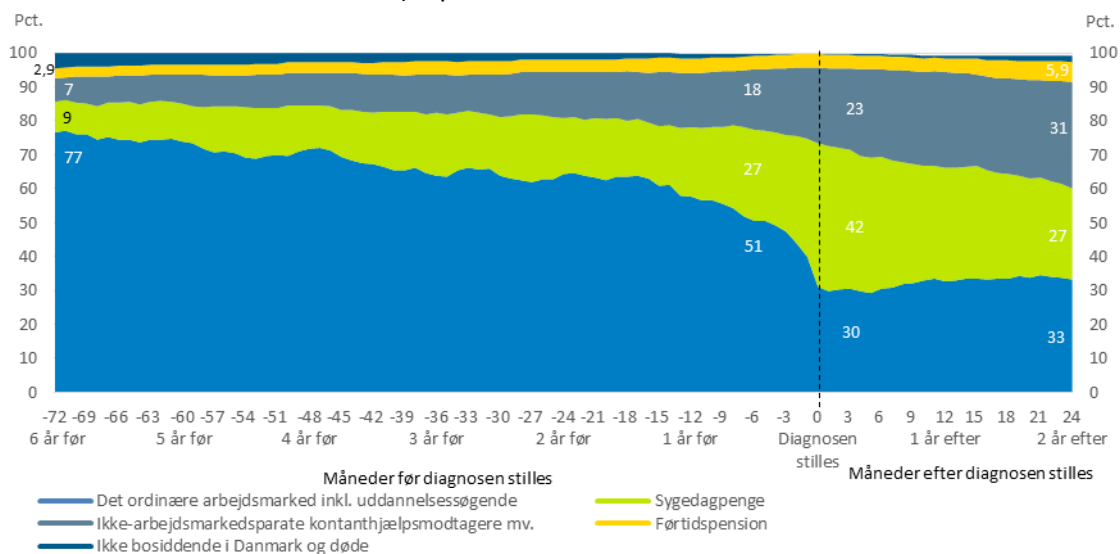
a) Fobisk- og andre angsttilfælde



b) Tilpasnings- og belastningsreaktioner



c) Bipolar affektiv sindslidelse



Kilde: Landspatientregisteret, CPR-registeret og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Figurene viser udviklingen måned for måned i tilknytningen til arbejdsmarkedet el. uddannelsessystemet frem mod og efter tidspunktet den psykiatriske diagnose stilles. Figuren viser personer der førstegangsdagnosticeres i løbet af 2014 med a) fobisk- og andre angsttilfælde, b) tilpasnings- og belastningsreaktioner og c) bipolar affektiv sindslidelse og er 24-61 år pr. 1. januar 2014. Se anmærkningen til Figur 1 for en definition af førstegangsdagnosticerede i denne analyse. Tidspunktet diagnosen stilles er indekseret til 0 i figurene og angivet ved den stiplede, lodrette linje. Figurene opgør andelen i populationerne, der har den pågældende tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. En mindre del af populationen overgår til efterløn, hvilket ikke er vist i figuren.

Bilagstabel 5 Arbejdsmarkedstilknytning to år efter diagnosen er stillet fordelt på arbejdsmarkedstilknytning to måneder efter diagnosen er stillet

		To år efter diagnosen er stillet					
		Det ordinære arbejdsmarked inkl. uddannelsessøgende	Sygedagpenge	Ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere mv.	Førtidspension	Ikke bosiddende i Danmark og døde	Samlet
To måneder efter diagnosen er stillet	Det ordinære arbejdsmarked inkl. uddannelsessøgende	3.980	726	422	36	98	5.279
	Sygedagpenge	1.625	2.157	555	149	69	4.587
	Ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere mv.	536	39	2.856	188	76	3.697
	Førtidspension	32	0	0	701	28	761
	Ikke bosiddende i Danmark og døde	22	1-4	5	0	60	90
	Samlet	6.199	2.925	3.838	1.075	332	

Kilde: Landspatientregisteret, CPR-registeret og Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tabellen viser tilknytningen til arbejdsmarkedet el. uddannelsessystemet hhv. to måneder efter og to år efter tidspunktet den psykiatriske diagnose stilles for personer, der førstegangsdagnosticeres i løbet af 2014 og er 24-61 år pr. 1. januar 2014. En mindre del af populationen er på efterløn/folkepension og er ikke vist i tabellen.
- "1-4" angiver, at der er 1 til 4 observationer i cellen, og at cellen derfor er diskretioneret.