

# Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser

August 2020



Social- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.simb.dk](http://www.simb.dk)

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

## Indhold

1 Ledelsesresumé .....	3
2 Indledning.....	9
3 Tendenser på landsplan.....	10
3.1 Udvikling i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser .....	10
3.2 Diagnoseprofilen .....	12
3.3 Ændringer i den socioøkonomiske profil .....	16
3.4 Nærmere blik på udviklingen over tid.....	18
4 Tendenser på tværs af regioner.....	24
4.1 De generelle udviklingstendenser i regionerne .....	24
4.2 Diagnoseprofilen på tværs af regioner .....	26
5 Tendenser på tværs af kommuner.....	29
5.1 Udvalgte diagnoser på kommuneniveau .....	33

# 1 Ledelsesresumé

Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har i denne analyse undersøgt og kortlagt en række udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser. Hvor mange flere børn og unge har en psykiatrisk diagnose i dag sammenlignet med for 10 år siden, og hvordan har udviklingen været i de enkelte regioner og kommuner? Er der ændringer i diagnoseprofilen og den socioøkonomiske profil blandt børn og unge med psykiske sygdomme? Det er nogle af de spørgsmål, som denne analyse fokuserer på.

Formålet med analysen er at skabe mere viden omkring udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser på landsplan og på tværs af regioner og kommuner, herunder at afdække ændringer i forhold til diagnoseprofil og den socioøkonomiske sammensætning.

Børn og unge med psykiske sygdomme er i denne analyse defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret, som er registreret med psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Opgørelsen omfatter aktionsdiagnoser (årsagen til kontakten) og bidiagnoser (andre samtidige diagnoser).

## **Tendenser i forhold til forekomst af børn og unge med diagnoser**

På landsplan havde omkring 57.100 børn og unge en psykiatrisk diagnose pr. 1. januar 2019, svarende til 5 pct., jf. boks 1.1 Forekomst af psykisk sygdom blandt børn og unge afhænger blandt andet af alderen; jo ældre barnet er, jo højere er forekomsten af psykiske sygdomme. Ud af 1.000 børn og unge havde omkring 10 af de 0 til 5-årige en diagnose i 2019, mens det tilsvarende var næsten 100 blandt de 15 til 17-årige. Det svarer til, at ca. to elever fra hver 9. klasse har en psykiatrisk diagnose i dag.

*I hvilke regioner er der henholdsvis flest og færrest børn og unge med psykiatriske diagnoser?*

Hyppigheden af børn og unge med psykiatriske diagnoser varierer mellem regionerne. Flest børn og unge er registreret med en psykiatrisk diagnose i Region Sjælland og færrest i Region Nordjylland. I Region Sjælland har næsten 60 ud af 1.000 børn og unge en diagnose, mens det i Region Nordjylland er 40 ud af 1.000.

Antallet af personer med diagnosticeret sygdom er kun muligt at opgøre via nationale registre for de børn og unge, der har været forbi sygehuset – enten på en psykiatrisk eller somatisk afdeling, og i den forbindelse er blevet registreret med en psykiatrisk diagnose. Forskelle mellem regionerne i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er derfor ikke kun udtryk for forskelle i sygeligheden. Blandt andet kan der være forskelle i regionernes visitationskriterier til udredning og behandling på psykiatrisk sygehus, ligesom der kan være forskelle i diagnosticeringspraksis og -tærskel blandt klinikerne og hvor længe et barn følges i hospitalsregi, efter diagnosen er stillet.



Langt fra alle børn og unge med symptomer på psykiske problemer behøver at skulle forbi børne- og ungdomspsykiatrien eller fx pædiatrien. Det primære sundhedssystem med sundhedsplejersker, praktiserende læger, pædagoger og psykologer i fx Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) opspor og behandler børn og unge med lettere angst, depression eller adfældsproblemer. Forskelle i adgangen til relevante kommunale tilbud og kommunal henvisningspraksis kan dermed også påvirke, hvor mange børn der udredes og behandles på sygehuset og dermed også registreres med en psykiatrisk diagnose.

*I hvilke kommuner er der henholdsvis flest og færrest diagnosticerede børn og unge?*

Forekomsten af børn og unge med registrerede psykiatriske diagnoser varierer også betydeligt på tværs af kommuner. I nogle kommuner er der mere end dobbelt så mange børn og unge med diagnoser som i andre kommuner. Det gælder kommuner som Aabenraa, Sorø og Struer, hvor mere end 75 ud af 1.000 0-17-årige har en diagnose, mens det tilsvarende er under 40 ud 1.000 i Aalborg, Gladsaxe, Morsø og Frederiksberg Kommune.

**Boks 1.1**

**Børn og unge med psykiatriske diagnoser på landsplan, på tværs af regioner og på tværs af kommuner**

 <p><b>Antal i 2019</b></p>	<p><b>Landsplan:</b> 57.100 børn og unge, svarende til 49 ud af 1.000 0-17-årige</p> <hr/> <p><b>Regioner:</b></p> <p><i>Flest:</i> Region Sjælland (59 pr. 1.000 0-17-årige)</p> <p><i>Færrest:</i> Region Nordjylland (40 pr. 1.000 0-17-årige)</p> <hr/> <p><b>Kommuner:</b></p> <p><i>Kommuner med flest:</i> Aabenraa og Sorø (81 pr. 1.000 0-17-årige) Struer (78 pr. 1.000 0-17-årige) Odsherred (77 pr. 1.000 0-17-årige) Langeland (75 pr. 1.000 0-17-årige) Holbæk (74 pr. 1.000 0-17-årige)</p> <p><i>Kommuner med færrest:</i> Frederiksberg (28 pr. 1.000 0-17-årige) Gentofte (34 pr. 1.000 0-17-årige) Morsø (34 pr. 1.000 0-17-årige) Dragør (35 pr. 1.000 0-17-årige) Aalborg, Gladsaxe og København (36 pr. 1.000 0-17-årige)</p>
 <p><b>Udvikling over perioden 2009-2019</b></p>	<p><b>Landsplan:</b> Stigning fra 32 til 49 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 52 pct.</p> <hr/> <p><b>Regioner:</b></p> <p><i>Højeste stigning:</i> Region Nordjylland fra 23 til 40 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 74 pct.</p> <p><i>Laveste stigning:</i> Region Hovedstaden fra 34 til 43 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 25 pct.</p> <hr/> <p><b>Kommuner:</b></p> <p><i>5 kommuner med højeste stigning:</i> Brønderslev (fra 21 til 51 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 139 pct.) Langeland (fra 32 til 75 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 136 pct.) Sorø (fra 35 til 81 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 135 pct.) Hedensted (fra 27 til 59 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 119 pct.) Ikast-Brande (fra 31 til 65 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 114 pct.)</p> <p><i>5 kommuner med laveste stigning:</i> Bornholm (fra 57 til 59 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 4 pct.) Tårnby (fra 39 til 41 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 7 pct.) Glostrup (fra 50 til 54 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 9 pct.) Morsø (fra 31 til 34 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 9 pct.) København (fra 33 til 36 pr. 1.000 0-17-årige, svarende til 10 pct.)</p>

I analysen viser vi, at der også inden for samme region er store forskelle mellem kommuner, samt at der på kommuneniveau ikke er en generel sammenhæng mellem socioøkonomi i kommunen og antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser. Fx er forekomsten næsten dobbelt så stor i Faaborg-Midtfyn Kommune som i Nordfyns Kommune – altså to kommuner fra samme region og med nogenlunde samme socioøkonomi.

### **Udvikling i antal børn og unge med diagnoser**

Over de seneste 10 år har flere og flere børn været en tur forbi sygehuset som følge af en psykisk sygdom. Antallet af børn og unge med registrerede diagnoser er steget fra 32 til 49 pr. 1.000 0-17-årige i perioden 2009-2019, svarende til mere end 50 pct., jf. boks 1.1. Årlig nettostigning har været højest i starten af perioden (særligt i 2010 og 2011), og lavest i slutningen af perioden (særligt i 2017 og 2019). Især over de seneste 3 år er der indikationer af, at antallet børn og unge med psykiatriske diagnoser synes at have stabiliseret sig.

