

# Børn og unge med psykiatrisk debut

April 2021



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Ledelsesresumé .....	3
2 Indledning.....	9
3 Udvikling i antal børn og unge med debut i psykiatrien .....	10
3.1 Udviklingstendenser på landsplan.....	10
3.2 Udviklingstendenser på tværs af regioner.....	12
3.3 Udviklingstendenser på tværs af kommuner.....	14
3.4 Perspektiver på de geografiske forskelle .....	17
4 Det første møde med psykiatrien .....	21
4.1 Den første psykiatriske kontakt.....	21
4.2 Henvisning til psykiatrien.....	22
4.3 Det første år med kontakt til sygehuspsykiatrien .....	24
5 Indsatser i perioden omkring den psykiatriske debut.....	28
5.1 Kontakter til det regionale sundhedsvæsen.....	29
5.2 Kommunale indsatser .....	32
6 ”Alarmklokker” på skoleområdet og underretninger.....	35
6.1 ”Alarmklokker” på skoleområdet .....	36
6.2 Underretninger om børn og unge.....	38
7 Inspirationsspørgsmål til kommuner og regioner .....	40

# 1 Ledelsesresumé

I denne analyse sætter Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed fokus på udviklingen og niveauet i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut på tværs af regioner og kommuner. Analysen bygger videre på vores tidligere offentliggjorte analyse "Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser", der viste, at antallet af børn og unge med psykiske sygdomme som ADHD, autisme, angst og andre diagnoser modtaget i det psykiatriske sygehusvæsen er fordoblet i perioden 2009-19.

At flere og flere børn diagnosticeres, rejser en række nye spørgsmål vedrørende selve forløbet omkring den psykiatriske debut: Hvilke aktører henviser børnene, og hvad kendetegner den første tid i sygehuspsykiatrien? Hvor stor en andel modtager kommunale indsatser som forebyggende foranstaltninger og anbringelser samt segregeret specialundervisning, og hvornår i forløbet omkring den psykiatriske debut modtages disse indsatser? Hvor stor en andel har været i kontakt med det øvrige regionale sundhedsvæsen, som fx almen praksis, og hvornår i forløbet har der været en kontakt? Hvilke negative hændelser eller såkaldte "alarmklokker" som trivsel og elevfravær kan der spores i perioden inden den psykiatriske debut? Og hvilke forskelle er der på tværs af kommuner og regioner?

Formålet med analysen er at give kommunerne og regionerne viden om omfanget af børn og unge med psykiatrisk debut, og hvilke indsatser der igangsættes på tværs af landet, både *inden* og *efter* den første kontakt til sygehuspsykiatrien. For det første kan analysen anvendes af regioner og kommuner som afsæt til at overveje egen praksis og organisering i forhold til behandling og indsatser til børn og unge med psykiske problemer sammenlignet med andre. For det andet kan analysen anvendes som grundlag til at overveje, om samarbejdet omkring børn og unge med psykiske problemer inden for og på tværs af sektorområderne kan styrkes yderligere.

I kapitel 7 har vi indsat en række refleksionsspørgsmål, der kan give inspiration til, hvordan analysens resultater kan bruges til at fortsætte dialogen i de enkelte kommuner og regioner samt mellem hinanden. I bilag 1-4 kan man desuden finde resultater for de enkelte regioner og kommuner samt sammenligne disse med andre regioners og kommuners resultater.

Analysen omhandler 0-17-årige, der for første gang i deres liv har kontakt til sygehuspsykiatrien.

## **Flere børn debuterer i psykiatrien end for 10 år siden**

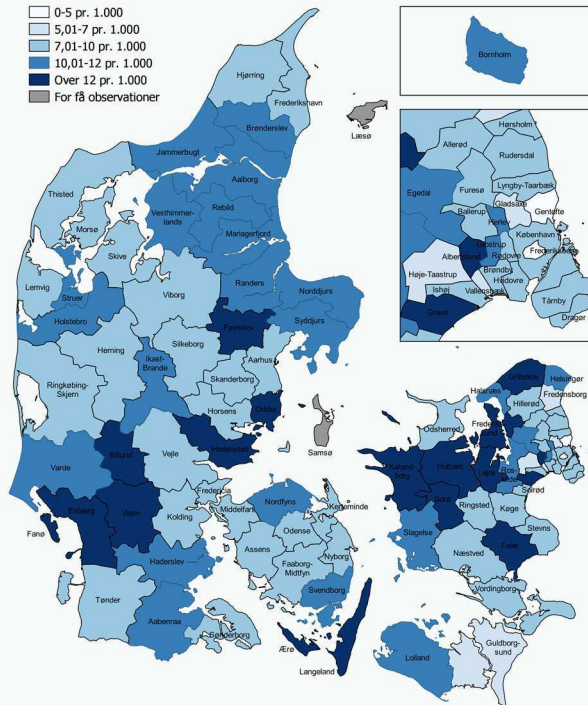
Antallet af børn og unge med første kontakt til sygehuspsykiatrien er steget fra ca. 7.500 i 2008 til ca. 10.700 i 2018. Det svarer til en stigning på knap 50 pct. målt i forhold til 1.000 0-17-årige.

Regionerne har oplevet forskelle i udviklingen over perioden 2008-18 i antallet af børn og unge med debut i psykiatrien målt i forhold til 1.000 0-17-årige i regionen. Antallet af børn og unge med psykiatrisk debut er steget med 136 pct. i Region Nordjylland, mens det er steget med 25 pct. i Region Hovedstaden og 37 pct. i Region Syddanmark.

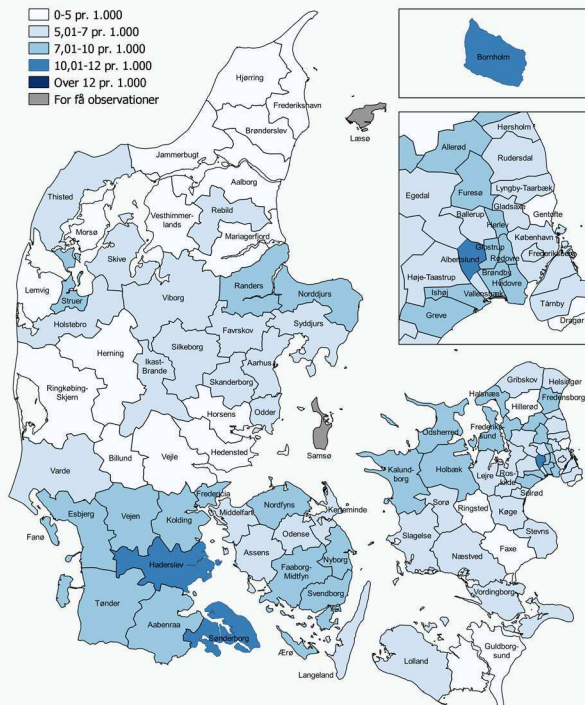
Den generelle udvikling i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut illustreres tydeligt med de to kommunekort for henholdsvis 2008 og 2018 i figur 1.1. Tilbage i 2008 var det kun i 4 kommuner, at mere end 10 ud af 1.000 børn havde en psykiatrisk debut, mens dette var gældende i 44 kommuner i 2018. Ligeledes var det i 21 kommuner, at mindre end 5 ud af 1.000 børn og unge havde en psykiatrisk debut i 2008, mens dette kun var gældende for 2 kommuner i 2018.

Figur 1.1

Antal børn og unge med debut i psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner 2018



2008



Anm.: Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. Læsø og Samsø indgår ikke på grund af få observationer. Kommunerne er inddelt efter samme intervaller i de to kort. Nærmere afgrænsning af opgørelserne fremgår af rapporten og af Bilag 5 – Metode.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Stigningen i antallet af børn og unge med første kontakt til psykiatrien skal blandt andet ses i lyset af gradvis udvidelse af udrednings- og behandlingsrettighederne, udbygning af kapaciteten i det psykiatriske sygehusvæsen og nedbringelse af ventetiderne i børne- og ungdomspsykiatrien. Disse ændringer har gjort det muligt at undersøge og behandle flere patienter.

Det skal samtidigt også ses i lyset af udviklingen i øvrige behandlingstilbud. Man kan overordnet sige, at de mest komplekse psykiske problemer skal behandles i børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusregi, mens øvrige problemer kan behandles i praksissektoren eller i kommunerne. Hvorvidt børn og unge med samme psykiske problemer behandles i praksissektoren eller på et psykiatrisk sygehus kan blandt andet afhænge af udbuddet af de praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien og ventetiden hertil, men også af i hvor høj grad den alment praktiserende læge tilbyder samtaleterapi, hvorvidt børnene opfylder kriterierne for at modtage psykologhjælp, samt hvilke indsatser der findes og tilbydes i barnets bopælskommune.

Kaster man blikket på udviklingen i antallet af børn og unge med første kontakt de øvrige dele af sundhedsvæsenet, der kan relatere sig til behandling af børn og unge med psykiske problemer, kan der generelt ikke konstateres en lignende stigning over de seneste 10 år – det er snarere omvendt. Bortset fra en moderat stigning i antallet af børn og unge med første kontakt til praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, er der sket et decideret fald i antallet af børn og unge, der for første gang modtager samtaleterapi i almen praksis, psykologhjælp eller er i kontakt med somatisk sygehus med en psykiatrisk diagnose. Analysen indikerer, at der over de seneste 10 år sket et skift fra behandlingen af børn og unge med psykiske problemer fra mindre specialiseret behandling til mere specialiseret behandling, og udviklingen i antallet af børn med debut i sygehuspsykiatrien skal ses i det lys.

### **Store geografiske forskelle i antallet med psykiatrisk debut og perspektiver herpå**

Retter man blikket mod i dag, kan der konstateres forskelle på tværs af landet i forhold til antallet af børn og unge med psykiatrisk debut. Variationen mellem regionerne går fra 8 ud af 1.000 børn og unge til omkring 10 ud af 1.000 børn og unge, der debuterer i psykiatrien i 2018. Det svarer til en forskel på 25 pct. fra regionen med flest debuterende børn til regionen med færrest debuterende børn og unge.

Som det fremgik af danmarkskortet gør forskelle sig endnu mere gældende på tværs af kommuner. I de 10 kommuner med det laveste antal børn og unge med psykiatrisk debut pr. 1.000 0-17-årige havde mellem 4 og 7 ud af 1.000 haft psykiatrisk debut i 2018. I de 10 kommuner med det højeste antal pr. 1.000 0-17-årige havde mindst 13 ud af 1.000 den første psykiatriske kontakt i 2018.

Forskelle på tværs af kommuner og regioner i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut relativt til alle 0-17-årige kan ses i lyset af en række forskellige faktorer. Forskelle i den psykiatriske kapacitet og forskellig visitationspraksis i de enkelte regioner kan være nogle af de faktorer, der spiller ind. Forskelle i organisering af behandlingen af børn og unge med psykiske problemer mellem praksis- og sygehussektor er en anden relevant faktor. Kommunal henvisningspraksis, sociale indsatser og tilbud målrettet udsatte børn og unge samt indsatser i regi af pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) kan også have indflydelse på de geografiske forskelle i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut.

### **Det første år i psykiatrien – forskelle i aktivitet og ydelser på tværs af regionerne**

Analysen viser, at der er store forskelle på tværs af kommunerne, i forhold til om det er almen praksis eller kommunale medarbejdere, der typisk henviser børn og unge til udredning og behandling i

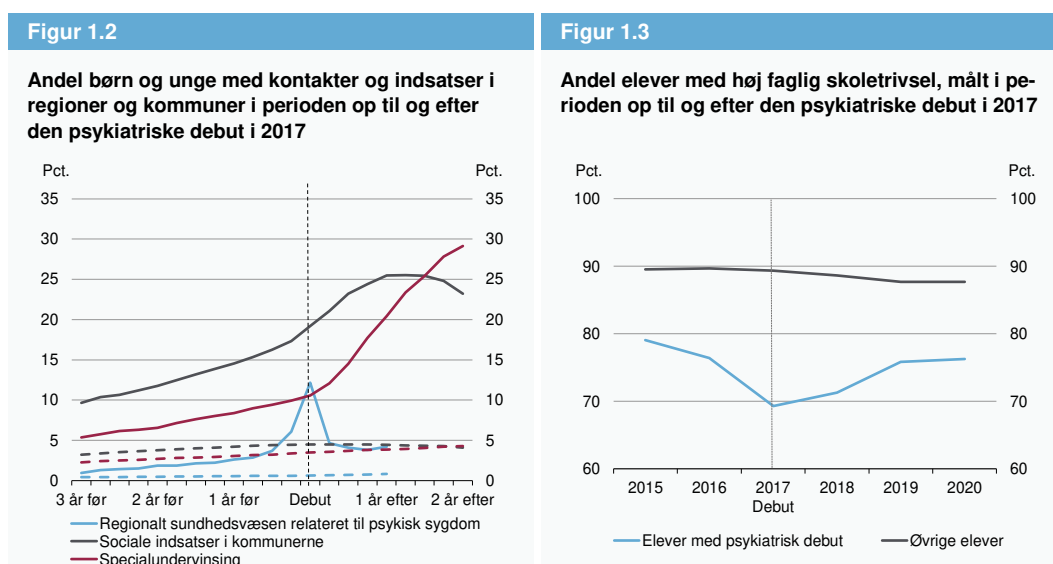
det psykiatriske sygehusvæsen. Fokuserer man på henvisninger fra kommunen i perioden 2016-18, har de 10 kommuner, der relativt set henviser mindst, henvist mellem 6 og 21 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien. I den anden ende af skalaen har de 10 kommuner der relativt set henviser mest, henvist mellem 60 og 71 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien.

Endvidere viser analysen, at de fleste børn og unge debuterer med et ambulante besøg, mens kun ganske få bliver indlagt. I 2018 var det første møde med sygehuspsykiatrien en planlagt kontakt for 85 pct. af børnene, mens det for de resterende 15 pct. var en akut kontakt. Det tal dækker over store regionale og kommunale forskelle. I Region Hovedstaden var det første møde med sygehuspsykiatrien eksempelvis akut for 24 pct. af børnene, mens det samme var gældende for 5 pct. af børnene i Region Midtjylland.

I rapporten kan du læse mere om den første tid i psykiatrien, herunder antal dage børn og unge med psykiatrisk debut i gennemsnit er i kontakt med sygehuspsykiatrien i løbet af det første år efter debuten, samt hvilke ydelser de tilbydes i forbindelse med ambulante besøg. Eksempelvis er børn og unge med diagnosen ADHD og bopæl i Region Nordjylland i gennemsnit i kontakt med sygehuspsykiatrien i mindre end 5 dage i løbet af det første år efter debut, men det tilsvarende i Region Midtjylland og Region Hovedstaden er henholdsvis 9 og 10 dage.

### Øvrige indsatser og "alarmklokker" i perioden omkring den psykiatriske debut

Der kan generelt konstateres forskelle på, hvorvidt, hvornår og hvordan barnet eller den unge person med psykiske problemer i perioden omkring den psykiatriske debut har været i kontakt med de forskellige dele af sundhedsvæsenet eller modtaget indsatser i kommunerne. Man kan helt overordnet konstatere, at forskelle i kontaktmønstret mellem børn og unge med psykiatrisk debut og de øvrige børn og unge gør sig gældende i flere år, det vil sige både i perioden inden og efter den psykiatriske debut. Samtidigt kan der for børn og unge med psykiatrisk debut konstateres en stigende andel med en kontakt eller indsats i en længere periode – men det tilsvarende gælder ikke de øvrige børn og unge, jf. figur 1.2.



Anm.: Perioden i figur 1.2 er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017. Se mere om afgrænsninger i rapporten og Bilag 5 – Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Styrelsen for It og Læring og egne beregninger.

For kontakter på sundhedsområdet sker denne stigning i perioden op til debuten, og andel med kontakt topes i debutkvartalet. Andelen der modtager indsatser på socialområdet og særligt andelen der er i segregeret specialundervisning, stiger i særlig høj grad i perioden efter den psykiatriske debut.

Konkret er andelen, der modtager sociale indsatser, stigende fra 3 år før den psykiatriske debut til 1 år efter den psykiatriske debut, hvor ca. 25 pct. af børnene har modtaget en forebyggende foranstaltning eller var i anbringelse, jf. figur 1.2. Stigningstakten er højest i løbet af kvartalene umiddelbart efter debuten. Det er samtidig bemærkelsesværdigt, at andelen der modtager segregeret specialundervisning først for alvor stiger efter den psykiatriske debut, og udgør ca. 30 pct. et år efter den psykiatriske debut.

I rapporten fokuseres der også på regionale og kommunale forskelle for så vidt angår disse indsatser. Disse forskelle fremgår også af bilagsmaterialet.

I denne analyse har vi også undersøgt nærmere hvilke negative hændelser i skoleregi der kan spores i perioden inden den psykiatriske debut, samt om der sker en forbedring i perioden efter den psykiatriske debut. Analysen viser det tidsmæssige sammenfald i udvalgte hændelser og den psykiatriske debut, men siger ikke noget om, hvorvidt disse hændelser gav anledning til at der blev igangsat konkrete indsatser – og i givet fald hvilke. En af de centrale hændelser eller såkaldte "alarmklokker" er elevernes trivsel i skolen. Knap 80 pct. af elever med psykiatrisk debut har omkring 2 år forud for den første kontakt i psykiatrien høj faglig trivsel, mens det tilsvarende blandt de øvrige elever er omkring 90 pct., jf. figur 1.3. Andel børn og unge med høj faglig trivsel falder, jo tættere man kommer på den psykiatriske debut og udgør omkring 70 pct. i perioden omkring debuten. Nogle af de øvrige "alarmklokker" er stigende elevfravær og skoleskift i perioden op til den psykiatriske debut.

I rapporten kan du også læse nærmere om i hvor høj grad og hvornår i forløbet omkring den psykiatriske debut, at der er tegn på, at myndighederne har modtaget en underretning. Analysen viser, at andel børn og unge med en underretning stiger i perioden op til den psykiatriske debut. To år inden debuten blev der underrettet om 4 pct. af børnene i løbet af et kvartal, stigende til knap 10 pct. af børnene i kvartalet inden debuten. I løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut blev der underrettet om 21 pct. af børnene.

### **Refleksionsspørgsmål**

Analysen giver anledning til, at regionerne og kommunerne vurderer organiseringen af indsatser, tilbud og praksis til børn og unge med psykiske problemer i egen region og egen kommune, samt overvejer, hvordan der i dag samarbejdes på tværs af indsatser inden for og mellem sektorområder. Det kan i den forbindelse være relevant for den enkelte kommune og region at stille sig selv nogle spørgsmål til refleksion som eksempelvis:

*Spørgsmål til regioner:*

- Hvilke refleksioner afstedkommer sammenligningen af jeres region med andre regioner i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut?
- Hvilke mulige forklaringer er der på jeres niveau og udvikling i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut?



*Spørgsmål til kommuner:*

- Hvilke mulige forklaringer er der på jeres kommunes placering på danmarkskortet i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut?
- Hvordan anvender I kompetencerne i PPR i forhold til børn og unge med psykiske problemer og hvilke perspektiver ser I her?

*Spørgsmål både til regioner og kommuner:*

- Hvordan er samarbejdet mellem jeres region og kommune? Foreligger der lokale aftaler omkring rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på tilrettelæggelse af indsatsen for barnet/den unge igennem hele forløbet?
- Hvordan kunne samarbejdet på tværs af sektorer styrkes, så børn, unge og familier med psykiske problemer i højere grad oplever en sammenhængende indsats?

I analysens sidste kapitel ses en række yderligere spørgsmål til inspiration.

**Kommende analyse: "Fra barn til voksen i psykiatrien"**

I analysen *Fra barn til voksen i psykiatrien*, som Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed udgiver i maj 2021, ser vi i nærmere på, hvor stor en andel af de børn, der er i psykiatrien som 13-17-årige, der også har kontakt til psykiatrien som unge voksne – på landsplan og på tværs af regionerne. Vi ser også på udviklingen over tid, og om de, der ikke er i psykiatrien som voksne, så har kontakt relateret til psykisk sygdom andre steder i sundhedsvæsenet.

## 2 Indledning

Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed har tidligere offentliggjort en analyse<sup>1</sup> af udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser, der viste at antallet af børn og unge med psykiske sygdomme som ADHD, autisme, angst og andre diagnoser modtaget i det psykiatriske sygehusvæsen er fordoblet i perioden 2009-19. Andre analyser finder lignende resultat. Senest viser en omfattende kortlægning<sup>2</sup>, at der samlet set er registreret store stigninger i Danmark over de seneste 20 år af børn og unge, som får stillet én eller flere psykiatriske diagnoser.

At flere og flere børn diagnosticeres, rejser en række nye spørgsmål vedrørende selve forløbet omkring den psykiatriske debut: Hvilke aktører henviser børnene, og hvad kendetegner den første tid i sygehuspsykiatrien? Hvor stor en andel modtager kommunale indsatser som forebyggende foranstaltninger og anbringelser samt segregeret specialundervisning, og hvornår i forløbet omkring den psykiatriske debut modtages disse indsatser? Hvor stor en andel har været i kontakt med det øvrige regionale sundhedsvæsen, som fx almen praksis, og hvornår i forløbet har der været en kontakt? Hvilke negative hændelser eller såkaldte "alarmklokker" som trivsel og elevfravær kan der spores i perioden inden den psykiatriske debut? Og hvilke forskelle er der på tværs af kommuner og regioner?

Formålet med analysen er at give kommunerne og regionerne viden om omfanget af børn og unge med psykiatrisk debut, og hvilke indsatser der igangsættes på tværs af landet, både *inden* og *efter* den første kontakt til sygehuspsykiatrien. For det første kan analysen anvendes af regioner og kommuner som afsæt til at overveje egen praksis og organisering i forhold til behandling og indsatser til børn og unge med psykiske problemer sammenlignet med andre. For det andet kan analysen anvendes som grundlag til at overveje om samarbejdet omkring børn og unge med psykiske problemer inden for og på tværs af sektorområderne kan styrkes yderligere.

I **kapitel 3** har vi undersøgt udviklingen i antal børn og unge med psykiatrisk debut på landsplan og på tværs af regioner og kommuner. I **kapitel 4** er fokus på henvisningspraksis og aktivitet i løbet af det første år i psykiatrien. I **kapitel 5** har vi sat fokus på forløbet op til og efter den psykiatriske debut med udgangspunkt i øvrige kontakter til sundhedsvæsenet og indsatser i kommunerne. I **kapitel 6** undersøger vi, hvilke negative begivenheder i skolealder børn og unge oplever i perioden op til den psykiatriske debut. I **kapitel 7** præsenteres en række spørgsmål til inspiration, som den enkelte kommune med fordel kan arbejde videre med ud fra resultaterne i nærværende analyse og de tilhørende bilag, der indeholder regionsspecifikke og kommunespecifikke figurer og nøgletal.

### **Se hvordan regioner og kommuner placerer sig**

- I bilag 1 "Sådan placerer din region sig" kan du finde de væsentligste resultater af analysen for din region.
- I bilag 2 "Sådan placerer din kommune sig" kan du finde de væsentligste resultater af analysen for din kommune.
- I bilag 3 "Regionspecifikke nøgletal" ses en række regionsfordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.
- I bilag 4 "Kommunespecifikke nøgletal" ses en række kommunefordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.

<sup>1</sup> Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2020): Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser

<sup>2</sup> Vidensråd for forebyggelse (2020): Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder.

## 3 Udvikling i antal børn og unge med debut i psykiatrien

I dette kapitel viser vi udviklingen i antal børn og unge med første kontakt til sygehuspsykiatrien i perioden 2008-18 på landsplan samt på tværs af regioner og kommuner. For at sikre en mere nuanceret forståelse for udviklingen undersøger vi også, hvordan udviklingen i en række øvrige relevante faktorer har været over samme periode. Det er faktorer som ændringer i lovgivningen, ventetid til udredning og behandling, udvidelse af personalemæssige ressourcer, forskelle i organisering og andre forhold vedrørende kommunal og regional praksis på området.

### 3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

---

- Antallet af børn og unge med første kontakt til sygehuspsykiatrien er steget fra ca. 7.500 i 2008, til ca. 10.700 i 2018. Målt ift. alle 0-17-årige svarer det til en stigning på knap 50 pct. over hele perioden. Stigning i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut skal ses i lyset af udvidelse af både udrednings- og behandlingsrettigheder og den personalemæssige kapacitet. Samtidigt viser analysen, at der generelt ikke er sket en lignende stigning i behandlingen af børn og unge med nyopståede psykiske problemer uden for sygehuspsykiatrien, hvilket indikerer, at der over de seneste 10 år er sket et skift fra behandlingen af børn og unge med psykiske problemer fra en mindre specialiseret behandling til en mere specialiseret behandling.
- På tværs af regioner er der forskelle på, hvor mange børn og unge der årligt debuterer i sygehuspsykiatrien. I 2018 havde 8 ud af 1.000 børn og unge fra Region Hovedstaden psykiatrisk debut, mens det tilsvarende var gældende for omkring 10 ud af 1.000 børn og unge i tre andre regioner – Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Nordjylland. I Region Midtjylland var niveauet i 2018 som på landsplan, på omkring 9 ud af 1.000 børn og unge.
- Forskelle i antallet af børn og unge, der debuterer i psykiatrien, gør sig endnu mere gældende på tværs af kommuner. I 2018 i de 10 kommuner med det laveste antal børn, der debuterer i psykiatrien, havde 4-7 ud af 1.000 børn og unge den første psykiatriske kontakt, mens i de 10 kommuner med flest debuterende børn og unge, havde mindst 13 ud af 1.000 børn og unge deres første psykiatriske kontakt.

---

#### DEFINITION

#### BØRN OG UNGE MED DEBUT I PSYKIATRIEN

---

Børn og unge med debut i psykiatrien er i denne analyse defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar, der i løbet af opgørelsesåret har sin første kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen. Alle børn og unge med første kontakt i sygehuspsykiatrien indgår i populationen, uanset om der kun var tale om en enkel kontakt eller et længere psykiatrisk forløb. Der er heller ikke krav til, at kontakten fører til en psykiatrisk diagnose for, at det enkelte individ tæller med i populationen.

---

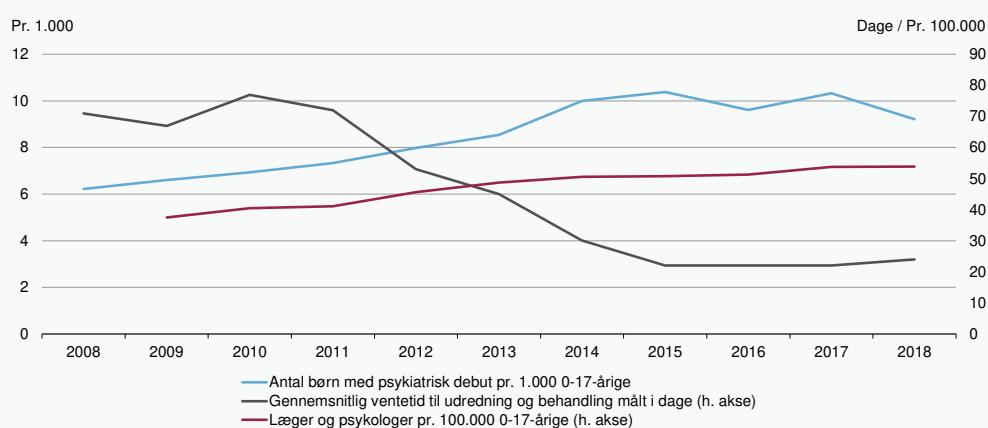
### 3.1 Udviklingstendenser på landsplan

Antallet af børn og unge, der årligt debuterer i psykiatrien, er steget fra ca. 7.500 i 2008, til ca. 10.700 i 2018. Godt 9 ud af 1.000 børn og unge havde dermed sin første psykiatriske kontakt i

2018, hvilket er en stigning på 48 pct. siden 2008, jf. figur 3.1. En nærmere undersøgelse af udviklingen viser, at stigningen er sket over de første 7 år, hvor antallet er steget med ca. 67 pct. i perioden 2008-15, mens antallet i perioden 2015-18 er faldet med 11 pct.<sup>3</sup> Flere børn og unge med første kontakt til psykiatrien, skal ses i lyset af en gradvis udvidelse af udrednings- og behandlingsrettigheder, udbygning af kapaciteten samt nedbringelse af ventetiderne i børne- og ungdomspsykiatrien, der har gjort det muligt at undersøge og behandle flere patienter, jf. boks 3.1. Udvidelse af rettighederne og kapaciteten har betydet, at ventetid til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien er faldet fra 71 dage i 2008 til 24 dage i 2018, mens antallet af læger og psykologer er steget med 44 pct. i perioden 2009-18.

**Figur 3.1**

**Udvikling i antal børn og unge med debut i psykiatrien, gennemsnitlig ventetid til udredning og behandling og antal læger og psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien, 2008-2018**



Anm.: Antal børn og unge med debut i psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar, der i løbet af året optræder i sygehuspsykiatrien for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige. Den gennemsnitlige ventetid til udredning og behandling af børn og unge i psykiatrien er opgjort i dage (højere akse). Antal læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatrien er muligt at opgøre fra 2009. Det er opgjort som fuldtidspersoner ansat i børne- og ungdomspsykiatrien opgjort pr. 100.000 0-17-årige (højere akse).

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og egne beregninger.

**Boks 3.1**

**Udvidelse af udrednings- og behandlingsrettigheder**

Den 1. august 2008 blev der indført en undersøgelsesret for børn og unge under 19 år, og i forlængelse heraf blev der den 1. januar 2009 indført en udvidet behandlingsret, såfremt bopælsregionen ikke kunne tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder. Disse rettigheder indebærer, at ved ventetider til undersøgelse og behandling på mere end to måneder, havde børn og unge under 19 år ret til undersøgelse på en privat klinik eller et hospital, som regionerne havde en aftale med. Fra september 2014 blev rettighederne ændret, således at alle psykiatriske patienter skulle være udredt inden for to måneder eller have en plan for det videre udredningsforløb. Fra september 2015 blev fristen sat til én måned. Pr. 1. oktober 2016 blev der desuden indført nye udrednings- og behandlingsrettigheder for både patienter med somatiske og psykiske sygdomme, herunder fik patienter, som regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede inden for 30 dage, ret til udvidet frit sygehusvalg.

De gældende rettigheder indebærer, at hvis sygehuset ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, skal det forsøge at få patienten udredt inden 30 dage på andre offentlige eller private sygehuse og klinikker. Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten inden for samme tidsfrist have modtaget en plan for den videre udredning.

