

De Økonomiske Råd 
Formandskabet

KAPITEL IV **VENTETIDER I** **BØRNE- OG** **UNGDOMS-** **PSYKIATRIEN**

KAPITEL IV

VENTETIDER I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

I kapitlet undersøges udviklingen for børn og forældre i årene omkring et barns henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien samt betydningen af ventetiden fra henvisning til udredning.

I tråd med, at forløbet frem mod henvisning kan opleves som langt, forværres børnenes fravær og trivsel i skolen flere år før henvisningen. Derudover indikerer udviklingen, at det at blive henvist og udredt har betydning for børnenes udvikling og forældrenes arbejdsmarkedstilknytning.

Kapitlets analyser kan ikke påvise effekter af ventetiden fra henvisning til udredning i de første år efter henvisningen for den samlede børnegruppe. Dog indikerer analyserne, at længere ventetid for barnet kan have negative konsekvenser for især mødrenes arbejdsliv. Selvom analyserne afdækker disse tendenser, er effekterne usikre og vurderes umiddelbart små samfundsøkonomisk set. Effekterne af den samlede ventetid fra første bekymring til udredning kan derimod ikke udelukkes at være betydelige.

IV.1

INDLEDNING

Stigende fokus på mistrivsel og psykiatriske diagnoser

Børn og unge i Danmark oplever i stigende grad perioder med psykisk mistrivsel, jf. Trivselskommissionen (2025). Selvom de fleste børn og unge trives, oplever flere lavere trivsel målt på en række indikatorer, herunder lavt selvværd og lavere tro på egen formåen. Samtidig er der også sket en stigning i andelen af børn og unge med lav livstilfredshed, mens færre har høj livstilfredshed. Den stigende mistrivsel blandt børn og unge har i de seneste år dannet baggrund for et øget offentligt og politisk fokus på psykisk mistrivsel blandt børn og unge. Yderligere har der været et stort fokus på det voksende antal børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Kapitlet fokuserer på børn og unge, som udredes i børne- og ungdomspsykiatrien

Psykisk mistrivsel blandt børn og unge er et bredt begreb, der dækker over mere end børn og unge med symptomer på en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse. Dette kapitel fokuserer på børn og unge, som henvises og udredes for en psykiatrisk diagnose i børne- og ungdomspsykiatrien. Disse børn kan opleve psykisk mistrivsel, men også andre psykiske udfordringer i hverdagen, som kan være udgangspunkt for at blive udredt.

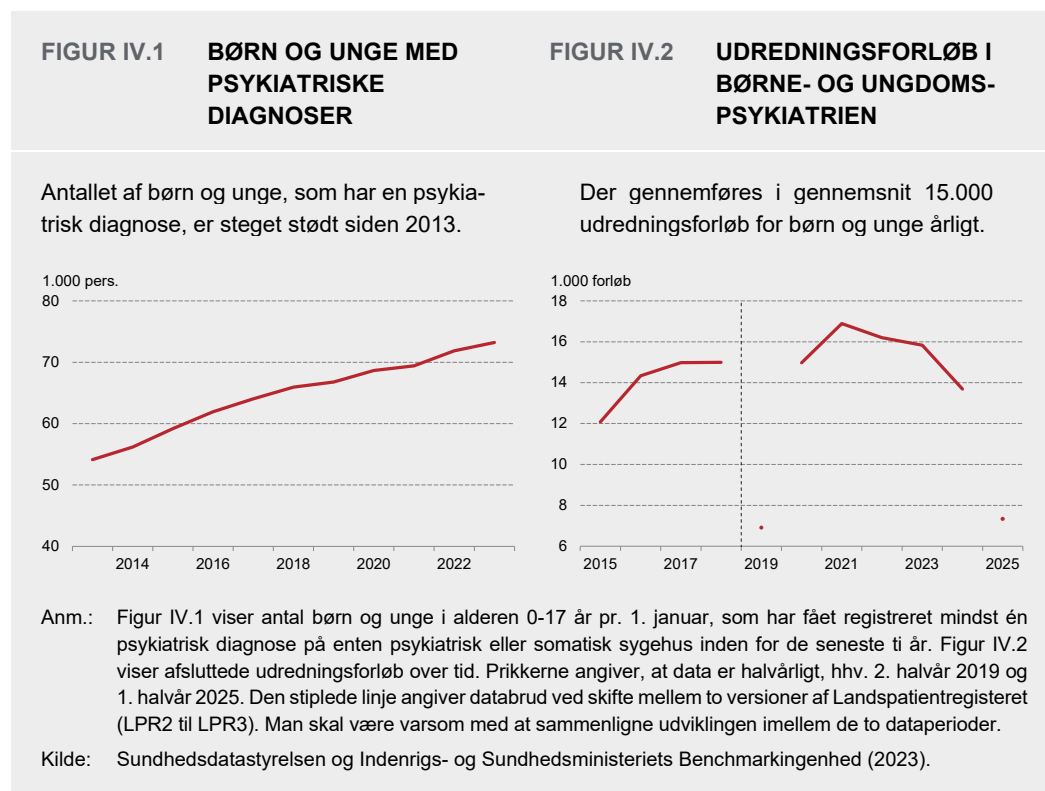
PSYKISK MISTRIVSEL OG PSYKIATRISK DIAGNOSE

Psykisk mistrivsel og en psykiatrisk diagnose er ikke nødvendigvis sammenfaldende. Børn og unge kan være i psykisk mistrivsel uden at have en psykisk lidelse eller en udviklingsforstyrrelse, og psykisk mistrivsel kan derfor være til stede, uden barnet har eller bør udredes for en psykiatrisk diagnose. Ligeledes kan børn og unge have en psykiatrisk diagnose som følge af en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse og samtidig være i trivsel, jf. Trivselskommissionen (2025).

Stigning i psykiatriske diagnoser blandt børn og unge

Antallet af børn og unge under 18 år med en registreret psykiatrisk diagnose er steget over de senere år. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023) steg andelen i perioden fra 2013 til 2023 med 39 pct., og i 2023 havde ca. 73.000 børn og unge fået registreret mindst én psykiatrisk diagnose inden for de seneste ti år, jf. figur IV.1. Dette svarer til lidt mere end 6 pct. af de 0-17-årige. En anden opgørelse viser, at omtrent 15 pct. bliver diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose på et tidspunkt, inden de fylder 18 år, jf. Dalsgaard mfl. (2020). Blandt børn og unge med registrerede psykiatriske

diagnoser var ADHD og ADD, autisme samt belastnings- og tilpasningsreaktioner (herefter omtalt som stress) de mest hyppige diagnoser i 2023, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). I de seneste fem år er der i gennemsnit foretaget 15.000 udredninger årligt i den regionale børne- og ungdomspsykiatri i Danmark, jf. figur IV.2.

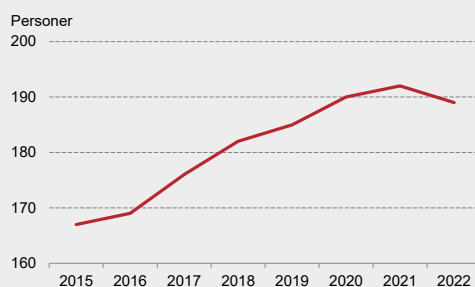


Børne- og ungdoms- psykiatrien er lille i det samlede sygehusvæsen

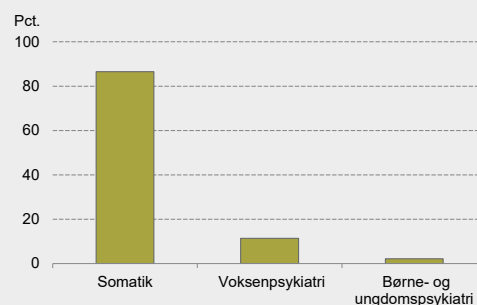
Ligesom antallet af børn og unge med en registreret diagnose er steget, er antallet af læger ansat i børne- og ungdomspsykiatrien også vokset de seneste år, og i 2022 var der ansat ca. 190 læger, jf. figur IV.3. Udgifterne til børne- og ungdomspsykiatrien var ca. 1,9 mia. kr. i 2024. Børne- og ungdomspsykiatrien udgør en relativt lille andel af det samlede sygehusvæsen, og udgifterne udgjorde i 2024 2 pct. af de samlede driftsudgifter til behandling af patienter på psykiatriske og somatiske sygehuse i Danmark, mens somatiske sygehuse stod for 87 pct. af udgifterne og voksenpsykiatrien for de resterende 11 pct., jf. figur IV.4.

FIGUR IV.3 ANTAL LÆGER

Antallet af læger ansat i børne- og ungdomspsykiatrien er steget de seneste år.

**FIGUR IV.4 UDGIFTER TIL SYGEHUSE**

Udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde 2 pct. af de samlede offentlige udgifter til sygehuse i 2024.



Anm.: Figur IV.3 viser antallet af læger, som er ansat i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2015-22. Ud over læger er der også andre faggrupper ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, f.eks. psykologer og sygeplejersker. Det har dog ikke været muligt at finde tal herfor specifikt for børne- og ungdomspsykiatrien. Figur IV.4 viser udgifter målt som de tilrettelagte driftsudgifter til somatiske og psykiatriske sygehuse i 2024.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Ventetiden til udredning

Det øgede offentlige fokus på psykiatriske diagnoser hos børn og unge har bidraget til en stor opmærksomhed på den ventetid, som børn og unge oplever frem til udredning. På vejen mod udredning kan der opleves to ventetider. Dels en ventetid fra første mistanke om psykiske udfordringer hos barnet, til barnet henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Dels en ventetid fra barnets henvisning, til barnet er blevet udredt i børne- og ungdomspsykiatrien. Ventetiden fra henvisning til udredning er underlagt en udredningsgaranti. I flere tilfælde overholdes denne garanti ikke, hvilket betyder, at mange børn venter markant længere tid på udredning. Dette kapitel sætter fokus på ventetiderne for børn og unge, der udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, samt hvilke konsekvenser en længere ventetid fra henvisning til udredning kan have for både børnene og deres forældre.

Afledte effekter af ventetid ...

Den ventetid, børn oplever frem mod en udredning, kan have væsentlige konsekvenser for barnets trivsel og udvikling og kan ikke alene have stor betydning for barnet, men også for barnets familie. For familien kan ventetiden have en umiddelbar effekt på, om der eksempelvis er behov for, at forældrene i perioder arbejder mindre eller er hjemme med barnet. Ventetiden til udredning kan dermed have afledte effekter for forældrene og børnenes trivsel og sundhed på kort sigt samt for

børnenes uddannelse og arbejde på længere sigt. De langsigtede effekter på børnenes uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning er vanskelige at måle empirisk. Da effekterne for forældrene derimod opstår på kort sigt, kan disse lettere belyses som eksempler på afledte effekter af ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien.

... kan reducere de offentlige udgifter til initiativer målrettet ventetid

Sådanne afledte effekter på arbejdsudbud, produktivitet og brugen af offentlige serviceydelser som følge af politiske initiativer kaldes dynamiske effekter af offentligt forbrug. Hvis et initiativ målrettet børn og unge med psykiske udfordringer betyder, at forældre vælger at arbejde mere, vil det trække i retning af at gøre de offentlige omkostninger forbundet med initiativet mindre.

Kapitlet belyser betydningen af ventetid

I kapitlet belyses udviklingen for børn og deres forældre i årene omkring henvisning til udredning i psykiatrien samt betydningen af ventetiden fra henvisning til udredning på faktorer som børnenes trivsel og fravær i skolen, kontakter til sundhedsvæsenet samt forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Hermed undersøges samfundsøkonomiske og dynamiske effekter af en længere ventetid.

Aktører og veje til udredning

I kapitlets afsnit IV.2 beskrives de aktører, som børn og unge, der senere udredes for en psykiatrisk diagnose, kan møde og søge hjælp hos, samt de forskellige veje, der er til en henvisning til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Afsnittet beskriver også den ventetid, børn og unge, som ender med at få en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, kan opleve på vejen mod udredning.

Sparsom litteratur om udgifter mod psykiske udfordringer hos børn og unge

Selvom psykiske udfordringer blandt børn og unge kan have alvorlige konsekvenser for både børnene og deres familier, men også samfundet som helhed, er litteraturen om samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedssystemet målrettet denne gruppe med relevans for en dansk kontekst begrænset. I afsnit IV.3 gives et indblik i, hvad der trods alt vides om disse samfundsøkonomiske effekter.

Betydning af indsatsen og af ventetiden hertil

I kapitlet skelnes mellem to dimensioner af den indsats, som et barn modtager, når det henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien. Den ene dimension er betydningen af selve den indsats, som børnene modtager i forbindelse med henvisning og udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Den anden dimension er, hvor hurtigt indsatsen modtages. Her analyseres betydningen af ventetiden fra henvisning til udredning. De to dimensioner belyses i hver deres analyse i kapitlets afsnit IV.4 og IV.5. Kapitlets analyser bygger på data for ca. 42.000 børn og unge under 18 år, som blev henvist til børne- og ungdomspsykiatrien for første gang i perioden tredje kvartal 2019 til fjerde kvartal 2022.

Påvirker henvisning og udredning børn og forældres udvikling?

I afsnit IV.4 følges udviklingen i en række faktorer for børn og deres forældre i årene omkring barnets henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Herved belyses, hvorvidt den indsats, der foregår i forbindelse hermed, ser ud til at have betydning. Med analysen belyses også, hvordan børnene og deres forældre er påvirkede i den første ventetid frem mod henvisning. Der påvises ikke årsagssammenhænge mellem indsatsen og de forskellige faktorer, men udviklingen omkring henvisningstidspunktet indikerer betydningen af indsatsen for både børn og forældre.

Har ventetiden fra henvisning til udredning betydning?

I afsnit IV.5 foretages en effektanalyse af, hvordan længden af ventetiden, fra barnet får en henvisning, til barnet er endeligt udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, påvirker barnet og dets forældre i årene efter henvisningen. Analysen giver dermed også en indikation af, om der kan være dynamiske effekter forbundet med en offentlig udgift, som ændrer ventetiden til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Kapitlets analyser sammenfattes i afsnit IV.6, hvor implikationerne heraf også diskuteres.

IV.2

VEJE TIL UDREDNING

Børn og unges psykiske udfordringer er forskellige ...

Begyndende mistrivsel eller symptomer på en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse hos børn og unge kan komme til udtryk på forskellige måder afhængigt af barnet og typen af udfordringer. Det er derfor også forskelligt, hvem der ser de første tegn, og hvem der er den første oplagte kontakt i søgen på at hjælpe barnet eller den unge. For nogle børn og unge vil en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien være afgørende for at få den rette hjælp, mens samtaler og kommunale indsatser kan hjælpe andre børn og unge.

... og giver forskellige forløb og ventetider

I dette afsnit beskrives først de aktører, som børn, unge og deres forældre kan møde på vejen til at få den rette hjælp. Der skelnes, som beskrevet i kapitlets indledning, mellem børn og unge med psykisk mistrivsel i bred forstand og børn og unge med symptomer på en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse. I den følgende del af afsnittet fokuseres der på vejen frem mod udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, samt de forskellige forløb, der typisk ses i processen frem mod en henvisning. Hermed rammesættes kapitlets effektanalyse, som fremlægges i afsnit IV.5, og som netop har fokus på de børn og unge, der får en henvisning og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien. For de børn og unge, der bliver henvist og udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, vil der ofte være ventetid forbundet med processen hertil.

Disse ventetider, og hvor de opstår, beskrives i det følgende afsnit. Ventetiderne kan have betydning for barnet selv samt barnets forældre. Denne betydning undersøges i afsnit IV.4 og IV.5.

Systemet i de seneste år og fremadrettet

Beskrivelserne af systemet, aktører og rettigheder i dette afsnit omhandler, hvordan systemet har set ud de seneste år. I afsnittets sidste del beskrives nye politiske initiativer på området, som har konsekvenser for rammerne og systemets udformning.

AKTØRER

Aktører fra forskellige enheder

Børn og unge i psykisk mistrivsel eller med psykiske udfordringer kan møde og modtage indsatser fra en række aktører både på det kommunale område og i praksissektoren, som omfatter almenpraktiserende læger, psykologer og psykiatere under den offentlige sygesikring, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). Indsatserne tilbudt af disse offentlige aktører igangsættes efter et princip om en gradvis indsats. Det bygger på, at nogle børn i psykisk mistrivsel har behov for mindre omfattende indsatser, mens børn med symptomer på psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelser har behov for mere omfattende indsatser, jf. Sundhedsstyrelsen mfl. (2023).

Gradvis indsats

Den gradvise tilgang indebærer, at der typisk startes med en mindre omfattende kommunal indsats. Hvis denne ikke er tilstrækkelig til at forbedre barnets trivsel eller afhjælpe barnets psykiske udfordringer, igangsættes en mere omfattende indsats. De forskellige offentlige aktører kan spille en rolle i at tilbyde både mindre og mere omfattende indsatser, hvor en mere omfattende er udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, som tilbydes i sygehussektoren til børn med symptomer på psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelser. I sygehussektoren tilbydes der derimod ikke indsatser for generel psykisk mistrivsel, men alene for børn med symptomer på en psykiatrisk diagnose. Ud over de offentlige instanser findes der også aktører i den private sektor, som tilbyder hjælp til børn og unge i psykisk mistrivsel samt til børn og unge med symptomer på en psykiatrisk diagnose.

Kommunale aktører som socialforvaltningen ...

Blandt de kommunale aktører er det særligt socialforvaltningen og pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), som tilbyder indsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med psykiske udfordringer. Socialforvaltningen varetager en række opgaver som f.eks. familieprogrammer og forebyggende foranstaltninger målrettet udsatte børn, unge og deres familier, mens PPR har ansvar for opgaver relateret til børn og unges deltagelse, udvikling og trivsel i dagtilbud eller skole. Udgangspunktet for PPR's opgaver er, at kommunerne ifølge folkeskoleloven

skal yde rådgivning i forbindelse med afgørelser om specialundervisning og specialpædagogisk bistand til børn i folkeskolen, jf. EVA (2023). PPR er organiseret forskelligt på tværs af kommuner, men omfatter i mange tilfælde børn og unge i alderen 0-18 år og varetager således også afgørelser og indsatser omkring specialpædagogisk bistand for børn i førskolealderen.

... og pædagogisk psykologisk rådgivning

PPR udfører en række forskellige opgaver, herunder rådgivning af pædagogisk personale, individuelle pædagogisk psykologiske vurderinger af børn og unge samt forebyggende indsatser i skoler og dagsinstitutioner. En central del af PPRs opgaver er at vurdere børns støttebehov og rådgive lærere og pædagogisk personale i at varetage denne støtte. Størstedelen af PPRs kontakt er derfor med personale på skoler og i daginstitutioner, og i mindre grad med børn og forældre. Der er stor variation i, hvilke indsatser kommunerne, herunder PPR, tilbyder børn og unge. Indsatserne fra de kommunale aktører omfatter ofte både mindre og gradvist mere omfattende indsatser afhængigt af behovet.

Praksissektoren

I praksissektoren kan børn og unge i psykisk mistrivsel eller med psykiske udfordringer få hjælp hos alment praktiserende læger, praktiserende børne- og ungdomspsykiatere med ydernummer (speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, som arbejder under den offentlige sygesikring) samt psykologer.¹ Her tilbydes blandt andet konsultationer med samtalerapi, mens praktiserende børne- og ungdomspsykiatere også kan foretage udredninger og behandlinger inklusive medicinsk behandling.

Sygehussektoren ...

For nogle børn og unge med symptomer på psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser kan der være behov for udredning i sygehussektoren, som for denne gruppe består af børne- og ungdomspsykiatrien i det regionale sygehusvæsen. Her foretages både udredning og behandling. Det er især udfordringernes sværhedsgrad og kompleksitet, der afgør, om barnet eller den unge har behov for udredning i den regionale børne- og ungdomspsykiatri frem for hos en praktiserende børne- og ungdomspsykiater. Ved behov for tværfaglige vurderinger, en specialiseret behandling eller i tilfælde af særligt alvorlige symptomer og problemer henvises barnet til børne- og ungdomspsykiatrien. Praktiserende psykiatere står således typisk for udredninger og behandling med lavere kompleksitets- og alvorsgrad, mens den regionale børne- og ungdomspsykiatri står for de mest tværfaglige, komplekse og akutte indsatser og udredninger, jf. f.eks. Region Nordjyllands hjemmeside.

1) Børn og unge under 18 år kan få offentligt tilskud svarende til 60 pct. af udgiften til psykologhjælp, hvis de har været udsat for bestemte hændelser, som f.eks. ulykke og dødsfald af pårørende mv., jf. f.eks. Danske Regioner, www.sundhed.dk.

**... kan videresende
til det private**

Hvis den regionale børne- og ungdomspsykiatri vurderer, at det på grund af kapacitetsmæssige årsager ikke er muligt at tilbyde udredning inden for én måned, som patienter ifølge udredningsretten har ret til, kan patienten benytte det udvidede frie sygehusvalg og vælge at blive udredt hos en klinik eller et privat sygehus, som regionen har indgået aftale med, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). Udredningsretten og det udvidede frie sygehusvalg beskrives nærmere senere i afsnittet.

**Privatsektoren
som alternativ til
det offentlige**

Som alternativ til udredning i offentligt regi er det muligt at søge hjælp i den private sektor, som omfatter praktiserende børne- og ungdomspsykiatere uden ydernummer samt private sygehuse. I den private sektor skal familierne selv betale for ydelserne, i modsætning til de offentlige tilbud. Der findes dog forskellige muligheder for helt eller delvist at få dækket udgifterne. Ved at søge hjælp i den private sektor møder barnet eller den unge den ventetid, der gælder for det enkelte privat-sygehus eller den enkelte praktiserende børne- og ungdomspsykiater. Denne ventetid fremhæves ofte anekdotisk at være kortere end ventetiden i det offentlige, hvilket kan betyde, at familier med økonomiske ressourcer søger hjælp i det private.²

**Flere bruger privat
sundhedsforsikring
til udredning**

En måde at få dækket hele eller dele af udgifterne til udredning og behandling i den private sektor er gennem en privat sundhedsforsikring, eksempelvis via forældrenes arbejdsplads. Ved brug af en privat sundhedsforsikring kan barnet eller den unge få adgang til betalt udredning i den private sektor, og dermed undgå en eventuel ventetid i det offentlige tilbud. Antallet af personer med en privat sundhedsforsikring er steget de seneste 20 år, og i 2024 havde ca. 3 mio. danskere en sundhedsforsikring, jf. Forsikring og Pensions hjemmeside. I denne periode er sundhedsforsikringerne i stigende grad blevet anvendt til ydelser hos psykolog og psykiater. Dette gælder også for anvendelsen af sundhedsforsikringerne til børn og unge i psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser. Hos PFA og Dansk Sundhedsforsikring er andelen af forsikrede, der har fået tilkendt hjælp til en psykisk skade eller benytter forsikringen til at få børn og unge til psykiater, steget.³ I 2024 anvendte ca. 9.000 personer under 18 år, svarende til ca. 0,8 pct. af alle børn under 18 år, forsikringen til psykolog eller psykiater, og udgifterne hertil udgjorde over halvdelen af de samlede erstatninger til børn og unge udbetalt af sundhedsforsikringer i Danmark.⁴

2) Grundet manglende data for ventetiderne til udredning i den private sektor er det ikke muligt at vurdere, om ventetiderne her er kortere.

3) Baseret på data tilsendt fra PFA og Dansk Sundhedssikring.

4) Baseret på data tilsendt fra Forsikring og Pension.

Brug af sygesikringsgruppe 2 til privat alternativ

En anden måde at få dækket dele af udgifterne til udredning i den private sektor er at skifte sygesikringsgruppe. Der er i dag to sygesikringsgrupper i Danmark.⁵ Alle er i udgangspunktet medlem af sygesikringsgruppe 1, men kan frit vælge at skifte til sygesikringsgruppe 2. Som medlem af sygesikringsgruppe 1 kræves der en henvisning fra egen læge for at komme til praktiserende speciallæge, herunder en praktiserende børne- og ungdomspsykiater, og samtlige udgifter dækkes af regionen. Som medlem af sygesikringsgruppe 2 er der derimod ikke krav om henvisning fra egen læge for at konsultere en praktiserende speciallæge med eller uden ydernummer, og borgeren kan dermed frit vælge en praktiserende speciallæge. Dette indebærer, at medlemmer af sygesikringsgruppe 2 træder ind i en anden kø end medlemmer af sygesikringsgruppe 1, og således kan springe ventelisten til en praktiserende psykiater med ydernummer over, jf. *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien*. For medlemmer af sygesikringsgruppe 2 fås tilskud fra regionen svarende til de regionale udgifter, hvis man var medlem af sygesikringsgruppe 1. Dette indebærer, at der typisk vil være en egenbetaling, da praktiserende læger og speciallæger selv fastsætter prisen for behandling af gruppe 2.

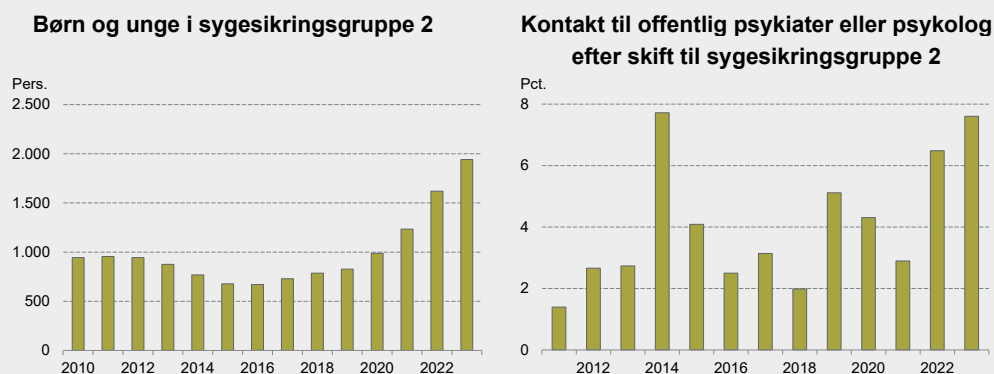
Lille, men stigende anvendelse af sygesikringsgruppe 2

Siden 2016 har antallet af børn i sygesikringsgruppe 2 været stigende, og i 2023 var lidt under to promille af børn og unge i Danmark medlem af sygesikringsgruppe 2, hvilket svarer til ca. 2.000 børn og unge, jf. figur IV.5. Blandt børn og unge, der skiftede til sygesikringsgruppe 2 i løbet af 2022, havde ca. 6 pct. kontakt til en psykiater med ydernummer eller en psykolog i året efter skiftet. Dette tyder på, at skiftet til sygesikringsgruppe 2 ikke alene foretages for at opnå hurtigere adgang til en offentlig psykiater eller psykolog. Det er dog ikke muligt at opgøre, hvor mange, der har haft kontakt til en privat psykiater uden ydernummer, hvilket kan være baggrunden for skiftet. Derfor kan det ikke vurderes, hvor stor en andel af skiftene til sygesikringsgruppe 2 der relaterer sig til symptomer på psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse. På trods af en stigende udvikling i antallet af børn og unge i sygesikringsgruppe 2, udgør sygesikringsgruppe 2 fortsat en lille andel af børn og unge i Danmark.

5) Med *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* afskaffes sygesikringsgruppe 2 fra 2027, jf. også senere i afsnittet.

FIGUR IV.5 BØRN OG UNGE I SYGESIKRINGSGRUPPE 2

Antallet af børn og unge, der er medlem af sygesikringsgruppe 2, er steget siden 2016, men udgør fortsat en lille andel af den samlede børnegruppe. Blandt børn og unge, der skiftede til sygesikringsgruppe 2, havde ca. 6 pct. kontakt til en offentlig psykiater eller psykolog i året efter skiftet.



Anm.: I venstre figur vises antal børn og unge under 18 år, som er medlem af sygesikringsgruppe 2. I 2023 svarede de ca. 2.000 børn til ca. 2 promille af det samlede antal personer under 18 år. I højre figur vises andelen af børn og unge, der efter skift til sygesikringsgruppe 2 har haft kontakt til en psykiater med ydernummer eller psykolog i det efterfølgende år. Tallene for 2023 er undervurderede, da det på grund af databegrænsning ikke er muligt at følge personer, som er tilgået sygesikringsgruppe 2 i 2023, et helt år efter skiftet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

VEJE TIL HENVISNING OG UDREDNING

Henvissningsaktører

Ved psykiske udfordringer, hvor der vurderes at være behov for udredning, kan barnet eller den unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. En sådan henvisning kan foretages af de kommunale instanser som f.eks. PPR og socialforvaltningen samt af en praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, herunder børne- og ungdomspsykiatere. Ligeledes kan andre sygehusafdelinger, herunder vagtlæge og den psykiatriske akutmodtagelse, også henvise til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). Blandt børn, der første gang var i kontakt med psykiatrien i perioden 2020-22, blev lidt over 40 pct. henvist af en praktiserende læge eller speciallæge i praksissektoren, mens kommunale aktører stod for ca. 36 pct. af henvisningerne, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023). Opgørelsen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed peger på, at

det blandt de kommunale aktører især er PPR, som henviser, og praktiserende læger og PPR udgør således de primære henvisere til udredning af børn og unge.

To typiske veje ind

Vejen til henvisning starter i mange tilfælde enten i skolen eller hos egen praktiserende læge. Hvis et barn oplever psykiske udfordringer, kan barnet og dets forældre henvende sig til skolen/daginstitutionen eller egen læge som indgang til at få hjælp. Ligeledes kan skolen tage kontakt til forældrene, hvis mistrivlsen observeres her. Om der tages kontakt til skolen eller egen læge afhænger ofte af, hvordan barnets eller den unges symptomer på psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelser kommer til udtryk.

Forskel i henvisningsaktør afhængigt af symptomer

Der findes ikke landsdækkende statistikker for, hvilke aktører der henviser hvilke symptomgrupper, og det er derfor ikke muligt at tegne et generelt billede af, hvorvidt der er forskelle i mønsteret for henvisningsaktører for børn med forskellige symptomer. Et studie for henviste i Region Nordjylland i 2018 undersøger dog blandt andet henvisningsmønstre. Her foretog praktiserende læger lidt over 80 pct. af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien for børn og unge med symptomer på emotionelle lidelser, mens PPR stod for lidt over 5 pct. I samme periode stod praktiserende læger og PPR hver for omkring 40 pct. af henvisningerne relateret til udviklings- og adfærdsforstyrrelser. Dette peger på, at PPR i særlig grad henviser børn og unge med symptomer på udviklingsforstyrrelser som f.eks. ADHD og autisme, idet disse kan give sociale eller opmærksomhedsmæssige vanskeligheder, som oftere kommer til udtryk i daginstitutioner og skole. Børn og unge med tegn på emotionelle lidelser som f.eks. depression, angst eller spiseforstyrrelser henvises derimod i højere grad af egen læge, da disse problematikker i højere grad optræder i hjemmet eller påvirker det fysiske helbred, jf. Hansen (2021).

En pædagogisk psykologisk vurdering ...

Hvis skole, daginstitution eller forældre observerer tegn på mistrivsel eller psykiske udfordringer, kan de tage kontakt til PPR, som blandt andet kan igangsætte indsatser omkring barnet, rådgive og sparre med det pædagogisk personale samt foretage en individuel pædagogisk psykologisk vurdering (PPV) af barnet, jf. boksen. Forældre kan henvende sig direkte til PPR, men i de fleste tilfælde går kontakten gennem skolen. En analyse fra EVA (2023) peger på, at der findes varierende opfattelser af, hvornår forældre og elever har krav på en PPV, samt forskellig praksis på tværs af kommuner og skoler i forhold til, hvornår vurderingerne udføres.

PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK VURDERING

En pædagogisk psykologisk vurdering (PPV) er en vurdering af det enkelte barns kompetencer, som PPR foretager for at kunne vurdere, om barnet har behov for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, jf. EVA (2023). PPV'en udarbejdes af PPR, eventuelt i samarbejde med relevante sagkyndige som f.eks. socialrådgivere eller repræsentanter fra børne- og ungdomspsykiatrien. Skole eller daginstitution kan indstille til PPR, at der skal foretages en PPV, men en PPV kan også anmodes af forældrene, hvis de mener, at barnet har behov for støtte i mere end ni timer om ugen.

... kan danne grundlag for henvisning

Ud over at danne grundlag for beslutninger om specialpædagogisk bistand anvendes PPV'en også, hvis PPR henviser barnet eller den unge til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. I praksis spiller PPR og PPV for nogle børn dermed en afgørende rolle for at få henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket kan være en baggrund for, at forældre anmoder om en PPV. I undersøgelsen af kommunernes PPR i EVA (2023) beretter ni ud af ti PPR-ledere, at de oplever et stigende behov for individuelle udredninger, og at både forældre og børne- og ungdomspsykiatrien i stigende grad anmoder om PPV'er. Ifølge PPR-lederne skyldes den stigende efterspørgsel dels en øget opmærksomhed omkring mulighederne for at få foretaget en udredning, dels at flere børn og unge oplever mistrivsel og psykiske udfordringer. Derudover efterspørges PPV'er i stigende grad også af børne- og ungdomspsykiatrien, som i forbindelse med henvisninger hertil kan have ønske om, at der i henvisningen indgår en PPV, jf. EVA (2023).

Afvisning af henvisning

Når en henvisning modtages af børne- og ungdomspsykiatrien, kan den afvises i visitationen. I Region Nordjylland skete dette for ca. 25 pct. af henvisningerne i 2018. Risikoen for at få en henvisning afvist var her højere, hvis henvisningsaktøren var egen læge, end hvis det var PPR. Dette kan hænge sammen med, at der ved henvisninger fra PPR ligger en PPV bag, som i mange tilfælde vil være udarbejdet efter observation og test af barnet, og derfor kan indeholde en mere detaljeret beskrivelse af barnets udfordringer. Hansen (2021) peger i den sammenhæng på, at utilstrækkelig information i henvisningen er en del af grunden til den højere afvisningsprocent blandt henvisninger fra egen læge. For eksempel kan en udredning af intelligens eller indhentning af spørgeskemaer, som kan bestyrke mistanken om en bestemt psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse, være indhentet via PPR og kvalificere henvisningens anmodning om udredning. Dette kan være endnu en begrundelse for, at flere anmoder om en PPV. Yderligere vil

der inden henvisninger fra PPR ofte være foretaget mindre omfattende tiltag og indsatser, som egen læge ikke kan igangsætte, og som understreger behovet for en mere omfattende indsats.

Ofte ikke en direkte vej til henvisning

Figur IV.6 giver en stiliseret sammenfatning af de forskellige veje fra første mistanke om psykiske vanskeligheder til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Her fremgår det, at både forældre og skole/daginstitution kan være initiativtager til at søge hjælp, og at vejen til børne- og ungdomspsykiatrien herefter ofte går igennem PPR eller egen læge. For mange er vejen til udredning dog mere kompleks end illustreret her.

Mange aktører ...

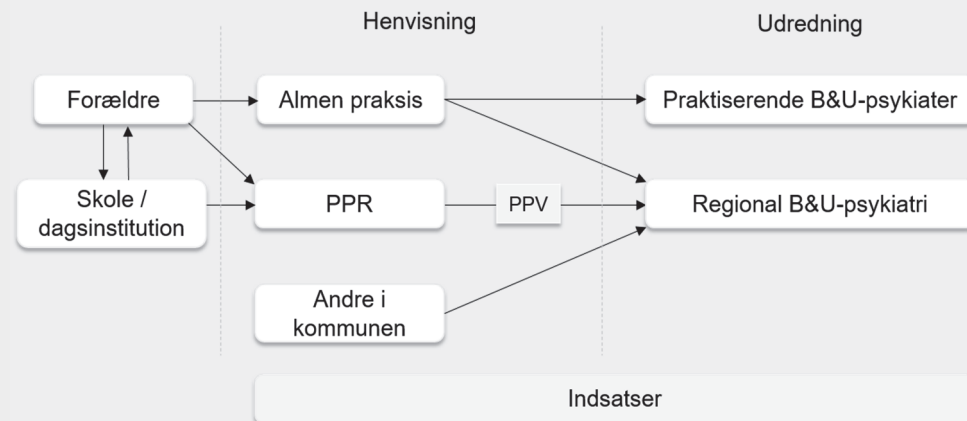
Indsatser for børn og unge med psykiske udfordringer er i Danmark ofte baseret på et tværgående samarbejde mellem flere aktører. Dette sker blandt andet ud fra en tilgang om gradvist at tilbyde indsatser, jf. Hansen (2021). Eksempelvis kan både lærere på skolen, psykologer og pædagogiske konsulenter i PPR samt socialforvaltningen eller den praktiserende læge være involveret i forløbet med at finde den rette indsats. Dette kan bidrage med forskellige fagligheder, men kan også betyde manglende koordination og kommunikation mellem parterne, som kan resultere i, at børn og forældre bliver sendt frem og tilbage mellem parterne, jf. EVA (2023).

... kan skabe uvis vej

I interviews og spørgeskemaer med forældre til børn, der senere er blevet udredt og har fået en psykiatrisk diagnose, giver over halvdelen udtryk for, at de har svært ved at navigere i systemet, og er usikre på, hvilken aktør de skal kontakte hvornår i processen, jf. Hansen (2021) og Psykiatrifonden (2023). Dette resulterer ofte i, at forældrene har kontakt til flere forskellige aktører i forløbet frem mod henvisning. Som et initiativ for blandt andet at gøre det nemmere for børn og forældre at finde vej ind i systemet og vide, hvor de kan søge hjælp, blev det lettilgængelige behandlingstilbud vedtaget med *Aftale om en 10-års-plan for psykiatrien og mental sundhed* i 2022. Initiativet skal være implementeret i alle landets kommuner inden udgangen af 2025. Behandlingstilbuddet beskrives nærmere i sidste delafsnit.

FIGUR IV.6 VEJE TIL UDREDNING

Der er flere veje til henvisning og udredning.



Anm: Forældre kan tage kontakt direkte til PPR, men i de fleste tilfælde går kontakten gennem skolen/dagsinstitutionen.
Kilde: Egen illustration.

VENTETIDER I PROCESSEN TIL UDREDNING

Udredning som udgangspunkt for indsats ...

Psykisk mistrivsel samt symptomer på udviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser blandt børn og unge kan være af meget forskellig karakter. Udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er derfor afgørende for nogle børn og unge, mens det for andre er tilstrækkeligt med indsatser i kommunalt regi og praksissektoren. Der er i serviceloven ikke krav om udredning og diagnose for at kunne modtage kommunale indsatser. I praksis kan familierne dog opleve, at en udredning er nødvendig for at få den rette hjælp, jf. *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien* fra 2025. I aftalen nævnes, at dette eksempelvis ses på skoleområdet, hvor flere forældre oplever, at deres børn skal have en psykiatrisk diagnose, før der i skolesystemet bevilges støtte til børnene.

... kan have betydning for ventetid

Hvis udredning er nødvendigt for at modtage den relevante indsats, kan det medføre, at flere børn og unge søger henvisning til og udredning i børne- og ungdomspsykiatrien eller hos praktiserende psykiatere. For børne- og ungdomspsykiatrien kan dette betyde et øget pres.

Yderligere kan det skabe længere ventetid, både hos henvisere til psykiatrien, f.eks. PPR, og i selve udredningen, ligesom det kan føre til øget søgning mod private alternativer.

To ventetider for børn og unge på vejen mod udredning

For børn og unge, som får en henvisning og bliver udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, kan der opstå ventetid på to forskellige tidspunkter i forløbet. Dels er der en ventetid fra den første mistanke om en udviklingsforstyrrelse eller psykisk lidelse opstår, til barnet eller den unge bliver henvist til børne- og ungdomspsykiatrien. Dels er der en ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien fra henvisningen til barnet eller den unge er udredt. For begge ventetider er der tale om perioder, hvor der i mange tilfælde foregår en række aktiviteter i forbindelse med processen frem mod henvisning eller udredning. Der er således ikke alene tale om passiv ventetid.

Første ventetid

Første ventetid ...

Den første ventetid fra bekymring om en psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien kan, som beskrevet ovenfor, indeholde flere forskellige aktører, og processen frem mod henvisning til udredning forløber ofte forskelligt afhængigt af barnets eller den unges symptomer. Det er svært at fastsætte et tidspunkt for, hvornår det enkelte barns psykiske udfordringer starter, da symptomer på udviklingsforstyrrelse eller psykisk lidelse i mange tilfælde vil udvikle sig gradvist over tid. Samtidig kan det være en proces for både barnet, forældre og f.eks. skole at opdage og indse, at barnet oplever psykiske vanskeligheder. Det er derfor svært at fastlægge præcist, hvor lang den første ventetid er.

... er svært at måle, ...

Der er generelt ikke registreringer af, hvornår mistanken om psykiske udfordringer opstår for det enkelte barn. Dette kan dels skyldes, at der ikke er tale om en veldefineret hændelse, som finder sted på et eksakt tidspunkt, dels at der ikke iværksættes en specifik aktivitet eller ret-tighed, når børn, forældre eller skole mistænker begyndende psykiske vanskeligheder. Det er derfor ikke muligt at gennemføre en kvantitativ analyse af ventetiden fra de første begyndende symptomer på psykiske udfordringer, til barnet modtager en henvisning til udredning. Af samme grund findes der ikke samlede tal for denne ventetid.

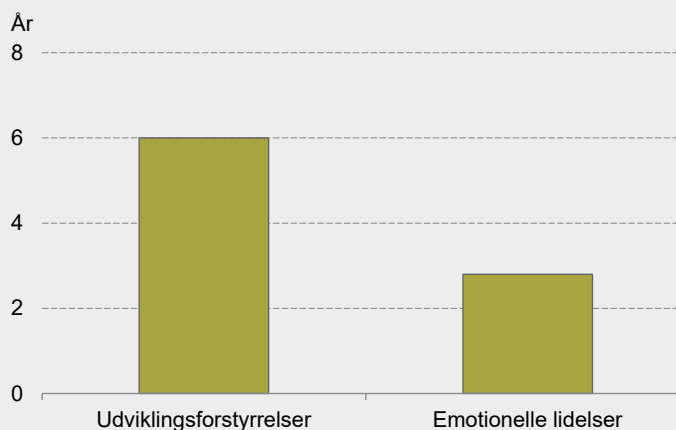
... men varer typisk flere år

Der er dog i Region Nordjylland lavet en kvalitativ undersøgelse af ventetiden fra første bekymring om udviklingsforstyrrelse eller psykisk lidelse til henvisning til udredning, jf. Hansen (2021). Dette studie finder blandt andet, at over halvdelen af de børn og unge, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, har haft psykiske vanskeligheder i fem år, før de bliver henvist. Også her ses forskelle i ventetiden afhængigt

at børnenes symptomer. Blandt børn henvist med mistanke om udviklingsforstyrrelser som f.eks. ADHD og autisme var den gennemsnitlige ventetid i 2018 seks år fra første bekymring til henvisning. For børn med symptomer på emotionelle lidelser som angst, depression og spiseforstyrrelser var ventetiden i gennemsnit lidt under tre år, jf. Hansen (2021) og figur IV.7.

FIGUR IV.7 GENNEMSITLIG FØRSTE VENTETID

Den gennemsnitlige ventetid fra første bekymring om psykiske udfordringer til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien var i 2018 i Region Nordjylland ca. dobbelt så lang for børn med symptomer på udviklingsforstyrrelser ift. børn med symptomer på emotionelle lidelser.



Anm.: Udviklingsforstyrrelser omfatter bl.a. ADHD, ADD og autisme. Emotionelle lidelser omfatter bl.a. angst, depression og spiseforstyrrelser.

Kilde: Hansen (2021).

Den første ventetid i PPR er steget

Det har ikke været muligt at finde opgørelser af udviklingen i ventetiden fra første bekymring til henvisning. Da der ikke findes landsdækkende data for den første ventetid, er det ikke muligt at vurdere, hvorvidt det generelle landsniveau ligner den gennemsnitlige ventetid, som Hansen (2021) finder for Region Nordjylland. For den anden ventetid fra henvisning til udredning ses der regionale forskelle, hvilket kan tyde på, at dette også gør sig gældende ved den første ventetid. I undersøgelsen af PPR i EVA (2023) vurderer størstedelen af PPR-lederne dog, at ventetiden i PPR er steget i de seneste år.

Flere grunde til forskelle i første ventetid

Der kan være flere grunde til, at den første ventetid i 2018 i gennemsnit var dobbelt så lang for børn med tegn på udviklingsforstyrrelser. Tegn på mistrivsel som følge af udviklingsforstyrrelser blev af forældrene observeret tidligere i barndommen, for ADHD og ADD ved en medianalder på fire år, end tegn på emotionelle lidelser, som typisk først blev observeret efter 10-års alderen, jf. Hansen (2021). Barnets alder ved begyndende mistanke om psykiske udfordringer kan have betydning for, hvor let det er at vurdere et behov for udredning. Hansen (2021) påpeger desuden, at symptomer i en tidlig alder kan blive opfattet som et personlighedstræk frem for psykiske udfordringer. Som beskrevet ovenfor kan forskelle i symptomer også have betydning for, hvor der søges hjælp, samt hvordan vejen frem mod en henvisning udfolder sig.

Institutionelle grunde ...

Ud over forskelle på tværs af symptomer er der også andre faktorer, som kan have betydning for den første ventetids længde uafhængigt af barnets psykiske udfordringer. Som beskrevet ovenfor er vejen til henvisning for mange familier ikke direkte, men består ofte af skiftende kontakt til flere aktører og koordinering herimellem. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis der både er kontakt til skole, PPR og egen læge for at finde den rette vej til hjælp. Sådanne forløb kan forlænge ventetiden til henvisning, dels som følge af ventetid og manglende kommunikation mellem aktører, dels som følge af ventetid hos den enkelte aktør.

... kan have betydning for længden af den første ventetid

Omkring halvdelen af forældrene i undersøgelsen fra Region Nordjylland af Hansen (2021) peger på manglende kommunikation mellem de forskellige aktører som en barriere i processen til at få den rette støtte til deres barn. Som konsekvens heraf kan forældrene blive budbringere og koordinatore af information mellem aktører, en opgave, som for mange forældre kan være overvældende, og som gør processen frem mod den rette hjælp mere kompliceret. Flere forældre adspurgt i EVA (2023) peger også på, at de oplever at skulle være tovholdere og koordinere indsatser og aktiviteter mellem forskellige aktører.

Praktiske grunde til forlænget ventetid

Som følge af princippet om en gradvis indsats vil barnet i mange tilfælde blive tilbudt forskellige indsatser for at afklare, om disse kan hjælpe barnet, før barnet henvises. Hvis barnet i sidste ende henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, kan tiden med disse indsatser senere opleves som ventetid. Den første ventetid består således af flere aktiviteter og indsigter fra både barnets forældre samt aktører i det kommunale og i praksissektoren. Den er derfor ikke blot en ventetid, men også en aktiv proces frem mod at finde den rette hjælp til barnet.

Anden ventetid

Den anden ventetid er omfattet af udredningsretten

Den anden ventetid på vejen mod udredning er fra henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, til barnet eller den unge bliver udredt. Denne ventetid er underlagt udredningsretten, en patientrettighed i regionspsykiatrien, som skal sikre udredning inden for et fastsat tidsrum. Retten blev indført i september 2014, hvor det blev bestemt, at psykiatriske patienter skulle være udredt inden for 60 dage fra henvisningstidspunktet. I september 2015 blev rettigheden ændret til udredning inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis udredningsfristen overskrides, har patienten ret til en udredningsplan. I 2016 blev der desuden indført en ret til udvidet frit sygehusvalg, som indebærer, at patienten har ret til at blive udredt på et privat sygehus eller en privatklinik, som regionen har indgået aftale med, hvis regionspsykiatrien ikke har kapacitet til at gennemføre udredningen inden for de 30 dage, jf. Sundheds- og Ældreministeriet (2018). Patienterne kan således vælge at blive udredt i et privat alternativ, hvis den regionale børne- og ungdomspsykiatri vurderer, at der ikke er kapacitet til at udrede inden for 30 dage. Hvis dette vælges, udarbejdes der ikke en udredningsplan, men patienten kontaktes i stedet af det private aftalesygehus.

Behandlingsretten

Der er ud over udredningsretten også en ret knyttet til den efterfølgende behandling i regionspsykiatrien. Behandlingsretten indebærer, at patienternes behandlingsforløb skal være opstartet inden for 30 dage efter udredning. Denne rettighed omfatter alene behandling i regionspsykiatrien og dermed ikke i andre sektorer, herunder kommunerne, hvor en stor del af behandling også foregår. I forløbet mod at få den rette hjælp kan der for nogle børn således også være en tredje ventetid efter udredningen frem mod, at behandlingen påbegyndes.

Rigsrevisionen kritiserer manglende overholdelse af udredningsretten ...

Efter indførsel af udredningsretten har Rigsrevisionen undersøgt, hvorvidt regionerne overholder reglerne, samt om børn og unge informeres om deres rettigheder i overensstemmelse hermed. I 2024 rettede statsrevisorerne på baggrund af Rigsrevisionens rapport en skarp kritik af regionerne, idet Rigsrevisionen vurderede, at regionspsykiatrien ikke havde overholdt udredningsretten.

... samt påpeger forkert registrering af ventetider

Rigsrevisionen påpeger desuden, at der i flere regioner er foretaget en fejlagtig registrering af ventetider, idet patienter er blevet indberettet som endeligt udredt efter første samtale, på trods af at udredningen er forsat herefter. Dette medfører en undervurdering af ventetiden fra henvisning til udredning. Den fejlagtige registreringspraksis for udredningstidspunktet samt forskelle i praksis på tværs af regioner betyder, at de officielle ventetider fra henvisning til udredning ikke er retvisende og ikke kan sammenlignes på tværs af regioner. For at kunne vurdere

ventetiderne registreret i regionerne har Rigsrevisionen udarbejdet en metode til at beregne ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning, jf. også afsnit IV.5.

Stigende gennemsnitlig ventetid til udredning

Sammenlignes ventetiderne fra henvisning til udredning, som regionerne har indberettet, med Rigsrevisionens beregnede ventetider, fremgår det, at den gennemsnitlige indberettede ventetid generelt er lavere end Rigsrevisionens beregnede, jf. figur IV.8. Ved udgangen af 2019 lå den indberettede ventetid fra den nationale monitorering på 30 dage, svarende til udredningsretten, og den steg herefter frem mod 2022. Rigsrevisionens beregnede ventetid var derimod i alle perioder mindst dobbelt så lang som udredningsretten og udgjorde i starten af 2022 115 dage. Begge ventetidsmål viser dog stigende ventetider i perioden.

Regionale forskelle i anden ventetid

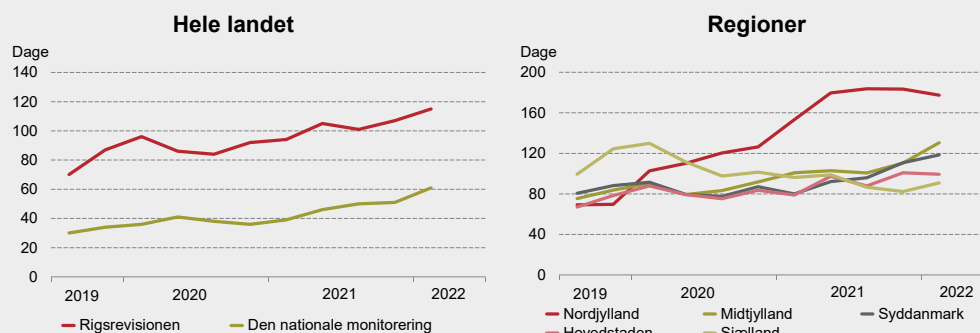
Den stigende ventetid fra henvisning til udredning gør sig også gældende i hver af de fem regioner på nær Region Sjælland, jf. figur IV.8. Der er forskelle i den gennemsnitlige ventetid på tværs af regionerne, hvilket blandt andet kan afspejle variationer i patientgrupper, kapaciteten på regionssygehusene, antal ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien samt regionernes samarbejde med kommunerne. I nogle perioder har Region Nordjylland skilt sig ud ved at have en længere gennemsnitlig ventetid end de øvrige regioner. Ligesom der er forskelle i ventetiden fra henvisning til udredning på tværs af regioner, er det sandsynligt, at dette også vil være gældende for den første ventetid fra begyndende mistrivsel til henvisning.

Forskel på umiddelbar og realiseret ventetid

De viste gennemsnitlige ventetider fra henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien dækker både over forskelle i de enkelte børns ventetid og geografisk variation. Der er dog en markant forskel til de ventetider, der oftest omtales i medierne. Flere landsdækkende medier har i de senere år berettet om børn og unge, som ved henvisning får en tid til samtale og begyndende udredning både måneder og år senere. Forskellen er, at disse ventetider i flere tilfælde ikke vil være de realiserede ventetider. I mange tilfælde benytter patienterne her muligheden for udvidet frit sygehusvalg eller et privat alternativ. Herved aflyses den først-tilbudte samtale, og i stedet findes en løsning, hvor ventetiden til udredning er kortere.

FIGUR IV.8 VENTETID FRA HENVISNING TIL UDREDNING

Den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning, beregnet af Rigsrevisionen, er generelt mere end dobbelt så lang som den gennemsnitlige ventetid indberettet af den nationale monitorering, jf. venstre figur. Der er forskelle i niveauet og udviklingen i den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning på tværs af regioner, jf. højre figur.



Anm.: Venstre figur viser den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning beregnet af Rigsrevisionen samt den nationale opgørelse af udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien på landsplan. Højre figur viser den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning fra Rigsrevisionen opdelt på regioner.

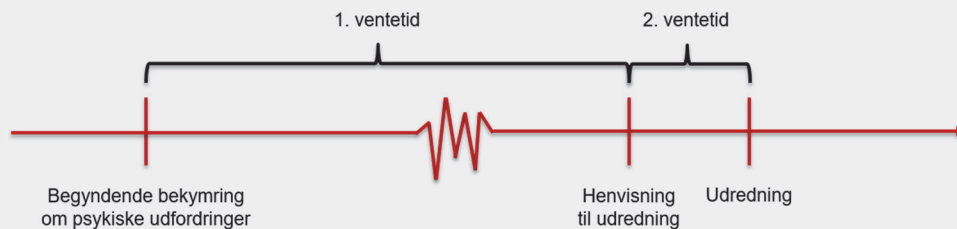
Kilde: Rigsrevisionen (2024).

Første ventetid kan ofte være længere end anden ventetid

Figur IV.9 opsummerer forløbet frem til udredning og illustrer, hvor de to ventetider optræder. Den første ventetid, fra begyndende bekymring om psykiske udfordringer til henvisning, og den anden ventetid, fra henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, udgør tilsammen det samlede forløb frem mod udredning. Som illustreret er den første ventetid ofte længere end den anden. Dette gælder for den gennemsnitlige ventetid i Region Nordjylland, og hvis data for Region Nordjylland er vejledende for forholdene i de øvrige regioner, gælder det formentligt også på landsplan. Hvis første ventetid i gennemsnit er længere end anden ventetid, kan det afspejle en række forhold, herunder at flere aktører er involveret i processen frem mod henvisning, mens processen fra henvisning til udredning i højere grad er koncentreret hos én aktør, som beskrevet ovenfor.

FIGUR IV.9 VENTETIDER TIL UDREDNING

Tiden fra begyndende bekymring om psykiske udfordringer til udredning kan opdeles i to ventetider.



Kilde: Egen illustration.

INITIATIVER OG ÆNDRINGER I VEJEN TIL UDREDNING

Nye aftaler ændrer vejen til udredning

Der er i de seneste år vedtaget en række initiativer og aftaler omkring rammerne for og tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel samt børn og unge med symptomer på udviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser. Nogle af disse aftaler ændrer på rammer og rettigheder, som derfor i fremtiden vil være anderledes end det beskrevne ovenfor. Dette kan have betydning for børn og unges vej til henvisning og udredning. I det følgende beskrives udvalgte af de vedtagne initiativer og aftaler, som kan have konsekvenser for børnenes rettigheder og forløb.

Samlet 10-årsplan for psykiatrien

I maj 2025 blev indgået *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien*. Aftalen bygger videre på tidligere aftaler, herunder *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed* fra 2022 samt *Aftale om bedre psykiatri* fra 2023.

Udrednings- og behandlingsretten samles

Med aftalen vedtages en lovændring, der samler udredningsretten og behandlingsretten til én samlet patientrettighed på 60 dage. Det indebærer at børn og unges udredningsforløb skal være påbegyndt senest 30 dage efter henvisning, og at børnene skal være endeligt udredt og have påbegyndt behandling senest 60 dage efter henvisning. Baggrunden for ændringen er blandt andet et ønske om at tilbyde mere sammenhængende forløb, hvor behandling kan iværksættes under udredning, samt at udredning og behandling ikke i samme grad er adskillelige, som ved flere fysiske sygdomme. Som hidtil giver manglende overholdelse af denne rettighed barnet ret til udvidet frit sygehusvalg. Ændringen træder i kraft pr. januar 2026.

Afskaffelse af sygesikringsgruppe 2

Med aftalen afskaffes sygesikringsgruppe 2, så det fra 2027 ikke længere vil være muligt at få offentligt tilskud til udredning og behandling i den private sektor. Dette kan få betydning for brugen af private udredningsmuligheder og dermed også for efterspørgslen efter udredning i det offentlige.

Lettilgængeligt behandlingstilbud

Med den samlede aftale ønskes desuden at styrke og udvide det lettilgængelige behandlingstilbud. Dette tilbud blev vedtaget med *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed* i 2022 med henblik på at skabe en ensartet adgang til afklaring og behandling for børn og unge i alderen 6-17 år med symptomer på psykisk mistrivsel. Behandling omfatter her ikke behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, men i kommunalt regi. Et centralt formål med tiltaget er at skabe ét sted, hvor børn og deres forældre kan henvende sig, samt at etablere en fast samarbejdsstruktur mellem forskellige aktører for at sikre hurtigere adgang til kommunal behandling og vurdering af behovet for udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Tilbuddet skal være indført i alle landets kommuner ved udgangen af 2025. Aftalen om en samlet 10-årsplan lægger desuden op til, at der skal muligheden for at inkludere børn i førskolealderen i tilbuddet skal undersøges. Hvis det lettilgængelige behandlingstilbud kan opnå de ønskede formål, kan det potentielt forkorte en del af den første ventetid for nogle børn og unge i psykisk mistrivsel.

OPSUMMERING

Mange aktører kan hjælpe, men også besværliggøre processen

Når et barn, forældre, daginstitution eller skole får den første mistanke om psykisk mistrivsel eller psykiske vanskeligheder, sættes der ofte gang i en længere proces for at finde den rette hjælp. Der er i Danmark en række forskellige offentlige og private aktører, som tilbyder indsatser på forskellige niveauer til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med symptomer på psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelser. Dette kan gøre det svært for forældre at finde ud af, hvem de skal søge hjælp hos, og flere forældre giver udtryk for, at informationsdeling og koordinering mellem de forskellige aktører besværliggør processen mod at få den rette hjælp. Med implementering af det lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel forsøges det at adressere netop denne udfordringen ved at skabe et ensartet tilbud med én samlet indgang til systemet.

Ventetider opleves lange, ...

For de børn og unge, der har behov for en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, kan processen hertil inddeles i to ventetider; en første ventetid fra mistanke om psykiske vanskeligheder til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, samt en anden ventetid fra henvisning til udredning. Typisk foretages der en række aktiviteter og indsatser i

løbet af de to ventetider, som dog kan opleves som lange og unødige for børnene og deres forældre.

... og
konsekvenserne
heraf belyses i de
følgende afsnit

I kapitlets følgende afsnit belyses, hvordan de to ventetider påvirker børnenes og de unges liv, såvel som deres forældres. Den første ventetid tyder på at være lang for mange, men er, som beskrevet, svær at måle og kan derfor ikke analyseres direkte. I stedet belyses den første ventetid indirekte i afsnit IV.4, som ser på udviklingen for børn og forældre i årene op til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. For den anden ventetid foretages i afsnit IV.5 en analyse af effekten heraf for børn og forældre i op til 2,5 år efter henvisningen.

IV.3

ØKONOMISKE EFFEKTER AF INDSATSER I SUNDHEDSSYSTEMET

Indhold i afsnittet

Dette afsnit giver et indblik i, hvad der allerede vides om de samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedssystemet målrettet børn og unge med psykiske udfordringer. Dette gøres med udgangspunkt i en gennemgang af den empiriske litteratur på området. Hvis sundhedsudgifter målrettet psykiske udfordringer har gavnlige virkninger, kan det også have afsmittende effekter på de offentlige indtægter og udgifter. Dette kaldes dynamiske effekter på de offentlige finanser og diskuteres også i afsnittet.

Afgrænsning af
litteraturen

Litteraturgennemgangen i afsnittet er ikke baseret på en systematisk afdækning af hele den empiriske litteratur om offentlige indsatser i sundhedsvæsenet målrettet børn og unge med psykiske udfordringer. I stedet er der fokuseret på nyere studier fra den økonomiske litteratur, der så vidt muligt belyser langsigtede samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter på området og anvender metoder, der afdækker årsagssammenhænge. Da konteksten for en indsats kan have stor betydning for effekterne af indsatsen, er der desuden fokuseret på dansk evidens eller alternativt evidens fra beslægtede lande.

Sparsom litteratur
om indsatser
målrettet børn
og unge

Med den beskrevne afgrænsning af litteraturen har det kun været muligt at finde nogle enkelte studier, der undersøger samfundsøkonomiske effekter af indsatser i sundhedssystemet målrettet specifikt børn og unge under 18 år med psykiske udfordringer. Til gengæld findes nogen litteratur om indsatser målrettet voksne. For at få et bedre billede af, hvilke

samfundsøkonomiske effekter der kan være ved indsatser målrettet børn og unge, inddrages derfor også litteratur om voksne i afsnittet.

EFFEKT AF INDSATS OG VENTETID TIL INDSATSEN

Betydning af indsats og ventetiden hertil

Når effekter af offentlige indsatser diskuteres, kan det være gavnligt at sondre mellem to marginer af den indsats, der modtages. Den ene margin omhandler betydningen af selve indsatsen. Dette kan kaldes *den ekstensive margin* af indsatsen. Den anden margin omhandler betydningen af, hvor lang tid der går, før indsatsen modtages, altså ventetiden på indsatsen. Dette kan kaldes *den intensive margin* af indsatsen.

Sondring i litteratur og i kapitlets empiriske analyser

I den empiriske litteratur, som gennemgås i dette afsnit, undersøger en del af studierne betydningen af selve det at modtage eller få adgang til en indsats, mens en anden del undersøger betydningen af ventetiden på indsatsen. De empiriske analyser i dette kapitel beskæftiger sig ligeledes med begge marginer. I kapitlets afsnit IV.4 belyses førstnævnte, idet udviklingen for børn og forældre omkring henvisning og udredning giver en indikation af betydningen af de indsatser, der foregår i forbindelse hermed. I kapitlets afsnit IV.5 belyses sidstnævnte, idet analysen i dette afsnit undersøger betydningen af en del af ventetiden i denne proces, nærmere bestemt ventetiden, fra barnet henvises til udredning, til udredningen er afsluttet.

Effekt af indsats og ventetid til indsats ikke det samme

Mens den ekstensive margin handler om, hvorvidt man får adgang til en indsats eller ej, handler den intensive margin om, hvornår man modtager indsatsen, givet at man får indsatsen. Som udgangspunkt må man derfor også forvente, at effekter af ændringer langs disse to marginer er forskellige. Effekten af en indsats må blandt andet forventes at afhænge af, hvor høj kvaliteten af indsatsen er, og hvilke personer indsatsen er målrettet.

Midlertidige effekter ...

Når det gælder ventetiden på at få en indsats, vil der være en negativ effekt af ventetiden i den periode, hvor indsatsen ikke modtages, givet at indsatsen har en gavnlig effekt. Ventetiden kan derudover have mere varige konsekvenser, som varer ved, også efter indsatsen er modtaget. Sådanne konsekvenser kan eksempelvis opstå, hvis bedringen af personens tilstand sker gradvist fra det tidspunkt, indsatsen modtages, eller hvis der er tale om en sygdom eller lidelse, som forværres i løbet af ventetiden. I begge tilfælde vil personer, der modtog indsatsen hurtigere, være bedre stillet end personer, der modtog indsatsen senere, også efter begge personer har modtaget indsatsen.

... og varige effekter af ventetid

Hvis der er tale om en lidelse, der forværres i løbet af ventetiden, kan ventetiden også have den konsekvens, at nogle indsatser ikke længere er lige så virkningsfulde eller ikke længere er relevante. Det er en yderligere måde, hvorpå ventetid kan have varige konsekvenser. Det illustrerer samtidig, at det i praksis kan være vanskeligt at adskille betydningen af ventetiden fra betydningen af selve indsatsen. Ud over at afhænge af lidelsens karakter kan effekten af ventetid også forestilles at afhænge af, hvor lange ventetiderne er i udgangspunktet. Hvis ventetiderne eksempelvis er korte, har det muligvis begrænset betydning, om man venter lidt kortere eller længere tid.

SAMFUNDSØKONOMISKE OG DYNAMISKE EFFEKTER

Indsats bør ideelt set vurderes ud fra samfundsøkonomisk analyse

Når det offentlige stiller indsatser til rådighed for eksempelvis børn og unge med psykiske udfordringer, vil man ideelt set gerne kunne evaluere, om indsatserne samlet set er til gavn for samfundet, dvs. om de medfører et samfundsøkonomisk overskud. For at kunne foretage en sådan evaluering er der behov for en samfundsøkonomisk analyse, jf. f.eks. Finansministeriet (2023). En samfundsøkonomisk analyse indebærer en vurdering af samtlige gevinster og omkostninger ved et tiltag, såvel monetære som ikke-monetære. Ikke-monetære gevinster kan eksempelvis være bedre (mentalt) helbred og generelt velbefindende blandt de berørte personer, mens monetære gevinster eksempelvis kan være positive effekter på indkomst samt de offentlige indtægter og udgifter.

Dynamiske effekter udgør delelement af samfundsøkonomisk analyse

Monetære gevinster, der knytter sig til de offentlige indtægter og udgifter, kaldes i den danske debat også for "dynamiske effekter" på de offentlige finanser. Dynamiske effekter udgør altså et delelement af en samlet samfundsøkonomisk analyse. Formelt set dækker udtrykket over afledte effekter af et politisk tiltag på den økonomiske adfærd i form af ændringer i arbejdsudbud, produktivitet eller træk på offentlige ydelser og overførsler. Sådanne adfærdsændringer påvirker de offentlige skatteindtægter og udgifter fremadrettet, jf. *Dansk Økonomi*, forår 2017.

Dynamiske effekter påvirker nettoudgift på tiltag

Hvis et tiltag indebærer positive dynamiske effekter, vil det modvirke en del af den umiddelbare udgift forbundet med tiltaget og dermed mindske nettoudgiften på tiltaget. Derfor påvirker dynamiske effekter den budgetøkonomiske afvejning, politikere står overfor, jf. f.eks. Hendren og Sprung-Keyser (2020). Selvom beslutningen om at gennemføre et tiltag samfundsøkonomisk set ikke bør træffes alene ud fra tilstedeværelsen af dynamiske effekter, men ud fra, om tiltaget samlet set medfører en velfærdsforbedring, er der i Danmark alligevel tradition for at forholde sig til dynamiske effekter af politiske tiltag.

Dynamiske effekter gennem børnene

En umiddelbar dynamisk effekt af offentlige investeringer målrettet børn og unge med psykiske udfordringer kan være, at bedre mentalt helbred leder til et mindre træk på ydelser andre steder i systemet for børnene, f.eks. på sundheds-, social- og undervisningsområdet. På længere sigt, når børnene bliver voksne, kan bedre mental sundhed også lede til større arbejdsmarkedstilknytning, mindre brug af offentlig forsørgelse samt højere produktivitet. Sådanne effekter ligger dog langt ude i fremtiden i forhold til udgiften og kan derfor være vanskelige at måle empirisk.

Dynamiske effekter gennem familien

En mere kortsigtet dynamisk effekt af bedre mentalt helbred blandt børn og unge kan være, at forældrene i mindre grad er nødsaget til helt eller delvist at trække sig fra arbejdsmarkedet for at passe børnene hjemme. Det kan lede til øget beskæftigelse og mindre fravær allerede på kort sigt. Ligeledes kan bedre mentalt helbred hos børnene smitte af på forældrenes mentale helbred og derigennem mindske forældrenes brug af sundhedsvæsenet. Derudover kan der være dynamiske effekter i familien bredere set, eksempelvis blandt søskende og bedsteforældre.

Tvetydig teoretisk effekt på forbrug af sundhedsydelser

Selvom bedre mentalt helbred, som følge af et bedre offentligt tilbud, kan mindske forbruget af sundhedsydelser, er det også en mulighed, at bedre mentalt helbred kan øge brugen af sundhedsydelser. En sådan effekt kan potentielt opstå, hvis bedre mentalt helbred eksempelvis betyder, at personen bliver bedre i stand til at opsøge sundhedsfaglig hjælp, når det er nødvendigt. For at kunne vurdere, hvilken effekt der dominerer, vil en empirisk analyse være nødvendig.

Det offentlige tilbud kan ændres via to dimensioner

Som beskrevet tidligere i afsnittet kan den offentlige indsats, forsimplet sagt, forbedres politisk via to dimensioner. Dels kan et politisk initiativ have til formål at ændre selve indholdet af indsatsen, f.eks. gennem en ændring i kvaliteten af indsatsen, eller hvem der har adgang til indsatsen. Dels kan formålet være at nedbringe ventetiden på at få indsatsen. Begge former for politiske initiativer kan indebære dynamiske effekter. Da ventetid er et udtryk for, at efterspørgslen efter ydelsen overstiger ressourcerne i systemet til at udbyde ydelsen, kan ventetiden påvirkes politisk enten ved at nedbringe efterspørgslen (f.eks. gennem øget forebyggelse) eller ved at øge udbuddet (f.eks. gennem mere personale eller bedre udnyttelse af ressourcerne i systemet).

Mindsket brug af private alternativer kan påvirke arbejdsudbud ...

Hvis et politisk initiativ lykkes med at forbedre det offentlige tilbud, kan det få nogle familier, der ellers ville have valgt et privat tilbud, til at vælge det offentlige i stedet. For disse familier svarer besparelsen fra ikke at skulle betale for det private tilbud til en indkomstforøgelse. Da besparelsen gør det muligt at opretholde samme forbrug ved en mindre ar-

... og modvirke initial forbedring af offentligt tilbud	bejdsindsats (en såkaldt positiv indkomsteffekt), kan det trække i retning af et reduceret arbejdsudbud blandt disse familier, jf. <i>Dansk Økonomi, forår 2017</i>. I så fald kan der være en negativ arbejdsudbudseffekt forbundet med et forbedret offentligt tilbud. Effektanalysen i afsnit IV.5 afdækker ikke denne effekt, da der her alene måles på effekten af ventetid, givet at barnet er i den offentlige børne- og ungdomspsykiatri. Når nogle familier flytter fra det private til det offentlige tilbud, vil det medføre en stigning i efterspørgslen i det offentlige. Dette vil alt andet lige modvirke en del af det initiale fald i ventetiden eller øvrige forbedring af det offentlige tilbud. Den øgede tilgang til det offentlige kan dermed gøre den nødvendige udgiftsforøgelse for at opnå en på forhånd fastsat målsætning, eksempelvis om en given forkortelse af ventetiderne, højere end først antaget. I det følgende vendes fokus mod empirisk litteratur, der belyser samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedsvæsenet målrettet psykiske udfordringer. I det omfang, der findes effekter på arbejdsudbud, produktivitet eller brug af offentlige ydelser, kan litteraturen pege på, om sådanne offentlige investeringer også kan være forbundet med dynamiske effekter på de offentlige finanser.
--	--

ØKONOMISKE EFFEKTER AF INDSATSER FOR BØRN

Sparsom litteratur om effekter af sundhedsindsatser for børn	I det følgende præsenteres empiriske studier, der belyser samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedsvæsenet målrettet børn og unge med psykiske udfordringer på børnene selv og deres familier. Med den anvendte afgrænsning af litteraturen, som er beskrevet indledningsvist i afsnittet, har det kun været muligt at finde tre danske studier, der belyser dette. To af studierne undersøger effekterne af at modtage psykofarmaka på børnene selv, jf. Bhalotra mfl. (2025) og Dalsgaard mfl. (2014). Det tredje studie undersøger de afledte effekter på familien af en sundhedsindsats målrettet børn, jf. Daysal mfl. (2022). Sidstnævnte undersøger en indsats målrettet nyfødte med lav fødselsvægt og omhandler derfor ikke mentalt helbred. Studiet diskuteres alligevel i det følgende, da det er det eneste studie, der belyser, hvilke effekter en øget sundhedsindsats for et barn kan have på resten af familien.
Litteratur om konsekvenser for familien af at have barn med diagnose	I lyset af den sparsomme litteratur om afledte effekter på familien af indsatser målrettet barnet beskrives efterfølgende også studier, der belyser afledte konsekvenser for familien af det at have et barn med en psykiatrisk diagnose. I det omfang, sådanne effekter findes, kan de også give en indikation af, hvilke gavnlige effekter det kan have på

familien, at barnet modtager behandling i sundhedsvæsenet. Disse studier kan dog i mindre grad anvendes til at sige noget om, hvilke effekter der kan forventes, hvis der sker en ændring i indsatsen fra det eksisterende niveau.

Afdækning af årsagssammenhæng kræver tilfældig udvælgelse

Det er som udgangspunkt vanskeligt at bestemme den kausale effekt af en indsats eller en bestemt lidelse, altså afdække en årsagssammenhæng empirisk. Som tankeeksperiment kan man forestille sig, at to grupper af børn med psykiske udfordringer er identiske med den ene undtagelse, at den ene gruppe tilfældigt tildeles en indsats, mens den anden gruppe ikke gør. Denne tilfældighed betyder, at effekten af indsatsen kan måles ved blot at betragte forskellene i efterfølgende udfald mellem de to grupper af børn. I praksis er sådanne former for tilfældighed imidlertid ikke mulige, hvilket gør det vanskeligt at bestemme effekten af eksempelvis en indsats. Vanskeligheden består i at isolere effekten af indsatsen fra effekten af andre faktorer, der ligeledes adskiller gruppen, der modtager indsatsen, fra en kontrolgruppe, der ikke gør.

Litteraturen anvender metoder, der udnytter delvis tilfældighed

For at kunne afdække årsagssammenhænge anvender den empiriske litteratur en række metoder, som udnytter, at der trods alt kan være en delvis tilfældighed i, hvilke personer der modtager en indsats, og hvilke der ikke gør. Denne delvise tilfældighed betyder, at man kan tilnærme sig den fulde tilfældighed fra tankeeksperimentet, hvilket gør det muligt at afdække en kausal effekt. I gennemgangen af litteraturen i resten af afsnittet fremgår det løbende, hvilken form for delvis tilfældighed de enkelte studier udnytter for at kunne afdække årsagssammenhænge.

Sundhedsindsatser målrettet børn

Studier af psykofarmaka giver indikation af effekter af politiske initiativer

De to studier, der belyser samfundsøkonomiske effekter af at modtage psykofarmaka i barndommen, undersøger ikke specifikke politiske initiativer, der har øget adgangen til medicinen. Studierne kan alligevel give en indikation af de mulige effekter heraf. Politisk er det eksempelvis muligt at øge adgangen til psykofarmaka ved at indføre eller øge det offentlige tilskud til medicinen, ligesom adgangen kan forbedres ved at forkorte ventetiden til udredning og dermed til at modtage den medicinske behandling. Mens Dalsgaard mfl. (2014) undersøger effekterne af ADHD-medicin på udfaldsmål i barndommen, undersøger Bhalotra mfl. (2025) effekterne af antidepressiv medicin både i barndommen og i det tidlige voksenliv. Begge studier bygger på nyere danske børneårgange (årgangene 1990-99 i Dalsgaard mfl., 2014, og 1991-2005 i Bhalotra mfl., 2025).

Ikke tilfældigt, hvilke diagnosticerede børn der får medicin

Det er ikke tilfældigt, hvilke børn med en bestemt psykiatrisk diagnose der modtager medicinsk behandling, og hvilke der ikke gør. For at af-dække den kausale effekt af medicinen er det derfor ikke tilstrækkeligt blot at sammenligne børn, der får medicinen, med børn, der ikke gør. Begge studier overkommer denne problematik ved at udnytte, at psykiatere har forskellig tilbøjelighed til at udskrive recepter på medicin, og at det i praksis kan anses som tilfældigt, om et barn møder en psykiater med høj eller lav tilbøjelighed. Dermed kan to ellers ens børn ende med at få forskellig medicinsk behandling. Derudover udnytter Dalsgaard mfl. (2014), at ADHD-medicin ikke gives, før et barn er fyldt fire år. Det gør det muligt at sammenholde udviklingen før og efter fireårsalderen for børn, der modtager medicinen. For at tage højde for, at børnenes udvikling ikke nødvendigvis alene kan tilskrives medicinen, sammenholdes med en kontrolgruppe af diagnosticerede børn, der ikke får medicinen.

Gavnige effekter af psykofarmaka på risikofyldt adfærd ...

Begge studier finder, at behandling med psykofarmaka har haft gavnlige effekter for de berørte årgange målt på en række udfaldsmål knyttet til humankapital og mentalt helbred. For børn med ADHD finder Dalsgaard mfl. (2014), at behandling med ADHD-medicin har mindsket risikofyldt adfærd blandt børnene i barndommen. Her er risikofyldt adfærd målt ved hospitalskontakter ved 10-års-alderen samt antallet af interaktioner med politiet ved 12-13-års-alderen.

... samt uddannelse og beskæftigelse som unge voksne

For antidepressiv medicin finder Bhalotra mfl. (2025), at børn, der er blevet behandlet med medicinen, har fået højere afgangskarakterer i 9. klasse samt haft større sandsynlighed for at være indskrevet på en ungdomsuddannelse som 18-årig. Behandling med medicinen har ligeledes ført til højere beskæftigelse og indkomst samt mindre afhængighed af offentlig forsørgelse i alderen 25-30 år. Studiet finder ligeledes gavnlige effekter på indikatorer for børnenes mentale helbred (i form af selvmordsforsøg, selvskade og hospitalskontakter) i den første periode efter opstarten på den medicinske behandling.

Effekter på familien af øget indsats ved lav fødselsvægt

Der findes så vidt vides kun et enkelt dansk studie af Daysal mfl. (2022), som undersøger effekterne på den øvrige familie af, at et barn modtager en offentlig sundhedsindsats, jf. kapitel V om tidlige sundhedsindsatser i *Dansk Økonomi, efterår 2023*. Studiet fokuserer på den ekstra indsats, der gives, når børn fødes med en meget lav fødselsvægt, defineret som en fødselsvægt under 1500 gram. Studiet udnytter, at det kan anses som tilfældigt, om barnet fødes med en vægt lige over eller under 1500 gram og dermed modtager en ekstra indsats i forbindelse med fødslen.

Øget indsats påvirker mødres mentale helbred og søskendes skolegang, ...

Ved at sammenligne børn med en fødselsvægt lige under 1500 gram med børn med en fødselsvægt lige over 1500 gram finder studiet visse gavnlige afledte effekter på resten af familien, når et barn med meget lav fødselsvægt modtager en øget sundhedsindsats. For mødre ses en mindsket brug af antidepressiv medicin på kort sigt, hvilket indikerer, at den øgede indsats har en positiv indvirkning på deres mentale helbred. For søskende ses afledte effekter på deres skoleresultater i form af højere afgangskaracter i 9. klasse samt en øget sandsynlighed for at vælge en akademisk uddannelse frem for en erhvervsuddannelse.

... men ikke forældres arbejdsudbud

Der findes til gengæld ingen effekter på forældrenes arbejdsudbud eller indkomst. Forfatterne forklarer dette med, at den danske velfærdsstat har et stærkt socialt sikkerhedsnet, som også understøtter forældrene til de børn, der er født med en vægt lige over 1500 gram. Dette kan udviske forskellene mellem de to grupper af forældre, selvom den ekstra sundhedsindsats for børn med meget lav fødselsvægt isoleret set kan have haft en gavnlig effekt på disse forældres mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet. At der på trods af dette findes effekter på søskende, kan ifølge forfatterne afspejle, at den ekstra sundhedsindsats påvirker interaktionerne inden for familien eller forældrenes fordeling af ressourcer mellem børnene, selvom indsatsen ikke påvirker de monetære ressourcer i familien.

Sundhedsindsats for børn kan smitte af på familien

Det kan være vanskeligt at drage paralleller mellem en øget sundhedsindsats målrettet nyfødte med lav fødselsvægt og en indsats rettet mod børn og unge med dårligt mentalt helbred, blandt andet fordi både karakteren af barnets udfordringer og typen af indsats i de to tilfælde kan være væsensforskellig. Ikke desto mindre tyder studiet på, at en øget sundhedsindsats for et barn med psykiske udfordringer potentielt også kan have gavnlige, afsmittende effekter for den øvrige familie.

Konsekvenser for familien af, at børn har psykiatrisk diagnose

Omkostninger for forældre og søskende

Mens ovenstående studier beskæftiger sig direkte eller indirekte med effekterne af sundhedsindsatser målrettet børn, fokuseres i det følgende på litteratur, der belyser afledte effekter for familien af at have et barn med en psykiatrisk diagnose. To danske studier undersøger betydningen for henholdsvis forældre og søskende af, at et barn i familien har ADHD (Kvist mfl., 2013, Breining, 2014), mens to andre danske studier ser på betydningen af, at et barn i familien har en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse (Gunnsteinsson og Steingrimsdottir, 2019, Black mfl., 2021).

**Systematik i
forekomst af
psykiatrisk diagnose**

Forekomsten af psykiatriske diagnoser kan blandt andet hænge sammen med genetiske, biologiske og socioøkonomiske faktorer, som også hænger sammen med udfald for forældre og søskende. Studierne forsøger på forskellig vis at tage hånd om denne systematik for dermed at kunne isolere effekten af barnets psykiatriske diagnose eller funktionsnedsættelse fra effekten af andre faktorer. Tre af studierne (Kvist mfl., 2013, Breining, 2014, Gunnsteinsson og Steingrimsdottir, 2019) sammenligner familier med og uden et barn med den givne diagnose og kontrollerer for observerbare karakteristika, der kan være forbundet med både sandsynligheden for at have diagnosen og diverse udfald for familien.⁶ Det fjerde studie af Black mfl. (2021) tager højde for, at familier med og uden et barn med en funktionsnedsættelse kan være systematisk forskellige, ved i stedet at sammenligne ældre søskende i familier, hvor det tredje barn er født med en funktionsnedsættelse. Dermed har det midterste barn levet en større del af sin barndom med en søskende med funktionsnedsættelse end det ældste barn. For at tage højde for, at der også kan være andre forskelle mellem første og andet fødte børn, sammenholdes der med søskende i familier, hvor det tredje barn ikke har en funktionsnedsættelse.

**Negative
konsekvenser for
forældres arbejdsliv
og parforhold ...**

Alle fire studier finder, at det er forbundet med omkostninger for både forældre og søskende, når et barn i familien har en psykiatriske diagnose eller funktionsnedsættelse. Både Kvist mfl. (2013) og Gunnsteinsson og Steingrimsdottir (2019) finder således en negativ påvirkning af forældrenes deltagelse på arbejdsmarkedet, ligesom en større andel af disse forældre ender med at gå fra hinanden. Gunnsteinsson og Steingrimsdottir (2019) finder dog, at det primært er moderens lønindkomst, der påvirkes negativt. For søskende finder både Breining (2014) og Black mfl. (2021) en negativ påvirkning af afgangskaraktererne i 9. klasse. Det peger på, at det har negative konsekvenser for læringen og skolegangen for de øvrige børn i familien, når en søskende har en psykiatrisk diagnose eller funktionsnedsættelse.

**... samt søskendes
skolegang**

6) Studierne kontrollerer for indikatorer for genetiske faktorer (hvorvidt forælderen selv har diagnosen), biologiske faktorer (f.eks. barnets helbred ved fødslen og rygning under graviditeten) og socioøkonomiske faktorer. Desuden kontrollerer Breining (2014) for uobserverbare familiekarakteristika, der er konstante over tid, ved at inkludere såkaldte faste fætter-kusine-effekter. Det er ikke muligt at anvende faste familieeffekter, da andre studier har vist, at estimerede effekter på familien forsvinder, når disse effekter inkluderes. Det afspejler imidlertid ikke, at der ikke er en effekt, men at der er en fælles effekt på hele familien, jf. Breining (2014).

ØKONOMISKE EFFEKTER AF INDSATSER FOR VOKSNE

Litteratur om effekter af sundhedsindsatser for voksne

Grundet den sparsomme litteratur om de samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedssystemet målrettet børn og unge med psykiske udfordringer rettes blikket i det følgende mod litteratur, der i stedet belyser effekter af offentlige udgifter målrettet voksne med psykiske udfordringer.

Kan effekter for voksne overføres til effekter for børn?

Der kan være flere årsager til, at effekter af indsatser for voksne ikke direkte kan anvendes til at sige noget om de forventede effekter af indsatser for børn. Eksempelvis kan tidspunktet i livet, hvor indsatsen modtages, have betydning for effekten, ligesom nogle typer af effekter vil indtræffe hurtigere for voksne end for børn, eksempelvis effekter på tilknytningen til arbejdsmarkedet. Såfremt en given indsats har effekter for voksne, kan det dog stadig give en indikation af, om der også kan forventes effekter af lignende indsatser for børn.

Tre kategorier af litteratur

Litteraturen med fokus på voksne gennemgås i det følgende opdelt på tre kategorier. Den første gruppe undersøger effekter af øget adgang til psykologbehandling. Den anden gruppe ser på effekter af øget adgang til receptpligtig medicin mod psykiske lidelser. Disse to grupper af studier beskæftiger sig således med den såkaldte ekstensive margin af en indsats, altså effekten af selve det at få en indsats, jf. tidligere i afsnittet. Den tredje gruppe undersøger effekter af ventetid til psykiatrisk behandling og beskæftiger sig således med den intensive margin af en indsats, altså om det har betydning, hvor lang tid der går, før indsatsen modtages. Udvalgte studier opgør også en nettoeffekt på de offentlige finanser og forholder sig dermed direkte til dynamiske effekter på de offentlige finanser af den offentlige investering, der undersøges. Disse resultater præsenteres til sidst.

Yderligere litteratur om generelle udgiftsændringer

Der findes også studier, som undersøger effekterne af en generel ændring i ressourceniveauet i sundhedsvæsenet, målt enten ved ændringer i antal ansatte eller i udgiftsniveauet, jf. Aakvik og Holmås (2006) og Granlund (2010). Sådanne studier er i princippet den mest direkte måde at undersøge effekter af generelle udgiftsforhøjelser på sundhedsområdet på. Studierne inkluderes dog ikke i det følgende af flere årsager. Dels har de nævnte studier ikke fokus på det psykiatriske sundhedsvæsen, men på det somatiske sundhedsvæsen eller sundhedsvæsenet som helhed. Dels bygger studierne på efterhånden ældre data og undersøger kun kortsigtede effekter.

Øget adgang til psykologhjælp

Offentligt tilskud til psykologhjælp

Tre danske studier belyser effekterne af øget adgang til psykologhjælp ved at undersøge udvidelser af tilskuddet til psykologhjælp under den danske psykologordning. Den danske ordning giver offentligt tilskud til udvalgte former for psykologhjælp efter henvisning fra egen læge, hvor tilskuddet, som udgangspunkt, udgør 60 pct. af psykologens honorar. Tilskudsordningen er flere gange blevet udvidet for personer over 18 år, og de tre studier belyser effekterne af udvalgte af disse udvidelser.

Analyser af udvidelser i tilskudsordningen i 2008 og 2018

Serena (2024) og VIVE (2024) undersøger en udvidelse fra 2008, hvor tilskudsordningen blev udvidet til at omfatte patienter med let til moderat angst og depression i aldersgruppen 18-37 år.⁷ Senere blev den øvre aldersgrænse på 37 år fjernet. Kruse mfl. (2022) undersøger en forsøgsordning fra 2018, hvor der blev indført vederlagsfri psykologhjælp for 18-21-årige med let til moderat angst og depression. Forsøgsordningen indebar dermed en stigning i tilskuddet fra 60 til 100 pct. for denne aldersgruppe. Ordningen blev senere gjort permanent og blev i 2024 udvidet til at omfatte 18-24-årige.

Studier anvender aldersgrænse til at undersøge effekt

For at vurdere effekterne af de to udvidelser af tilskudsordningen i 2008 og 2018 udnytter alle tre studier, at udvidelsen i første omgang kun omfattede udvalgte aldersgrupper, og at aldersgrænserne blev fastsat af budgetmæssige årsager. Det kan derfor antages, at de aldersgrupper, som var omfattet af ordningen, ikke adskilte sig systematisk fra aldersgrupper, der ikke var omfattet. Effekterne af udvidelserne i tilskuddet undersøges dermed i alle tre studier ved at sammenligne udviklingen for de inkluderede aldersgrupper med en kontrolgruppe af sammenlignelige personer uden for disse aldersgrupper.

Færre selvmordsforsøg indikerer bedre mentalt helbred

To af studierne undersøger, hvorvidt den øgede adgang til psykologhjælp har påvirket en direkte indikator for patienternes mentale helbred i form af selvmordsforsøg, jf. Kruse mfl. (2022) og Serena (2024). For begge udvidelser af psykologordningen findes det, at den øgede adgang til psykologhjælp har medført færre selvmordsforsøg blandt de patienter, der blev inkluderet i ordningen.

Tvetydige effekter på brug af sundhedsydelser

Alle tre studier undersøger derudover, hvordan udvidelserne af psykologordningen påvirkede patienternes forbrug af relaterede sundhedsydelser. For udvidelsen i 2008 findes, at den øgede brug af psykologhjælp medførte færre kontakter til sygehuspsykiatrien, jf. Serena

7) Formelt set dækkede udvidelsen i 2008 kun personer med let til moderat depression, mens personer med let til moderat angst blev inkluderet i ordningen i 2011. I praksis blev både personer med angst og depression dog henvist under depressionskriteriet, og udvidelsen i 2008 gjaldt derfor i praksis begge diagnoser, jf. Serena (2024).

(2024) og VIVE (2024). Dermed skete der et skifte i behandlingen fra sygehussektoren til den i gennemsnit billigere praksissektor. Der ses ingen effekt på trækket på praktiserende psykiatere i praksissektoren, jf. Serena (2024). For udvidelsen i 2018 findes derimod, at brugen af praktiserende psykiatere steg, jf. Kruse mfl. (2022). Hvad angår brugen af antidepressiv medicin samt kontakter til egen læge, finder studierne modsatrettede effekter.⁸

**Ingen effekt på
arbejdsudbud**

Begge studier af udvidelsen i 2008 undersøger ud over helbredsrelaterede effekter også eventuelle arbejdsmarkedseffekter. Ingen af de to studier finder dog, at den øgede adgang til psykologhjælp havde betydning for patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. Serena (2024) og VIVE (2024).

**Forskelle i adgang
til psykolog grundet
forskelle i lægers
tilbøjelighed til at
henvise ...**

Ud over ovennævnte analyser, som ser på en specifik politikændring, undersøger VIVE (2024) også effekterne af ændret adgang til tilskuds-baseret psykologhjælp som følge af variation i egen læges tilbøjelighed til at henvise til psykologordningen. Analysen anvender grundlæggende samme metode som de tidligere beskrevne studier af psykofarmaka for børn, hvor variation i psykiateres tilbøjelighed til at udskrive medicin udnyttes til at belyse effekterne af adgang til medicinen.

**... peger på lignende
effekter**

Baseret på analysen findes, at øget adgang til psykologhjælp, som følge af højere henvisningstilbøjelighed ved egen læge, øger patienternes kontakter til psykiatrien. Denne forskel til effekterne i den anden analyse af udvidelsen af psykologordningen i 2008 i VIVE (2024) kan afspejle, at læger, der er mere tilbøjelige til at henvise til psykolog, også er mere tilbøjelige til at henvise til andre dele af sundhedsvæsenet. For de øvrige helbredsrelaterede effektmål peger resultaterne i samme retning som analysen af 2008-udvidelsen. I tråd med de øvrige studier findes desuden ingen effekt på arbejdsmarkedsdeltagelsen.

Øget adgang til psykofarmaka

**Øget adgang til
psykofarmaka blandt
danske voksne**

Som beskrevet tidligere i afsnittet har to danske studier undersøgt effekterne af at modtage psykofarmaka, i form af ADHD- og antidepressiv medicin, i barndommen. I tillæg til disse studier undersøger enkelte studier arbejdsmarkedseffekterne af øget adgang til psykofarmaka

8) For brug af antidepressiv medicin finder Serena (2024) og Kruse mfl. (2022), at den øgede adgang til psykologhjælp også førte til øget brug af medicinen, mens VIVE (2024) finder en negativ effekt. For kontakter til egen læge finder VIVE (2024), at den øgede adgang til psykologhjælp mindskede antallet af kontakter, mens Serena (2024) finder en stigning i antal kontakter med samtaleterapi. Kruse mfl. (2022) finder ikke nogen effekt. Generelt er de fundne effekter i VIVE (2024) små og kun i visse tilfælde signifikante.

blandt danske voksne. Et studie fokuserer på effekterne af godkendelsen af lithium som behandling for bipolar lidelse i 1976 for unge voksne i 20-årsalderen, jf. Biasi mfl. (2025). Dette gøres ved at sammenligne årgange, der var 20 år på hver sin side af godkendelsen af medicinen. Et andet studie anvender, ligesom flere af de øvrige ovennævnte studier, variation i lægers tilbøjelighed til at udskrive medicin til at undersøge effekterne af blandt andet antidepressiv og angstdæmpende medicin for voksne i den arbejdsdygtige alder, jf. Laird og Nielsen (2016).

Tvetydige effekter på arbejdsmarkedet

Der findes ikke entydige effekter af øget adgang til psykofarmaka for voksne på deres arbejdsmarkedstilknytning på tværs af de to studier. Mens godkendelsen af medicin mod bipolar lidelse øgede indkomsten og arbejdsmarkedsdeltagelsen blandt personer med bipolar lidelse i de berørte årgange, jf. Biasi mfl. (2025), viser øget adgang til psykofarmaka som følge af højere udskrivningstilbøjelighed hos egen læge ingen effekt på indkomst eller arbejdsmarkedsdeltagelse, jf. Laird og Nielsen (2016). Forskellene mellem de to studier kan blandt andet afspejle, at effekterne afhænger af, hvilken form for psykisk lidelse, der er tale om, samt hvilken margin af adgang til medicinen, der betragtes (indførelse af en medicin mod marginale forskelle i adgangen til eksisterende medicin).

Ventetider til psykiatrisk behandling

Lille, men voksende litteratur om effekter af ventetid

Mens ovenstående kategorier af litteratur undersøger effekterne af selve det at få adgang til en indsats, findes der også en lille, men voksende økonomisk litteratur, der undersøger betydningen af, hvor lang ventetiden på at modtage indsatsen er. Selvom disse studier ikke undersøger et specifikt politisk initiativ, der forkorter ventetiden, kan de alligevel give et billede af de mulige effekter af en politikændring, som sigter mod at reducere ventetiderne.

Effekter af ventetid på psykiatrisk hjælp

Litteraturen med fokus på effekterne af ventetid til behandling for psykiske lidelser omfatter et studie af ventetider til psykiatere i Holland, jf. Prudon (2025), et studie af ventetid til misbrugsbehandling for personer med et cannabismisbrug i Norge, jf. Williams og Bretteville-Jensen (2022), samt et studie af ventetid til akut psykiatrisk behandling for amerikanske veteraner, jf. Costantini (2025). Hertil kommer et nyligt dansk speciale fra Aarhus Universitet, som fokuserer på ventetiden til psykologbehandling for angst og depression under den danske psykologordning, jf. Hansen (2023).⁹

9) Et centralt studie i den nylige litteratur om ventetider i sundhedsvæsenet er Godøy mfl. (2024), som undersøger ventetid til ortopædkirurgiske operationer i Norge. Effekterne af ventetider i det somatiske sygehusvæsen vurderes dog kun i begrænset omfang at kunne sige noget om effekterne af ventetid til psykiatrisk hjælp, hvorfor studiet ikke uddybes her.

Kø længde skaber delvis tilfældighed i den enkeltes ventetid

Det er som udgangspunkt ikke tilfældigt, hvor lang tid en person venter på at få behandling. Snarere må ventetiden formodes at afhænge af blandt andet alvorligheden af personens symptomer samt andre karakteristika ved personen. Derfor kan effekterne af ventetid ikke blot bestemmes ved at sammenligne personer med forskellige ventetider. For at overkomme denne problematik anvender studierne grundlæggende samme metode, som anvendes i effektanalysen af ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien i dette kapitel. Derfor henvises til afsnit IV.5 for en uddybende diskussion af metoden. Grundlæggende er tanken, at den enkeltes ventetid i et vist omfang vil afhænge af tilfældigheder, fordi længden af køen til behandling varierer alt efter, hvornår patienten træder ind i køen.

Tvetydige effekter på forbrug af sundhedsydelser

Studierne undersøger blandt andet, hvorvidt ventetid til behandling påvirker det efterfølgende forbrug af psykiatriske sundhedsydelser. Der findes ikke entydige effekter herpå. Mens to studier finder, at længere ventetid øger brugen af psykiatriske sundhedsydelser på længere sigt, jf. Prudon (2025) og Williams og Bretteville-Jensen (2022), viser studiet af amerikanske veteraner derimod, at længere ventetid varigt mindsker brugen af disse sundhedsydelser, jf. Costantini (2025). Dette bidrager på sigt til øget dødelighed blandt veteranerne. At der findes modsatrettede effekter er konsistent med de tvetydige teoretiske effekter på brugen af sundhedsydelser, jf. tidligere i afsnittet. Længere ventetid kan således både tænkes at øge forbruget af sundhedsydelser, hvis helbredet forværres, og mindske forbruget, hvis længere ventetid mindsker patienternes udnyttelse af sundhedssystemet.¹⁰

Længere ventetid mindsker arbejdsudbud og øger kriminalitet

To af studierne undersøger også, hvorvidt længere ventetid har afledte konsekvenser for patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. Prudon (2025) og Williams og Bretteville-Jensen (2022). Begge studier peger på, at længere ventetid mindsker sandsynligheden for at være i beskæftigelse og øger sandsynligheden for at være på offentlig forsørgelse på længere sigt. Resultaterne i det danske speciale af ventetid på psykologhjælp peger i samme retning, jf. Hansen (2023). Studiet af ventetid til stofmisbrugsbehandling i Norge undersøger derudover konsekvenser for kriminel adfærd og finder, at længere ventetid på hjælp øger sandsynligheden for at begå kriminalitet, jf. Williams og Bretteville-Jensen (2022).

Forskelle mellem studier kan påvirke resultater

Der er flere forskelle mellem studierne, som kan have betydning for, hvilke specifikke effekter af ventetid der findes. Dels bygger studierne på data fra forskellige lande og dermed forskellige kontekster. Dels er de undersøgte patientgrupper og typer af psykiske lidelser forskellige.

¹⁰) Prudon (2025) undersøger også, hvorvidt længere ventetid påvirker brugen af øvrige sundhedsydelser samt medicinforbruget, men finder ingen effekter herpå.

Derudover er der en vis forskel i længden og spredningen af de ventetider, der ligger til grund for analyserne. Den gennemsnitlige ventetid i studierne datagrundlag varierer fra omtrent 2-3 uger (jf. Costantini, 2025) til omtrent 2-3 måneder (jf. Prudon, 2025, Williams og Bretteville-Jensen, 2024, og Hansen, 2023).

Forsøg med hurtigere psykiatrisk udredning ...

Ud over den ovennævnte videnskabelige litteratur har VIVE (2020) evalueret en forsøgsordning, der blev gennemført i Odense Kommune i årene 2014-2018. Her var formålet at sikre en hurtigere psykiatrisk udredning blandt kommunens patienter. Forsøgsordningen indebar, at praktiserende læger fik mulighed for at henvise voksne patienter med let til moderat angst, stress eller depression til en hurtig udrednings-samtale hos en praktiserende psykiater. På denne måde blev ventetiden til den første vurdering hos en psykiater reduceret væsentligt.¹¹

... leder til færre psykiatriske kontakter, men ikke andre effekter

For at vurdere effekten af indsatsen sammenlignes deltagerne i ordningen med en kontrolgruppe bestående af sammenlignelige patienter fra andre kommuner. Evalueringen viser, at den øgede brug af praktiserende psykiatere, som ordningen medførte, blev modsvaret af færre kontakter til sygehuspsykiatrien og psykologer i op til to år efter patienternes henvisning til hurtig udredning. Til gengæld findes der ingen effekter på brug af øvrige sundhedsydelser (kontakter til almen læge eller medicinforbrug) eller på beskæftigelsen.

Dynamiske effekter på de offentlige finanser

Dynamiske effekter påvirker nettoudgift på tiltag

Mens ovenstående resultater fremhæver de gevinster, der kan være forbundet med en offentlig investering i det psykiatriske sundhedsvæsen, vil en sådan investering også være forbundet med udgifter. Nogle af studierne forsøger at kvantificere, i hvor høj grad de gavnlige effekter leder til dynamiske effekter på de offentlige finanser, som modvirker en del af den umiddelbare udgift ved investeringen og dermed reducerer den endelige nettoudgift ved investeringen.

Fire af studierne undersøger effekt på offentlige finanser

En sådan beregning er foretaget for analyserne af forsøgsordningen med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune (VIVE, 2020), udvidelsen af tilskudsordningen til psykologhjælp i 2008 (Serena, 2024) henholdsvis 2018 (Kruse mfl., 2020) samt for en reduktion af ventetiden til psykiatere i Holland (Prudon, 2025). Beregningerne forholder sig kun til udgiften for de offentlige finanser og ser altså bort fra eventuelle yderligere gavnlige effekter for den enkelte og for samfundet.

11) Konkret indebar aftalen, at psykiaterne mod et honorar hver uge tilsammen skulle friholde tid til at udrede op til 15 patienter, som var blevet henvist under ordningen. På baggrund af samtalen med patienten kunne psykiateren stille en foreløbig diagnose og udarbejde en vejledning til egen læge om det videre udrednings- og behandlingsforløb.

To danske studier finder nettobesparelse, ...

To ud af de tre danske analyser finder, at de dynamiske effekter af de specifikke tiltag, der undersøges, ikke blot reducerede den endelige udgift til investeringen, men også førte til en samlet nettobesparelse. Med andre ord har de positive dynamiske effekter mere end opvejet den umiddelbare udgift forbundet med investeringerne. Konkret viser VIVE (2020) for forsøgsordningen med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune, at de sparede udgifter i sygehuspsykiatrien og hos praktiserende psykologer klart oversteg de øgede udgifter til praktiserende psykiatere under ordningen. Tilsvarende finder Serena (2024), at udvidelsen af psykologordningen i 2008 medførte en nettobesparelse som følge af udgiftsbesparelsen forbundet med skiftet fra behandling i sygehussektoren til behandling hos praktiserende psykologer. Disse resultater gælder på trods af, at der ikke kan medregnes positive effekter på arbejdsudbuddet i nogen af studierne.

... mens et studie finder nettoudgift

I en evaluering af nettoomkostningerne det første år efter udvidelsen af psykologordningen i 2018 finder Kruse mfl. (2020), at en reduktion i sundhedsforbruget på øvrige områder modvirkede en del af udgiften forbundet med tiltaget, men at forsøgsordningen samlet set stadig medførte en merudgift.

“Konvolutberegning” indikerer nettobesparelse ved reduktion af ventetid

Mens ovenstående studier evaluerer de dynamiske effekter af en specifik offentlig investering, er dette ikke tilfældet i Prudon (2025). Derfor har beregningen af de budgetmæssige effekter af en reduktion i ventetiden i dette studie i stedet karakter af en bagsiden-af-en-konvolutberegning. Beregningen indikerer ikke desto mindre, at en nedbringelse af ventetiden med en måned i den hollandske kontekst, som tilvejebringes af et øget udbud af psykiatere og psykologer, kan medføre en væsentlig nettobesparelse for de offentlige finanser. Såfremt et utilstrækkeligt udbud af psykiatere og psykologer afspejler, at det ikke er attraktivt at arbejde i det offentlige tilbud, kan det i realiteten vise sig vanskeligt at øge udbuddet med det nødvendige antal medarbejdere, hvilket beregningen ikke tager højde for.

OPSUMMERING

Offentlige udgifter i sundhedssystemet målrettet psykiske udfordringer

Dette afsnit har præsenteret empirisk litteratur, der belyser samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter i sundhedssystemet målrettet personer med psykiske udfordringer. Så vidt vides findes der kun begrænset litteratur med relevans for en dansk kontekst, der specifikt fokuserer på børn og unge. I lyset af den sparsomme viden på området har afsnittet derfor også inddraget litteratur, der belyser samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter målrettet voksne. Selvom der må formodes at være forskel i effekterne af indsatser målrettet børn og

voksne, kan litteraturen om voksne alligevel give en indikation af, hvilke effekter der potentielt kan forventes af lignende indsatser for børn.

Effekt af indsats og ventetid til indsatsen

Tabel IV.1 opsummerer fundene i den gennemgåede litteratur. En del af litteraturen undersøger effekterne af det at få adgang til en sundhedsindsats med fokus på psykologhjælp og psykofarmaka. En anden del af litteraturen undersøger, om det har betydning, hvor lang ventetiden på en indsats i sundhedssystemet er. I denne litteratur er der ikke fundet studier med fokus på ventetider for børn og unge, hvilket er fokus for effektanalysen i dette kapitel, jf. afsnit IV.5. En sidste gruppe af litteratur undersøger ikke effekterne af en bestemt indsats eller ventetiden hertil, men de afledte konsekvenser for familien af det at have et barn med en psykiatrisk diagnose.

Effekter afhænger af konteksten

Samlet set peger litteraturen på, at der kan være gavnlige samfundsøkonomiske effekter forbundet med offentlige udgifter målrettet psykiatriske sundhedsydelse, herunder udgifter målrettet en reduktion i ventetiden på hjælp. De gavnlige samfundsøkonomiske effekter vedrører både de berørte personers kontakter til sundhedsvæsenet, tilknytning til arbejdsmarkedet samt indikatorer for mentalt helbred og humankapital. Effekterne er dog ikke entydige på tværs af studierne, hvilket tyder på, at effekterne afhænger af den konkrete indsats og kontekst.

Visse initiativer har medført nettobesparelse for det offentlige

En indsats kan give anledning til såkaldte dynamiske effekter på de offentlige finanser, som indebærer, at en del af udgiftsforøgelsen forbundet med indsatsen opvejes af besparelser på andre områder eller øgede skatteindtægter. Enkelte af de gennemgåede studier undersøger disse dynamiske effekter og finder overvejende, at tilstedeværelsen af dynamiske effekter ikke alene har reduceret den endelige udgift på det undersøgte tiltag, men har medført en decideret nettobesparelse.

TABEL IV.1 OVERSIGT OVER RESULTATER I EMPIRISKE STUDIER

Den empiriske litteratur peger på, at der kan være samfundsøkonomiske effekter af offentlige udgifter målrettet psykiatriske sundhedsydelse, men at effekterne afhænger af den konkrete kontekst.

	Øget adgang til psykolog- hjælp	Øget adgang til psyko- farmaka	Længere ventetid til behandling	Afledt effekt på familie af psykiatrisk diagnose
Forbrug af sundhedsydelser	Blandet	Fald	Blandet	-
Arbejdsmarkedstilknytning	Ingen	Blandet	Blandet	Fald
Mentalt helbred ^{a)}	Forbedring (selvmord)	Forbedring (selvmord, selvskade)	Forværring (dødelighed)	Forværring (skilsmisse)
Humankapital ^{a)}	-	Forbedring (kriminalitet, karakterer, uddannelse)	Forværring (kriminalitet)	Forværring (karakterer)
Nettoeffekt på off. finanser	Blandet	-	Positiv	-
Antal studier (heraf danske)	3 (3)	4 (4)	5 (2)	4 (4)

a) Hvilken indikator for mentalt helbred hhv. humankapital, der er undersøgt i studierne, fremgår af parentes.

Anm.: Bemærk, at fortegnet på ændringerne i indsatsen varierer mellem kategorierne af litteratur, og at retningen på effekterne skal tolkes herefter. *Øget adgang til psykologhjælp* og *psykofarmaka* afspejler en øget indsats, mens *længere ventetid til behandling* afspejler en lavere indsats. *Afledt effekt på familie af psykiatrisk diagnose* afspejler effekter på familien af, at et barn har en psykiatrisk diagnose. "Blandet" angiver, at de undersøgte studier finder modsatrettede effekter. "Ingen" angiver, at ingen af de undersøgte studier finder en statistisk signifikant effekt. For *nettoeffekt på offentlige finanser* angiver "positiv" ("negativ"), at den undersøgte indsats findes at udgøre en nettobesparelse (nettoudgift), mens "blandet" angiver, at de undersøgte studier finder modsatrettede resultater.

IV.4

UDVIKLING FOR BØRN OG FORÆLDRE I ÅRENE OMKRING HENVISNING

Psyriske udfordringer og vejen til den rette hjælp ...

Når et barn oplever psykisk mistrivsel eller psykiske udfordringer, påvirkes både barnets og potentielt også forældrenes hverdag. Som beskrevet i afsnit IV.2 er det typisk en proces, der tager tid, før barnet får den rette hjælp. For børn og unge, som har brug for udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, vil der først være en periode frem mod henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien og dernæst et udredningsforløb. Dette er tidligere i kapitlet beskrevet, som henholdsvis den første og anden ventetid frem mod udredning. Herefter vil der for mange være endnu en proces frem mod bedre psykisk trivsel.

... påvirker både børn og forældre i årene omkring henvisning

I dette afsnit belyses deskriptivt, hvordan børn og unge, der henvises til og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, samt deres forældre udvikler sig på en række faktorer i årene før og efter henvisningen. Dette giver en indikation af betydningen af den indsats, som børnene modtager i forbindelse med henvisning og udredning. For både børnene og deres forældre tyder udviklingen i årene omkring henvisningen på, at denne indsats har betydning for børnenes videre skolegang og forældrenes arbejdsmarkedstilknytning.

Omkostninger ved psykiske udfordringer

Udviklingen beskriver ikke årsagssammenhænge, men viser alene, hvad der sker i familierne i årene omkring henvisning. Ved at belyse den gennemsnitlige udvikling for børn og deres forældre på en række faktorer i årene omkring henvisningen, beskrives nogle af de omkostninger, børnenes psykiske udfordringer har for familien og for samfundet. Hermed belyses også det potentiale, der er, hvis man kan mindske disse udfordringer blandt børn og unge, som udredes i børne- og ungdomspsykiatrien.

Afsnittets indhold

Afsnittet indledes med en beskrivelse af de udfaldsmål, der anvendes i analysen af børnenes og forældrenes udvikling i årene omkring henvisningen samt i effektanalysen af ventetid fra henvisning til udredning, som beskrives i afsnit IV.5. Herefter beskrives datagrundlaget for analyserne og analysepopulationen. I de sidste to delafsnit beskrives udviklingen i en række faktorer for børn og forældre i årene omkring henvisningen til udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien.

UDFALDSMÅL

**Psykiske
udfordringer
kan have afledte
effekter for børn ...**

Hvis et barn eller et ungt menneske oplever psykiske udfordringer og symptomer, som giver anledning til henvisning og udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, kan det, som beskrevet i afsnit IV.2, komme til udtryk på forskellige måder. For mange børn og unge vil psykiske udfordringer vise sig i udfordringer i skolen, eksempelvis ved mindre deltagelse i timerne eller højere skolefravær. Da det er svært at måle børnenes generelle trivsel og velbefindende direkte, fokuseres i stedet på afledte effekter af psykiske udfordringer hos børn og unge.

**... på både skole
og sundhed**

I kapitlet undersøges afledte effekter på børnenes trivsel, faglige præstationer samt fravær i skolen. Trivsel i skolen er et samlet mål, som består af både faglig og social trivsel i skolen, samt elevrens synspunkter omkring undervisning og undervisningsmiljø. Yderligere belyses, hvorvidt henvisning og udredning har betydning for børnenes videre færden ved at se på sandsynligheden for at påbegynde en ungdomsuddannelse. Dette er illustreret i figur IV.10. Ud over skolerelaterede faktorer kan psykiske udfordringer også have betydning for barnets forbrug af sundhedsydelser. Dette belyses i kapitlet ved at se på kontakter til sundhedsvæsenet i praksissektoren (praktiserende læge, psykiater og psykolog) og sygehussektoren samt på køb af receptpligtige lægemidler.

**Forældre kan
påvirkes på flere
måder**

At have et barn med psykiske udfordringer og de afledte effekter disse udfordringer har for børnene, kan påvirke forældre på en række områder. Dels kan barnets udfordringer rent praktisk have betydning for, hvor meget forældrene kan arbejde, hvis barnet bliver mere fraværende fra skole, samt når barnet skal følges til konsultationer i forbindelse med henvisning, udredning og behandling. Dels kan forældrenes eget mentale overskud og stressniveau blive påvirket af at have et barn med psykiske udfordringer. Disse potentielle afledte effekter belyses i kapitlet gennem en række forskellige udfaldsmål.

**Udfaldsmål for
forældre**

For at belyse, om børns psykiske udfordringer samt henvisning og udredning i børne- og ungdomspsykiatrien har betydning for forældrenes arbejdsudbud, undersøges dels, hvorvidt de er i beskæftigelse, dels hvor mange timer de arbejder. Målet for beskæftigelse er fraregnet længerevarende fravær i forbindelse med barnets eller egen sygdom, og viser således, hvorvidt forælderen går på arbejde. Tilsvarende er antallet af arbejdstimer og lønnen alene målt for personer, som går på arbejde. Arbejdstimer afspejler de aftalte timer og viser dermed ikke kortvarigt fravær. Ud over at have en indflydelse på hvorvidt og hvor meget forældrene kan arbejde, kan børn og unges psykiske udfordringer også have en betydning for, om forældrene i perioder har brug for

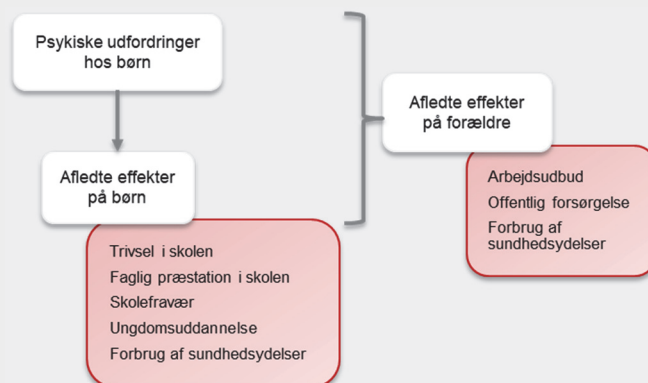
offentlig forsørgelse. Derfor ses i kapitlet på dagpenge og tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med pasning af alvorligt sygt barn samt sygedagpenge som følge af egen sygdom. Hvis barnets udfordringer har betydning for forældres egen mentale trivsel, kan det desuden påvirke forældrenes forbrug af offentlige sundhedsydelser, eksempelvis i form af konsultationer hos en psykolog.

Udfaldsmål kan bruges til at belyse dynamiske effekter på forældre

Med de valgte udfaldsmål belyser analyserne i kapitlet børnenes og forældrenes trivsel og velbefindende ud fra flere indirekte mål. Desuden kan flere af udfaldsmålene bidrage til at belyse dynamiske effekter, hvis offentlige udgifter målrettet psykiske udfordringer har afledte effekter for børn og forældre. For forældre afspejles de potentielle dynamiske effekter i arbejdsudbud, brugen af offentlig forsørgelse og forbrug af sundhedsydelser. For børn og unge er det sværere at belyse de dynamiske effekter af offentligt forbrug, idet deres arbejdsliv og eventuelle offentlige forsørgelse ligger flere år ude i fremtiden og derfor endnu ikke kan observeres i data. Det er dog, som for forældrene, også muligt at se på forbruget af sundhedsydelser blandt børnene.

FIGUR IV.10 PSYKISKE UDFORDRINGER KAN PÅVIRKE BÅDE BØRN OG FORÆLDRE

Psykiske udfordringer hos børn og unge kan have afledte effekter for børnene, eksempelvis på børnenes skolefravær. Både børnenes psykiske udfordringer og afledte effekter på børnene heraf, kan påvirke forældrene.



Kilde: Egen illustration.

**Søskende og
bedsteforældre
inddrages ikke
i analyserne**

Børn og unges psykiske udfordringer påvirker også andre forhold i familiernes liv end dem, der belyses i dette kapitel. Dette kan eksempelvis være andelen af brud og skilsmisser mellem forældre, jf. Psykiatrifonden (2023). Udfordringer hos et barn kan også have afledte effekter på den øvrige familie ud over blot forældrene. I en forældreundersøgelse svarer ca. 40 pct., at barnets psykiatriske diagnose har påvirket søskendes trivsel, jf. Psykiatrifondens (2023). Som beskrevet i afsnit IV.3 finder f.eks. Breining (2014) afledte effekter af psykiske udfordringer på søskendes karakterer. Ligeledes kunne det tænkes at et barns psykiske udfordringer også kan have betydning for bedsteforældre.

DATAGRUNDLAG OG ANALYSEPOPULATION

**Børn henvist i
perioden tredje
kvartal 2019 til 2022**

Kapitlets analyser tager udgangspunkt i data om afsluttede udredningsforløb i regionspsykiatrien fra Sundhedsdatastyrelsen. Udredningsforløbene omfatter personer under 18 år, der er henvist første gang i perioden tredje kvartal 2019 til fjerde kvartal 2022. Se uddybning af datagrundlag og afgrænsning i boks IV.1. Datagrundlaget dækker både udredningsforløb på offentlige sygehuse samt udredningsforløb på private sygehuse dækket af det udvidede frie sygehusvalg. Udredningsforløb hos praktiserende psykiatere under sygesikringen eller i fuldt privat regi indgår ikke. Denne population af børn og unge udredt i børne- og ungdomspsykiatrien danner grundlag for analyserne i dette afsnit samt for analyserne af effekten af ventetid fra henvisning til udredning i afsnit IV.5.

BOKS IV.1 DATA OG AFGRÆNSNING

Datagrundlaget fra Sundhedsdatastyrelsen består af udredningsforløb indberettet til Landspatientregisteret (LPR), som dels består af data fra LPR2 for perioden 2015-2018 og dels fra LPR3 for perioden tredje kvartal 2019 til fjerde kvartal 2023. Analyserne bygger på udredningsforløb fra det nye Landspatientregister (LPR3), da det kun er muligt at beregne ventetiderne og dermed foretage effektanalysen af ventetiden i afsnit IV.5 på udredningsforløb fra dette register. Udredningsforløb påbegyndt i 2023 er ekskluderet fra analyserne, da de på grund af datagrundlaget ikke kan være længere end højst et år.

Det er på tværs af regioner forskelligt, ved hvilken alder unge overgår fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Analysepopulationen er derfor afgrænset til børn og unge under 18 år, hvorved det er den samme aldersgruppe, der indgår på tværs af regioner. Dette indebærer, at en mindre andel af udredningsforløbene har fundet sted i voksenpsykiatrien. Langt størstedelen af udredningerne er dog foretaget i børne- og ungdomspsykiatrien.

Børn og unge kan blive udredt for flere forskellige diagnoser og kan dermed have mere end ét udredningsforløb. I kapitlets analyser ses alene på børnenes første udredningsforløb (afgrænset på baggrund af hele perioden for Landspatientregisteret tilbage til 2015), og hvert barn indgår således kun én gang i analysepopulationen. Forældrene til børnene er de første registrerede forældre, og børnene har således højst to forældre.

Analysepopulationen består således af børn og unge under 18 år, som er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien første gang, og hvis udredningsforløb er afsluttet. Børn og unge, hvis henvisning er afvist, indgår derfor ikke i analyserne.

Ud over data fra Sundhedsdatastyrelsen om udredningsforløb for børn og unge benyttes registerdata om børnene og deres forældre fra Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for IT og Læring.

Flest børn er fyldt 13 år ved henvisning

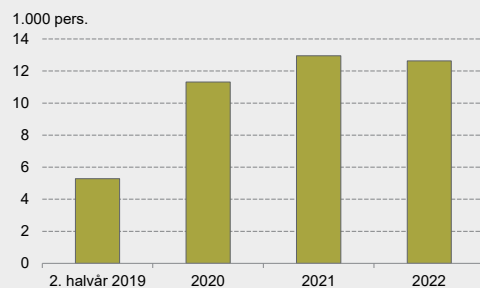
I 2022 blev lidt over 12.000 børn og unge for første gang henvist og udredt i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark, jf. figur IV.11.¹² Samlet set består datagrundlaget af ca. 42.000 børn og unge, der i analyseperioden har haft en førstegangshenvisning og et efterfølgende udredningsforløb. Antallet af børn, der første gang henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, stiger stødt med alderen, og 50 pct. af børnene var 13 år eller derover på tidspunktet for henvisningen, jf. figur IV.12.

Flest udredes for ADHD og autisme

Blandt børn og unge henvist første gang til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden fra sommeren 2019 til udgangen af 2022 blev næsten 23 pct. diagnosticeret med ADHD (herunder ADD), mens 20 pct. blev diagnosticeret med autisme, jf. figur IV.13. Udviklingsforstyrrelser, som ADHD og autisme, har således udgjort lidt over 40 pct. af diagnoserne i de seneste år. Blandt de emotionelle lidelser blev flest børn diagnosticeret med angst og stress.

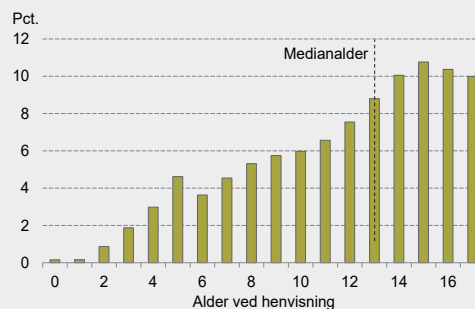
FIGUR IV.11 ANTAL FØRSTEGANGSHENVISTE

Antallet af førstegangshenviste og udredte børn lå i årene 2020-22 mellem 11.000 og 13.000.



FIGUR IV.12 ALDERSFORDELING

Blandt børn og unge, der første gang henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, er halvdelen 13 år eller derover ved henvisningen.

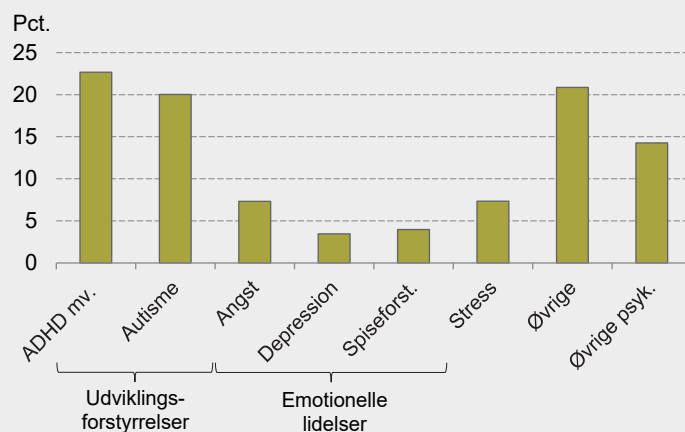


Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

12) Antallet af henviste børn og unge er lavere i analysepopulationen end det samlede antal udredningsforløb foretaget i børne- og ungdomspsykiatrien, som vises i afsnit IV.1. Dette skyldes, at analysepopulationen er afgrænset til børnenes første udredningsforløb og andre mindre dataafgrænsninger, jf. boks IV.1.

FIGUR IV.13 DIAGNOSER BLANDT UDREDTE

Blandt førstegangshenviste børn og unge, som udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, bliver lidt over 40 pct. diagnosticeret med en udviklingsforstyrrelse.



Anm.: ADHD er inkl. ADD. Angst er inkl. OCD. Øvrige psykiatriske diagnoser omfatter bl.a. skizofreni, demens, personlighedsforstyrrelser samt flere andre diagnoser. Øvrige indeholder resterende diagnoser samt afkræftede diagnoser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

UDVIKLING FOR BØRN OG UNGE I ÅRENE OMKRING HENVISNING

Deskriptiv udvikling i forskellige faktorer

I det følgende beskrives, hvordan børn og deres forældre i gennemsnit udvikler sig på en række udfaldsmål i årene omkring henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Blandt de førstegangshenviste børn og unge, som indgår i denne analyse, er den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til udredning ca. fire måneder, og 50 pct. af børnene udredes inden for ca. tre måneder. Dette indebærer, at udredningen for størstedelen af børnene vil ligge relativt tæt på henvisningstidspunktet. De viste figurer viser ikke årsagssammenhænge mellem det at blive henvist til udredning og de enkelte udfaldsmål. I stedet giver analyserne et indblik i, hvad der sker i familierne i årene omkring henvisning og udredning, samt hvorvidt udviklingen peger på,

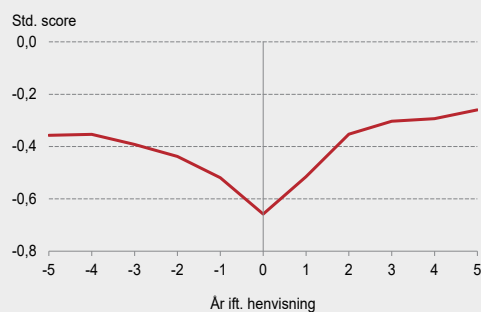
at en henvisning og udredning i gennemsnit har betydning for familiernes udvikling på forskellige områder. Der vises ikke forløb for børnenes faglige præstationer samt påbegyndelse af ungdomsuddannelse, da disse er enkeltstående begivenheder.

Børns trivsel falder i årene frem mod henvisning, ...

For børn og unge, der udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, er den gennemsnitlige skoletrivsel generelt lavere sammenlignet med deres klassekammerarter. Dette fremgår af den negative gennemsnitlige standardiserede trivselsscore, jf. figur IV.4.¹³ Fire år før henvisningen svarer den gennemsnitlige trivsel blandt senere udredte børn til trivslen blandt de 35 pct. med dårligst trivsel. I årene frem mod henvisningsåret falder trivslen yderligere, hvilket er i tråd med, at processen fra begyndende udfordringer til henvisning for nogle børn og unge kan vare flere år.

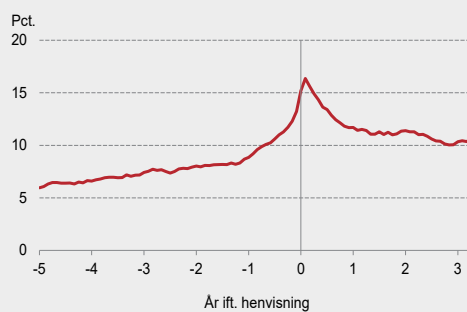
FIGUR IV.14 SKOLETRIVSEL

Den gennemsnitlige skoletrivsel blandt børn og unge falder frem mod henvisningstidspunktet og stiger igen i årene herefter.



FIGUR IV.15 SKOLEFRAVÆR

Fraværsprocenten stiger særligt i året op til henvisningstidspunktet og toppe én måned efter henvisningen.



Anm.: Figur IV.14 viser den gennemsnitlige standardiseret trivsel for udredte børn på forskellige årgange, men med samme afstand til henvisningstidspunktet. Trivsel er målt på baggrund af den samlede trivselsindikator, som dækker over faglig og social trivsel samt støtte og inspiration, ro og orden. Trivselsindikatoren er standardiseret inden for år og klassetrin, hvor alle børn, og ikke kun udredte børn, er medtaget. Standardiseringen indebærer, at den gennemsnitlige trivselsscore for alle børn er nul. Figur IV.15 viser det gennemsnitlige fraværsprocent. Skolefravær er målt for elever på folkeskoler og kommunale specialskoler og omfatter således ikke elever på privatskoler. Fraværsprocenten angiver andelen af fraværstimer i den enkelte måned og omfatter sygefravær, fravær med tilladelse samt ulovligt fravær.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, Styrelsen for IT og Læring og Sundhedsdatastyrelsen.

13) Skoletrivsel måles for børn, som er indskrevet og ikke langvarigt fraværende fra skolen. Er et barn kortvarigt fraværende fra skolen, foretages trivselsmålingen en anden dag.

... men stiger efter henvisning og udredning

Børnenes trivsel i skolen er på sit laveste i det år, hvor de henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. I dette år svarer den gennemsnitlige skoletrivsel til niveauet blandt de 25 pct. med dårligst trivsel, når de sammenlignes med deres klassekammerater. Året efter henvisningen er udviklingen for trivslen vendt, og den gennemsnitlige trivsel er tilbage på niveau med året før henvisning. Denne udvikling fortsætter i årene efter henvisningen, hvor den gennemsnitlige trivsel stiger. Henvisningsåret vil for mange også være året, hvor de bliver udredt, og det er derfor ikke muligt at skelne, hvorvidt den positive udvikling skyldes henvisningen, selve udredningen, igangsættelse af indsatser i forbindelse hermed eller en kombination af disse.

Skolefraværet fordobles i året op til henvisning

Den faldende skoletrivsel i årene frem mod henvisning kan være en af baggrundene for, at skolefraværet blandt børn og unge, der henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, stiger i årene frem mod henvisning, jf. figur IV.15.¹⁴ Fraværet stiger særligt i året før henvisningen, hvor fraværprocenten næsten fordobles fra knap 9 pct. til godt 16 pct. Børnenes fravær fra skolen toppe en måned efter henvisningstidspunktet, hvilket kan hænge sammen med, at flere er fraværende fra skolen som følge af aftaler til udredning i psykiatrien. Børnenes gennemsnitlige fravær falder i årene efter, men når i løbet af tre år ikke tilbage på niveauet tre år før henvisningen. For den generelle børnegruppe stiger fraværet svagt med alderen, men den underliggende tendens i fraværsudviklingen blandt henviste og udredte børn stiger mere, jf. *Baggrundsnotat: Udvikling for øvrige børn og forældre*.¹⁵ At fraværsniveauet fortsat er højere tre år efter henvisningen kan derfor tyde på, at børnene stadig har udfordringer, som skaber fravær på dette tidspunkt.

Kontakt til psykiater og psykolog stiger i årene efter henvisning

Andelen af de henviste børn og unge, som har kontakt til en praktiserende psykiater eller psykolog under sygesikringen, er generelt lav, men stigende i årene frem mod henvisning. Dette tyder på, at børnene har et stigende behov for hjælp allerede i årene inden henvisning, jf. figur IV.16. I henvisningsmåneden ses et hop i andelen, hvilket formentlig afspejler, at konsultationerne relaterer sig til henvisningen. Fra knap et halvt år efter henvisningstidspunktet stiger andelen med kontakt til praktiserende psykiater og psykolog stødt, hvilket viser, at en stigende andel af børn og unge får hjælp af disse i årene efter udredning. Også blandt den øvrige børnegruppe er der i gennemsnit en stigende kontakt til psykiater og psykolog i takt med, at børnene bliver

14) Skolefravær skal registreres på dagsbasis for alle børn indskrevet i en folkeskole eller kommunale specialskoler i en given måned. Børn, der ikke er indskrevet i en skole, indgår derfor ikke i analysen af fravær.

15) Baggrundsnotat til kapitel IV, *Dansk Økonomi, efterår 2025*, som findes på www.dors.dk. I resten af afsnittet benævnes dette "baggrundsnotatet".

ældre, jf. baggrundsnotatet. Her er stigningen dog lavere, og andelen med kontakt er generelt under halvt så stor som blandt de henviste. Tre år efter henvisningen har lidt over 1 pct. af de henviste børn kontakt til en psykiater og lidt over ½ pct. kontakt til en psykolog.

**Praktiserende læge
...**

Også for andelen af børn og unge med kontakt til deres praktiserende læge ses et hop omkring henvisningstidspunktet, hvilket afspejler, at praktiserende læger står for en stor del af henvisningerne til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Samlet har lidt over halvdelen af de henviste mindst én kontakt til en psykiater, psykolog eller almen læge i praksissektoren i henvisningsmåneden. Alle disse kontakter er ikke henvisningsgivende, men størrelsesordenen stemmer overens med fordelingen af henvisningsaktører beskrevet i afsnit IV.2, hvor praksissektoren er den største henvisningsaktør.

**... og andre
sygehusafdelinger
henviser til
psykiatrien**

Der ses en stigende kontakt til sygehusafdelinger, som behandler fysiske sygdomme og skader (somatisk kontakt), i perioden op til henvisningen, hvilket afspejler, at disse sygehusafdelinger også kan henvise til psykiatrien, jf. figur IV.17. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis et ungt menneske kommer på skadestuen med forgiftningssymptomer og henvises til psykiatrisk afdeling på grund af mistanke om selvmordstanker. I henvisningsmåneden har 11 pct. kontakt til en somatisk afdeling på et sygehus, og næsten 30 pct. har kontakt til en psykiatrisk afdeling, herunder psykiatrisk akutafsnit. Ud over stigningen omkring henvisningstidspunktet ses der ikke en udvikling i somatiske kontakter i årene op til og efter henvisningen.

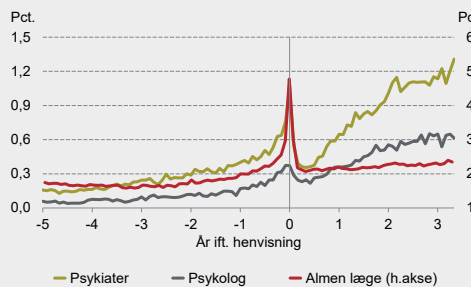
**Flere har fortsat
kontakt til
psykiatrien to år
efter henvisning**

Som en konsekvens af henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien stiger andelen af børn og unge med kontakt hertil fra ca. 1 pct. i måneden før henvisningstidspunktet til næsten 70 pct. måneden efter. På dette tidspunkt er størstedelen af de henviste børn indkaldt og i gang med udredningsforløbet i psykiatrien.¹⁶ For børnene i disse analyser er den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til udredning 120 dage. Halvandet år efter henvisningen er udredningsforløbet uafsluttet for mindre end to pct. af børnene, mens næsten 20 pct. på dette tidspunkt fortsat har kontakt til psykiatrien. Dette er markant højere end for den generelle børnegruppe, som ikke er henvist og udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, og peger på, at nogle børn og unge har psykiske lidelser, som kræver vedvarende kontakt med psykiatrien, jf. baggrundsnotatet.

16) Da analysen ser på førstegangshenviste, er andelen med kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien inden henvisning per automatik meget lav.

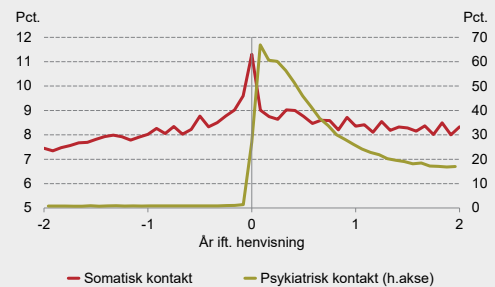
FIGUR IV.16 KONTAKT TIL SYGESIKRING

Andelen af henviste børn og unge med kontakt til psykiater og psykolog stiger i årene efter henvisning og udredning.



FIGUR IV.17 KONTAKT TIL SYGEHUS

Kontakten til en psykiatrisk afdeling på et sygehus stiger, ikke overraskende, markant omkring henvisningstidspunktet.



Anm.: Kontakt til sygesikring og sygehus angiver, hvorvidt barnet i en given måned har haft minimum én kontakt. Somatisk kontakt omfatter ambulante besøg og indlæggelser på sygehusafdelinger, som behandler fysiske sygdomme og skader. Psykiatrisk kontakt omfatter tilsvarende på psykiatriske sygehusafdelinger.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

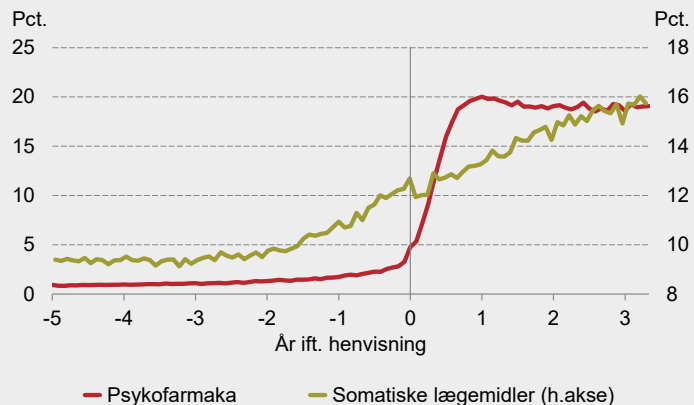
20 pct. får psykofarmaka et år efter henvisning

For nogle psykiatriske diagnoser kan medicin være en mulighed. Andelen af børn og unge med forbrug af psykofarmaka (medicin mod psykiske lidelser) stiger derfor også fra ca. 3 pct. måneden før henvisningen til 20 pct. et år efter, jf. figur IV.18.¹⁷ Udviklingen afspejler, at man skal være udredt for at kunne få en recept på psykofarmaka. Eksempelvis kan et barn, der udredes for ADHD, først modtage medicin herfor, når barnet er diagnosticeret med ADHD. Andelen af henviste børn og unge, som indløser recept på psykofarmaka, forbliver på lige under 20 pct. i de følgende år. Sammenlignet med den generelle børnegruppe er dette betydeligt højere. Her har under 1 pct. indløst en recept på psykofarmaka, når de er 14 år, jf. baggrundsnotatet. Der ses også en stigning i andelen, der benytter lægemidler mod fysiske sygdomme og problemer (somatiske lægemidler) over tid. Denne stigning sker dog uafhængigt af henvisningstidspunktet og afspejler blandt andet, at de henviste børn og unge i gennemsnit bliver ældre i perioden, og at forbruget af somatiske lægemidler særligt stiger fra 13-års-alderen, jf. baggrundsnotatet.

¹⁷ At enkelte børn modtager psykofarmaka i månederne op mod henvisning, kan skyldes, at de er henvist og udredt før 2015 eller er udredt af praktiserende psykiatere tidligere og derfor i vores data indgår som førstegangshenviste.

FIGUR IV.18 FORBRUG AF MEDICIN

Børn og unges forbrug af psykofarmaka stiger markant i månederne efter henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.



Anm.: Forbruget af medicin angiver, for både psykofarmaka og somatiske lægemidler, hvorvidt, der er indløst en recept i en given måned. Det viser således ikke mængden af anvendt medicin.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Børn og unges liv påvirkes både i årene før og efter henvisning

Udviklingen i både skoletrivsel og skolefravær peger på, at henvisningen til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er vigtig for børnenes videre udvikling. I flere år inden børnene henvises ses en forværring i skoletrivslen, hvilket tyder på, at børnenes udfordringer har stået på i længere tid, når de får en henvisning til psykiatrien. Halvandet år efter henvisning har næsten 20 pct. stadig kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette antyder, at nogle børn og familier også i årene efter henvisning og udredning kan have brug for hjælp.

UDVIKLING FOR FORÆLDRE I ÅRENE OMKRING BØRNEGENS HENVISNING

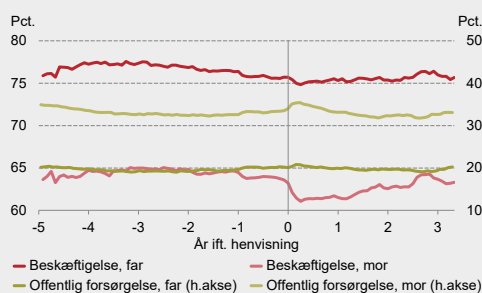
Mødres beskæftigelse falder ved henvisning, ...

For børnene ses på tværs af flere faktorer, at tiden omkring henvisning og udredning er udslagsgivende og har stor betydning for deres udvikling. Dette er også tilfældet for forældrene, hvor mødrenes beskæftigelse falder med godt 2 pct.point omkring tidspunktet, hvor børnene henvises til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. figur IV.19.

Dette følger efter et fald allerede et år inden henvisningen. Faldet i beskæftigelse afspejler, at flere mødre kommer på en offentlig forsørgelse omkring barnets henvisning, og dermed ikke går på arbejde.¹⁸ Offentlig forsørgelse uddybes senere, hvor der er fokus på dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn, kompensation for tabt arbejdsfortjeneste samt sygedagpenge. Mødrenes beskæftigelse stiger gradvist i årene efter henvisning og er først tilbage på niveauet fra før henvisningen ca. 2,5 år efter. Relativt til moren ses kun små ændringer i farens beskæftigelse og offentlig forsørgelse omkring henvisningen.

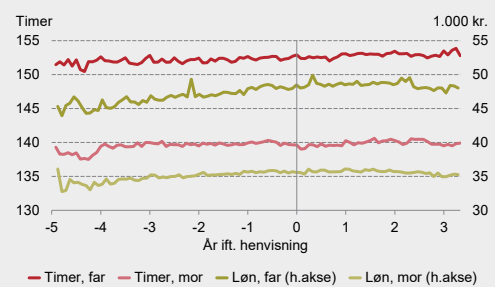
FIGUR IV.19 BESKÆFTIGELSE OG OFFENTLIG FORSØRGELSE

Andelen af beskæftigede mødre falder omkring henvisningstidspunktet, mens andelen på offentlig forsørgelse stiger.



FIGUR IV.20 TIMER OG LØN

For forældre i beskæftigelse ændres arbejdstimer og løn ikke tydeligt omkring børnenes henvisning.



Anm.: Figur IV.19 viser beskæftigelse og offentlig forsørgelse. Beskæftigelse indeholder ikke personer på sygedagpenge, tabt arbejdsfortjeneste eller dagpenge i forbindelse med pasning af alvorligt sygt barn. Offentlig forsørgelse er fraregnet personer på SU. Figur IV.20 viser timer og løn for personer i beskæftigelse, defineret som nævnt ovenfor. Lønnen er deflateret med ADAMs forbrugerprisdeflator og målt i 2023-niveau.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

18) Målet for beskæftigelse er fraregnet længerevarende fravær i forbindelse med barnets eller egen sygdom, og viser således, hvorvidt forælderen går på arbejde – den såkaldte ekstensive margin.

... mens timer og løn er upåvirkede

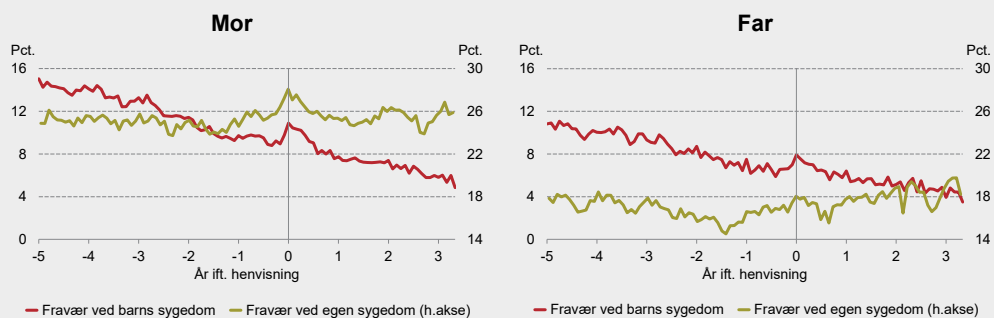
De mødre og fædre, som går på arbejde, arbejder i gennemsnit et relativt konstant antal timer på ca. 140 hhv. ca. 151 timer om måneden i årene omkring børnenes henvisning, jf. figur IV.20. I gennemsnit stiger løn med alder og erfaring, hvilket også ses for denne forældregruppe. Sammenlignet med øvrige forældre til børn, som ikke henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, er lønfremgangen i gennemsnit lavere for forældre til henviste børn, jf. baggrundsnotatet. For forældrene til børn, som henvises og udredes, er der ikke tegn på, at antal timer eller løn påvirkes i årene omkring henvisningen. Børnenes tiltagende skolefravær i perioden op til henvisning tyder således ikke på at have betydning for forældrenes arbejdsliv i denne henseende. Dette kan blandt andet hænge sammen med, at det kan være svært at ændre ens aftalte arbejdstid på kort sigt, og tyder på, at tilpasningen i forældrenes arbejdsudbud sker på den ekstensive (beskæftigelse) frem for den intensive margin (arbejdstid).

Fravær stiger ved henvisningstidspunktet

Selvom antal aftalte arbejdstimer ikke ændres i takt med børnenes udfordringer og forløb, kan det faktiske antal timer, forældre arbejder, variere. Dette ses i, at forældrene i højere grad har sygefravær fra arbejde som følge af barns sygdom. Både mødres og fædres gennemsnitlige sygefravær stiger omkring henvisningstidspunktet og falder tilbage til den generelle udvikling i løbet af det følgende halve års tid, jf. figur IV.21. Denne type fravær tyder derfor på hovedsageligt at knytte sig til henvisnings- og udredningsforløbet. For begge forældre er der en generelt faldende tendens i det gennemsnitlige fravær på grund af børns sygdom. Dette hænger sammen med, at børnene i gennemsnit bliver ældre og derfor har mindre behov for at have forældre hjemme, hvis de er syge. Samme tendens ses for forældre, hvis barn ikke er i et udredningsforløb. Også fravær som følge af forældrenes egen sygdom stiger i månederne op til henvisningen og falder tilsvarende i løbet af det følgende år.

FIGUR IV.21 FRAVÆR FRA ARBEJDE

Forældrenes fravær fra arbejde som følge af deres barns sygdom er generelt faldende i takt med, at børnene bliver ældre, men stiger i perioden omkring henvisningstidspunktet.



Anm.: Fravær ved barns sygdom angiver andelen af mødre hhv. fædre med mindst én fraværsdag i en given måned med denne fraværsårsag. Tilsvarende gælder for fravær som følge af egen sygdom.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn ...

Hvis et barn eller ungt menneske har så store psykiske udfordringer, at det ikke kan være i skole eller dagsinstitution, kan forældre i nogle tilfælde få offentlig støtte til at passe barnet hjemme. Forældre kan have ret til dagpenge i tilfælde, hvor barnets udfordringer er så alvorlige, at en forælder må tage orlov fra arbejde for at passe barnet. Retten til fravær med et alvorligt sygt barn afhænger af overenskomst eller aftale med arbejdsgiveren, jf. Styrelsen for arbejdsmarked og rekrutterings hjemmeside. For at modtage dagpenge under orlov til pasning af alvorligt sygt barn skal barnets udfordringer, blandt andre betingelser, kræve indlæggelse på hospitalet eller behandling eller pleje i hjemmet, som kan sidstilles med et hospitalsophold.

... stiger ved henvisningstidspunktet

Vurderingen af behovet for dagpenge ved orlov til pasning af alvorligt sygt barn foretages, som udgangspunkt, af en læge. Dette kan være baggrunden for, at meget få forældre er på dagpenge i forbindelse med orlov til pasning af alvorligt sygt barn frem til henvisningstidspunktet, hvorefter andelen af forældre på ydelsen stiger markant, idet den lægelige vurdering for at kunne modtage ydelsen kan finde sted her. Sammenlignet med størrelsen på gruppen, der i udgangspunktet modtager dagpenge ved orlov til pasning af alvorligt sygt barn, er stigningen markant, jf. figur IV.22. Stigningen er særligt stor blandt mødrene, hvor andelen er ca. tre gange så stor, som blandt fædre. Andelen på

dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn falder gradvist fra tre måneder efter henvisningen til et niveau tæt på nul et par år efter henvisningen. Dette hænger sammen med, at der højst kan ydes dagpenge i forbindelse med orlov til pasning af alvorligt sygt barn i ét år.¹⁹ Det er således ikke muligt at forblive på denne ydelse.

**Flere forældre
får tabt arbejds-
fortjeneste i årene
efter henvisning**

Det er derimod muligt at modtage kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i længere tid, da denne ydelse gives til familier med børn og unge med betydelige og varige eller kroniske lidelser. Ydelsen er således ikke tidsbegrænset som dagpenge ved orlov til pasning af alvorligt sygt barn.²⁰ Blandt mødre stiger andelen, der modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste, fra 1 til 2 pct. i de fire år op til henvisningen. Også blandt fædre ses en stigning, som dog er på et noget lavere niveau. Blandt forældre, hvis børn ikke er udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, er der også en stigning i andelen på denne ydelse i takt med børnenes alder. Denne sker løbende og andelen af mødre, der modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste overstiger dog ikke 0,75 pct., jf. baggrundsnotatet. Efter henvisningen tredobles både andelen af mødre og fædre, der modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste, og andelen forbliver på disse niveauer godt tre år efter henvisningen, jf. figur IV.22. Dette tyder på, at henvisningen eller udredningen for mange er udslagsgivende for adgang til ydelsen.

**Sygedagpenge
stiger i årene
inden henvisning**

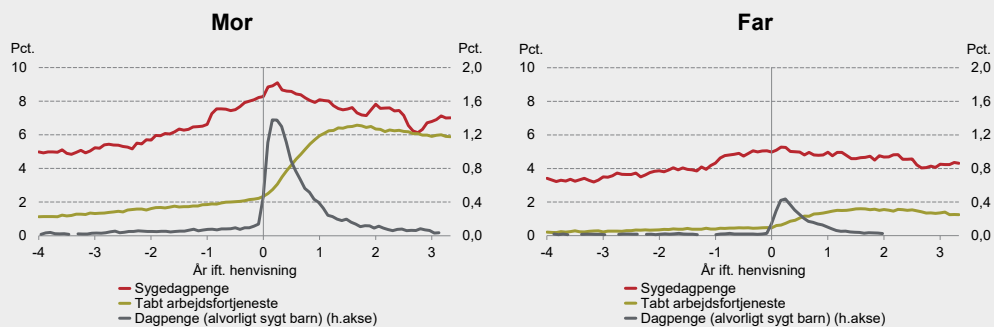
Det er også muligt for forældrene at modtage sygedagpenge, hvis de er ude af stand til at arbejde på grund af egen sygdom og derfor må sygemeldes. For mødre stiger andelen på sygedagpenge i årene frem mod henvisning fra et niveau på ca. 5 pct. fire år før henvisningen til 9 pct. tre måneder efter, jf. figur IV.22. Også blandt fædre ses en mindre stigning i sygemeldte på sygedagpenge. Stigningen i andelen af sygemeldte forældre kan afspejle andre udfordringer. At udviklingen i andelen af sygemeldte mødre vender umiddelbart efter henvisningstidspunktet tyder dog på en sammenhæng med børnenes psykiske udfordringer, og at flere forældre påvirkes heraf i årene op til henvisning.

19) Jf. Vejledning om ret til dagpenge efter barselsloven ved pasning af alvorligt syge børn.

20) Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste gives til familier med børn og unge, som blandt andet har et stort behov for pleje, overvågning og tilsyn, skal deltage i mange behandlinger og undersøgelser, eller hvor det fra dag til dag må vurderes, om barnet eller den unge kan være i dagsinstitution eller skole, jf. Social- og Boligministeriets hjemmeside.

FIGUR IV.22 OFFENTLIGE YDELSER I FORBINDELSE MED SYGDOM

Anvendelsen af ydelser forbundet med et barns sygdom stiger markant efter henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, særligt blandt mødre. Dette ses på udviklingen i tabt arbejdsfortjeneste og dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn. Anvendelsen af ydelser i forbindelse med forældres egen sygdom stiger løbende i årene op til henvisningen.



Anm.: Sygedagpenge, tabt arbejdsfortjeneste og dagpenge (alvorligt sygt barn) angiver andelen, som på minimum ét tidspunkt i måneden modtager ydelsen. På grund af få observationer i årene før henvisning vises figurerne her fra fire år før henvisning. Dette er også baggrunden for, at der er tidspunkter uden angivelse af dagpenge (alvorligt sygt barn).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Særligt mødre passer børnene og bliver selv syge

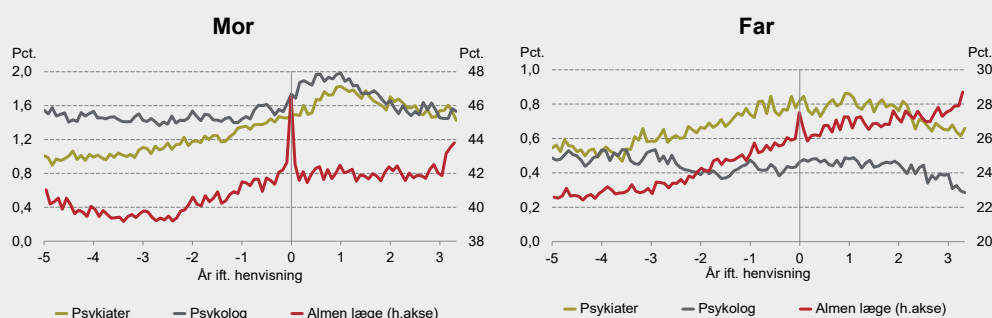
Der sker således en stigning i brugen af offentlige ydelser forbundet med alvorlig sygdom blandt børnene samt i sygemeldinger blandt forældrene i perioden omkring henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien. Generelt er det i højere grad mødre, der modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste og dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn, ligesom det også oftere er dem, der selv bliver syge i et omfang, hvor der er behov for sygemelding.

Forældre kontakter egen læge, når børnene henvises

Hvis forældrene selv er i mistrivsel eller oplever sygdom i forbindelse med barnets psykiske udfordringer og processen frem mod at få en henvisning, kan det øge forældrenes egen kontakt til sundhedsvæsenet. I den måned, hvor barnet henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, er en større andel af både mødre og fædre i kontakt med egen læge, jf. figur IV.23. For voksne er egen læge ofte første kontakt til at søge hjælp ved både psykiske og somatiske udfordringer. En øget opøgning af egen læge på netop dette tidspunkt kan afspejle, at det også her bliver klart for flere forældre, at de selv eksempelvis er stressede eller mistrives på anden vis.

FIGUR IV.23 KONTAKT TIL SYGESIKRING

Andelen af forældre med kontakt til en psykiater er generelt lav, men stiger i årene op mod barnets henvisning, og for mødrene også i månederne efter. Tre år efter henvisningen har især mødre en større kontakt til en psykiater sammenlignet med tre år før henvisningen.



Anm.: Kontakt til sygesikring dækker over kontakt til psykiater, psykolog og almen læge og angiver andelen af hhv. mødre og fædre, som i en given måned har haft minimum én kontakt hertil.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Stigende brug af psykiater blandt forældre, ...

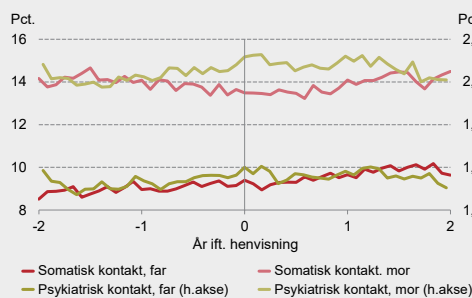
En anden sammenhæng kan være, at forældrenes psykiske udfordringer udløser eller tydeliggør børnenes udfordringer. Det er på baggrund af de beskrivende forløb for den gennemsnitlige udvikling i forskellige faktorer for børn og forældre ikke muligt at vurdere, hvilken vej årsags-sammenhængen går. Det er derfor uvist, hvorvidt forældrenes øgede kontakt til sundhedsvæsenet øger børnenes kontakt, eller om den sker som en afledt effekt af børnenes udfordringer. I årene før barnet henvises er flere mødre og fædre i kontakt med en psykiater med yder-nummer, og for mødre fortsætter stigningen i året efter henvisningstidspunktet, jf. figur IV.23. Også blandt forældre til øvrige børn ses en svag stigning i andelen med kontakt til en psykiater i takt med, at børnene bliver ældre, jf. baggrundsnotatet. Andelen med kontakt er dog generelt lavere, ligesom stigningen er svagere, hvilket særligt for mødre til henviste børn tyder på, at den stigende kontakt til en psykiater, kan relatere sig til børnenes forløb. Det skal dog bemærkes, at andelen med kontakt til en praktiserende psykiater generelt er under 2 pct. For mødre ses desuden en mindre stigning i andelen med kontakt til en psykolog under sygesikringen i perioden omkring og efter henvisning. Dette er ikke tilfældet for fædre.

... men ikke mere kontakt til sygehus

I gennemsnit er niveauet for kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen højere blandt forældre til henviste børn sammenlignet med øvrige forældre, jf. baggrundsnottatet. Dette hænger dog ikke umiddelbart sammen med, at børnene henvises og udredes, da der i den forbindelse ikke er en øget kontakt til hverken det somatiske eller psykiatriske sygehusvæsen, jf. figur IV.24. Ligeledes ændrer forældrenes forbrug af lægemidler sig ikke omkring børnenes henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, hverken på kort eller lang sigt, jf. figur IV.25. Også her er det gennemsnitlige forbrug af både psykofarmaka og somatiske lægemidler generelt højere end blandt øvrige forældre.

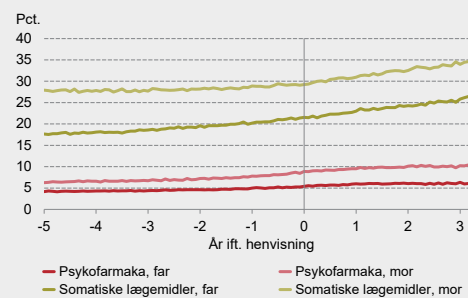
FIGUR IV.24 SYGEHUSKONTAKT

Andelen af forældre med kontakt til psykiatriske eller somatiske afdelinger på sygehuse ændres ikke omkring henvisningstidspunktet.



FIGUR IV.25 FORBRUG AF MEDICIN

Andelen af forældre, der indløser en recept på lægemidler, ændres sig ikke umiddelbart omkring børnenes henvisning.



Anm.: Figur IV.24 angiver andelen af mødre og fædre, som i en given måned har haft minimum én kontakt til en psykiatrisk hhv. en somatisk afdeling på et sygehus. Figur IV.25 viser andelen af forældre, som har indløst én eller flere recepter i en given måned, og viser således ikke mængden af medicinforbruget.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

OPSUMMERING

Børn og forældre er påvirkede af udfordringer i årene inden henvisning

For børn, som første gang henvises og udredes i børne- og ungdomspsykiatrien, viser udviklingen i både skoletrivsel og skolefravær, at børnene er påvirket af udfordringer i flere år før henvisningen. I denne periode falder børnenes skoletrivsel i gennemsnit, mens skolefraværet stiger. Den første ventetid fra mistanke om psykiske udfordringer til henvisning til udredning kan være medvirkende til en forværring i trivslen blandt børnene. I takt med den faldende trivsel i årene frem mod

	henvisning modtager forældrene også i stigende grad sygedagpenge som følge af egne sygdommeldinger.
Henvisning og udredning er udslagsgivende	Børnenes trivsel i skolen forbedres, og skolefraværet falder i perioden umiddelbart efter henvisningstidspunktet. Det tyder på, at henvisning og udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er vigtig for deres videre trivsel og udvikling.
Også tiden efter henvisning kan være påvirket	Der er tegn på, at børnene og deres forældre fortsat er påvirkede af barnets udfordringer i årene efter henvisningen. En stigende andel af børn har kontakt til praktiserende psykiatere og psykologer i tiden efter henvisning, hvilket afspejler, at de fortsat i årene efter henvisning har brug for hjælp til deres udfordringer, og samtidig tyder det på, at de psykiske udfordringer har betydning for deres liv. Også blandt forældrene har særligt mødrene øget kontakt til psykiatere og psykologer. Derudover ændres mødrenes arbejdsliv i årene efter henvisningen, hvor færre er i beskæftigelse, og flere modtager kompensation for tabt arbejdsfortjeneste for at kunne hjælpe deres børn. Det samme gør sig gældende for fædrene, dog i mindre omfang.
Forløb omkring henvisning har samfundsøkonomisk omkostning, ...	Stigningen i andelen af forældre på offentlig forsørgelse samt faldet i beskæftigelse viser, at nogle forældre arbejder mindre eller helt stopper med at arbejde i årene omkring børnenes henvisning. En beregning viser, at stigningen i andelen af forældre på offentlige ydelser svarer til ca. 3.600 personer, som helt eller delvist ikke arbejder, jf. <i>Baggrundsnotat: Beregning af stigning i forældre på offentlige ydelser</i>. Dette giver en indikation af nogle af de samfundsøkonomiske omkostninger, der er forbundet med forløbet omkring henvisning for børn og unge med symptomer på psykiske lidelser eller udviklingsforstyrrelser.
... som kan være større end indikeret her	De samlede samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med børn og unges psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser er større, end denne beregning indikerer, da der her betragtes en afgrænset periode omkring henvisningstidspunktet, hvor der specifikt for tabt arbejdsfortjeneste er tegn på, at stigningen i andelen af forældre på denne ydelse fortsætter i længere tid, end det kan observeres i denne analyse. Derudover medtager beregningen ikke den potentielle betydning for eksempelvis børnene og forældrenes trivsel og forværret sygdomshistorik samt arbejdsmarkedstilknytning og produktivetsniveau for børnene som voksne.
Henvisning og udredning har betydning, men har ventetiden?	Analyserne af den gennemsnitlige udvikling for børn og deres forældre peger på, at der er flere store omkostninger for både familierne og for samfundet ved børns psykiske udfordringer. Selv om ovenstående analyser ikke kausalt kan vise effekten af, at børnene får en henvisning

og bliver udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, er der tegn på, at netop det at blive henvist og udredt har betydning for både børnene og deres forældre. I kapitlets næste analyse i afsnit IV.5 belyses, hvorvidt det også er afgørende, hvor lang tid der går fra, at barnet modtager henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien til, at barnet udredes.

IV.5

EFFEKTER AF VENTETID FRA HENVISNING TIL UDREDNING

Hvilken betydning har ventetiden fra henvisning til udredning?

De deskriptive analyser i det foregående afsnit gav en indikation af betydningen af det at blive henvist til og udredt i børne- og ungdomspsykiatrien og de indsatser, der foregår i forbindelse hermed. I nærværende afsnit undersøges det, om ventetiden i denne proces, fra børnene får henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien, til de har fået deres udredning, også har betydning. Med andre ord undersøges det, om det gør en forskel for børnene og forældrene, at børnene venter kortere eller længere tid på udredningen, efter de er blevet henvist. Dermed undersøges betydningen af den såkaldte anden ventetid i børnenes forløb, jf. afsnit IV.2.

Ventetid kan have negative konsekvenser

Ventetiden fra henvisning til udredning kan forventes at påvirke børnene, hvis en længere ventetid medfører en senere igangsættelse af behandling og hjælp, og hvis dette har betydning for udviklingen i eller bedringen af barnets symptomer. I så fald kan ventetiden også have en række negative følgevirkninger for barnet selv og familien, som i sidste ende også kan påvirke samfundet.

Ventetid fra henvisning til udredning kun del af samlet ventetid

Det er omvendt også muligt, at der kun er begrænsede effekter af ventetiden fra henvisning til udredning. For det første udgør ventetiden efter henvisningen kun en del af den samlede ventetid, som børn oplever, før de får en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Ventetiden frem mod at få selve henvisningen kan være væsentligt længere end ventetiden efter henvisningen, jf. afsnit IV.2. Derfor er det muligt, at den ventetid, familierne oplever efter henvisningen, har relativt lille betydning set i lyset af den øvrige ventetid, de allerede har oplevet.

Ikke muligt at undersøge effekten af samlet ventetid

Selvom det ville være relevant at undersøge betydningen af den samlede ventetid i børnenes forløb frem mod en udredning, er dette ikke muligt. Det skyldes, at det ikke kan måles præcist, hvornår de første symptomer og behovet for en udredning opstår, og dermed hvornår den første del af børnenes ventetid frem mod at få en henvisning be-

gynder, jf. afsnit IV.2. Til gengæld er det muligt at undersøge betydningen af den del af børnenes ventetid, der foregår i børne- og ungdomspsykiatrien fra henvisning til udredning, da denne er omfattet af udredningsretten, og der derfor foretages systematiske registreringer heraf.

Ventetid til udredning ikke nødvendigvis ventetid til indsats

For det andet kan der være begrænsede effekter af ventetiden fra henvisning til udredning, hvis denne ventetid ikke nødvendigvis afspejler ventetiden på at begynde at modtage hjælp til at håndtere barnets psykiske udfordringer. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis der allerede igangsættes indsatser i løbet af udredningsforløbet. Nogle former for indsatser kan dog først igangsættes, når barnet er færdigdiagnosticeret, eksempelvis medicinsk behandling.

Analysen finder tegn på lille effekt på mors arbejdsliv

I effektanalysen undersøges det, om ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien har betydning for børnenes brug af sundhedsydelser og skolegang i årene efter henvisningen. For forældrene fokuseres på eventuelle afledte konsekvenser for deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Helt overordnet tyder resultaterne på, at længere ventetid på udredningen kan have negative konsekvenser for primært mødrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, navnlig målt på deres arbejdstid, løn og dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn. Der er dog stor usikkerhed knyttet til disse effekter, og effekterne vurderes at være små. For de øvrige effektmål, som indgår i analysen, kan der ikke påvises effekter af børnenes ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien for den samlede gruppe af børn og forældre.

Analysen undersøger ikke effekten af indsatsen

Det bør understreges, at analysen ikke undersøger, hvorvidt de indsatser, der gives omkring barnets henvisning og udredning, er virkningsfulde. Analysen undersøger alene, om det har betydning, at et barn venter kortere eller længere tid på udredningen, efter at henvisningen er givet.

Indhold i afsnittet

I det følgende beskrives først metoden og det data, der ligger til grund for effektanalysen. Dernæst præsenteres hovedresultaterne fra analysen, først for børnene og dernæst for forældrene. En mere teknisk gennemgang af analysen fremgår af arbejdsrapiret tilknyttet kapitlet, som kan findes på www.dors.dk.

METODE

Børns ventetid til udredning er ikke tilfældig

Hvis man ønsker at undersøge effekten af ventetiden fra henvisning til udredning, vil man, som beskrevet i afsnit IV.3, ideelt set gerne kunne sammenligne to identiske personer, der tilfældigvis er blevet tildelt to forskellige ventetider. Der er dog flere årsager til, at det ikke kan antages at være tilfældigt, at udredningstiden varierer mellem børn. Derfor

kan man ikke blot sammenligne udviklingen hos børn, der har oplevet en kortere ventetid, med udviklingen hos børn, der har oplevet en længere ventetid, hvis man ønsker at afdække effekten af ventetiden.

Arsager til *positiv* sammenhæng mellem ventetid og børns helbred

En årsag til, at børns ventetid ikke kan formodes at være tilfældig, er, at det er plausibelt, at der sker en prioritering mellem patienter i sundhedsvæsenet. Det kan betyde, at børn med mere alvorlige psykiske udfordringer har tendens til at komme foran i køen og dermed opleve kortere ventetid end børn med mindre alvorlige symptomer. I så fald vil dette medføre en *positiv* sammenhæng mellem ventetid og barnets mentale helbred, idet ventetiden har tendens til at være længere, når barnets mentale helbred er bedre. Denne positive sammenhæng kan lede til en *undervurdering* af effekten af ventetid, da børn med bedre mentalt helbred både har tendens til at have længere ventetid og mere positive udfald. Dette vil dog ikke afspejle en positiv effekt af ventetiden, men netop barnets bedre mentale helbred. En sådan positiv sammenhæng kan også gøre sig gældende for forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, da bedre mentalt helbred hos barnet både kan medføre længere ventetid for barnet og højere arbejdsmarkedsdeltagelse for forældrene.

Arsager til *negativ* sammenhæng mellem ventetid og børns helbred

Omvendt er det også muligt, at udredningsforløbene er mere komplicerede og dermed længere for børn, der i udgangspunktet har sværere symptomer. Dette kan omvendt lede til en *negativ* sammenhæng mellem ventetid, barnets helbred og forældrenes arbejdsmarkedstilknytning. En sådan negativ sammenhæng mellem barnets ventetid og forældres arbejdsmarkedstilknytning kan også opstå, hvis mere ressourcestærke forældre er bedre i stand til at navigere i systemet og derigennem kan opnå en kortere ventetid for deres børn. I disse tilfælde vil en simpel sammenligning af ventetiden og diverse udfaldsmål lede til en *overvurdering* af effekten af ventetid.

Delvis tilfældighed i ventetid udnyttes til at bestemme kausal effekt

At barnets ventetid ikke er tilfældig gør det som udgangspunkt vanskeligt at adskille effekten af ventetiden fra effekten af andre faktorer. Som beskrevet i afsnit IV.3 er en generel tilgang i den empiriske litteratur dog at udnytte, at ikke hele forskellen i ventetid mellem børn kan tilskrives karakteristika ved børnene selv eller deres forældre, men at der også kan være en *vis* grad af tilfældighed i den ventetid, børn møder. Denne delvise tilfældighed betyder, at to ellers ens børn kan ende med at stå over for to forskellige ventetider, hvilket gør det muligt at afdække den kausale effekt.

Analysen anvender udefrakommende variation i ventetid ...

I analysen anvendes konkret en metode kaldet *instrument-variabel-estimation*, der udnytter, at en del af forskellen i ventetid mellem børn også kan skyldes udefrakommende faktorer i forhold til barnet selv, dvs. faktorer, der ikke hænger sammen med karakteristika ved barnet eller dets forældre. Metoden består i udelukkende at anvende denne del af ventetiden til at afdække den kausale effekt. I analysen anvendes konkret den udefrakommende variation i børnenes ventetid, der kan opstå som følge af forskelle i længden af køen til udredning på det tidspunkt, hvor børnene selv henvises til udredning og dermed træder ind i køen. Forskelle i køens længde, der er udefrakommende, og dermed tilfældig, i forhold til det enkelte barn, kan eksempelvis tænkes at være forårsaget af, at en psykiater går på pension eller barsel, og der dermed er færre psykiatere til rådighed til at udrede børnene, eller at der tilfældigvis er blevet henvist mange børn til udredning i den samme periode, som barnet selv henvises.

... grundet forskelle i længden af den kø, børnene træder ind i

For at forstå metoden kan man, på linje med tankeeksperimentet beskrevet i afsnit IV.3, forestille sig, at to sammenlignelige børn bliver henvist til udredning, men hvor den ene tilfældigvis træder ind i køen til udredning på et tidspunkt, hvor køen er lang, mens den anden træder ind i køen på et tidspunkt, hvor køen er kort. Hvis den eneste forskel mellem de to børn er forskellen i køens længde, og hvis køens længde udelukkende påvirker den ventetid, børnene møder, vil den eneste forskel mellem de to børn være ventetiden. Dermed vil en eventuel forskel mellem børnene i forskellige udfald efter henvisningen kunne tilskrives forskellen i børnenes ventetid og ikke andre forhold.

Køen måles som den gennemsnitlige ventetid i regionen

Denne tilgang til at undersøge effekten af ventetider i sundhedsvæsenet er anvendt i en række andre studier i litteraturen, jf. f.eks. Godøy mfl. (2024), Costantini (2025), Prudon (2025) samt afsnit IV.3. På linje med denne litteratur opgøres i nærværende analyse længden af den kø, barnet træder ind i, som den gennemsnitlige ventetid til udredning i barnets bopælsregion i de 30 dage op til den dato, hvor barnet selv får en henvisning. Der kan være systematik i, hvilke børn og familier der udnytter det udvidede frie sygehusvalg til at vælge et andet sygehus med kortere ventetid, hvis ventetiden på det lokale sygehus er lang. For at undgå denne problematik anvendes i analysen ventetiden i barnets bopælsregion frem for ventetiden i den region eller på det sygehus, hvor barnet ender med at blive udredt.

Forskelle i ventetider mellem regioner

For at sikre sammenlignelighed mellem børn, der møder forskellige gennemsnitlige ventetider, tager analysen højde for, at der kan være systematik mellem de gennemsnitlige ventetider og sammensætningen af de henviste børn på tværs af regioner og tid. Visse regioner har eksempelvis generelt længere ventetider end andre regioner, og hvis

dette hænger sammen med forskelle i befolkningssammensætningen mellem regionerne, kan børn fra forskellige regioner med forskellige gennemsnitlige ventetider ikke umiddelbart sammenlignes. Et andet forhold, der kan bidrage til systematiske forskelle mellem regionerne, er, hvis visse typer af familier er mere tilbøjelige end andre til at flytte til en anden region, hvis ventetiderne i deres egen region generelt er lange. Dette kan eksempelvis skyldes, at barnets grad af mistrivsel er meget alvorlig, eller at forældrene har ressourcerne til at flytte. En sådan situation vil også betyde, at børn fra forskellige regioner med forskellige gennemsnitlige ventetider ikke nødvendigvis er sammenlignelige.

Forskelle i ventetider over tid

Tilsvarende kan der være systematik over tid, som betyder, at henviste børn fra forskellige tidsperioder ikke nødvendigvis er sammenlignelige. Eksempelvis kan generelle tendenser over tid, såsom ændringer i bevidstheden omkring mentalt helbred, omfanget af diagnosticering eller den økonomiske situation, påvirke både ventetiden og gruppen af henviste børn og forældre. Der kan ligeledes opstå en systematik over tid, hvis variation i ventetider medfører variation i, hvilke typer af børn der ender med at få en udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette kan eksempelvis forekomme, hvis lange ventetider i det offentlige øger tilbøjeligheden til at vælge et privat alternativ blandt udvalgte familier, f.eks. dem med tilstrækkelige økonomiske midler eller private sundhedsforsikringer. Tilsvarende kan henvisningsaktørers tilbøjelighed til at henvise børn til psykiatrien afhænge af, hvor lange ventelisterne i systemet er. Det er vanskeligt direkte at undersøge, hvorvidt disse former for systematik gør sig gældende, da der ikke foreligger data om f.eks. afviste anmodninger om henvisning eller om udredningsforløb i fuldt privat regi eller hos praktiserende psykiatere under sygesikringen.

Analysen tager højde for forskelle mellem regioner og over tid

I overensstemmelse med litteraturen på området tager analysen så vidt muligt højde for disse former for systematik i de gennemsnitlige ventetider mellem regioner og over tid ved at kontrollere for barnets bopælsregion samt året og måneden for barnets henvisning. Den nødvendige antagelse bag, at analysen finder den kausale effekt af ventetid, er dermed, at den tilbageværende forskel i de gennemsnitlige ventetider mellem børn, efter der er renset for forskelle mellem regioner og tidsperioder, er tilfældig, dvs. ikke hænger sammen med observerbare og uobserverbare karakteristika ved barnet og forældrene.

Gennemsnitlig ventetid hænger ikke sammen med observerbare karakteristika ...

Det er ikke muligt direkte at undersøge, om denne antagelse er overholdt. I arbejdsrapporten vises det dog, at børn, der møder forskellige gennemsnitlige ventetider (renset for regions- og tidseffekter), ikke adskiller sig systematisk fra hinanden målt på en række observerbare karakteristika. Dette understøtter, at den gennemsnitlige ventetid heller ikke hænger sammen med uobserverbare karakteristika ved barnet,

og at en eventuel forskel mellem børn, der har oplevet forskellige gennemsnitlige ventetider, dermed kan tilskrives effekten af ventetid og ikke andre karakteristika ved barnet.

**... eller effektmål
målt før
henvisningen**

En anden måde at understøtte antagelsen på er ved at undersøge, om der er en sammenhæng mellem den gennemsnitlige ventetid og de forskellige effektmål målt i perioden, *før* barnet henvises til udredning. I analyserne neden for vises det, at der på tværs af effektmålene generelt ikke er en effekt af ventetiden i op til to år før barnets henvisning. Det understøtter, at børn, der møder forskellige gennemsnitlige ventetider, ikke allerede før henvisningen var forskellige.

**Stærk sammenhæng
mellem gennem-
snitlig ventetid og
barnets ventetid**

Ud over at skulle være uafhængig af barnets karakteristika er en anden forudsætning bag metoden, at den anvendte gennemsnitlige ventetid rent faktisk har en indvirkning på barnets egen ventetid. I arbejdsrapporten vises det, at længden af den gennemsnitlige ventetid i bopælsregionen forud for barnets henvisning i høj grad forudsiger længden af barnets egen ventetid, også når der kontrolleres for regionale og tidsmæssige forskelle. Dermed er den gennemsnitlige ventetid i bopælsregionen et godt mål for længden af den kø, barnet træder ind i.

**Gennemsnitlig
ventetid må kun
påvirke barnet
gennem egen
ventetid**

Endelig forudsætter metoden for at kunne afdække den kausale effekt af ventetiden, at den gennemsnitlige ventetid kun påvirker barnet gennem påvirkningen af barnets ventetid og ikke gennem andre kanaler. Det kan ikke garanteres, at dette er tilfældet. På den ene side er det eksempelvis muligt, at børn, der oplever længere ventetid i systemet, som kompensation herfor i højere grad modtager indsatser allerede under udredningsforløbet. Hvis disse indsatser er gavnlige for børnene, kan det modvirke den negative effekt af barnets ventetid og dermed trække i retning af en *undervurdering* af ventetidens isolerede effekt. På den anden side er det også muligt, at lange ventetider i systemet reducerer kvaliteten af den udredning og behandling, børnene får. Eksempelvis kan høj travlhed påvirke medarbejderne, eller fokus på at nedbringe ventelisterne kan ske på bekostning af fokus på kvaliteten. I så fald kan dette forstærke den negative effekt og dermed trække i retning af en *overvurdering* af den isolerede effekt af barnets ventetid.

DEFINITIONEN AF VENTETIDER I ANALYSEN

**Analysen bygger på
udredningsforløb for
personer under 18 år**

Som beskrevet i afsnit IV.4 bygger analysen på data fra Landspatientregisteret om udredningsforløb i sygehuspsykiatrien for børn og unge under 18 år. For børn med flere udredningsforløb i den tilgængelige dataperiode indgår kun det første udredningsforløb i analysen, sådan at hvert barn kun tæller med én gang.

Officielle tal for ventetider kan ikke anvendes

Når børnenes ventetider fra henvisning til udredning skal opgøres, er det ikke muligt at tage udgangspunkt i de officielle tal for ventetiderne, som beror på regionernes indberetninger til monitoreringen af udredningsretten. Det skyldes, at flere regioner i analysens dataperiode ifølge Rigsrevisionen (2024) ikke har haft en retvisende registreringspraksis for, hvornår børnene indberettes som endeligt udredt, jf. afsnit IV.2.

Ventetiden måler tiden til indikation på endt udredning

For at kunne beregne børnenes ventetider i analysen anvendes i stedet en alternativ metode til opgørelsen af udredningstidspunktet, som Rigsrevisionen (2024) har udarbejdet i forbindelse med deres beretning om overholdelsen af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien. De ventetider, der indgår i nærværende analyse, måler derfor specifikt *ventetiden fra henvisning, til der er en indikation på, at barnet er endeligt udredt*, jf. også boksen nedenfor.

VENTETID TIL INDIKATION PÅ ENDT UDREDNING

Beregningen af ventetider med Rigsrevisionens (2024) metode bygger på en række af sygehusenes øvrige indberetninger til Landspatientregisteret, som kan give en indikation på, hvornår patienterne er endeligt udredt. Disse indikatorer dækker over, at patienten er startet i behandling, at mistanken om patientens diagnose er be- eller afkræftet, at patienten vurderes ikke at skulle behandles i sygehusregi samt diagnoser registreret på patienten, jf. arbejds papiret. Derfor måler de ventetider, der indgår i analysen, specifikt ventetiden fra henvisning, til der er en indikation på, at barnet er endeligt udredt.

En vis usikkerhed forbundet med de opgjorte ventetider

De indberetninger, som anvendes som indikatorer for endt udredning i Rigsrevisionens opgørelsesmetode, har sygehusene ikke indberettet med det specifikke formål at monitorere overholdelsen af udredningsretten. Derfor vil der være en vis usikkerhed forbundet med de ventetider, der indgår i analysen. Af samme grund udtrykte Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt nogle regioner også skepsis over for Rigsrevisionens metode i forbindelse med Rigsrevisionens beretning. For at validere deres metode gennemgik Rigsrevisionen (2024) dog journaler mv. for en stikprøve på knap 400 udredningsforløb og sammenholdte disse med ventetiderne beregnet med metoden. Der blev generelt fundet stor overensstemmelse mellem journaloplysningerne og de beregnede ventetider, hvilket understøtter, at metoden overordnet set giver et retvisende billede af ventetidernes længde. På trods af den usikkerhed, der trods alt vil være knyttet de ventetider, der er beregnet til nærværende analyse, vurderes Rigsrevisionens metode at udgøre

det bedste alternativ til at få en indikation på ventetiden til udredning, givet at de officielle ventetider ikke kan anvendes.

Udredningsforløb for perioden 3. kv. 2019 til 4. kv. 2022

Ventetiden baseret på Rigsrevisionens metode er kun mulig at beregne for udredningsforløb fra det nye Landspatientregister, LPR3.²¹ Analysen er derfor foretaget på udredningsforløb påbegyndt i perioden tredje kvartal 2019 til fjerde kvartal 2022. Det giver ca. 40.000 udredningsforløb som grundlag for analysen.²² En del af analyseperioden foregår under covid-19-pandemien. Der er så vidt muligt taget højde for dette i analysen ved at inkludere tidseffekter, jf. tidligere i afsnittet, som fanger fælles stød på tværs af individer på hvert tidspunkt. Samtidig er det undersøgt, at resultaterne i analysen ikke er følsomme over for, at effekter målt under covid-19-perioden indgår, jf. senere i afsnittet.

Længere og mere spredt ventetid til indikation på endt udredning

Figur IV.26 viser, hvordan tre mål for ventetiden er fordelt blandt de udredningsforløb, der indgår i analysen. Ud over ventetiden til indikation på endt udredning fremgår også den officielt opgjorte ventetid samt ventetiden frem til barnets første kontakt med psykiatrien under udredningsforløbet. Som forventet er ventetiden til indikation på endt udredning generelt længere og mere spredt blandt børnene, end det er tilfældet for de to andre ventetider. Den officielle ventetid og ventetiden til første kontakt er således mere koncentrerede i den lavere ende af fordelingen, navnlig ved ventetider op til 30 dage, mens dette ikke er tilfældet for ventetiden til indikation på endt udredning. Forskellen mellem ventetiden til indikation på endt udredning og ventetiden til første kontakt viser, at selvom nogle har en relativt lang udredningstid, kan den ventetid, de oplever, til de første gang har en kontakt under udredningsforløbet, være væsentligt kortere.

Væsentlig spredning i ventetid til udredning

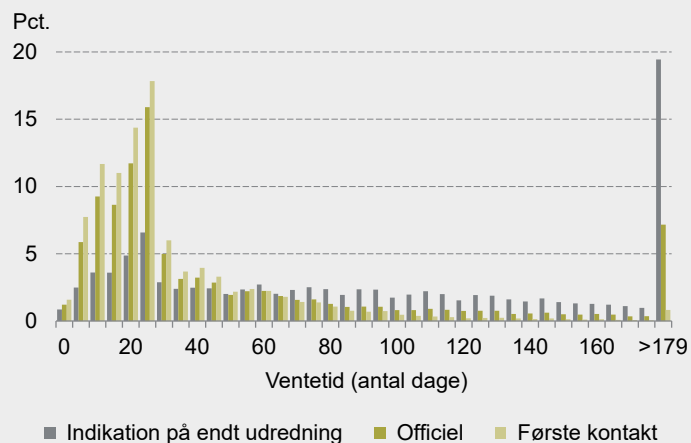
Blandt de udredningsforløb, der indgår i analysen, er ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning i gennemsnit omkring fire måneder. Dette gennemsnit dækker over væsentlig spredning i ventetid mellem børnene. Blandt de 5 pct. af børnene, der har oplevet kortest ventetid, har ventetiden været mindre end to uger, mens ventetiden har været mere end ti måneder blandt de 5 pct. af børnene, der har oplevet længst ventetid. En del af denne variation i ventetiderne mellem børn afspejler dog generelle regionale og tidsmæssige forskelle, som ikke udnyttes i analysen, jf. ovenfor.

21) Rigsrevisionens metode til beregning af ventetiden til indikation på endt udredning er udviklet til LPR3. Det er undersøgt, om metoden kan anvendes på udredningsforløb i LPR2, men det er ikke muligt grundet den grundlæggende anderledes datastruktur.

22) Antallet af observationer, der ligger til grund for nærværende analyse, er lidt mindre end i afsnit IV.4, da der også betinges på, at der kan beregnes en ventetid for barnet og en gennemsnitlig ventetid op til barnets egen henvisning.

FIGUR IV.26 FORDELING AF VENTETIDER

Som forventet er ventetiden til indikation på endt udredning generelt længere og varierer mere på tværs af børnene end den officielt opgjorte ventetid samt ventetiden til første kontakt i udredningsforløbet.



Anm.: Figuren viser fordelingen af ventetider for førstegangshenviste børn i perioden 3. kv. 2019 til 4. kv. 2022. Ventetiderne er opgjort i fem dages intervaller (0 angiver 0-4 dage osv.). Ventetiden til *indikation på endt udredning* angiver ventetiden beregnet med Rigsrevisionens metode. Den *officielle* ventetid angiver ventetiden beregnet af Sundhedsdatastyrelsen. Ventetiden til *første kontakt* angiver den beregnede ventetid til første kontakt i udredningsforløbet. For hver ventetid summerer søjlerne til 100 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Indhold i resten af afsnittet

I den resterende del af afsnittet præsenteres resultaterne fra effektanalysen. Først vises resultaterne fra de analyser, der undersøger, hvordan børnene selv påvirkes af længere ventetid til udredning målt på deres brug af sundhedsydelser samt diverse mål for deres skolegang.²³ Dernæst præsenteres resultaterne for eventuelle afledte effekter på forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Efterfølgende følger analyser af, hvorvidt resultaterne dækker over forskelle i effekterne på tværs af grupper af børn og forældre. Der vises kun resultater for udvalgte effektmål, mens det fulde sæt af resultater fremgår af arbejds papiret.

23) Specifikt måles ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning, men i resten af afsnittet benævnes dette blot "ventetiden til udredning" for at holde det kort.

Tolkning af resultaterne

Effekterne af ventetiden er estimeret månedsvist fra 2 år før til 2,5 år efter barnets henvisning.²⁴ Som beskrevet ovenfor bør der ikke være nogen effekter i perioden forud for henvisningen. Det er kun muligt at undersøge effekterne i op til 2,5 år efter henvisningen, da de udredningsforløb, der ligger til grund for analysen, er relativt nylige. Dette begrænser, hvor langt frem i tid effekterne kan måles. Effekterne måles som effekten pr. dags ekstra ventetid. Den variation i ventetider, der anvendes til at estimere effekterne med denne måleenhed, er dog væsentligt større, jf. ovenfor.

Resultaterne vises for et signifikansniveau på 5 pct.

Når der foretages en statistisk effektanalyse, er det et grundlæggende metodisk valg, hvor stor usikkerhed der tillades om de estimerede effekter, dvs. med hvilken sikkerhed de estimerede effekter skal kunne siges at være forskellige fra nul. Dette kaldes signifikansniveauet. I præsentationen af resultaterne nedenfor anvendes et signifikansniveau på 5 pct., hvilket svarer til, at der tillades en sandsynlighed på 5 pct. for, at den sande effekt er nul, selvom den estimerede effekt afviger fra nul. I de tilfælde, hvor der findes signifikante effekter med dette signifikansniveau, beskrives det også, hvor store de estimerede effekter ville være, hvis der tillades lidt større usikkerhed om effekterne, svarende til et signifikansniveau på 10 pct.

EFFEKTER PÅ BØRNENE

Effekter på kontakt til psykiatrien og brug af psykofarmaka ...

Længere ventetid fra henvisning til udredning bør umiddelbart have betydning for børnenes kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen samt indløsningen af receptpligtig psykofarmaka på kort sigt i den første periode efter henvisningen. Det skyldes, at længere ventetid påvirker tilingen af udredningsforløbet, sådan at børn med længere ventetid bør have mindre kontakt til psykiatrien i den første periode efter henvisningen og tilsvarende mere kontakt i den efterfølgende periode relativt til børn, der oplever en kortere ventetid. Tilsvarende bør forbruget af psykofarmaka være lavere i den første periode efter henvisningen relativt til børn med kortere ventetid, da det er en forudsætning for at få udskrevet recept på psykofarmaka, at der er stillet en diagnose.

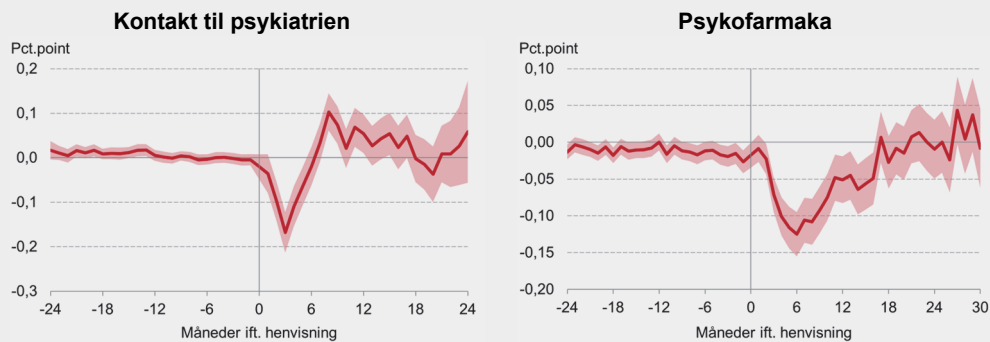
... demonstrerer, at metoden virker

Disse kortsigtede, rent mekaniske effekter af længere ventetid fremgår også af analysen, jf. figur IV.27. De mekaniske effekter demonstrerer, at metoden bag analysen virker. Samtidig viser de, at en direkte konsekvens ved længere ventetid er, at eventuel opstart af medicinsk behandling forsinkes.

²⁴) Enkelte effektmål er undersøgt for en kortere periode grundet databegrænsninger.

FIGUR IV.27 EFFEKT PÅ BRUG AF SUNDHEDSYDELSE

Længere ventetid til udredning påvirker timingen af kontakter til psykiatrien under udredningsforløbet, og hvornår barnet kan begynde at modtage eventuel medicinsk behandling. Der er dog ikke tegn på varige konsekvenser af længere ventetid på forbruget af disse sundhedsydelser.



Anm.: Figurerne viser, hvordan sandsynligheden for hhv. kontakt til psykiatrien og køb af receptpligtig psykofarmaka påvirkes af ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning. Månedene er angivet i afstand til henvisningsmåneden, som er markeret med den lodrette streg. Det farvede areal angiver usikkerheden på effektestimaterne målt ved 95 pct.-konfidensintervaller. Grundet databegrænsninger er effekten på kontakt til psykiatrien kun estimeret op til 24 mdr. efter henvisningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Dog ingen tegn på længerevarende effekter

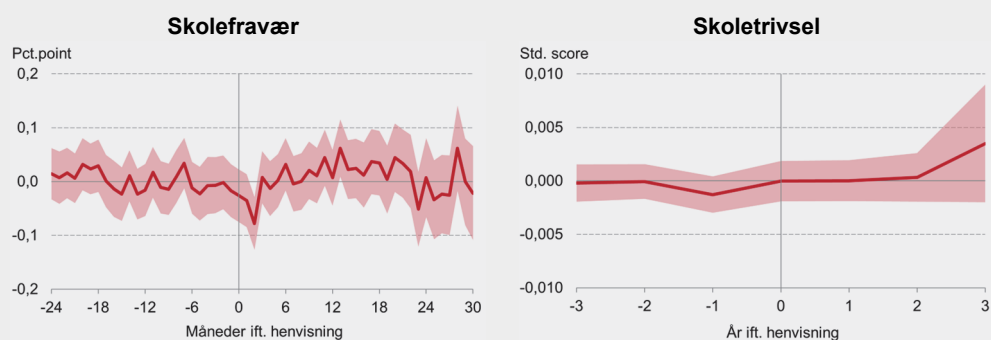
Såfremt længere ventetid har afledte negative konsekvenser for børnene, kan det potentielt slå ud i flere kontakter til psykiatrien eller et øget forbrug af psykofarmaka på længere sigt. Inden for den tidsperiode, analysen kan undersøge, ser dette dog ikke ud til at være tilfældet. Fra knap to år efter henvisningen viser de estimerede effekter således, at effekterne af længere ventetid er ophørt for begge effektmål, jf. figur IV.27.

Samme tendenser for skolefravær

En tilsvarende udvikling ses, når børnenes fravær fra skolen betragtes, omend effekterne her er mindre tydelige og generelt ikke signifikante, jf. venstre del af figur IV.28. Der ses også her en tendens til, at børn med længere ventetid har lavere skolefravær end børn med kortere ventetid i den første periode efter henvisningen, hvorefter skolefraværet for en periode er højere. Dette kan igen, rent mekanisk, afspejle den forskudte timing af udredningsforløbet efter henvisningen for børn med kortere og længere ventetid, idet der under udredningsforløbet kan være øget fravær som følge af besøg i psykiatrien. Igen er der dog ikke klare indikationer på, at længere ventetid sætter sig i et øget skolefravær på lidt længere sigt.

FIGUR IV.28 EFFEKT PÅ SKOLEMÅL

Længere ventetid til udredning påvirker timingen af fravær fra skolen under udredningsforløbet, men der er ikke tegn på varige effekter. For børnenes skoletrivsel er der ikke tegn på, at det har betydning, om barnet venter kortere eller længere tid på udredningen.



Anm.: Figureerne viser, hvordan sandsynligheden for at have skolefravær og trivslen i skolen påvirkes af ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27. Fravær og trivsel opgøres kun for børn, der er elever på en folkeskole eller specialskele (samt dagbehandlingstilbud for trivsel). Fravær opgøres månedligt og trivsel årligt. Se anmærkningen til figur IV.14 i afsnit IV.4 for en beskrivelse af målingen af trivsel.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, Styrelsen for IT og Læring og Sundhedsdatastyrelsen.

Ingen tegn på effekter på øvrige effektmål

Ud over de ovennævnte effektmål er effekterne af længere ventetid også undersøgt i forhold til børnenes øvrige kontakter til sundhedsvæsenet, dvs. sygesikringskontakter til praksissektoren og kontakter til det somatiske sygehusvæsen, samt deres brug af øvrige receptpligtige lægemidler. Derudover er effekterne undersøgt på andre skolerelaterede mål, dvs. trivsel, afgangskarakterer, nationale test, færdiggørelse af folkeskolen samt påbegyndelse af en ungdomsuddannelse. Der kan ikke påvises effekter, hverken på kort eller længere sigt, på nogen af disse effektmål, jf. arbejdsrapiret og højre del af figur IV.28, som viser de estimerede effekter på skoletrivsel som eksempel. Selvom længere ventetid forsinker opstarten af medicinsk behandling og muligvis øger fraværet i en periode, indikerer resultaterne altså ikke, at dette har afledte konsekvenser for de øvrige effektmål inden for den undersøgte tidshorisont.

EFFEKTER PÅ FORÆLDRENE

Effekter på arbejdsudbud og offentlige overførsler

I det følgende undersøges, om der kan spores afledte effekter på forældrenes arbejdsudbud og brug af offentlige overførsler knyttet til barnets og egen sygdom, hvis barnet oplever længere ventetid på udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien. En påvirkning af forældrenes arbejdsudbud kan enten opstå via sandsynligheden for at være i beskæftigelse (den ekstensive margin) eller via antallet af arbejdstimer blandt de personer, der er i beskæftigelse (den intensive margin). Påvirkes antallet af arbejdstimer, påvirker det også forælderenes samlede løn, ligesom lønnen også påvirkes af en ændring i timelønnen som følge af ændret produktivitet.

Tendens til negativ effekt på mors timer og løn på længere sigt, ...

Når barnet oplever en længere ventetid til udredning, er der ikke tegn på, at forældrenes arbejdsudbud målt ved beskæftigelse, betalte timer, løn eller fravær påvirkes i den første periode efter barnets henvisning.²⁵ Fra omkring halvandet år efter henvisningen er der imidlertid tegn på, at der begynder at opstå en negativ effekt på særligt mødres timer, men også på deres løn, og denne tendens fortsætter i resten af den undersøgte tidsperiode, jf. figur IV.29. For fædre er der derimod ikke tegn på, at barnets ventetid har en negativ effekt på deres arbejdsudbud, jf. arbejdsrapporten.

... men effekterne er usikre

Selvom udviklingen for mødre indikerer en negativ effekt, er der stor usikkerhed knyttet til de estimerede effekter, og effekterne kan kun i enkelte måneder adskilles fra nul med tilstrækkeligt stor statistisk sikkerhed. Effekterne er således kun statistisk signifikante henholdsvis 23 og 30 måneder efter henvisningen for betalte arbejdstimer samt 30 måneder efter henvisningen for løn, givet det anvendte signifikansniveau på 5 pct. I de øvrige måneder er den statistiske usikkerhed for stor til at udelukke, at der ikke er en effekt.

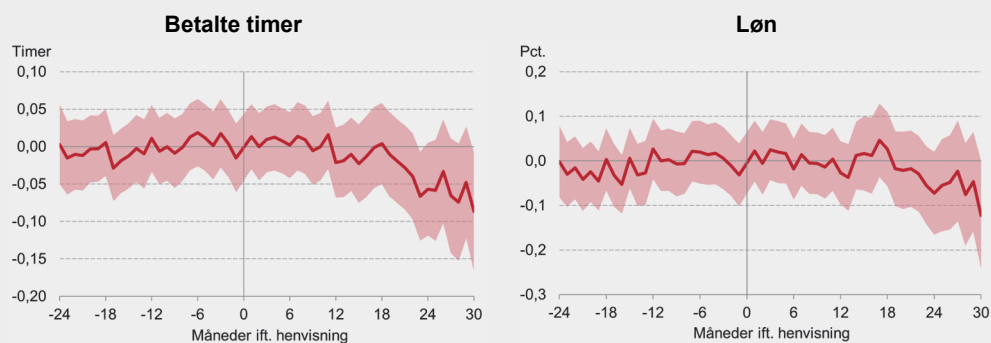
Uvist om der er tale om vedvarende tendenser

Det vil typisk tage tid af tilpasse aftalt arbejdstid og løn, hvilket stemmer overens med, at eventuelle effekter af længere ventetid på arbejdsudbuddet først begynder at materialisere sig efter noget tid. Grundet databegrænsninger er det dog ikke muligt at undersøge, om de fundne tendenser for mødre afspejler vedvarende tendenser, der rækker ud over de 2,5 år efter henvisningen eller ej.

25) Beskæftigede inkluderer ikke personer, der modtager tabt arbejdsfortjeneste, dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn eller sygedagpenge. På denne måde måles nærmere effekten på, hvorvidt forælderen går på arbejde, jf. afsnit IV.4.

FIGUR IV.29 EFFEKT PÅ MØDRES ARBEJDSUDBUD

Der er indikationer på, at mødres arbejdstimer og løn påvirkes negativt på længere sigt, hvis barnet oplever en længere ventetid til udredning. Effekterne er dog kun signifikante i enkelte måneder, og det er ikke muligt at undersøge, om tendenserne varer ved ud over de 2,5 år efter henvisningen.



Anm.: Figurene viser, hvordan antal betalte arbejdstimer og lønnen blandt beskæftigede mødre påvirkes af barnets ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Effekt på timer ...

For mødres antal betalte arbejdstimer tilsiger de signifikante effekter 23 og 30 måneder efter henvisningen, at arbejdstiden falder med lidt under 0,1 timer i hver af de to måneder for hver dag, ventetiden stiger. For at få et bedre billede af størrelsesordenen kan effekterne også omregnes til en effekt pr. måneds ekstra ventetid.²⁶ I så fald svarer resultaterne til, at den betalte arbejdstid vil være lidt mere end 2 timer lavere i hver af de to måneder, hvis et barn oplever en måneds længere ventetid. Det svarer til lidt over 1½ pct. af den gennemsnitlige månedlige arbejdstid, som blandt mødrene er på omtrent 140 timer.

... svarer til ca. 30-80 fuldtidspersoner på samfundsplan årligt

Effekterne kan opregnes til en aggregeret effekt, som tager højde for, hvor mange personer der påvirkes. Det forudsættes i denne beregning, at der kun findes en effekt i de måneder, hvor de estimerede effekter er signifikante. I så fald svarer effekterne for mødre til, at den samlede arbejdstid på samfundsplan ville være lidt under 30 fuldtidspersoner

26) Såfremt effekten af ventetid er stigende i ventetiden, vil denne simple opregning af effekten fra en dags ekstra ventetid til en måneds ekstra ventetid være et underkantskøn for effekten af en måneds ekstra ventetid.

lavere årligt, hvis den generelle ventetid var én måned længere.²⁷ Nogle af de estimerede effekter på mødrenes arbejdstimer er på grænsen til at være signifikante og bliver signifikante, hvis der tillades lidt større usikkerhed om, hvorvidt effekterne adskiller sig fra nul, jf. arbejdspapiret. Medregnes effekter, der bliver signifikante med et signifikansniveau på 10 pct., stiger den aggregerede effekt til lidt under 80 fuldtidspersoner årligt.

Effekt på løn svarer til fald i lønsum på ca. 15. mio. kr. årligt

For mødres løn tilsiger den signifikante effekt 30 måneder efter henvisningen, at lønnen den pågældende måned falder med 0,12 pct. for hver dag, ventetiden stiger. Det svarer til et fald i lønnen på omtrent 3½ pct. den måned eller i gennemsnit ca. 1300 kr. (før skat), hvis ventetiden stiger med én måned. Sat i forhold til lønnen i det pågældende år svarer det til et fald på ca. ⅓ pct. Opregnet til en aggregeret effekt summerer dette til en reduktion i den samlede lønsum på ca. 15 mio. kr. årligt, hvis den generelle ventetid var én måned længere. Selvom der tillades større usikkerhed om de estimerede effekter, bliver flere effekter ikke signifikante, jf. arbejdspapiret.

Små effekter i samfundsøkonomisk perspektiv

Baseret på ovenstående beregninger vurderes de afledte effekter på forældrenes arbejdsudbud af ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien umiddelbart at være små set i et samfundsøkonomisk perspektiv. Dette skal især ses i lyset af, at der er tale om små effekter for de berørte forældre, når der kun kan antages at være effekter til stede i enkelte måneder. Som diskuteret indledningsvist i afsnittet kan én mulig forklaring på de små effekter være, at den ventetid, analysen undersøger, ikke er så afgørende for familierne, dels fordi der kan opleves en ventetid frem mod at få henvisningen, dels fordi udredningstidspunktet ikke nødvendigvis er lig tidspunktet, hvor børnene begynder at modtage hjælp.

²⁷) Dette tal fremkommer ved at gange de lidt over 2 timer i to måneder med 12.000 personer hver (som er det omtrent gennemsnitlige antal mødre til førstegangshenviste pr. år), hvorefter der divideres med et årsværk, som er på ca. 1.924 timer.

Tegn på øget sandsynlighed for dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn, ...

Vendes blikket mod forældrenes brug af offentlige overførsler, er der tegn på, at længere ventetid øger sandsynligheden for at være på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn for begge forældre, jf. figur IV.30.²⁸ Effekterne er dog tydeligst for mødrene, ligesom der primært er en effekt i det første år efter henvisningen. Sidstnævnte stemmer overens med, at det også primært er i det første år efter henvisningen, at forældrene til de henviste børn er på ordningen, jf. afsnit IV.4. For de øvrige offentlige overførsler, der er undersøgt i analysen (tabt arbejdsfortjeneste og sygedagpenge), findes der ikke tegn på en effekt for hverken mødre eller fædre, jf. arbejdspapiret.

... men også her er effekter usikre

Betragtes de estimerede effekter for dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn, gælder det dog, ligesom for de estimerede effekter på arbejdsudbuddet, at der i de fleste måneder er for stor usikkerhed om de estimerede effekter til at kunne sige, at effekterne er forskellige fra nul. For mødre er effekterne således kun signifikante 3, 5 og 11 måneder efter henvisningen, mens ingen af effekterne er signifikante for fædre.

Effekt på dagpenge stor i forhold til andel på ordningen, ...

De signifikante effekter for mødre tilsiger, at en stigning i ventetiden på én dag i gennemsnit øger sandsynligheden for at være på ordningen i hver af de pågældende måneder med omtrent 0,01 pct.point. Ved en stigning i ventetiden på en måned svarer dette til en stigning i sandsynligheden på lidt over $\frac{1}{3}$ pct.point. Dette kan umiddelbart lyde som en lille effekt, men set i forhold til, at kun en lille andel af mødrene er på ordningen (i gennemsnit omtrent 1 pct. på tværs af de tre måneder), er der tale om en relativt stor stigning i sandsynligheden blandt mødrene på lidt under 40 pct.

... men mindre på samfundsøkonomisk plan

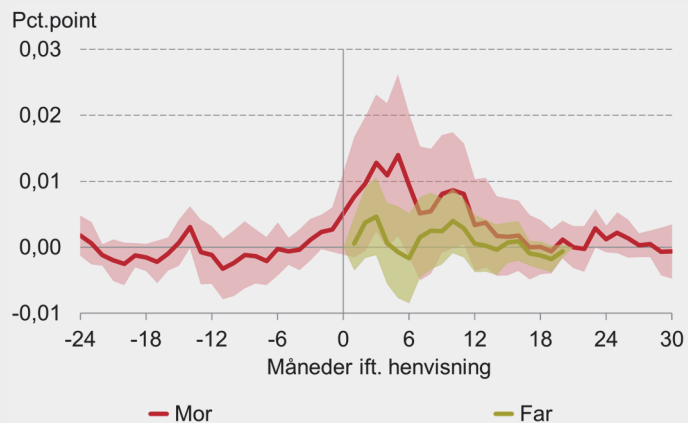
Opregnet til en aggregeret effekt svarer effektstørrelserne til, at antallet af udbetalinger af ydelsen ville stige med ca. 125 årligt, hvis den generelle ventetid steg med én måned. Hvis der tillades større usikkerhed om de estimerede effekter, bliver effekterne for mødrene signifikante i stort set hele det første år efter henvisningen, jf. arbejdspapiret. Medregnes disse effekter, stiger den aggregerede effekt til knap 300 udbetalinger årligt. Ligesom for effekterne på arbejdsudbuddet vurderes der også her at være tale om en mindre samfundsøkonomisk effekt. Dette

28) I estimationerne af effekten på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn er effekter målt i covid-19-perioden (defineret som 2020-2021H1) ekskluderet. Det skyldes, at effektestimaterne stiger væsentligt for mødre, når covid-19-perioden ekskluderes. En mulig forklaring herpå er, at det i mindre grad var nødvendigt at tage orlov for at passe barnet under pandemien, da mange i forvejen var hjemsendt fra arbejde. Dette vil trække i retning af mindre effekter, når covid-19-perioden er inkluderet. Da covid-19 var en særlig periode, vurderes estimationerne uden covid-19 at være mest retvisende. For de øvrige effektmål påvirkes resultaterne ikke af eksklusionen af covid-19-perioden. Til gengæld øges konfidensbåndene grundet færre observationer. Derfor er covid-19-perioden ikke ekskluderet fra de øvrige estimationer.

afspejler ikke, at der er tale om en lille effekt for de berørte forældre, men snarere, at der er tale om en lille ordning, som kun få af de berørte forældre er på.

FIGUR IV.30 EFFEKT PÅ DAGPENGE GRUNDET PASNING AF ALVORLIGT SYGT BARN

Sandsynligheden for at være på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn synes, især for moderen, at stige i den første periode efter henvisningen, når barnet oplever en længere ventetid til udredning.



Anm.: Figuren viser, hvordan forældrenes sandsynlighed for at modtage dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn påvirkes af barnets ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27. Effekter målt i covid-19-perioden er ekskluderet fra estimationerne, jf. fodnote 28. Effekter for faderen er ikke mulige at estimere for den fulde periode, da for få fædre modtager ydelsen i måneder længere væk fra henvisningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Konklusioner robuste over for justeringer i analysen

For både børnene og forældrene er det undersøgt, om resultaterne er robuste over for en række faktorer bag analysen. For det første er det undersøgt, at resultaterne ikke er påvirkede af, at covid-19 dækker en del af dataperioden. Dette er gjort ved at foretage analyserne, hvor effektmål opgjort i covid-19-perioden er ekskluderet. For det andet er det undersøgt, at udviklingen i effekterne over tid ikke er drevet af ændringer i sammensætningen af analysepopulationen. Dette er gjort, ved at foretage analyserne, hvor kun børn og forældre, der kan følges i alle

måneder før og efter henvisningen, er inkluderet.²⁹ Endelig er det undersøgt, at effekterne ikke afhænger af, hvordan børnenes ventetider specifikt sammenlignes i analysen. Dette er gjort ved at måle effekten af at have en lang relativt til en kort ventetid (opgjort som en ventetid over/under medianventetiden) i stedet for at måle effekten pr. dags ekstra ventetid. Generelt påvirkes konklusionerne ikke af de nævnte justeringer.

FORSKELLE I EFFEKTER PÅ TVÆRS AF GRUPPER

Gennemsnitlige effekter kan dække over forskelle mellem grupper

De estimerede effekter af ventetid, der er præsenteret ovenfor, afspejler de gennemsnitlige effekter på tværs af alle udredte børn og deres forældre. Det er dog muligt, at disse gennemsnitlige effekter dækker over forskelle mellem forskellige grupper af børn og forældre. Derfor er det undersøgt, om effekterne for børnene afhænger af, hvilken type diagnose de er udredt for, mens det for mødrene er undersøgt, om effekterne afhænger af, at der bor bedsteforældre i nærområdet, som kan hjælpe med at løfte omsorgsopgaven.³⁰ Sidstnævnte er kun undersøgt for mødrene, da der primært fandtes tegn på effekter for dem ovenfor. Der er generelt større usikkerhed knyttet til resultaterne opdelt på undergrupper, da datagrundlaget bag hver af analyserne er mindre.

Effekter opdelt på mulighed for medicinsk behandling

Rettes fokus først mod barnets diagnose, kan denne have betydning for effekten af ventetiden af flere årsager. Én mulig årsag kan være, at der for nogle diagnoser er mulighed for medicinsk behandling (hvoraf de største diagnosegrupper er ADHD, angst og depression), mens dette for andre diagnoser (f.eks. autisme og spiseforstyrrelser) ikke er en mulighed. Givet, at der for diagnoser, der kan behandles medicinsk, kan være en direkte konsekvens af længere ventetid til udredning i form af forsinket opstart af behandlingen, kan ventetiden potentielt have større konsekvenser for denne gruppe af børn. At dette kan være tilfældet understøttes af empiriske studier, der netop finder gavnlige virkninger af psykofarmaka for visse psykiatriske diagnoser, jf. afsnit IV.3. For børnenes skoletrivsel og skolefravær er der indikationer på,

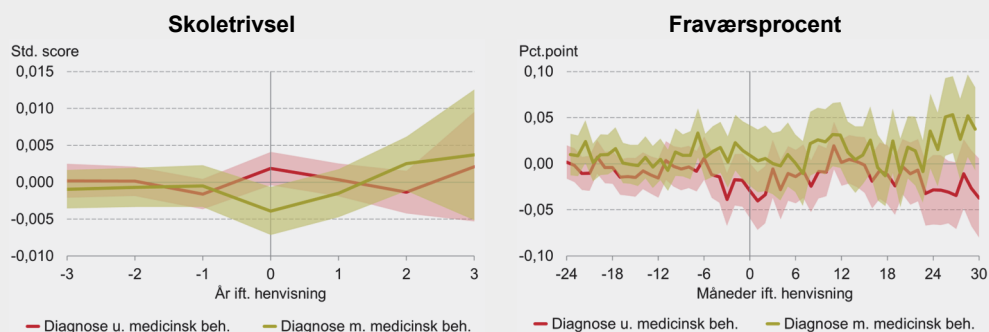
29) De børn og forældre, der kan følges i alle måneder før og efter henvisningen, er henvist i perioden fra andet halvår 2019 til første halvår 2021, og indgår derudover i befolkningen over hele den periode, hvor effekterne måles. Når kun denne population indgår, er der ikke en effekt på moderens sandsynlighed for at være på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn. En forklaring på dette kan være, at covid-19 udgør en større del af dataperioden for denne gruppe, jf. fodnote 28.

30) For børnene er analyserne opdelt på diagnosegrupper ikke lavet for skolerelaterede mål ud over fravær og trivsel, da datagrundlaget bliver for smalt. Det er undersøgt, om effekterne for børnene også afhænger af deres socioøkonomiske baggrund, målt ved, om gennemsnittet af forældrenes indkomst ligger over eller under medianindkomsten, men her findes ikke tegn på forskelle mellem grupperne.

at betydningen af ventetiden afhænger af, hvorvidt barnets diagnose indebærer mulighed for medicinsk behandling, jf. figur IV.31.

FIGUR IV.31 EFFEKT PÅ BØRN OPDELT PÅ MULIGHED FOR MEDICINSK BEHANDLING

Længere ventetid til udredning mindsker trivslen midlertidigt og øger skolefraværet på lidt længere sigt for børn med diagnoser, hvor der er mulighed for medicinsk behandling, hvilket ikke er tilfældet for øvrige børn.



Anm.: Figurene viser, hvordan fraværsprocenten og trivslen i skolen påvirkes af ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning opdelt på diagnoser med mulighed for medicinsk behandling. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27. *Diagnose med medicinsk behandling* omfatter ADHD, angst og depression, mens *diagnose uden medicinsk behandling* omfatter øvrige diagnoser. Fravær og trivsel opgøres kun for børn, der er elever på en folkeskole eller specialskole (samt dagbehandlingstilbud for trivsel). Fravær opgøres månedligt og trivsel årligt. Se anmærkningen til figur IV.14 i afsnit IV.4 for en beskrivelse af målingen af trivsel.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, Styrelsen for IT og Læring og Sundhedsdatastyrelsen.

Forskel i effekten på skoletrivsel ...

For børn med diagnoser, der kan behandles medicinsk, påvirker længere ventetid trivslen negativt i året for henvisningen. For øvrige børn ses der ikke en sådan effekt af ventetiden. Den negative effekt for børn med mulighed for medicinsk behandling er dog midlertidig og forsvinder i de følgende år. Dette tyder på, at længere ventetid kan have negative konsekvenser for børn, der kan medicineres mod deres diagnose, i den periode, hvor børnene stadig venter på udredningen og dermed endnu ikke kan modtage medicinen. Dette er i tråd med de gavnlige effekter af medicinering fundet i andre studier, jf. ovenfor. Der er til gengæld ikke tegn på, at en eventuelt senere igangsættelse af medicinering har varige konsekvenser for børnenes trivsel. Som med

resultaterne for den fulde børnegruppe peger dette på, at længere ventetid primært er forbundet med midlertidige konsekvenser i den periode, hvor udredningsforløbet pågår.

... og skolefravær

For skolefraværet ses tegn på, at længere ventetid øger fraværsprocenten på lidt længere sigt blandt børn med diagnoser, som kan behandles medicinsk, hvilket ikke er tilfældet for de øvrige børn. Denne forskel i effekten kan ligesom ovenfor afspejle, at længere ventetid har større konsekvenser for børn, hvor længere ventetid indebærer, at opstart af medicinsk behandling forsinkes. En anden mulig forklaring på denne forskel i effekten er dog også, at gruppen af børn med mulighed for medicinsk behandling i høj grad udgøres af børn med ADHD. Den gennemsnitlige ventetid til udredning for ADHD er lang relativt til andre diagnoser. At effekten først viser sig på lidt længere sigt kan derfor også blot afspejle, at den mekaniske effekt på skolefraværet, som følge af den forskudte timing af udredningsforløbet for børn med kortere og længere ventetid, indtræffer længere tid efter henvisningen for gruppen af børn med mulighed for medicinsk behandling.

Effekter opdelt på udviklingsforstyrrelser og emotionelle lidelser

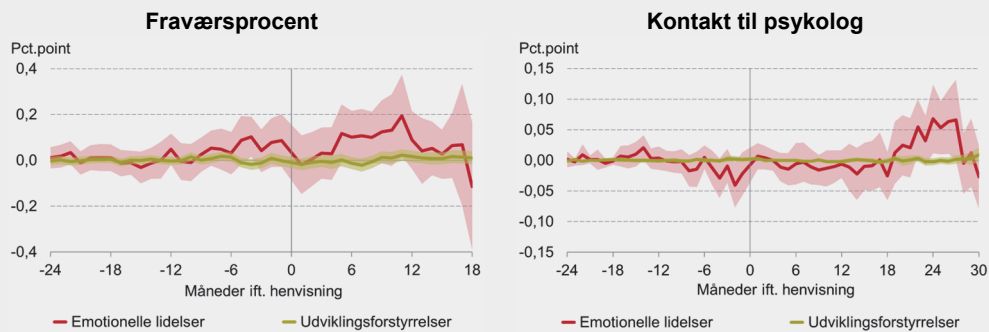
En anden årsag til, at barnets diagnose kan have betydning for effekten af ventetiden til udredning, er, at der kan være væsentlige forskelle på tværs af diagnoser i, hvor lang tid børnene har ventet på at få henvisningen til udredningen. Som beskrevet i afsnit IV.2 peger tal fra Region Nordjylland således på, at børn med tegn på udviklingsforstyrrelser (ADHD og autisme) i gennemsnit venter markant længere end børn med tegn på emotionelle lidelser (depression, angst og spiseforstyrrelser) fra første bekymring, til barnet får en henvisning. Denne forskel i ventetiden til henvisning kan have modsatrettet betydningen for effekten af ventetiden fra henvisning til udredning. På den ene side kan længere ventetid på at få en henvisning øge konsekvenserne af at vente yderligere. På den anden side kan konsekvenserne af at vente allerede være indtruffet, hvorfor betydningen af den ekstra ventetid efter henvisningen vil være begrænset.

Forskel i effekten på skolefravær samt kontakt til psykolog og psykiater

For børn med udviklingsforstyrrelser findes der generelt ikke tegn på, at ventetiden til udredning har en effekt på de undersøgte effektmål. For børn med emotionelle lidelser er der til gengæld en tendens til, at længere ventetid midlertidigt øger fraværsprocenten samt sandsynligheden for at have kontakt til en praktiserende psykiater eller psykolog, jf. figur IV.32. Som beskrevet ovenfor kan disse forskelle i effekten mellem de to grupper indikere, at ventetiden fra henvisning til udredning har større betydning, når barnet ikke i forvejen har ventet længe. Det kan dog ikke udelukkes, at der er andre forklaringer på disse forskelle i effekter mellem de to diagnosegrupper, da de må formodes også at adskille sig fra hinanden på andre punkter.

FIGUR IV.32 EFFEKT PÅ BØRN OPDELT PÅ DIAGNOSEGRUPPE

Længere ventetid til udredning øger skolefraværet samt sandsynligheden for kontakt til en psykolog eller psykiater midlertidigt for børn med emotionelle lidelser, hvilket ikke ses for børn med udviklingsforstyrrelser.



Anm.: Figurene viser, hvordan fraværsprocenten fra skole og sandsynligheden for at have kontakt til psykolog påvirkes af ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning opdelt på diagnosegrupper. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27. *Emotionelle lidelser* omfatter angst, depression og spiseforstyrrelser, mens *udviklingsforstyrrelser* omfatter ADHD og autisme. Skolefravær opgøres kun for børn, der er elever på en folkeskole eller specialskole.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik, Styrelsen for IT og Læring og Sundhedsdatastyrelsen.

Effekter opdelt på nærboende bedsteforældre ...

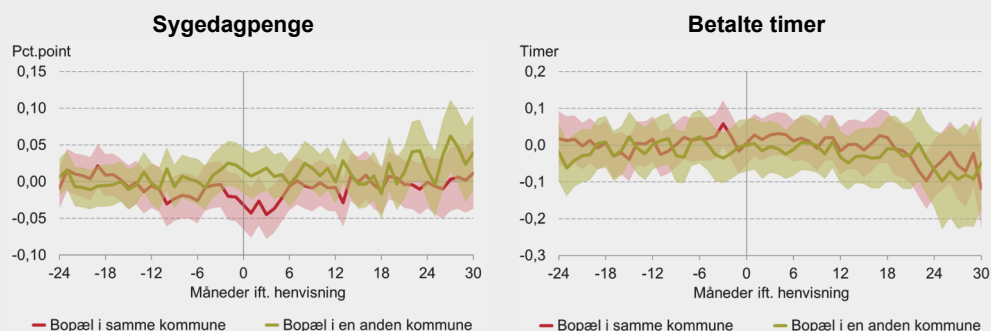
For mødrene kan effekterne på tilknytningen til arbejdsmarkedet tænkes at afhænge af, hvorvidt der bor bedsteforældre til barnet i nærområdet. Nærboende bedsteforældre har, alt andet lige, bedre mulighed for at hjælpe med de ekstra omsorgsforpligtelser, der er forbundet med at have et barn med psykiske udfordringer, og kan derigennem mindske eventuelle negative konsekvenser for mødrenes tilknytning til arbejdsmarkedet.

... viser ikke tydelige indikationer på forskelle i effekten

Der er generelt stor usikkerhed knyttet til de estimerede effekter, når mødrene opdeles i de to grupper. For sygedagpenge synes der dog for gruppen af mødre, hvor der ikke bor bedsteforældre i samme kommune, at være en tendens til, at sandsynligheden for at være på ydelsen øges på lidt længere sigt, når barnet oplever en længere ventetid. Denne tendens ses ikke for den øvrige gruppe af mødre, jf. venstre del af figur IV.33. De estimerede effekter er imidlertid generelt for usikre til, at de kan adskilles statistisk fra nul. For de øvrige effektmål ses der ikke klare indikationer af, at effekterne skulle være drevet af mødre uden nærboende bedsteforældre, jf. f.eks. arbejdstiden vist i højre del af figur IV.33.

FIGUR IV.33 EFFEKT PÅ MØDRE OPDELT PÅ NÆRBOENDE BEDSTEFORÆLDRE

Det kan tyde på, at mødre uden bedsteforældre i nærområdet til at hjælpe med omsorgsopgaven oplever en negativ effekt af længere ventetid på sandsynligheden for at modtage sygedagpenge på lidt længere sigt. For de øvrige effektmål ses der dog ikke tydelige indikationer på, at effekten af ventetid skulle variere mellem de to grupper af mødre.



Anm.: Figurerne viser, hvordan mødres sandsynlighed for at være på sygedagpenge og antal betalte arbejdstimer blandt de beskæftigede mødre påvirkes af barnets ventetid fra henvisning til indikation på endt udredning opdelt på, om der bor bedsteforældre i samme kommune som barnet i henvisningsåret. Se i øvrigt anmærkningen til figur IV.27.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

OPSUMMERING

Effekter af ventetid fra henvisning til udredning

I dette afsnit er det undersøgt, hvorvidt ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien, fra et barn henvises til udredning, til der er en indikation på, at barnet er blevet udredt, har betydning for udviklingen hos barnet og dets forældre i op til 2,5 år efter henvisningen. For børnene er det undersøgt, hvorvidt det gør en forskel for deres brug af sundhedsydelser og skolegang, at de venter kortere eller længere tid på udredningen efter henvisningen. For forældrene er det undersøgt, om barnets ventetid medfører afledte konsekvenser for deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Analysen afdækker kun effekterne for de børn og unge, der har gennemgået et udredningsforløb i den offentlige børne- og ungdomspsykiatri.

Ingen effekter på tværs af hele børnegruppen

På tværs af alle børn og unge, der har haft et udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien i den undersøgte tidsperiode, kan der ikke påvises effekter af ventetiden på de undersøgte effektmål for børnene. En undtagelse er de effekter, der rent mekanisk vil være på børnenes

kontakter til psykiatrien, brug af psykofarmaka samt skolefravær på kort sigt, når ventetiden på udredningen er længere. Længere ventetid forskyder således timingen af, hvornår børnene har kontakt til psykiatrien og skolefravær under udredningsforløbet, ligesom længere ventetid fører til senere opstart af eventuel medicinsk behandling.

Visse effekter for udvalgte diagnosegrupper

Der er tegn på, at de gennemsnitlige effekter på tværs af hele børnegruppen dækker over visse forskelle i effekterne mellem diagnosegrupper. For børn, hvor diagnosen kan behandles medicinsk, ses en midlertidig negativ effekt af længere ventetid på børnenes trivsel i skolen, hvilket ikke ses for børn med øvrige diagnoser. Det tyder på, at ventetiden kan have negative konsekvenser i den periode, hvor børnene endnu ikke er færdigudredte og dermed endnu ikke medicineres. For børn med emotionelle lidelser tyder det tilsvarende på, at længere ventetid øger skolefraværet samt omfanget af kontakter til psykolog og psykiater under sygesikringen midlertidigt, mens der ikke findes tegn på effekter for børn med udviklingsforstyrrelser. I tråd med resultaterne for den fulde børnegruppe er effekterne for de udvalgte diagnosegrupper midlertidige, mens der ikke findes tegn på varige konsekvenser af ventetiden.

Tegn på effekt på mors tilknytning til arbejdsmarkedet

For forældrene findes der indikationer på, at det kan have en negativ indflydelse på særligt mødrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, hvis deres børn oplever en længere ventetid på at blive udredt i børne- og ungdomspsykiatrien. Navnlig tyder det på, at længere ventetid kan føre til lavere arbejdstid og løn blandt mødrene på lidt længere sigt. Derudover er der indikationer på en øget sandsynlighed for at modtage dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn på kort sigt, særligt blandt mødre, men også blandt fædre. Selvom analysen peger på disse tendenser, er det kun muligt at adskille de estimerede effekter fra nul med tilstrækkeligt stor statistisk sikkerhed i enkelte måneder. Derfor er det også vanskeligt at vurdere, om de fundne tendenser afspejler vedvarende tendenser, der kan forventes at række ud over de 2,5 år efter henvisningen, som er den tidshorizont, analysen har kunnet afdække.

Effekter vurderes små i samfundsøkonomisk perspektiv

Set i dette lys vurderes de fundne effekter på mødres tilknytning til arbejdsmarkedet umiddelbart at være små set i et samfundsøkonomisk perspektiv. Hvis det lægges til grund, at der kun er en effekt i de måneder, hvor analysen har påvist en signifikant effekt, svarer effekterne således til, at en generel forkortelse af ventetiden på én måned ville øge arbejdstiden med knap 30 fuldtidspersoner årligt og reducere antallet af udbetalinger af dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn med omtrent 125 årligt. Tilsvarende ville lønsummen være ca. 15 mio. kr. højere. De samfundsøkonomiske effekter vurderes også små, når der medtages effekter forbundet med større statistisk usikkerhed. I

dette tilfælde stiger effekten på arbejdstiden til knap 80 fuldtidspersoner årligt og effekten på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn til knap 300 udbetalinger årligt. Effekten på lønnen er uændret.

Udelukker ikke konsekvenser i den enkelte familie

At de samfundsøkonomiske effekter umiddelbart vurderes små betyder ikke, at konsekvenserne af ventetiden ikke kan være væsentlige for den enkelte familie. Samtidig kan der potentielt være andre både økonomiske og ikke-økonomiske konsekvenser af ventetiden, som analysen ikke har afdækket. Det kan eksempelvis være konsekvenser for forældrenes parforhold og trivsel eller kriminalitet og anden risikoadfærd blandt børnene. Ligeledes kan der være effekter, som først viser sig på et senere tidspunkt, end det har været muligt at undersøge i denne analyse.

Små og få effekter kan skyldes, at kun en del af samlet ventetid måles, ...

Der kan være flere mulige forklaringer på, at analysen finder små og få effekter af ventetiden fra henvisning til udredning. For det første kan analysen kun måle betydningen af den del af barnets ventetid, der forgår fra henvisningen til udredningen. I mange tilfælde vil der dog også være en ventetid frem mod at få selve henvisningen, som kan være væsentligt længere. Tidspunktet for henvisningen er dermed ikke nødvendigvis sammenfaldende med tidspunktet for, hvornår ønsket eller behovet for en udredning opstår. Det er derfor muligt, at ventetiden fra henvisning til udredning er af mindre betydning, selvom den samlede ventetid på at få en udredning kan være afgørende.

... at ventetid på udredning ikke er lig ventetid på indsats, ...

For det andet er det muligt, at udredningstidspunktet ikke nødvendigvis afspejler, hvornår familierne begynder at modtage hjælp til at håndtere barnets udfordringer. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis der allerede bliver igangsat indsatser i løbet af udredningsforløbet (f.eks. psykoedukation, samtaleterapi eller skolerelaterede indsatser). I så fald betyder det, at ventetiden på udredningen ikke nødvendigvis afspejler ventetiden på at begynde at modtage hjælp, hvilket må formodes at være det afgørende for familierne.

... eller at negativ effekt af ventetid modvirkes af indsatser

En tredje forklaring kan være, at *omfanget* af de indsatser, børnene modtager, afhænger af, hvor lang ventetiden på udredninger i systemet er. Dette kan eksempelvis tænkes at være tilfældet, hvis der som kompensation for lang ventetid i *højere grad* igangsættes indsatser allerede under udredningsforløbet. I så fald kan det modvirke en eventuel negativ effekt af ventetiden og dermed trække effekterne af ventetiden i analysen mod nul.

IV.6

SAMMENFATNING OG DISKUSSION

Fokus på stigende antal diagnoser og ventetid på hjælp

En stigende andel børn og unge under 18 år har en registreret psykiatrisk diagnose, og omkring 15.000 børn og unge udredes hvert år for en diagnose i psykiatrien. Denne udvikling har affødt et øget fokus såvel i den offentlige debat som politisk på børn og unge med psykiatriske diagnoser, herunder på den ventetid, som disse børn og unge kan opleve på vejen mod hjælp. En ventetid, som kan være afgørende, ikke kun for barnet, men for familien som helhed.

Fokus på børn og unge, der udredes i børne- og ungdomspsykiatrien

Dette kapitel fokuserer på børn og unge, der udredes for en diagnose i børne- og ungdomspsykiatrien, samt deres forældre. Kapitlet undersøger udviklingen for børn og forældre i årene omkring henvisning og udredning, og hvorvidt ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien har betydning for denne udvikling. Dermed belyser kapitlet også, om politiske initiativer, der påvirker ventetiderne i børne- og ungdomspsykiatrien, kan forventes at være forbundet med såkaldte dynamiske effekter på de offentlige finanser, altså afledte effekter på de offentlige indtægter og udgifter, der påvirker den samlede nettoudgift på initiativet.

Dynamiske effekter af ventetid

Det kan være vanskeligt at afdække dynamiske effekter af ventetiden for børnene selv på grund af den store tidsmæssige forskel mellem ventetiden og de eventuelle dynamiske effekter på de offentlige finanser gennem f.eks. børnenes helbred, uddannelse og arbejdsliv som voksne. For forældrene kan børnenes ventetid dog have umiddelbar betydning for, om der eksempelvis er behov for, at de i perioder arbejder mindre for at passe børnene hjemme. Dermed kan der på dette område, foruden de mere langsigtede effekter for børnene, også være dynamiske effekter på kort sigt gennem forældrenes mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet.

Kapitlets analyser bygger på ca. 42.000 børn og unge

Kapitlets analyser bygger på forløb for ca. 42.000 børn og unge under 18 år, som har haft deres første udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden tredje kvartal 2019 til fjerde kvartal 2022. Udviklingen for børnene og deres forældre belyses både ud fra mere direkte konsekvenser af børnenes psykiske udfordringer og ventetid (f.eks. børnenes skoletrivsel og skolefravær) og ud fra mere indirekte, afledte konsekvenser (f.eks. kontakter til sundhedsvæsenet og forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet).

To dele af ventetiden på en udredning

For børn og unge, der ender med at få en henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, vil der typisk først være en ventetid

frem mod at få henvisningen. Efter henvisningen vil der ligeledes være en ventetid frem mod den færdige udredning. Denne ventetid er omfattet af en udredningsret på 30 dage, men i praksis er de gennemsnitlige ventetider fra henvisning til udredning væsentligt længere. Efter udredningen vil der for mange være endnu en proces frem mod bedre psykisk trivsel.

Betydning af indsats og ventetiden hertil

Når betydningen af indsatser målrettet eksempelvis børn og unge med psykiske udfordringer undersøges, kan der grundlæggende skelnes mellem betydningen af selve indsatsen og betydningen af, hvor hurtigt indsatsen modtages, altså ventetiden på indsatsen. Da der er tale om to forskellige dimensioner af en indsats, kan effekterne heraf også forventes at være forskellige. Kapitlets afsnit IV.4 belyser førstnævnte, idet udviklingen for børn og forældre omkring henvisning og udredning giver en indikation af betydningen af de indsatser, der foregår i forbindelse hermed. Kapitlets afsnit IV.5 belyser sidstnævnte, idet det undersøges, hvilken betydning ventetiden fra henvisning til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien har.

Gradvis forværring i flere år før henvisningen, ...

I kapitlets afsnit IV.4 dokumenteres det, at særligt børnenes trivsel og fravær i skolen forværres i flere år før henvisningen til udredning. Dette er i tråd med, at processen fra første bekymring til henvisning kan vare flere år, og at der kan opleves en lang ventetid frem mod at få henvisningen. En stigende andel af forældrene modtager ligeledes sygedagpenge som følge af egne sygdomsmeldinger i årene op til henvisningen.

... men udvikling vender efter henvisning

Udviklingen i børnenes trivsel og skolefravær vender umiddelbart efter henvisningen og forbedres gradvist derefter. Det indikerer, at netop det at blive henvist og udredt kan have afgørende betydning for børnene.

Forældres arbejdsliv ændres efter henvisning

Særligt mødrenes, men i mindre grad også fædrenes, arbejdsliv ændres umiddelbart efter barnets henvisning, hvor andelen på tabt arbejdsfortjeneste eller på dagpenge til pasning af alvorligt sygt barn stiger betydeligt. Samtidig sker der efter barnets henvisning en stigning i andelen af mødre med kontakt til en praktiserende psykolog eller psykiater. Denne udvikling blandt forældrene giver en indikation af de negative konsekvenser, det også har for forældrene, når et barn har psykiske udfordringer og behov for udredning i psykiatrien.

Ændring i forældres arbejdsliv illustrerer samfundsøkonomisk omkostning

Stigningen i andelen af forældre på offentlig forsørgelse i årene omkring barnets henvisning svarer til ca. 3.600 personer. Da disse personer helt eller delvist ikke arbejder, giver det en indikation af nogle af de samfundsøkonomiske omkostninger, der er forbundet med forløbet omkring henvisning for børn og unge med symptomer på psykiatriske diagnoser. De samlede samfundsøkonomiske omkostninger forbundet

med psykiatriske diagnoser blandt børn og unge må dog formodes at være større, blandt andet fordi der er mange andre effekter for både børn og forældre, som denne illustrative beregning ikke medtager.

Periode omkring henvisning og udredning er udslagsgivende

Udviklingen for børnene og forældrene viser ikke en årsagssammenhæng mellem det at blive henvist og udredt og de forskellige udfaldsmål. Alligevel giver den observerede udvikling en indikation af, at netop det, at børnene får en henvisning og bliver udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, har betydning for både børnene og deres forældre. Det er dog ikke muligt at skelne, hvorvidt det er henvisningen, udredningen, indsatserne i forbindelse hermed eller en kombination heraf, der er udslagsgivende for udviklingen.

Har ventetiden fra henvisning til udredning betydning?

I kapitlets afsnit IV.5 undersøges det, om ventetiden i processen, fra barnet henvises, til der er en indikation på, at barnet er færdigudredt, har betydning for børnenes og forældrenes udvikling i op til 2,5 år efter henvisningen. Der findes så vidt vides ingen andre analyser på hverken danske data eller data fra sammenlignelige lande, der undersøger netop dette. Der findes til gengæld en relateret litteratur, som undersøger effekten af ventetid for voksne med psykiske udfordringer samt effekten af offentlige udgifter mere generelt i sundhedssystemet målrettet psykiske udfordringer. De ventetider, der ligger til grund for effektanalysen, er i gennemsnit omkring fire måneder, men spænder fra under to uger til over ti måneder.

Længere ventetid forsinker forløb og medicinsk behandling, ...

Effektanalysen af ventetiden fra henvisning til indikation på endt udredning i børne- og ungdomspsykiatrien i kapitlets afsnit IV.5 viser, at børn, der oplever en længere ventetid i systemet på at få en udredning, som forventet også venter længere tid på at påbegynde et forløb i psykiatrien og kommer senere i gang med eventuel medicinsk behandling efter endt udredning.

... men der kan ikke påvises yderligere effekter for den fulde børnegruppe

Ud over disse kortsigtede effekter kan der dog ikke påvises yderligere effekter af ventetiden for den fulde børnegruppe på de undersøgte effektmål. Dette gælder blandt andet skoletrivsel samt barnets kontakter til sundhedsvæsenet. Selvom der sker en udvikling i børnenes trivsel omkring henvisningen og udredningen, er der dermed ikke tegn på, at denne udvikling i gennemsnit er påvirket af, om barnet venter kortere eller længere tid mellem henvisningen og udredningen.

Visse effekter for udvalgte diagnosegrupper

Betragtes kun gruppen af børn med diagnoser, der kan behandles medicinsk, oplever børn med længere ventetid midlertidigt lavere trivsel i skolen sammenlignet med børn med kortere ventetid. Dette kan afspejle, at ventetiden har negative konsekvenser i den periode, hvor

	børnene endnu ikke er færdigudredte og dermed endnu ikke medicineres. Tilsvarende tyder det for gruppen af børn med emotionelle lidelser på, at længere ventetid kan øge skolefraværet samt sandsynligheden for at have kontakt til en praktiserende psykiater eller psykolog blandt disse børn midlertidigt.
Tegn på, at barnets ventetid påvirker mors arbejdsliv, ...	For forældrene findes der indikationer på, at længere ventetid for barnet kan have en negativ indvirkning på mødrenes arbejdsliv målt på antal betalte timer og løn på lidt længere sigt. Tilsvarende findes tegn på en øget sandsynlighed for at være på dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn for begge forældre, men særligt for mødrene. Selvom analysen peger på disse tendenser, er det kun muligt at adskille de estimerede effekter fra nul med tilstrækkeligt stor statistisk sikkerhed i enkelte måneder. Derfor er det også vanskeligt at vurdere, om de fundne tendenser afspejler vedvarende tendenser, der kan forventes at række ud over de 2,5 år efter henvisningen, som er den tidshorisont, analysen har kunnet afdække.
... men effekter vurderes små på samfundsøkonomisk plan	Set i dette lys vurderes de fundne effekter af ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien umiddelbart at være små på samfundsøkonomisk plan. De fundne effekter svarer således til, at en generel forkortelse af ventetiden på en måned ville øge arbejdstiden med knap 30 fuldtids-personer årligt og reducere antallet af udbetalinger af dagpenge grundet pasning af alvorligt sygt barn med omtrent 125 årligt. Tilsvarende ville lønsummen blive øget med ca. 15 mio. kr. Her er det lagt til grund, at der kun findes en effekt i de måneder, hvor analysen har påvist en signifikant effekt. Tillades større statistisk usikkerhed om de fundne effekter, bliver effekterne på samfundsøkonomisk plan større, men vurderes stadig at være små.
Udelukker ikke konsekvenser i den enkelte familie	At effekterne på samfundsniveau umiddelbart synes små betyder ikke, at der ikke kan opleves væsentlige konsekvenser af ventetiden i den enkelte familie. Samtidig kan der være andre økonomiske og ikke-økonomiske konsekvenser af ventetiden, som denne analyse ikke har belyst, eksempelvis konsekvenser for forældrenes parforhold og trivsel eller kriminalitet og anden risikoadfærd blandt børnene. Ligeledes kan der være effekter, som først materialiserer sig senere end 2,5 år efter barnets henvisning.
Potentiale for dynamiske effekter af kortere ventetid, omend små	De fundne effekter for mødrenes tilknytning til arbejdsmarkedet tyder på, at der potentielt kan være dynamiske effekter af offentlige udgifter, der nedbringer ventetiden i børne- og ungdomspsykiatrien, i form af øget arbejdsudbud og reduceret træk på offentlige overførsler. Baseret på analysen i nærværende kapitel vurderes der dog i så fald at være tale om små effekter.

Små og få effekter kan skyldes, at kun en del af samlet ventetid måles, ...

Der kan være flere mulige forklaringer på, at kapitlets analyse finder små og få effekter af ventetiden fra henvisning til udredning for både børn og forældre. For det første måler analysen kun effekten af den sidste del af den ventetid, børn oplever på at få en udredning. Denne ventetid udgør dog formentlig en mindre del af den samlede ventetid, som børnene oplever. Derfor kan ventetiden mellem henvisningen og udredningen være af mindre betydning, selvom den samlede ventetid er vigtig. Det er dog ikke muligt at undersøge betydningen af den samlede ventetid, da kun tidspunktet for henvisningen kan observeres, hvilket i mange tilfælde næppe er sammenfaldende med tidspunktet for, hvornår ønsket eller behovet for en udredning opstår.

... at ventetid på udredning ikke er lig ventetid på indsats, ...

For det andet er det muligt, at udredningstidspunktet ikke nødvendigvis afspejler, hvornår familierne begynder at modtage hjælp til at håndtere barnets udfordringer. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis der allerede bliver igangsat indsatser i løbet af udredningsforløbet (f.eks. psykoedukation, samtalerapi eller skolerelaterede indsatser). I så fald betyder det, at ventetiden på udredningen ikke nødvendigvis afspejler ventetiden på at begynde at modtage hjælp, hvilket må formodes at være det afgørende for familierne.

... eller at negativ effekt af ventetid modvirkes af indsatser

En tredje forklaring kan være, at *omfanget* af de indsatser, børnene modtager, afhænger af, hvor lang ventetiden på udredninger i systemet er. Dette kan eksempelvis tænkes at være tilfældet, hvis der som kompensation for lang ventetid i *højere grad* igangsættes indsatser allerede under udredningsforløbet. I så fald kan det modvirke en eventuel negativ effekt af ventetiden og dermed trække effekterne af ventetiden i analysen mod nul.

Kapitlets resultater tilsiger ...

Kapitlets analyser har ikke direkte kunnet afdække betydningen af den samlede ventetid, familier oplever, fra barnets udfordringer opstår, til barnet har fået en udredning. Alligevel peger kapitlets analyser og gennemgang af de institutionelle rammer på, at størstedelen af børnenes ventetid kan bestå i perioden frem mod at få henvisningen. Samtidig tyder analyserne på, at de indsatser, der foregår omkring henvisningen og udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien, er væsentlige for børnenes udvikling. Omvendt ser ventetiden mellem henvisningen og den færdige udredning ud til at være mindre afgørende for denne udvikling.

... mere fokus på samlet ventetid og indsatser

Disse resultater tilsiger, at det politiske fokus ikke nødvendigvis bør være på den del af ventetiden, der foregår i børne- og ungdomspsykiatrien mellem henvisning og udredning, selvom det er denne del af forløbet, der er omfattet af en patientrettighed. Fokus bør formentlig snarere være på den samlede ventetid, børn og deres familier oplever

i processen frem mod at få den rette hjælp, samt på kvaliteten af de indsatser, der tilbydes i løbet af børnenes samlede forløb.

**Flere nye politiske
initiativer har netop
dette fokus**

Flere nye politiske initiativer på området, som er besluttet med blandt andet *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien*, har netop fokus på ventetid og indsatser. Eksempelvis har implementeringen og udvidelsen af det såkaldte lettilgængelige tilbud i kommunerne til formål at sikre en hurtigere og mere ensartet hjælp på tværs af kommuner for børn og unge med psykisk mistrivsel. Samtidig skal tilbuddet sikre en hurtigere vej til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien for de børn og unge, der har behov for det. Ligeledes har ændringen af udrednings- og behandlingsretten i børne- og ungdomspsykiatrien til én samlet patientrettighed til formål at skabe mindre fokus på tiden fra henvisning til udredning, men til gengæld skabe øget fokus på tiden fra henvisning til opstart af behandlende indsatser.

LITTERATUR

Aakvik, A. og T.H. Holmås (2006): Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. *Journal of Health Economics*, 25 (6), s. 1139-1153.

Bhalotra, S., N.M. Daysal og M. Trandafir (2025): Antidepressant Treatment in Childhood. IZA Discussion Paper no. 18069.

Biasi, B., M. Dahl, og P. Moser (2025): Career Effects of Mental Health: Evidence from an Innovation in Treating Bipolar Disorder. *Journal of Political Economy Microeconomics*. Forthcoming.

Black, S.E., S. Breining, D.N. Figlio, J. Guryan, K. Karbownik, H.S. Nielsen, J. Roth og M. Simonsen (2021): Sibling Spillovers. *The Economic Journal*, 131 (633), s. 101-128.

Breining, S. N. (2014): The presence of ADHD: Spillovers between siblings. *Economics Letters*, 124 (3), s. 469-473.

Costantini, S. (2025): How Do Mental Health Treatment Delays Impact Long-Term Mortality? *American Economic Review*, 115 (5), s. 1672-1707.

Dalsgaard, S., E. Thorsteinsson, B.B. Trabjerg, J. Schullehner, O. Plana-Ripoll, I Brikell, T. Wimberley, M. Thygesen, K.B. Madsen, A. Timmerman, D. Schendel, J.J. McGrath, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen (2020): Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*, 77 (2), s 155-64.

Dalsgaard, S., H.S. Nielsen og M. Simonsen (2014): Consequences of ADHD Medication Use for Children's Outcomes. *Journal of Health Economics*, 37 (1), s. 137-151.

Daysal, N.M., M. Simonsen, M. Trandafir og S. Breining (2022): Spillover effects of early-life medical interventions. *Review of Economics and Statistics*, 104 (1), s. 1-16.

De Økonomiske Råds formandskab (2017): *Dansk Økonomi, forår 2017*.

De Økonomiske Råds formandskab (2023): *Dansk Økonomi, efterår 2023*.

EVA (2023): *Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR)*.

Finansministeriet (2023): *Vejledning i samfundsøkonomiske konsekvensvurderinger*.

Godøy, A., V.F. Haaland, I. Huitfeldt og M. Votruba (2024): Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*, 16 (2), s. 150-181.

Granlund, D. (2010): The effect of health care expenditure on sickness absence. *European Journal of Health Economics*, 11 (6).

Gunnsteinsson, S. og H. Steingrimsdottir (2019): The Long-term Impact of Children's Disabilities on Families. Arbejdspapir. Copenhagen Business School.

Hansen, A.S.K. (2021): *Pathways into Child and Adolescent Psychiatry*. Aalborg Universitetsforlag.

Hansen, P.L. (2023): Prisen vi betaler for at vente. Speciale fra Institut for Økonomi, Aarhus Universitet.

Hendren, N. og B. Sprung-Keyser (2020): A Unified Welfare Analysis of Government Policies. *The Quarterly Journal of Economics*, 135 (3), s. 1209-1318.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023): *Aftale om bedre psykiatri*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025): *Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed (2023): *Analysenotat. Psykiatriske diagnoser og kontakter blandt børn og unge i 2012-2022*.

Kruse, M., K.R. Olsen og C.V. Skovsgaard (2020): *Analyse af forsøgsordningen med vederlagsfri psykologbehandling til unge mellem 18 og 20 år med let til moderat angst eller depression*. Dansk Center for Sundhedsøkonomi – DaCHE, Syddansk Universitet.

Kruse, M., K.R. Olsen og C.V. Skovsgaard (2022): Co-payment and adolescents' use of psychologist treatment: Spillover effects on mental health care and on suicide attempts. *Health Economics*, 31, s. 92-114.

Kvist, A.P., H.S. Nielsen og M. Simonsen (2013): The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, 88, s. 30-38.

Laird, J. og T. Nielsen (2017): The Effects of Physician Prescribing Behaviors on Prescription Drug Use and Labor Supply: Evidence from Movers in Denmark. Arbejdspapir.

Prudon, R. (2025): Is Delayed Mental Health Treatment Detrimental to Employment? *Review of Economics and Statistics*.

Psykiatrifonden (2023): *En vals med sten i skoen*.

Rigsrevisionen (2024): *Beretning om overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien*.

Serena, B.L. (2024): The Causal Effect of Scaling up Access to Psychotherapy. Arbejdspapir. R&R ved *Review of Economics and Statistics*.

Sundhedsministeriet (2022): *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*.

Sundheds- og Ældreministeriet (2018): *Styringsgennemgang af psykiatrien – Delafrapportering I*.

Sundhedsstyrelsen, Social- og Boligstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (2023): *Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel*

Trivselskommissionen (2025): *Trivselskommissionens afrapportering. Et dansk svar på en vestlig udfordring*.

VIVE (2020): *Hurtig psykiatrisk udredning – Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune*.

VIVE (2024): *Socioøkonomiske effekter af øget adgang til psykologbehandling*.

Williams, J. og A.L. Bretteville-Jensen (2022): What's Another Day? The Effects of Wait Time for Substance Abuse Treatment on Health-Care Utilization, Employment and Crime. IZA Discussion Paper no. 15083.