#### *Hvorfor har flere børn og unge en psykiatrisk diagnose?*

I analysen er det undersøgt om stigningen i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser blot skyldes ændringer i det samlede antal børn og unge eller den demografiske og socioøkonomiske sammensætning af populationen. Eller om stigningen er udtryk for mere reelle ændringer, i hvor mange der diagnosticeres. Analysen viser, at det ikke er ændringer i populationens størrelse eller sammensætning, der driver stigningen i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser. Tværtimod taler udviklingen i disse forhold (som fx et faldende børnetal) faktisk for, at der skulle være færre med en diagnose i dag end tidligere. Stigningen i antallet af børn og unge med diagnoser kan dermed tilskrives ændringer som følge af, at børn og unge i højere grad bliver diagnosticeret. I princippet kan udviklingen også være påvirket af den periode, børnene følges i hospitalsregi, efter at diagnosen er stillet. Dette kan blandt andet afhænge af sygehus- og regionspraksis men også af kommunernes tilbud til børn og unge med diagnoser. Hvis kommunerne har fx gode muligheder for rehabilitering, kan hospitalsbehandlingen afsluttes på et tidligere tidspunkt. Der er imidlertid ikke indikationer af, at børn og unge følges i længere tid i dag end tidligere, snarere tværtimod.

Stigningen i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at flere og flere børn og unge har en psykisk sygdom. Udviklingen er udtryk for, at flere og flere børn har en diagnose, som de har modtaget på sygehuset. Det kan så være fordi flere er syge og/eller fordi der er sket ændringer i praksis i forhold til, hvor mange der henvises, diagnosticeres og modtager behandling. Det skal blandt andet ses i lyset af, at der er sket en gradvis udvidelse af udrednings- og behandlingsrettighederne og udbygning af kapaciteten til nedbringelse af ventetiderne i børne- og ungdomspsykiatrien. En række klinikere og forskere peger på flere forskellige grunde til denne udvikling. Først og fremmest en større opmærksomhed på børn i psykisk mistrivsel og dermed en bedre opsporing, men også at klinikerne i dag ved mere om børn og unges psykiske udvikling og over tid har udviklet en bedre diagnostik og bedre behandlingstilbud.

#### *I hvilke regioner var stigningen højest og i hvilke var den lavest?*

Over perioden 2009-2019 er antallet af børn og unge med psykiske sygdomme steget i alle fem regioner, dog med meget forskellige hastigheder. Stigningen har været højest i Region Nordjylland og lavest i Region Hovedstaden. Forekomsten af diagnoser blandt børn og unge i Region Nordjylland er steget med 74 pct. over perioden 2009-2019, mens det tilsvarende er 25 pct. i Region Hovedstaden.

Tilbage i 2009 var Region Nordjylland også den region med den laveste (registrerede) forekomst af børn og unge med psykiatriske diagnoser og samtidigt den region med den højeste andel af børn

og unge med psykisk sygdom, der har været i kontakt med et somatisk og ikke et psykiatrisk sygehus. Den seneste tiårs stigning i antal børn og unge med psykiske sygdomme er sket i takt med en udbygning af det børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen i alle fem regioner, og ikke mindst i Region Nordjylland. Regionale forskelle i udviklingen i antal børn og unge med diagnoser skal derfor ses i det lys sammen med en række andre faktorer som faldende ventetider til udredning og behandling, forskelle i henvisnings-, visitations-, og diagnosticeringspraksis samt forskelle i lokale tilbud og indsatser til børn og unge med psykiske problemer og udviklingen heri.

*I hvilke kommuner var stigningen højest og i hvilke var den lavest?*

Forekomsten af psykisk sygdom blandt børn og unge er steget i alle kommuner over perioden 2009-2019. Stigningen i antallet af børn og unge har været højest i Brønderslev, Langeland og Sorø Kommune. Disse kommuner har over perioden 2009-2019 oplevet mere end en fordobling af forekomsten af børn og unge med psykiatriske diagnoser. Andre kommuner har oplevet en meget mere beskedne stigning over samme periode, som fx Bornholm, Tårnby og Glostrup Kommune, med en stigning på mindre end 10 pct. På kommuneniveau synes der at være en negativ sammenhæng mellem forekomsten i 2009 og udviklingen over perioden 2009-2019. Det indebærer, at kommuner med en forholdsvis lav forekomst af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge i 2009 havde en relativ stor stigning over perioden 2009-2019 og det omvendte for kommuner med høj forekomst i 2009.

Ligesom det er gældende for forskelle mellem regionerne, kan forskelle mellem kommunerne i forhold til udviklingstendenser skyldes en række forskellige faktorer, herunder forskelle i både kommunal henvisningspraksis, indsatser og tilbud i nærmiljøet samt visitationskriterierne og diagnosticeringspraksis i regionerne.

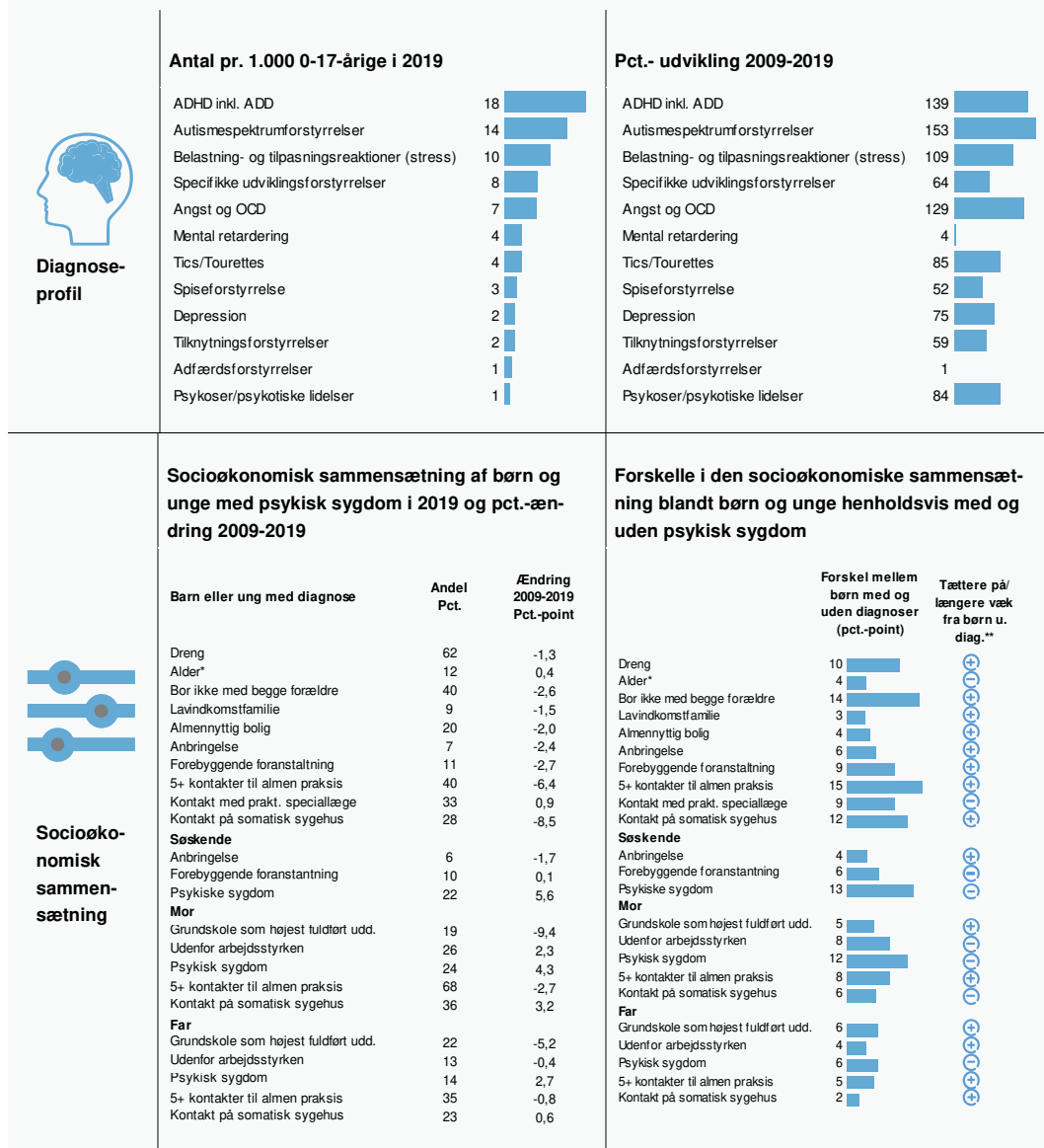
**Diagnoseprofilen blandt børn og unge**

De fem hyppigste psykiatriske diagnoser børn og unge lider af i 2019 er ADHD, autisme, belastnings- og tilpasningsreaktioner (stress), specifikke udviklingsforstyrrelser vedrørende sprog, tale og indlæringsvanskeligheder samt angst og OCD (herunder fobier), jf. boks 1.2. Forekomst af fire af de fem hyppigste diagnoser er mere end fordoblet over perioden 2009-2019. I 2019 havde 18 ud af 1.000 0-17-årige ADHD, mens dette var tilfældet for 8 ud af 1.000 tilbage i 2009. Den største stigning over den 10-årige periode ses i forekomsten af autisme med over 150 pct. Det er værd at bemærke, at et barn eller en ung person kan have flere forskellige psykiatriske diagnoser, og her ser vi en interessant udvikling: Andelen af børn og unge med psykisk sygdom, der har mere end én diagnose er steget fra 26 pct. i 2009 til 40 pct. i 2019.

I analysen viser vi også, at der generelt er en stor variation mellem regionerne i forekomsten af de enkelte diagnoser blandt børn og unge, og denne forskel synes ikke at være mindre i 2019 sammenlignet med 2009, snarere tværtimod.

## Boks 1.2

### Diagnoseprofilen og socioøkonomisk sammensætning af børn og unge med psykiatriske diagnoser



Anm.: Alle socioøkonomiske nøgletal (på nær alder og køn) vedr. barnet er køns- og aldersstandardiseret. Nøgletal vedr. forældrene (på nær ung mor/ung far og dansk herkomst) er aldersstandardiseret. \*Alder og ændring i alder er angivet i år. Alle andre indikatorer er angivet i pct. og ændringen er angivet i pct.-point. \*\*Tættere på / længere væk fra børn og unge uden diagnoser angiver, om børn og unge med diagnoser har i højere eller lavere grad samme karakteristika som børn og unge uden diagnoser i 2019 sammenlignet med 2009. "+" angiver at børn og unge med diagnoser i højere grad har samme karakteristika som børn og unge uden diagnoser, mens "-" angiver at børn og unge med diagnoser i lavere grad har samme karakteristika som børn og unge uden diagnoser.

### Udvikling i socioøkonomisk sammensætning af børn og unge med diagnoser

Børn og unge med psykiatriske diagnoser har på en række parametre en forskellig demografisk og socioøkonomisk profil fra børn og unge uden diagnoser. Efter justering for forskelle i køns- og alderssammensætning er der fx en større andel blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser, der tilhører en lavindkomstfamilie, og en større andel der ikke bor med begge forældre sammenlignet med børn og unge uden diagnoser.



Børn og unge med diagnoser er også i langt højere grad blevet anbragt eller har modtaget en forebyggende foranstaltning. Det kan både være som følge af deres psykiske problemer eller af helt andre årsager. Fx er 7 pct. af børn og unge med psykiatriske diagnoser på et tidspunkt i deres liv blevet anbragt uden for hjemmet, mens dette er gældende for knap 1 pct. af børn og unge uden diagnoser. Også forældre og søskende til børn og unge med diagnoser adskiller sig på en række parametre fra forældre og søskende til børn og unge uden diagnoser. Blandt andet har søskende og forældrene i højere grad selv haft en psykisk sygdom, og flere forældre til børn og unge med diagnoser står uden for arbejdsstyrken end blandt forældre til børn uden diagnoser.

Den socioøkonomiske sammensætning af børn og unge med psykiatriske diagnoser har faktisk ændret sig over tid, så børn og unge med diagnoser i dag har en socioøkonomisk profil, der i højere grad ligner profilen for børn og unge uden diagnoser, end det var tilfældet for 10 år siden. Fx er andelen af børn og unge med diagnoser, der lever i en lavindkomstfamilie faldet fra 11 pct. i 2009 til ca. 9 pct. i 2019, mens det tilsvarende blandt børn og unge uden psykiatriske diagnoser har været uændret på ca. 6 pct. både i 2009 og 2019. En tilsvarende tendens ses, når man ser på andelen, der bor i almennyttig lejebolig, barnets kontakter i det somatiske sundhedsvæsen (som ikke er relateret til den psykiatriske diagnose), forældres uddannelsesniveau og andelen af børn med en forælder, der er dømt for kriminalitet. På nogle områder er der dog tendenser, der peger på en modsat retning – altså at der over tid ses større forskelle mellem børn og unge henholdsvis med og uden diagnoser. Det gælder fx psykisk sygdom blandt søskende og forældrene.

#### **Yderligere analyser af børn og unge med psykiske sygdomme**

I denne analyse har Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed undersøgt en række helt overordnede udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser – hvor vi altså over de seneste 10 år har set en stor stigning i antallet af børn og unge med diagnoser. I de videre analyseaktiviteter har vi fortsat fokus på børn og unge med psykiatriske diagnoser. Blandt andet undersøger vi, i hvilken grad børn og unge i psykiatrien også optræder i psykiatrien som voksne, og om der er forskel herpå på tværs af regionerne. Vi undersøger også udviklingen og regionale og kommunale forskelle af forskellige aspekter relateret til det første forløb i psykiatrien blandt børn og unge, herunder henvisningsmønstret, sygehusaktivitet og diagnosemønstre.

## 2 Indledning

Antallet af børn og unge, der har psykiske lidelser eller adfærdsmæssig forstyrrelser, har været kraftigt stigende over de seneste 10-20 år. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed har i denne analyse rettet nærmere fokus på denne udvikling. Vi har undersøgt forskelle i udviklingen i forekomsten af psykiatriske diagnoser på tværs af kommuner og regioner og sammenhænge mellem niveauet for 10 år siden og den seneste udvikling. Nogle af de spørgsmål, vi har ønsket at besvare er, om stigningen primært er sket i de dele af landet, hvor forekomsten for 10 år siden var lavest? Er forskelle på tværs af kommuner og regioner dermed blevet mere udlignet, eller er de ligefrem større end tidligere? For hvilke diagnoser ser vi den største vækst?

Formålet med analysen er at skabe mere viden omkring udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser.

Flere børn og unge med psykiatriske diagnoser er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der reelt er flere børn og unge, der lider af psykiske sygdomme. Kunne der være indikationer af, at diagnosticering og behandling af psykiske sygdomme er blevet mere tilgængeligt eller normaliseret for så vidt angår børn og unge? Vi har i den forbindelse undersøgt, om der er sket ændringer i den socioøkonomiske profil blandt børn og unge med diagnoser.

**I kapitel 3** kan du blandt andet læse om udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser over de seneste 10 år. Du kan også læse om diagnoseprofilen blandt børn og unge i dag og udviklingen heri over tid, samt om udvikling i deres socioøkonomiske profil sammenlignet med socioøkonomiske profil for børn og unge uden diagnoser. Blandt andet er der sket en stigning i antal børn med mere end én registreret diagnose. Sidst i kapitlet kan du læse om, i hvor stort omfang udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er drevet af ændringer i den demografiske og socioøkonomiske sammensætning af de 0-17-årige, og i hvor stort omfang der er tale om mere reelle ændringer – det vil sige, at systematisk flere børn og unge diagnosticeres.

**I kapitel 4** kan du læse om en række regionale udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser. Du kan blandt andet finde ud af, hvilke regioner der har haft den største stigning i antal børn og unge med diagnoser, og du kan læse om de regionale forskelle i forekomsten af de enkelte diagnoser. Fx er antallet af børn og unge med autisme målt pr. 1.000 0-17-årige dobbelt så højt i Region Sjælland sammenlignet med Region Syddanmark. Omvendt har 30 pct. flere børn og unge stress i Region Syddanmark sammenlignet med Region Sjælland målt pr. 1.000 0-17-årige.

**I kapitel 5** kan du læse om en række udviklingstendenser vedrørende børn og unge med psykiske sygdomme på tværs af kommuner. Du kan blandt andet læse om de markante forskelle i forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge på tværs af kommuner, samt den kommunale udvikling over perioden 2009-2019.

I bilag 1 "Regionsfordelte nøgletal" kan du se en række regionsfordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen fordelt på regioner. I bilag 2 "Kommunefordelte nøgletal" kan du se en række kommunefordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen fordelt på kommuner. I bilag 3 "Metode" kan du læse, hvilke datakilder vi har anvendt, og hvordan vi har lavet afgrænsninger af analysepopulationen samt en række andre afgrænsninger og metoder.

## 3 Tendenser på landsplan

I dette kapitel viser vi generelle udviklingstendenser på landsplan relateret til børn og unge med psykiske sygdomme. Du kan blandt andet læse om, hvor mange børn og unge der har psykiske sygdomme i dag og om stigningen i børn og unge med diagnoser over de seneste 10 år. Vi kommer ind på, hvilke diagnoser børn som oftest lider af, ændringer over tid i den socioøkonomiske profil blandt børn og unge med psykiske sygdomme og vi har taget et nærmere blik bag om udviklingen og undersøger blandt andet i hvor høj grad udviklingen skyldes ændringer i børnetallet og den demografiske og socioøkonomiske sammensætning, og i hvor høj grad der er tale om mere reelle ændringer som følge af at flere børn og unge udredes, diagnosticeres og eventuelt behandles på sygehusene.

### DEFINITION

#### BØRN OG UNGE MED PSYKISKE SYGDOMME

---

Børn og unge med psykiske sygdomme er i denne analyse defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret, som er registreret med psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for de 5 forudgående år. Opgørelsen omfatter aktionsdiagnoser (årsagen til kontakten) og bidiagnoser (andre samtidige diagnoser).

Valget af opgørelsesmetode skal ses i lyset af, at antallet af personer med diagnosticeret sygdom kun er muligt at opgøre via nationale registre for de børn og unge, der har været forbi sygehuset – enten på en psykiatrisk eller somatisk afdeling og i den forbindelse er blevet registreret med en psykiatrisk diagnose. Men langt fra alle børn og unge med symptomer på psykiske problemer behøver at skulle forbi børne- og ungdomspsykiatrien eller fx en børne- og ungeafdeling på et somatisk sygehus. Det primære sundhedssystem med sundhedsplejersker, praktiserende læger, pædagoger og psykologer i fx Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) opdager og behandler børn og unge med lettere angst, depressivitet eller adfærdsproblemer. Det er der desværre ikke registerbaserede oplysninger på, og vi kan derfor ikke lave opgørelser af omfanget af diagnoser uden for sygehusvæsnet blandt børn og unge.

Opgørelsesmetoden svarer til den måde Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen og andre aktører opgør forekomsten af sygdomme, herunder også psykiske sygdomme. Det skal bemærkes, at når vi medtager alle børn og unge med registreret diagnose inden for fem forudgående år er det dog ikke sikkert, at alle børnene stadig har den pågældende diagnose på opgørelsestidspunktet. Omvendt kan der også være nogle børn, som har været i kontakt med sygehuset for mere end fem år siden og lider stadig af sygdommen, men ikke indgår i denne opgørelse.

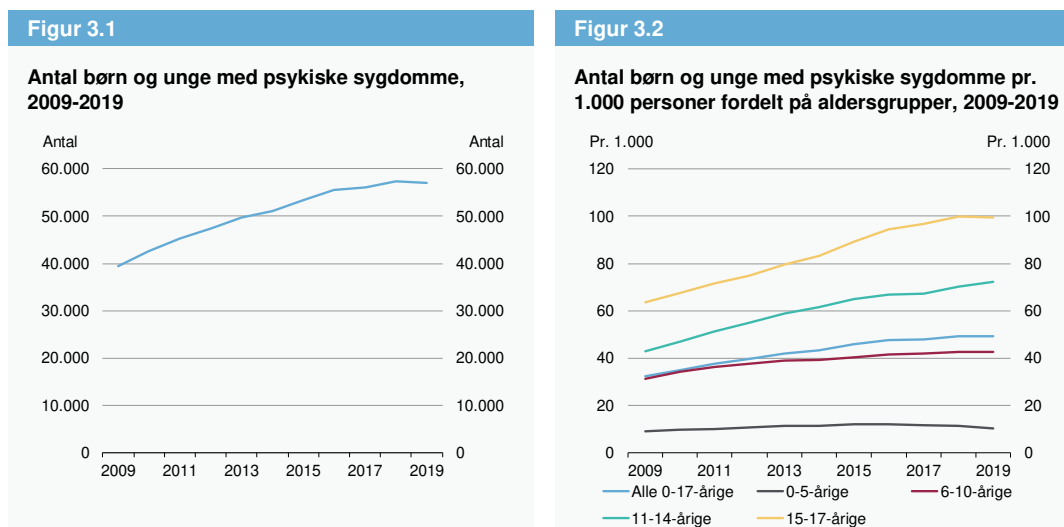
---

### 3.1 Udvikling i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser

Over de seneste 10 år er antallet af 0 til 17-årige med registrerede psykiske sygdomme steget fra ca. 39.400 i 2009 til ca. 57.100 i 2019, jf. figur 3.1. Det svarer til, at tilbage i 2009 havde 32 ud af 1.000 børn og unge én eller flere psykiatriske diagnoser, mens tallet er steget til 49 ud af 1.000 i 2019, svarende til en stigning på mere end 50 pct., jf. figur 3.2. En nærmere undersøgelse af udviklingen viser, at langt hovedparten af stigningen er sket over de første 7 år, idet antallet af børn og unge med psykiske sygdomme relativt til alle 0-17-årige er steget med ca. 47 pct. over perioden 2009-2016, mens stigningen over 2016-2018 har været godt 3 pct. Fra 2018 til 2019 er antallet faktisk faldet en smule. Der er dermed indikationer af, at niveauet af antal børn og unge med en psykisk sygdom er ved at stabilisere sig.

Forekomst af psykisk sygdom blandt børn og unge afhænger blandt andet af alderen; jo ældre barnet er, jo højere er forekomsten af psykiske sygdomme. Således har omkring 10 ud af 1.000 af de 0-5-årige en diagnose, mens det tilsvarende er næsten 100 ud af 1.000 af de 15-17-årige, jf. figur

3.2. Over perioden 2009 til 2019 er forekomst af psykiatriske diagnoser steget mest blandt de 11-14-årige og de 15-17-årige.



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for de 5 forudgående år.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

### Øget brug af det psykiatriske sygehusvæsen

Den psykiatriske diagnose vil for hovedparten af børnene være registreret i forbindelse med en kontakt i det psykiatriske sygehusvæsen. I nogle tilfælde kan diagnosen dog være registreret i forbindelse med en kontakt med det somatiske sygehusvæsen. Nogle diagnoser kan diagnosticeres og behandles i somatikken, som fx tics og i visse tilfælde spiseforstyrrelser. Og i nogle tilfælde kan lægen på den somatiske afdeling registrere en kendt psykiatrisk diagnose (som bidiagnose), selvom henvendelsen og behandlingen retter sig mod noget helt andet, fx et fysisk problem som blindtarmsbetændelse.

I 2019 var mere end 70 pct. af børnene og de unge med en psykiatrisk diagnose udelukkende registreret i det psykiatriske sygehusvæsen. Knap 20 pct. var udelukkende registreret med diagnosen på en somatisk sygehusafdeling<sup>1</sup>. De resterende omkring 10 pct. har fået registreret en psykiatrisk diagnose både i det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen, jf. figur 3.3. I løbet af de seneste 10 år har der været en ændring i forhold til, hvilken type sygehus børn og unge med en psykiatriske diagnose har været i kontakt med. Andelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose, der har været i kontakt med en psykiatrisk sygehusafdeling er steget fra knap 70 pct. i 2009 til mere end 80 pct. i 2019 (summen af den blå og sorte søjle i figur 3.3).

Ser man på udviklingen i det faktiske antal af børn og unge, der undersøges, diagnosticeres og eventuelt behandles i det psykiatriske sygehusvæsen, er antallet næsten fordoblet over perioden 2009-2019, jf. figur 3.4. Antallet af børn og unge med en psykiatrisk diagnose udelukkende registreret på en somatisk afdeling har været på et nogenlunde konstant niveau over perioden 2009-2016, hvorefter det er faldet med 20 pct. fra 2016 til 2019.

<sup>1</sup> Langt hovedparten af børn og unge med psykiatriske diagnoser registreret på somatiske afdelinger har fået registreret diagnosen i forbindelse med planlagt kontakt på en børne- og ungeafdeling.



**Tabel 3.1**

**Antal og procentvis ændring af børn og unge med psykiske sygdomme pr. 1.000 0-17-årige fordelt på udvalgte diagnoser, 2009 og 2019**

	2009	2019	Ændring 2009-2019
	<i>Pr. 1.000</i>	<i>Pr. 1.000</i>	<i>Pct.</i>
ADHD inkl. ADD	7,5	18,0	138,8
Autismespektrumforstyrrelser	5,5	13,9	152,6
Belastning- og tilpasningsreaktioner (stress)	4,8	10,1	109,4
Specifikke udviklingsforstyrrelser	4,6	7,5	64,2
Angst og OCD	3,1	7,2	129,2
Mental retardering	3,7	3,9	3,5
Tics/Tourettes	2,0	3,7	85,4
Spiseforstyrrelse	1,7	2,6	52,0
Depression	1,4	2,4	74,5
Tilknytningsforstyrrelser	1,5	2,3	59,2
Adfærdforstyrrelser	1,4	1,4	0,7
Psykososer/psykotiske lidelser	0,6	1,2	84,1

Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for de 5 forudgående år. Den enkelte person kan være registreret med flere forskellige diagnoser inden for de 5 år, og vil i så fald optræde flere gange i tabellen. Se den konkrete afgrænsning af diagnoserne i "Bilag 3 – Metode".

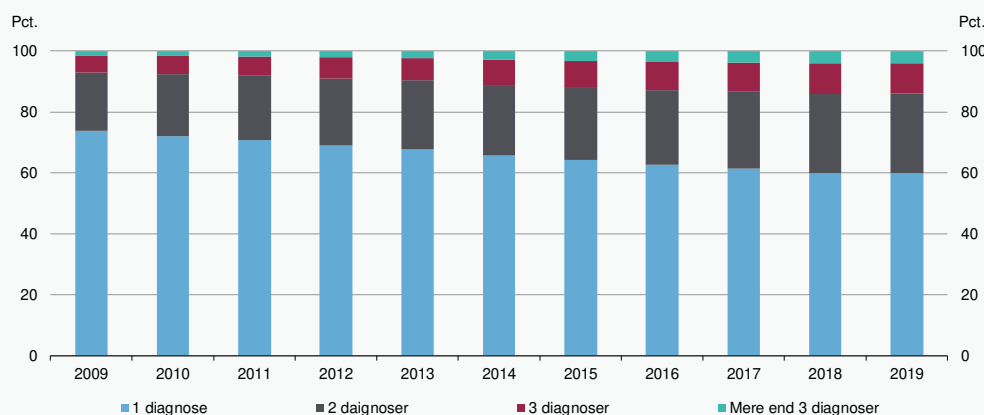
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Børn og unge kan være registreret med mere end én psykiatrisk diagnose over en 5-årig periode. Diagnoserne kan enten være registreret samtidigt, eller i forbindelse med forskellige behandlingsforløb med kortere eller længere mellemrum, dog inden for de fem forudgående kalenderår.

## DEFINITION BØRN OG UNGE MED FLERE DIAGNOSER

Børn og unge med flere psykiatriske diagnoser er defineret som 0-17-årige, der inden for de fem forudgående år er blevet registreret i sygehusvæsenet med forskellige aktions- eller bidiagnoser, som fx både angst og ADHD eller både autisme og mental retardering.

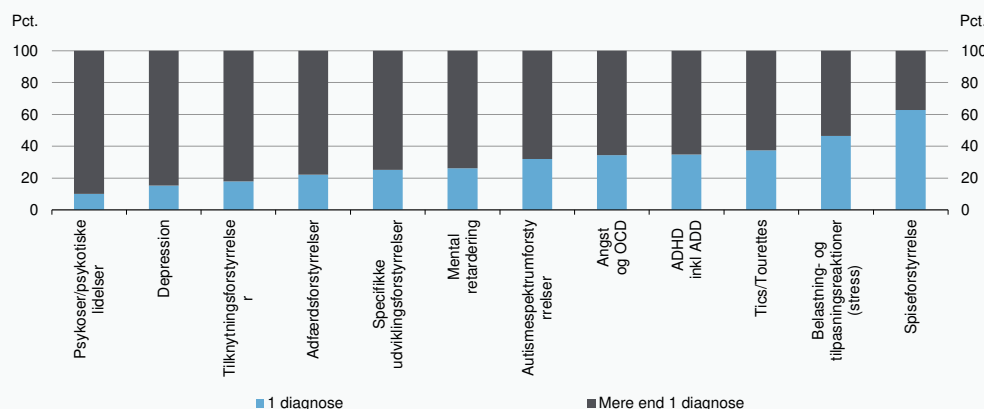
Flertallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er kun registreret med en enkelt diagnose i løbet af de fem forudgående år. Dog er andelen af børn og unge med psykisk sygdom, der har mere end én diagnose steget fra 26 pct. i 2009 til 40 pct. i 2019, jf. figur 3.5. I 2019 havde 26 pct. af børn og unge med psykiske sygdomme to diagnoser, 10 pct. havde tre diagnoser mens 4 pct. havde mere end 3 diagnoser.

**Figur 3.5****Andel af børn og unge med psykiske sygdomme fordelt på antal registrerede diagnoser, 2009-2019**

Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge med flere psykiatriske diagnoser er defineret som 0-17-årige der inden for 5 forudgående år er blevet registreret i sygehusvæsenet med forskellige aktions- eller bidiagnoser.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Som det fremgår i figur 3.6 finder denne analyse, at der er forskel på tværs af diagnoser i forhold til, hvor stor en andel af børn og unge, der har mere end én diagnose registreret blandt 2019-populationen af børn og unge med diagnoser. Langt størstedelen af børn og unge med psykoser, svarende til 90 pct., har også fået registreret en anden diagnose, jf. figur 3.6. På samme vis har over 80 pct. af børn og unge med henholdsvis depression og tilknytningsforstyrrelser mindst én til psykiatrisk diagnose. Børn og unge med spiseforstyrrelser har i lavere grad også en anden diagnose.

**Figur 3.6****Andel af børn og unge med psykiske sygdomme fordelt på udvalgte diagnoser og antal registrerede diagnoser, 2019**

Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge med flere psykiatriske diagnoser er defineret som 0-17-årige der inden for 5 forudgående år er blevet registreret i sygehusvæsenet med forskellige aktions- eller bidiagnoser.

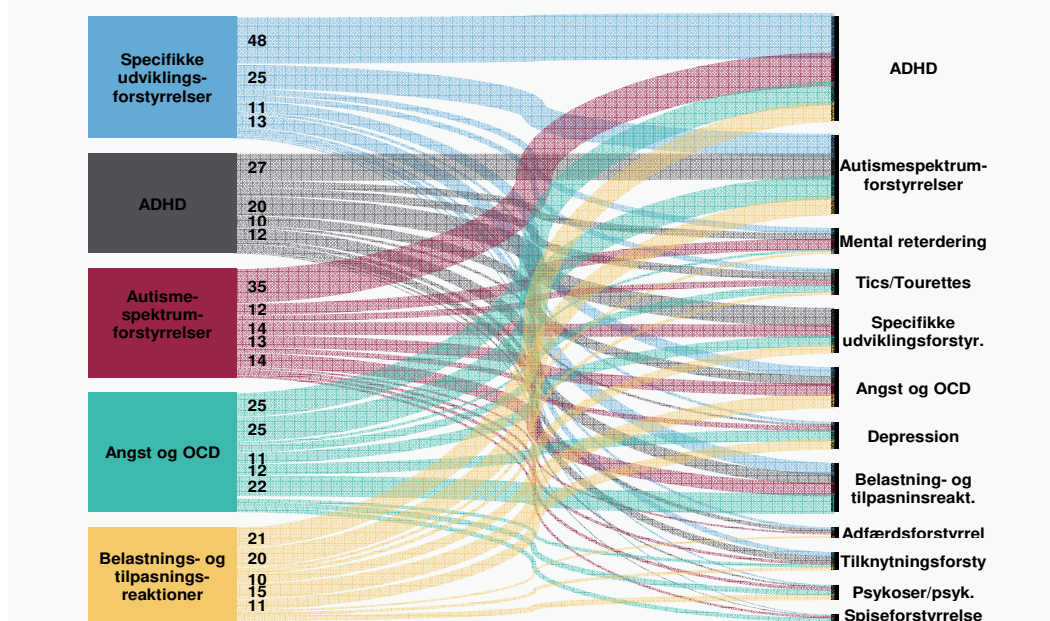
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I figur 3.7 er det vist, hvilke diagnoser børn og unge som oftest har ved siden af én af de 5 hyppigste diagnoser. Blandt børn og unge med specifikke udviklingsforstyrrelser vedrørende tale, sprog og indlæringsvanskeligheder, som også har en anden diagnose, er det halvdelen, der har ADHD,

mens en fjerdedel har autisme. Der er også et forholdsvis stort overlap mellem ADHD og autisme. Blandt børn og unge med ADHD, som også har en anden diagnose, er det mere end en fjerdedel, der har autisme. På samme måde for børn og unge med angst, som også har en anden diagnose. Her har en fjerdedel også ADHD, en fjerdedel har autisme, og mere end en femtedel har belastnings- og tilpasningsreaktioner (stress).

**Figur 3.7**

**Overlap mellem udvalgte diagnoser, 2019 (pct.)**



Anm.: Figuren tager udgangspunkt i børn og unge med fem hyppigste diagnoser, hvor børn og unge også har mindst en diagnose til (venstre side). Højere side af figuren viser de diagnoser, som børn og unge har ved siden af én af de fem diagnoser. Fx har 48 pct. af børn og unge med specifikke udviklingsforstyrrelser, som også har en anden diagnose, også ADHD. Overlap mellem to diagnoser er angivet i pct. Tallene er kun vist for diagnoser, hvor andele overstiger 10 pct. Andele inden for samme diagnose overstiger 100 pct., da nogle børn har mere end 2 diagnoser.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der kan være forskellige årsager til, hvorfor nogle børn og unge har mere end én diagnose. Nogle af disse børn og unge har flere forskellige sygdomme på én gang. Ind imellem kan flere diagnoser være nødvendigt for at beskrive sygdomsforløbet korrekt. Men det kan også være, at patientens symptomer ændrer sig over tid, og derfor revideres diagnosen af flere omgange.

I et nyere dansk studie peger forskerne på, at der kan være forskellige årsager til overlap mellem psykiatriske diagnoser<sup>4</sup>. Et af dem er, at der kan være en grundlæggende kerne, som går igen i de psykiatriske sygdomme. Et eksempel herpå er angst, som mange lider af samtidigt med andre psykiatriske sygdomme. For nogle mennesker kan sygdommene udvikle sig og blive til en anden diagnose, mens andre simpelthen bare får flere sygdomme, fordi de er mere sårbare. Endeligt kan man ikke udelukke, at det også kan være udtryk for fejlagnostisering, altså tilfælde hvor en eller flere af diagnoserne er stillet forkert.

<sup>4</sup> Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population, JAMA Psychiatry Volume 76, Number 3 (2019).



### 3.3 Ændringer i den socioøkonomiske profil

I dette afsnit er der sat fokus på ændringer i den socioøkonomiske profil over de seneste 10 år blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser. I tabel 3.2. kan man se profilen for børn og unge med psykisk sygdom i dag og for 10 år siden, samt hvordan profilen har ændret sig over de seneste 10 år. For at skelne imellem de generelle udviklingstendenser over tid i hele populationen er ændringerne blandt børn og unge med diagnoser også sammenholdt med ændringer i profilen blandt børn og unge uden diagnoser.

Børn og unge med psykiatriske diagnoser har på en række parametre en forskellig demografisk og socioøkonomisk profil sammenlignet med børn og unge uden diagnoser. Fx er der en overrepræsentation af drenge blandt børn med diagnoser<sup>5</sup>, og da forekomst af psykiske sygdomme stiger med alderen er børn og unge med diagnoser i gennemsnit lidt ældre<sup>6</sup> end børn og unge uden diagnoser. Generelt har alder en betydning for socioøkonomiske faktorer som fx hvorvidt barnet har søskende, bor med begge forældre, er blevet anbragt, kontakter med sundhedsvæsenet mv. For at kunne sammenligne børn og unge med psykiatriske diagnoser over tid samt med børn og unge uden psykiske sygdomme på en række socioøkonomiske parametre er der korrigeret for børnenes køns- og aldersforskelle. I forhold til forældres karakteristika er der også korrigeret for forældrenes aldersforskelle. Alle nøgletal (på nær barnets køn og alder, forældres alder ved barnets fødsel og forældres herkomst) er dermed køns- og aldersstandardiseret, hvilket giver et mere reelt billede af de socioøkonomiske forskelle. Du kan læse mere om standardiseringsmetoden og se de faktiske tal i Bilag 3 – Metode.

Efter korrektion for forskelle i køn og alder, er der en større andel af børn og unge med psykiatriske diagnoser, der tilhører en lavindkomstfamilie, og færre bor med begge forældre end blandt børn og unge uden diagnoser, jf. tabel 3.2. Børn og unge med diagnoser er i højere grad blevet anbragt, eller har modtaget en forebyggende foranstaltning. Det kan både være som følge af deres psykiske problemer eller af helt andre årsager. Fx har 7 pct. af 2019-populationen af børn og unge med psykiatriske diagnoser på et tidspunkt i deres liv været anbragt uden for hjemmet, mens dette var gældende for knap 1 pct. af de børn og unge, som ikke har en diagnose. Derudover viser analysen, at langt flere forældre og søskende til børn og unge med diagnoser selv har haft en psykiatrisk diagnose inden for de seneste 10 år sammenlignet med forældre og søskende til børn og unge uden diagnoser. Fx har 24 pct. af mødre til børn og unge med psykiatriske diagnoser selv haft en psykisk sygdom, mens det tilsvarende er tilfælde for 13 pct. blandt mødre til børn og unge uden diagnoser.

Flere forældre til børn og unge med diagnoser er uden for arbejdsstyrken, sammenlignet med børn uden diagnoser. Fx står 26 pct. af mødre til børn og unge med diagnoser uden for arbejdsstyrken, mens det tilsvarende er gældende for 18 pct. af mødre til børn og unge uden diagnoser. Flere forældre til børn og unge med diagnoser har ikke en kompetencegivende uddannelse sammenlignet med forældrene til børn og unge uden diagnoser. Det gælder 22 pct. af fædre til børn og unge med diagnoser og 16 pct. af fædre til børn og unge uden diagnoser.

---

<sup>5</sup> Der er generelt stor forskel i diagnoseprofilen mellem køn. Der er en stor overvægt af drenge inden for diagnoser som ADHD og autisme og andre udviklings- og adfærdsforstyrrelser, mens der er en overvægt af piger med fx angst og langt hovedparten af børn med spiseforstyrrelse er piger.

<sup>6</sup> Det hænger også sammen at forekomst for en psykisk sygdom er lavest for de helt små børn, og forekomsten er generelt stigende med alderen, og særligt i teenageårene øges risikoen for psykiske vanskeligheder.

Tabel 3.2

Karakteristika blandt børn og unge i alderen 0-17 år med og uden psykiske sygdomme, pr. 1. januar 2009 og 2019\*

	Børn og unge med psykisk sygdom			Børn og unge uden psykisk sygdom			Ændring i forskel ml. børn med og uden diag.
	2009	2019	Ændring	2009	2019	Ændring	
<b>Barnet eller den unge person i alderen 0 til 17 år</b>							
- Dreng	63,0	61,7	-1,3	50,9	50,7	-0,1	●
- Gennemsnitlig alder (år) <sup>1)</sup>	11,8	12,2	0,4	8,6	8,6	0,0	●
- Bor med begge forældre	57,3	59,9	2,6	72,9	73,8	0,8	●
- Er enebarn <sup>2)</sup>	13,9	14,9	0,9	11,2	12,4	1,1	●
- Lavindkomstfamilie <sup>3)</sup>	10,7	9,2	-1,5	5,9	5,8	-0,1	●
- Land- eller oplandskommune	39,3	39,3	0,1	40,2	36,2	-4,0	●
- Anbragt uden for hjemmet <sup>4)</sup>	9,0	6,6	-2,4	1,3	0,9	-0,4	●
- Modtaget personrettet forbebyg. foranstaltning <sup>4)</sup>	13,2	10,5	-2,7	1,9	1,5	-0,4	●
- Bor i almennyttig lejlighed <sup>5)</sup>	22,2	20,2	-2,0	15,8	15,8	-0,1	●
- Mere end 5 årlige kontakter til almen praksis <sup>6)</sup>	46,0	39,6	-6,4	29,4	25,0	-4,4	●
- Har mindst 1 årlig kontakt med speciallæge <sup>6)</sup>	32,4	33,3	0,9	23,9	24,2	0,3	●
- Har mindst 1 årlig kontakt på somatisk sygehus <sup>6) 7)</sup>	36,4	27,9	-8,5	18,1	16,1	-2,0	●
<b>Søskende</b>							
- Yngre søskende	31,7	33,5	1,9	31,7	31,7	0,0	●
- Anbragt uden for hjemmet <sup>4)</sup>	7,7	6,0	-1,7	3,0	2,1	-0,9	●
- Modtaget personrettet forebyg. foranstaltning <sup>4)</sup>	9,6	9,7	0,1	3,8	3,6	-0,2	●
- Psykiske sygdomme <sup>8)</sup>	16,7	22,3	5,6	6,8	9,5	2,6	●
<b>Morens karakteristika</b>							
- Ung mor <sup>9)</sup>	6,0	4,6	-1,4	3,1	2,6	-0,6	●
- Dansk herkomst	89,1	88,1	-1,0	86,3	80,3	-6,0	●
- Grundskole som højest fuldført uddannelse	28,2	18,8	-9,4	21,1	13,7	-7,4	●
- Uden for arbejdsstyrken <sup>10)</sup>	23,9	26,1	2,3	15,9	17,9	1,9	●
- Psykiske sygdomme <sup>9)</sup>	20,0	24,3	4,3	8,4	12,5	4,1	●
- Dømt for kriminalitet efter straffeloven <sup>11)</sup>	2,3	1,8	-0,4	1,2	1,0	-0,2	●
- Mere end 5 årlige kontakter til almen praksis <sup>6)</sup>	70,4	67,7	-2,7	61,8	59,5	-2,3	●
- Har mindst 1 årlig kontakt med speciallæge <sup>6)</sup>	34,9	34,5	-0,4	30,0	31,8	1,8	●
- Har mindst 1 årlig kontakt på somatisk sygehus <sup>6) 7)</sup>	32,4	35,6	3,2	27,4	29,9	2,5	●
- Stofmisbrug <sup>12)</sup>	0,6	0,5	-0,1	0,2	0,1	0,0	●
- Alkohol <sup>12)</sup>	0,4	0,3	-0,1	0,2	0,2	0,0	●
<b>Farens karakteristika</b>							
- Ung far	5,7	4,5	-1,2	2,7	2,2	-0,6	●
- Dansk herkomst	85,9	86,5	0,6	85,3	80,9	-4,4	●
- Grundskole som højest fuldført uddannelse	27,2	22,0	-5,2	20,7	16,2	-4,5	●
- Uden for arbejdsstyrken <sup>10)</sup>	12,9	12,6	-0,4	8,7	8,8	0,1	●
- Psykiske sygdomme <sup>9)</sup>	11,4	14,1	2,7	6,4	8,3	1,9	●
- Dømt for kriminalitet efter straffeloven <sup>11)</sup>	6,0	5,0	-1,1	3,5	2,9	-0,6	●
- Mere end 5 årlige kontakter til almen praksis <sup>6)</sup>	35,7	35,0	-0,8	30,1	29,7	-0,4	●
- Har mindst 1 årlig kontakt med speciallæge <sup>6)</sup>	19,3	18,5	-0,8	18,0	17,7	-0,3	●
- Har mindst 1 årlig kontakt på somatisk sygehus <sup>6) 7)</sup>	22,9	23,5	0,6	20,1	21,0	1,0	●
- Stofmisbrug <sup>12)</sup>	1,1	1,0	-0,1	0,4	0,5	0,1	●
- Alkohol <sup>12)</sup>	0,7	0,9	0,2	0,4	0,5	0,1	●

Anm.: ● Angiver at forskellene mellem børn med og uden diagnose er blevet større over tid, ● angiver at forskelle er blevet mindre. \*2009 og 2019 niveauerne er angivet i pct. Ændringen er angivet i pct.-point. Da tallene er afrundet til én decimal vil forskelle mellem 2009 og 2019 ikke altid stemme overens med ændringen, da denne er beregnet pba. eksakte tal. Alle nøgletal (på nær alder og køn) vedr. barnet og søskende er køns- og aldersstandardiseret. Nøgletal vedr. forældrene (på nær ung mor/ung far og dansk herkomst) er aldersstandardiseret. Nøgletal for hhv. søskende, mor og far er beregnet blandt de børn og unge der har hhv. søskende, mor og far. 1) Gennemsnitlig alder er angivet i år, ændringen er absolut. 2) Ud af både hel- halv- og papsøskende. 3) Familiens samlede ækvivaleret disponibel indkomst er lavere end 50 pct. af medianindkomsten. 4) Målt igennem hele deres liv. 5) Målt hhv. ultimo 2018 og 2009. 6) Målt i løbet af hhv. 2008 og 2018. 7) Ekskl. kontakter relateret til psykiatrisk diagnose og fødselsrelaterede kontakter (barn og moren). 8) Målt i en periode på op til 10 år for hhv. 2009 og 2019. 9) Defineret som forældre, der var under 21 år ved barnets fødsel. 10) Målt i hhv. 2008 og 2018 og defineret som personer, der hverken er i arbejde eller ledige. 11) Målt inden for 5 forudgående år. 12) Målt inden for 2 forudgående år.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Selvom den demografiske og socioøkonomiske sammensætning af børn og unge med diagnoser adskiller sig på en række parametre fra børn og unge uden diagnoser, er der sket en udvikling over tid, der gør, at de to populationer ligner hinanden mere i dag end for 10 år siden. Fx er andelen af børn og unge med psykiatriske diagnoser, som lever i en lavindkomstfamilie, faldet fra knap 11 pct. i 2009 til ca. 9 pct. i 2019, mens andelen af lavindkomstfamilier blandt børn og unge uden psykiatriske diagnoser er på ca. 6 pct. både i 2009 som i 2019. Det tilsvarende gælder andelen, der bor i almennyttig lejebolig, barnets kontakter i det somatiske sundhedsvæsen (som ikke er relateret til den psykiatriske diagnose), forældres uddannelsesniveau og kriminalitet.

På andre områder er der dog tendenser, der peger på en modsat retning – altså at der over tid ses større forskelle mellem børn og unge henholdsvis med og uden diagnoser. Det gælder fx psykisk sygdom blandt søskende og forældrene, andel af forældre med dansk herkomst og størrelsen på den by barnet bor i.

#### *Hvad betyder ændringer over tid i de socioøkonomiske karakteristika?*

Ovenstående analyse viser, at børn og unge med diagnoser i dag har en socioøkonomisk profil, der i højere grad ligner profilen for børn og unge uden diagnoser, end det var tilfældet for 10 år siden. Der er tale om en simpel korrelation mellem psykisk sygdom og en række andre individbaserede karakteristika, men vi ved i princippet ikke, hvilken vej kausaliteten vender. Det kan være, at vores velfærdssamfund er blevet bedre, således at familier ramt af psykisk sygdom hjælpes bedre, så både børnenes og forældrenes ressourcer og kompetencer bevares, højnes og i højere grad anvendes i samfundet. Det kan også være, at udviklingen er udtryk for, at igennem bedre opsporing (i kommunerne og almen praksis) og udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien, samt et mindre stigmatiseret syn på psykisk sygdom i samfundet får vi diagnosticeret og behandlet flere børn og unge, som ikke er socialt belastede. Og det kan selvfølgelig være, at det i virkeligheden er tale om en kombination af flere forskellige faktorer.

### 3.4 Nærmere blik på udviklingen over tid

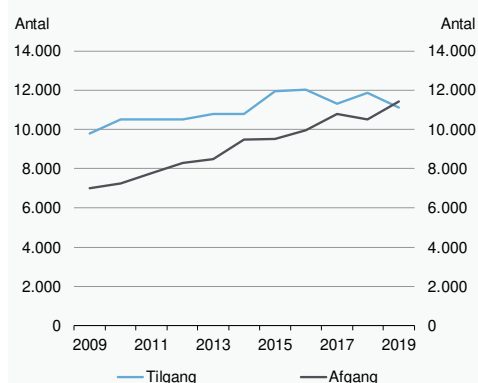
#### **Ændringer i tilgangen og afgang fra populationen**

I dette afsnit dykker vi nærmere ned i udviklingen i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser over de seneste ti år, hvor vi blandt andet ser på ændringer i bevægelsen ind og ud af populationen.

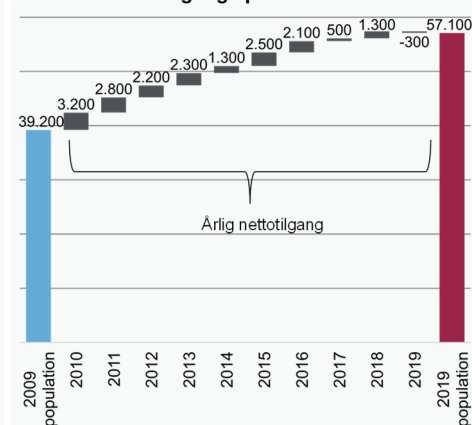
Antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser kan i et givent år bestemmes ud fra antallet året før, plus tilgangen af nyregistrerede børn og unge, fratrukket børn og unge, der afgår fra populationen. Den faktiske årlige tilgang til populationen har over perioden 2009-2019 ligget på et rimeligt stabilt niveau på ca. 10.500-12.000 nyregistrerede børn og unge med psykiatriske diagnoser, jf. figur 3.8. Årlig afgang fra populationen har over samme periode været stigende. Det er steget fra ca. 7.000 personer i 2009 til ca. 11.400 personer i 2019.

Den årlige forskel mellem tilgang og afgang af børn og unge med psykiske sygdomme, det vil sige den årlige nettotilgang, har været højest i starten af perioden (særligt i 2010 og 2011), og lavest i slutningen af perioden (særligt i 2017 og 2019), jf. figur 3.9. Da de årlige tilgangsrate har været rimeligt konstante over tid, kan den høje nettotilgang i starten af perioden tilskrives, at den årlige afgang fra populationen har været betydeligt lavere end tilgangen af nye børn og unge til populationen.

**Figur 3.8**  
Tilgang og afgang fra populationen af børn og unge med psykiske sygdomme, 2009-2019



**Figur 3.9**  
Antal børn og unge med psykiske sygdomme i 2009 og 2019 samt nettotilgang i perioden 2010-2019



Anm.: Årlig tilgang til populationen er defineret som nyregistrerede børn og unge, som ikke var registreret med psykiatriske diagnoser i løbet af 5 forudgående år. Årlig afgang er defineret som børn og unge, der var registreret med en psykiatrisk diagnose for seks år siden, men ikke inden for de sidste 5 år, i forbindelse med død, udvandring eller når den unge person fylder 18 år. Nettotilgangen er forskellen mellem tilgangen og afgang. Tallene i figur 3.9 er afrundet til nærmeste hundrede, og summen af nettotilgange i 2010-2019 og 2009-populationen afviger derfor fra 2019-populationen.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

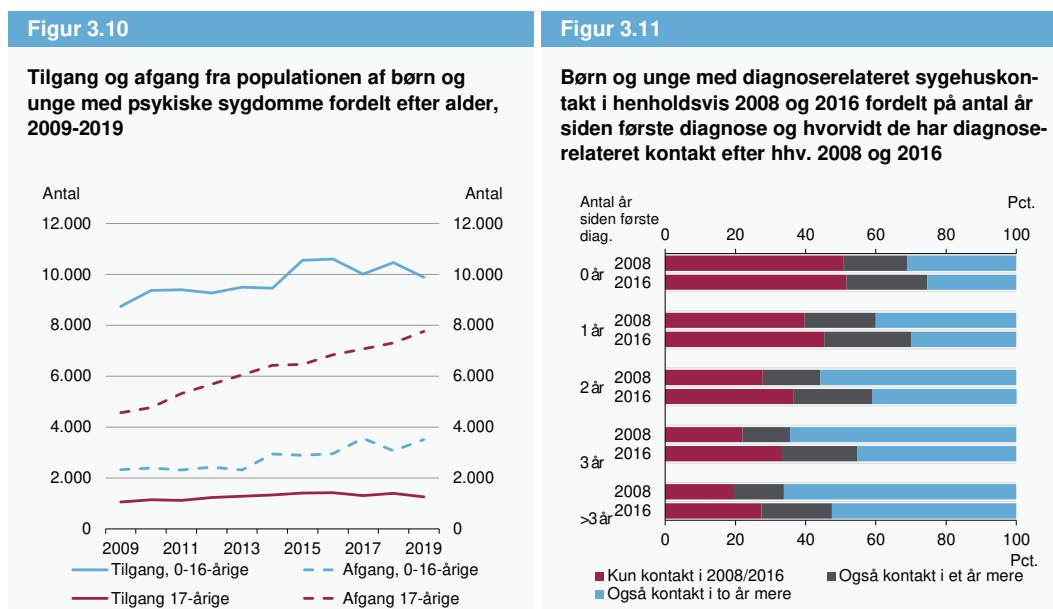
De store forskelle mellem tilgangen og afgang af børn og unge med diagnoser i 2009 og i starten af 2010'erne som man kunne se i figur 3.8 og 3.9 må være opbygget allerede i årene før 2009. Det betyder, at en del af den observerede stigning i populationen i årene efter stammer fra udviklingen i den periode. Faktisk er det sådan, at hvis nettotilgangen igennem hele perioden 2009-2019 havde været lige så stor, som i 2010, var der i dag endnu flere børn og unge med diagnoserelaterede sygehuskontakter.

Rent definatorisk sker afgang fra populationen, når der er gået mere end fem år siden barnet eller den unge person har været registreret med en diagnose i sygehusvæsenet, ved udvandring, død eller når den unge person bliver 18 år. Det viser sig, at særligt den sidste effekt (dvs. at børn overgår til at være voksne) har haft stor indflydelse på stigende afgang fra populationen, det ses i figur 3.10 nedenfor. Tilgangen af 0-16-årige børn og unge er over hele perioden 2009-2019 højere end afgang fra populationen, og forskellen mellem de to – dvs. nettotilgangen, er på et rimeligt konstant niveau, jf. figur 3.10. Hvert år bliver mellem 8.000 og godt 10.000 0-16-årige børn og unge registreret med psykiatriske diagnoser, men kun mellem 2.000 og 3.000 børn og unge i samme aldersgruppe afgår fra populationen. Det omvendte gælder de 17-årige. Den stigende afgangsrate over perioden 2009-2019 for hele gruppen af børn og unge, som man kunne se i figur 3.8 er dermed hovedsageligt drevet af personer, der bliver 18 år og derfor ikke længere indgår i populationen af børn og unge. Det er naturligt, at med flere patienter i alle aldre vil et større absolut antal fylde 18 år, og dermed træde ud af populationen på grund af alder. Udviklingen i denne afgang kan ses i figur 3.10. Den store stigning i antallet af personer, der afgår fra populationen på grund af alder, ”forstørres” af, at der over de seneste 10 år er sket en stigning af særligt de 11-14-årige og 15-17-årige med diagnoser. For hvert år bliver flere og flere af disse 18 år gamle og udgår dermed af populationen.

Nogle af disse vil fortsætte med at have kontakter i sygehuspsykiatrien som voksne, andre vil ikke – enten fordi de er blevet raske, eller fordi de modtager behandling i den primære sektor og/eller

modtager støtte i kommunerne. Som led i Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed videre analyseaktiviteter, vil vi undersøge nærmere, hvor stor en andel af børn og unge med kontakt til sygehuspsykiatrien fortsætter med at have psykiatriske kontakter som unge voksne, og om der er regionale forskelle heri.

Selvom den primære årsag til den stigende afgang fra populationen er, at flere og flere børn og unge med diagnoser bliver voksne, er der imidlertid også indikationer på, at børn og unge har modtaget diagnoserelateret sygehusbehandling i flere år tilbage i slutningen af 00'erne og start 10'erne end i medio og slut 10'erne. Derfor er der også flere personer, der falder ud af populationen, fordi de ikke har diagnoserelateret kontakt i ligeså mange år sammenlignet med tidligere. Dette er illustreret i figur 3.11 for 2 populationer: børn og unge med diagnoserelaterede kontakter i henholdsvis 2008 og 2016. Her ser vi på, hvor meget kontakt man har 2 år frem, set i forhold til hvornår man første gang optrådte med en diagnose i psykiatrien. Generelt er det sådan, at hvis man har haft diagnoserelateret sygehuskontakt i kun et enkelt år, så er sandsynligheden for at have diagnoserelaterede kontakter i de efterfølgende år mindre, end hvis man i flere år har haft diagnoserelaterede kontakter. For at isolere effekten af antal år med kontakten, og dermed ikke medtage effekten af, at flere 17-årige bliver voksne, er kun 0-15-årige omfattet af opgørelsen i figur 3.11.



Anm.: Årlig tilgang til populationen er defineret som nyregistrerede børn og unge, som ikke var registreret med psykiatriske diagnoser i løbet af 5 forudgående år. Årlig afgang er defineret som børn og unge, der var registreret med en psykiatrisk diagnose for seks år siden, men ikke inden for de sidste 5 år, i forbindelse med død, udvandring eller når den unge person fylder 18 år. I figur 3.11 er kun børn og unge i alderen 0-15 år er medtaget, således at alle er under 18 år i slutningen af den målte periode (hhv. 2010 og 2018). Antal år siden første diagnose angiver om barnet er blevet diagnosticeret for første gang i hhv. 2008 og 2016 eller 1, 2, 3 og mere end 3 år før.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger og egne beregninger.

Figuren viser, at uafhængigt af, hvor lang tid siden det er, at man første gang fik registreret en diagnose, så havde 2008-populationen kontakt med psykiatrien i en længere periode end 2016-populationen (den røde og sorte søjle er altid mindre i 2008 end i 2016). Jo længere det enkelte barn eller den unge person har haft en psykiatrisk diagnose, jo tydeligere ses forskelle mellem 2008- og 2016-populationen. Fx har næsten to tredjedele af de børn og unge, der tilbage i 2008 havde levet med en psykiatrisk diagnose i 3 år, diagnoserelaterede kontakter med psykiatrien også i 2009 og 2010. Den tilsvarende andel blandt 2016-populationen er under halvdelen.

Der kan være forskellige årsager til, at 2016-populationen har færre år med diagnoserelaterede sygehuskontakter end 2008-populationen. Én af faktorerne kunne være forskelle i børnenes sygdomsmæssige tyngde over perioden 2009-2019. Man kan forestille sig, at en forholdsvis stor stigning i antallet af børn og unge med diagnoser indebærer, at der er flere og flere børn og unge, som ikke behøver en årelang sygehusbehandling, men som efter en undersøgelse og behandling i en kortere periode har brug for støtte og indsatser i hjemmet, kommunerne og praksissektoren. Altså, at det ikke længere kun er de alvorligt syge, der er plads til.

En anden faktor kunne være, at der er sket et skift i behandlingspraksis på sygehusene – sådan at børn og unge afslutter behandlingsforløbet tidligere af forskellige årsager. Det kan være som følge af fokus på mere effektive patientforløb, der gør det muligt hurtigere at vende tilbage til hverdagen kombineret med en gradvis opbygning af tilbud i den primære sektor, særligt i kommunerne. Fokus på bedre samspil mellem den kommunale indsats og den regionale psykiatri medvirker til, at børn og unge hurtigere kan få hjælp og støtte i børnenes nærmiljø, efter at diagnosen er stillet. