

DEMOGRAFISKE OG SOCIO- ØKONOMISKE FORSKELLE I KONTAKTMØNSTRET TIL PSYKIATRIEN

ANALYSE

SEPTEMBER 2018

Indhold

1.	Indledning og hovedkonklusioner	3
1.2	Analysens hovedresultater	3
2.	Mennesker med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser	6
2.1	En tredjedel af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien har ADHD	6
2.2	Voksne lider primært af tilpasningsreaktioner, depression og skizofreni	8
3.	Mennesker med psykiske lidelser fordelt på en række demografiske faktorer	12
3.1	Mennesker med psykiske lidelser fordelt efter køn	12
3.2	Mennesker med psykiske lidelser er forholdsvis unge	13
3.3	Forholdsvis mange personer med psykiske lidelser er enlige	15
3.4	Psykisk sygdom kan ramme alle, uanset herkomst.....	17
4.	Tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser	19
4.1	Grundskoleelever med psykiske lidelser modtager i højere grad specialundervisning og har lavere afgangskarakterer	19
5.2	Betydeligt lavere uddannelsesniveau karakteriserer voksne med psykiske lidelser	21
5.3	Markant lavere arbejdsmarkedstilknytning blandt voksne med psykiske lidelser	22
5.	Mennesker med psykiske lidelser fordelt på øvrige socioøkonomiske faktorer	25
5.1	En relativ stor del af børn og unge med psykiske lidelser er socialt udsatte	25
5.2	Voksne med psykiske lidelser er i højere grad dømt for kriminalitet.....	26
5.3	Voksne med psykiske lidelser har relativt lave indkomster.....	27
6.	Bilag - Supplerende opgørelser	30
6.1	Supplerende figurer til afsnit 3.1 "Mennesker med psykiske lidelser fordelt efter køn"	30
6.2	Supplerende figurer til afsnit 3.2 "Mennesker med psykiske lidelser er forholdsvis unge"	31
6.4	Supplerende figurer til afsnit "Forholdsvis mange personer med psykiske lidelser er enlige"	33
6.5	Supplerende figurer til afsnittet "Psykisk sygdom rammer alle, uanset herkomst"	35
6.6	Supplerende figurer til afsnittet "Grundskoleelever modtager i højere grad specialundervisning og har lavere afgangskarakter"	36
6.7	Supplerende figurer til afsnittet "Betydeligt lavere uddannelsesniveau karakteriserer voksne med psykiske lidelser".....	37
6.8	Supplerende figurer til afsnittet "Markant lavere arbejdsmarkedstilknytning blandt voksne med psykiske lidelser"	38
6.9	supplerende figurer til afsnittet "En relativ stor del af børn og unge med psykiske lidelser er socialt udsatte".....	39
6.10	Supplerende figurer til afsnittet "Voksne med psykiske lidelser er i højere grad dømt for kriminalitet"	40
6.11	Supplerende figurer til afsnittet "Voksne med psykiske lidelser har relativt lave indkomster"	40
B.12	Supplerende afsnit: Børn og unge fordelt efter familiens indkomst.....	41
7.	Metode og definitioner	44
7.1	Definition af grundpopulationen.....	44
7.2	Definition af aktiviteten og behandlingsudgifterne i sygehuspsykiatrien	45
7.2	Definition af Baggrundskarakteristika	46
8.	Litteraturliste	49

1. Indledning og hovedkonklusioner

En stor del af befolkningen rammes på et tidspunkt i livet af psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser er i mange tilfælde en relativt ung patientgruppe, der lever længe med deres sygdom og har langstrakte behandlingsforløb.

Børn og unge kan også blive ramt af psykiske sygdomme. Sikring af deres mentale sundhed og trivsel er imidlertid en vigtig samfundsmæssig opgave, det har stor betydning for det enkelte barns læring og udvikling senere i livet. Problemer af psykisk karakter tidligt i livet kan medføre helbredsproblemer senere i livet.

I nærværende analyse ses der på en række demografiske og socialøkonomiske forhold for henholdsvis børn og unge samt voksne med psykiske lidelser, som i denne analyse er afgrænset til personer med kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, mens voksne er afgrænset til personer på 19 år eller derover.

Formålet med analysen er at undersøge forskelle i hvor mange personer, der er i kontakt med psykiatriske sygehuse blandt forskellige befolkningsgrupper.

I analysen er der differentieret mellem patienter med hhv. lave og høje behandlingsudgifter, og der er valgt at sætte fokus på en række udvalgte diagnosegrupper – herunder skizofreni, affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, ADHD mv.

1.2 Analysens hovedresultater

Mennesker med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser

- Omkring 32 pct. af børn og unge med psykiske lidelser, der har kontakt med sygehuspsykiatrien, har diagnosen ADHD, ca. 18 pct. har autisme spektrum forstyrrelser og 13 pct. har øvrige adfærdsmæssige forstyrrelser end ADHD. Børn og unge med disse tre diagnoser udgør dermed omkring 60 pct. af alle børn og unge med psykiske lidelser.
- Størrelsen af de udgifter, der er forbundet med behandling af børn og unge med psykiske lidelser, varierer betydeligt på tværs af diagnoser. Omkring 33 pct. af børn og unge med spiseforstyrrelse tilhører gruppen med de laveste behandlingsudgifter. Tilsvarende gælder for 50 pct. af børn og unge med affektive sindslidelser, og mere end 70 pct. af børn og unge med hhv. tilpasningsreaktioner, ADHD og mental retardering.
- Omkring 17 pct. af voksne med psykiske lidelser med kontakt til sygehuspsykiatrien har diagnosen tilpasningsreaktioner, 15 pct. har depression, og 13 pct. har skizofreni. De tre diagnoser udgør tilsammen 45 pct. af samtlige patienter med kontakt til sygehuspsykiatrien.

- Omkring 80 pct. af voksne med demens, og over 65 pct. af voksne med ADHD, tilhører gruppen med de laveste behandlingsudgifter. Dette er tilfældet for halvdelen af voksne med depression og ca. 35 pct. voksne med skizofreni.

Mennesker med psykiske lidelser fordelt på en række demografiske faktorer

- Flere drenge end piger under 19 år har psykiske lidelser, mens det omvendte er gældende for voksne med psykiske lidelser, idet lidt over halvdelen er kvinder. På tværs af de udvalgte diagnoser er der betydelige kønsforskelle i forekomst af (diagnosticeret) sygdom. Fx er over 70 pct. af børn og unge med hhv. ADHD og udviklingsforstyrrelser drenge, mens omtrent 90 pct. af børn og unge med spiseforstyrrelse, og 85 pct. af børn og unge med personlighedsforstyrrelse, er piger. Tilsvarende forskelle gælder voksne med psykiske lidelser.
- Modsat mange andre patientgrupper er mennesker med psykiske lidelser forholdsvis unge. Børn og unge med psykiske lidelser er som oftest i deres teenageår, mens voksne med psykiske lidelser primært er i alderen 19-44. Der er relativt store forskelle i den gennemsnitlige alder på tværs af diagnoser. Fx er voksne med spiseforstyrrelse i gennemsnit 28 år, voksne med depression er i gennemsnit knap 47 år, mens voksne med demens i gennemsnit er 78 år.
- Familietypen for børn og unge med psykiske lidelser afviger betydeligt fra befolkningens. Under halvdelen af børn og unge med psykiske lidelser bor hos begge forældre. Det gælder for omtrent 70 pct. af alle børn og unge til og med 18 år. Omkring 15 pct. af børn og unge med psykiske lidelser er ikke hjemmeboende – dette tal er 2 pct. i hele befolkningen
- Markant flere voksne med psykiske lidelser er enlige uden børn sammenlignet med voksne i hele befolkningen. Samtidigt er flere voksne med psykiske lidelser enlige med hjemmeboende børn sammenlignet med alle voksne i befolkningen. Særligt voksne der hører til gruppen med de højeste behandlingsudgifter og voksne med skizofreni og misbrug er uden en partner. Det kan bl.a. tyde på, at deres psykiske lidelse påvirker deres personlige relationer.
- Psykisk sygdom kan ramme alle, uanset herkomst. Både personer med dansk oprindelse, indvandrere og efterkommere er i kontakt med sygehuspsykiatrien.

Tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser

- Omkring 40 pct. af grundskoleelever med psykiske lidelser har på et tidspunkt i løbet af de seneste fem år modtaget specialundervisning. Dette er væsentligt højere end for børn og unge generelt, hvor omkring 10 pct. af alle børn og unge har modtaget specialundervisning. Det er i særlig høj grad elever med mental retardering, udviklingsforstyrrelser og ADHD, der modtager specialundervisning.
- Elever med psykiske lidelser klarer sig generelt dårligere i 9. klasses prøver. Det samlede karaktergennemsnit for børn og unge, der har taget en afgangseksamen inden for de seneste 8 år er 7,0, mens det for børn og unge med psykiske lidelser er 6,2. Karaktergennemsnittet varierer markant med børns og unges diagnoser. Fx har børn og unge med spiseforstyrrelse fået en afgangskaraktter på 8,3 i gennemsnit, mens den gennemsnitlige afgangskaraktter for børn og unge med ADHD er på ca. 5,0
- Voksne med psykiske lidelser har generelt lavere uddannelsesniveaue sammenlignet med befolkningen. Fx har omkring 45 pct. af voksne med psykiske lidelser grundskole som højst fuldførte uddannelse. Dette gør sig kun gældende hos 24 pct. af alle voksne i befolkningen. Blandt alle voksne i befolkningen har omkring 30 pct. en videregående uddannelse, hvilket gælder 18 pct. af voksne med psykiske lidelser.

- Voksne med psykiske lidelser i den arbejdsdygtige alder har markant lavere tilknytning til arbejdsmarkedet end voksne i hele befolkningen. Omkring 26 pct. af voksne med psykiske lidelser i alderen 19-64 år er i beskæftigelse, og ca. 71 pct. er uden for arbejdsstyrken. Det omvendte er gældende blandt voksne i befolkningen generelt, hvor ca. 75 pct. af voksne er i beskæftigelse og 23 pct. er uden for arbejdsmarkedet.

Mennesker med psykiske lidelser fordelt på øvrige socioøkonomiske faktorer

- Mere end hver fjerde barn eller ung person med psykiske lidelser har på et tidspunkt været berørt af en social foranstaltning – enten anbringelse uden for hjemmet (fx plejefamilie eller døgninstitution), eller forebyggende personrettet støtte (fx aflastningsophold eller en fast kontaktperson). Det tilsvarende gælder cirka 3 pct. af alle børn og unge i Danmark.
- Omtrent 10 pct. af voksne med psykiske lidelser har inden for de seneste fem år fået en dom i forbindelse med overtrædelse af straffeloven (dvs. ekskl. bl.a færdselsloven). Det gælder ca. 2 pct. af hele den voksne befolkning. Omkring 15 pct. af patienter med de højeste behandlingsudgifter har inden for de seneste fem år fået en dom efter straffeloven. Næsten hver fjerde voksen med skizofreni har fået en dom efter straffeloven.
- Voksne med psykiske lidelser har generelt væsentligt lavere disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) for hele hustanden end befolkningen generelt. Hver fjerde voksen med psykiske lidelser er blandt de ti procent mindst velhavende i Danmark. Omvendt er knap 3 pct. af patienterne blandt de 10 pct. mest velhavende i befolkningen.

2. Mennesker med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser

2.1 En tredjedel af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien har ADHD

Omkring 33.600 børn og unge i alderen 0-18 år har haft en kontakt med sygehuspsykiatrien i 2016¹. Omkring en tredjedel af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien har ADHD², knap en femtedel har autisme spektrum forstyrrelser³, mens ca. 13 pct. har øvrige adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser end ADHD⁴. Børn og unge med disse tre diagnoser udgør dermed over 60 pct. af alle patienter, jf. tabel 1.

Siden 2010 er antallet af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien steget med 45 pct. Langt hovedparten af denne stigning, svarende til 39 pct.-point kan henføres de udvalgte diagnoser fra tabel 1, mens de resterende 6 pct.-point kan tilskrives øvrige diagnoser.

	Antal 2010	Antal 2016	Andel 2016, pct.	Pct. Ændring 2010-2016	Vækstbidrag, pct.-point
Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD	8.400	10.700	32	27	10
Autisme spektrum forstyrrelser	3.700	6.000	18	62	10
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser ex. ADHD	3.300	4.200	13	28	4
Tilpasningsreaktioner	2.500	3.900	12	58	6
Affektive sindslidelser	1.900	2.300	7	19	2
Angsttilfælde	600	1.500	4	128	4
Spiseforstyrrelse	1.000	1.300	4	29	1
OCD	700	1.100	3	49	2
Personlighedsforstyrrelser	700	1.000	3	53	2
Mental retardering	700	700	2	-4	0
I alt udvalgte diagnoser	23.500	32.600	97	39	39
I alt unikke patienter	23.300	33.600	100	45	45

Anm.: Afrundet til nærmeste hundrede. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen. Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

¹ Herefter benævnt som børn og unge med psykiske lidelser.

² ADHD er en neuropsykiatrisk lidelse, der giver børn, unge og voksne problemer med opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet.

³ Autisme spektrum forstyrrelser er en fællesbetegnelse for alle diagnoser inden for en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, herunder autisme, asbergers syndrom samt anden udviklingsforstyrrelse.

⁴ Adfærdsforstyrrelser hos børn er karakteriseret ved gentaget og vedvarende mønster af antisocial, aggressiv eller trodsig adfærd, som frembyder klare brud på sociale forventninger og normer for alderen.

Antallet af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatri i 2016 med diagnosen ADHD er steget fra ca. 8.400 personer til ca. 10.700 personer, svarende til 27 pct. over perioden 2010-16. Antallet af børn og unge med hhv. autisme spektrum forstyrrelser og tilpasningsreaktioner⁵ er steget med ca. 60 pct. over perioden 2010-16. Stigningen i antallet af børn og unge med disse tre diagnoser har bidraget med 26 pct.-point til den samlede vækst på 45 pct. i antal patienter og kan dermed forklare mere end halvdelen af væksten.

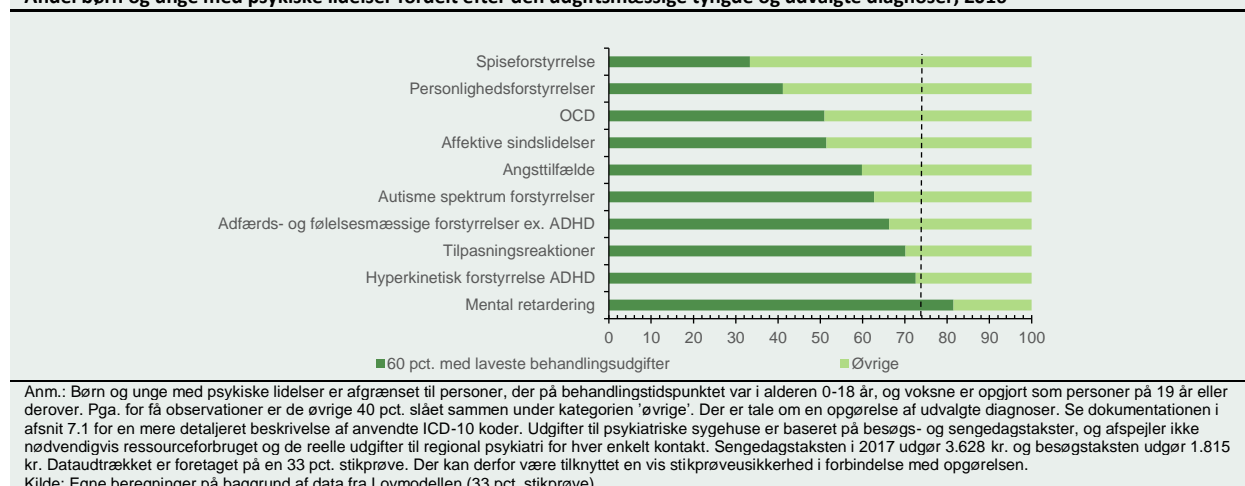
Betydelig forskel i diagnosernes udgiftsmæssige tyngde

Størrelsen på patienternes behandlingsudgifter varierer betydeligt på tværs af de udvalgte diagnoser. I analysen *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser, Sundheds- og Ældreministeriet (2018)*, er alle patienter med kontakt til sygehuspsykiatrien kategoriseret i tre grupper, alt efter størrelsen af behandlingsudgifter: 5 pct. med højeste behandlingsudgifter, 35 pct. i mellemgruppen og 60 pct. med laveste behandlingsudgifter. I analysen fremgår det, at omkring 2 pct. af børn og unge er i gruppen med højeste behandlingsudgifter, 26 pct. er i mellemgruppen og 72 pct. er i gruppen med de laveste behandlingsudgifter.

Dette varierer imidlertid betydeligt på tværs af de udvalgte diagnoser. Omkring 33 pct. børn og unge med spiseforstyrrelse⁶ tilhører gruppen med de laveste behandlingsudgifter. Det gælder ca. 50 pct. af børn og unge med hhv. affektive sindslidelser⁷ og OCD⁸ og mere end 70 pct. af børn og unge med hhv. tilpasningsreaktioner, ADHD og mental retardering, jf. figur 1.

Figur 1

Andel børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter den udgiftsmæssige tyngde og udvalgte diagnoser, 2016



Børn og unge med ambulante besøg i sygehuspsykiatrien har i gennemsnit 6 besøg i 2016. Dette varierer betydeligt på tværs af de udvalgte diagnoser. Børn og unge med spiseforstyrrelse har i gennemsnit 15 ambulante besøg, børn og unge med personlighedsforstyrrelser⁹ har i gennemsnit over 10 ambulante besøg, mens børn og unge med ADHD, mental retardering¹⁰ og tilpasningsreaktioner i gennemsnit har ca. 3 besøg, jf. figur 2.

⁵ **Tilpasningsreaktioner** er tilstande, der er definerede som emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, der er opstået på grund af stressgivende psykiske hændelser som en belastende begivenhed eller en betydende livsændring, så som dødsfald, skilsmisse, afskedigelse, uddannelsesstart, flytning til andet sted, ny status som forældre, emigration m.v.

⁶ **Spiseforstyrrelse** er en psykisk lidelse, som er præget af, at man har et usundt og tvangspræget forhold til mad. Man har en forstyrret opfattelse af kroppen og mad, hvilket kan komme til udtryk på forskellige måder fx fremprovokerede opkastninger (bulimi), overdreven motion eller at undlade at spise (anorexi).

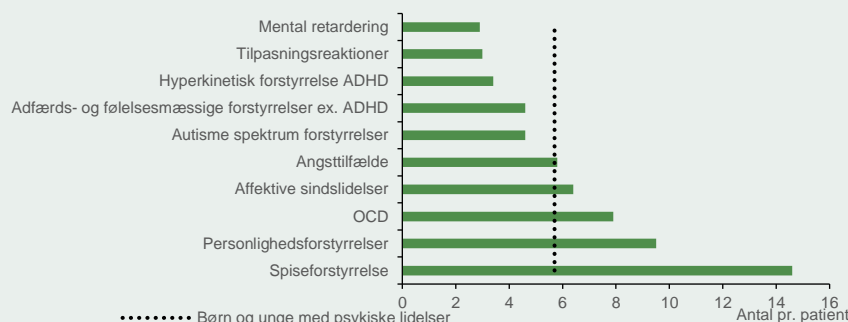
⁷ **Affektive sindslidelser** omfatter en række tilstande, hvorved stemningslejet afviger fra det almindelige. Der kan eventuelt være en blanding af nedsat og hævet stemningsleje (blandingstilstand). Der findes flere sværhedsgrader af såvel depression som mani.

⁸ **OCD (obsessive-compulsive disorder)** er psykisk lidelse med tilbagevendende tvangstanker og / eller tvangshandlinger

⁹ **Personlighedsforstyrrelser** er udtalte afvigelser i personlighedens opbygning. Forstyrrelserne viser sig som regel allerede i barndommen eller senest i opvækstårene og varer hele livet.