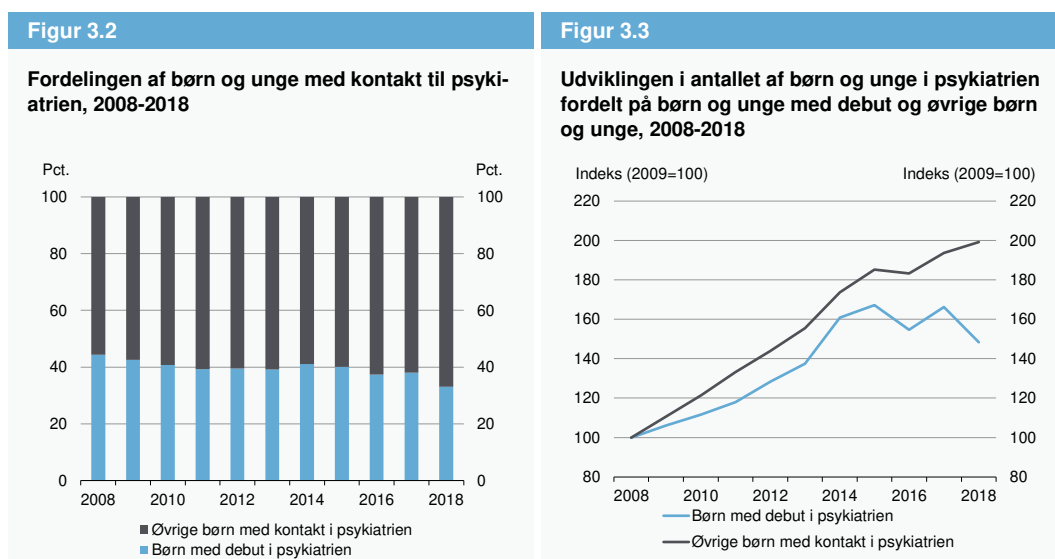
Kilde: Sundhedsstyrelsen 2011 - Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundheds- og Ældreministeriet (2018) – Styringsgennemgang af psykiatrien – Delafrapportering I

<sup>3</sup> Da analysen er lavet på baggrund af data for 2008-18 og dermed inden situationen med COVID-19, kan det dog ikke udelukkes, at der i disse og de kommende år vil ses en stigende antal børn og unge med psykiatrisk debut.

Selvom antallet af læger og psykologer er steget over de senere år, kan det dog bemærkes, at antallet af børn og unge med psykiatrisk kontakt og antallet ambulante kontakter er steget endnu mere<sup>4</sup>. Dermed er antallet af patienter pr. læge eller psykolog steget over en længere periode.

Flere og flere af børn og unge har psykiske sygdomme og har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Analysen "Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser"<sup>5</sup> viser, at stigningen i antallet af børn og unge med psykiske sygdomme først og fremmest er drevet af, at børn og unge i dag i højere grad er i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen end for 10 år siden. Analysen viste indikationer på, at udviklingen hverken var drevet af ændringerne i populationskarakteristika, eller at børn og unge i psykiatrien bliver i gennemsnit behandlet i længere tid i dag end tidligere – snarere tværtimod.

Denne analyse viser, at hver tredje af alle børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien i 2018 var børn og unge, der debuterede i psykiatrien, jf. figur 3.2. Det kan indikere, at en relativ stor del af aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien går på udredning og eventuelt behandling af nye psykiatriske patienter. I 2008 var andelen af børn og unge med debut i psykiatrien endnu højere, nemlig 44 pct. At andelen af børn med psykiatrisk debut trods alt er faldet over de seneste 10 år, kan ses i lyset af en stabilisering af antal debuterende børn, mens udviklingen i antallet af børn med kontakt i psykiatrien er fortsat stigende, jf. figur 3.3.



Anm.: Antal børn og unge med debut i psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar, der i løbet af året optræder i psykiatrien for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige. Øvrige børn og unge med kontakt til psykiatrien i opgørelsesåret er opgjort som 0-17-årige, som også før opgørelsesåret havde en psykiatrisk kontakt.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 3.2 Udviklingstendenser på tværs af regioner

På tværs af regionerne er der forskel på, hvor mange børn og unge der årligt debuterer i psykiatrien. I 2018 havde 8 ud af 1.000 børn og unge fra Region Hovedstaden psykiatrisk debut, mens det tilsvarende var gældende for omkring 10 ud af 1.000 børn og unge i tre andre regioner – Region

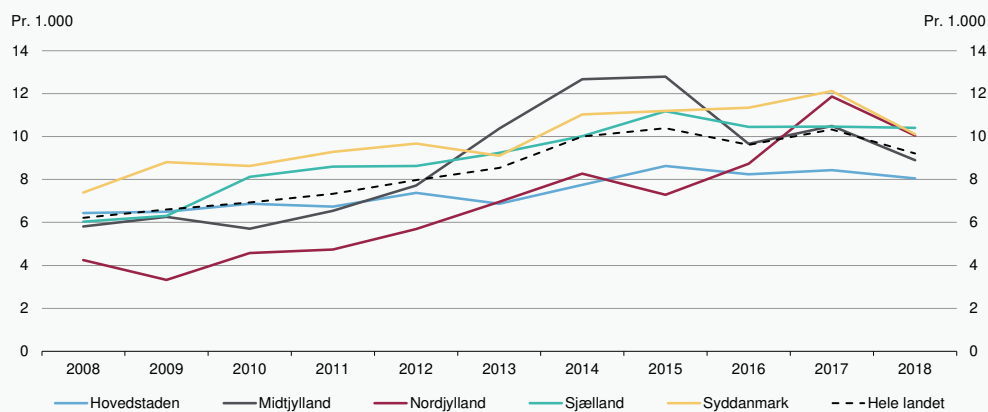
<sup>4</sup> Sundhedsministeriet (2018): Indblik i psykiatrien og sociale indsatser

<sup>5</sup> Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2020): Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser

Syddanmark, Region Sjælland og Region Nordjylland, jf. figur 3.4. I Region Midtjylland var niveauet i 2018 som på landsplan, på omkring 9 ud af 1.000 børn og unge.<sup>6</sup>

Figur 3.4

Udvikling i antal børn og unge med debut i psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på regioner, 2008-2018



Anm.: Børn og unge er inddelt efter bopælsregion.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Med mere end en fordobling, eller mere præcist en stigning på 136 pct. i perioden 2008-18, er antallet af børn og unge med psykiatrisk debut steget mest i Region Nordjylland. Over samme periode er antallet af børn med debut steget med 25 pct. i Region Hovedstaden og 37 pct. i Region Syddanmark. Det skal ses i lyset af, at der tilbage i 2008 debuterede flest børn i Region Syddanmark og færrest i Region Nordjylland. Analysen viser, at Region Nordjylland over en længere periode har indhentet niveauet i de andre regioner, og i 2018 var antallet af børn med psykiatrisk debut på nogenlunde samme niveau som i Region Syddanmark.

Udviklingstendenserne på tværs af regionerne synes at være sammenfaldene med udvikling i kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan for de enkelte regioner være relevant at sammenholde de tre nøgletal for udviklingen i henholdsvis antal børn og unge med psykiatrisk debut, antal læger og psykologer samt ventetid til behandling. Fx er ventetid til udredning og behandling højest i Region Nordjylland i alle årene siden 2011. Det skal bl.a. ses i lyset af, at regionen tilbage i 2008 havde færrest antal debuterende børn og unge relativt til alle 0-17-årige, og har i perioden 2008-2018 oplevet den største stigning i antallet af debuterende børn og unge. I dag er antallet med psykiatrisk debut i Region Nordjylland på et højere niveau end på landsplan. Den relativt høje ventetid og højt antal debuterende børn i dag sammenlignet med øvrige regioner skal måske også ses i lyset af, at selvom Region Nordjylland har tilført betydelig kapacitet siden 2009, er der stadig her færrest antal læger og psykologer pr. 100.000 børn og unge sammenholdt med de andre regioner. Det kapacitetsmæssige niveau af personalet kan på den ene side være en bevidst politisk prioritering, og på den anden side kan lokale udfordringer med fx rekruttering af de nødvendige personalemæssige ressourcer spille en rolle. I bilag 1 "Sådan placerer din region sig" og bilag 2 "Regionsfordelte nøgletal" kan du se de enkelte regioners nøgletal, herunder udviklingen i antal børn og unge med psykiatrisk debut, antal læger og psykologer og ventetid til behandling.

<sup>6</sup> Region Midtjylland oplevede en kraftig stigning i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut fra 2012 til 2014 på 64 pct. Fra 2015 til 2016 faldt antallet af børn og unge med debut med 32 pct. Vi har spurgt Region Midtjylland til denne udvikling, og der peges på en række forskellige faktorer, som har spillet ind: Dels en kontinuerlig og stor stigning i antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien; dels indførelsen af udrednings- og behandlingsrettigheder; og dels en satsuljeprosjekt i perioden 2013-15, hvor indsatsen blandt andet indebar, at stort set alle henvisninger skulle munde ud i en afklarende samtale, hvilket resulterede i en stor stigning i antal debuterende patienter og tilsvarende i antal kontakter i projektperioden.

Et andet aspekt, end forskelle i den psykiatriske kapacitet, der kan være med til at forklare forskelle i antal børn og unge med psykiatrisk debut mellem regionerne, er forskellig visitationspraksis i de enkelte regioner, jf. boks 3.2. Blandt andet kan forskelle i andelen af henvisninger der bliver tilbagevist være et af årsagerne til, at flere børn og unge debuterer i psykiatrien i fx Region Syddanmark end i Region Hovedstaden.

### Boks 3.2

#### Forskelle i visitationspraksis på tværs af regioner

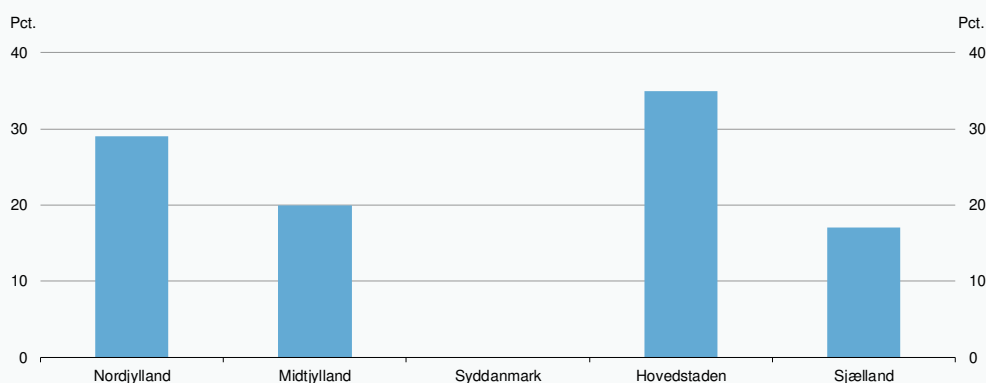
Børn og unge der henvises til den regionale psykiatri kan visiteres via visitationsenhederne eller fra akutmodtagelserne. Visitation i Region Syddanmark er decentralt placeret, mens visitation i de øvrige fire regioner er centralt placeret.

En kapacitetsanalyse af psykiatrien fra 2018 gennemført af KPMG & Struensee har vist, at der er forskelle på, hvordan visitationsenheder i de fem regioner visiterer patienter til psykiatrien. Dette omfatter både visitationspraksis og -procedurer, herunder brug af målgruppebeskrivelser samt visitationsmønstre for de tilbud, patienter visiteres til.

Baseret på 110 patienter i børne- og ungdomspsykiatrien fra alle 5 regioner, viser analysen, at der er forskelle på, hvor mange henvisninger, der tilbagevises eller annulleres på tværs af visitationsenheder i regionerne. En tilbagevisning indebærer, at henvisningen bliver sendt tilbage til den henvisende instans og den pågældende patient ikke bliver visiteret til psykiatrien. I Region Syddanmark blev alle de henviste patienter, der indgik i den omtalte analyse visiteret til psykiatrien, så der var ingen tilbagevisninger, mens i Region Hovedstaden blev 35 pct. af henviste børn og unge tilbagevist af visitationsenheden, jf. figur a. I Region Nordjylland blev 29 pct. tilbagevist, mens tilbagevisningsandelen i Region Midtjylland og Region Sjælland var henholdsvis 20 pct. og 17 pct.

Figur a

#### Andel tilbageviste henvisninger



Det fremgår af kapacitetsanalysen, at tilbagevisninger både kan være et udtryk for, at patienten ikke bør behandles i psykiatrien, men det kan også være udtryk for, at henvisningen er ufuldstændig. I analysen vurderes det, at der kan være et potentiale for at sikre mere ensartet visitationspraksis og forbedre samarbejdet mellem visitationsenhederne og primærsektor.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet (2018) – Styringsgennemgang af psykiatrien – Delrapportering II, KPMG & Struensee (2018) - Ledelsesresumé Kapacitetsanalyse af psykiatrien.

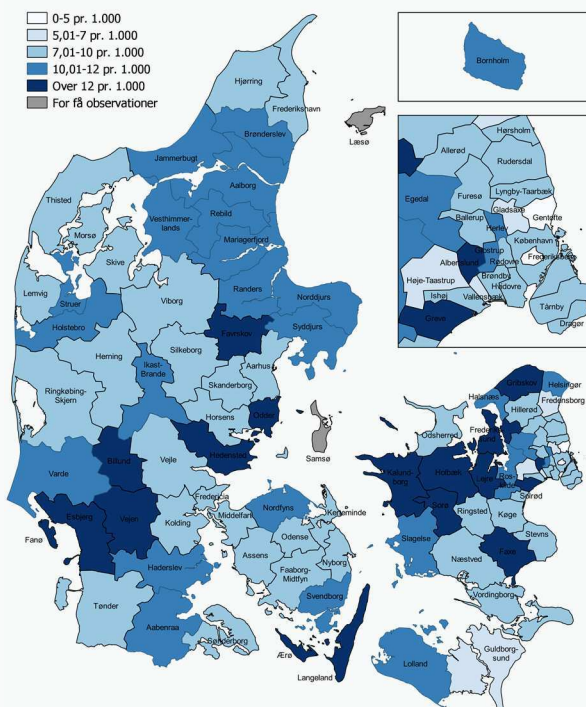
Forskelle på tværs af regionerne skal ud over de allerede nævnte faktorer også ses i lyset af forskelle i organisering af behandlingen i henholdsvis praksissektor og sygehussektor og forskelle i kommunale indsatser til børn og unge med psykiske problemer, jf. afsnit 3.4.

## 3.3 Udviklingstendenser på tværs af kommuner

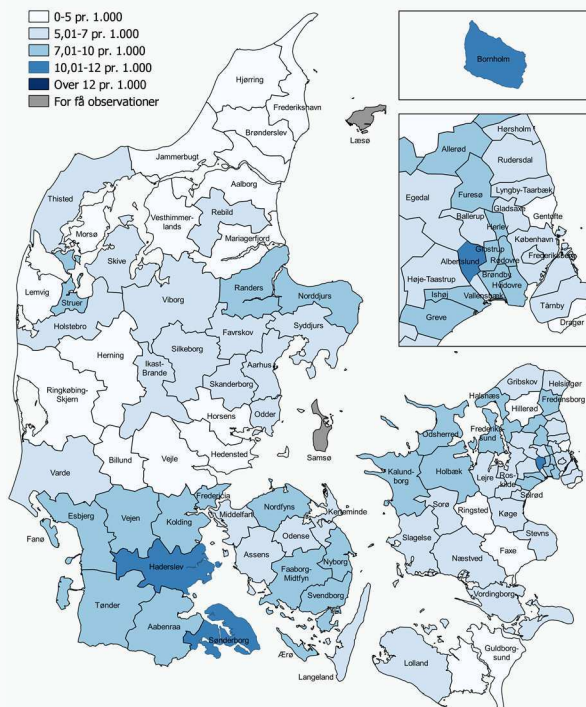
Forskelle i antallet af børn og unge, der debuterer i psykiatrien, gør sig endnu mere gældende på tværs af kommuner, jf. figur 3.5. I danmarkskortet ses nogle regionale tendenser, men der ses også forskelle mellem kommuner inden for samme region. Det gælder også nabokommuner og kommuner med nogenlunde samme socioøkonomi som fx Høje-Tåstrup Kommune og Glostrup Kommune.

Figur 3.5

Antal børn og unge med debut i psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner 2018



2008



Anm.: Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. Læsø og Samsø indgår ikke på grund af få observationer. Kommunerne er inddelt efter samme intervaller i de to kort.

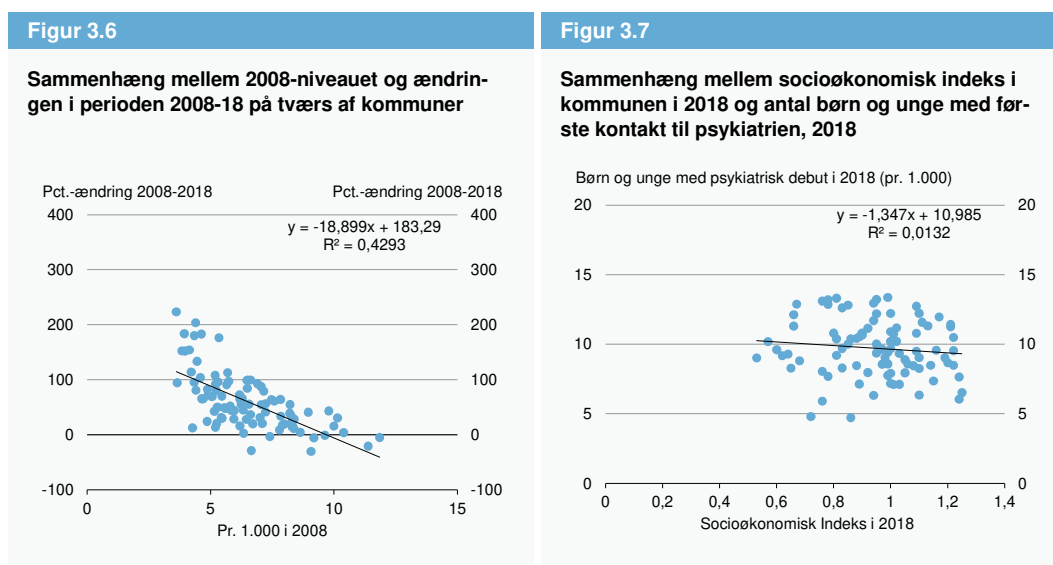
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



I de 10 kommuner med det laveste antal børn og unge med psykiatrisk debut pr. 1.000 0-17-årige havde mellem 4 og 7 ud af 1.000 haft psykiatrisk debut i 2018. I de 10 kommuner med det højeste antal pr. 1.000 0-17-årige havde mindst 13 ud af 1.000 den første psykiatriske kontakt i 2018.

Den generelle udvikling i antallet af børn og unge med debut i psykiatrien illustreres tydeligt med de to danmarkskort for henholdsvis 2008 og 2018 i figur 3.5. Tilbage i 2008 var det i 4 kommuner, at mere end 10 ud af 1.000 børn havde en psykiatrisk debut, mens dette var gældende i 44 kommuner i 2018. Ligeledes var det i 21 kommuner i 2008, at mindre end 5 ud af 1.000 børn og unge havde en psykiatrisk debut, mens dette var gældende for 2 kommuner i 2018.

Selvom langt de fleste kommuner har oplevet en stigning i antallet af børn og unge, der debuterer i psykiatrien i perioden 2008-18, er der betydelige forskelle på størrelsen af stigningen. I 14 kommuner har der således været tale om mere end en fordobling, mens stigningen i 13 kommuner har været under 20 pct., og 7 kommuner har oplevet et decideret fald, jf. figur 3.6 (y-aksen). Forskelle i udviklingen på tværs af kommuner skal blandt andet ses i lyset af det niveau, de enkelte kommuner havde tilbage i 2008. Der er tale om en stærk negativ korrelation mellem niveauet i 2008 og udviklingen i perioden 2008-18, jf. figur 3.6. Det betyder, at der er en generel tendens til, at kommuner, hvor relativt få børn og unge havde psykiatrisk debut tilbage i 2008, havde en større stigning i antallet der debuterede i perioden 2008-18 og omvendt.



Anm.: Hver prik illustrerer én kommune. Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. Læsø og Samsø indgår ikke i de kommunefordelte figurer på grund af få observationer. Kommuner med ekstreme værdier er udeladt. Det er Dragør Kommune i figur 3.6 og Ærø, Langeland, Lolland, Brøndby, Albertslund og Ishøj Kommune i figur 3.7. Korrelation mellem de to nøgletal i figur 3.6 er -0,7, mens korrelation i figur 3.7 er -0,1.

Kilde: Danmarks Statistik, Indenrigs- og Boligministeriets Kommunale Nøgletal samt egne beregninger.

Man kunne forestille sig, at forskelle i den socioøkonomiske sammensætning blandt befolkningen i kommunerne kunne være med til at forklare nogle af forskellene i antallet af børn og unge med debut i psykiatrien mellem kommunerne. Vi har derfor undersøgt, om der synes at være en sammenhæng mellem kommunens socioøkonomiske indeks og antallet af børn og unge med psykiatrisk debut. Der ses ikke en nævneværdig sammenhæng, jf. figur 3.7.

I bilag 3 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 4 "Kommunefordelte nøgletal" kan du se de enkelte kommuners nøgletal om antal børn og unge med første kontakt til psykiatrien.

## 3.4 Perspektiver på de geografiske forskelle

I dette kapitel så vi, at der synes at være et sammenfald i udviklingstendenserne mellem en række faktorer, der kan relateres til det psykiatriske sygehusvæsen og antallet af børn og unge med psykiatrisk debut. Det er faktorer som udvidelse af rettighederne, opbygning af de personalemæssige ressourcer og nedbringelse af ventetiderne. I kapitlet så vi også, at der synes at være en tendens til, at nogle kommuner og regioner har haft en stor stigning over de seneste 10 år og dermed har indhentet niveauet på landsplan.

Men der er fortsat betydelige forskelle på tværs af landet. Fx er niveauet i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut i 2018 noget lavere i Region Hovedstaden end i de andre regioner. En del af forklaringen kan være forskelle i adgangen til den psykiatriske behandling via regionale visitationskriterier som beskrevet i boks 3.2 ovenfor. Forskelle på tværs af kommuner og regioner både i udviklingen som i niveauet af børn og unge med psykiatrisk debut kan ud over de mere direkte forklaringer ses i lyset af en række andre, måske mere indirekte faktorer, herunder forskelle i organisering af de regionale og kommunale indsatser. I kapitel 7 har vi stillet en række spørgsmål til inspiration, som kommuner og regioner kan stille sig selv, herunder om organisering af behandlingsindsatser i sundhedsvæsenet, brugen af PPR-kompetencerne og samarbejdet om børn og unge med psykiske problemer på tværs af sektorer. I dette afsnit gennemgås disse indsatser med udgangspunkt i de umiddelbart tilgængelige data.

### **Øvrige indsatser i det regionale sundhedsvæsen til børn og unge med psykiske problemer**

Børn og unge med psykiske problemer kan ud over i sygehuspsykiatrien også få hjælp i praksissektoren, jf. boks 3.3. Generelt varetager børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet de mere komplicerede/specialiserede opgaver, herunder børn og unge med behov for tværfaglig udredning og behandling, mens de lettere problemstillinger kan varetages i praksissektoren og i kommunerne<sup>7</sup>. Alligevel kan der være regionale forskelle i organisering af behandling af børn og unge med psykiske problemer mellem henholdsvis praksis- og sygehussektor, hvilket kan have betydning for, hvor mange børn og unge der debuterer i sygehuspsykiatrien. Hvorvidt børn og unge med samme psykiske problemer behandles i praksissektoren eller på et psykiatrisk sygehus kan blandt andet afhænge af udbuddet af praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og ventetiden hertil, men også af i hvor høj grad den alment praktiserende læge tilbyder samtaleterapi og hvorvidt børnene opfylder kriterierne for at modtage psykologhjælp.

I forhold til udbuddet af praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri var der på landsplan i alt 16 praksis i børne- og ungdomspsykiatri i 2018, svarende til 15,3 fuldtidslæger, men disse er imidlertid ikke ligeligt fordelt på tværs af landet. I Region Nordjylland og Region Syddanmark var der under 1 fuldtidslæge pr. 100.000 børn og unge, mens der i Region Hovedstaden og Region Sjælland var næsten 2 fuldtidslæger pr. 100.000 børn og unge og dermed dobbelt så meget kapacitet. Den skæve fordeling af praktiserende speciallæger skyldes dels geografisk betingede rekrutteringsvanskeligheder, men også at nogle regioner bevidst benytter praktiserende speciallæger i højere grad end andre.<sup>8</sup> Ud over forskelle i kapaciteten af de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere er der også store forskelle i ventetiden til behandling hos de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Selvom der pr. 100.000 børn og unge var lige mange praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Nordjylland og Region Syddanmark, var ventetiden i den ene region 8 måneder, mens ventetiden i den anden region var 2 måneder. Mere om dette kan ses i boks 3.3.

<sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen (2019): Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri

<sup>8</sup> Sundhedsministeriet (2018): Svar til SUU S411.

### Boks 3.3

#### Øvrige indsatser i det regionale sundhedsvæsen målrettet børn og unge med psykiske problemer

Indsatser for børn og unge med psykiske lidelser foregår dels i primærsektoren (almen praksis, psykologhjælp, speciallægepraksis), dels i sekundærsektoren (sygehusvæsenet) og dels i kommunerne.

De privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere tilbyder udredning og behandling for en bred række af børne- og ungdomspsykiatriske lidelser, men ikke de mest komplicerede patienter, som kun behandles i den sygehusbaserede børne- og ungdomspsykiatri. Der er i alt 16 praksis i børne- og ungdomspsykiatri, svarende til 15,3 fuldtidspraktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Det tal har været nogenlunde stabilt over de sidste 10 år. Målt i forhold til børnetallet, svarer det til 1,3 psykiatere pr. 100.000 0-17-årige i 2018. Der er imidlertid betydelige regionale forskelle på kapaciteten, jf. tabel a.

Tabel a

#### Antal praktiserende læger i børne- og ungdomspsykiatri og gennemsnitlig ventetid fordelt på tværs af regioner, 2018

	Faktisk antal (fuldtidspersoner)	Antal opgjort pr. 100.000 0-17-årige	Gennemsnitlig ventetid (uger)
Hovedstaden	6,3	1,7	19,7
Midtjylland	3,0	1,1	32,6
Nordjylland	1,0	0,9	35,0
Sjælland	3,0	1,8	17,0
Syddanmark	2,0	0,8	8,0
<b>Hele landet</b>	<b>15,3</b>	<b>1,3</b>	<b>22,5</b>

Herudover varetager almen praksis initial undersøgelse og i nogle tilfælde behandling, opfølgning og kontrol af børne- og ungdomspsykiatriske sygdomme. Det er på baggrund af registerdata ikke muligt at opgøre årsagerne til patienternes henvendelse. Det er muligt at opgøre, hvorvidt enkelte personer har modtaget samtalerapi. Årsagen til samtalerapi kan skyldes symptomer på depression, angst, spiseforstyrrelse o.l., men også andre faktorer såsom stress, forældrenes skilsmisse, sorg mv.

En del børn og unge med psykiske forstyrrelser i bred forstand behandles desuden af praktiserende psykologer. Dog kan kun nærmere afgrænsede grupper af patienter efter henvisning fra praktiserende læge få offentligt tilskud til behandling hos en psykolog. Der er dog egenbetaling på området, der udgør 40 pct. af psykologens honorar. Børn og unge under 18 år kan få offentligt tilskud til psykologhjælp, såfremt de har været udsat for en alvorlig livsbegivenhed som fx ulykke, røveri, alvorlig invaliderende sygdom, pårørende ved dødsfald mv.

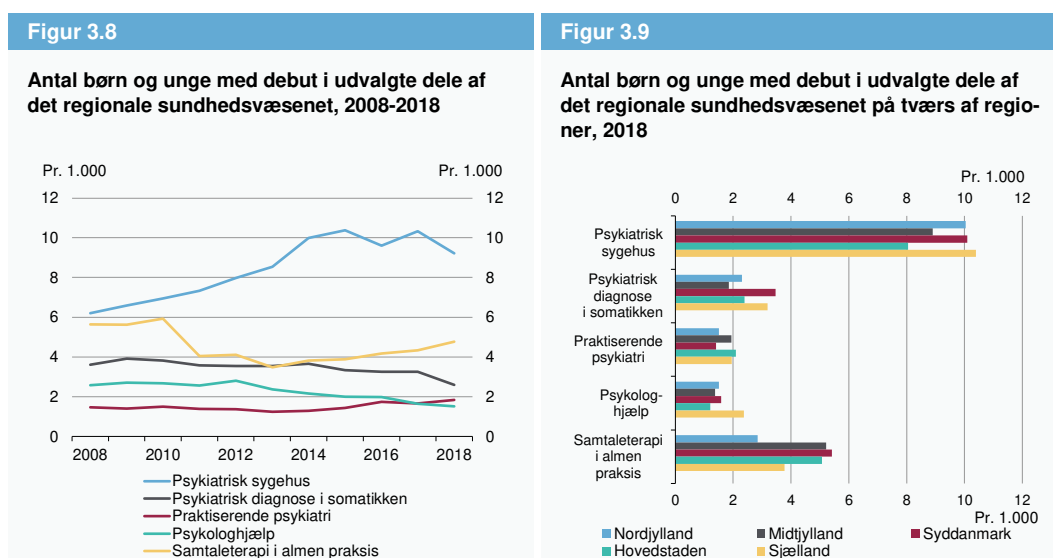
Børn og unge med psykiatriske diagnoser kan også blive behandlet på et somatisk sygehus. Det skyldes, at nogle diagnoser kan diagnosticeres og behandles i somatikken som fx tics og i visse tilfælde spiseforstyrrelser. En analyse viser, at omkring 20 pct. af børn og unge med psykiatrisk diagnose var udelukkende registreret med diagnosen på en somatisk sygehusafdeling. Over de seneste 10 år er denne andel imidlertid faldet fra ca. 30 til ca. 20 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2019): Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri. Sundhedsministeriet (2018): Indblik i psykiatrien og sociale indsatser. Ugebrevet A4. Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2020): Udviklingstendenser blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser. Danmarks Statistik, eSundhed og egne beregninger.

Når der kan være en vis substitution mellem praksissektoren og sygehussektoren i forhold til behandlingen af børn og unge med psykiske problemer er det relevant at undersøge udviklingen i de øvrige dele af det regionale sundhedsvæsen, der kan være relateret til behandlingen af psykiske sygdomme blandt børn og unge nærmere. Generelt er der ikke sket en lignende stigning i behandlingen af børn og unge med nyopståede psykiske problemer uden for sygehuspsykiatrien. Dog er antallet af børn og unge med første kontakt til praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri steget i perioden 2008-18 med 25 pct., jf. figur 3.8. Over samme periode har 15 pct. færre børn modtaget samtalerapi i almen praksis, 41 pct. færre børn har haft første kontakt til praktiserende psykolog og 28 pct. færre børn og unge har haft første kontakt til somatisk sygehus med en psykiatrisk diagnose. Analysen indikerer, at der over de seneste 10 år er sket et skift fra behandlingen af børn og unge med psykiske problemer fra en mindre specialiseret behandling (som fx almen praksis og psykologhjælp) til en mere specialiseret behandling (som psykiatrisk sygehus). Samme tendens finder vi i øvrigt i en anden analyse, hvor vi følger børn i kontakt med psykiatrien og under-

søger, om de også er i kontakt med psykiatrien som voksne. I den analyse finder vi, at en større andel af børn fra psykiatrien modtager indsatser på et højere specialiseringsniveau som unge voksne, end det tidligere var tilfældet. Læs mere herom i analysen "Fra barn til voksen i psykiatrien"<sup>9</sup>.

Det tyder desuden på, at der kan være visse variationer på tværs af regioner. Fx har forholdsvis få børn og unge fra Region Nordjylland og Region Sjælland modtaget første samtaleterapi i almen praksis i løbet af 2018, mens forholdsvis mange havde debut i sygehuspsykiatrien, og det modsatte er gældende for børn og unge i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, jf. figur 3.9. Til sammenligning er både antal børn og unge med første samtaleterapi i almen praksis og antal børn og unge med debut i sygehuspsykiatri i den høje ende i Region Syddanmark.



Anm.: Antal børn og unge med debut i de udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året optræder det pågældende sted for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige. Der kan generelt være overlap mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Faldet i andel med samtaleterapi i almen praksis fra 2010 til 2011 skyldes en ændring til overenskomsten for praktiserende læger, der betød, at udelukkende læger (og ikke eksempelvis sygeplejersker) måtte foretage samtaleterapi<sup>10</sup>.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det skal bemærkes, at der er et vis overlap mellem de forskellige behandlingsmuligheder<sup>11</sup>. Det viser, at mange børn og unge med psykiske problemer modtager tværfaglige og tværsektorielle indsatser. I kapitel 5 har vi derfor undersøgt nærmere, hvilke indsatser børn og unge har modtaget kvartal for kvartal i perioden omkring den psykiatriske debut.

### Kommunale indsatser til børn og unge med psykiske problemer

Udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatrisk debut samt forskelle mellem kommuner og regioner kan også afhænge af den kommunale praksis. Der kan være forskelle på tværs af kommuner i forhold til, hvor mange børn der af kommunen henvises til regional psykiatri. Dette behandles nærmere i kapitel 4. Niveaulet af kommunale henvisninger kan afhænge af den konkrete henvisningspraksis samt hvilke indsatser og tilbud der findes i nærmiljøet, jf. boks 3.4. Det er blandt andet

<sup>9</sup> Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (offentliggørelse maj 2021): Fra barn til voksen i psykiatrien.

<sup>10</sup> Udvalget om Psykiatri (2013): Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2

<sup>11</sup> En nærmere undersøgelse af dette viser, at omkring hver tiende af de børn, der debuterer i psykiatrien, har også været i kontakt med somatikken med en psykiatrisk diagnose i samme år som den første psykiatriske kontakt eller i årene før. Det tilsvarende tal for overlap med praktiserende psykiater er 5 pct., overlap med psykologhjælp er på 5 pct., mens overlap med samtaleterapi i almen praksis er 14 pct.

sociale indsatser målrettet udsatte børn og unge og indsatser i regi af kommunal pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR), der kan opspore og håndtere børn og unge med de mindre komplekse psykiske udfordringer som led i folkeskolens inklusionsdagsorden.

### Boks 3.4

#### Kommunale indsatser målrettet børn og unge med psykiske problemer

I kommunerne betegnes de indsatser, der har fokus på at undgå mistrivsel, som alment forebyggende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig, og mere omfattende indsatser bliver nødvendige.

Den kommunale sektor har en række opgaver målrettet udsatte børn og unge, herunder forebyggende foranstaltninger som fx fast kontaktperson, støtte, familierådgivning mv., samt mere indgribende foranstaltninger som fx anbringelser i enten familiepleje eller på døgninstitutioner.

Kommunerne er også forpligtet til at tilbyde pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) i forbindelse med afgørelser om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand. Der er dog praksis for, at PPR har en bredere og mere varierende opgaveportefølje i kommunerne i forhold til børn og unge. I nogle kommuner foretager PPR lettere behandlingsindsatser til børn og unge i psykisk mistrivsel. Som led i et satspuljeprosjekt er der i 2020 afsat midler til en styrket indsats i forhold til implementeringen af lettere behandlingsindsatser i regi af PPR, og Børne- og Undervisningsministeriet har udarbejdet faglige anbefalinger herfor.

Geografiske forskelle i praksis og udbud af de forskellige indsatser til børn og unge med psykiske problemer kan dermed også spille ind på forskelle i antallet af børn og unge, der debuterer i psykiatrien.

Vi har undersøgt, om der kan spores sammenhænge mellem kommunernes udgifter til udvalgte områder på børne- og ungdomsområdet og antallet af børn og unge med psykiatrisk debut. Der kunne spores en signifikant og moderat positiv korrelation på 0,26 mellem størrelsen på udgifterne til PPR i de enkelte kommuner og antallet af børn og unge der debuterer i de enkelte kommuner, jf. tabel a. Det indebærer, at der er en moderat generel tendens til, at kommuner med forholdsvis høje udgifter til PPR også har flere børn og unge med psykiatrisk debut end andre kommuner, jf. figur b. Da disse nøgletal ikke er renset for socioøkonomiske faktorer, kan det ikke udelukkes, at sammenhængen også kan være udtryk for, at kommuner med forholdsvis ressourcetsvage børn har flere udgifter til PPR.

Der er derimod ikke fundet nogen signifikant korrelation mellem kommunernes udgifter til folkeskoleområdet, anbringelsesområdet eller forebyggende foranstaltninger.

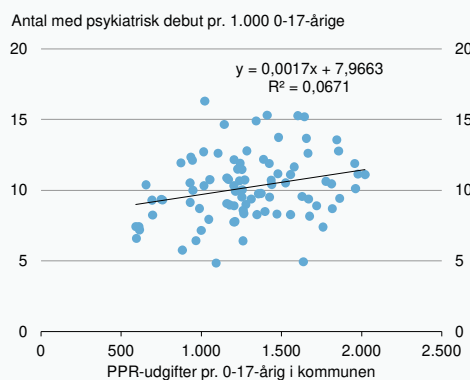
**Tabel a**

**Korrelation mellem kommunale udgifter til udvalgte områder på børneområdet og antal børn og unge med psykiatrisk debut i de enkelte kommuner, 2018**

Udvalgte områder	Korrelation
PPR	0,26**
Hele folkeskoleområdet	0,09
Forebyggende foranstaltninger	0,12
Anbringelser	0,05

**Figur b**

**Sammenhæng mellem udgifterne til PPR og antal børn med psykiatrisk debut i de enkelte kommuner, 2018**



Anm.: I tabel a angiver \*\* en sammenhæng på 5 pct. signifikansniveau. I figur b illustrerer hver prik én kommune. Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. Enkelte kommuner er udeladt af beregningerne enten på grund af få observationer, eller som følge af ekstreme observationer.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger. Sundhedsstyrelsen (2017): Forløbsprogram for børn og unge med hhv. ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse. Deloitte (2020) Undersøgelse af kommunernes pædagogisk psykologiske rådgivning. Børne- og undervisningsministeriet (2020): Faglige anbefalinger vedr. udvikling og implementering af lettere behandlingstilbud i PPR

## 4 Det første møde med psykiatrien

I dette kapitel kommer vi i dybden med forskelle i kommunal og regional praksis i forhold til børn og unge, der debuterer i sygehuspsykiatrien. Vi viser geografiske forskelle på, hvordan børn og unge kommer ind på psykiatrien, herunder hvilken aktør, der har henvist barnet eller den unge person, og måden den første kontakt starter på. Vi kigger også hen over det første år efter den psykiatriske debut og undersøger geografiske forskelle i sygehusaktiviteten og de konkrete ydelser de enkelte børn og unge modtager. Formålet er at vise, hvad der karakteriserer den første kontakt og det første stykke tid i sygehuspsykiatrien samt belyse eventuelle geografiske forskelle heri.

### 3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

---

- I 2018 var det første møde med psykiatrien en planlagt kontakt for omkring 85 pct. af børnene, mens det for de resterende 15 pct. var en akut kontakt. Det tal dækker over store regionale og kommunale forskelle. I Region Hovedstaden var det første møde med psykiatrien akut for næsten 24 pct. af børnene, mens det samme var gældende for 5 pct. af børnene i Region Midtjylland. Ser man på tværs af børnenes bopælskommuner, kan der konstateres store variationer inden for samme region.
- For alle kommuner gælder det, at langt de fleste debuterende børn og unge henvises til psykiatrien enten fra kommunen eller praktiserende læge, men på tværs af kommunerne er der stor forskel på, om det er kommunen eller lægen, der typisk foretager henvisningen. Fokuserer man på henvisninger fra kommunen i perioden 2016-18, har de 10 kommuner, der relativt set henviser mindst, henvist mellem 6 og 21 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien. I den anden ende af skalaen har de 10 kommuner, der relativt set henviser mest, henvist mellem 60 og 71 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien.
- Antal dage med kontakt til sygehuspsykiatrien afhænger blandt andet af den konkrete psykiske sygdom. Fx har børn og unge, der diagnosticeres med angst, i gennemsnit 15,7 kontaktdage over det første år efter den psykiatriske debut, mens børn og unge med ADHD i gennemsnit har 7,9 kontaktdage. Der er imidlertid store regionale forskelle på det gennemsnitlige antal kontaktdage inden for samme diagnose. Eksempelvis er børn og unge med diagnosen ADHD og bopæl i Region Nordjylland i gennemsnit i kontakt med sygehuspsykiatrien i mindre end 5 dage i løbet af det første år efter debut, men det tilsvarende i Region Midtjylland og Region Hovedstaden er henholdsvis 9 og 10 dage. Tilsvarende har børn og unge med angst i gennemsnit 21 kontaktdage i Region Hovedstaden mod 9 kontaktdage i Region Nordjylland.

---

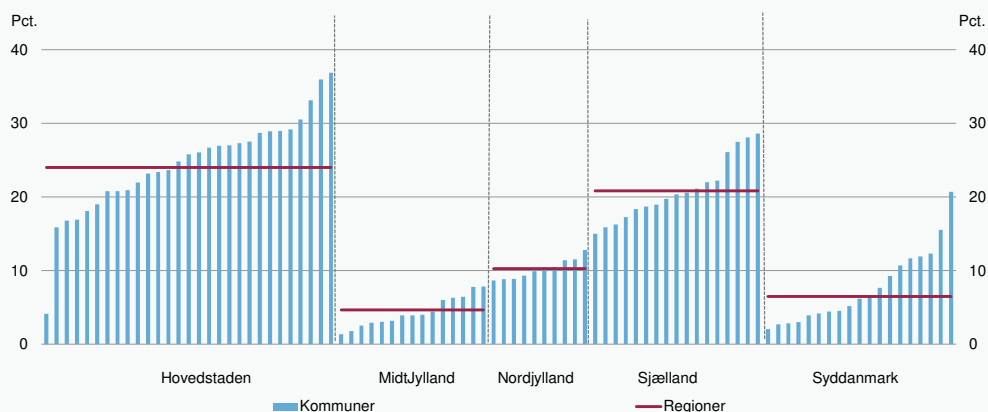
### 4.1 Den første psykiatriske kontakt

For langt de fleste børn og unge er den første kontakt med sygehuspsykiatrien et ambulante besøg, mens kun 2 pct. starter med at blive indlagt. For hovedparten af børnene og de unge er den første kontakt med psykiatrien en planlagt kontakt, mens omkring 15 pct. starter med at have en akut kontakt med sygehuspsykiatrien. Det tal dækker over store regionale og kommunale forskelle. Det første møde med sygehuspsykiatrien var akut for 24 pct. af børnene i Region Hovedstaden, mens det i Region Midtjylland var gældende for 5 pct. af børnene, jf. figur 4.1. Ser man på tværs af børnenes

bopælskommuner i Region Hovedstaden, er spændet mellem 16 og 37 pct. (fraset Bornholm Kommune, hvor 5 pct. af børn med psykiatrisk debut havde en akut kontakt). Tilsvarende variationer mellem kommuner inden for samme region gælder Region Syddanmark og Region Sjælland, mens der ikke er helt så store variationer mellem kommuner i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Figur 4.1

**Andel børn og unge med debut i sygehuspsykiatrien, hvor den første kontakt er akut fordelt på kommuner og regioner, 2018**



Anm.: Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. For at sikre robusthed er kommunale andele opgjort på baggrund af perioden 2016-18. Regionale andele er opgjort på baggrund af 2018.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

De store forskelle mellem kommuner og regioner i andelen af børn og unge med akut psykiatrisk debut giver anledning til at overveje, hvilke faktorer der kan ligge bag ved tallene. Nogle af de faktorer, der kunne spille en rolle er forskelle i opsporing, tidlige indsatser og henvisningspraksis i kommuner og almen praksis samt forskelle i den regionale visitationspraksis til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatri.

## 4.2 Henvisning til psykiatrien

### DEFINITION

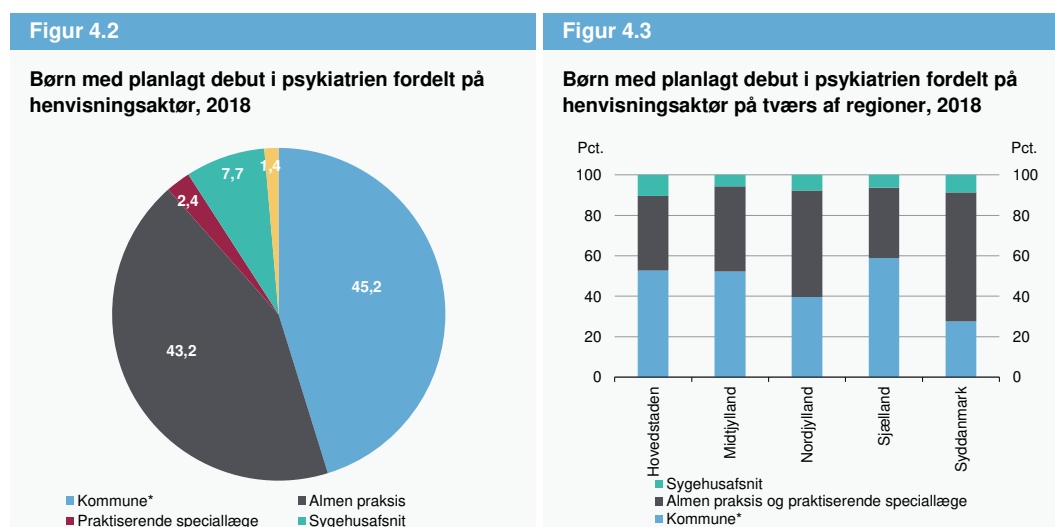
#### HENVISNING TIL SYGEHUSPSYKIATRIEN

Blandt de børn, der er blevet visiteret til psykiatrien, og som har en psykiatrisk debut, er det ved hjælp af landspatientregistret muligt at opgøre den henvisende aktør i alle fem regioner for de planlagte forløb. Det er muligt at registrere henvisningsaktøren som et andet sygehusafsnit, praktiserende læge, speciallæge og kategori "andet". Det er på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet, at "andet" hovedsageligt referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan dog ikke afvises, at der også er tilfælde, hvor "andet" referer til andre aktører, herunder henvisninger fra kriminalforsorgen, men det vurderes ikke at være tilfældet for særligt mange. Mere om opgørelsesmetoden kan læses af Bilag 5 – Metode.

Forskellige myndigheder kan henvise børn og unge til udredning og behandling på et psykiatrisk sygehus. Det er primært læger i sundhedsvæsenet (både i praksissektoren og sygehuslæger) og

kommunen, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), sagsbehandler i socialforvaltningen og sundhedsplejen<sup>12</sup>. Alle henvisninger behandles af regionale visitationsenheder, der tager stilling til, om det pågældende barn eller en den unge person skal visiteres til udredning eller behandling, eller om henvisningen afvises, jf. kapitel 3. Da det datamæssigt kun er muligt at opgøre den henvisende aktør for de planlagte forløb i alle fem regioner, er denne del af analysen, der handler om henvisninger, baseret på disse forløb.

Analysen viser, at langt de fleste børn og unge med en planlagt debut i psykiatrien i løbet af 2018 blev henvist af enten praktiserende læge eller af kommunen, jf. figur 4.2. De restende 10 pct. blev henvist af enten et sygehusafsnit eller praktiserende speciallæge, og for 1 pct. af henvisningerne var der ikke registreret en henvisende aktør.



Anm.: \* I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet at kategorien "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien.  
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

På tværs af regionerne er der forskel på, om det er praktiserende læge eller kommunen, der hyppigst henviser børnene. I Region Syddanmark blev 64 pct. af børnene og de unge med debut henvist af almen praksis, og 28 pct. blev henvist af kommunen, jf. figur 4.3. I Region Sjælland er fordelingen omvendt; 35 pct. blev henvist af almen praksis, og 59 pct. blev henvist af kommunen.

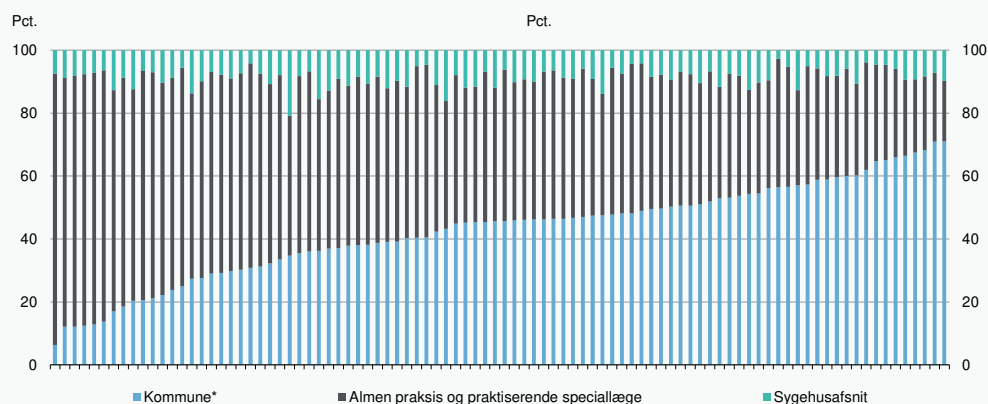
På tværs af kommunerne er der stor forskel på, om det er kommunen eller den praktiserende læge, der typisk foretager henvisningen til psykiatrisk sygehus. Fokuserer man på henvisninger fra kommunen i perioden 2016-18, har de 10 kommuner, der relativt set henviser mindst, henvist mellem 6 og 21 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien, jf. figur 4.4. I den anden ende af skalaen har de 10 kommuner, der relativt set henviser mest, henvist mellem 60 og 71 pct. af alle børn og unge fra kommunen med debut i psykiatrien. Der er også store variationer på tværs af kommunerne i forhold til andelen henvist fra et andet sygehusafsnit. I de 10 kommuner med lavest andel er det mellem 3 og 5 pct. af alle henviste børn, hvor det er et sygehusafsnit, der har henvist børnene, mens det tilsvarende i de 10 kommuner med højest andel er mellem 12 og 21 pct.

<sup>12</sup> Endelig kan nogle børn og unge debutere i sygehuspsykiatrien med en akut kontakt uden en forudgående henvisning fra kommunen eller praktiserende læge, altså børn og unge der kontakter den psykiatriske skadestue.



Figur 4.4

**Børn med planlagt debut i psykiatrien fordelt på henvisningsaktør på tværs af kommuner, 2016-2018**



Anm.: \*I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet, at "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det skal bemærkes, at når en kommune henviser relativt få børn og unge til psykiatrien, er det ikke nødvendigvis ensbetydende med, at kommunale myndigheder eller PPR ikke har været opmærksomme på det enkelte barn eller den unge person, men det er umiddelbart ikke muligt at undersøge nærmere i data. Det kan fx ikke udelukkes, at nogle kommuner vælger i højere grad end andre at bede forældrene om at praktiserende læge skal tilse barnet, og som efter en konsultation eventuelt henviser til psykiatrien. Bag kommunale forskelle i henvisningspraksis kan der i princippet ligge en række forskellige faktorer, herunder forskelle i kommunal opsporing og tidlige indsatser. Andre faktorer kan være forskelle i tilgængelighed af almen praksis og forskelle i andel tilbageviste henvisninger på tværs af de enkelte kommuner og almen praksis.

I kapitel 7 har vi stillet en række spørgsmål til de enkelte kommuner og regioner, som kan bruges som afsæt til at overveje egen praksis og til at indgå i dialog om samarbejdet på tværs af sektorer. I bilag 3 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 4 "Kommunefordelte nøgletal" kan du se de enkelte kommuners nøgletal, herunder henvisningspraksis i de enkelte kommuner.

## 4.3 Det første år med kontakt til sygehuspsykiatrien

### DEFINITION

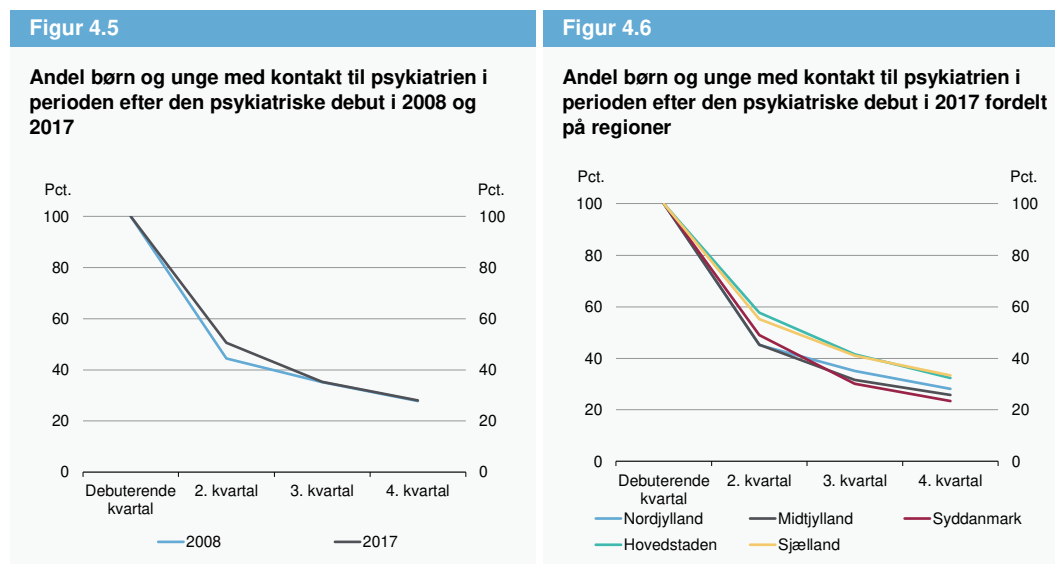
#### OPGØRELSE AF AKTIVITETEN

Et psykiatrisk sygehusophold kan opdeles i indlæggelser og ambulante ophold. I denne analyse har vi opgjort sygehusophold efter samme definition som Sundhedsdatastyrelsen. Når vi fordeler kontaktdage på henholdsvis sengedage (dage med indlæggelse) og ambulante ophold, har vi valgt at prioritere sengedage i de tilfælde, hvor en person både var indlagt og havde ambulante besøg på same dato. Har barnet været i kontakt med psykiatrien en given dato, indgår denne kontakt som én kontaktdag uafhængig af antal kontakter, varighed af kontakten eller typen af kontakten. Konkret har vi defineret to aktivitetsmål:

- 1) Andel med kontakt til psykiatrien: Kontakterne er grupperet kvartalsvis.
- 2) Gennemsnitligt antal dage i kontakt med psykiatrien over det første år efter den psykiatriske debut.

Måling af aktiviteten er en af de parametre, som kan beskrive den psykiatriske behandling i regionerne. I det følgende har vi kigget på aktiviteten i sygehuspsykiatrien i løbet af det første år efter den psykiatriske debut. For at kunne følge alle individer i et år, er fokus på børn og unge med debut

i 2017. Andelen med kontakt til psykiatrien falder gradvist i løbet af det første år efter den psykiatriske debut. I perioden 4 til 6 måneder efter den psykiatriske debut er det blot halvdelen af børnene, der stadig har kontakt med psykiatrien, og i perioden 7 til 9 måneder efter debuten er det 35 pct. af børnene, jf. figur 4.5. Der er generelt ikke store forskelle på andelen i kontakt blandt børn og unge, der debuterede i 2017 og i 2008.



Anm.: Andel med kontakt er opgjort inden for kvartalet. Andel med kontakt i fx 2. kvartal angiver, andel med kontakt til sygehuspsykiatrien 3-5 måneder efter den psykiatriske debut.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er en række forskelle på tværs af regioner, der gør sig gældende for den første tid i det regionale psykiatriske sygehusvæsen. Hen over det første år er generelt en højere andel i fortsat kontakt med psykiatrien i Region Hovedstaden og Region Sjælland end i de tre øvrige regioner. Kigger man fx på perioden 6-9 måneder efter debuten, er således mere end 40 pct. af børnene fortsat i kontakt med psykiatrien i de to regioner, mens det er ca. 30 pct. i Region Syddanmark og Region Midtjylland og 35 pct. i Region Nordjylland, jf. figur 4.6.

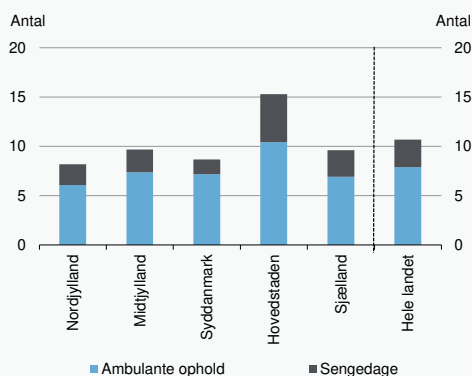
Samlet set over et helt år er børnene i gennemsnit i kontakt med psykiatrien i 10,7 dage fordelt på 7,9 dage med ambulant besøg og 2,8 dage indlagt (sengedage)<sup>13</sup>, jf. figur 4.7. Dermed foregår størstedelen af behandlingsindsatsen i børne- og ungespsykiatrien ambulant. Antal dage børn og unge er i kontakt med psykiatrien varierer på tværs af regionerne. Børn og unge med debut i psykiatrien i Region Hovedstaden er i gennemsnit i kontakt med psykiatrien 15,3 dage på et år, mens det tilsvarende er 8,2 dage for børn og unge i Region Nordjylland. Antal dage med kontakt til sygehuspsykiatrien afhænger blandt andet af den konkrete psykiske sygdom. Fx har børn og unge, der diagnosticeres med angst, i gennemsnit 15,7 kontaktdage over det første år efter den psykiatriske debut, mens børn og unge med ADHD i gennemsnit har 7,9 kontaktdage, jf. figur 4.8. Der er imidlertid store regionale forskelle på det gennemsnitlige antal kontaktdage inden for samme diagnose. Eksempelvis er børn og unge med diagnosen ADHD og bopæl i Region Nordjylland i gennemsnit i kontakt med sygehuspsykiatrien i mindre end 5 dage i løbet af det første år efter debut, men det tilsvarende i Region Midtjylland og Region Hovedstaden er henholdsvis 9 og 10 dage. Tilsvarende

<sup>13</sup> Blandt børn og unge med psykiatrisk debut i 2017 blev der i løbet af det første år efter den psykiatriske debut registreret ca. 1.100 indlæggelser og 33.600 sengedage, svarende til ca. 30 dage pr. indlæggelse. Omregnet til antal sengedage pr. barn med debut svarer dette til ca. 2,8 dage. Samme tendens, at relativt få børn og unge bliver indlagt i sygehuspsykiatrien men har forholdsvis lange indlæggelser gælder også øvrige børn og unge med psykiatrisk forløb. Se blandt andet Sundhedsministeriet (2018): Indblik i psykiatrien og sociale indsatser.

har børn og unge med angst i gennemsnit 21 kontaktdage i Region Hovedstaden mod 9 kontaktdage i Region Nordjylland.

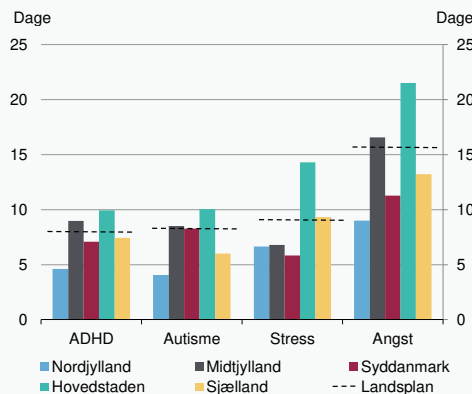
Figur 4.7

Gennemsnitlig antal ambulante besøg og senge-dage i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 på tværs af regioner



Figur 4.8

Gennemsnitligt antal kontaktdage i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 fordelt på udvalgte debuterende diagnoser på tværs af regioner



Anm.: Definition af kontakttypen følger Sundhedsdatastyrelsens nye definition: Sygehusophold på 12 timer eller derover defineres som indlæggelser, og for disse er der beregnet senge-dage mens ambulante ophold er sygehusophold på under 12 timer samt planlagte ambulante kontakter med mindst et besøg pr. dag. Kontaktdage angiver summen af senge-dage og ambulante ophold. Den konkrete afgrænsning af diagnoserne kan ses af bilag 5 – Metode.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### Planlagte ambulante besøg

Da langt størstedelen af aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien foregår ambulant, har vi i det følgende zoomet nærmere ind på de planlagte ambulante besøg. For disse er det muligt at dykke ned i indholdet af selve besøget og opgøre ydelser foretaget i forbindelse med ambulante besøg. Analysen viser, at der i 37 pct. af alle ambulante besøg indgår diagnostiske elementer i form af procedurer som psykologisk undersøgelse eller et diagnostisk interview, jf. tabel 4.1. Behandlings- og forebyggelsessamtaler indgår i 61 pct. af alle ambulante besøg, mens psykoterapi indgår i 16 pct. af besøgene.

Tabel 4.1

Andel af ambulante besøg fordelt på udvalgte ydelser blandt børn og unge i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 på tværs af regioner

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Diagnostik	38,6	51,5	38,2	31,9	37,1	46,6
Samtale	60,9	64,3	74,1	48,4	46,2	96,2
Psykoterapi	15,7	18,6	11,7	19,0	10,2	15,7
Dagbehandling	8,3	5,9	5,0	11,0	11,8	1,7
Psykoedukation	2,9	0,6	2,4	3,8	1,7	6,9

Anm.: Der er tale om udvalgte ydelser. Se Bilag 5 – Metode for konkret afgrænsning af ydelser. Et ambulant besøg kan indeholde flere forskellige ydelser, og summen af ydelser overstiger derfor 100.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Opgørelser af aktiviteten og ydelserne i løbet af det første år med kontakt til psykiatrien kan være med til at give større indsigt i den psykiatriske behandling på børne- og ungeområdet. Vi har taget

udgangspunkt i de procedurer, som er obligatoriske at registrere i forbindelse med planlagte ambulante kontakter<sup>14</sup>, og udvidet med koder, som anvendes hyppigt. Det kan generelt ikke udelukkes, at regionerne har forskellig registreringspraksis af de forskellige ydelser. De opgjorte ydelser er ikke udtryk for en udtømmende liste over, hvad der er sket i løbet af en konsultation. Der kan dels være forskelle på tværs af regioner, sygehuse og de enkelte læger i forhold til, hvor mange ydelseskoder man sætter på i løbet af et enkelt besøg. Der kan også være forskelle på tværs af regioner i forhold til, hvor mange koder der er muligt at anvende, alt efter hvilket registreringsystem der benyttes. Derfor skal forskelle mellem regionerne tages med visse forbehold. Med forbehold for eventuelle forskelle i registreringspraksis viser analysen, at under hver tredje ambulante besøg er relateret til diagnostik i Region Syddanmark, mens det tilsvarende gælder halvdelen af alle ambulante besøg i Region Nordjylland, jf. tabel 4.1. På tværs af regioner indgår psykoterapi i 10 til 19 pct. af ambulante besøg, psykiatrisk dagbehandling i 2 til 12 pct. af besøgene, mens psykoedukation indgår i knap 1 til 7 pct. af alle besøg.

### **En række refleksioner vedrørende regionale forskelle**

I analysen kan der konstateres en række regionale tendenser på tværs af de forskellige faktorer (blandt andet antal børn med debut, andel der tilbagevises, antal kontaktdage i psykiatrien), hvor særligt Region Hovedstaden og Region Syddanmark skiller sig ud i hver sin retning fra de øvrige regioner. Det kan konstateres, at det laveste antal af børn og unge med debut i sygehuspsykiatrien målt pr. 1.000 0-17-årige er i Region Hovedstaden, og det er den region, hvor flest henvisninger tilbagevises, samt den region med højest andel børn og unge med en akut psykiatrisk debut. Samtidigt er det en af de regioner med højest kapacitet af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, og sammenlignet med andre regioner er andelen af børn og unge, der modtager samtaleterapi i almen praksis, i den høje ende. Det kan også konstateres, at de børn og unge, der debuterer og bliver behandlet i sygehuspsykiatrien, bliver behandlet i længere tid over det første år og har også klart flest kontaktdage.

Det er generelt modsat i Region Syddanmark. Sammen med Region Sjælland og Region Nordjylland er det en af de regioner med det højeste antal af børn og unge med psykiatrisk debut målt pr. 1.000 0-17-årige, og det er den region, hvor henvisninger ikke bliver tilbagevist, samt den region med det laveste andel børn og unge med en akut psykiatrisk debut. Region Syddanmark har forholdsvis lav kapacitet af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, dog er andelen af børn og unge, der modtager samtaleterapi i almen praksis, i den høje ende sammenlignet med andre regioner. Det kan også konstateres, at de børn og unge, der debuterer og bliver behandlet i sygehuspsykiatrien, bliver behandlet i kortest tid i løbet af det første år og de har også næstfærrest kontaktdage.

På samme vis er det relevant at overveje, hvilke tendenser der gælder i de øvrige regioner. I bilag 1 "Sådan placerer din region sig" og bilag 2 "Regionsfordelte nøgletal" kan du se de enkelte regioners nøgletal. Opgørelserne kan bruges til at stille konstruktive spørgsmål ved egen organisering, visitations- og behandlingspraksis ved at se, hvordan det bliver gjort i andre regioner. I kapitel 7 har vi til inspiration samlet en række spørgsmål, de enkelte regioner kan bruge som afsæt til at overveje egen praksis og til at indgå i dialog om samarbejdet på tværs af sektorer.

---

<sup>14</sup> Der er taget udgangspunkt i "Fællesindhold 2019 / Vejledningsdel, Version: 2019-VEJL (gældende fra 1. januar 2019 til afslutning af indberetning til "LPR2"). De konkrete ydelseskoder er udvidet efter en konsultation med alle regioner. Det skal bemærkes, at der findes mange flere ydelseskoder, herunder koder om medicinsk behandling, andre former for terapi, pædagogiske interventioner med flere. Disse er ikke obligatoriske at registrere og der kan derfor både være tale om en underregistrering af ydelser, samt store forskelle i registreringen på tværs af regioner.

## 5 Indsatser i perioden omkring den psykiatriske debut

I dette kapitel undersøger vi, hvilke øvrige indsatser ud over kontakten til sygehuspsykiatrien har de enkelte børn og unge modtaget i perioden omkring den psykiatriske debut, og vi undersøger også regionale og kommunale forskelle heri. Vi fokuserer både på generelle indsatser i sundhedsvæsenet samt kontakter, der mere specifikt kan relateres til psykisk sygdom. Med udgangspunkt i de data, der umiddelbart er tilgængelige, undersøger vi også forløbet i kommunerne i perioden omkring den psykiatriske debut. Konkret er det forebyggende foranstaltninger, anbringelser samt segregeret specialundervisning.

### 3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

---

- Der kan generelt konstateres forskelle på, hvorvidt, hvornår og hvordan barnet eller den unge person med psykiske problemer i perioden omkring den psykiatriske debut har været i kontakt med de forskellige dele af sundhedsvæsenet eller modtaget indsatser i kommunerne. Forskellene gør sig gældende på tværs af indsatser, børnenes debutalders samt børnenes bopælskommune og region. Uanset indsats kan der dog konstateres en stigning i andelen med kontakt over en længere periode. For kontakter på sundhedsområdet sker denne stigning i perioden op til debuten, og andelen med kontakt toppe i debutkvartalet. Andelen der modtager indsatser på socialområdet, og særligt andelen, der er i segregeret specialundervisning, stiger for alvor i perioden efter den psykiatriske debut.
- Det er primært almen praksis, som børn og unge er i kontakt med i perioden omkring den psykiatriske debut. I løbet af kvartalet omkring debuten er det 7 ud af 10 af børn og unge, som også har været i kontakt med almen praksis, og i kvartalet før det er det 6 ud af 10. Dog er det kun en lille andel, der har haft en kontakt, hvor vi kan være rimelig sikre på, at det er relateret til psykisk lidelse. Fx har kun 7 pct. modtaget besluttet samtaleterapi i almen praksis i løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut, og i kvartalet før var det 3 pct.
- Andelen, der modtager forebyggende foranstaltninger, er stigende fra 7 pct. tre år inden den psykiatriske debut til 20 pct. ca. et år efter. Stigningstakten er højest i løbet af kvartalene umiddelbart efter den psykiatriske debut. Andelen, der modtager segregeret specialundervisning, stiger for alvor først et til to år efter debuten. Tre år inden den psykiatriske debut modtog 5 pct. af eleverne segregeret specialundervisning stigende til 10 pct. i løbet af det samme kvartal som den psykiatriske debut, mens to år efter debuten var dette gældende for lige knap 30 pct.

---

Kontaktmønsteret i perioden op til og efter den psykiatriske debut kan give en pejling af, hvor det eventuelt er muligt at sætte ind med forebyggende og støttende indsatser i kommunerne og regionerne inden den første psykiatriske kontakt, og hvor det kan være muligt at styrke indsatsen efter debuten. Forskelle mellem regioner kan derfor give anledning til at overveje, om man har organiseret sig hensigtsmæssigt i regionen, og om der kan være grundlag for at styrke forebyggende og støttende indsatser inden og/eller efter den psykiatriske debut både i kommuner og regioner. De store forskelle på tværs af kommunerne kan give anledning til at overveje eget niveau af sociale indsatser og segregeret specialundervisning i forhold til niveauet i andre kommuner.

## LÆSEVEJLEDNING

### SÅDAN HAR VI OPGJORT FIGURENE I DETTE KAPITEL

---

Forløbet i det regionale sundhedsvæsen og de kommunale indsatser før og efter den psykiatriske debut er illustreret ud fra andelen af børn og unge med kontakt kvartal for kvartal *før* debuten, i kvartalet *berørt* af debuten og i kvartalerne *efter* debuten. Kvartalet omkring den psykiatriske debut er afgrænset som perioden 1,5 måned inden og 1,5 måned efter selve datoen for debuten. For at kunne gå tilbage i tid i op til 3 år inden den psykiatriske debut er målgruppen i dette kapitel afgrænset til børn og unge i alderen 3-17 år, der har debut i sygehuspsykiatrien i løbet af 2017. Børn og unge følges mellem 1 til 2 år efter debuten alt efter datatilgængeligheden på de enkelte områder. Det gælder også de 17-årige, der på et tidspunkt fylder 18 år og bliver voksne.

For at have et sammenligningsgrundlag har vi sammenholdt kontaktmønstret for børn og unge med psykiatrisk debut med kontaktmønstret for øvrige børn og unge. For de børn og unge, der ikke debuterer i psykiatrien i løbet af 2017, er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017. I figurene er deres kontaktmønster angivet som stiplede linjer.

På det regionale sundhedsområde opgøres kontakter til de øvrige dele af det regionale sundhedsvæsen end det psykiatriske sundhedsvæsen ved at fokusere på det somatiske sygehusvæsen, almen praksis, praktiserende speciallæger og psykologhjælp.

Børn og unge, der modtager segregeret specialundervisning, er afgrænset som elever, der ikke får deres undervisning som en del af det almene undervisningsmiljø. De går i et specialtilbud i form af en specialklasse, specialskole eller en intern skole på et dagbehandlingshjem eller et opholdssted. For at kunne følge eleverne både inden og efter den psykiatriske debut er de afgrænset som elever, der går i 3.-7.-klasse på tidspunktet, de debuterer i psykiatrien.

---

## 5.1 Kontakter til det regionale sundhedsvæsen

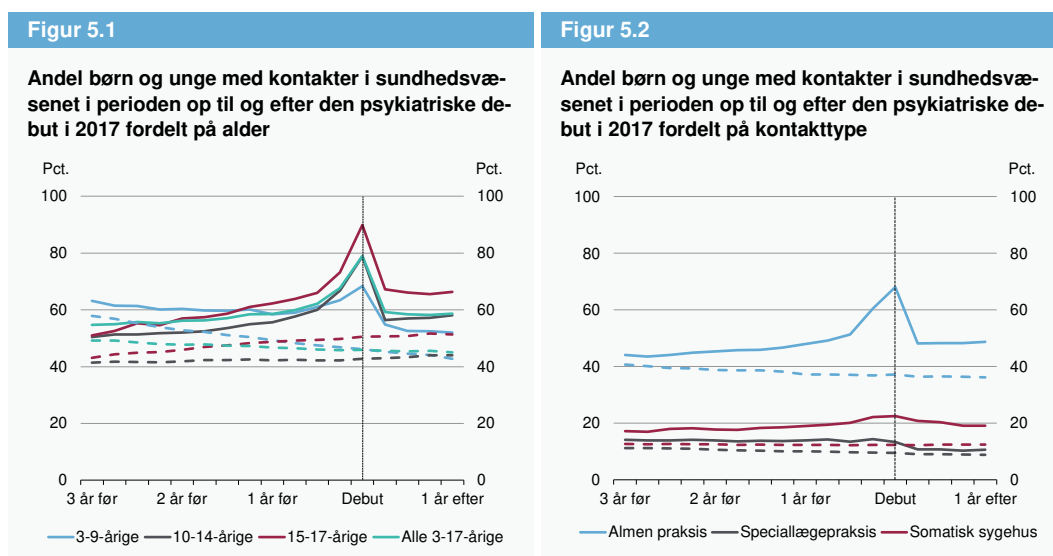
Ud over behandlingen i det psykiatriske sygehusvæsen kan indsatser på det regionale sundhedsområde for børn og unge med psykiske problemer foregå dels i primærsektoren (almen praksis, psykologhjælp, speciallægepraksis, herunder praktiserende psykiatere) og dels i sekundærsektoren (det somatiske sygehusvæsenet).

### Generelle kontakter til sundhedsvæsenet

Ser man på øvrige kontakter til sundhedsvæsenet end de psykiatriske kontakter, kan der konstateres en stigende andel med kontakt til det regionale sundhedsvæsen i perioden op til den psykiatriske debut. Andelen toppe i det kvartal, hvor den psykiatriske debut også finder sted, hvorefter den falder igen. I løbet af kvartalet omkring den psykiatriske debut har 8 ud af 10 af børnene været i kontakt med enten almen praksis, speciallægepraksis eller somatisk sygehus, jf. figur 5.1. Til sammenligning er under halvdelen af de øvrige børn og unge i kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af et vilkårligt kvartal i 2017. Merforbruget blandt børn med debut kan dermed opgøres til 33 pct.-point i det debuterende kvartal.

Der er forskelle på andelen med kontakt på tværs af aldersgrupper. Således har 9 ud af 10 af de 15-17-årige haft mindst én kontakt til det øvrige sundhedsvæsen i kvartalet omkring psykiatrisk debut, mens det tilsvarende er 7 ud af 10 blandt de 3-9-årige. Det er også værd at bemærke, at forskelle i kontaktmønstret mellem børn og unge med psykiatrisk debut og de øvrige børn og unge gør sig gældende allerede tre år inden, den psykiatriske debut finder sted. Det gælder børn og unge i alle aldersgrupper. Det er primært almen praksis, som børn og unge er i kontakt med i perioden omkring den psykiatriske debut, jf. figur 5.2. I løbet af kvartalet, hvor børnene har psykiatrisk debut, er

det 7 ud af 10 af børn og unge, som også har været i kontakt med almen praksis, og i kvartalet før er det 6 ud 10.



Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge i samme aldersgruppe. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

At en stor del af børn og unge med psykiatrisk debut har været i kontakt med almen praksis i perioden omkring debuten, samt at der er en tydelig forskel i kontaktmønstret sammenlignet med øvrige børn og unge, kan måske indikere, at almen praksis er opmærksom på mange af disse børn i perioden inden debuten. Det er imidlertid datamæssigt ikke muligt at afgrænse årsagen til henvendelserne i praksissektoren, da man fx ikke registrerer diagnoser. Derfor kan nogle af disse kontakter i princippet have handlet om helt andre problemer. Man kan som minimum udlede af disse opgørelser, at almen praksis i hvert fald har mulighed for at være opmærksom på mange af disse børn, i og med at de er i kontakt med børnene.

### Kontakter til sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer

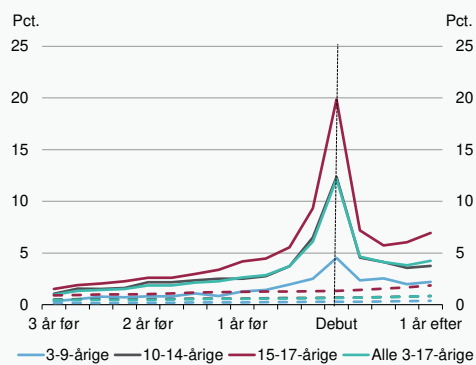
I det følgende har vi fokuseret på kontakter til de dele af det regionale sundhedsvæsen, der med en *vis sandsynlighed* kan relateres til psykisk sygdom. Det er samtaleterapi i almen praksis, psykologhjælp, kontakt til praktiserende speciallæge i børne-, ungdoms- og voksenpsykiatri samt kontakter til somatisk sygehus med psykiatrisk aktionsdiagnose (årsag til kontakten). Analysen viser, at lidt over hver tiende af børn og unge har haft kontakter til de dele af sundhedsvæsenet i løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut, mens det tilsvarende gælder for 6 pct. i løbet af kvartalet før, jf. figur 5.3. Der er dog forskelle på tværs af aldersgrupper. I løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut har næsten dobbelt så mange af de 15-17-årige haft mindst én kontakt til denne del af sundhedsvæsenet som de 10-14-årige.

En nærmere analyse af hvilke indsatser, børnene har modtaget, viser, at det primært er samtaleterapi i almen praksis (7 pct.), mens under 2 pct. har været i kontakt med praktiserende psykiatere, jf. figur 5.4.

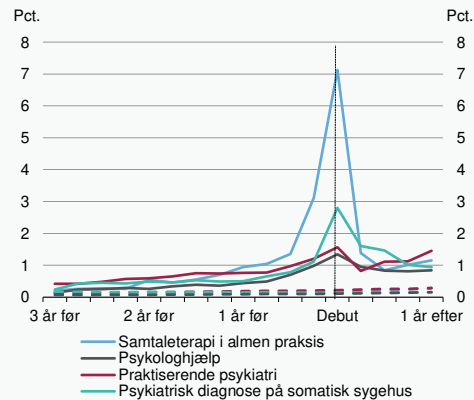
Analysen indikerer dermed, at selvom hovedparten af børn og unge har været i kontakt til sundhedsvæsenet umiddelbart inden den psykiatriske debut og i perioden omkring debuten, tyder det på, at kun en mindre del af dem decideret har modtaget terapi og behandlende ydelser.

**Figur 5.3**

**Andel børn og unge med kontakter i sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017 fordelt på alder**

**Figur 5.4**

**Andel børn og unge med kontakter i sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017 fordelt på kontaktype**



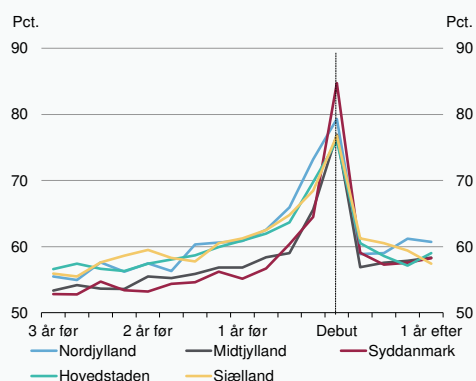
Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge i samme aldersgruppe. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

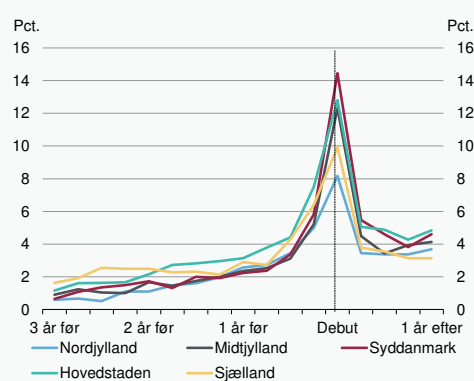
For alle regionerne kan der observeres en stigende andel med kontakt til det regionale sundhedsvæsen i perioden op til den psykiatriske debut. På tværs af regioner varierer andelen med kontakt til de øvrige dele af sundhedsvæsenet mellem 55 og 61 pct. et år inden debuten, mens variationen i samme kvartal som debuten er mellem 76 og 85 pct., jf. figur 5.5. Når man udelukkende fokuserer på kontakter relateret til psykiske problemer, er der meget begrænset variation mellem regionerne i perioden op til debuten. I samme kvartal som debuten varierer andelen med kontakt til denne del af sundhedsvæsenet dog mellem 8 og 15 pct., jf. figur 5.6.

**Figur 5.5**

**Andel børn og unge med kontakter i sundhedsvæsenet i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017 fordelt på regioner**

**Figur 5.6**

**Andel børn og unge med kontakter i sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017 fordelt på regioner**



Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I Bilag 2 kan man se regionsfordelte tal på tværs af de enkelte dele af sundhedsvæsenet. Opgørelsen viser, at der kan være visse forskelle på, hvilke dele af sundhedsvæsenet barnet har været i kontakt med i de enkelte regioner. Fx har 8 pct. af børn og unge fra tre af regionerne modtaget



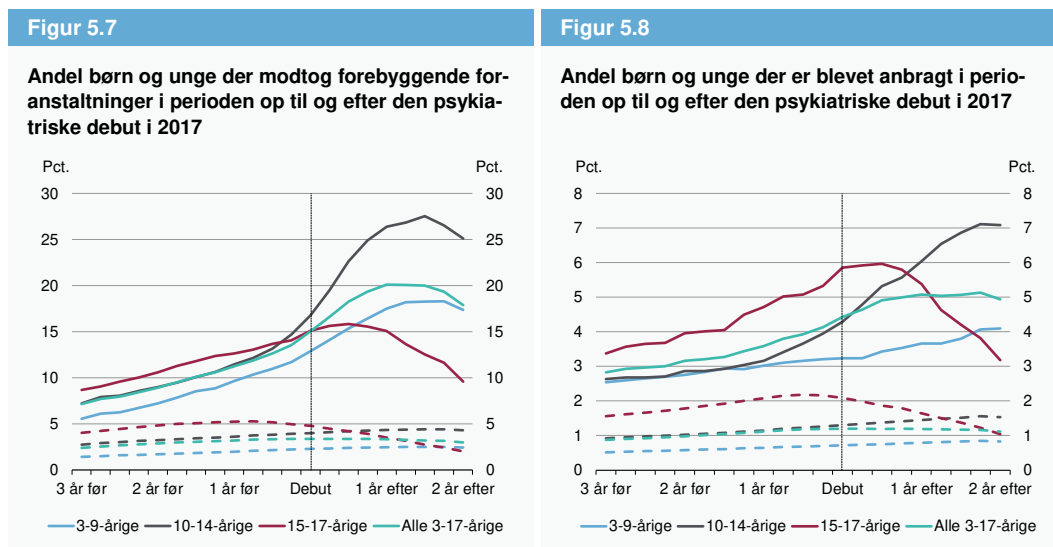
samtaleterapi i samme kvartal som den psykiatriske debut, mens det tilsvarende i de to andre regioner er henholdsvis 3 og 5 pct. På samme vis varierer andelen med kontakt til somatisk sygehus (uanset diagnose) på tværs af regionerne mellem 19 og 27 pct.

## 5.2 Kommunele indsætter

I det følgende er det undersøgt, hvorvidt børn og unge i perioden op til og efter den psykiatriske debut har modtaget udvalgte kommunale indsætter<sup>15</sup>. Det er datamæssigt umiddelbart muligt at opgøre andelen, der har modtaget forebyggende foranstaltninger, anbringelser og segregeret specialundervisning.

### Sociale indsætter

Analysen viser, at andelen, der modtager forebyggende foranstaltninger som fx fast kontaktperson, støtte og familierådgivning, er stigende fra 7 pct. tre år inden den psykiatriske debut til 20 pct. ca. et år efter den psykiatriske debut, jf. figur 5.7. Stigningstakten er højest i løbet af kvartalerne umiddelbart efter debuten. Til sammenligning har omkring 2 til 3 pct. af de øvrige børn og unge modtaget forebyggende foranstaltninger i løbet af et kvartal inden for en fireårig periode. Det indikerer, at kommunerne i langt højere grad er i kontakt med børn og unge med psykiske problemer allerede inden debuten, men i endnu højere grad efter debuten. I perioden inden den psykiatriske debut er der ikke store forskelle på andelen med forebyggende foranstaltninger på tværs af aldersgrupper, mens det gør sig gældende i perioden efter debuten. Et år efter debuten modtager 18 pct. af de 3-9-årige forebyggende foranstaltninger, mens det tilsvarende gælder 26 pct. af de 10-14-årige og 15 pct. af de 15-17-årige.



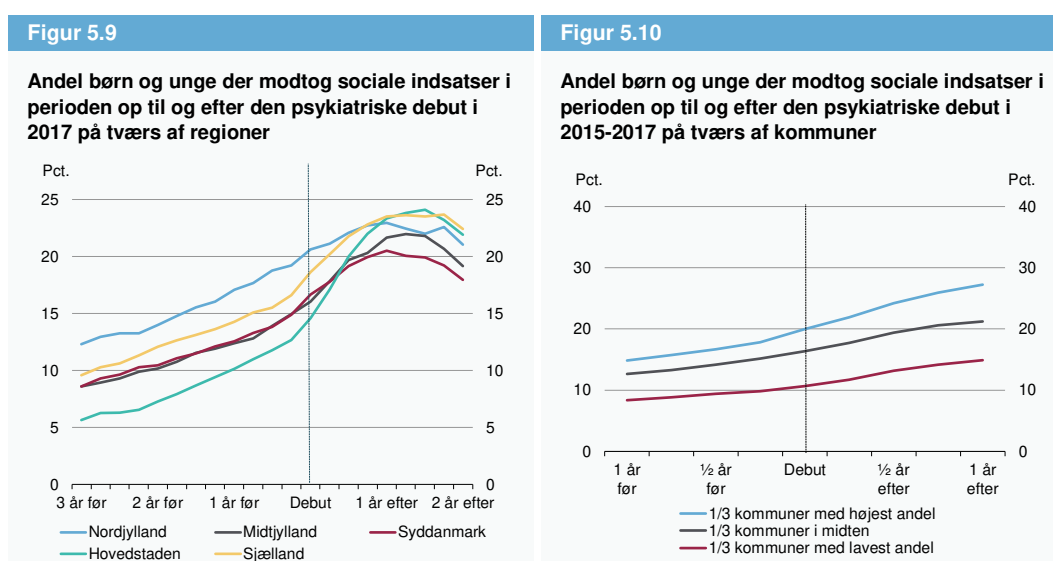
Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge i samme aldersgruppe. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

<sup>15</sup> Der findes ikke registerdata for alle de indsætter, børn og unge med psykiske problemer modtager. Kommunernes indberetninger af tidlige forebyggende indsætter, dvs. indsætter efter § 11 har frem til 1. juli 2020 været frivillig, og brugen vil derfor frem til denne dato være undervurderet i registerne. Der findes endnu ikke nationale registreringer af aktiviteten i PPR-funktionerne. I denne analyse er fokus derfor kun på forebyggende personrettede og familierettede foranstaltninger (eksklusiv §11-indsætter) samt anbringelse uden for hjemmet.

Andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, udgør knap 3 pct. tre år inden den psykiatriske debut stigende til 5 pct. et år efter debuten, jf. figur 5.8.<sup>16</sup> Til sammenligning er omkring 1 pct. af de øvrige børn og unge anbragt i løbet af et vilkårligt kvartal.

På tværs af regionerne er der forskel på, hvor stor en andel af børnene, der i perioden op til den psykiatriske debut har modtaget sociale indsatser (forebyggende foranstaltninger eller anbringelser), mens variationen bliver formindsket efter debuten. Fx er variationen mellem regionerne tre år før debuten mellem 6 og 12 pct., mens den et år efter debuten er mellem 21 og 24 pct., jf. figur 5.9. Figur 5.10 viser, at der er store forskelle på tværs af kommunerne i forhold til hvor stor en andel, der modtager sociale indsatser i perioden inden og efter den psykiatriske debut. Et år efter debuten modtog 27 pct. af børn og unge en social indsats i den tredjedel af kommunerne med den højeste andel, mens det tilsvarende var gældende for 15 pct. blandt den tredjedel af kommunerne med den laveste andel.



Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. I figur 5.10 er kommunerne inddelt i tre grupper efter andel, der modtog social indsats 1 år efter den psykiatriske debut.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### Segregeret specialundervisning

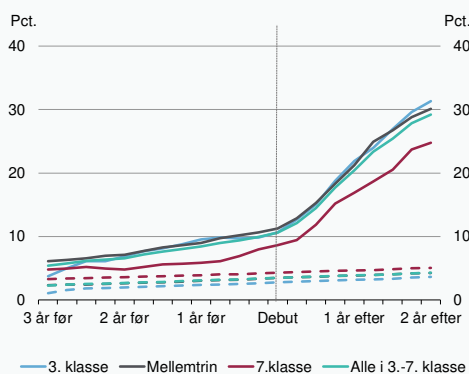
Henvielse til specialundervisning sker på baggrund af en konkret vurdering af det undervisningsmæssige behov og kan ikke alene ske på baggrund af en diagnose. Analyser viser, at betydeligt flere elever med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser modtager specialundervisning end øvrige elever<sup>17</sup>. Denne analyse viser, at andelen, der modtager segregeret specialundervisning, først for alvor stiger et til to år efter den psykiatriske debut. Tre år inden den psykiatriske debut modtog 5 pct. af eleverne specialundervisning stigende til næsten 10 pct. i løbet af det samme kvartal som den psykiatriske debut, mens to år efter debuten var dette gældende for lige knap 30 pct., jf. figur 5.11. Der er relativ stor forskel på tværs af kommunerne i forhold til hvor stor en andel af børn og unge med psykiatriske debut, der modtager specialundervisning 2 år efter debuten. Tallene varierer fra 20 til 40 pct. mellem den tredjedel af kommuner med henholdsvis højeste og laveste andel, jf. figur 5.12.

<sup>16</sup> Efter debuten falder andelen af de 15-17-årige, der er anbragt uden for hjemmet. Det skal ses i lyset af, at i takt med at flere af dem bliver 18 år ophører anbringelsen for en del af dem, der ikke modtager efterværn i forbindelse med anbringelse.

<sup>17</sup> Se fx Sundhedsministeriet (2018): Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien, og VIVE (2020): Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med funktionsnedsættelser.

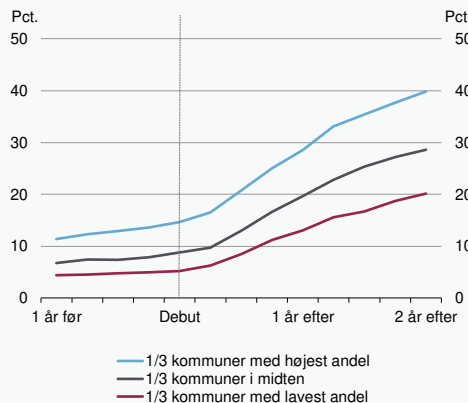
Figur 5.11

Andel elever der modtog segregeret specialundervisning i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017



Figur 5.12

Andel elever der modtog segregeret specialundervisning i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2015-2017 på tværs af kommuner



Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge i samme aldersgruppe. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017. Kommunerne er inddelt i tre grupper efter andel der modtog specialundervisning 2 år efter den psykiatriske debut.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Denne analyse viser dermed, at visitation til segregeret specialundervisning først for mange af eleverne med psykiske problemer sker i perioden *efter* den første psykiatriske kontakt. Det kan fx ikke afvises, at nogle af eleverne i perioden efter den psykiatriske debut har oplevet en reel forværring af deres psykiske funktionsevne. Da kommunal PPR er en af de aktører, der kan henvise børn og unge til psykiatrisk udredning og behandling, kan det heller ikke afvises, at henvisning til sygehuspsykiatrien i nogle tilfælde har været en del af den kommunale visitationsproces til segregeret specialundervisning. Og endelig kan det ikke afvises, at den psykiatriske debut *i sig selv* har været med til at øge elevernes sandsynlighed for at blive henvist til specialundervisning. En kortlægning<sup>18</sup> af kommunernes styring af specialundervisningsområdet viser, at 75 pct. af skolecheferne i stort eller i meget stort omfang oplever, at udviklingen i antal børn med psykiatriske diagnoser har lagt pres på specialundervisningsprocenten i deres kommune. Mange skolechefer oplever desuden, at forskellige psykiatriske diagnoser *i sig selv* øger elevernes sandsynlighed for at blive henvist til specialundervisning uafhængigt af barnets særlige udfordringer i den almindelige undervisning. Det kan være relevant for kommuner og regioner i fællesskab at afdække sammenhænge mellem segregeret specialundervisning og psykiatrisk debut og diagnosticering nærmere herunder overveje hvad der vil være det bedste for det enkelte barn, og hvordan de samlede kommunale og regionale ressourcer kan blive brugt bedst muligt på dette område.

#### Sammenhæng med socioøkonomiske rammevilkår

Vi har undersøgt i hvor høj grad de store forskelle mellem kommunerne hænger sammen med kommunernes socioøkonomiske rammevilkår. Der er fundet en moderat positiv korrelation mellem andel, der modtager sociale indsatser og kommunernes socioøkonomiske rammevilkår, samt en svag positiv korrelation mellem andel der modtager segregeret specialundervisning og kommunernes socioøkonomiske rammevilkår. Men sammenhængene er ikke stærke, så forskelle i socioøkonomiske rammevilkår forklarer langt fra hele forskellen mellem kommunerne. Mere herom kan læses i Bilag 5 – Metode.

<sup>18</sup> Indeks 100 på vegne af Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2020): Kommunernes styring af specialundervisningsområdet – Økonomimodeller, visitation og udgifter

## 6 ”Alarmklokker” på skoleområdet og underretninger

I dette kapitel har vi undersøgt nærmere hvilke negative hændelser på skoleområdet der kan spores i perioden inden den psykiatriske debut, samt om der sker en forbedring i perioden efter den psykiatriske debut. Vi har også undersøgt, hvorvidt og i givet fald hvornår i forløbet kommunen har modtaget en underretning om det enkelte barn eller den unge person. Analysen viser det tidsmæssige sammenfald i udvalgte hændelser og den psykiatriske debut, men siger ikke noget om, hvorvidt disse hændelser gav anledning til, at der blev igangsat konkrete indsatser – og i givet fald hvilke.

Formålet er at gøre relevante aktører i skolen, kommunen, almen praksis og andre myndigheder opmærksomme på nogle af disse såkaldte ”alarmklokker”, så de kan reagere i tide og give børn og unge den rette hjælp på det rette tidspunkt. For nogle af børnene vil den psykiatriske kontakt måske helt kunne undgås, og nogle børn og unge vil måske ikke opleve et lige så stort dyk i trivslen og stigningen i elevfraværet som i dag.

### 3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

---

- En af de ”alarmklokker” man kan være opmærksom på, er elevernes trivsel i skolen. Analysen viser, at to år inden den psykiatriske debut, har disse elever en lavere trivsel end de øvrige elever. Under 80 pct. af eleverne med psykiatrisk debut har i årene omkring den første kontakt i psykiatrien høj trivsel, mens mere end 90 pct. af de øvrige elever har høj trivsel. Til sammenligning har 86 pct. af de socialt udsatte elever høj trivsel. Dermed er flere børn og unge med psykiatrisk debut i dårlig trivsel end andre grupper elever. Analysen viser også, at andel elever med høj trivsel forbedres i årene efter den psykiatriske debut.
- En anden ”alarmklokke”, man kan være opmærksom på, er elevfraværet. Elever i 3.-7.-klasse med psykiatrisk debut har stigende elevfravær fra omkring et år inden debuten frem til selve kvartalet med den første psykiatriske kontakt, hvor elevfraværet udgør 10 pct. Til sammenligning har øvrige elever fravær på 5 pct. Elevfraværet er højere blandt 7.-klassens elever end blandt 3.-klassens elever – det gælder både børn og unge med psykiatrisk debut og øvrige børn og unge.
- Vi har også undersøgt i hvor høj grad og hvornår i forløbet omkring den psykiatriske debut er der tegn på, at myndighederne har modtaget en underretning om problemerne. To år inden debuten blev der underrettet om 4 pct. af børnene i løbet af et kvartal, stigende til knap 10 pct. af børnene i kvartalet inden debuten. I løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut blev der underrettet om 21 pct. af børnene. En nærmere analyse viser, at det dog primært er sket umiddelbart efter den psykiatriske debut, og at det er sundhedsvæsenet, der har foretaget underretningerne. Det indikerer, at det er på baggrund af kontakten i psykiatrien, at kommunen modtager en underretning.

---

Det kan bemærkes, at vi har forsøgt på tilsvarende vis at undersøge, om der kan spores udvikling i andre typer negative hændelser i perioden omkring den psykiatriske debut<sup>19</sup>. Undersøgelsen viste,

---

<sup>19</sup> Vi har blandt andet undersøgt forekomst af dødsfald eller alvorlig sygdom blandt forældre eller søskende samt en række negative socioøkonomiske begivenheder blandt forældrene såsom, hvorvidt de bliver dømt for kriminalitet, mister arbejde, gå fra hinanden, hvorvidt barnet flytter fra forældrene og barnet flytter adresse gentagene gange.

at børn med psykiatrisk debut i højere grad har været udsat for disse negative begivenheder, men det er ikke sådan, at man kan pege på et bestemt tidspunkt, hvor de negative begivenheder er indtruffet og dermed kunne decideret have været med til at udløse mistrivsel og psykiske problemer.

## 6.1 ”Alarmklokker” på skoleområdet

### DEFINITION

#### INDIKATORER PÅ SKOLEOMRÅDET

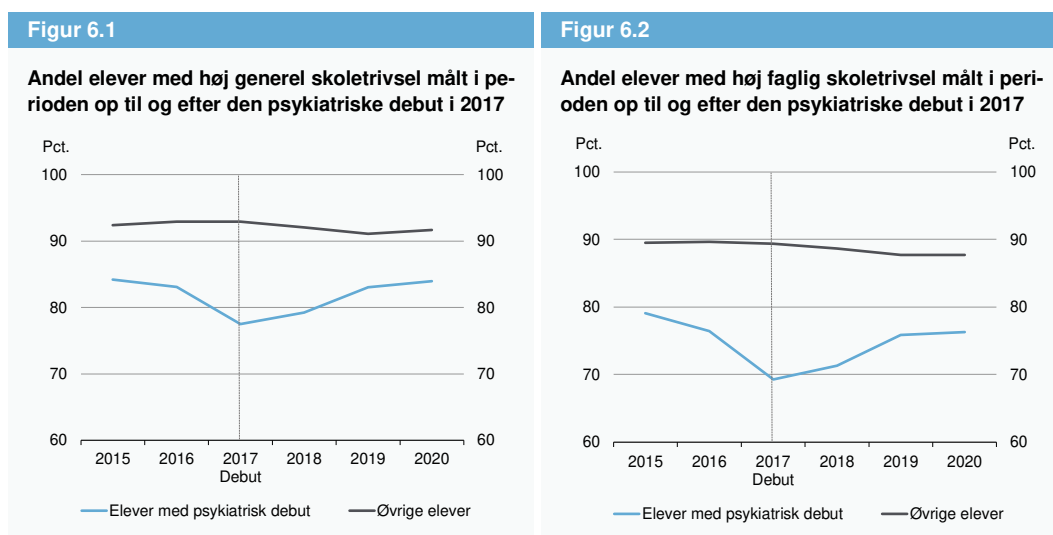
Populationen i denne del af analysen er afgrænset som elever på udvalgte klassetrin med psykiatrisk debut i løbet af 2017, og referencen er øvrige elever.

**Elevtrivsel:** Høj elevtrivsel defineres som andelen af elever med en trivselsscore over 3 på en skala fra 1-5 beregnet ud fra svar på trivselsundersøgelsen blandt 4.-9. klasses elever (foretages hvert år i maj/juni). I denne analyse er der fokus på generel skoletrivsel og faglig trivsel.

**Elevfravær:** Det er defineret som antal dages totalt fravær, herunder både lovligt og ulovligt fravær i løbet af et kvartal sat i forhold til det samlede antal skoledage i kvartalet. For elever med psykiatrisk debut er elevfraværet beregnet omkring datoen for den psykiatriske debut, og for øvrige elever er der udvalgt en tilfældig referencedato i 2017.

**Skoleskift:** Skoleskift er opgjort årligt, og det er afgrænset eksklusiv skift som følge af, at der ikke findes højere klassetrin på skolen (skoler uden fx udskoling), skift af adresse, skift til efterskole samt skift til og fra privatskole.

En af de ”alarmklokker” for elever i grundskolen, som man kan være opmærksom på, er elevernes trivsel i skolen. Både inden og efter den psykiatriske debut er trivslen for elever med første psykiatriske kontakt generelt lavere end for de øvrige elever. Det kan der være flere grunde til og skal måske netop ses i lyset af de psykiske problemer, som eleverne har. Omkring 77 pct. af elever med psykiatrisk debut har i året omkring den første kontakt i psykiatrien høj trivsel, mens 93 pct. af de øvrige elever har høj trivsel, jf. figur 6.1.



Anm.: Trivsel er baseret på elever, der i skoleåret 2016-2017 gik i 4.-9.-klasse. Høj elevtrivsel defineres som andelen af elever med en trivselsscore over 3 på en skala fra 1-5 beregnet ud fra svar på trivselsundersøgelsen blandt 4.-9.-klasses elever.

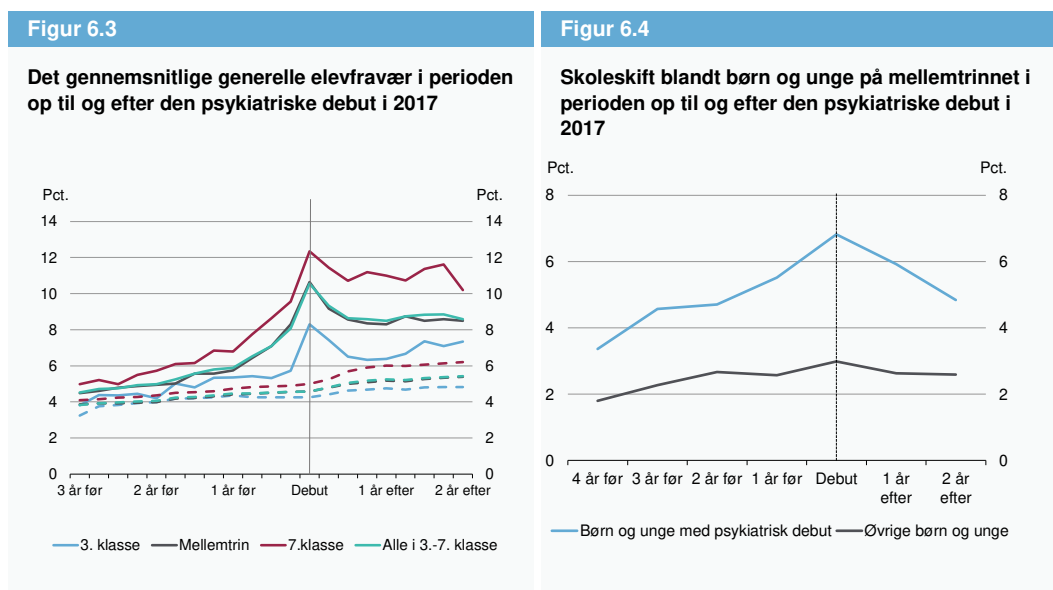
Kilde: Danmarks Statistik, Styrelsen for It og Læring samt egne beregninger.

Til sammenligning har 86 pct. af de socialt udsatte elever høj trivsel<sup>20</sup>. Dermed er flere børn og unge med psykiatrisk debut i dårligt trivsel end andre grupper elever. Analysen viser, at også to år inden den psykiatriske debut har disse elever en lavere trivsel end de øvrige elever. Dog forbedres andel elever med høj trivsel i perioden efter debuten.

Tilsvarende er andelen med høj faglig trivsel faldende i årene frem til den psykiatriske debut fra lige under 80 pct. ca. 2 år inden den psykiatriske debut til knap 70 pct. i perioden omkring debuten, jf. figur 6.2. Denne andel forbedres til 76 pct. ca. 3 år efter debuten. Til sammenligning har omkring 90 pct. af de øvrige elever høj faglig trivsel.

En anden "alarmklokke", man i skoleregi kan være opmærksom på, er elevfraværet. Elever med psykiatrisk debut har stigende elevfravær fra omkring et år inden debuten frem til selve kvartalet med den første psykiatriske kontakt. I samme kvartal som den psykiatriske debut kan elevfraværet opgøres til 10 pct., og det forbliver på et relativt højt niveau i kvartalerne efter den psykiatriske debut, jf. figur 6.3. Selv 2 år efter den psykiatriske debut ligger det gennemsnitlige fravær på godt 8 pct. Til sammenligning er de øvrige elever i gennemsnit fraværende i 5 pct. af skoleåret. Der kan være forskellige grunde til, at børn og unge med psykiatrisk debut har et højere elevfravær end andre elever, og det kan blandt andet være tegn på mistrivsel og psykiske problemer.

Figur 6.3 viser også, at forskellen mellem elevfraværet for børn med psykiatrisk debut og øvrige elever vokser, jo ældre børnene er. Det kan indikere, at særligt for de ældre elever tyder højt fravær på at være en "alarmklokke" for en psykisk problemstilling, som skolen kunne blive opmærksom på.



Anm.: Elevfravær er opgjort som det samlede fravær i skoleåret. Skoleskift er opgjort på baggrund af elever, der gik i 4.-6.-klasse i 2017 og er opgjort eksklusiv skift som følge af, at der ikke findes højere klassetrin på skolen, skift af adresse, skift til efterskole samt skift til og fra privatskole.

Kilde: Danmarks Statistik, Styrelsen for It og Læring samt egne beregninger.

En tredje "alarmklokke", man kan være opmærksom på, er elever, der skifter skole. Her tænker vi ikke skoleskift som følge af, at der ikke findes højere klassetrin på skolen (skoler uden fx udsko-

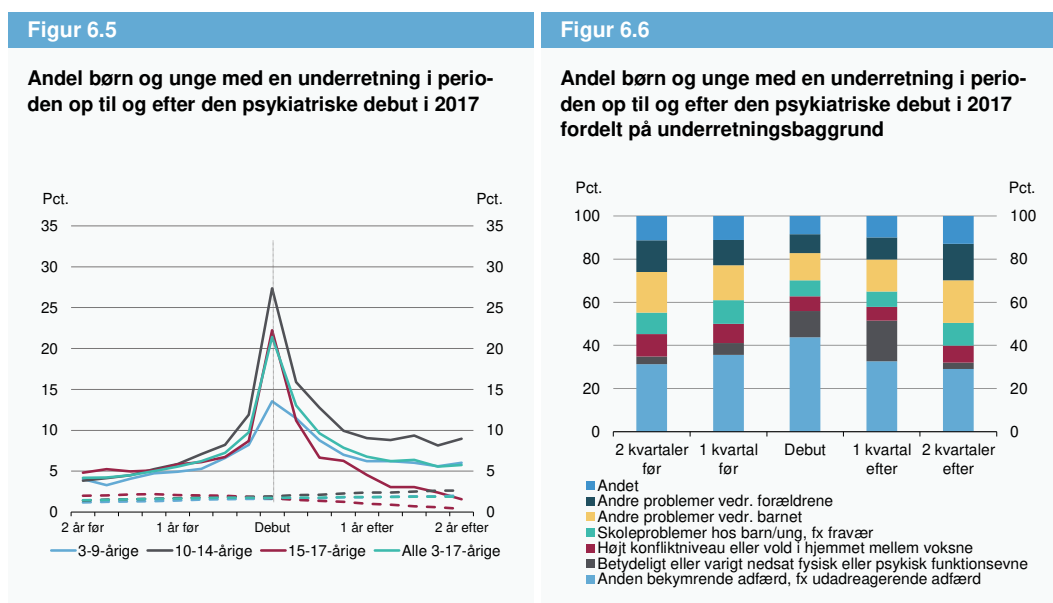
<sup>20</sup> KL (2020): Udsatte børn - Nøgletal.

ling), skift af skole i forbindelse med skift af adresse, skift til efterskole samt skift til og fra privatskole. Analysen viser, at andelen af elever med andre former for skoleskift stiger fra 3 pct. fire år inden den psykiatriske debut til 7 pct. i samme år som den psykiatriske debut, hvorefter det falder til 5 pct. to år efter debuten. Årsagen til skoleskiftet er ikke registreret i de tilgængelige registerdata. Det er vigtigt at bemærke, at skoleskift ikke kan tolkes som entydigt negative. For nogle børn kan skoleskift til en skole, der passer bedre til dem, være en positiv ting og måske endda være en bedst del af forløbet omkring den psykiske sygdom<sup>21</sup>.

## 6.2 Underretninger om børn og unge

Underretninger udgør en central rolle i kommunernes arbejde med tidlig opsporing af børn og unge, der kan have behov for særlig støtte<sup>22</sup>. Fagpersoner som eksempelvis lærere og sundhedsplejersker har skærpet underretningspligt, der går forud for deres tavshedspligt. De har pligt til lave en underretning til kommunen, hvis de får kendskab til eller har grund til at antage, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte. Vi har derfor undersøgt i hvorvidt og hvornår i forløbet omkring den psykiatriske debut, der er tegn på, at myndighederne har modtaget en underretning om problemerne. Vi har også undersøgt med hvilken begrundelse, der er underrettet, og hvilke myndigheder der helt konkret har været opmærksomme på problemerne og foretaget underretningen.

Analysen viser, at andel børn og unge med en underretning stiger i perioden op til den psykiatriske debut. To år inden debuten blev der underrettet om 4 pct. af børnene i løbet af et kvartal stigende til knap 10 pct. af børnene i kvartalet inden debuten, jf. figur 6.5.



I løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut blev der underrettet om 21 pct. af børnene, mens denne andel udgør 6 pct. to år efter debuten. Andel børn og unge med en underretning er

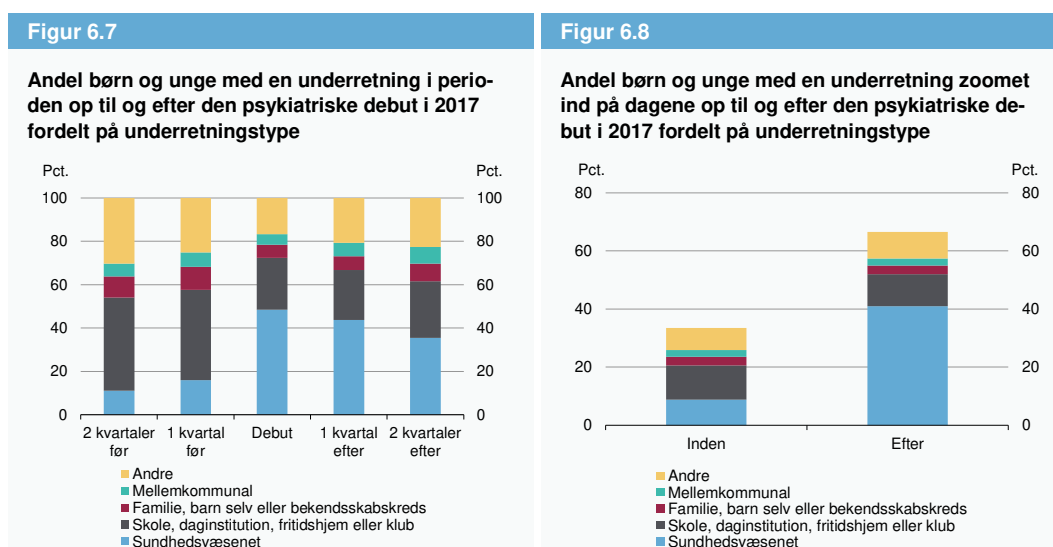
<sup>21</sup> VIVE (2020): Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med funktionsnedsættelser

<sup>22</sup> Social- og Ældreministeriet (2020): Socialpolitisk Redegørelse

dog over hele perioden væsentligt højere blandt børn og unge med psykiatrisk debut end børn og unge uden psykiatrisk debut.

Både i perioden inden og efter debuten var "anden bekymrende adfærd hos barn/ung fx udadretagerende adfærd" angivet som den hyppigste årsag til underretningerne. Anden bekymrende adfærd hos barn/ung var i kvartalerne inden og efter debuten angivet som en af årsagerne ved hver tredje underretning, mens denne begrundelse i samme kvartal som debuten var angivet som en af årsagerne ved 44 af underretningerne, jf. figur 6.6. Betydeligt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne var angivet som en årsag i 5 pct. af underretningerne kvartalet inden debuten, mens det gælder knap 20 pct. af underretningerne i kvartalet efter debuten.

Der synes at være forskel på, hvilke personer har underrettet henholdsvis inden og efter den psykiatriske debut. I kvartalerne op til debuten kommer de fleste underretninger fra fagpersoner fra skoler og dagtilbud, mens det i kvartalerne efter debuten er sundhedsvæsenet, der hyppigst underretter, jf. figur 6.7. Kigger man nærmere på selve kvartalet med den psykiatriske debut, kan man se, at de fleste underretninger er kommet efter debuten, og det er primært sundhedsvæsenet, der har underrettet, jf. figur 6.8. Det indikerer, at det er på baggrunden af kontakten i psykiatrien, at kommunen modtager en underretning.



Anm.: Underretninger, der foregik på samme dag som den psykiatriske debut, har samme fordeling efter typen som underretninger der er foregået i dagene efter. Disse er derfor i figuren 6.8 opgjort under samme kategori "efter" debuten.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.



## 7 Inspirationsspørgsmål til kommuner og regioner

I de foregående kapitler har vi undersøgt udviklingen og antallet af børn og unge med debut i det psykiatriske sygehusvæsen på tværs af regioner og kommuner. Det kan være relevant for den enkelte region og kommune at følge op på resultaterne i nærværende analyse ved at stille sig selv nogle opklarende spørgsmål, der kan være med til at forklare niveauet og udviklingen for den enkelte region og kommune. Eksempler til inspiration på sådanne spørgsmål fremgår af boks 7.1.

Afklaringen af disse spørgsmål kan med fordel tage udgangspunkt i de region- og kommunespecifikke nøgletal i bilag 1-4 til denne analyse. Det vil dog også i høj grad være relevant at supplere disse oplysninger med mere detaljerede data fra egne systemer.

### Boks 7.1

#### Spørgsmål til inspiration til regioner

- Hvilke refleksioner afstedkommer sammenligningen af jeres region med andre regioner i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut?
- Hvilke mulige forklaringer er der på jeres regions niveau og udvikling i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut i forhold til andre regioner?
- Hvordan er forholdet mellem andelen af børn med psykiatrisk debut og andel med psykiske problemer i praksissektoren i jeres region sammenlignet med andre regioner, og hvilke perspektiver ser I her?
- I hvor høj grad vurderer I, at jeres nuværende visitationspraksis og organisering af indsatser er et udtryk for en bevidst strategi og politisk prioritering, og i hvor høj grad er der andre forhold på spil?
- Hvilke mulige forklaringer kan der ligge bag forskelle mellem regionerne i opgørelsen af aktiviteten (andel med kontakt og antal kontaktdage pr. person)?
- Hvilke refleksioner giver opgørelsen af ambulante ydelser i forhold til registreringspraksis og behandlingsform anledning til?
- Hvor mange børn og unge har i jeres region modtaget en relevant kontakt i sundhedsvæsenet eller en social indsats forud for debuten? Og hvor mange har modtaget efter? Hvilke refleksioner giver det så anledning til i sammenligning med andre regioner?

#### Spørgsmål til inspiration til kommuner

- Hvilke mulige forklaringer er der på jeres kommunes placering på danmarkskortet i forhold til antal børn og unge med psykiatrisk debut?
- For hvor mange af de debuterende børn fra jeres kommune har der været foretaget en faglig vurdering af barnet i kommunen, fx i samarbejde med almen praksis og på den baggrund taget stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats (socialfaglig, psykologisk og/eller pædagogisk)? I hvor høj grad sker denne vurdering henholdsvis inden og efter den psykiatriske debut?
- Hvordan anvender I kompetencerne i PPR i forhold til børn og unge med psykiske problemer og hvilke perspektiver ser I her?
- Hvor mange børn og unge har i jeres kommune modtaget en social indsats forud for debuten? Og hvor mange har modtaget efter? Hvilke refleksioner giver det så anledning til i sammenligning med andre kommuner?
- Hvor mange børn og unge har i jeres kommune modtaget segregeret specialundervisning forud for debuten? Og hvor mange har modtaget efter? Hvilke refleksioner giver det så anledning til i sammenligning med andre kommuner?
- Hvordan kan I konkret bruge opgørelserne om elevtrivsel, elevfravær og skoleskift?
- Hvilke refleksioner har opgørelserne om underretningerne sat i gang?
- Hvordan er samarbejdet mellem kommunen og almen praksis omkring børn og unge med psykiske problemer, herunder i forbindelse med en eventuel henvisning til sygehuspsykiatrien?

#### Samarbejde på tværs af sektorer

Denne analyse viste, at en del af børn og unge med psykiatrisk debut modtager også kommunale indsatser som forebyggende foranstaltninger og specialundervisning samt har kontakt til de øvrige dele af sundhedsvæsenet i perioden inden og efter den psykiatriske debut. Det skal ses i lyset af, at

nogle børn og unge med psykiske problemer har udfordringer, der kræver hjælp og handling fra forskellige fagprofessionelle i både børne- og ungdomspsykiatrien og kommunerne. Det kræver tæt koordinering og sammenhæng på tværs for at kunne sikre den bedste udredning, behandling og støtte til barnet/den unge. Sundhedsstyrelsen har i 2017 udarbejdet Forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelse med det formål at understøtte et godt tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge med psykiske problemer. Der er noget der tyder på, at regioner og kommuner har på forskellig vis implementeret de tre forløbsprogrammer.<sup>23</sup>

Det kan derfor også være relevant at drøfte analysens resultater i fælleskab på tværs af kommuner og regioner. Hver region kan invitere kommuner samt eventuelle andre aktører som almen praksis og drøfte en række spørgsmål om indsatser, praksis og tværsektorielt samarbejde. På den måde kan aktørerne i fælleskab vurdere, om børn med psykiske problemer modtager den rette hjælp til rette tid og på det rette behandlingsniveau, eller om drøftelsen giver anledning til ændringer i praksis. Eksempler til inspiration på sådanne spørgsmål fremgår af boks 7.2.

#### Boks 7.2

##### Spørgsmål til inspiration til både regioner og kommuner

- Hvordan arbejder I som region og kommuner med Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelse samt angst og/eller depression?
- Hvordan synes I, at barnet eller den unge person kan understøttes bedst muligt med forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser?
- Hvordan arbejder I med tidlig opsporing og forebyggende indsatser, og hvilke perspektiver ser I her?
- Hvilket kontaktmønster i perioden omkring den psykiatriske debut gør jer særligt opmærksomme i forhold til børn og unge med psykiatrisk debut?
- Hvad skal der til, så indsatserne i barnets/den unges forløb er samtidige og koordinerede mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov?
- Hvordan er samarbejdet mellem jeres region og kommune? Foreligger der lokale aftaler omkring rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på tilrettelæggelse af indsatsen for barnet/den unge igennem hele forløbet?
- Hvordan er jeres nuværende samarbejde med almen praksis om børn og unge med psykiske problemer og hvilke perspektiver kan der være her?
- Hvordan kunne samarbejdet på tværs af sektorer styrkes, så børn, unge og familier med psykiske problemer i højere grad oplever en sammenhængende indsats?

---

<sup>23</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside. <https://www.sst.dk/da/puljer/implementering-og-udbredelse-af-forloebprogrammer-for-boern-og-unge-med-psykiske-lidelser>

## Bilag

I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

---

# Bilag 3: Regionsfordelte nøgletal

Børn og unge med psykiatrisk debut



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal børn og unge med psykiatrisk kontakt.....	5
3 Ventetid og personaleressourcer.....	6
4 Debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen.....	7
5 Det første år i psykiatrien.....	7
6 Forløbet i perioden omkring debuten.....	9

# 1 Læsevejledning

I det følgende præsenteres en række tabeller med regionsspecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Alle tallene er præsenteret i hovedrapportens kapitler i form af landstendenser og/eller regionsfordelte resultater.

## **Tabel 1 Antal børn og unge med debut i psykiatrien**

Tabellen viser antal børn og unge med debut i sygehuspsykiatrien i den pågældende region og på landsplan i perioden 2008-2018. Der vises antallet i forhold til 1.000 0-17-årige i regionen.

## **Tabel 2 Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien**

Tabellen viser antal børn og unge kontakt til sygehuspsykiatrien i den pågældende region og på landsplan i perioden 2008-2018. Der vises antallet i forhold til 1.000 0-17-årige i regionen.

## **Tabel 3 Gennemsnitlig ventetid til udredning og behandling af børn og unge i psykiatrien**

Tabellen viser den gennemsnitlige ventetid til udredning og behandling målt i dage i den pågældende region og på landsplan i perioden 2008-2018.

## **Tabel 4 Læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatrien**

Tabellen viser antal læger og psykologer opgjort som fuldtidspersoner, der er ansat i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2009-2018. Der vises antallet i forhold til 100.000 0-17-årige i regionen.

## **Tabel 5 Børn og unge med debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsenet**

Tabellen viser antal børn og unge med debut i udvalgte dele af sundhedsvæsenet i den pågældende region og på landsplan i 2018. Der vises antallet i forhold til 1.000 0-17-årige i regionen. De udvalgte dele af sundhedsvæsenet er afgrænset til kontakt med: sygehuspsykiatri, somatisk sygehusvæsen med psykiatrisk aktionsdiagnose, praktiserende læger i børne- og ungdomspsykiatri, psykologhjælp samt samtalerapi i almen praksis.

## **Tabel 6 Akut/planlagt psykiatrisk debut og henvisende aktør blandt de planlagte forløb**

Tabellen viser andel børn og unge med psykiatrisk debut i den pågældende region og på landsplan i 2018, fordelt efter måden forløbet starter på (akut/planlagt) samt fordelt efter henvisende aktør (kommune, praktiserende læge og speciallæge samt sygehusafsnit). \* I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet at "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien.

## **Tabel 7 Gennemsnitligt antal kontaktdage i løbet af det første år efter psykiatrisk debut**

Tabellen viser gennemsnitligt antal kontaktdage i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 i den pågældende region og på landsplan. Kontaktdage er fordelt på ambulante besøg, sengedage og kontaktdage i alt, og de er også fordelt efter udvalgte debuterende diagnoser.

## **Tabel 8 Udvalgte ambulante ydelser i løbet af det første år efter psykiatrisk debut**

Tabellen viser andel af planlagte ambulante besøg fordelt på udvalgte ydelser blandt børn og unge i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 i den pågældende region og på landsplan. De udvalgte ydelser er fordelt på diagnostik, samtale, psykoterapi, dagbehandling og psykoekudation.

**Tabel 9 Kontakter i sundhedsvæsenet i perioden op til og efter den psykiatriske debut**

Tabellen viser andel af børn og unge med psykiatrisk debut i 2017 i den pågældende region og på landsplan, der er i kontakt til udvalgte dele af sundhedsvæsenet, som kan relateres til psykisk sygdom kvartal for kvartal før debuten, i kvartalet berørt af debuten og i kvartalerne efter debuten. De udvalgte dele af sundhedsvæsenet er afgrænset til kontakt med: somatisk sygehusvæsen med psykiatrisk aktionsdiagnose, praktiserende læger i børne- og ungdomspsykiatri, psykologhjælp samt samtaleterapi i almen praksis.

**Tabel 10 Kontakter i sundhedsvæsenet samme kvartal som den psykiatriske debut**

Tabellen viser andel af børn og unge med psykiatrisk debut i 2017 i den pågældende region og på landsplan, der er i kontakt med sundhedsvæsenet i løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut. Kontakterne er opgjort efter kontaktypen, herunder almen praksis (både generelt og samtaleterapi), psykologhjælp, speciallægepraksis (både generelt og praktiserende psykiatere særskilt) og det somatiske sygehusvæsenet (både generelt og kontakter med psykiatrisk aktionsdiagnose).

**Tabel 11 Sociale indsatser i perioden op til og efter den psykiatriske debut**

Tabellen viser andel af børn og unge med psykiatrisk debut i 2017 i den pågældende region og på landsplan, der modtog sociale indsatser kvartal for kvartal før debuten, i kvartalet berørt af debuten og i kvartalerne efter debuten. Sociale indsatser er afgrænset til anbringelser uden for hjemmet og forebyggende foranstaltninger (ekskl. §11-indsatser).



## 2 Antal børn og unge med psykiatrisk kontakt

Tabel 1

**Antal børn og unge med debut i psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på regioner, 2008-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct.-ændring
Hovedstaden	6,4	6,5	6,9	6,7	7,4	6,9	7,8	8,6	8,3	8,4	8,0	24,9
Midtjylland	5,8	6,3	5,7	6,5	7,7	10,4	12,7	12,8	9,7	10,5	8,9	53,1
Nordjylland	4,3	3,3	4,6	4,7	5,7	7,0	8,3	7,3	8,7	11,9	10,0	136,2
Sjælland	6,0	6,3	8,1	8,6	8,6	9,2	10,0	11,2	10,5	10,5	10,4	72,4
Syddanmark	7,4	8,8	8,6	9,3	9,7	9,1	11,0	11,2	11,3	12,1	10,1	36,6
<b>Landsplan</b>	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>7,3</b>	<b>8,0</b>	<b>8,5</b>	<b>10,0</b>	<b>10,4</b>	<b>9,6</b>	<b>10,3</b>	<b>9,2</b>	<b>48,3</b>

Anm.: Antal børn og unge med debut i psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året optræder i sygehuspsykiatrien for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 2

**Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på regioner, 2008-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct.-ændring
Hovedstaden	14,4	15,7	17,0	18,3	19,5	20,0	21,1	22,7	22,7	23,3	24,3	68,5
Midtjylland	13,8	15,8	16,2	17,5	18,9	22,7	27,9	29,4	25,8	27,3	28,6	107,1
Nordjylland	8,5	7,5	8,6	9,8	11,0	13,3	15,7	16,2	18,6	24,4	25,1	193,9
Sjælland	14,5	15,0	18,0	20,9	23,4	25,9	28,4	31,3	31,8	32,0	32,4	123,7
Syddanmark	15,9	18,9	21,0	23,0	24,5	24,5	26,2	27,6	29,0	30,4	30,7	92,3
<b>Landsplan</b>	<b>14,0</b>	<b>15,5</b>	<b>17,0</b>	<b>18,7</b>	<b>20,2</b>	<b>21,8</b>	<b>24,3</b>	<b>25,9</b>	<b>25,7</b>	<b>27,1</b>	<b>27,9</b>	<b>99,1</b>

Anm.: Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året har kontakt med psykiatrisk sygehusvæsen opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3 Ventetid og personaleressourcer

**Tabel 3**

**Gennemsnitlig ventetid til udredning og behandling af børn og unge i psykiatrien målt i dage fordelt på regioner, 2008-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct.-ændring
Hovedstaden	89,0	66,0	66,0	74,0	51,0	47,0	38,0	26,0	22,0	27,0	28,0	-68,5
Midtjylland	99,0	99,0	99,0	108,0	71,0	47,0	29,0	19,0	16,0	14,0	15,0	-84,8
Nordjylland	61,0	71,0	71,0	116,0	116,0	97,0	42,0	33,0	54,0	34,0	41,0	-32,8
Sjælland	45,0	55,0	55,0	68,0	36,0	37,0	35,0	23,0	21,0	21,0	25,0	-44,4
Syddanmark	50,0	50,0	50,0	57,0	35,0	31,0	18,0	19,0	20,0	20,0	21,0	-58,0
<b>Landsplan</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>77</b>	<b>72</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>-66,2</b>

Anm.: Den gennemsnitlige ventetid til udredning og behandling af børn og unge i psykiatrien er opgjort i dage.

Kilde: eSundhed og egne beregninger.

**Tabel 4**

**Læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatri pr. 100.000 0-17-årige fordelt på regioner, 2009-2018**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct.-ændring
Hovedstaden	-	45,9	49,1	47,8	53,0	55,9	60,0	59,5	59,0	60,3	59,2	29,1
Midtjylland	-	44,0	44,8	48,1	54,8	58,2	61,8	64,1	61,7	65,0	71,3	62,1
Nordjylland	-	21,3	23,9	26,7	31,2	32,9	29,6	27,4	33,3	37,4	32,0	50,3
Sjælland	-	30,3	32,8	30,9	40,4	39,1	43,7	44,5	47,2	51,9	45,7	50,6
Syddanmark	-	32,2	37,6	38,0	36,2	42,4	41,3	38,4	39,6	40,2	42,1	30,8
<b>Landsplan</b>	<b>-</b>	<b>37,5</b>	<b>40,5</b>	<b>41,1</b>	<b>45,7</b>	<b>48,7</b>	<b>50,6</b>	<b>50,7</b>	<b>51,3</b>	<b>53,8</b>	<b>53,8</b>	<b>43,7</b>

Anm.: Antal læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatrien er muligt at opgøre fra 2009. Det er opgjort som fuldtidspersoner ansat i børne- og ungdomspsykiatrien opgjort pr. 100.000 0-17-årige.

Kilde: Danske Regioner og egne beregninger.

## 4 Debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen

Tabel 5

Antal børn og unge med debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsenet pr. 1.000 0-17-årige, 2018

	Psykiatrisk sygehus	Psykiatrisk diagnose i somatikken	Praktiserende psykiatri	Psykolog-hjælp	Samtaletterapi i almen praksis
Hovedstaden	8,0	2,4	2,1	1,2	5,1
Midtjylland	8,9	1,9	1,9	1,4	5,2
Nordjylland	10,0	2,3	1,5	1,5	2,8
Sjælland	10,4	3,2	1,9	2,4	3,8
Syddanmark	10,1	3,5	1,4	1,6	5,4
<b>Landsplan</b>	<b>9,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>4,8</b>

Anm.: Antal børn og unge med debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året optræder det pågældende sted for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige. Der kan generelt være overlap mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5 Det første år i psykiatrien

Tabel 6

Andel børn og unge fordelt på akut/planlagt psykiatrisk debut, og henvisende aktør blandt de planlagte første kontakter, 2018

	Måden debuten starter på		Henvisende aktør		
	Akut	Planlagt	Kommune*	Almen praksis og praktiserende speciallæge	Sygehusafsnit
Hovedstaden	24,0	76,0	52,8	36,7	10,4
Midtjylland	4,7	95,3	52,2	42,2	5,6
Nordjylland	10,3	89,7	39,5	52,8	7,6
Sjælland	20,8	79,2	58,9	34,8	6,3
Syddanmark	6,5	93,5	27,5	63,9	8,6
<b>Landsplan</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>	<b>45,2</b>	<b>47,1</b>	<b>7,7</b>

Anm.: \* I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet at "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 7

**Gennemsnitligt antal kontaktdage i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 fordelt på ambulante besøg, sengedage og kontaktdage i alt samt fordelt efter udvalgte debuterende diagnoser**

	Ambulant besøg	Sengedage	Kontaktdage i alt	ADHD	Autisme	Stress	Angst
Hovedstaden	10,4	4,9	15,3	9,9	10,1	14,3	21,5
Midtjylland	7,4	2,3	9,7	9,0	8,5	6,8	16,6
Nordjylland	6,1	2,1	8,2	4,6	4,0	6,6	9,0
Sjælland	6,9	2,7	9,6	7,4	6,0	9,3	13,2
Syddanmark	7,2	1,5	8,7	7,1	8,3	5,8	11,3
<b>Landsplan</b>	<b>7,9</b>	<b>2,8</b>	<b>10,7</b>	<b>7,9</b>	<b>8,3</b>	<b>9,0</b>	<b>15,7</b>

Anm.: Definition af kontakttypen følger Sundhedsdatastyrelsens nye definition: Sygehusophold på 12 timer eller derover defineres som indlæggelser, og for disse er der beregnet sengedage, mens ambulante ophold er sygehusophold på under 12 timer samt planlagte ambulante kontakter med mindst et besøg pr. dag. Kontaktdage angiver summen af sengedage og ambulante ophold. Den konkrete afgrænsning af diagnoserne kan ses af Bilag 5 – Metode.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 8

**Andel af ambulante besøg fordelt på udvalgte ambulante ydelser blandt børn og unge i løbet af det første år efter psykiatrisk debut i 2017 på tværs af regioner**

	Diagnostik	Samtale	Psykoterapi	Dagbehandling	Psykoekation
Hovedstaden	37,1	46,2	10,2	11,8	1,7
Midtjylland	38,2	74,1	11,7	5,0	2,4
Nordjylland	51,5	64,3	18,6	5,9	0,6
Sjælland	46,6	96,2	15,7	1,7	6,9
Syddanmark	31,9	48,4	19,0	11,0	3,8
<b>Landsplan</b>	<b>38,6</b>	<b>60,9</b>	<b>15,7</b>	<b>8,3</b>	<b>2,9</b>

Anm.: Der er tale om udvalgte ydelser. Se Bilag 5 - Metode for konkret afgrænsning af ydelser. Et ambulante besøg kan indeholde flere forskellige ydelser, og summen af ydelser overstiger derfor 100.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 6 Forløbet i perioden omkring debuten

**Tabel 9**

**Andel børn og unge med kontakter i sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017**

	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Landsplan
3 år før	1,2	0,9	0,6	1,6	0,6	<b>1,0</b>
	1,6	1,2	0,7	1,9	1,1	<b>1,3</b>
	1,6	1,0	0,5	2,6	1,4	<b>1,4</b>
	1,7	1,0	1,1	2,5	1,5	<b>1,5</b>
2 år før	2,2	1,7	1,1	2,5	1,7	<b>1,9</b>
	2,7	1,4	1,5	2,3	1,3	<b>1,9</b>
	2,8	1,7	1,6	2,3	2,0	<b>2,1</b>
	3,0	2,0	2,0	2,1	1,9	<b>2,2</b>
1 år før	3,1	2,4	2,6	2,9	2,2	<b>2,6</b>
	3,8	2,5	2,7	2,7	2,4	<b>2,9</b>
	4,4	3,1	3,5	4,3	3,4	<b>3,7</b>
	7,5	5,2	5,0	6,4	5,8	<b>6,1</b>
Debut	12,8	12,3	8,2	9,9	14,5	<b>12,1</b>
	5,1	4,5	3,5	3,8	5,5	<b>4,7</b>
	4,9	3,4	3,4	3,5	4,6	<b>4,1</b>
	4,3	3,9	3,4	3,1	3,8	<b>3,8</b>
1 år efter	4,8	4,1	3,7	3,1	4,6	<b>4,2</b>

Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. Kontakter i sundhedsvæsenet relateret til psykiske problemer er afgrænset til samtaleterapi i almen praksis, psykologhjælp, praktiserende læger i børne- og ungdomspsykiatri samt somatisk kontakt med psykiatrisk aktionsdiagnose. Se Bilag 5 - Metode for konkret definition af kontaktyper.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

**Tabel 10**

**Kontakter i sundhedsvæsenet i løbet af samme kvartal som den psykiatriske debut i 2017 fordelt på kontaktype og regioner**

	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Landsplan
<i>Andel med kontakt til:</i>	----- Pct. -----					
- Samtaleterapi i almen praksis	8,2	8,2	3,2	4,8	8,3	7,1
- Praktiserende psykiatri	2,3	1,9	1,1	1,3	0,9	1,6
- Psykolog	0,8	1,6	2,0	2,0	1,0	1,3
- Psykiatrisk diagnose på somatisk sygehus	2,4	1,5	2,1	2,8	4,7	2,8
- Almen praksis	67,0	69,6	69,2	67,2	78,3	70,8
- Speciallægepraksis	15,0	12,1	18,8	12,1	10,8	13,3
- Somatisk sygehus	24,8	19,2	18,8	24,1	26,7	23,2
<i>Merforbrug, fordelt på:</i>	----- Pct.-point -----					
- Almen praksis	29,1	32,7	32,8	30,0	42,2	33,7
- Speciallægepraksis	4,4	3,8	9,3	2,6	2,7	4,0
- Somatisk sygehus	11,0	9,4	7,6	11,4	13,6	10,9

Anm.: Se Bilag 5 - Metode for konkret definition af de enkelte kontaktyper.  
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 11

**Andel børn og unge der modtog sociale indsatser i perioden op til og efter den psykiatriske debut i 2017 på tværs af regioner**

	Hovedstaden	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Syddanmark	Hele landet
3 år før	5,6	8,6	12,3	9,6	8,6	<b>9,7</b>
	6,2	8,9	13,0	10,3	9,3	<b>10,3</b>
	6,3	9,3	13,2	10,6	9,6	<b>10,6</b>
	6,6	9,9	13,2	11,3	10,3	<b>11,2</b>
2 år før	7,3	10,2	14,0	12,1	10,4	<b>11,7</b>
	7,9	10,8	14,8	12,7	11,1	<b>12,5</b>
	8,7	11,5	15,5	13,1	11,5	<b>13,2</b>
	9,4	11,9	16,0	13,6	12,1	<b>13,8</b>
1 år før	10,1	12,4	17,1	14,3	12,6	<b>14,6</b>
	11,0	12,8	17,7	15,1	13,3	<b>15,3</b>
	11,8	13,9	18,8	15,5	13,8	<b>16,2</b>
	12,7	15,0	19,2	16,6	14,9	<b>17,3</b>
Debut	14,6	16,0	20,6	18,6	16,7	<b>19,2</b>
	17,1	17,8	21,1	20,2	17,8	<b>21,1</b>
	20,0	19,7	22,1	21,8	19,2	<b>23,2</b>
	22,0	20,3	22,7	22,8	19,9	<b>24,4</b>
1 år efter	23,3	21,7	23,0	23,5	20,5	<b>25,5</b>
	23,8	22,0	22,4	23,6	20,0	<b>25,5</b>
	24,1	21,8	22,0	23,5	19,9	<b>25,4</b>
	23,2	20,7	22,6	23,7	19,2	<b>24,8</b>
2 år efter	21,9	19,2	21,0	22,4	17,9	<b>23,2</b>

Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. Sociale indsatser er afgrænset til anbringelser uden for hjemmet og forebyggende foranstaltninger, ekskl. § 11-indsatser. Se Bilag 5 - Metode for konkret definition af sociale indsatser.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Bilag 4: Kommunefordelte nøgletal

Børn og unge med psykiatrisk debut



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**



Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Antal børn og unge med debut i psykiatrien.....	4
3 Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien.....	6
4 Akut/planlagt debut og henvisende aktør.....	8
5 Forløbet i perioden omkring debuten.....	10

# 1 Læsevejledning

I det følgende præsenteres en række tabeller med kommunespecifikke nøgletal. Generelt er data i nærværende bilag afgrænset på samme måde som i hovedrapporten. Alle tallene er præsenteret i hovedrapportens kapitler i form af landstendenser og/eller regions- eller kommunefordelte resultater.

Såfremt der er færre end fem personer i en given gruppe i en kommune, er værdien for kommunen skjult af diskretionshensyn. Enkelte kommuners nøgletal er derfor diskretioneret i nogle tabeller.

## **Tabel 1 Antal børn og unge med debut i psykiatrien**

Tabellen viser antal børn og unge med debut i sygehuspsykiatrien i den pågældende kommune og på landsplan i perioden 2008-2018. Der vises antallet i forhold til 1.000 0-17-årige i kommunen.

## **Tabel 2 Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien**

Tabellen viser antal børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien i den pågældende kommune og på landsplan i perioden 2008-2018. Der vises antallet i forhold til 1.000 0-17-årige i kommunen.

## **Tabel 3 Akut/planlagt psykiatrisk debut og henvisende aktør blandt de planlagte forløb**

Tabellen viser andel børn og unge med psykiatrisk debut i den pågældende kommune og på landsplan fordelt efter måden forløbet starter på (akut/planlagt) samt fordelt efter henvisende aktør (kommune, praktiserende læge og speciallæge samt sygehusafsnit). \*I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet at "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien. For at sikre robuste opgørelser er de kommunale nøgletal opgjort på baggrund af perioden 2016-2018, mens landsplansnøgletal er opgjort i 2018.

## **Tabel 4 Sociale indsatser i perioden op til og efter den psykiatriske debut**

Tabellen viser andel af børn og unge med psykiatrisk debut i den pågældende kommune og på landsplan, der modtog sociale indsatser kvartal for kvartal før debuten, i kvartalet berørt af debuten og i kvartalerne efter debuten. Sociale indsatser er afgrænset til anbringelser uden for hjemmet og forebyggende foranstaltninger (ekskl. §11-indatser). For at sikre robuste opgørelser er de kommunale nøgletal opgjort på baggrund af børn og unge med psykiatrisk debut i perioden 2015-2017, mens landsplansnøgletal er opgjort i 2017.

## **Tabel 5 Segregeret specialundervisning i perioden op til og efter den psykiatriske debut**

Tabellen viser andel af børn og unge med psykiatrisk debut i den pågældende kommune og på landsplan, der modtog segregeret specialundervisning kvartal for kvartal før debuten, i kvartalet berørt af debuten og i kvartalerne efter debuten. For at sikre robuste opgørelser er de kommunale nøgletal opgjort på baggrund af børn og unge med psykiatrisk debut i perioden 2015-2017, mens landsplansnøgletal er opgjort i 2017.

## 2 Antal børn og unge med debut i psykiatrien

Tabel 1

Antal børn og unge med debut i psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner, 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct. -ændring
Albertslund	10,1	9,7	8,1	7,1	7,8	8,2	9,3	11,0	10,7	10,2	13,2	30,5
Allerød	8,6	10,6	7,4	7,1	9,5	9,6	10,7	7,6	7,6	10,4	9,0	4,4
Assens	6,6	6,6	9,5	8,4	10,1	10,2	9,6	12,5	12,3	14,4	9,0	36,5
Ballerup	5,9	6,7	6,7	7,2	9,0	6,9	9,8	11,6	10,3	9,4	7,6	28,5
Billund	4,4	6,2	6,2	8,0	9,9	8,7	11,3	9,4	15,2	13,7	13,4	203,8
Bornholm	11,8	9,7	8,8	8,5	11,9	8,5	10,4	10,5	12,0	12,7	11,3	-5,0
Brøndby	7,9	7,9	8,2	8,4	9,7	6,4	11,1	9,1	8,7	9,0	9,3	17,4
Brønderslev	4,5	2,9	5,2	5,2	5,8	9,3	9,2	9,8	7,9	15,6	10,4	133,6
Dragør	2,3	3,5	6,7	6,3	5,4	3,5	5,4	8,5	6,8	6,7	9,6	325,6
Egedal	6,6	8,6	9,8	8,0	6,7	8,5	7,6	10,2	11,2	12,6	10,2	55,4
Esbjerg	8,2	9,8	10,3	10,7	10,4	10,6	13,7	12,2	13,1	15,7	12,7	54,9
Fanø	7,8	12,8	12,7	0,0	0,0	10,3	0,0	17,3	10,4	11,5	12,9	64,1
Favrskov	6,5	5,8	6,3	5,7	7,3	10,2	13,4	14,9	12,9	14,2	12,9	98,8
Faxe	4,3	3,9	7,0	8,5	7,3	8,0	11,0	9,1	10,7	12,4	12,2	180,3
Fredensborg	9,1	7,0	6,4	6,0	7,8	6,7	6,9	10,3	6,2	8,1	6,3	-30,4
Fredericia	8,0	11,6	11,8	10,6	11,3	10,8	10,4	12,4	11,3	13,9	9,6	19,6
Frederiksberg	6,6	4,7	4,7	5,7	5,3	5,9	5,1	5,8	6,0	5,3	4,7	-28,9
Frederikshavn	4,9	4,0	4,9	4,3	5,4	6,8	9,5	7,9	10,0	12,3	8,9	82,3
Frederikssund	9,0	8,7	8,0	7,0	8,2	9,4	9,9	14,0	11,6	11,0	12,6	40,7
Furesø	7,0	7,8	5,7	8,1	9,0	7,6	9,0	10,3	8,6	10,0	9,2	31,2
Faaborg-Midtfyn	8,3	7,1	7,8	11,2	9,8	11,0	12,3	12,0	12,4	11,4	9,6	15,9
Gentofte	4,3	3,6	3,5	4,3	5,7	5,4	6,7	6,6	7,4	5,8	4,8	12,5
Gladsaxe	5,3	5,6	7,0	7,7	7,3	7,0	7,0	7,4	7,4	6,7	6,3	20,6
Glostrup	7,8	9,7	9,8	9,9	6,6	10,6	11,8	12,2	12,0	9,7	10,5	33,7
Greve	7,2	7,4	9,3	9,9	9,9	11,0	11,9	9,9	10,4	10,9	12,8	78,9
Gribskov	6,9	7,9	7,3	7,5	6,4	7,1	11,3	12,1	16,0	12,6	13,3	92,7
Guldborgsund	4,9	5,7	6,2	7,4	8,3	7,8	9,7	12,0	8,9	7,5	6,0	24,3
Haderslev	10,4	10,6	9,6	9,2	9,3	9,0	11,9	11,5	13,9	13,5	10,8	3,7
Halsnæs	8,3	12,3	10,0	11,3	11,4	9,5	13,3	11,6	14,2	16,3	10,2	23,1
Hedensted	4,6	5,4	6,0	6,1	7,1	7,7	11,1	13,8	13,0	14,5	13,1	183,2
Helsingør	6,2	7,8	6,8	6,8	9,1	6,6	7,4	8,9	9,6	10,0	10,2	64,9
Herlev	8,2	6,1	8,5	8,7	6,9	8,6	7,8	8,0	7,1	6,7	11,4	39,0
Herning	4,9	5,5	4,9	6,2	7,6	11,6	14,5	13,2	8,9	9,6	8,5	72,5
Hillerød	4,6	6,4	6,4	6,0	7,5	7,0	8,6	7,9	10,6	10,8	7,7	65,5
Hjørring	3,8	2,8	4,8	4,9	5,0	5,5	6,8	6,2	9,1	11,6	9,7	152,5
Holbæk	7,6	6,1	9,3	7,3	8,1	8,3	8,4	11,0	10,3	9,8	12,2	61,0
Holstebro	5,3	6,3	6,3	6,7	7,3	9,3	13,5	13,1	9,9	11,0	10,4	95,9
Horsens	4,7	6,0	5,4	5,5	5,7	7,6	11,5	11,1	8,0	8,4	7,8	65,1
Hvidovre	7,8	6,1	6,1	6,0	7,2	5,2	7,8	9,8	10,0	9,4	8,5	8,8
Høje-Taastrup	6,3	7,5	5,5	5,6	7,1	5,8	7,8	10,5	8,0	7,4	6,5	2,8
Hørsholm	5,8	6,2	8,1	6,2	4,8	7,4	5,8	7,5	7,2	8,8	8,8	52,0
Ikast-Brande	6,2	4,8	5,7	7,8	7,7	13,2	14,1	15,0	12,2	15,7	10,7	72,6
Ishøj	7,4	5,5	9,3	6,4	9,6	10,2	11,5	11,7	8,0	8,5	7,1	-3,4
Jammerbugt	4,1	3,7	6,7	5,9	7,4	6,0	5,8	9,3	10,1	14,7	10,5	154,2
Kalundborg	7,5	7,9	11,6	12,9	11,9	11,2	8,6	11,2	9,8	11,3	12,2	63,8
Kerteminde	5,3	11,4	8,6	12,7	13,0	9,9	11,3	11,7	13,7	11,4	7,9	50,0
Kolding	7,1	9,2	10,3	10,4	9,8	9,0	9,9	9,1	9,9	10,3	8,6	20,6
København	5,2	5,1	7,2	6,7	6,6	6,3	6,5	7,3	6,2	7,2	7,4	42,7
Køge	6,0	8,6	11,4	10,3	10,3	8,3	9,4	11,3	9,2	9,1	8,6	44,0

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct. ændring
Langeland	5,3	14,1	8,7	15,3	9,9	14,4	13,3	15,8	14,5	13,4	14,8	176,4
Lejre	5,7	9,5	9,4	9,6	8,9	11,7	11,7	11,9	12,9	9,6	12,1	112,8
Lemvig	4,2	7,1	3,6	5,8	8,1	11,8	12,4	13,0	8,0	6,5	9,0	114,1
Lolland	6,3	5,2	6,0	5,3	7,2	9,0	10,2	10,4	13,1	11,7	10,5	66,5
Lyngby-Taarbæk	6,7	6,3	5,5	5,5	6,9	6,1	6,8	9,0	7,2	9,5	8,1	20,0
Læsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	3,6	4,3	3,6	4,3	4,9	6,5	8,0	7,4	7,7	13,9	11,7	223,7
Middelfart	6,2	8,7	7,5	7,3	9,7	7,9	13,2	11,6	12,1	8,8	9,7	55,2
Morsø	4,3	4,0	4,1	5,7	8,6	7,4	7,6	7,3	9,2	8,5	8,5	95,5
Norddjurs	8,4	6,8	5,2	8,6	9,8	9,9	12,3	12,9	9,8	11,4	10,7	28,1
Nordfyns	8,3	11,3	10,1	8,5	9,4	9,2	10,7	12,3	10,3	11,4	11,1	34,9
Nyborg	8,4	9,4	9,2	11,3	8,7	9,8	12,2	13,4	10,1	12,5	9,3	11,3
Næstved	5,2	4,2	5,4	6,9	8,4	7,7	9,6	11,0	9,2	10,2	9,4	80,3
Odder	6,6	7,5	6,8	7,4	8,3	11,9	12,6	14,1	12,1	12,0	13,2	99,4
Odense	5,8	7,3	5,9	8,4	7,9	8,0	8,3	8,9	8,7	8,9	8,4	44,6
Odsherred	8,3	9,1	9,0	9,0	7,7	10,9	7,5	10,6	9,5	12,5	9,5	14,3
Randers	7,2	7,0	7,6	8,5	8,0	11,7	13,3	13,6	12,1	10,8	10,2	41,1
Rebild	5,7	2,4	3,7	4,0	5,5	5,5	7,9	5,8	8,5	10,3	11,3	97,1
Ringkøbing-Skjern	4,4	5,0	4,0	5,3	7,8	10,3	11,7	13,8	11,6	11,8	8,0	80,6
Ringsted	3,7	5,3	6,1	6,7	7,5	7,3	10,4	11,8	9,3	8,6	7,1	94,4
Roskilde	5,2	6,5	7,7	9,3	8,3	8,1	10,7	10,8	8,8	10,0	10,8	108,0
Rudersdal	5,6	6,3	4,6	5,4	6,3	5,4	8,0	7,3	8,6	8,0	8,3	47,8
Rødovre	9,2	8,2	6,4	5,9	11,7	7,8	9,4	9,7	9,9	9,5	8,7	-5,7
Samsø	-	-	8,0	11,7	11,6	12,4	17,6	13,3	10,5	18,1	-	-
Silkeborg	5,6	5,5	5,2	6,1	7,3	9,8	13,1	12,5	8,8	9,5	8,3	49,1
Skanderborg	6,3	7,6	5,7	5,5	7,4	9,0	11,4	11,5	7,6	9,3	9,2	45,0
Skive	5,3	6,6	5,6	6,4	7,2	10,1	11,0	12,4	9,9	7,7	7,9	50,0
Slagelse	6,5	6,4	8,0	8,6	7,0	10,5	9,8	11,1	13,1	12,7	12,0	84,3
Solrød	5,5	6,4	10,2	9,6	8,2	10,9	8,2	8,2	8,4	9,2	9,3	70,2
Sorø	6,5	5,7	7,9	9,0	11,3	12,8	13,6	16,4	17,7	14,4	12,9	99,2
Stevns	5,2	6,5	7,4	9,5	10,9	8,0	10,1	12,5	13,8	9,3	10,0	92,1
Struer	7,2	7,8	7,8	12,4	17,0	13,6	18,8	17,2	15,3	15,4	11,3	56,4
Svendborg	7,0	8,8	11,0	9,6	7,8	9,8	9,7	10,1	9,9	9,4	10,9	54,6
Syddjurs	6,2	5,9	5,5	5,9	7,7	10,7	14,0	16,1	9,5	13,3	10,4	66,5
Sønderborg	11,4	11,0	8,6	11,0	12,5	8,9	10,7	12,0	11,9	12,6	9,0	-20,8
Thisted	5,1	4,3	5,3	5,4	6,3	7,7	8,4	8,1	8,2	9,6	8,6	69,3
Tønder	9,6	10,4	8,9	8,1	12,1	10,7	13,4	11,5	13,0	12,4	9,5	-1,0
Tårnby	5,5	5,1	7,5	5,6	6,2	7,6	7,8	8,9	8,0	7,1	7,1	30,0
Vallensbæk	5,2	6,6	8,5	7,7	9,6	8,3	6,3	7,6	10,3	5,9	5,9	13,7
Varde	5,7	7,2	8,1	7,8	8,3	7,3	10,5	11,7	13,2	15,6	10,8	91,1
Vejen	7,0	7,7	9,0	8,4	10,6	9,3	13,2	12,0	13,6	15,8	13,2	87,6
Vejle	4,6	5,9	6,9	6,8	7,6	7,0	8,5	9,2	7,9	9,4	9,4	104,0
Vesthimmerlands	3,9	3,1	4,0	6,0	5,2	7,3	9,4	6,4	8,6	11,1	11,2	183,8
Viborg	5,4	7,4	6,5	7,0	7,2	11,1	13,9	13,8	9,1	8,4	7,1	31,2
Vordingborg	6,4	4,5	7,1	7,7	7,0	10,0	10,9	12,0	8,5	10,0	8,3	28,0
Ærø	9,8	7,2	4,5	9,1	13,8	4,8	12,4	12,0	8,7	10,6	14,0	43,2
Aabenraa	10,0	11,4	9,6	9,6	12,1	9,9	17,2	17,2	15,7	17,8	11,6	15,7
Aalborg	4,0	3,0	4,2	4,2	5,5	7,3	8,7	6,7	8,5	11,4	10,0	152,3
Aarhus	6,2	6,3	5,4	6,2	7,9	10,6	11,6	10,9	8,1	9,8	7,2	16,0
<b>Landsplan</b>	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>7,3</b>	<b>8,0</b>	<b>8,5</b>	<b>10,0</b>	<b>10,4</b>	<b>9,6</b>	<b>10,3</b>	<b>9,2</b>	<b>48,3</b>

Anm.: Antal børn og unge med debut i psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året optræder i sygehuspsykiatrien for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3 Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien

Tabel 2

Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner, 2008-2018

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct. -ændring
Albertslund	23,3	23,4	22,9	24,3	24,9	26,6	29,1	29,9	30,5	32,6	39,1	67,8
Allerød	19,0	23,3	23,8	22,5	25,1	27,6	31,0	28,3	27,0	31,7	30,6	61,4
Assens	12,4	12,8	17,7	18,2	19,2	21,0	21,5	24,3	25,5	28,2	23,9	92,3
Ballerup	15,2	14,7	16,5	19,3	22,5	22,1	22,8	27,1	28,5	27,6	28,5	87,3
Billund	12,1	13,1	14,4	16,1	20,3	20,4	22,1	26,6	32,9	34,6	36,6	202,4
Bornholm	36,4	33,2	34,8	37,2	42,2	39,4	40,8	37,8	39,2	41,2	36,9	1,5
Brøndby	16,1	18,7	18,8	22,5	24,3	22,7	26,4	27,3	25,9	25,0	28,0	74,0
Brønderslev	9,8	7,2	9,1	10,1	11,1	16,6	17,6	21,0	22,1	31,6	31,4	221,5
Dragør	4,5	5,1	10,2	12,2	11,1	11,0	13,6	17,3	16,1	15,3	20,4	353,0
Egedal	16,1	20,6	23,5	23,1	21,1	24,5	24,5	27,3	31,1	34,7	33,0	104,7
Esbjerg	17,5	19,4	22,7	23,1	23,5	24,3	27,9	28,4	31,8	36,2	36,0	105,9
Fanø	9,4	17,7	26,9	11,2	16,3	17,1	10,1	31,1	32,9	24,7	27,3	190,6
Favrskov	13,7	15,0	15,9	16,8	18,2	23,0	30,3	33,4	31,0	34,4	37,1	171,0
Faxe	12,6	11,6	13,9	16,5	16,8	18,4	24,4	24,5	26,9	30,6	30,8	145,3
Fredensborg	19,5	19,9	19,3	19,4	20,4	22,5	20,8	24,8	21,4	23,1	22,7	16,4
Fredericia	19,0	24,3	27,8	31,0	32,4	32,1	30,9	33,2	35,3	39,0	38,9	105,3
Frederiksberg	11,7	12,6	12,8	15,2	14,2	15,0	14,4	14,6	14,4	14,7	14,7	25,0
Frederikshavn	8,3	8,5	8,7	8,9	10,1	12,5	17,0	17,4	20,0	25,5	24,9	199,7
Frederikssund	20,1	24,5	23,9	24,2	24,2	28,4	27,9	35,0	33,7	33,8	39,2	95,3
Furesø	17,7	20,1	19,2	20,9	22,5	24,3	25,4	27,8	25,2	27,0	30,6	72,5
Faaborg-Midtfyn	17,6	17,8	21,1	26,1	24,6	24,5	24,1	27,0	29,2	28,0	28,3	60,8
Gentofte	8,0	8,2	7,9	9,4	11,3	12,4	14,0	15,8	17,5	16,2	15,5	93,7
Gladsaxe	11,8	12,3	14,3	16,7	17,0	18,1	18,9	19,5	19,5	19,1	19,4	64,9
Glostrup	23,1	23,2	24,9	24,0	22,7	25,5	29,4	31,2	32,4	31,5	31,9	38,3
Greve	14,9	16,7	19,8	22,5	25,7	27,9	31,7	31,8	33,0	33,9	36,1	141,8
Gribskov	16,1	17,5	20,1	20,8	20,9	22,3	26,6	30,7	35,5	36,6	39,7	145,6
Guldborgsund	10,6	11,1	12,1	14,6	18,6	17,8	22,0	26,5	26,6	23,4	21,4	101,8
Haderslev	22,3	26,2	29,1	30,5	32,7	31,6	32,9	34,1	37,4	39,5	41,1	83,9
Halsnæs	18,7	26,7	26,1	30,8	31,8	32,5	34,3	35,4	37,6	39,4	37,0	98,0
Hedensted	11,7	12,7	14,5	16,7	18,2	19,1	23,9	29,5	30,4	33,3	36,5	210,6
Helsingør	12,2	15,7	17,4	18,2	21,6	20,1	20,6	22,5	22,5	26,3	26,8	119,6
Herlev	18,8	16,4	19,0	22,8	23,0	25,2	24,6	23,7	21,3	23,0	28,0	49,1
Herning	13,9	15,5	16,2	17,7	19,2	23,2	31,2	30,3	25,4	25,5	27,6	99,6
Hillerød	12,7	16,6	18,2	18,0	19,2	21,8	24,4	26,4	28,3	30,3	29,5	131,4
Hjørring	7,9	7,2	8,2	9,8	9,4	10,5	12,4	13,1	17,1	22,1	23,2	194,9
Holbæk	17,6	18,1	22,1	23,2	26,4	29,5	30,4	35,3	36,7	37,3	38,8	120,2
Holstebro	14,3	17,2	16,0	16,3	16,8	19,5	26,0	26,3	22,5	24,3	28,0	96,4
Horsens	10,8	13,0	14,0	14,3	15,6	17,5	23,3	24,7	20,5	21,0	22,7	111,1
Hvidovre	15,1	14,6	15,2	15,8	18,6	17,4	20,9	23,5	24,8	24,3	25,1	65,9
Høje-Taastrup	13,5	14,7	14,9	15,9	16,3	17,2	20,6	24,1	21,5	22,6	23,3	72,5
Hørsholm	11,4	14,5	17,7	18,6	17,6	18,7	17,6	20,6	20,2	23,8	23,7	108,1
Ikast-Brande	16,5	16,8	18,7	19,5	19,1	25,5	29,8	31,6	29,8	35,7	37,3	126,5
Ishøj	18,1	16,5	20,0	20,7	22,1	27,7	28,1	30,2	26,2	26,6	26,1	44,1
Jammerbugt	8,3	8,2	11,4	13,3	14,6	15,0	16,1	20,2	23,5	30,4	29,2	252,5
Kalundborg	20,3	20,0	25,6	32,2	35,1	40,6	39,8	38,2	38,9	37,4	36,8	80,7
Kerteminde	12,3	19,1	17,5	22,1	26,2	20,8	21,4	24,7	27,5	22,7	19,6	59,1
Kolding	15,6	18,6	23,4	26,6	28,0	28,0	28,5	28,4	29,5	29,2	30,3	94,2
København	12,0	13,3	15,8	17,0	17,8	17,0	17,9	18,8	17,9	18,5	20,0	66,3
Køge	13,8	16,3	22,6	26,6	29,6	28,3	29,2	33,3	30,3	29,2	27,4	98,6

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pct. -ændring
Langeland	9,4	19,2	19,6	27,0	25,1	27,9	23,1	24,3	26,8	27,3	29,0	206,6
Lejre	17,8	19,2	21,8	27,4	29,1	33,6	36,1	39,7	40,2	39,4	42,6	138,8
Lemvig	11,5	14,9	10,7	14,2	19,0	19,8	24,4	26,4	18,0	17,3	21,5	87,0
Lolland	13,3	11,4	12,7	12,5	16,1	19,8	22,4	25,3	28,1	27,3	25,3	89,7
Lyngby-Taarbæk	10,9	12,1	12,0	12,8	14,7	15,6	17,0	21,0	19,8	22,9	24,5	124,0
Læsø	-	-	-	-	-	-	-	20,3	32,1	29,0	39,0	0,0
Mariagerfjord	8,3	8,6	8,3	9,6	11,8	12,6	14,5	14,3	15,8	25,7	27,0	223,8
Middelfart	12,8	16,0	16,9	17,9	21,5	19,0	24,9	23,6	24,8	23,0	23,8	85,4
Morsø	13,6	10,0	7,1	10,0	14,8	15,2	14,7	16,0	18,4	20,2	20,6	50,8
Norddjurs	18,0	20,6	18,7	21,7	23,4	28,7	33,4	33,3	29,5	30,1	34,4	91,6
Nordfyns	14,9	20,3	21,9	21,4	22,8	22,2	21,1	25,2	23,7	23,8	27,4	83,8
Nyborg	15,5	19,2	19,6	21,7	19,3	19,8	24,0	22,7	20,5	23,0	20,4	31,6
Næstved	12,8	11,2	12,9	14,8	17,6	19,7	22,9	26,0	24,3	26,2	26,6	107,4
Odder	15,5	16,9	20,1	20,0	22,4	28,4	35,2	38,7	36,5	35,5	37,6	142,1
Odense	11,5	13,8	13,3	16,2	16,3	16,9	17,4	19,0	18,4	18,9	18,4	59,3
Odsherred	22,3	24,5	28,3	30,5	33,2	36,0	34,2	37,1	36,0	39,0	38,3	71,6
Randers	15,1	17,7	18,4	20,2	20,3	25,4	31,2	34,5	33,7	34,1	35,1	131,7
Rebild	8,3	6,0	7,7	8,0	9,2	11,2	13,1	14,5	17,2	20,9	23,6	183,2
Ringkøbing-Skjern	10,5	12,7	12,4	13,8	15,8	20,2	22,9	27,3	25,4	29,6	26,9	155,2
Ringsted	9,9	12,3	14,2	15,1	17,2	18,0	23,0	28,4	26,8	25,0	26,5	167,3
Roskilde	13,0	14,0	17,2	20,9	21,8	21,9	25,8	28,4	28,9	29,1	31,3	139,7
Rudersdal	11,7	13,0	13,2	14,2	17,4	18,0	20,2	21,3	24,1	22,5	25,0	114,3
Rødovre	17,2	16,0	16,3	17,8	24,0	22,3	22,6	25,3	25,7	22,8	21,4	24,5
Samsø	8,7	9,0	14,6	26,4	29,1	31,1	36,8	31,6	35,1	36,1	26,7	207,7
Silkeborg	12,6	13,9	15,1	15,8	17,3	21,7	28,8	28,8	24,1	24,9	26,8	113,2
Skanderborg	16,1	20,1	18,6	19,3	20,1	23,5	29,1	30,3	24,4	25,7	28,6	77,6
Skive	10,1	14,0	16,3	16,8	19,2	22,5	25,3	27,9	26,6	24,6	25,5	151,0
Slagelse	15,6	16,9	18,6	20,9	22,9	28,0	29,4	32,6	35,7	38,1	40,1	157,2
Solrød	12,6	13,5	17,7	21,5	23,9	25,8	27,3	24,9	23,9	25,6	24,3	92,4
Sorø	15,2	15,1	17,9	21,5	27,7	33,1	39,2	42,6	49,0	46,5	47,1	210,9
Stevns	11,7	11,7	16,3	21,0	23,9	25,9	28,0	33,3	39,1	36,7	36,0	209,1
Struer	17,7	21,2	21,2	25,7	33,5	31,3	40,4	40,4	37,6	40,1	44,3	150,3
Svendborg	13,6	17,5	19,9	20,4	18,8	20,0	19,2	20,8	22,0	20,8	22,8	67,9
Syddjurs	14,5	15,8	16,1	16,3	19,3	22,4	28,7	33,4	27,4	31,4	33,3	130,3
Sønderborg	26,3	30,9	31,9	35,0	38,5	37,4	37,7	39,2	39,5	39,8	38,3	45,6
Thisted	10,7	8,0	10,6	12,6	13,7	15,5	17,9	19,8	19,1	22,6	23,2	116,9
Tønder	21,1	25,3	27,5	30,3	36,0	36,2	39,3	38,8	38,4	41,3	37,1	75,6
Tårnby	10,6	10,8	13,6	14,1	16,5	18,2	21,4	22,4	23,1	22,1	23,8	125,3
Vallensbæk	12,1	14,1	16,9	17,9	20,3	23,4	19,3	19,6	24,4	20,8	21,6	77,9
Varde	11,9	14,1	17,0	17,8	18,4	18,4	22,0	25,4	28,1	33,8	33,1	178,4
Vejen	14,9	15,8	17,4	19,1	22,8	23,1	28,0	28,2	32,6	36,0	40,1	168,1
Vejle	12,1	13,7	16,6	18,6	21,2	22,0	23,3	24,3	25,0	25,8	28,9	138,1
Vesthimmerlands	8,2	7,6	8,9	12,5	12,5	15,1	18,7	15,7	17,3	24,2	28,9	252,2
Viborg	12,4	15,9	18,6	20,2	20,1	24,7	29,8	31,3	26,4	26,3	27,1	118,3
Vordingborg	12,4	12,5	13,9	17,3	17,2	23,7	26,3	30,3	27,6	27,5	26,3	112,5
Ærø	12,5	15,4	17,3	18,3	24,8	18,4	21,7	20,7	17,3	17,7	24,5	97,0
Aabenraa	23,4	29,7	30,9	31,2	35,7	34,1	42,2	45,7	47,8	53,2	52,4	123,3
Aalborg	7,7	6,7	7,9	8,5	10,0	13,1	15,8	15,1	17,8	23,3	23,5	205,6
Aarhus	15,0	15,9	15,4	16,7	18,3	22,2	25,6	26,1	22,0	24,4	23,8	58,7
<b>Landsplan</b>	<b>14,0</b>	<b>15,5</b>	<b>17,0</b>	<b>18,7</b>	<b>20,2</b>	<b>21,8</b>	<b>24,3</b>	<b>25,9</b>	<b>25,7</b>	<b>27,1</b>	<b>27,9</b>	<b>99,1</b>

Anm.: Antal børn og unge med kontakt til psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der i løbet af året har kontakt med psykiatrisk sygehusvæsen opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 4 Akut/planlagt debut og henvisende aktør

Tabel 3

Andel børn og unge fordelt på akut/planlagt psykiatrisk debut og henvisende aktør blandt de planlagte første kontakter, 2018

	Måden debuten starter på		Henvisende aktør		
	Akut	Planlagt	Kommune*	Praksissektor	Sygehusafsnit
Albertslund	28,9	71,1	64,7	30,7	4,7
Allerød	15,9	84,1	44,9	47,1	8,0
Assens	12,3	87,7	6,3	86,2	7,5
Ballerup	27,0	73,0	42,3	46,6	11,1
Billund	-	-	36,0	57,3	6,7
Bornholm	4,1	95,9	13,8	79,7	6,5
Brøndby	27,5	72,5	68,3	23,4	8,3
Brønderslev	9,3	90,7	30,9	65,0	4,1
Dragør	26,7	73,3	-	-	-
Egedal	16,9	83,1	51,0	38,4	10,5
Esbjerg	4,4	95,6	12,1	79,9	8,0
Fanø	-	-	-	-	-
Favrskov	4,4	95,6	57,3	37,6	5,1
Faxe	20,6	79,4	38,8	52,7	8,5
Fredensborg	29,0	71,0	46,2	44,6	9,2
Fredericia	5,2	94,8	56,6	38,2	5,2
Frederiksberg	25,8	74,2	36,2	48,2	15,6
Frederikshavn	12,8	87,2	23,8	67,3	8,8
Frederikssund	24,8	75,2	39,1	48,8	12,1
Furesø	16,8	83,2	65,9	28,2	5,9
Faaborg-Midtfyn	11,9	88,1	12,1	79,1	8,8
Gentofte	21,9	78,1	46,7	44,2	9,1
Gladsaxe	30,5	69,5	40,3	48,1	11,6
Glostrup	26,0	74,0	49,5	42,1	8,4
Greve	18,4	81,6	58,9	32,9	8,2
Gribskov	20,8	79,2	45,3	43,1	11,6
Guldborgsund	28,1	71,9	34,7	44,5	20,8
Haderslev	3,9	96,1	31,3	61,3	7,4
Halsnæs	27,3	72,7	53,8	38,2	8,1
Hedensted	6,0	94,0	56,5	40,8	2,7
Helsingør	23,7	76,3	45,6	42,5	11,8
Herlev	36,9	63,1	47,5	38,6	13,9
Herning	1,4	98,6	48,9	47,0	4,1
Hillerød	20,9	79,1	45,2	42,9	11,9
Hjørring	8,9	91,1	29,2	63,0	7,8
Holbæk	20,4	79,6	71,1	19,1	9,8
Holstebro	1,8	98,2	60,1	34,0	5,9
Horsens	7,8	92,2	40,5	54,8	4,7
Hvidovre	33,1	66,9	48,1	44,4	7,4
Høje-Taastrup	26,9	73,1	47,8	46,6	5,6
Hørsholm	20,8	79,2	60,2	29,1	10,7
Ikast-Brande	2,5	97,5	58,8	35,4	5,8
Ishøj	28,7	71,3	67,4	23,3	9,3
Jammerbugt	9,9	90,1	40,4	54,5	5,1
Kalundborg	26,1	73,9	37,8	50,8	11,3
Kerteminde	7,6	92,4	12,4	80,0	7,6
Kolding	4,5	95,5	46,4	47,2	6,5
København	23,2	76,8	50,3	40,2	9,5



	Måden debuten starter på		Henvisende aktør		
	Akut	Planlagt	Kommune*	Praksissektor	Sygehusafsnit
Køge	22,2	77,8	27,6	62,5	9,9
Langeland	-	-	20,5	73,1	6,4
Lejre	19,7	80,3	50,6	41,8	7,6
Lemvig	-	-	50,6	42,5	6,9
Lolland	17,3	82,7	57,1	30,2	12,7
Lyngby-Taarbæk	19,0	81,0	46,4	44,8	8,8
Læsø	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	8,8	91,2	30,2	62,4	7,4
Middelfart	6,5	93,5	20,4	67,3	12,4
Morsø	8,7	91,3	27,4	58,9	13,7
Norddjurs	6,3	93,7	45,4	47,8	6,8
Nordfyns	15,5	84,5	17,0	70,3	12,7
Nyborg	10,7	89,3	12,8	79,9	7,3
Næstved	18,7	81,3	46,2	43,9	9,9
Odder	3,9	96,1	-	-	-
Odense	11,7	88,3	18,5	72,8	8,7
Odsherred	21,1	78,9	52,9	35,5	11,6
Randers	3,9	96,1	51,9	41,4	6,7
Rebild	11,4	88,6	36,9	50,3	12,8
Ringkøbing-Skjern	-	-	37,1	53,9	9,0
Ringsted	15,8	84,2	49,7	42,5	7,8
Roskilde	19,0	81,0	47,4	43,5	9,1
Rudersdal	23,4	76,6	59,6	32,2	8,2
Rødovre	36,0	64,0	56,2	34,2	9,6
Samsø	-	-	-	-	-
Silkeborg	4,0	96,0	29,8	61,2	8,9
Skanderborg	7,8	92,2	46,2	47,0	6,8
Skive	2,9	97,1	38,2	51,1	10,7
Slagelse	22,0	78,0	70,9	22,0	7,1
Solrød	15,0	85,0	47,1	47,1	5,9
Sorø	16,3	83,7	65,0	30,4	4,6
Stevns	27,5	72,5	54,4	33,0	12,6
Struer	-	-	62,0	34,1	3,9
Svendborg	9,2	90,8	21,2	71,8	7,1
Syddjurs	3,2	96,8	48,2	47,4	4,4
Sønderborg	2,8	97,2	35,5	56,2	8,2
Thisted	11,5	88,5	45,9	44,0	10,1
Tønder	2,7	97,3	39,2	51,0	9,8
Tårnby	29,2	70,8	43,2	40,5	16,2
Vallensbæk	18,1	81,9	54,4	35,3	10,3
Varde	6,1	93,9	22,2	67,6	10,3
Vejen	3,0	97,0	25,0	69,4	5,6
Vejle	4,2	95,8	33,5	58,5	8,0
Vesthimmerlands	10,5	89,5	38,0	53,5	8,5
Viborg	3,0	97,0	32,2	57,0	10,8
Vordingborg	28,6	71,4	66,5	24,2	9,3
Ærø	20,7	79,3	-	-	-
Aabenraa	2,0	98,0	53,2	39,4	7,5
Aalborg	10,4	89,6	29,0	64,1	6,9
Aarhus	6,4	93,6	45,7	48,1	6,2
<b>Landsplan</b>	<b>14,5</b>	<b>85,5</b>	<b>45,2</b>	<b>47,1</b>	<b>7,7</b>

Anm.: For at sikre mere robuste opgørelser er kommunale nøgletal i denne tabel opgjort på baggrund af 3 år, 2016-2018, mens landsplansnøgletallet er opgjort på baggrund af 2018.\* I forbindelse med planlagte henvisninger af børn og unge til et psykiatrisk sygehus, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet, at "andet" i LPR referer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5 Forløbet i perioden omkring debuten

**Tabel 4**

**Andel børn og unge der modtog sociale indsatser i perioden omkring den psykiatriske debut i 2015-2017**

	1 år før		½ år før		Debut		½ år efter		1 år efter
Albertslund	11,9	12,4	13,5	14,5	11,9	15,5	17,6	15,5	17,6
Allerød	3,9	3,9	3,9	3,9	3,3	5,9	7,8	11,8	15,0
Assens	17,9	15,5	16,4	19,4	22,4	22,1	23,9	20,3	22,7
Ballerup	15,8	16,5	18,4	14,9	18,4	25,3	36,4	35,1	37,0
Billund	20,5	22,3	22,3	26,4	31,4	34,1	33,6	39,5	39,5
Bornholm	15,0	16,3	18,3	15,8	19,2	21,7	22,9	22,1	27,1
Brøndby	14,3	13,7	22,3	20,0	21,7	20,0	21,7	25,7	25,7
Brønderslev	24,0	29,0	26,0	35,9	29,8	35,1	36,6	35,1	34,4
Dragør	14,1	21,1	25,4	23,9	25,4	28,2	25,4	42,3	50,7
Egedal	11,0	13,0	14,5	13,3	15,9	20,2	26,6	30,1	28,9
Esbjerg	18,9	20,3	20,5	20,3	20,7	23,1	27,7	30,2	31,8
Fanø	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Favrskov	10,3	10,9	10,5	12,8	14,2	12,4	15,9	18,1	18,8
Faxe	19,4	18,1	22,4	18,5	26,7	26,3	29,3	37,9	47,4
Fredensborg	11,5	10,6	11,1	15,2	19,8	18,4	26,3	24,9	25,3
Fredericia	10,9	11,9	16,7	18,4	22,0	20,5	20,7	21,5	23,5
Frederiksberg	7,9	8,2	6,9	6,9	7,9	8,6	7,2	8,9	8,9
Frederikshavn	21,3	23,2	21,3	24,4	22,9	28,4	37,8	42,4	45,1
Frederikssund	12,1	14,5	13,3	13,0	14,7	19,1	18,2	19,7	27,2
Furesø	12,0	10,1	11,6	12,7	16,9	18,7	18,7	24,7	28,1
Faaborg-Midtfyn	19,1	20,5	18,0	21,6	23,8	24,3	21,6	29,2	29,5
Gentofte	3,3	5,7	5,4	9,0	9,9	9,0	9,3	11,4	12,9
Gladsaxe	14,1	18,6	17,0	18,6	23,1	27,6	33,7	37,8	41,0
Glostrup	10,9	10,2	8,2	9,5	12,2	15,0	13,6	20,4	28,6
Greve	13,3	15,0	16,8	17,7	18,9	20,9	20,6	20,9	17,1
Gribskov	22,6	27,4	25,6	28,4	26,8	28,7	30,2	29,0	30,2
Guldborgsund	20,5	23,1	28,0	21,8	27,0	23,8	25,4	22,8	27,0
Haderslev	18,8	17,9	17,9	20,9	28,1	29,7	27,9	28,1	30,6
Halsnæs	14,2	15,9	16,3	20,3	25,6	31,7	37,0	42,3	42,7
Hedensted	25,3	25,8	24,6	27,6	26,9	27,4	28,3	27,1	26,9
Helsingør	16,3	15,2	17,2	20,9	21,2	23,2	27,5	30,1	32,1
Herlev	-	6,9	5,3	10,7	8,4	13,7	22,9	24,4	28,2
Herning	11,8	11,6	13,4	14,6	15,8	16,1	18,7	20,4	21,9
Hillerød	10,7	15,0	13,5	17,5	21,2	23,0	24,8	28,5	39,3
Hjørring	19,2	20,6	20,1	21,2	29,1	30,2	31,1	33,9	32,2
Holbæk	18,6	21,6	20,1	20,1	21,8	25,7	29,2	31,7	38,7
Holstebro	17,7	17,9	18,9	19,1	19,9	22,7	20,3	23,9	30,4
Horsens	14,4	15,2	18,7	19,7	21,9	29,2	36,7	34,7	38,1
Hvidovre	16,0	16,7	17,0	16,7	18,6	23,1	27,6	33,0	35,6
Høje-Taastrup	11,7	12,1	12,1	12,8	14,9	16,7	17,7	26,2	29,8
Hørsholm	5,7	6,6	5,7	4,9	-	-	11,5	11,5	9,0
Ikast-Brande	12,7	13,5	13,5	13,5	15,3	14,0	17,9	20,2	20,2
Ishøj	15,8	17,3	15,8	13,5	18,0	21,1	26,3	28,6	33,8
Jammerbugt	31,0	35,4	37,2	37,2	34,7	38,3	43,4	40,1	36,9
Kalundborg	18,8	20,7	21,0	21,0	25,8	23,9	29,3	28,0	32,8
Kerteminde	5,7	6,8	7,4	6,8	6,3	6,3	8,5	8,5	9,7
Kolding	15,5	18,4	18,3	18,6	20,7	21,6	25,2	30,7	31,6
København	12,1	14,0	14,9	17,4	21,4	27,0	33,4	37,3	38,0
Køge	9,2	8,9	10,5	15,2	18,8	16,8	27,2	29,1	26,4

	1 år før		½ år før		Debut		½ år efter		1 år efter
Langeland	8,8	10,0	15,0	13,8	15,0	16,3	20,0	17,5	13,8
Lejre	16,5	16,0	19,8	22,2	23,6	21,2	19,8	20,3	26,9
Lemvig	7,3	8,3	5,5	6,4	-	4,6	7,3	11,0	12,8
Lolland	39,0	35,1	41,4	40,2	47,8	49,0	49,0	47,4	41,0
Lyngby-Taarbæk	11,7	15,1	18,1	15,8	17,8	21,5	23,8	21,1	23,2
Læsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	31,2	36,4	36,4	38,8	40,4	46,4	46,8	44,4	40,0
Middelfart	18,5	16,6	18,1	20,8	20,5	17,0	17,8	22,0	26,3
Morsø	15,0	18,0	23,0	28,0	38,0	35,0	27,0	29,0	32,0
Norddjurs	17,1	20,5	21,8	22,2	24,8	24,8	27,4	25,2	23,9
Nordfyns	5,4	8,9	12,8	12,8	12,8	12,8	15,3	18,2	18,7
Nyborg	13,4	13,0	12,6	15,2	18,2	19,0	17,3	16,9	16,9
Næstved	19,7	20,1	20,5	21,9	20,5	21,5	23,7	24,9	23,9
Odder	20,0	16,7	15,6	18,3	23,3	25,6	26,1	22,2	29,4
Odense	10,5	11,4	12,7	14,4	20,4	24,5	27,4	30,6	34,9
Odsherred	22,1	28,2	35,4	35,9	34,8	35,4	44,2	44,2	39,8
Randers	8,9	10,2	10,9	12,5	14,7	15,1	17,3	20,5	20,4
Rebild	21,8	23,5	24,1	23,5	25,3	24,1	28,8	28,2	36,5
Ringkøbing-Skjern	15,9	16,4	16,4	16,2	23,1	24,0	27,3	31,0	33,4
Ringsted	16,3	21,9	22,3	27,4	30,7	27,4	34,0	36,7	38,6
Roskilde	11,2	9,7	11,6	12,0	16,9	19,5	24,0	28,8	28,8
Rudersdal	10,6	9,0	10,0	12,3	15,0	17,3	19,6	18,9	24,6
Rødovre	11,3	13,1	13,1	13,1	16,7	16,3	20,4	25,3	32,1
Samsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Silkeborg	11,3	11,8	15,8	16,7	16,4	19,5	24,6	25,0	30,1
Skanderborg	9,9	9,2	9,9	12,0	15,3	20,5	22,1	24,2	20,7
Skive	16,0	16,0	17,1	29,5	30,6	27,8	28,5	24,6	21,4
Slagelse	18,2	20,4	22,1	22,9	22,7	22,9	29,1	30,5	35,7
Solrød	9,2	6,9	9,9	9,2	11,5	12,2	19,8	21,4	22,9
Sorø	16,1	17,0	17,4	18,4	19,7	23,9	29,5	31,1	34,8
Stevns	15,4	19,5	18,8	21,5	30,2	34,2	37,6	29,5	45,0
Struer	21,3	17,9	17,9	15,5	12,6	14,5	20,8	25,6	27,1
Svendborg	17,8	19,0	21,1	20,5	19,6	19,6	27,7	31,0	32,8
Syddjurs	17,2	19,7	20,3	21,2	21,2	24,6	28,3	28,6	29,5
Sønderborg	16,2	17,3	18,2	18,2	18,2	21,4	23,7	22,3	21,7
Thisted	28,3	28,8	30,0	34,3	33,9	38,2	39,1	46,4	49,8
Tønder	18,2	20,4	23,4	25,5	25,2	28,8	33,9	33,9	35,4
Tårnby	11,0	14,4	14,8	11,0	12,4	16,3	17,2	25,8	25,8
Vallensbæk	-	6,0	7,2	21,7	25,3	20,5	22,9	14,5	12,0
Varde	30,0	30,0	31,2	33,3	39,8	38,1	41,6	44,4	45,1
Vejen	15,1	14,8	16,6	19,4	18,9	21,0	18,9	18,4	21,2
Vejle	13,8	14,7	15,3	16,2	20,2	22,3	25,3	27,6	28,0
Vesthimmerlands	45,3	43,8	47,3	49,8	49,8	48,8	52,2	56,7	68,2
Viborg	17,6	16,9	17,9	18,5	20,5	22,1	24,1	23,5	21,7
Vordingborg	18,2	18,2	19,8	17,8	20,2	30,6	38,4	40,7	38,8
Ærø	21,4	-	-	21,4	21,4	17,9	-	-	28,6
Aabenraa	15,2	14,5	17,5	15,2	20,1	21,9	23,0	23,9	26,5
Aalborg	23,3	21,6	23,8	25,0	26,9	25,6	28,8	33,8	34,5
Aarhus	14,4	15,3	16,5	21,0	20,3	23,9	26,6	28,3	28,8
<b>Landsplan</b>	<b>14,6</b>	<b>15,3</b>	<b>16,2</b>	<b>17,3</b>	<b>19,2</b>	<b>21,1</b>	<b>23,2</b>	<b>24,4</b>	<b>25,5</b>

Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. Sociale indsatser er afgrænset til anbringelser uden for hjemmet og forebyggende foranstaltninger (ekskl. §11-indsatser). Se Bilag 5 - Metode for konkret definition.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 5

**Andel børn og unge der modtog segregeret specialundervisning i perioden omkring den psykiatriske debut i 2015-2017**

	1 år før	1 år før	½ år før	Debut	Debut	½ år efter	1 år efter	1 år efter	1½ år efter	1½ år efter	2 år efter	2 år efter	
Albertslund	9,7	11,3	11,3	12,9	14,5	19,4	27,4	32,3	33,9	38,7	38,7	40,3	45,2
Allerød	18,4	18,4	18,4	15,8	15,8	15,8	21,1	26,3	26,3	39,5	39,5	42,1	44,7
Assens	8,8	11,0	12,1	13,2	14,3	16,5	18,7	20,9	20,9	22,0	22,0	24,2	26,4
Ballerup	-	5,7	9,1	10,2	10,2	12,5	14,8	19,3	23,9	29,5	33,0	34,1	36,4
Billund	-	-	-	-	-	-	-	-	10,5	17,5	19,3	22,8	24,6
Bornholm	-	-	-	-	-	-	9,2	9,2	15,4	15,4	16,9	18,5	20,0
Brøndby	-	-	-	-	-	-	17,4	15,2	26,1	30,4	23,9	30,4	34,8
Brønderslev	12,1	12,1	13,2	13,2	15,4	16,5	17,6	22,0	17,6	19,8	25,3	27,5	34,1
Dragør	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egedal	-	-	-	-	4,2	5,0	5,0	15,0	20,8	24,2	25,8	27,5	31,7
Esbjerg	4,1	3,4	3,0	3,0	3,4	4,9	6,0	9,4	12,4	15,0	16,1	18,7	19,1
Fanø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Favrskov	6,0	6,5	7,6	7,6	8,2	8,2	11,4	18,5	20,7	23,4	25,5	27,7	29,9
Faxe	14,0	14,0	12,3	12,3	17,5	17,5	19,3	26,3	33,3	36,8	40,4	42,1	43,9
Fredensborg	-	-	-	8,1	-	8,1	9,7	11,3	16,1	16,1	19,4	21,0	21,0
Fredericia	-	-	-	-	-	-	4,0	4,8	4,8	6,3	10,3	10,3	10,3
Frederiksberg	-	-	-	-	8,6	11,4	18,6	25,7	30,0	40,0	37,1	32,9	32,9
Frederikshavn	19,4	20,4	19,4	22,6	24,7	25,8	26,9	26,9	30,1	29,0	32,3	34,4	36,6
Frederikssund	5,6	4,6	4,6	5,6	6,5	7,4	13,0	13,9	19,4	21,3	21,3	26,9	26,9
Furesø	18,8	20,3	17,4	20,3	18,8	23,2	26,1	29,0	40,6	50,7	49,3	58,0	53,6
Faaborg-Midtfyn	11,3	10,3	11,3	12,4	10,3	12,4	14,4	14,4	15,5	13,4	15,5	20,6	20,6
Gentofte	6,5	6,5	6,5	6,5	7,6	8,7	10,9	12,0	13,0	17,4	17,4	19,6	19,6
Gladsaxe	7,1	7,1	7,1	7,1	8,2	7,1	8,2	15,3	17,6	18,8	20,0	22,4	23,5
Glostrup	-	-	-	-	-	-	-	18,4	18,4	26,3	36,8	42,1	42,1
Greve	-	-	-	-	4,5	5,4	5,4	8,1	6,3	13,5	15,3	18,9	21,6
Gribskov	9,4	9,4	9,4	9,4	8,3	10,4	10,4	12,5	16,7	19,8	22,9	25,0	30,2
Guldborgsund	8,9	11,4	12,7	15,2	15,2	12,7	13,9	17,7	19,0	21,5	22,8	25,3	25,3
Haderslev	8,0	7,2	7,2	8,0	10,1	13,0	18,8	22,5	26,8	28,3	31,2	32,6	32,6
Halsnæs	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	14,8	22,2	24,1	24,1	29,6	29,6	35,2
Hedensted	4,5	6,0	5,2	6,0	6,0	8,2	10,4	11,9	14,2	18,7	21,6	23,1	22,4
Helsingør	11,4	12,4	12,4	12,4	12,4	10,5	10,5	17,1	23,8	28,6	32,4	33,3	32,4
Herlev	-	-	-	-	-	-	-	14,3	28,6	42,9	45,7	45,7	51,4
Herning	8,0	8,6	9,1	8,6	9,1	9,7	10,9	11,4	10,9	16,6	18,3	20,6	20,6
Hillerød	11,5	13,5	13,5	15,6	15,6	15,6	17,7	19,8	28,1	30,2	31,3	37,5	37,5
Hjørring	17,0	19,0	19,0	21,0	22,0	23,0	26,0	33,0	34,0	37,0	39,0	40,0	41,0
Holbæk	14,4	15,9	16,7	17,4	18,2	20,5	23,5	27,3	32,6	34,1	34,1	34,1	36,4
Holstebro	10,1	9,2	7,3	7,3	8,3	9,2	11,9	15,6	19,3	19,3	20,2	21,1	26,6
Horsens	-	-	-	-	-	3,5	6,9	8,3	9,7	11,8	13,9	15,3	19,4
Hvidovre	-	-	-	7,2	8,7	8,7	8,7	17,4	20,3	29,0	29,0	31,9	33,3
Høje-Taastrup	13,0	15,9	17,4	18,8	17,4	17,4	17,4	26,1	29,0	39,1	36,2	40,6	40,6
Hørsholm	-	-	-	-	-	-	20,0	14,3	14,3	25,7	34,3	31,4	34,3
Ikast-Brande	8,7	8,7	8,7	9,6	11,5	15,4	17,3	18,3	20,2	24,0	25,0	26,0	26,0
Isøj	20,0	20,0	24,0	24,0	24,0	24,0	20,0	24,0	28,0	28,0	32,0	36,0	40,0
Jammerbugt	0,0	0,0	6,5	6,5	7,8	7,8	13,0	16,9	15,6	18,2	18,2	20,8	23,4
Kalundborg	13,5	16,9	15,7	15,7	15,7	16,9	24,7	23,6	25,8	28,1	30,3	31,5	32,6
Kerteminde	-	-	-	-	-	-	-	12,2	12,2	14,6	14,6	19,5	19,5
Kolding	4,8	4,8	4,8	4,8	5,4	5,4	6,6	9,0	13,3	16,9	19,3	19,9	21,7
København	7,4	7,8	8,1	8,7	9,3	9,6	12,3	15,9	19,3	23,3	27,0	28,7	30,4
Køge	4,7	5,7	5,7	6,6	5,7	8,5	10,4	13,2	17,0	21,7	24,5	30,2	31,1
Langeland	-	-	-	-	-	-	-	-	26,3	26,3	26,3	26,3	26,3

	1 år før		½ år før		Debut		½ år efter		1 år efter		1½ år efter		2 år efter	
Lejre	-	-	-	-	-	-	12,2	22,4	26,5	26,5	24,5	26,5	24,5	24,5
Lemvig	-	-	-	-	16,7	20,0	20,0	23,3	23,3	23,3	26,7	26,7	26,7	26,7
Lolland	9,4	9,4	9,4	14,1	20,3	25,0	31,3	35,9	39,1	42,2	40,6	43,8	51,6	51,6
Lyngby-Taarbæk	-	-	6,7	-	-	-	17,3	18,7	22,7	30,7	32,0	34,7	37,3	37,3
Læsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mariagerfjord	20,7	24,1	27,6	27,6	25,9	25,9	29,3	34,5	34,5	34,5	37,9	37,9	39,7	39,7
Middelfart	11,4	11,4	11,4	11,4	12,9	14,3	15,7	15,7	15,7	15,7	14,3	15,7	20,0	20,0
Morsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norddjurs	10,8	10,8	13,8	15,4	15,4	15,4	15,4	18,5	20,0	20,0	26,2	27,7	26,2	26,2
Nordfyns	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,0	-	14,1	15,5	15,5
Nyborg	12,7	14,1	12,7	12,7	14,1	14,1	16,9	19,7	21,1	22,5	25,4	28,2	28,2	28,2
Næstved	17,5	19,6	20,3	19,6	23,1	27,3	31,5	32,2	35,0	41,3	44,8	45,5	46,2	46,2
Odder	-	-	-	-	-	-	11,3	18,9	20,8	22,6	24,5	26,4	26,4	26,4
Odense	6,0	6,6	6,6	7,6	7,6	8,2	9,8	11,4	13,9	15,5	18,0	20,3	21,5	21,5
Odsherred	22,2	22,2	26,7	26,7	28,9	37,8	44,4	44,4	42,2	48,9	48,9	48,9	48,9	48,9
Randers	9,4	10,4	9,9	10,4	11,8	13,2	14,2	15,1	17,5	21,2	26,4	25,9	25,0	25,0
Rebild	9,3	11,1	11,1	14,8	18,5	18,5	20,4	25,9	27,8	29,6	29,6	31,5	37,0	37,0
Ringkøbing-Skjern	6,8	7,5	7,5	8,2	8,9	11,6	15,1	20,5	26,0	28,1	31,5	32,9	34,2	34,2
Ringsted	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	19,4	24,2	29,0	32,3	37,1	37,1	38,7	38,7
Roskilde	10,3	10,3	12,1	12,6	12,6	13,8	17,2	19,0	23,6	28,2	33,3	36,2	38,5	38,5
Rudersdal	-	-	-	-	-	-	5,3	12,8	19,1	22,3	21,3	21,3	21,3	21,3
Rødovre	10,7	10,7	8,9	10,7	10,7	14,3	16,1	19,6	26,8	37,5	35,7	39,3	37,5	37,5
Samsø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Silkeborg	5,3	6,4	6,4	8,5	8,0	8,5	11,2	14,4	16,5	19,7	22,9	27,1	27,1	27,1
Skanderborg	7,6	8,4	8,4	9,2	11,5	13,7	19,1	20,6	23,7	29,0	31,3	32,8	33,6	33,6
Skive	-	-	-	-	-	-	7,8	15,6	19,5	22,1	23,4	26,0	28,6	28,6
Slagelse	11,0	9,7	9,0	9,7	11,6	11,6	16,1	24,5	25,8	30,3	30,3	33,5	36,1	36,1
Solrød	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	20,0	17,1	22,9	22,9
Sorø	-	-	-	-	-	-	8,0	13,0	16,0	18,0	18,0	22,0	23,0	23,0
Stevns	14,9	14,9	14,9	12,8	17,0	21,3	25,5	29,8	31,9	31,9	38,3	40,4	46,8	46,8
Struer	7,9	9,5	9,5	11,1	12,7	12,7	12,7	19,0	23,8	22,2	23,8	23,8	28,6	28,6
Svendborg	12,0	13,3	15,7	14,5	14,5	18,1	24,1	21,7	24,1	25,3	25,3	27,7	27,7	27,7
Syddjurs	12,2	14,6	15,9	15,9	14,6	15,9	17,1	17,1	13,4	11,0	8,5	8,5	9,8	9,8
Sønderborg	-	-	-	-	-	-	7,5	11,6	15,1	20,5	21,9	24,0	26,7	26,7
Thisted	-	-	-	-	-	10,4	16,7	18,8	20,8	33,3	37,5	41,7	39,6	39,6
Tønder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,4	7,4	7,4
Tårnby	-	-	-	-	-	-	9,8	13,1	18,0	19,7	19,7	23,0	26,2	26,2
Vallensbæk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,8	20,8
Varde	4,7	4,7	4,7	4,7	5,7	4,7	4,7	6,6	9,4	9,4	9,4	10,4	14,2	14,2
Vejen	5,8	5,8	4,9	4,9	4,9	5,8	7,8	16,5	16,5	19,4	20,4	19,4	22,3	22,3
Vejle	5,0	5,6	5,6	5,6	6,1	7,3	7,8	11,2	15,1	19,0	21,2	22,9	24,0	24,0
Vesthimmerlands	16,7	18,8	18,8	20,8	20,8	20,8	25,0	29,2	29,2	31,3	35,4	37,5	39,6	39,6
Viborg	7,2	7,2	7,7	8,7	9,2	10,6	12,1	15,0	15,9	17,9	17,9	20,8	23,7	23,7
Vordingborg	-	-	-	-	-	9,8	8,2	9,8	14,8	14,8	14,8	13,1	11,5	11,5
Ærø	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aabenraa	7,6	7,6	8,2	8,2	8,2	9,2	13,0	18,5	20,1	22,3	22,3	21,7	23,4	23,4
Aalborg	7,1	8,6	8,6	8,6	9,7	10,1	14,2	17,5	19,4	22,8	26,5	26,9	29,1	29,1
Aarhus	6,0	6,5	6,5	6,7	6,9	7,7	10,5	13,9	15,7	18,3	21,2	23,8	25,6	25,6
<b>Landsplan</b>	<b>8,4</b>	<b>9,0</b>	<b>9,4</b>	<b>9,9</b>	<b>10,6</b>	<b>12,1</b>	<b>14,5</b>	<b>17,7</b>	<b>20,4</b>	<b>23,4</b>	<b>25,4</b>	<b>27,8</b>	<b>29,2</b>	<b>29,2</b>

Anm.: Perioden er inddelt kvartalsvis. Segregeret specialundervisning er afgrænset som elever, der går i et specialtilbud i form af en specialklasse, specialskole, eller en intern skole på et dagbeholdningshjem eller et opholdssted. Se Bilag 5 - Metode for konkret definition.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Bilag 5: Metode

Børn og unge med psykiatrisk debut



Indenrigs- og  
Boligministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1 Kilder og variable .....	3
2 Afgrænsning af populationer.....	3
3 Afgrænsning af nøgletal på det regionale område.....	4
4 Afgrænsning af nøgletal på det kommunale område.....	7
5 Sammenhæng med socioøkonomiske rammevilkår.....	9



# 1 Kilder og variable

I tabel 1 er der angivet en oversigt over anvendte datakilder og variable i analysen.

<b>Oversigt over anvendte registre og variable i analysen</b>	
<b>Kilde</b>	<b>Variable</b>
Befolkningsregister (BEF)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alder</li><li>• Bopælskommune</li><li>• Bopælsregion</li></ul>
Landspatientregister (LPR, LPR PSYK)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psykiatrisk debut</li><li>• Psykiatriske kontakter</li><li>• Aktionsdiagnose på psykiatrisk/somatisk sygehus</li><li>• Måden debuten påbegyndes (akut/planlagt)</li><li>• Henvisende aktør</li><li>• Aktivitet: Andel med kontakt, ambulante ophold, indlæggelser og sengedage</li></ul>
Sygesikringsregister SSSY	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakter til almen praksis (herunder samtaleterapi)</li><li>• Kontakter til speciallægepraksis (herunder praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri)</li><li>• Kontakter til psykologhjælp</li></ul>
Børn og unge forebyggende foranstaltninger (BUFO)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Andel børn og unge med forebyggende foranstaltninger (person- og familierettede, ekskl. §-11-indsatser)</li></ul>
Børn og unge anbragte forløbsregister (BUAF)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Andel børn og unge med anbringelse</li></ul>
Børn og unge underretninger (BUU)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Andel børn og unge med en underretning</li><li>• Baggrund for underretning</li><li>• Underretningstype</li></ul>
Komprimeret elevregister (KOTRE) og Institutionsregister (INST)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afgrænsning af elever</li><li>• Afgrænsning af elever i specialskole, et dagbehandlingstilbud eller et behandlingshjem Institutionstype = 1015 eller 1016 ("Specialskoler for børn" eller "Dagbehandlingstilbud og behandlingshjem")</li><li>• Skoleskift</li></ul>
Specialundervisning (UDSP)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eleven går i en specialklasse (Klassetype = 50 ("Specialklasse"))</li></ul>
Styrelsen for It og Læring (STIL)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elevfravær</li><li>• Elevtrivsel</li></ul>
eSundhed	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gennemsnitlig ventetid til udredning og behandling i sygehuspsykiatrien blandt børn</li><li>• Antal praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (Ydere og kapaciteter i praksissektoren)</li></ul>
Danske Regioner - Benchmarking i Psykiatri (2009-2017)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antal læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatri</li></ul>
Statistikbanken, tabel REGK31	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oplysninger om udgifter til folkeskoler, PPR, forebyggende foranstaltninger og anbringelser på kommuneniveau</li></ul>

## 2 Afgrænsning af populationer

### **Børn og unge med psykiatrisk debut**

Børn og unge med debut i psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar, der i løbet af opgørelsesåret har sin første kontakt til psykiatrisk sygehus. Aktivitet i det psykiatriske sygehusvæsen er baseret på Landspatientregisteret. Kontakten kan enten have været ambulante eller stationære.

I analysen er børn og unge med psykiatrisk debut og den efterfølgende sygehusaktivitet afgrænset til offentligt psykiatrisk sygehusvæsen. Alle patienter der er visiteret til det psykiatriske sygehusvæsen, kan dog blive behandlet på et privathospital under ordningen det udvidede frie sygehusvalg,

og disse er ikke medtaget i denne analyse. På baggrund af nøgletal<sup>1</sup> fra Sundhedsdatastyrelsen kan det dog oplyses, at antallet af patienter (både voksne og børn), der har benyttet sig af tilbuddet om at blive behandlet på et privathospital, udgør mellem knap 800 til knap 1.300 personer årligt i peiroden 2009-2018, og det skal sættes i forhold til, at der i samme periode blev mellem 136.000 og 177.000 patienter behandlet i det offentlige psykiatriske sygehusvæsen. Derfor vurderer vi umiddelbart ikke, at det udvidede frie sygehusvalg har en stor betydning for antallet af børn og unge med psykiatrisk debut og den efterfølgende sygehusaktivitet, som der opgøres i denne analyse.

#### **Børn og unge med kontakt til psykiatrien**

Børn og unge med kontakt til psykiatrien er defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar, der i løbet af opgørelsesåret har en kontakt til psykiatrisk sygehus. I nogle opgørelser skelnes der mellem børn og unge med debut i psykiatrien og øvrige børn og unge med kontakt til psykiatrien. Øvrige børn og unge med kontakt til psykiatrien i opgørelsesåret er opgjort som 0-17-årige, som også før opgørelsesåret havde en psykiatrisk kontakt.

#### **Børn og unge med debut i udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen**

Antal børn og unge med debut i de udvalgte dele af det regionale sundhedsvæsen er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar, der i løbet af året optræder det pågældende sted for første gang opgjort i forhold til 1.000 0-17-årige.

## 3 Afgrænsning af nøgletal på det regionale område

#### **Opgørelser af den gennemsnitlige ventetid til udredning og behandling**

I denne analyse viser vi udviklingen i den gennemsnitlige ventetid til udredning og behandling i sygehuspsykiatrien blandt børn og unge opgjort i dage. Der er tale om nøgletal fra eSundhed.dk. Opgørelserne viser de erfarede ventetider, det vil sige den tid, hvor en patient har været registreret som ventende fra første henvisning fra egen læge eller kommunen og frem til første kontakt (besøg eller indlæggelse på sygehus).

#### **Opgørelser af læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatrien**

I analysen viser vi udviklingen i antal læger og psykologer opgjort som fuldtidspersoner ansat i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 100.000 0-17-årige. Antal læger og psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatrien er muligt at opgøre fra 2009. For perioden 2009-2017 er der tale om nøgletal fra Danske Regioner, *Benchmarking af psykiatrien*. Opgørelsen for 2018 er indhentet fra Danske Regioner.

#### **Opgørelser af praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri**

I analysen viser vi antallet af praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Der er tale om nøgletal fra eSundhed.dk. Vi viser dels antal praksis (ydernumre) samt antal fuldtidspersoner (kapaciteter). Oplysningerne om ventetid til udredning og behandling i 2018 hos praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri stammer fra en artikel i Ugebrevet A4.

---

<sup>1</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2020): Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018.

### Definition af henvisningsaktør

Blandt de børn, der er blevet visiteret til psykiatrien og som har en psykiatrisk debut, er det ved hjælp af Landspatientregistret muligt at opgøre hvilken aktør, der har henvist børn og unge til den første psykiatriske kontakt.

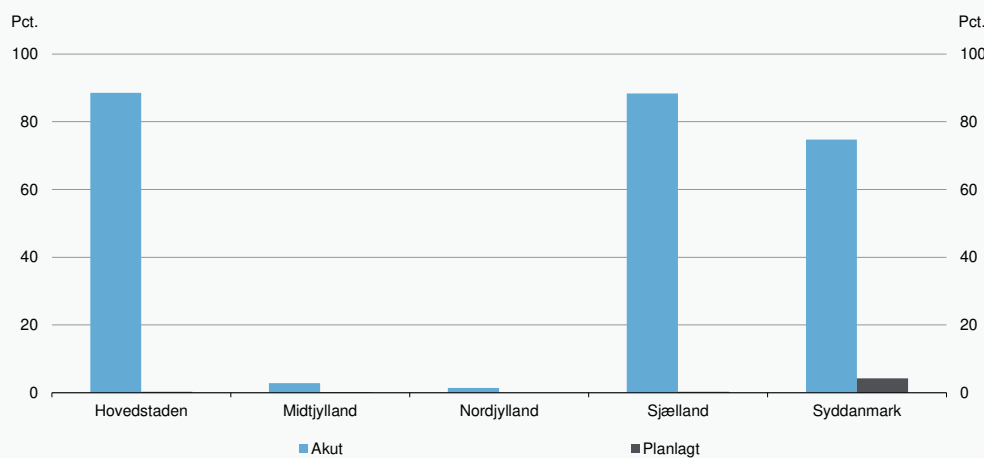
I Landspatientregistret bliver henvisningsmåden for børn og unge med første psykiatriske kontakt registreret som: Ingen henvisning (c\_henm=0), henvist fra et sygehusafsnit (c\_henm=G,F), Praktiserende læge (c\_henm=1), praktiserende speciallæge (c\_henm=2), samt andet (c\_henm=A).

En nærmere undersøgelse i data viser, at der for en stor del børn og unge med akut første psykiatrisk kontakt enten slet ikke er nogen registreringer af henvisningsmåden, eller også er der registreret, at der ingen henvisning er. I Region Hovedstaden og Region Sjælland bliver der således ved 9 ud af 10 akutte kontakter ikke registreret den henvisende aktør og det gælder også langt hovedparten af akutte henvisninger i Region Syddanmark, jf. figur 1. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er der derimod angivet en henvisende aktør i forbindelse med stort set alle akutte kontakter.

Omvendt er der for stort set alle planlagte henvisninger registreret en henvisende aktør. For at kunne opgøre henvisende aktør i alle regioner har vi derfor valgt at fokusere kun på de planlagte forløb, som også udgør hovedparten af alle henvisninger.

Figur 1

Andel børn med debut i psykiatrien med ingen registreret henvisende aktør, fordelt efter kontaktmåde og på tværs af regioner, 2018



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Det fremgår af Fællesindholdet<sup>2</sup>, at henvisningsmåden "andet" omfatter andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, bo-centre, tandlæger, forsikringsselskaber og Kriminalforsorgen. Det skal ses i lyset af, at der tænkes på en målgruppe i voksenalderen. Da målgruppen i denne analyse er børn og unge med psykiatrisk debut, er det på baggrund af dialog med de enkelte regioner vurderet, at "andet" hovedsageligt refererer til barnets kommune, hvor det primært er PPR eller socialrådgivning, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan dog ikke afvises, at der

<sup>2</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2019): Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel - 2019-VEJL (gældende fra 1. januar 2019 til afslutning af indberetning til "LPR2")

også er tilfælde, hvor "andet" referer til andre aktører, herunder henvisninger fra kriminalforsorgen. Men det vurderes ikke at være tilfældet for særligt mange.

### Definition af sygehusaktiviteten

I denne analyse har vi opgjort sygehusophold efter samme definition som Sundhedsdatastyrelsen. Det indebærer, at hvis der er maksimalt 4 timer imellem udskrivning på kontakt og indskrivning på næste kontakt, så tæller de som et ophold. Et psykiatrisk sygehusophold kan opdeles i indlæggelser og ambulante ophold. Indlæggelser er defineret som sygehusophold på 12 timer eller derover (opholdstype 1 >= 12 timer), mens ambulante ophold er defineret som sygehusophold under 12 timer (opholdstype 1 < 12 timer) samt planlagte ambulante kontakter med mindst et besøg pr. dag (opholdstype 2).

I analysen opgør vi kontaktdage, som dage patienterne har enten været indlagt på sygehuset (sengedage) eller dage patienten har haft ambulante ophold. Når vi fordeler kontaktdage på henholdsvis sengedage og ambulante ophold, har vi valgt at prioritere sengedage i de tilfælde, hvor en person både var indlagt og havde ambulante ophold på samme dato.

### Afgrænsning af ambulante ydelser

I opgørelsen af den planlagte ambulante aktivitet er det muligt at dykke ned i indholdet af selve besøget og opgøre ydelser foretaget henholdsvis med og uden, at patienten var til stede. I denne analyse har fokus været på udvalgte ydelser, der foretages, når patienten er tilstede. Disse har vi i analysen kategoriseret i: diagnostik, samtale, psykoterapi, psykiatrisk dagbehandling og psykoedukation. I afgrænsningen af de enkelte ydelser har vi taget udgangspunkt i de procedurer, som er obligatoriske at registrere<sup>3</sup>. Enkelte kategorier er udvidet efter en nærmere undersøgelse i data og efter henvendelse til alle regionerne.

Tabel 2

#### Udvalgte SKS-procedurekoder anvendt i analysen

	SKS-kode	Forklaring
<b>Diagnostik</b>	AAF21	Førstegangsbesøg
	ZZ499*	Bl.a. Psykologisk undersøgelse og semistruktureret diagnostisk interview
	ZZ0149B	Børnepsykiatrisk undersøgelse
	ZZ0149A	Somatisk undersøgelse (inkl. somatisk udredning)
<b>Samtaler</b>	BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
	BVAA34	Samtale med patient og pårørende som led i behandlings- og plejeforløb
	BVAA39	Samtale med patient vedr. psykiske problemer
	BVAA	Samtaler
	BQFS*	Forebyggelsessamtaler
<b>Psykoterapi</b>	BRSP*	Inkl. bl.a. individuel psykoterapi og familieterapi
<b>Psykiatrisk dagbehandling</b>	BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
<b>Psykoedukation</b>	BRKP*	Psykoedukation
	BRBP*	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

\* Inkl. alle undergrupper

<sup>3</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2019): Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel - 2019-VEJL (gældende fra 1. januar 2019 til afslutning af indberetning til "LPR2")

### Afgrænsning af udvalgte psykiatriske diagnoser

I tabel 3 fremgår de diagnosekoder, der er anvendt til afgrænsning af de fire psykiatriske diagnoser, som nævnes i denne rapport. I denne analyse har vi opgjort den første diagnose, som børn og unge modtager i forbindelse med det første psykiatriske forløb.

Tabel 3

#### Udvalgte psykiske diagnoser

Diagnose	ICD10-Kode
ADHD (inkl. ADD)	DF90, DF988C
Autismespektrumforstyrrelser (autisme og aspergers)	DF84
OCD og angst (inkl. fobier)	DF40-DF42, DF93
Tilpasnings- og belastningsreaktioner (stress)	DF43

### Kontakter på somatisk sygehus med psykiatrisk diagnose

Aktivitet på somatisk sygehus med psykiatrisk diagnose er baseret på Landspatientregistret, og det er opgjort som ophold i somatisk sygehusvæsen, hvor én eller flere kontakter i opholdet er på en afdeling med et somatisk speciale, og mindst én kontakt i opholdet har psykiatrisk aktionsdiagnose (årsagen til kontakten).

### Kontakter til praksissektoren

Aktivitet i praksissektoren er baseret på oplysninger om afregnede ydelser fra Sygesikringsregisteret. Aktiviteten opgøres som antal kontakter. En kontakt defineres som en afregnet ydelse, der udgør en særskilt kontakt mellem borger og behandler.

#### *Almen praksis kontakter*

Kontakter til almen praksis omfatter afregnede ydelser, der vurderes at udgøre en særskilt kontakt til almen praksis. Der er afgrænset til speciale 80, kontakter i dagstid.

Samtaletterapi i almen praksis er afgrænset til speciale 80, ydelsesnumre 6101, 6102, 4106, 4247, 4248 og 4249.

#### *Kontakter til speciallægepraksis og psykologhjælp*

Kontakterne omfatter afregnede ydelser hos privat praktiserende speciallæger, der vurderes at udgøre en særskilt kontakt mellem borger og behandler inden for specialerne anæstesiologi, diagnostisk radiologi, dermatologi-venerologi, reumatologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, kirurgi, neurologi, øjenlægehjælp, ortopædkirurgi, ørelægehjælp, plastikkirurgi, psykiatri, pædiatri samt børnepsykiatri (specialerne 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26).

Herudover opgøres kontakter til praktiserende speciallæger i psykiatri (speciale 26 eller 24) særskilt samt psykologhjælp (speciale 63).

## 4 Afgrænsning af nøgletal på det kommunale område

### Segregeret specialundervisning

I analysen afgrænses segregerede specialundervisningslever til elever, der modtager specialundervisning i segregerede undervisningstilbud, dvs. enten i en specialklasse på en folkeskole, en

specialskole, et dagbehandlingstilbud eller et behandlingshjem. Konkret registreres en elev som en segregeret specialundervisningselev, hvis eleven opfylder et af de to kriterier i tabel 4.

Tabel 4		
Identifikation af segregerede specialundervisningselever i data		
Kriterie	Dataafgrænsning	Register
Eleven går i en specialklasse	Klasstype = 50 ("Specialklasse")	UDSP
Eleven går i skole på en specialskole, et dagbehandlingstilbud eller et behandlingshjem	Institutionstype = 1015 eller 1016 ("Specialskoler for børn" eller "Dagbehandlingstilbud og behandlingshjem")	KOTRE

For elever i elevregistret, som ikke findes i specialundervisningsregistret, anvender vi Børne og Undervisningsministeriets fremgangsmåde for at identificere oplysninger om elevernes klasstype. Det sker i følgende to trin:

1. Vi søger først efter oplysninger om elevens status i specialundervisningsregistret skoleåret før og efter. Hvis eleven ikke har skiftet skole, og der findes oplysninger om elevens klasstype året før eller året efter anvendes disse oplysninger.
2. Hvis vi fortsat mangler oplysninger om en elevs klasstype, undersøger vi, om alle eleverne på elevens skole udelukkende er enten specialklasseelever eller almenklasseelever i det pågældende skoleår. Hvis dette er tilfældet antages det, at eleven har samme status som de øvrige elever på skolen.

Der er et lille antal elever i elevregistret, hvor der fortsat ikke er oplysninger om klasstype efter ovenstående to korrektioner. Denne gruppe bortfalder derfor i analysen.

### Sociale indsatser

I analysen afgrænses oplysninger om sociale indsatser til børn og unge som enten en anbringelse uden for eget hjem eller en forebyggende foranstaltning (både person- og familierettet), men eksklusiv tidlige forebyggende indsatser efter § 11. Det skyldes, de kommunale indsatser undersøges i årene 2014-19, og at kommunernes indberetninger af indsatser efter § 11 har frem til 1. juli 2020 været frivillig, og brugen vil derfor frem til denne dato være undervurderet i registrene. Disse oplysninger baserer sig på Danmarks Statistiks register for udsatte børn og unge.

### Underretning

I analysen anvendes oplysninger om underretninger om børn og unge under 18 år i kommunerne over perioden 2015-2019. Det bemærkes, at kan være usikkerheder om datakvaliteten. Datakvalitet er blevet løbende forbedret, og tallene for 2015 er forbundet med større usikkerhed, end tallene for 2016-2019. Enkelte kommuner har ikke godkendt indberetninger i alle år, og antallet af underretninger kan i enkelte kommuner i nogle af årene være underestimeret, mens det i andre kan være overestimeret.

### Eleltrivsel

I analysen anvendes oplysninger fra årlig trivselsmåling blandt eleverne i 4. til 9. klasse, der foretages hvert år i maj måned siden skoleåret 2014/2015 af Styrelsen for It og Læring (STIL). Høj elevtrivsel defineres som andelen af elever med en trivselsscore over 3 på en skala fra 1-5 beregnet ud fra svar på trivselsundersøgelse. I denne analyse opgøres generel skoletrivsel og faglig trivsel.

### **Elevfravær**

I Styrelsen for It og Lærings data om elevfravær er der for hver elev oplysninger om antal aktive dage og antal dage med fravær (sygefravær, lovligt og ulovligt fravær) på månedsbasis. I denne analyse er fraværsprocenten beregnet kvartalsvis, og der skelnes ikke imellem fraværstypen.

### **Skoleskift**

Skoleskift er opgjort årligt, og det er afgrænset eksklusiv skift som følge af, at der ikke findes højere klassetrin på skolen (fx skoler uden udskoling), skift af adresse, skift til efterskole samt skift til og fra privatskole.

## 5 Sammenhæng med socioøkonomiske rammevilkår

I hovedrapportens kapitel 5 har vi belyst kommunale variationer i andel af børn og unge med psykiatrisk debut der modtager sociale indsatser og segregeret specialundervisning i perioden omkring den psykiatriske debut. Vi har undersøgt i hvor høj grad de store forskelle mellem kommunerne hænger sammen med kommunernes socioøkonomiske rammevilkår. Der er generelt fundet en signifikant og moderat positiv korrelation mellem socioøkonomisk indeks<sup>4</sup> og andelen, der modtager sociale indsatser et år efter den psykiatriske debut (korrelationskoefficienten udgør 0,26), mens korrelationen mellem socioøkonomisk indeks og andelen, der modtager segregeret specialundervisning to år efter den psykiatriske debut er svag positiv (korrelationskoefficienten udgør 0,17). Det betyder, at jo højere en kommune er placeret på det socioøkonomiske indeks (det vil sige jo større er udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne), jo højere er andelen, der modtager henholdsvis sociale indsatser og specialundervisning. Men sammenhængene er ikke stærke, så forskelle i socioøkonomiske rammevilkår forklarer langt fra hele forskellen mellem kommunerne.

---

<sup>4</sup> Det socioøkonomiske indeks viser kommunens relative udgiftsbehov i forhold til de andre kommuner målt ud fra en række forskellige socioøkonomiske kriterier om den sociale befolkningssammensætning i kommunerne.