¹⁰ **Mental retardering** er det samme som udviklingshæmning. Det defineres som en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

Figur 2
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt efter udvalgte diagnoser, 2016

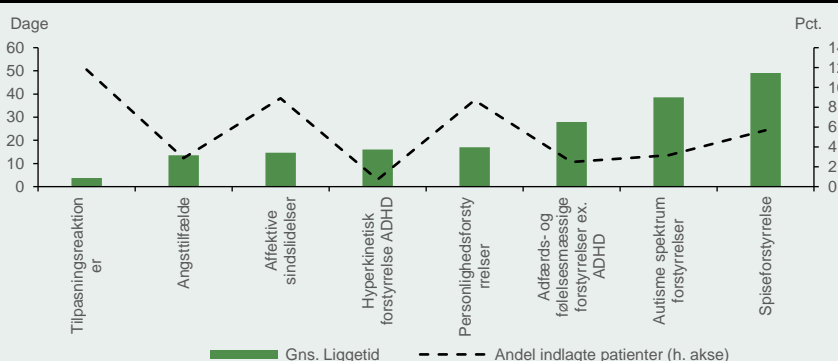


Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Generelt behandles langt de fleste børn og unge på psykiatriske sygehuse ambulant, mens omkring 5 pct. bliver indlagt. Mere end 10 pct. af børn og unge med tilpasningsreaktioner har en indlæggelse i løbet af året, mens det er ca. 1 pct. af børn og unge med ADHD, *jf. figur 3*.

Med omkring 50 dage pr. indlæggelse har børnene med spiseforstyrrelse i gennemsnit de længste indlæggelser. Børn og unge med autisme spektrum forstyrrelser er i gennemsnit indlagte i knap 40 dage, mens børn og unge med tilpasningsreaktioner har indlæggelser, der i gennemsnit varer 4 dage.

Figur 3
Andel indlagte patienter i børne- og ungdomspsykiatrien og den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt efter udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Børn og unge er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

2.2 Voksne lider primært af tilpasningsreaktioner, depression og skizofreni

I 2016 har ca. 115.600 voksne over 19 år haft kontakt med sygehuspsykiatrien¹¹. I tabel 2 er der angivet antal patienter med 11 udvalgte diagnoser, der tilsammen udgør ca. 88 pct. af alle patienter med kontakt til psykiatrien. Omkring 17 pct. af voksne med kontakt har diagnosen tilpasningsreaktioner, 15 pct. har depression¹², og 13 pct. har skizofreni, *jf. tabel 2*. De tre diagnoser udgør tilsammen 45 pct. af samtlige patienter med kontakt psykiatrien.

¹¹ Herefter betegnet som voksne med psykiske lidelser.

¹² **Depression** er en psykisk sygdom, der er kendetegnet ved at man i mere end to uger har så svære depressive symptomer, at man ikke er i stand til at arbejde, at håndtere daglige gøremål og at indgå i de relationer, man plejer. Depression er som regel en tilbagevendende sygdom – med mindre man lærer at forebygge den. Har man haft en depression, er der omkring 60 % risiko for at få en ny depressiv episode.

Siden 2010 er antallet af voksne med psykiske lidelser steget med 27 pct. De udvalgte diagnoser i tabel 2 har bidraget med ca. 18 pct.-point ud af hele stigningen på 27 pct. Det indebærer, at den resterende del af stigningen (ca. 9 pct.-point) kan tildeles patienter med øvrige diagnoser.

Antallet af personer med tilpasningsreaktioner er steget med ca. 54 pct. over perioden 2010-16, hvilket har bidraget med 8 pct.-point til den samlede stigning. Stigningen i antallet af voksne med personlighedsforstyrrelser har bidraget med 5 pct.-point til den samlede stigning i antal voksne med kontakt til sygehuspsykiatrien. Vækstbidraget fra de to diagnoser skyldes, at de to komponenter i udgangspunktet udgør en stor andel af det samlede antal patienter med kontakt kombineret med en relativt høj vækstrate over perioden 2010-16.

Antallet af voksne med demens, depression og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer¹³ er omvendt faldet over perioden 2010-16, hvilket har bidraget negativt til den samlede stigning med i alt 5 pct.-point.

Tabel 2
Antal og andel voksne med udvalgte diagnoser i 2016 og 2010 samt den procentvise ændring og vækstbidrag over perioden 2010-2016

	Antal 2010	Antal 2016	Andel 2016, pct. *	Pct. Ændring 2010-2016	Vækstbidrag, pct.-point
Tilpasningsreaktioner	13.000	20.100	17	54	8
Depression	19.000	17.700	15	-7	-1
Skizofreni	13.800	15.400	13	12	2
Personlighedsforstyrrelser	7.200	11.600	10	61	5
Fobisk og andre angsttilfælde	4.800	7.800	7	64	3
Bipolar affektiv sindslidelse	5.600	7.300	6	30	2
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	7.400	6.900	6	-6	-1
Demens, delir mv.	9.200	6.600	6	-28	-3
Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD	2.500	4.400	4	78	2
Spiseforstyrrelse	1.700	2.300	2	34	1
OCD	1.200	1.900	2	62	1
I alt udvalgte diagnoser	85.400	102.200	88	20	18
I alt unikke patienter	91.400	115.600	100	27	27

Anm.: Afrundet til nærmeste hundrede. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Betydelig forskel i diagnoseernes udgiftsmæssige tyngde

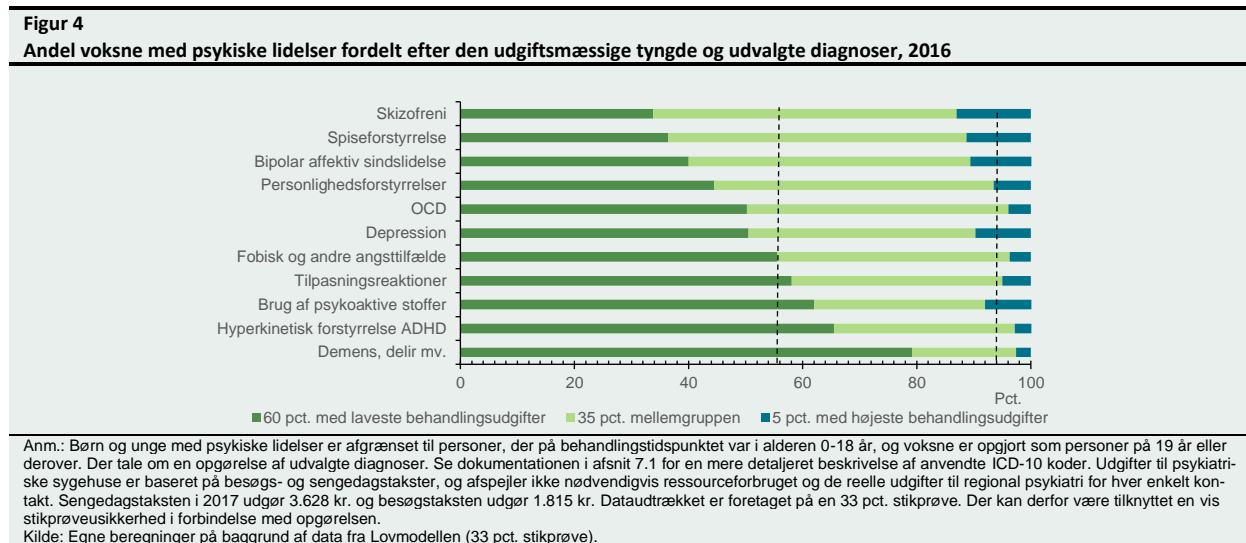
Det fremgår af analysen *Indblik i psykiatrien og sociale indsatser, Sundheds- og Ældreministeriet (2018)*, at 6 pct. af voksne tilhører gruppen med højeste behandlingsudgifter, 37 pct. er i "mellemløbet" og 57 pct. er i gruppen med de laveste behandlingsudgifter.

Ligesom det er tilfældet for børn og unge, varierer voksnes behandlingsudgifter betydeligt på tværs af de udvalgte diagnoser. Omkring 80 pct. af voksne med demens, og over 65 pct. af voksne med ADHD, tilhører gruppen med de laveste behandlingsudgifter. Dette er tilfældet for 50 pct. af voksne med hhv. depression og OCD og ca. 34 pct. voksne med skizofreni, jf. figur 4.

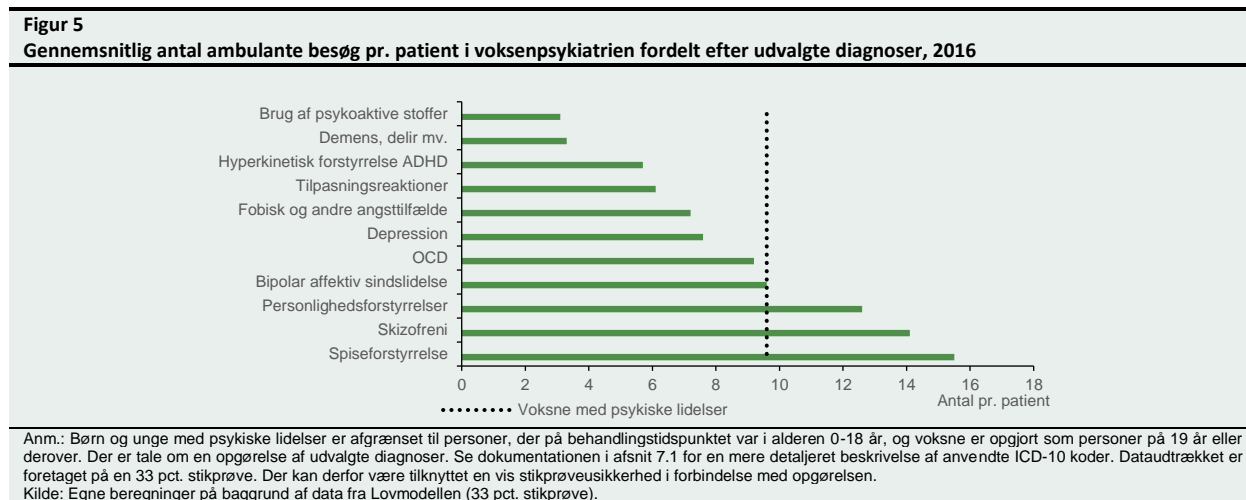
¹³ **Psykoaktive stoffer** er stoffer, der indvirker på psyken – ofte fordi de stimulerer, beroliger, har en euforiserende virkning eller sløver og bedøver.

Det kan fx være misbrug med alkohol, opioder, cannabioider, kokain mv.

Voksne med skizofreni har oftest relativt høje behandlingsudgifter. Således kan ca. 13 pct. af voksne med skizofreni tilhører gruppen med de højeste behandlingsudgifter; det gælder for ca. 3 pct. af patienter med hhv. demens og ADHD.



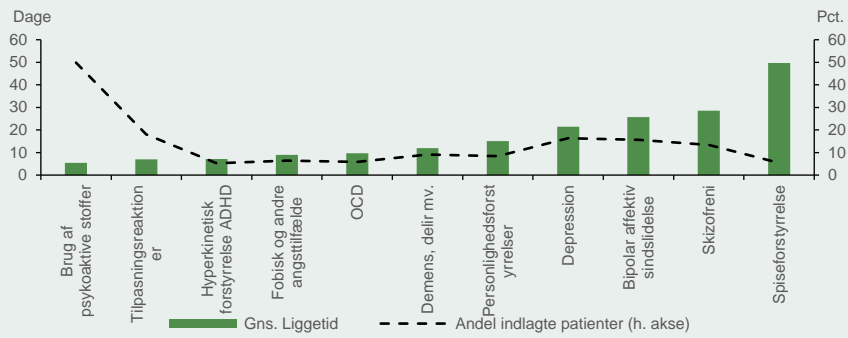
Antallet af ambulante besøg pr. voksen med kontakt til sygehuspsykiatrien udgør i gennemsnit 9,6 i 2016. Voksne med spiseforstyrrelse har i gennemsnit mere end 15 årlige ambulante besøg, mens voksne med hhv. lidelser som følge af brug af psykoaktive stoffer i gennemsnit har 10 årlige besøg, jf. figur 5.



På tværs af de udvalgte psykiske diagnoser er der store forskelle på, hvor mange voksne der bliver indlagt og på, hvor længe indlæggelsen i gennemsnit varer. Omkring halvdelen af voksne med psykiske lidelser som følge af brug af psykoaktive stoffer bliver indlagt på psykiatriske sygehuse, jf. figur 6. Disse patienter har imidlertid relativt korte indlæggelser (mindre end 6 dage). Omvendt bliver ca. 5 pct. af voksne med spiseforstyrrelse indlagt, mens indlæggelserne varer omkring 50 dage i gennemsnit.

Figur 6

Andel indlagte patienter i voksenpsykiatrien og gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på udvalgte diagnoser, 2016



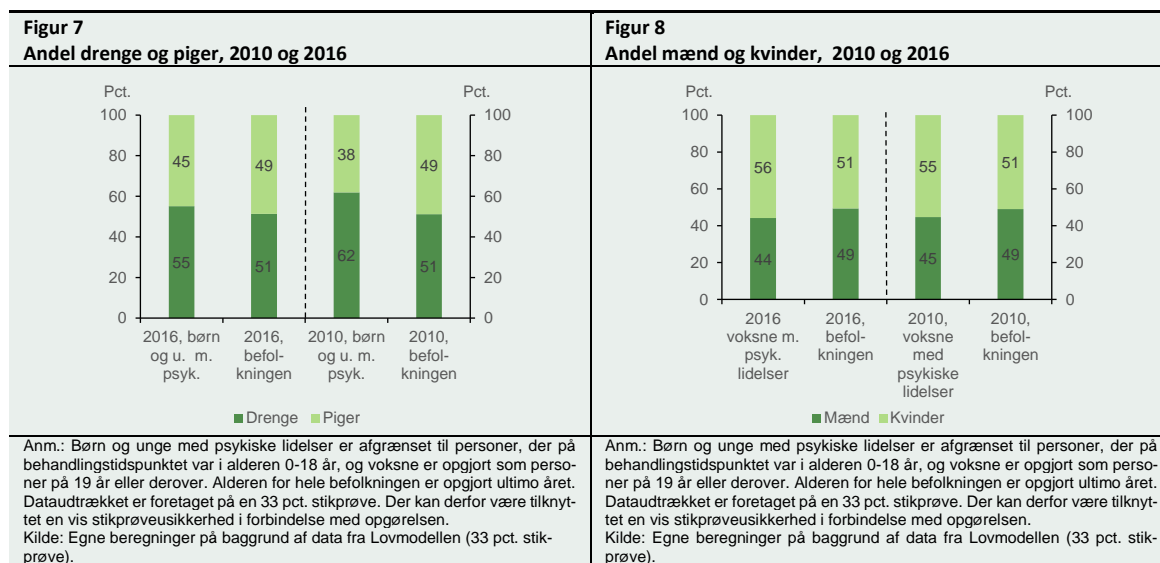
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjøret som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

3. Mennesker med psykiske lidelser fordelt på en række demografiske faktorer

3.1 Mennesker med psykiske lidelser fordelt efter køn

I børne- og ungdomspsykiatrien er omkring 55 pct. af patienterne drenge, *figur 7*. Drengene er dermed overrepræsenterede i psykiatrien sammenlignet med befolkningen generelt. I 2010 var andelen af drenge endnu højere. Således var mere end 60 pct. af børn og unge med psykiske lidelser drenge i 2010.

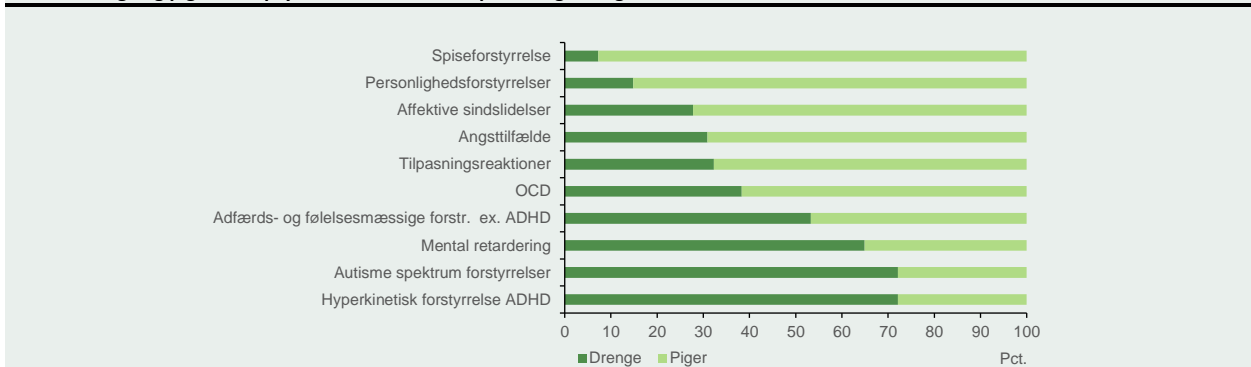
Drengene er overrepræsenterede blandt gruppen med de laveste behandlingsudgifter, mens der er markant flere piger blandt børn og unge, der har de højeste behandlingsudgifter. Således er omkring 70 pct. af børn og unge med de højeste behandlingsudgifter piger, *jf. bilagsfigur B1*. Dette kan bl.a. hænge sammen med forskelle blandt piger og drenge i deres diagnoseprofil, *jf. figur 9 nedenfor*.



Det omvendte er gældende for voksne med psykiske lidelser, hvor lidt over halvdelen af alle voksne er kvinder, *figur 8*. Kvinderne er dermed en smule overrepræsenterede sammenlignet med befolkningen generelt. Det gælder i særligt høj grad patienter, der udgiftsmæssigt befinder sig i 'mellemlgruppen', *jf. bilagsfigur B2*. Fordelingen mellem mænd og kvinder med psykiske lidelser er stort set uændret i 2016 sammenlignet med 2010.

På tværs af de udvalgte diagnoser er der betydelige kønsforskelle i forekomsten af sygdommene. Fx er over 70 pct. af børn og unge med hhv. ADHD og udviklingsforstyrrelser drenge, mens omtrent 90 pct. af børn og unge med spiseforstyrrelse, og 85 pct. af børn og unge med personlighedsforstyrrelse er piger, *jf. figur 9*.

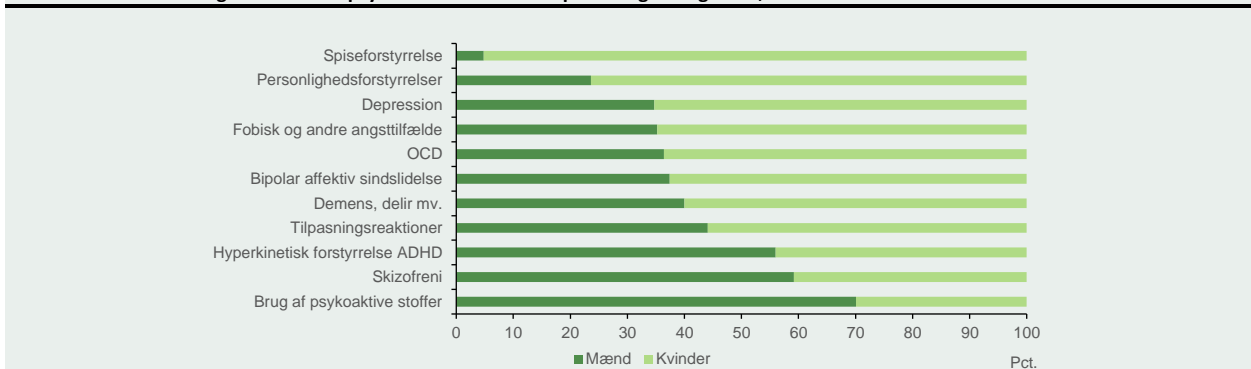
Figur 9
Andel drenge og piger med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Tilsvarende forskelle gælder voksne med psykiske lidelser. Fx lider flere mænd end kvinder af sygdomme som skizofreni, ADHD samt psykiske lidelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (misbrug), mens flere kvinder lider af de øvrige diagnoser, *jf. figur 10*. Spiseforstyrrelse er en sygdom, som i 95 pct. tilfælde rammer kvinder.

Figur 10
Andel voksne mænd og kvinder med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser, 2016



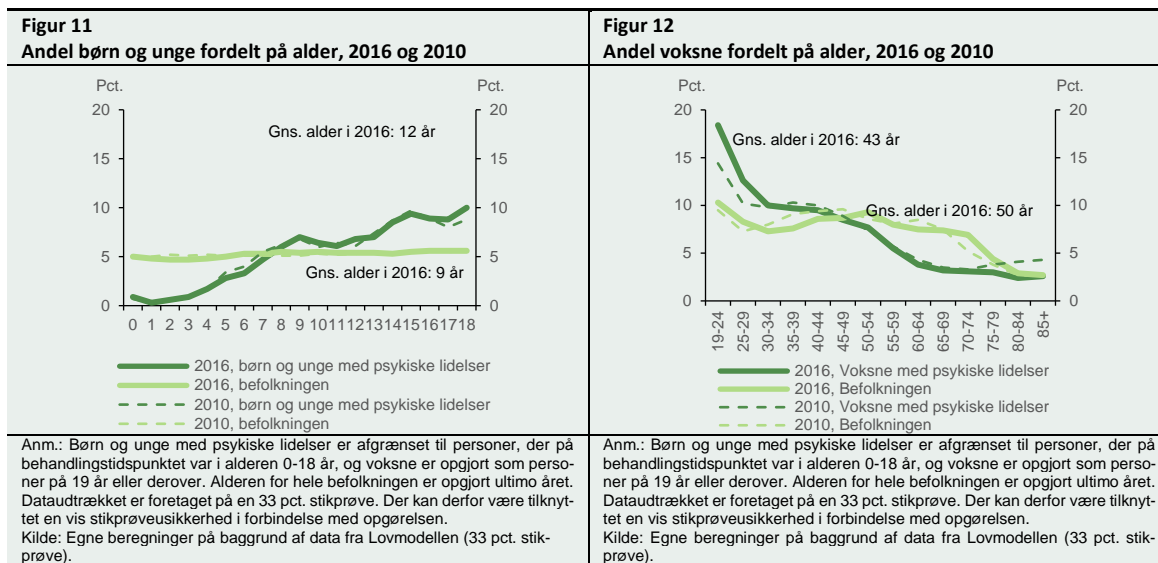
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Der er generelt ikke betydelige forskelle i det gennemsnitlige antal kontakter til sygehuspsykiatrien på tværs af køn. Piger med psykiske lidelser i alderen 0-18 år har i gennemsnit ca. 2 flere ambulante besøg end drengene, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid er marginalt kortere, *jf. bilagsfigur B3*. Kvinder over 19 år har i gennemsnit 1 ambulant besøg mere end mænd, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid er en smule længere (ca. 2 dage), *jf. bilagsfigur B4*.

3.2 Mennesker med psykiske lidelser er forholdsvis unge

Børn og unge med psykiske lidelser er oftest i deres teenageår, *jf. figur 11*. Patienterne i alderen 15-18 år er særligt overrepræsenteret sammenlignet med børn og unge i hele befolkningen. Den gennemsnitlige alder for børn med psykiske lidelser er 12 år, mens den gennemsnitlige alder for børn i befolkningen generelt er 9 år. Der er altså 3 års forskel på den gennemsnitlige alder for de to grupper.

Børn og unge med de højeste behandlingsudgifter er i gennemsnit ca. 2 år ældre end børn og unge med psykiske lidelser generelt, *jf. bilagsfigur B5*.



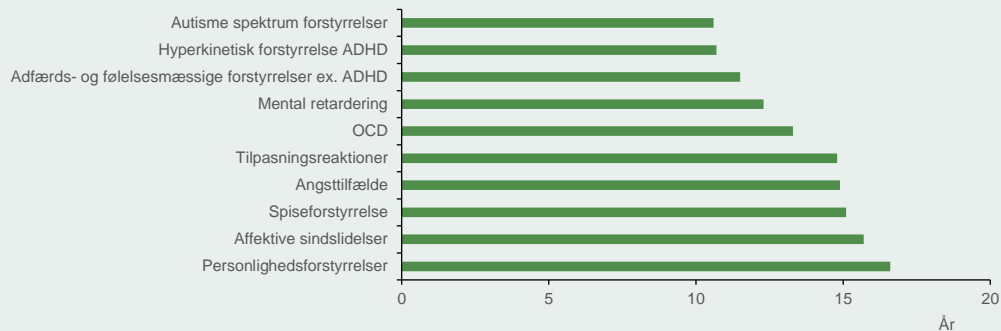
Voksne mennesker med psykiske lidelser, der har kontakt til sygehuspsykiatrien i 2016, er primært i alderen 19-44, *jf. figur 12*. Voksne med psykiske lidelser i alderen 19-29 er særligt overrepræsenterede sammenlignet med befolkningen. En voksen person med psykiske lidelser er i gennemsnit ca. 43 år gammel, mens en voksen person i befolkningen i gennemsnit er 50 år gammel. Der er dermed ca. 7 års forskel på de to grupper. Voksne med hhv. de højeste og de laveste behandlingsudgifter er i gennemsnit ca. 1,5 år ældre, mens de voksne i mellemløbet i gennemsnit er 2 år yngre, *jf. bilagsfigur B6*.

Antallet af de yngste voksne med psykiske lidelser er vokset mest over perioden 2010 til 2016. Således er andelen af 19-24 årige steget med 4 pct.-point over perioden. Andelen af 25-29-årige voksne er også højere i 2016 sammenlignet med 2010, mens andelen af patienter i øvrige aldersgrupper er lavere i 2016 sammenlignet med 2010.

Dette indebærer, at voksne med psykiske lidelser i gennemsnit er blevet ca. 3 år yngre over perioden fra 2010 til 2016. Omvendt er voksne i hele befolkningen blevet et halvt år ældre. Det er særligt patienter med de laveste behandlingsudgifter, der er blevet yngre, fra ca. 48 år i gennemsnittet i 2010 til ca. 44 år i 2016, *jf. bilagsfigur B6*.

For børn og unge er der visse forskelle på den gennemsnitlige alder på tværs af diagnoser. De yngste patienter findes blandt børn og unge med udviklingsforstyrrelser, adfærdsmæssige forstyrrelser og ADHD, alle med en gennemsnitlig alder på ca. 11 år, *jf. figur 13*. Patienter med hhv. tilpasningsreaktioner, angsttilfælde og affektive sindslidelser er i gennemsnit 15 år, mens patienter med personlighedsforstyrrelser i gennemsnit er ca. 16,5 år.

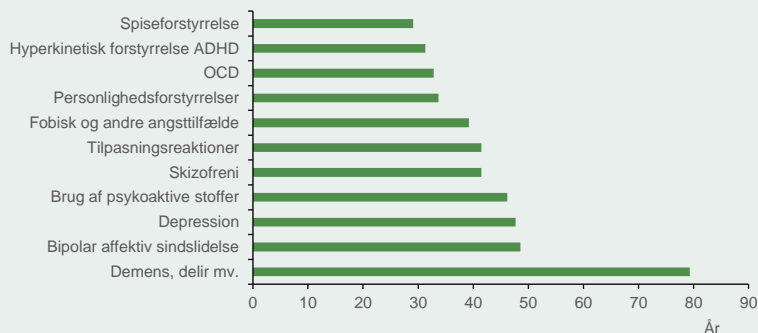
Figur 13
Gennemsnitlig alder for børn og unge med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

På voksenområdet er der relativt store forskelle i den gennemsnitlige alder på tværs af diagnoser. Voksne med spiseforstyrrelse er i gennemsnit 28 år, voksne med ADHD er i gennemsnit 30 år, voksne med depression er i gennemsnit knap 47 år, mens voksne med demens i gennemsnit er ca. 78 år, *jf. figur 14*.

Figur 14
Gennemsnitlig alder for voksne med psykiske lidelser fordelt på udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Antal ambulante besøg pr. patient i psykiatrien er en smule højere for børn og unge på 15 år eller derover sammenlignet med børn og unge, der er under 15 år, *jf. bilagsfigur B7*. Til gengæld er børn og unge under 15 år med en indlæggelse i gennemsnit indlagt i 35 dage, mens den gennemsnitlige indlæggelsestid for børn og unge over 15 år er cirka 18 dage.

Antal ambulante besøg pr. voksen patient er generelt faldende med alderen. Det højeste antal ambulante besøg tilfalder voksne i alderen 35-39 år, (i gennemsnit ca. 10 besøg), mens det laveste antal tilfalder voksne i alderen 85 år og derover (i gennemsnit knap 4 besøg), *jf. bilagsfigur B8*. Den gennemsnitlige indlæggelseslængde er højest for de 75-79-årige i form af en indlæggelsestid på 24 dage. Voksne i alderen 45-49 har i gennemsnit den korteste indlæggelsestid.

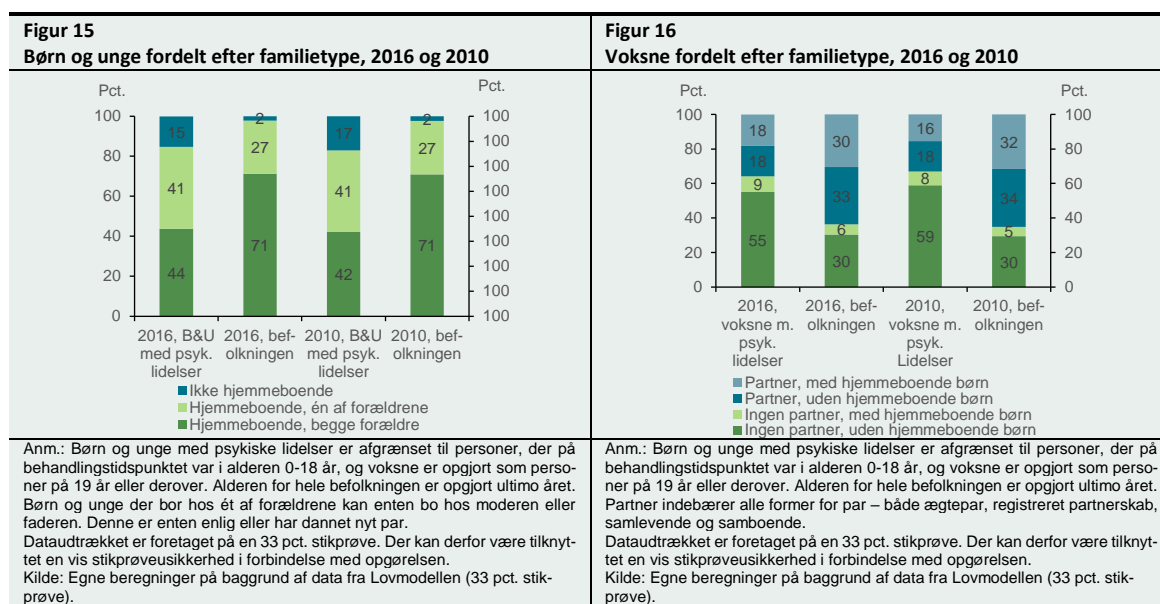
3.3 Forholdsvis mange personer med psykiske lidelser er enlige

Familietyperne for børn og unge med psykiske lidelser afviger betydeligt fra befolkningens. Omtrent 45 pct. af børn og unge med psykiske lidelser bor hos begge forældre, *jf. figur 15*. Det gælder omtrent 70 pct. af alle børn og unge til og med 18 år. Omkring 15 pct. af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien er ikke hjemmeboende. Tilsvarende er dette tal 2 pct. for hele befolkningen. Denne forskel gør sig gældende i både 2010 og 2016.

Børn og unge, der ikke er hjemmeboende, kan fx være flyttet hjemmefra eller være blevet anbragt i en plejefamilie, døgninstitution eller lignende.

Andelen af børn og unge med psykiske lidelser, der ikke er hjemmeboende, er særlig høj for unge i alderen 14-18 år sammenlignet med børn og unge i hele befolkningen, *jf. bilagsfigur B9 og B10*. Fx er 10 pct. af 14-årige med psykiske lidelser ikke hjemmeboende, mens dette er gældende for under 2 pct. af 14-årige i hele befolkningen. En tredjedel af 18-årige med psykiske lidelser er ikke hjemmeboende mod under 15 pct. af 18-årige generelt.

Omtrent 28 pct. af børn og unge med de højeste behandlingsudgifter bor ikke hjemme, mens den tilsvarende andel for øvrige børn og unge med psykiske lidelser er 15 pct., *jf. bilagsfigur B11*.

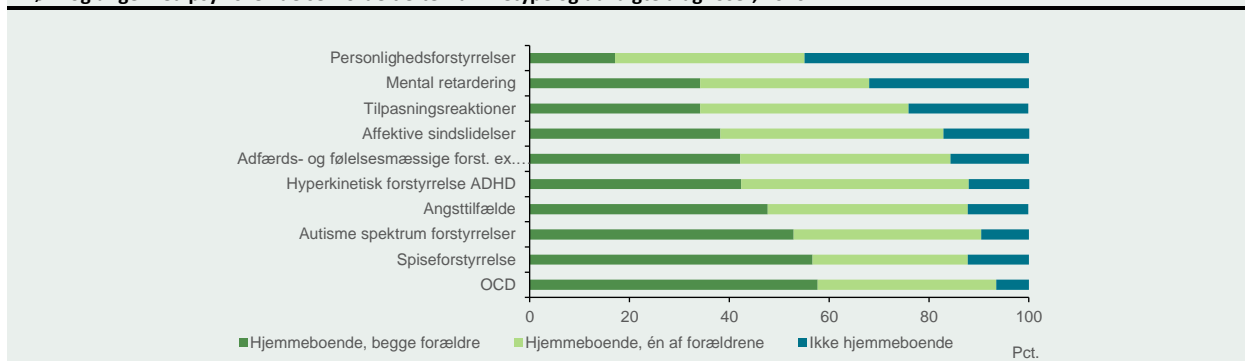


Omkring 55 pct. af voksne med psykiske lidelser er enlige uden børn, *jf. figur 16*. Til sammenligning er ca. 30 pct. af den voksne befolkning enlige uden børn. Knap 10 pct. af voksne med psykiske lidelser er enlige med hjemmeboende børn, mens det tilsvarende er ca. 5 pct. af alle voksne i befolkningen.

Særligt voksne med de højeste behandlingsudgifter er uden en partner. Næsten 70 pct. af voksne med de højeste behandlingsudgifter er således enlige uden hjemmeboende børn, *jf. bilagsfigur B12*.

Over perioden 2010-16 er der sket mindre forskydninger i de voksnes familietype blandt voksne med psykiske lidelser. I 2016 er der marginalt færre voksne med psykiske lidelser, som er enlige uden hjemmeboende børn, mens der er marginalt flere med partner og hjemmeboende børn, *jf. figur 16*.

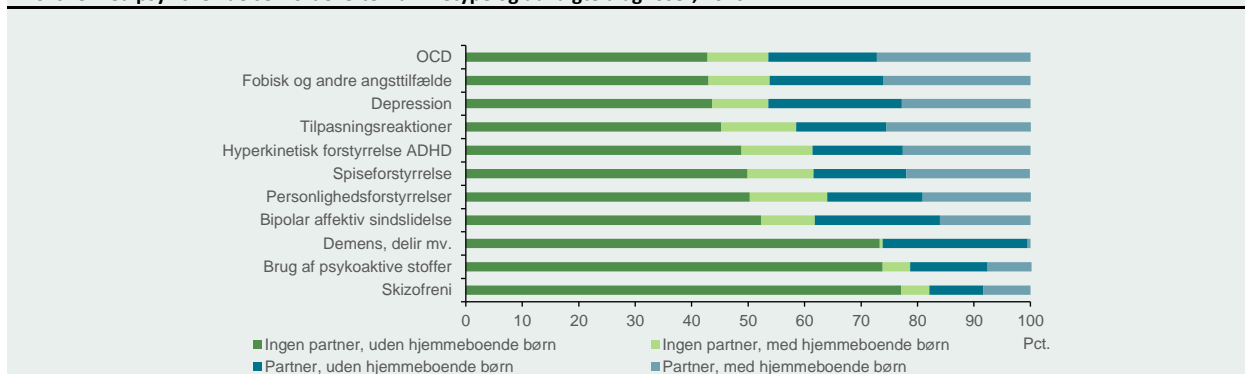
Der er forskelle i børns og unges familietype alt efter deres diagnose. Fx er mere end 55 pct. af børn og unge, med hhv. diagnoserne spiseforstyrrelse og OCD, hjemmeboende med begge forældre, mens det er omkring 40 pct. af børn og unge med hhv. affektive sindslidelser, ADHD og andre adfærdsmæssige forstyrrelser, og under 20 pct. af børn og unge med personlighedsforstyrrelser, *jf. figur 17*. Mere end 40 pct. af børn og unge med personlighedsforstyrrelser er ikke hjemmeboende. Det gælder kun 7 pct. af børn med OCD.

Figur 17**Børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter familietype og udvalgte diagnoser, 2016**

Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjøret som personer på 19 år eller derover. Børn og unge, der bor hos en af forældrene, kan enten bo hos moderen eller faderen. Denne er enten enlig eller har dannet nyt par. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Der er også markante forskelle i de voksnes familietype alt efter deres psykiske diagnose. Fx er knap 80 pct. med diagnosen skizofreni enlige, uden hjemmeboende børn, mens det tilsvarende er under 45 pct. for patienter med hhv. depression, fobisk og andre angsttilfælde samt OCD, *jf. figur 18*. Inden for de udvalgte diagnoser er 10-13 pct. af voksne enlige med hjemmeboende børn, dog med undtagelse af fra voksne med demens, skizofreni, psykiske lidelse pga. brug af psychoaktive stoffer, hvor andelen er lavere.

Figur 18**Voksne med psykiske lidelser fordel efter familietype og udvalgte diagnoser, 2016**

Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjøret som personer på 19 år eller derover. Partner indebærer alle former for par – både ægtepar, registreret partnerskab, samlevende og samboende. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Hjemmeboende børn og unge, som i 2016 blev indlagt på psykiatriske sygehuse, har generelt længere indlæggelser end ikke hjemmeboende børn, *jf. figur B13*. De hjemmeboende med begge forældre er i gennemsnit indlagt en uge længere end ikke hjemmeboende børn. Antallet af ambulante besøg pr. patient er ens, uanset familietypen.

Indlagte voksne, som er enlige uden hjemmeboende børn er i gennemsnit indlagt i ca. 4 dage længere end enlige med hjemmeboende børn, *jf. figur B14*. Antallet af ambulante besøg pr. patient er nogenlunde ens uanset patienternes familietype.

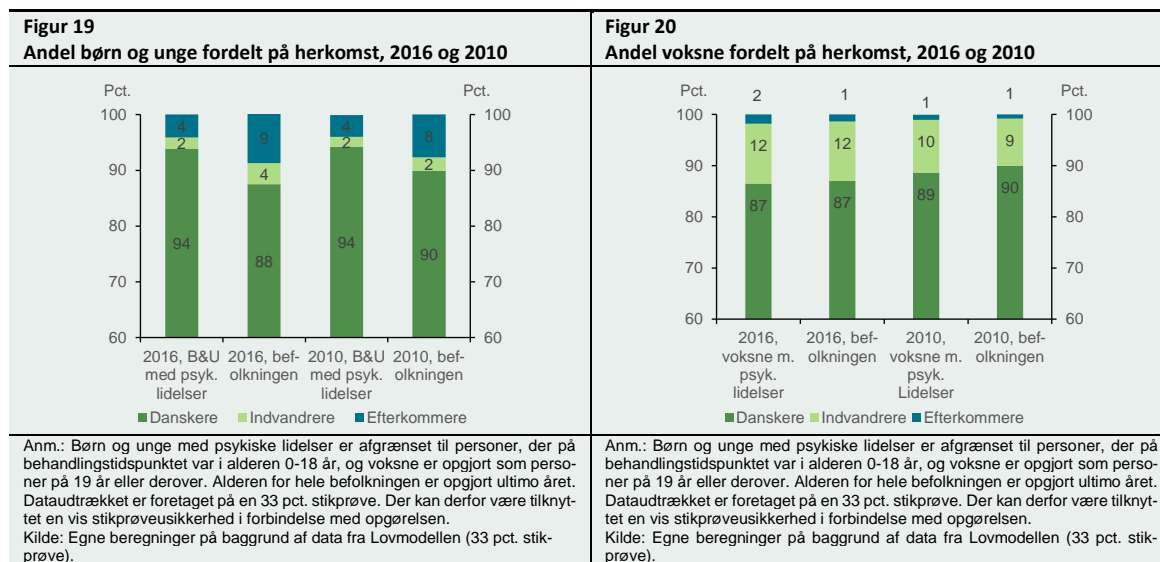
Disse forskelle kan tilskrives flere faktorer, herunder forskelle i patienternes diagnoseprofil på tværs af familietype.

3.4 Psykisk sygdom kan ramme alle, uanset herkomst

Omkring 94 pct. af børn og unge med psykiske lidelser har dansk oprindelse, *jf. figur 19*. Det er lidt flere, end danske børns befolkningsandel tilsiger. Andelen af børn og unge med psykiske lidelser fordelt på herkomst er uændret i 2016 sammenlignet med 2010.

Voksne med psykiske lidelser har omtrent samme herkomst som befolkningen generelt. Indvandrere er marginalt underrepræsenterede, mens efterkommere er marginalt overrepræsenterede, *jf. figur 20*. Det samme mønster gør sig gældende, når patienterne fordeles efter deres behandlingsudgifter, *jf. bilagsfigur B15*.

I 2016 er andelen af voksne med psykiske lidelser fordelt efter herkomst nogenlunde uændret sammenlignet med 2010. Andelen af indvandrere og efterkommere er marginalt højere i 2016 sammenlignet med 2010, mens andelen af voksne med dansk herkomst er marginalt lavere, *jf. figur 20*.



Der er mindre variationer i børns og unges herkomst på tværs af diagnoser. Mere end 95 af børns og unges med hhv. ADHD, personlighedsforstyrrelse, angsttilfælde og spiseforstyrrelse har dansk oprindelse, *jf. bilagsfigur B16*. Højest andel indvandrere og efterkommere er blandt børns og unges med mental retardering. Således er ca. 13 pct. af børns og unges med mental retardering indvandrere eller efterkommere, hvilket er på samme niveau som indvandrernes og efterkommerens befolkningsandel.

Blandt voksne har mere end én ud af fire med tilpasningsreaktioner en anden oprindelse end dansk, *jf. bilagsfigur B17*. Det kunne bl.a. hænge sammen med at bl.a. flygtninge er i forhøjet risiko for at udvikle posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), som er en psykisk sygdom, der kan opstå efter voldsomme eller traumatiske begivenheder, som man enten har været involveret i eller været vidne til.

Omkring 17 pct. af voksne med skizofreni og 11 pct. af voksne med depression har også en anden oprindelse end dansk. Det gælder under 5 pct. af voksne med hhv. ADHD og demens.

Uanset oprindelse har både børn og unge, samt voksne med kontakt til psykiatrien, omtrent samme antal ambulante besøg i gennemsnit, *jf. figur Bilagsfigur B18 og B19*. Voksne efterkommere med en indlæggelse er i gennemsnit indlagt i ca. 21 dage, mens indvandrere og personer med dansk oprindelse er indlagte i knap 18 dage.

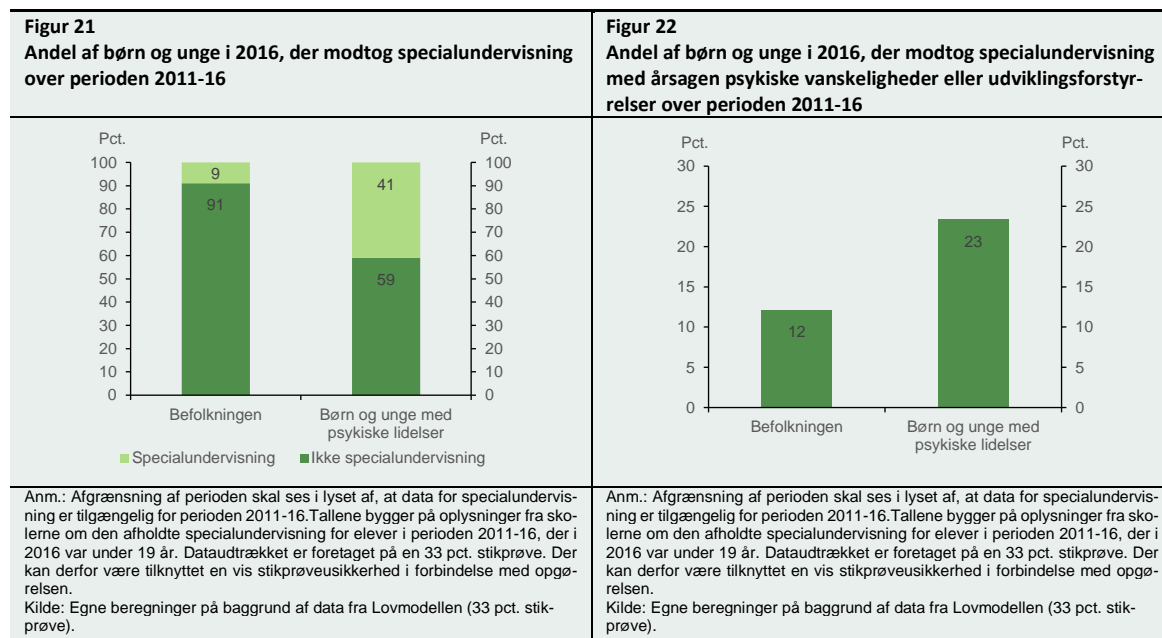
4. Tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser

4.1 Grundskoleelever med psykiske lidelser modtager i højere grad specialundervisning og har lavere afgangskarakterer

Markant flere elever med psykiske lidelser modtager specialundervisning end øvrige elever

Elever i folkeskolen kan få specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand, hvis de har brug for omfattende støtte. Børn med omfattende behov for specialpædagogisk støtte på grund af svære fysiske eller psykiske handicap skal henvises til specialundervisning. Formålet med specialundervisning og specialpædagogisk bistand er at hjælpe alle børn med at blive så dygtige som muligt.

Omkring 40 pct. af børn og unge med psykiske lidelser i 2016, der over perioden 2011-16 har gået på en grundskole, har fået specialundervisning, jf. figur 21. Dette er væsentligt højere end for børn og unge generelt, idet under 10 pct. af alle børn og unge i 2016 med skolegang i årene 2011-16 har fået specialundervisning.

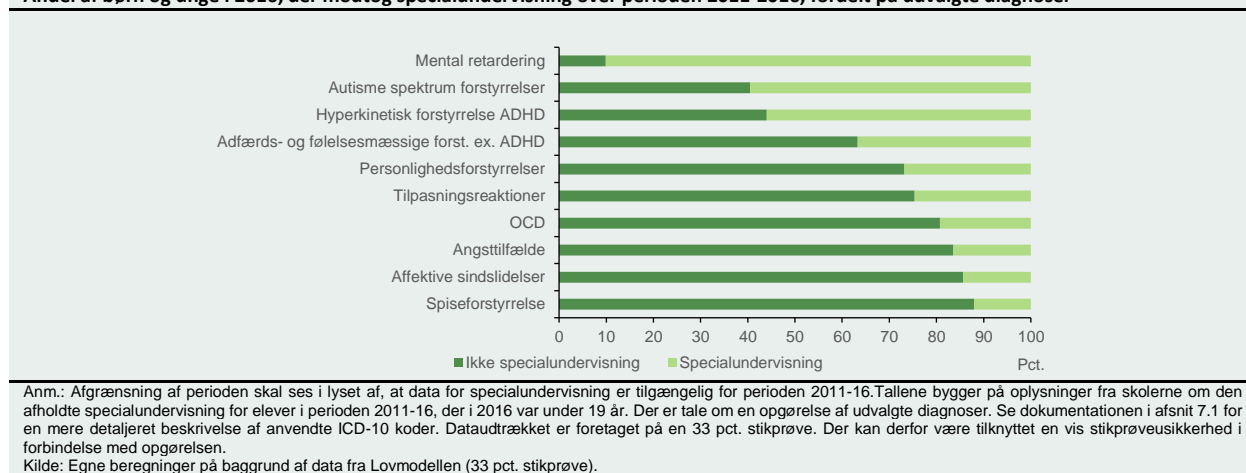


Årsagen til specialundervisning kan fx være generelle indlæringsvanskeligheder, sociale vanskeligheder, psykiske vanskeligheder (fx depression, skizofreni, angst mv.), udviklingsforstyrrelser (fx autismespektrum, ADHD, damp mv.) eller andre årsager. Andelen af børn og unge, der modtog specialundervisning over perioden 2011-2016 som følge af psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelse er ca. 12 pct. Dette tal var ca. 23 pct. blandt børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien, jf. figur 22. Dermed var øvrige årsager angivet som grund for de resterende 77 pct. af børn og unge med kontakt til psykiatrien.

Det er særligt børn og unge med forholdsvis lave behandlingsudgifter i 2016, der på et tidspunkt modtog specialundervisning. Således modtog ca. 45 pct. af patienter med de laveste behandlingsudgifter specialundervisning, mod ca. 25 pct. af børn og unge med de højeste behandlingsudgifter, *jf. bilagsfigur B20*.

Dette hænger sammen med, at det primært er børn og unge med diagnoser, der karakteriseres ved forholdsvis lave behandlingsudgifter i sygehuspsykiatrien som fx mental retardering og ADHD, der modtager specialundervisning. Hovedparten af børn og unge med mental retardering har således modtaget specialundervisning, mens det omvendte kun er gældende for en lille andel af børn og unge med hhv. spiseforstyrrelse, affektive sindslidelser og angsttilfælde, *jf. figur 23*. Mere end halvdelen af børn og unge med ADHD og udviklingsforstyrrelser har også modtaget specialundervisning.

Figur 23
Andel af børn og unge i 2016, der modtog specialundervisning over perioden 2011-2016, fordelt på udvalgte diagnoser

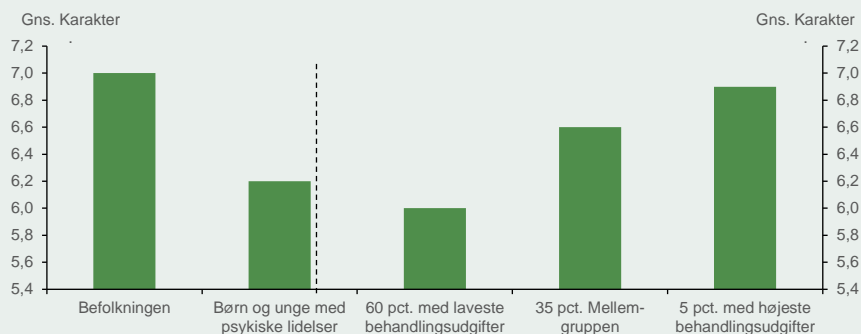


Elever med psykiske lidelser, der modtog specialundervisning over perioden 2011-2016, har i gennemsnit 2 færre ambulante besøg pr. person sammenlignet med elever med psykiske lidelser, der ikke modtog specialundervisning. Indlagte børn og unge der modtog specialundervisning, har en indlæggelse, der i gennemsnit er i 6 dage kortere sammenlignet med børn og unge, der ikke modtog specialundervisning, *jf. bilagsfigur B21*. Dette kan bl.a. hænge sammen med den diagnoseprofil, som børn og unge der modtager specialundervisning har.

Elever med psykiske lidelser klarer sig dårligere i 9. klasses prøver

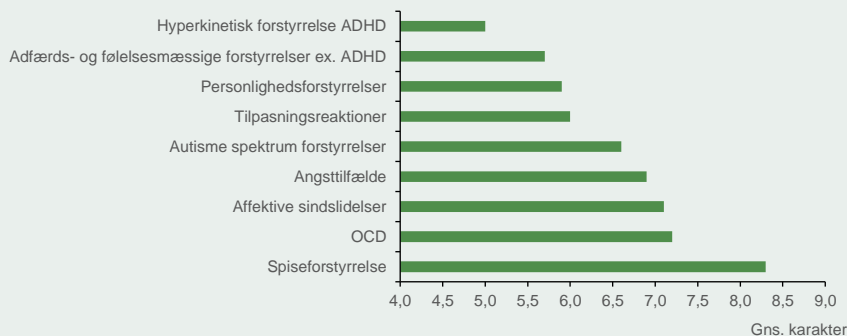
Hvert år aflægger grundskolens 9. klasses elever otte bundne prøver som en del af Folkeskolens Prøve. Det samlede karaktergennemsnit for børn og unge, der i 2016 var under 19 år og som i løbet perioden 2008-2016 har afsluttet 9. klasse, er 7,0, mens det for børn og unge med psykiske lidelser er 6,2, *jf. figur 24*.

Der er imidlertid en større forskel i karaktergennemsnittet for børn og unge med psykiske lidelser alt efter deres gennemsnitlige behandlingsudgifter i sygehuspsykiatrien. Børn og unge med de laveste behandlingsudgifter har et karaktergennemsnit på 6,0, mens børn og unge med de højeste behandlingsudgifter har et karaktergennemsnit på 6,9, *jf. figur 24*.

Figur 24**Gennemsnitlig afgangskarakter for børn og unge i 2016, der over perioden 2008-16 har taget en afgangseksamen i grundskolen**

Anm.: Gennemsnitlig karakter for børn og unge, der i 2016 var under 19 år, og som der har taget afgangseksamen i 9. klasse for bundne prøviefag over perioden 2008-2016. Afgrænset til børn og unge med fremmøde. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Dette skal bl.a. ses i lyset af, at karaktergennemsnittet varierer markant med børns og unges diagnoser. Fx har børn og unge med spiseforstyrrelse fået en afgangskarakter på 8,3 i gennemsnit, mens børn og unge med ADHD har et karaktergennemsnit på ca. 5,0, *jf. figur 25*.

Figur 25**Gennemsnitlig afgangskarakter for børn og unge i 2016, der over perioden 2008-16 har taget en afgangseksamen i grundskolen, fordelt på udvalgte diagnoser**

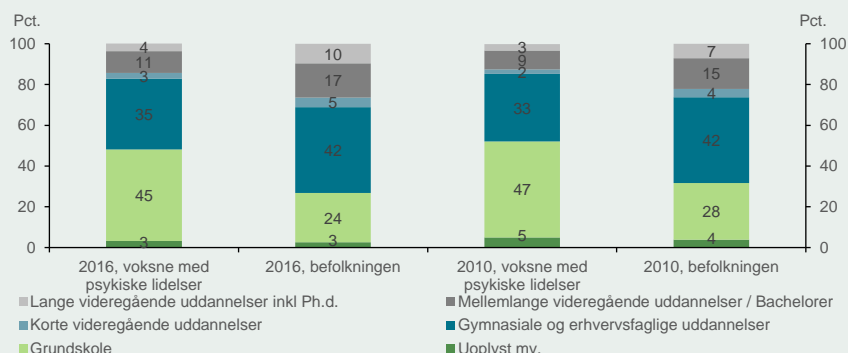
Anm.: Gennemsnitlig karakter for børn og unge, der i 2016 var under 19 år, og som der har taget afgangseksamen i 9. klasse for bundne prøviefag over perioden 2008-2016. Afgrænset til børn og unge med fremmøde. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

4.2 Betydeligt lavere uddannelsesniveau karakteriser voksne med psykiske lidelser

Voksne med psykiske lidelser har generelt lavere uddannelsesniveau sammenlignet med befolkningen. Fx har knap halvdelen af voksne med psykiske lidelser grundskole som højest fuldførte uddannelse, *jf. figur 26*. Dette er gældende uanset patienternes udgiftsmæssige tyngde, *jf. bilagsfigur B22*. Til sammenligning er dette kun gældende for én ud af fire voksne i befolkningen. Blandt alle voksne i befolkningen har omkring 30 pct. en videregående uddannelse, mens det kun gælder for 18 pct. af voksne med psykiske lidelser.

Generelt har befolkningen et højere uddannelsesniveau i 2016 end i 2010. Fx havde 28 pct. af voksne grundskole som højeste fuldførte uddannelse i 2010, mens dette tal er 24 pct. i 2016. Omtrent samme bevægelse i forhold til uddannelsesniveau gælder for psykiatriske patienter. Ca. 47 pct. af psykiatriske patienter havde grundskole som højeste fuldførte uddannelse i 2010 mod 45 pct. i 2016. Dog er andelen af psykiatriske patienter med en lang videregående uddannelse kun vokset med 1 pct.-point., mens det tilsvarende er steget med 3 pct.-point for befolkningen generelt.

Figur 26
Andel voksne fordelt på højest fuldførte uddannelse, 2016



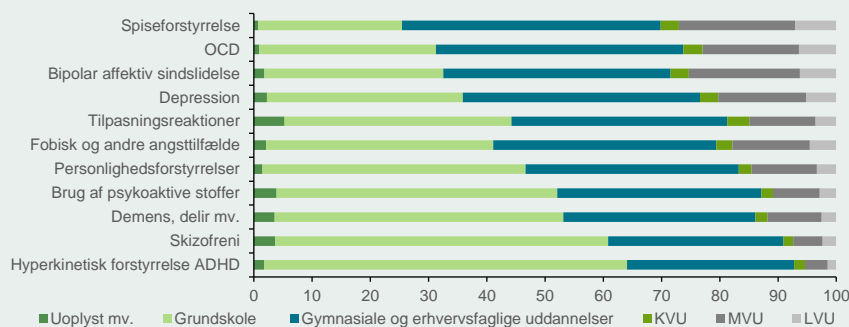
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Der er betydelige forskelle i patienternes uddannelsesniveau på tværs af diagnoser. Lidt over 60 pct. af voksne med ADHD har grundskole som højeste uddannelsesniveau, jf. figur 27. Det gælder knap 60 af voksne med skizofreni, 40 pct. af voksne med fobi og andre angsttilfælde, 34 pct. af voksne med depression samt. og 25 pct. af personer med spiseforstyrrelse – hvilket er på niveau med befolkningen generelt.

Omkring 45 pct. af voksne med en spiseforstyrrelse har en gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse som højest fuldførte uddannelse, mens det er mellem 30-40 pct. af voksne med øvrige diagnoser.

Omkring 18 pct. af voksne med psykiske lidelser har en kort-, mellem- eller lang videregående uddannelse. Dette varierer mellem 7-30 pct. af psykiatriske patienter på tværs af de udvalgte diagnoser. For voksne med ADHD og skizofreni er det under 10 pct., der har en videregående uddannelse, mens det for voksne med spiseforstyrrelse er omkring 30 pct.

Figur 27
Andel voksne med psykiske lidelser fordelt efter højeste fuldførte uddannelse og udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Mellemlang uddannelse (MVU) er inklusiv bachelor uddannelse, lang videregående uddannelse er inklusiv Ph.d. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Der er generelt ikke betydelige forskelle i kontaktmønstret til sygehusene på tværs af voksnes uddannelsesniveau, jf. bilagsfigur B23.

4.3 Markant lavere arbejdsmarkedstilknytning blandt voksne med psykiske lidelser

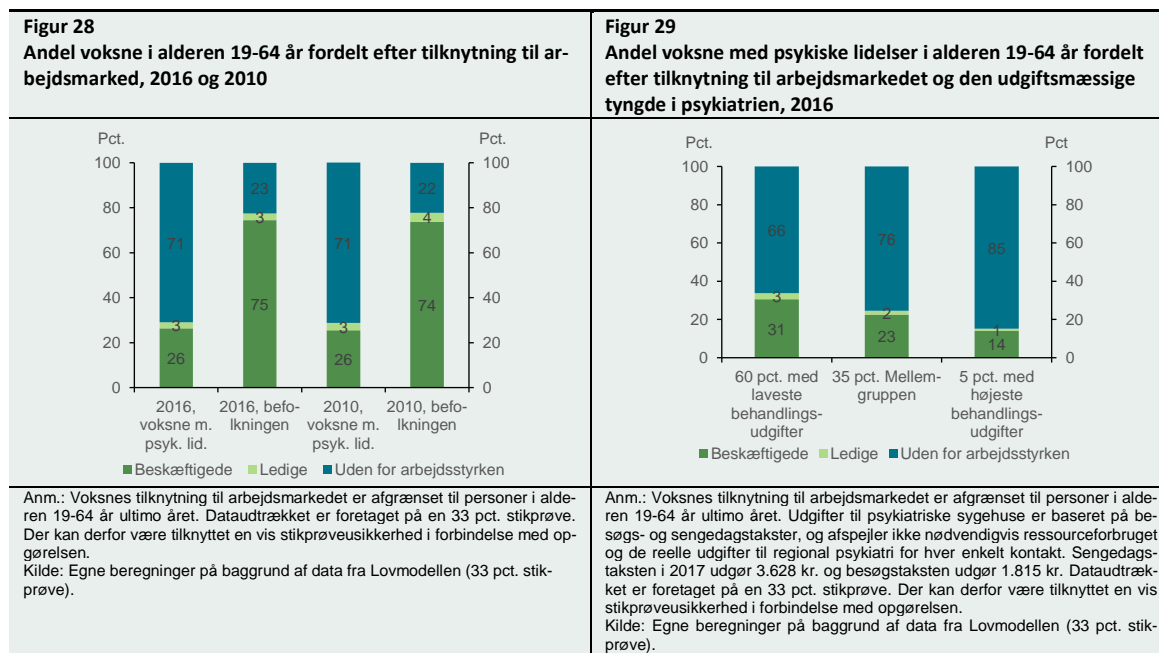
Omkring 26 pct. voksne med psykiske lidelser i alderen 19-64 år er i beskæftigelse, og ca. 71 pct. er uden for arbejdsmarkedet, jf. figur 28. Det omvendte er gældende blandt voksne i befolkningen generelt, hvor 75 pct. af voksne er i beskæftigelse, og ca. 23 pct. er uden for arbejdsmarkedet. Omkring 3 pct. af voksne er ledige – både i

befolkningen og blandt voksne med psykiske lidelser. Der er ingen nævneværdig forskel mellem 2010 og 2016. Der er altså en markant lavere arbejdsmarkedstilknytning blandt voksne med psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen, og dette er gældende både i 2010 og 2016.

Arbejdsmarkedstilknytningen blandt voksne med psykiske lidelser er lavere for patienter med de højeste behandlingsudgifter. Således er ca. 31 pct. af voksne med de laveste behandlingsudgifter i beskæftigelse, mens det er ca. 23 pct. af voksne i "mellemlgruppen" og kun 14 pct. af voksne med de højeste behandlingsudgifter, *jf. figur 29*.

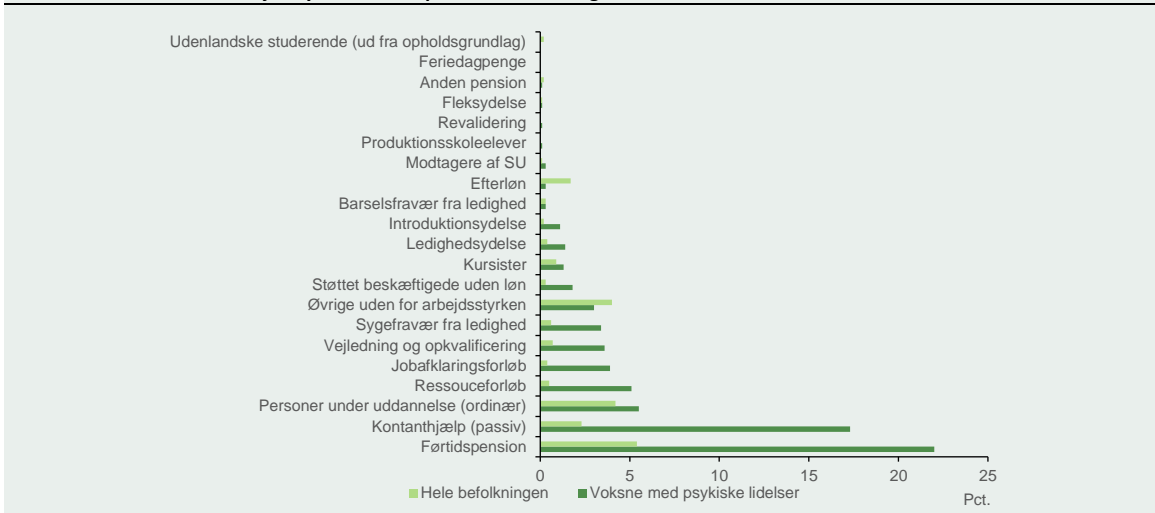
Voksne med psykiske lidelser har en relativt lavere arbejdsmarkedstilknytning, uanset alder. Fx har voksne med psykiske lidelser højest tilknytning til arbejdsmarkedet i alderen 35-39 år, *jf. bilagsfigur B24*. Forskellen mellem voksne med psykiske lidelser og befolkningen er dog stadig betydelig. Omkring 30 pct. af de 35-39-årige med psykiske lidelser er i beskæftigelse, mens det er tilfældet for over 80 pct. af voksne i denne aldersgruppe generelt. Forskellen i tilknytningen til arbejdsmarkedet mellem voksne med en psykisk lidelse og hele befolkningen er generelt stigende med alderen.

Blandt alle voksne i befolkningen er andelen i beskæftigelse generelt stigende med højere uddannelsesniveau. Dette er også tilfældet for voksne med psykiske lidelser. Fx er ca. 15 pct. af voksne med psykiske lidelser, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse, i beskæftigelse, mens det er gældende for ca. 55 pct. for personer med lang videregående uddannelse, *jf. bilagsfigur B25*. Forskelle i arbejdsmarkedstilknytningen mellem voksne med psykiske lidelser og alle voksne i befolkningen er også gældende for personer inden for samme uddannelsesmæssige niveau. Fx er ca. 78 pct. af alle voksne i alderen 19-64 år med en gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse i beskæftigelse, mens det er tilfældet for ca. 33 pct. af voksne med psykiske lidelser.



Sammenlignet med alle voksne i befolkningen uden for arbejdsstyrken, er voksne med psykiske lidelser i særlig høj grad overrepræsenteret blandt førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere (passive). Således er over 20 pct. af voksne med psykiske lidelser på førtidspension, mens dette er gældende for 5 pct. i befolkningen generelt, *jf. figur 30*. Omkring 5 pct. af voksne med psykiske lidelser er ressourceforløb, mens det tilsvarende gælder 0,5 pct. af hele befolkningen. En marginalt lavere andel voksne med psykiske lidelser sammenlignet med befolkningen findes blandt øvrige uden for arbejdsstyrken (bl.a. personer, der er forsørget af deres ægtefælle) og efterlønsmodtagere.

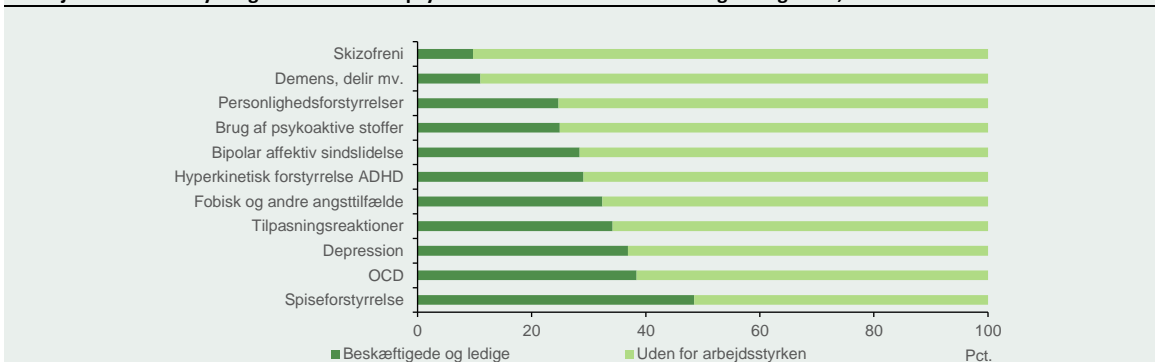
Figur 30
Andel voksne uden for arbejdsstyrken fordelt på de enkelte kategorier, 2016



Anm.: Voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er afgrænset til personer i alderen 19-64 år ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

På tværs af diagnoser er der betydelige variationer i voksnes arbejdsmarkedstilknytning – men uanset diagnose har voksne med psykiske lidelser en væsentlig lavere tilknytning til arbejdsmarkedet end voksne i hele befolkningen. Over 90 pct. af voksne med skizofreni er uden for arbejdsstyrken, jf. figur 31., mens den tilsvarende andel blandt voksne med hhv. ADHD og bipolar affektiv lidelse er 70 pct., blandt voksne med hhv. depression og OCD er det omkring 60 pct. og blandt voksne med spiseforstyrrelse er ca. 50 pct. uden for arbejdsstyrken.

Figur 31
Arbejdsmarkedstilknytning for voksne med psykiske lidelser fordelt efter udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Pga. for få observationer er beskæftigede og ledige slået sammen. Voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er afgrænset til personer i alderen 19-64 år ultimo året. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Voksne i den arbejdsdygtige alder, der befinder sig uden for arbejdsstyrken har i gennemsnit flere ambulante besøg og længere indlæggelser end beskæftigede og ledige voksne med psykiske lidelser. Voksne uden for arbejdsstyrken har således godt 10 ambulante besøg i 2016, mens beskæftigede i gennemsnit har under 8 ambulante besøg, jf. figur B26. Indlagte voksne psykiatriske patienter uden for arbejdsstyrken er i gennemsnit indlagt i ca. 19 dage pr. indlæggelse, mens beskæftigede er indlagt i ca. 11 dage pr. indlæggelse i 2016.

5. Mennesker med psykiske lidelser fordelt på øvrige socioøkonomiske faktorer

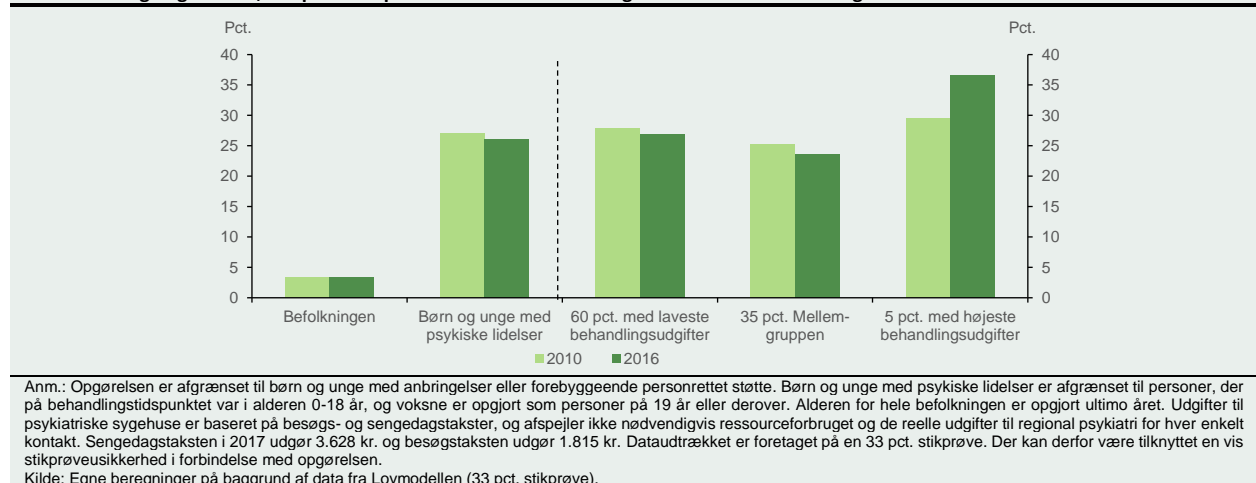
5.1 En relativ stor del af børn og unge med psykiske lidelser er socialt udsatte

Socialt udsatte børn og unge er i denne analyse afgrænset til børn og unge i alderen 0-18 år, der på et tidspunkt i sit liv har modtaget en social foranstaltning – enten anbringelse uden for hjemmet (fx plejefamilie eller døgninstitution) eller forebyggende personrettet støtte (fx aflastningsophold eller en fast kontaktperson).

Omkring 26 pct. af børn og unge med psykiske lidelser har modtaget en social foranstaltning, *jf. figur 32*. Det tilsvarende gælder omkring 3 pct. af alle børn og unge i Danmark. Andelen af børn og unge med psykiske lidelser, der er socialt udsatte, er højere for børn og unge med de højeste behandlingsudgifter sammenlignet med 'mellempopulationen' og børn med lavere behandlingsudgifter.

Siden 2010 er andelen af børn og unge i alderen 0-18 år, der på et tidspunkt i deres liv har modtaget en social foranstaltning, stort set uændret – bortset for børn og unge med de højeste behandlingsudgifter i sygehuspsykiatrien. I 2016 har ca. 37 af disse børn modtaget en social foranstaltning mod 30 pct. for børn og unge med højeste behandlingsudgifter i 2010.

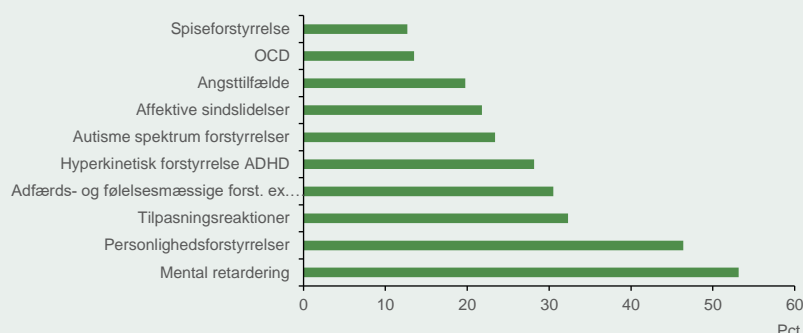
Figur 32
Andel børn og unge i 2016, der på et tidspunkt i deres liv har modtaget en social foranstaltning



På tværs af udvalgte psykiske diagnoser er der betydelige forskelle i andelen af patienter, der har modtaget en social foranstaltning. For børn og unge med mental retardering modtager omkring 50 pct. en social foranstaltning, mens det for børn og unge med hhv. spiseforstyrrelse og OCD er ca. 13 pct., *jf. figur 33*.

Figur 33

Andel børn og unge med psykiske lidelser fra 2016, der på et tidspunkt i deres liv har modtaget en socialt foranstaltning, fordelt på diagnoser



Anm.: Opgørelsen er afgrænset til børn og unge med anbringelser eller forebyggende personrettede støtte. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Børn og unge med psykiske lidelser, der er socialt udsatte, er indlagt i omkring 3 dage længere end ikke-socialt udsatte børn og unge, der, *jf. bilagsfigur B27*. Antallet af ambulante besøg pr. patient er nogenlunde ens for børn og unge, der modtager sociale foranstaltninger og for børn og unge, der ikke gør.

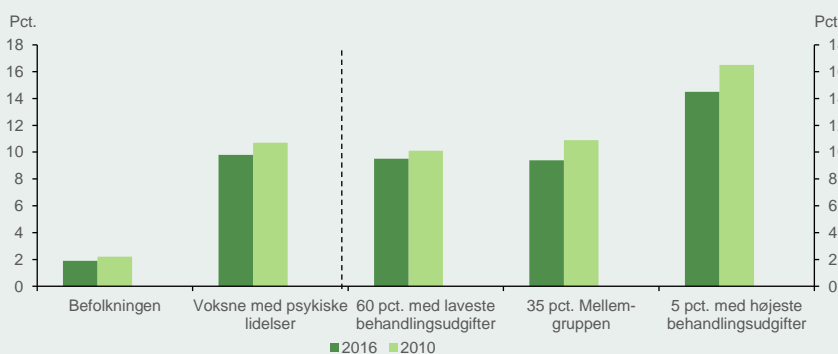
5.2 Voksne med psykiske lidelser er i højere grad dømt for kriminalitet

Omkring 2 pct. af den voksne befolkning har inden for de seneste fem år fået en dom i forbindelse med overtrædelse af straffeloven (dvs. ekskl. færdselsloven og særloven¹⁴). Det gælder ca. 10 pct. af voksne med psykiske lidelser, *jf. figur 34*. Omkring 15 pct. af patienter med de højeste behandlingsudgifter har inden for de seneste fem år fået en dom efter straffeloven.

Andelen af voksne, der er blevet dømt efter straffeloven inden for de fem forudgående år, er marginalt lavere i 2016 sammenlignet med 2010.

Figur 34

Andel voksne, der er dømt for overtrædelse af straffeloven inden for de seneste fem år, 2010 og 2016



Anm.: Opgørelsen dækker over dømte personer for overtrædelse af straffeloven, dvs. eksklusiv færdselsloven og særloven. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr. og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

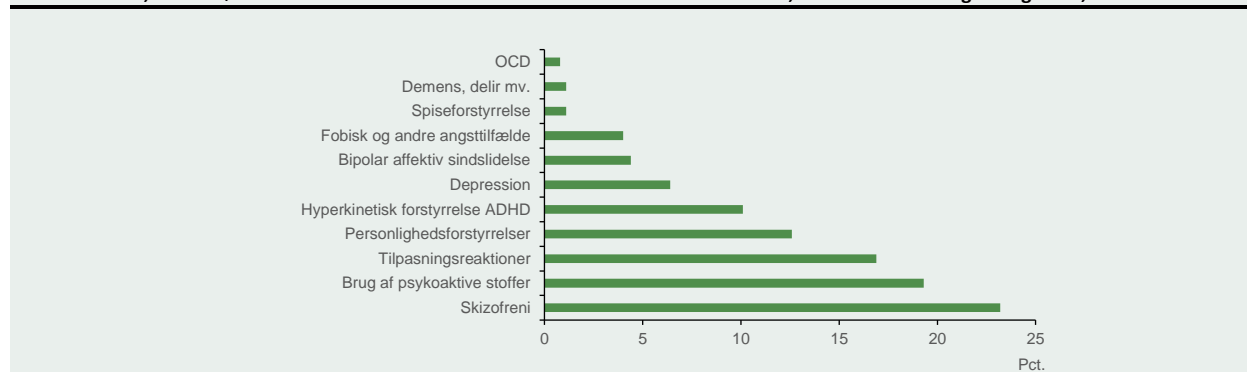
Højere kriminalitet blandt voksne med psykiske lidelser kan bl.a. hænge sammen med, at nogle af disse patienter er retspsykiatriske patienter, dvs. mennesker med psykiske lidelser, der på baggrund af den kriminalitet, de har begået, er dømt til behandling eller anbringelse på en psykiatrisk afdeling.

¹⁴ Særlovene omfatter flere hundrede forskellige love med straffebestemmelser, fx Færdselsloven, Lov om euforiserende stoffer, politivedtægterne og toldlove.

Om voksne med psykiske lidelser er dømt for kriminalitet eller ej varierer betydeligt på tværs af diagnoser. Andelen af patienter med OCD, demens og spiseforstyrrelse der er dømt for kriminalitet er generelt lavere end i befolkningen. For alle øvrige diagnoser er der overrepræsentation af dømte voksne med psykiske lidelser. Andelen af voksne dømt for kriminalitet med tilpasningsreaktioner og misbrug er over 15 pct. og knap 25 pct. af voksne med skizofreni er dømt for kriminalitet, *jf. figur 35*.

Figur 35

Andel voksne, der er dømt for overtrædelse af straffeloven inden for de seneste fem år, fordelt efter udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Opgørelsen dækker over dømte personer for overtrædelse af straffeloven, dvs. eksklusiv færdselsloven og særloven. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Voksne med psykiske lidelser, der er dømt for kriminalitet, har i gennemsnit samme antal ambulante besøg som øvrige patienter, og marginalt længere indlæggelser, *jf. bilagsfigur B28*.

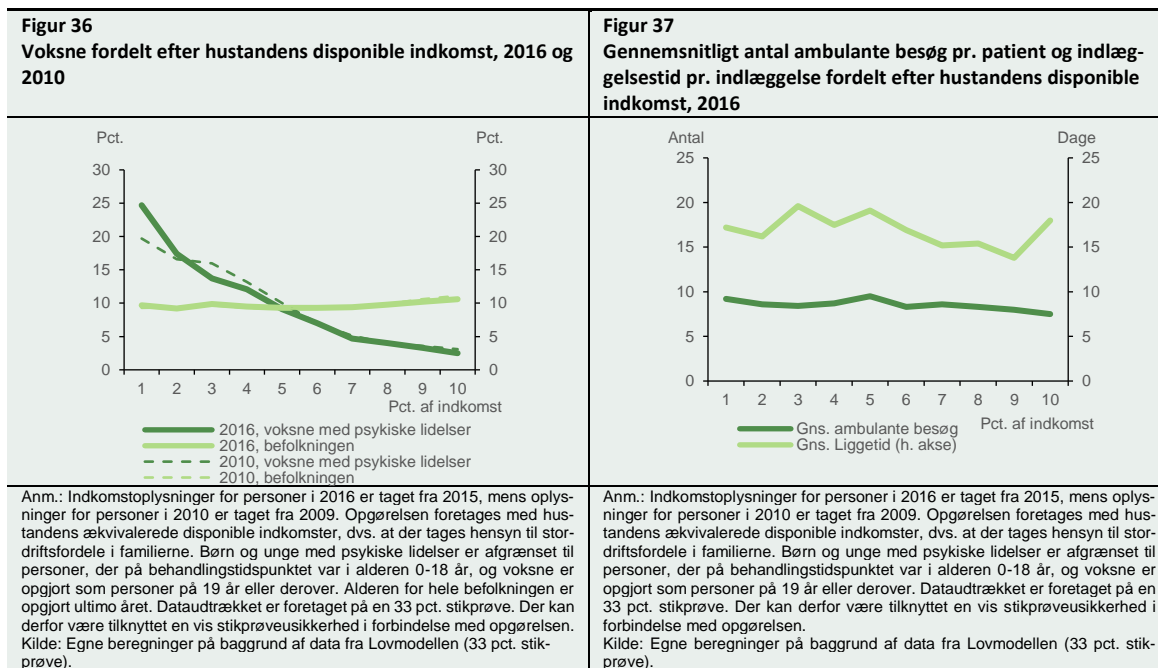
5.3 Voksne med psykiske lidelser har relativt lave indkomster

Voksne med psykiske lidelser har generelt væsentligt lavere disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) for hele hustanden end befolkningen generelt. Hver fjerde voksne med psykiske lidelser er blandt de ti procent mindst velhavende i Danmark, *jf. figur 36*. Omvendt er mindre end 3 pct. af patienterne blandt de 10 pct. mest velhavende i befolkningen.

Voksnes disponible indkomst varierer kun i mindre grad på tværs af patienternes behandlingsudgifter, *jf. bilagsfigur B29*.

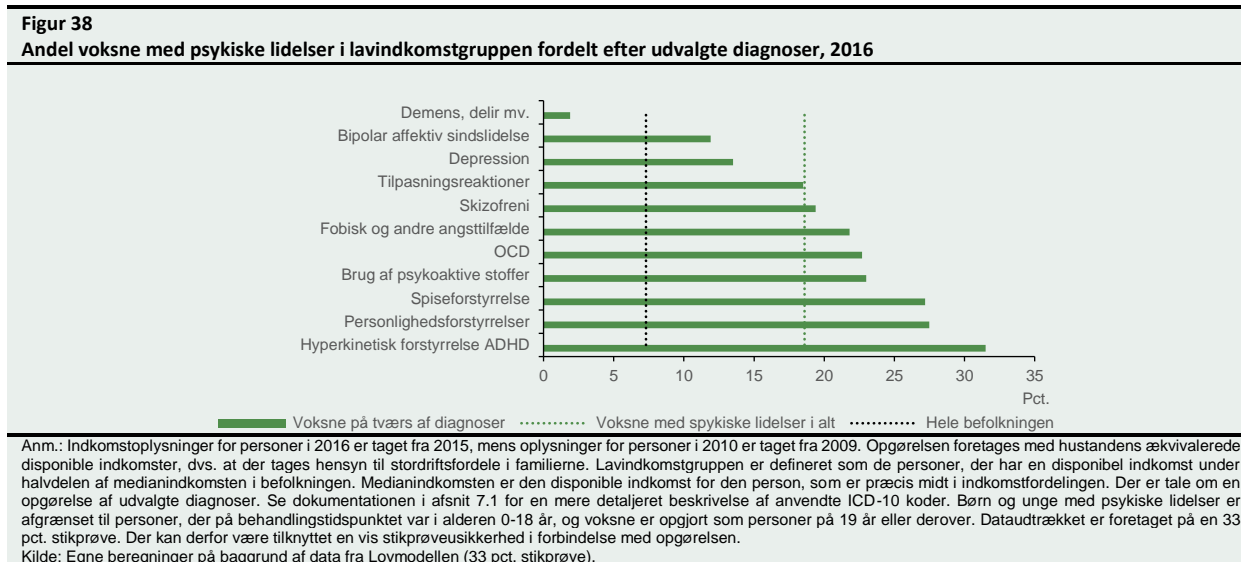
Sammenlignet med 2010 er andelen af voksne med psykiske lidelser, der er i gruppen med de 10 pct. laveste indkomster, vokset i 2016, *jf. figur 36*. Andelen af patienter med mellemindkomster (3.-5. indkomstdecil) er til gengæld lavere i 2016 sammenlignet med 2010.

Antallet af ambulante besøg pr. patient er i gennemsnit rimelig ens på tværs af indkomstgrupperne. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er lidt kortere for patienter med højere indkomster (bortset fra de 10 pct. mest velhavende voksne) og lidt længere for patienter med lavere indkomster, *jf. figur 37*.



En anden måde at opgøre patienternes indkomst på sammenlignet med befolkningen er at se på hvor mange personer, der befinder sig i lavindkomstfamilierne. Lavindkomstgruppen defineres som personer med relativt lav disponibel indkomst sammenlignet med, hvad den typiske dansker har til rådighed¹⁵.

Relativt mange voksne med psykiske lidelser er i lavindkomstgruppen. Omtrent 19 pct. af voksne med psykiske lidelser ligger i lavindkomstgruppen, mens det gælder ca. 7 pct. af voksne generelt i befolkningen, *jf. figur 38*.



Dette gør sig gældende, uanset patienternes behandlingsudgifter på sygehuset, *jf. bilagsfigur B30*. Der eksisterer i 2016 en relativt større andel af voksne med psykiske lidelser i lavindkomstgruppen end i 2010. I 2010 var ca. 13 pct. af de voksne med psykiske lidelser i lavindkomstgruppen, dvs. 6 pct.-point færre end i 2016. Over samme periode er andelen i lavindkomstgruppen steget med ca. 1 pct.-point i hele befolkningen.

¹⁵ Lavindkomstgruppen er defineret som de personer, der har en disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) på under halvdelen af medianindkomsten i befolkningen. Medianindkomsten er den disponible indkomst for den person, som er præcis midt i indkomstfordelingen. Dvs. den ene halvdel af befolkningen har en lavere disponibel indkomst end medianen, og den anden halvdel har en højere disponibel indkomst end medianen.

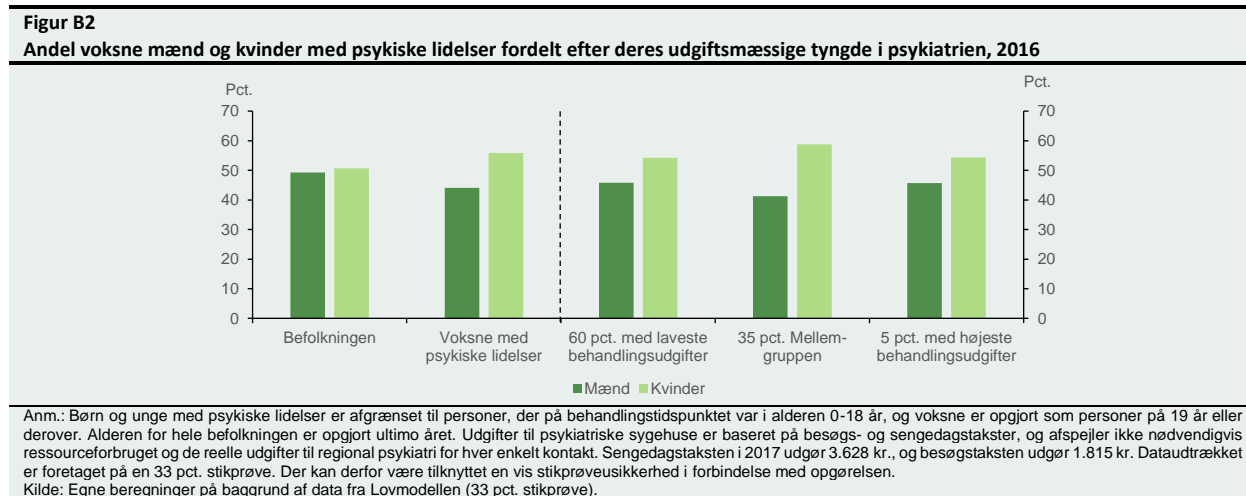
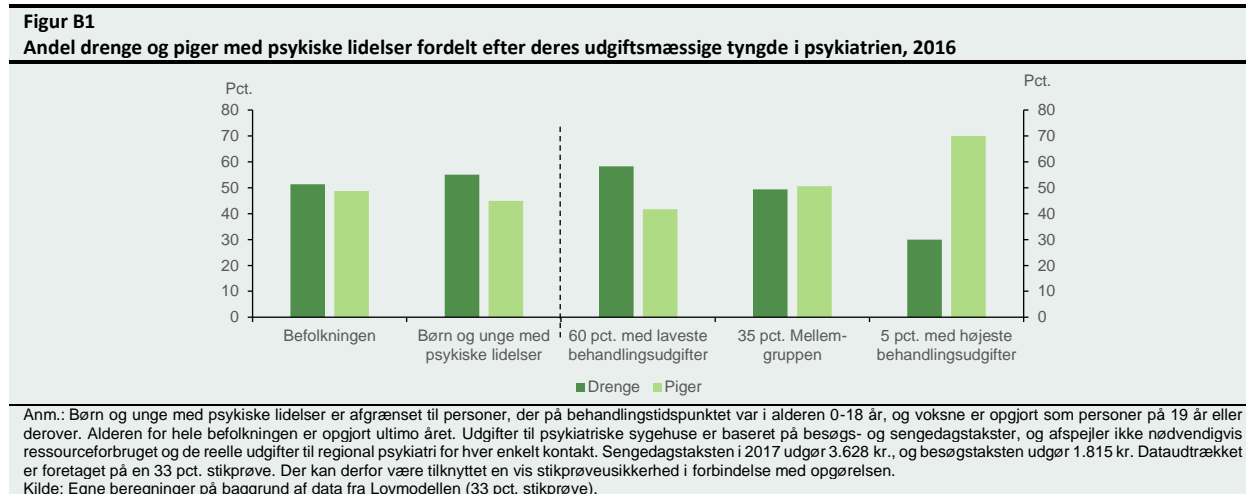
Uanset diagnose er voksne med psykiske lidelser overrepræsenteret i lavindkomstgruppen sammenlignet med voksne i befolkningen generelt, med undtagelse af voksne med demens. Der er imidlertid relativt stor spredning i lavindkomstgruppen på tværs af voksnes diagnoser. Omkring 30 pct. af voksne med ADHD og mere end hver fjerde voksne med hhv. personlighedsforstyrrelse og spiseforstyrrelse er i lavindkomstgruppen, *jf. figur 38*. Det tilsvarende gælder for omkring 14 pct. af voksne med depression, 12 pct. af voksne med bipolar affektiv lidelse og ca. 2 pct. for voksne med demens.

Børn og unge

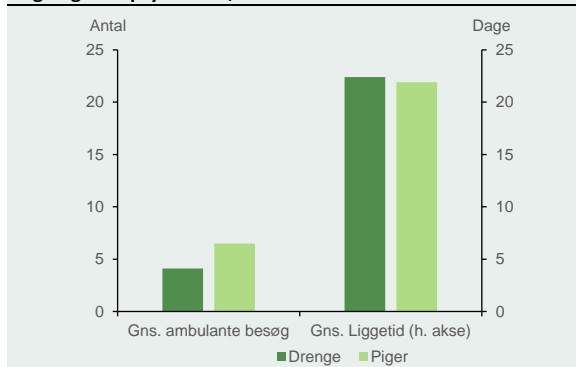
Børn og unge med psykiske lidelser lever i familier, hvis indkomst ikke er væsentligt anderledes, end det er tilfælde for børn og unge generelt. Familier med børn og unge med psykiske lidelser har lidt lavere disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) end befolkningen generelt. Der er dog forskelle i familiens indkomst på tværs af de udvalgte diagnoser, som børn og unge lider af. Mere om børn og unges indkomstforhold kan læses i bilag.

6. Bilag - Supplerende opgørelser

6.1 Supplerende figurer til afsnit 3.1 "Mennesker med psykiske lidelser fordelt efter køn"

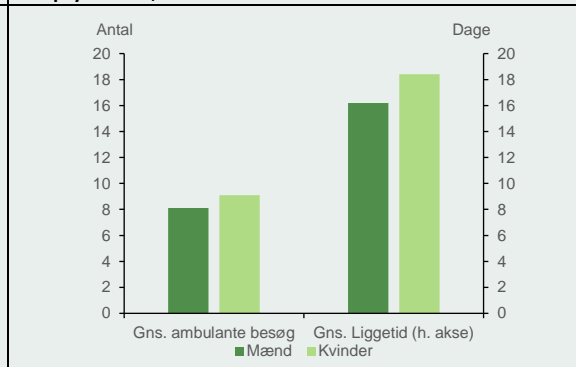


Figur B3
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på drenge og piger i børne- og ungdomspsykiatrien, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

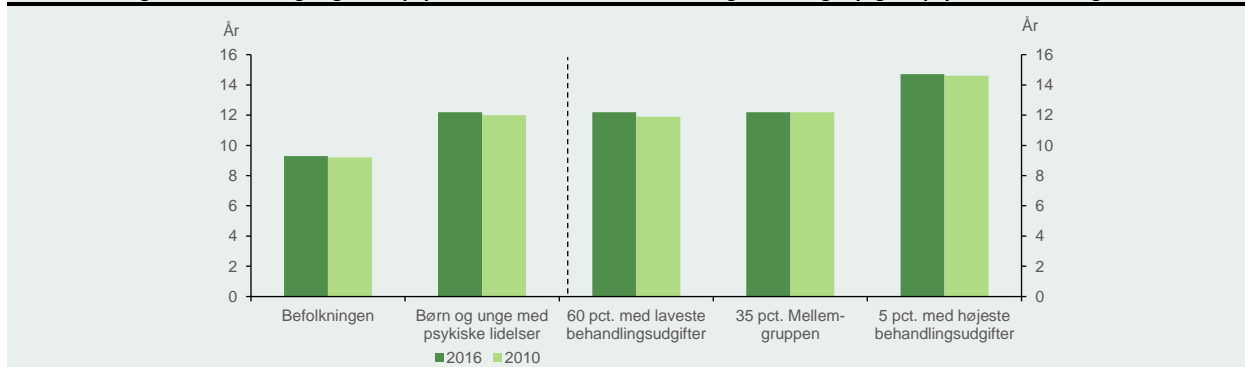
Figur B4
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på mænd og kvinder i voksenspsykiatrien, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

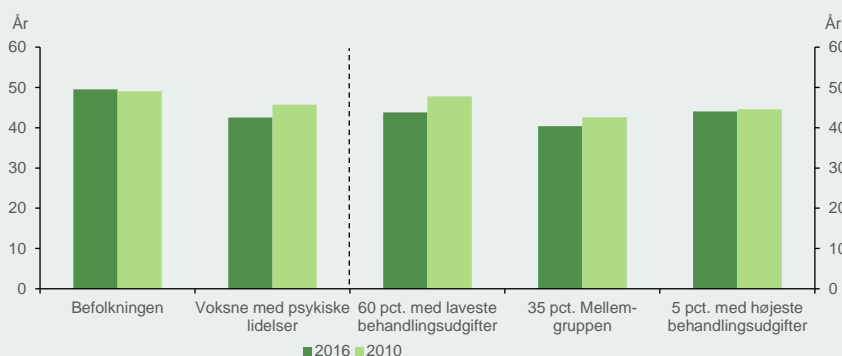
6.2 Supplerende figurer til afsnit 3.2 "Mennesker med psykiske lidelser er forholdsvis unge"

Figur B5
Gennemsnitlig alder for børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter den udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2010 og 2016



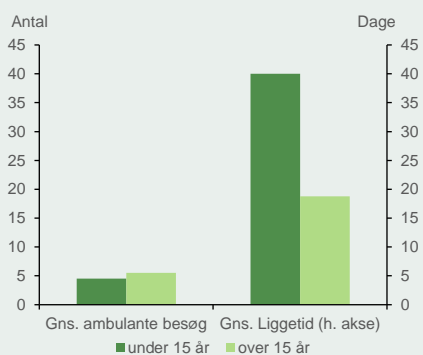
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B6
Gennemsnitlig alder for voksne med psykiske lidelser fordelt efter den udgiftsmæssige tyngde, 2010 og 2016



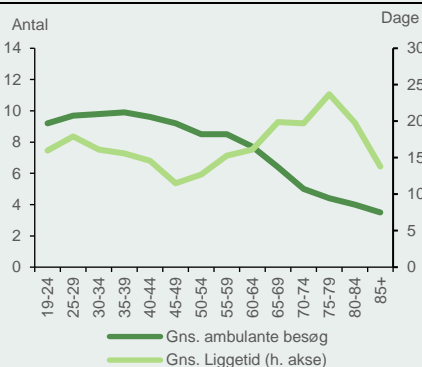
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B7
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien og gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på alder, 2016



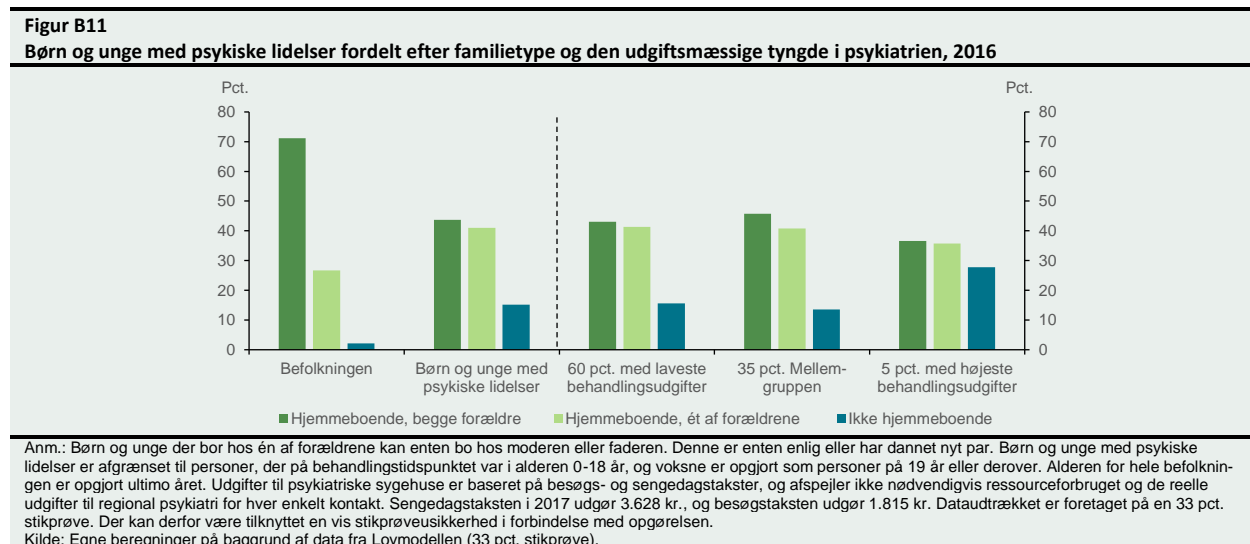
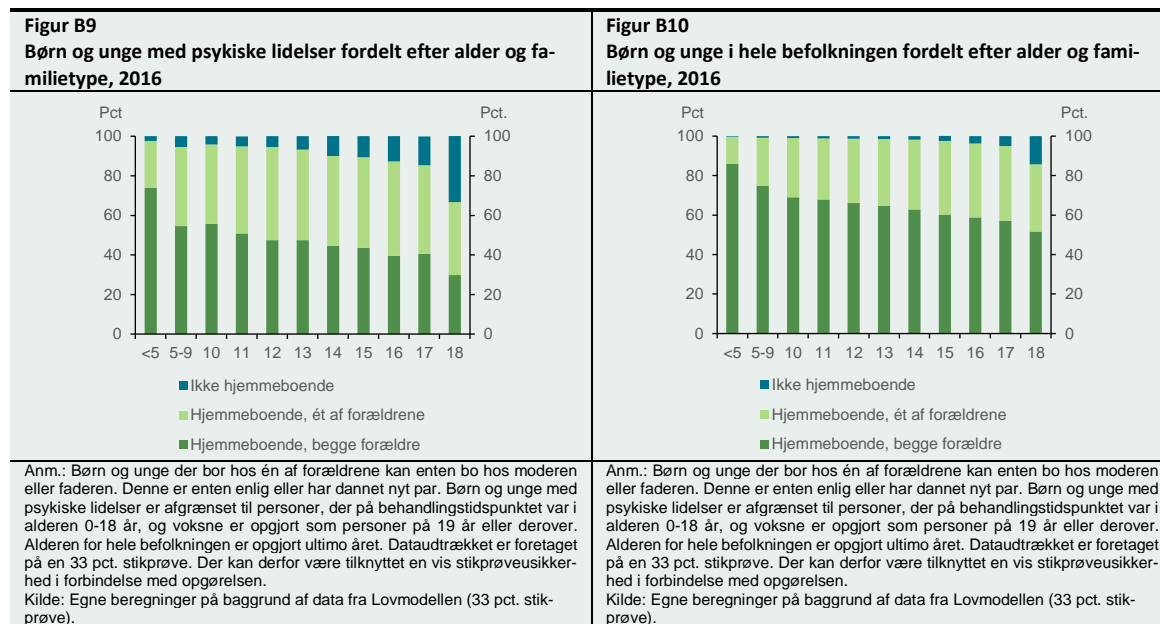
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B8
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient i voksenpsykiatrien og gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på alder, 2016



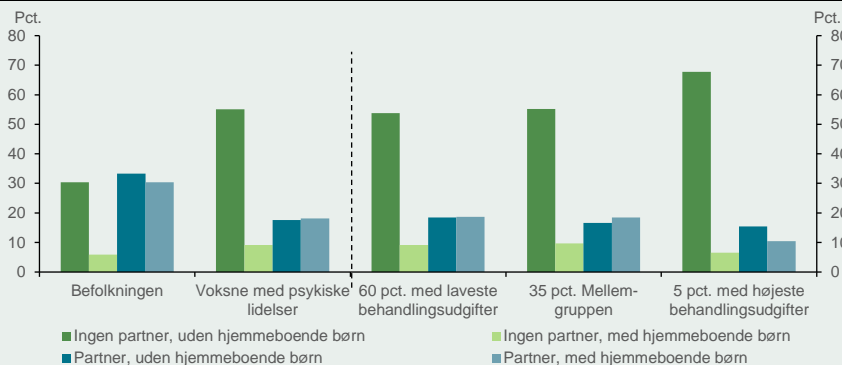
Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøvesikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.4 Supplerende figurer til afsnit "Forholdsvis mange personer med psykiske lidelser er enlige"



Figur B12

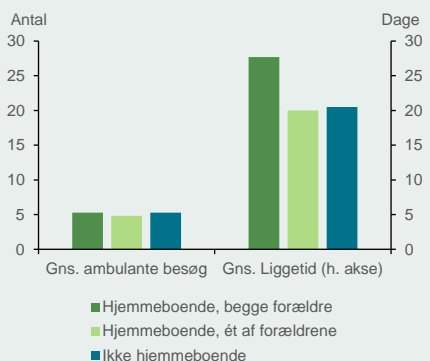
Voksne med psykiske lidelser fordelt efter familietype og den udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2016



Anm.: Partner indebærer alle former for par – både ægtepar, registreret partnerskab, samlevende og samboende. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B13

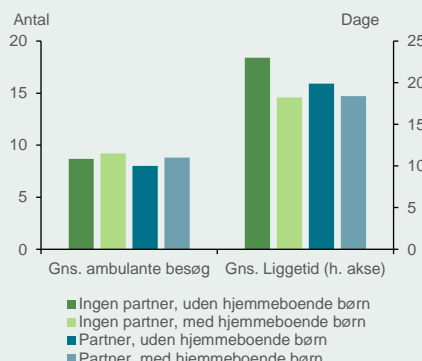
Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien og indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på familietype, 2016



Anm.: Børn og unge der bor hos ét af forældrene kan enten bo hos moderen eller faderen. Denne er enten enlig eller har dannet nyt par. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B14

Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient i voksenpsykiatrien og indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på familietype, 2016

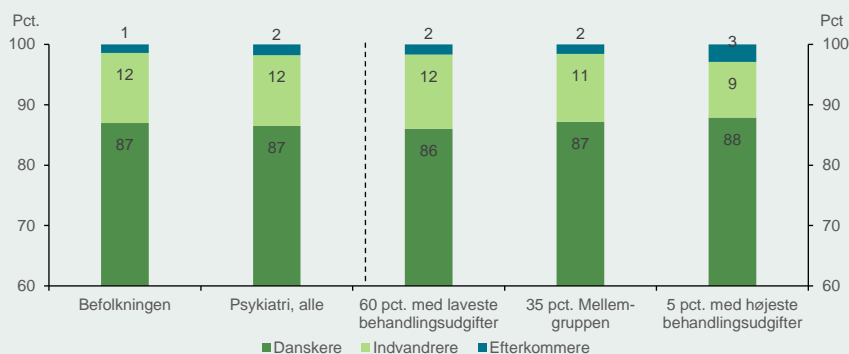


Anm.: Partner indebærer alle former for par – både ægtepar, registreret partnerskab, samlevende og samboende. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.5 Supplerende figurer til afsnittet ”Psyisk sygdom rammer alle, uanset herkomst”

Figur B15

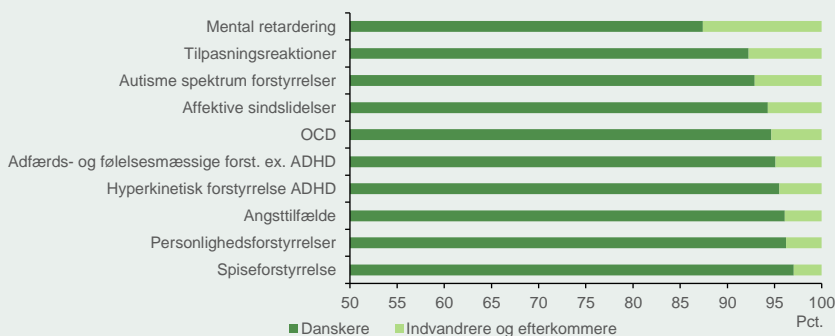
Voksne med psykiske lidelser fordelt efter herkomst og den udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2016



Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B16

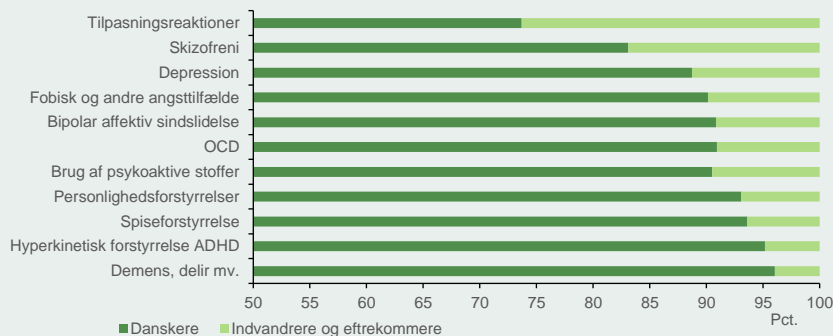
Børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter herkomst og udvalgte diagnoser, 2016



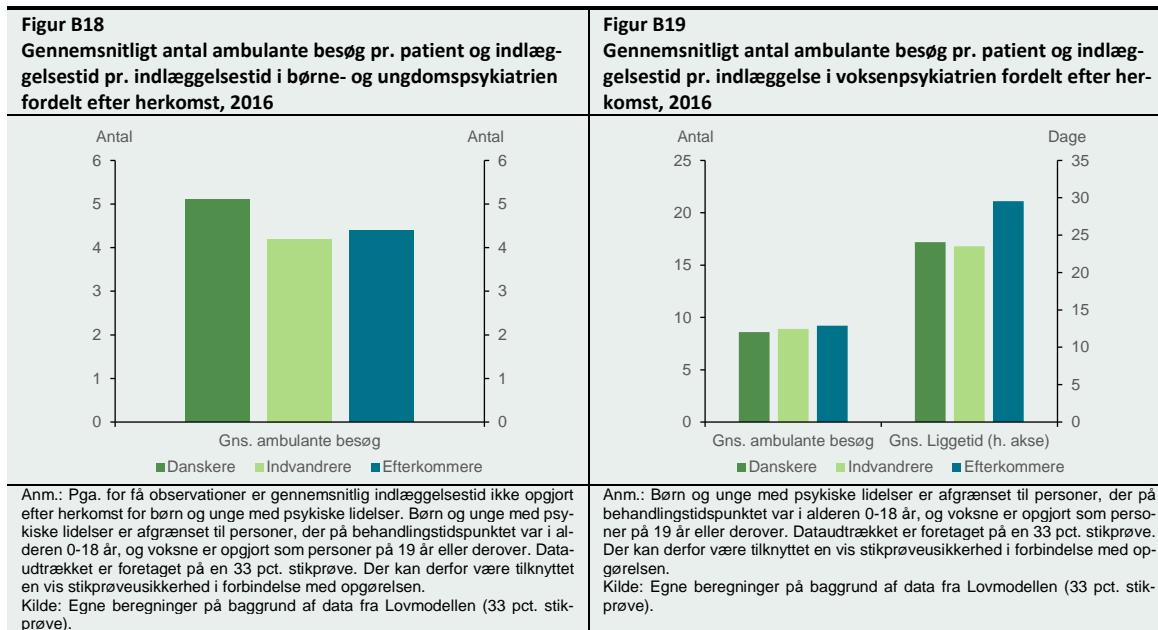
Anm.: Pga. for få observationer er gruppen af indvandrere og efterkommere slået sammen. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B17

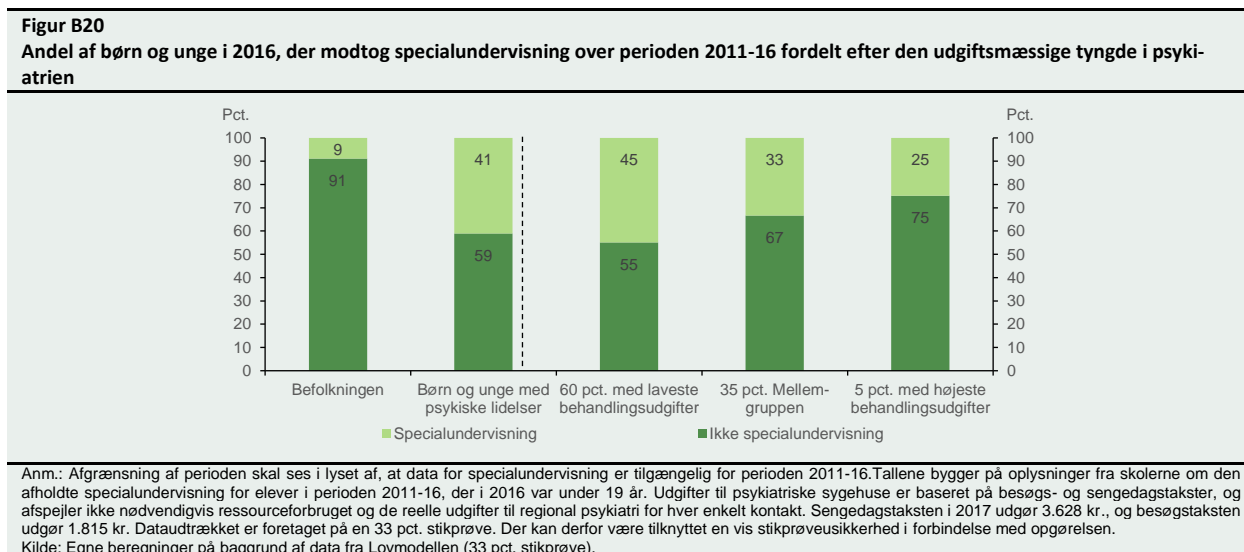
Voksne med psykiske lidelser fordelt efter herkomst og udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Pga. for få observationer er gruppen af indvandrere og efterkommere slået sammen. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

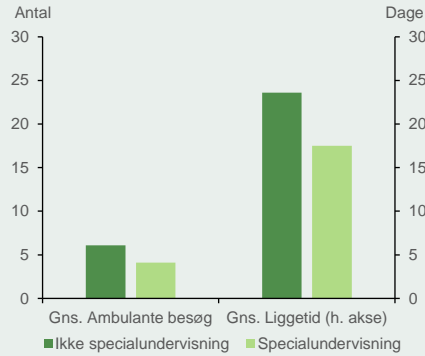


6.6 Supplerende figurer til afsnittet "Grundskoleelever modtager i højere grad specialundervisning og har lavere afgangskarakter"



Figur B21

Gennemsnitlige ambulante besøg pr. patient og antal indlæggelser pr. patient i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på specialundervisning, 2016



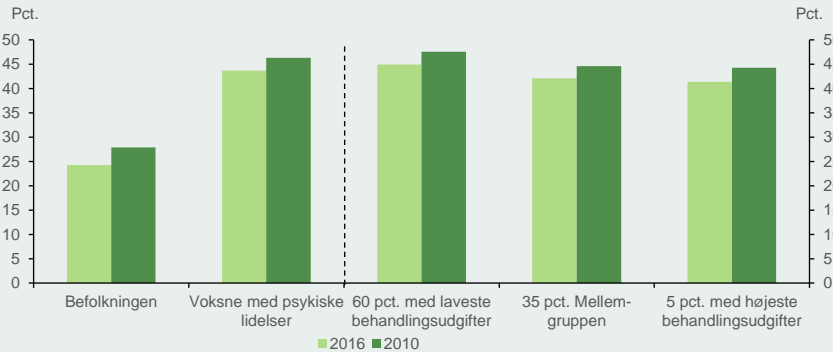
Anm.: Afgrænsning af perioden skal ses i lyset af, at data for specialundervisning er tilgængelig for perioden 2011-16. Tallene bygger på oplysninger fra skolerne om den afholdte specialundervisning for elever i perioden 2011-16, der i 2016 var under 19 år. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.7 Supplerende figurer til afsnittet "Betydeligt lavere uddannelsesniveau karakteriserer voksne med psykiske lidelser"

Figur B22

Andel voksne med grundskole som højst fuldførte uddannelse fordelt efter udgiftsmæssig tyngde i psykiatrien, 2016

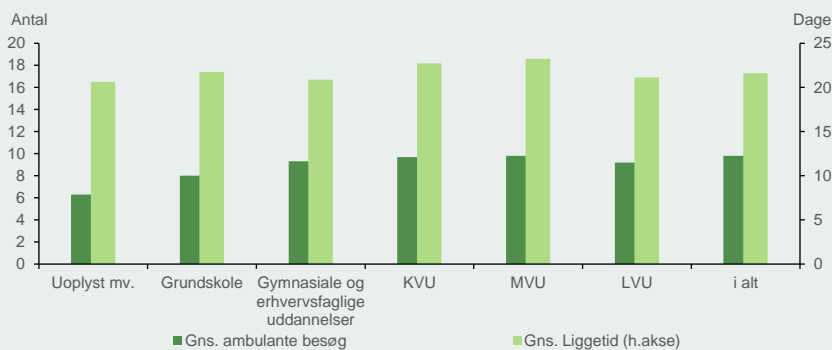


Anm.: Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B23

Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. indlæggelse i voksenpsykiatrien fordelt efter patienternes højeste fuldførte uddannelse, 2016



Anm.: Mellemlang uddannelse (MVU) er inklusiv bachelor uddannelse, lang videregående uddannelse er inklusiv Ph.d. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjørt som personer på 19 år eller derover. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.8 Supplerende figurer til afsnittet "Markant lavere arbejdsmarkedstilknnytning blandt voksne med psykiske lidelser"

Figur B24

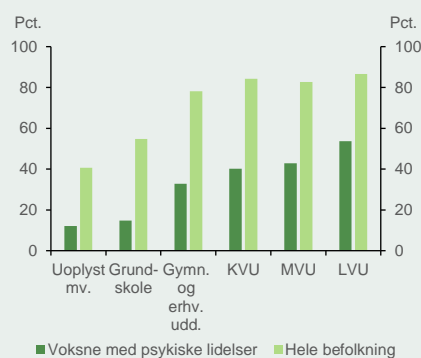
Arbejdsmarkedstilknnytning fordelt efter alder, 2016



Anm.: Voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er afgrænset til personer i alderen 19-64 år ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B25

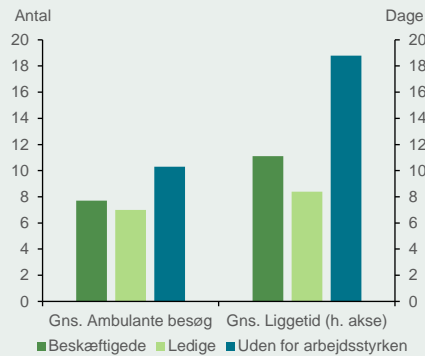
Arbejdsmarkedstilknnytning fordelt efter højest fuldførte uddannelse, 2016



Anm.: Voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er afgrænset til personer i alderen 19-64 år ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B26

Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient og gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse i voksenpsykiatrien fordelt efter arbejdsmarkedstilknytning, 2016

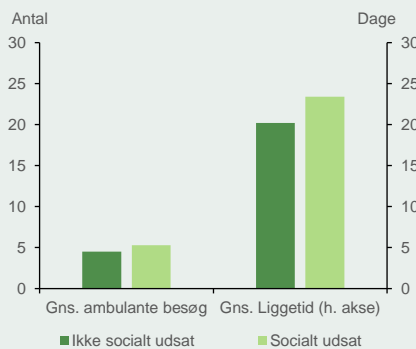


Anm.: Voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet er afgrænset til personer i alderen 19-64 år ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.9 supplerende figurer til afsnittet "En relativ stor del af børn og unge med psykiske lidelser er socialt udsatte"

Figur B27

Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på socialt udsatte børn og unge, 2016

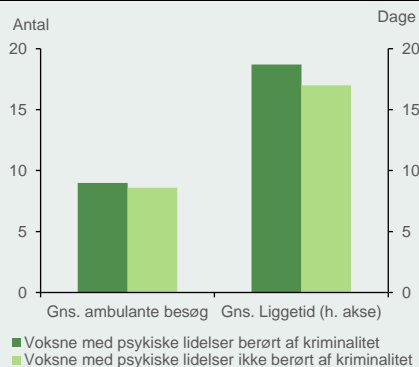


Anm.: Opgørelsen er afgrænset til børn og unge med anbringelser eller forebyggende personrettet støtte. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.10 Supplerende figurer til afsnittet "Voksne med psykiske lidelser er i højere grad dømt for kriminalitet"

Figur B28

Gennemsnitlig antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. indlæggelse fordelt på voksne med psykiske lidelser dømt for kriminalitet, 2016

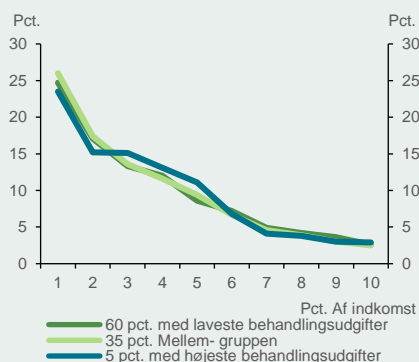


Anm.: Opgørelsen dække over dømte personer for overtrædelse af straffeloven, dvs. eksklusiv færdselsloven og særloven. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

6.11 Supplerende figurer til afsnittet "Voksne med psykiske lidelser har relativt lave indkomster"

Figur B29

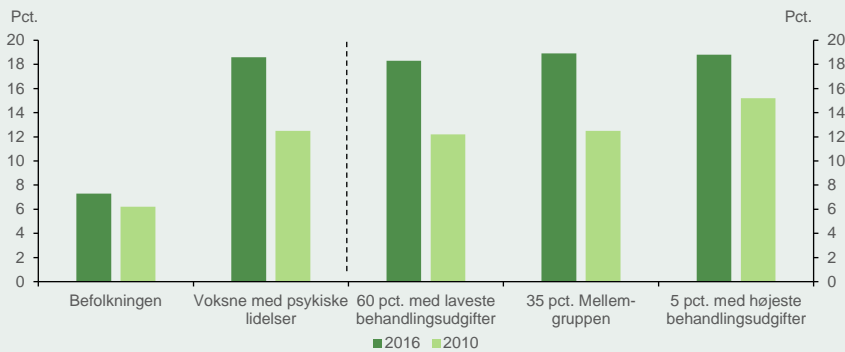
Voksne med psykiske lidelser fordelt efter husstandens disponible indkomst og udgiftsmæssig tyngde i psykiatrien, 2016



Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med husstandens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B30

Andel voksne med psykiske lidelser i lavindkomstgruppen fordelt efter udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2010 og 2016



Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stor driftsfordele i familierne. Lavindkomstgruppen er defineret som de personer, der har en disponibel indkomst under halvdelen af medianindkomsten i befolkningen. Medianindkomsten er den disponible indkomst for den person, som er præcis midt i indkomstfordelingen. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen. Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

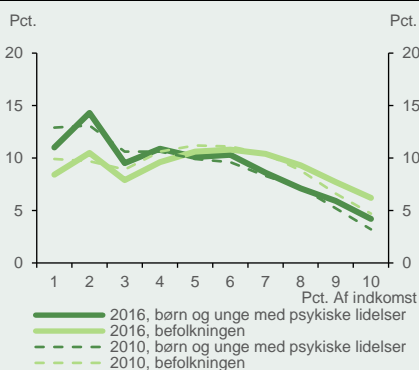
B.12 Supplerende afsnit: Børn og unge fordelt efter familiens indkomst

Familier bestående af børn og unge med psykiske lidelser har lidt lavere disponibel indkomst (bruttoindkomst minus indkomstskat) end befolkningen generelt. Børn og unge er overrepræsenterede blandt 1.-4. indkomstdecil, mens de er underrepræsenterede blandt de øvrige indkomstdeciler, jf. figur B31. Fordelingen af børn og unge med psykiske lidelser efter husholdningens indkomst er stort set ens i 2016 og i 2010.

Der er visse udsving i patienternes indkomst på tværs af de tre udgiftsmæssige patientgrupper, hvor flere børn og unge med de højeste behandlingsudgifter er blandt de 50 pct. mest velhavende sammenlignet med øvrige psykiatriske patienter, jf. B32.

Figur B31

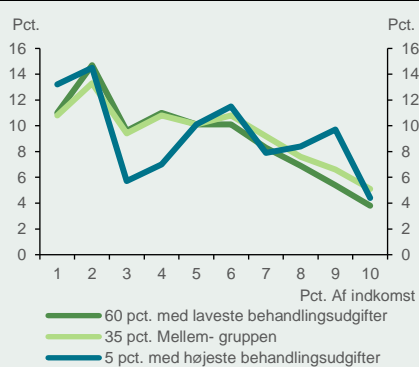
Børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter husholdningens disponible indkomst, 2016



Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stor driftsfordele i familierne. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Alderen for hele befolkningen er opgjort ultimo året. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen. Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Figur B32

Børn og unge med psykiske lidelser fordelt efter husholdningens disponible indkomst og den udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2016

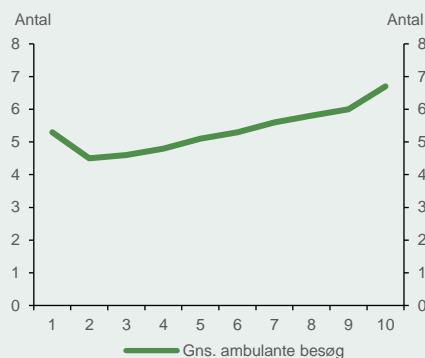


Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stor driftsfordele i familierne. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen. Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Antallet af ambulante besøg pr. patient i børnepsykiatrien er i gennemsnit stigende med indkomsten, *jf. figur B33*. De 10 pct. mindst velhavende patienter har i gennemsnit knap 5 ambulante besøg, mens de 10 pct. mest velhavende patienter i gennemsnit har knap 7 ambulante besøg.

Figur B33

Gennemsnitligt antal ambulante besøg pr. patient og indlæggelsestid pr. patient i børnepsykiatrien fordelt efter hustandens disponible indkoms, 2016



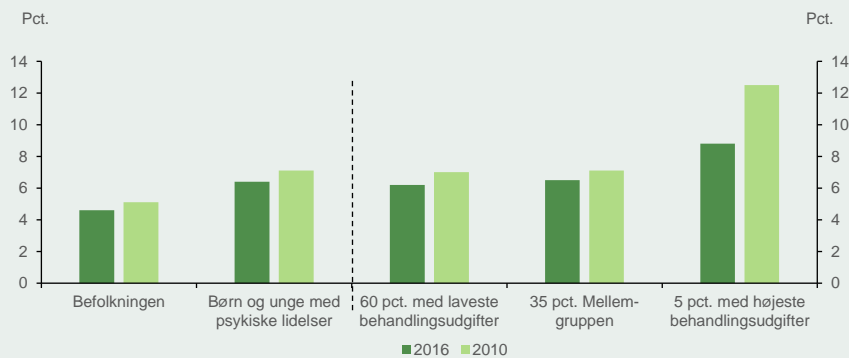
Anm.: Pga. for få observationer er den gennemsnitlige liggetid pr. indlæggelse ikke opgjort. Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med hustandens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Andelen af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien, der befinder sig i lavindkomstgruppen er lidt højere end det er tilfældet i befolkningen generelt *jf. figur B34*. Flere børn og unge med de højeste behandlingsudgifter er i lavindkomstgruppen end øvrige børn og unge med psykiske lidelser.

Figur B34

Andel børn og unge med psykiske lidelser i lavindkomstgruppen fordelt efter udgiftsmæssige tyngde i psykiatrien, 2010 og 2016



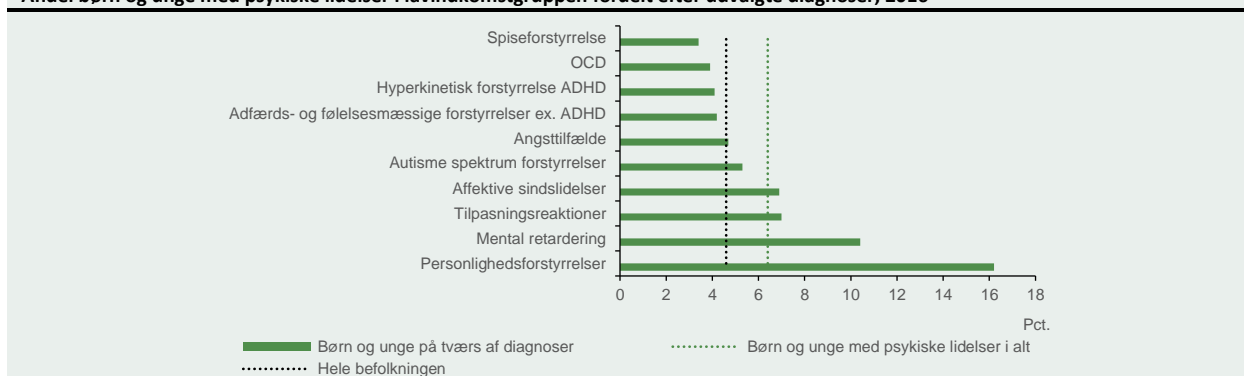
Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med hustandens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Lavindkomstgruppen er defineret som de personer, der har en disponibel indkomst under halvdelen af medianindkomsten i befolkningen. Medianindkomsten er den disponible indkomst for den person, som er præcis midt i indkomstfordelingen. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Udgifter til psykiatriske sygehuse er baseret på besøgs- og sengedagstakster, og afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

Der er en vis variation i andel børn og unge i lavindkomstgruppen på tværs af psykiatriske patienters diagnoser. Mens omkring 16 pct. af børn og unge med personlighedsforstyrrelser er i lavindkomstgruppen, er det tilfældet for under 4 pct. af børn og unge med spiseforstyrrelse og OCD, *jf. figur B35*.

Figur B35

Andel børn og unge med psykiske lidelser i lavindkomstgruppen fordelt efter udvalgte diagnoser, 2016



Anm.: Indkomstoplysninger for personer i 2016 er taget fra 2015, mens oplysninger for personer i 2010 er taget fra 2009. Opgørelsen foretages med husholdningens ækvivalerede disponible indkomster, dvs. at der tages hensyn til stordriftsfordele i familierne. Lavindkomstgruppen er defineret som de personer, der har en disponibel indkomst under halvdelen af medianindkomsten i befolkningen. Medianindkomsten er den disponible indkomst for den person, som er præcis midt i indkomstfordelingen. Der er tale om en opgørelse af udvalgte diagnoser. Se dokumentationen i afsnit 7.1 for en mere detaljeret beskrivelse af anvendte ICD-10 koder. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, og voksne er opgjort som personer på 19 år eller derover. Dataudtrækket er foretaget på en 33 pct. stikprøve. Der kan derfor være tilknyttet en vis stikprøveusikkerhed i forbindelse med opgørelsen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lovmodellen (33 pct. stikprøve).

7. Metode og definitioner

7.1 Definition af grundpopulationen

Populationen i denne analyse omfatter alle personer med kontakt til sygehuspsykiatrien i løbet af hhv. 2016 og 2010. I afsnit 3-5 ses på en række demografiske og socioøkonomiske faktorer er der afgrænset til personer der er i live og med bopæl i Danmark ultimo året. Børn og unge med psykiske lidelser er afgrænset til personer, der på behandlingstidspunktet var i alderen 0-18 år, mens voksne med psykiske lidelser afgrænses til personer på 19 år eller derover. Der sammenlignes med hele befolkningen i hhv. 2016 og 2010. Befolkningens alder er opgjort ultimo året.

Oversigt over diagnosegrupper anvendt i analysen dækker over følgende gruppering af ICD-10 koder, *jf. tabel A og tabel B.*

Tabel A	
Udvalgte diagnoser for børn og unge med psykiske lidelser	
Titel	ICD10-hoveddiagnosegruppekode
Affektive sindslidelser	F30-F39
Angsttilfælde	F40-F41
Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)	F42
Tilpasnings- og belastningsreaktioner	F43
Spiseforstyrrelser	F50
Personlighedsforstyrrelser	F60-F69
Mental retardering	F70-F79
Autisme spektrum forstyrrelser	F84
Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD	F90
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser ex. ADHD	F91-F98

Tabel B	
Udvalgte diagnoser for voksne med psykiske lidelser	
Titel	ICD10-hoveddiagnosegruppekode
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
Hyperkinetisk forstyrrelse ADHD	F90

7.2 Definition af aktiviteten og behandlingsudgifterne i sygehuspsykiatrien

Aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet) pr. 10. marts.

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

Ved ambulante behandling er patienten indskrevet på en psykiatrisk ambulante afdeling, 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 ambulante 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.

Individbaserede behandlingsudgifter baseret på sengedagstakst og takst for ambulante besøg

Det er umiddelbart ikke muligt at opgøre individbaserede udgifter til psykiatriske sygehuse. I analysen er opgørelser over udgifterne til behandling af patienter med bestemte diagnoser, tyngdemæssige kategorier o.l. baseret på besøgs- og sengedagstakster. Disse afspejler ikke nødvendigvis ressourceforbruget og de reelle udgifter til regional psykiatri for hver enkelt kontakt. Sengedagstaksten i 2017 udgør 3.628 kr., og besøgstaksten udgør 1.815 kr.

Disse takster anvendes bl.a. af regionerne i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen, (melleml regionale patienter), ved opgørelsen af den kommunale medfinansiering og til udregningen af regionernes bloktilskud.

Taksterne kobles på aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen, som er baseret på Landspatientregisteret (DRG-grupperet).

De tilrettede udgifter til psykiatriske sygehuse udgør i 2016 ca. 8,9 mia. kr. (2017-PL), mens udgifterne baseret på patienternes besøgs- og sengedagstakster udgør ca. 6,8 mia. kr. (2017-PL), hvilket er ca. 22 pct. lavere end de tilrettede driftsudgifter. Taksterne anvendes i analysen under antagelse af, at selve niveauerne ikke afspejler de reelle udgifter, men at fordeling af udgifterne på tværs af forskellige patientpopulationer er ens. Alle udgifter relateret til den enkelte patient er medtaget i opgørelsen, uanset patientens tilstedeværelse.

7.2 Definition af Baggrundskarakteristika

Familietype

Til at bestemme hvilken familietype børn og unge indgår i, benyttes der en variabel, der knytter sig til den enkelte person og angiver, om en person bor på samme adresse som den ene, begge eller ingen af forældrene.

Tabel C		
Familietype for børn og unge baseret på forældremarkering		
Kategori	Kode	Tekst
Hjemmeboende, begge forældre	1	Bor sammen med begge forældrene
Hjemmeboende, en af forældrene	2,3,4,5	Bor hos mor, der er i nyt par, bor hos enlig mor, bor hos far, der er i nyt par, bor hos enlig far.
Ikke hjemmeboende	6	Bor ikke hos forældrene

Familietyper for voksne er defineret ud fra D-familietype. Til dette anvendes variabelen D-TYPE, som knytter sig til familier pr. 1. januar. D-familietype angiver om familien er en enlig person, eller om familien er en parfamilie, og i givet fald hvilken partype. Der er ingen aldersgrænse for de hjemmeboende børn, der regnes med i familien.

Tabel D		
Familietype for voksne baseret på D-familietype		
Kategori	Kode	Tekst
Ingen partner, uden hjemmeboende børn	1	Enlig. Der er ingen hjemmeboende børn, som er ugifte, ikke selv har hjemmeboende børn, og ikke er i samlevende par.
Ingen partner, med hjemmeboende børn	2	Enlig. Der er hjemmeboende børn, som er ugifte, ikke selv har hjemmeboende børn, og ikke er i samlevende par. Der er ingen aldersgrænse for de hjemmeboende børn.
Partner, uden hjemmeboende børn	11,21,31,41	Ægtepar, registreret partnerskab, samlevende par, samboende par. Der er ingen hjemmeboende børn, som er ugifte, ikke selv har hjemmeboende børn, og ikke er i samlevende par.
Partner, med hjemmeboende børn	12,22,32,42	Ægtepar, registreret partnerskab, samlevende par, samboende par. Der er hjemmeboende børn, som er ugifte, ikke selv har hjemmeboende børn, og ikke er i samlevende par. Der er ingen aldersgrænse for de hjemmeboende børn.
Ikke-hjemmeboende barn	53	Ikke-hjemmeboende barn, som er under 18 år, ugift, og ikke har egne hjemmeboende børn. Er hverken samlevende eller samboende

Herkomst

En person har dansk oprindelse, hvis han eller hun har mindst én forælder, som både er dansk statsborger og født i Danmark. Hverken indvandrere eller efterkommere har én forælder, som både er dansk statsborger og født i Danmark. Forskellen mellem indvandrere og efterkommere er, at indvandrere er født i udlandet, mens efterkommere er født i Danmark.

Grundlaget for statistikken om herkomst er data fra CPR, som indeholder information om fødested, statsborgerskab og forældre (hvis forældrene er registreret i CPR).

Arbejdsmarkedstilknytning

Tabel E	
Kategorierne til arbejdsmarkedstilknytning baseret på Registerbaserede arbejdsstyrkestatistik RAS.	
Arbejdsmarkedstilknytning i analyser	Kategorier
Beskæftigede	110-11 Selvstændige
	120-21 Medarbejdende ægtefæller
	131-8 Lønmodtagere
	611 Barselsfravær fra beskæftigelse
	612 Sygefravær fra beskæftigelse
Ledige	200 Bruttoledige (sum af nettoledige og aktiverede)
Uden for arbejdsstyrken	311-15, 318-322, 411-13, 517 Offentligt forsørgede
	316-17 Barsels- og sygedagpenge
	414-15 Pension
	511 Personer under uddannelse
	512 Børn og unge
	513 Øvrige uden for arbejdsstyrken, fx personer der er forsørgt af ægtefælle eller personer der er udvandret fra DK.
	514 Kursister
	515 Produktionskoleelever
	516 Udenlandske studerende

Hustandens indkomst

De disponible indkomster er baseret på detaljerede indkomstoplysninger, som hovedsageligt stammer fra SKAT's slutligning. Den *disponible indkomst* dannes som bruttoindkomsten fratrukket personlige skatter samt fradrag for pensionsindbetalinger. De disponible indkomster er opgjort på familieniveau og derefter fordelt ligeligt på alle medlemmer af familien, herunder børn. Indkomsterhvervelsenheden er altså familien, mens analyseenheden er personer. Familiens faktiske indkomst korrigeres, så der tages højde for forskelle i familiernes størrelse. Hertil anvendes et såkaldt ækvivalensmål givet ved $(\text{antal voksne} + \text{antal børn})^{0,6}$. Ækvivalensmålet indebærer dels en antagelse om stordriftsfordele inden for familien, dels en antagelse om, at børn reducerer forbrugsmulighederne for familiens voksne medlemmer. De ækvivalerede indkomster for gruppen af børn under 18 år afspejler derfor forældrenes indkomster. Det samme er typisk tilfældet for de hjemmeboende børn over 18 år.

Socialt udsatte børn og unge

Der har siden 1977 været indsamlet registerdata (individdata) vedrørende anbringelser og personrettede forebyggende foranstaltninger, jf. Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge. Socialt udsatte børn og unge er i denne analyse defineret, som børn og unge fra hhv. 2010 og 2016, der på et tidspunkt i deres liv har modtaget en social foranstaltning – enten en anbringelse uden for eget hjem eller en forebyggende personrettet foranstaltning. Børn og unge er afgrænset som personer i alderen 0-19 år i hhv. 2010 og 2016. Da individdata for modtagere af forebyggende familierettede foranstaltninger først findes fra 2014, er disse ikke medtaget.

Anbringelser uden for eget hjem er defineret efter paragrafkoder: (PGF = 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 199). Disse PGF-koder angiver, efter hvilken lovparagraf afgørelsen om anbringelsen er truffet. Barnet/den unge kan ikke være anbragt efter flere paragraffer samtidigt.

Forebyggende personrettede foranstaltninger er defineret efter paragrafkoder: (PGF = 200, 210, 220, 225, 230, 240, 245, 250, 252, 260, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 280, 290, 299). Disse PGF-koder angiver hvilke typer af forebyggende personrettet støtte, der ydes. Barnet/den unge kan godt have flere foranstaltninger samtidigt.

Voksne berørt af kriminalitet

Voksne berørt af kriminalitet er defineret som personer, der inden for de seneste fem år er blevet dømt for overtrædelse af straffeloven, dvs. personer dømt efter færdselsloven og særloven er ekskluderet. Kilden til opgørelserne er KRAF - Kriminalstatistik afgørelser, som er opdelt i en række hovedområder efter de centrale administrative hændelser i forløbet fra anmeldelse til afgørelse og eventuel indsættelse. Kriminalstatistikken dannes på baggrund af indberetninger fra det centrale anmeldelsesregister, Rigspolitiets Centrale Kriminalregister samt Rigspolitiets sagsbehandlingssystem, Polsas.

8. Litteraturliste

Børne- og Socialministeriet (2017): Socialpolitisk Redegørelse 2017

Regeringens udvalg om psykiatri (2013): Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling, Bilagsrapport 2.

Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Indblik i psykiatrien og sociale indsatser

Økonomi og Indenrigsministeriet (2015): Familieres økonomi – fordeling, fattigdom og incitamenter

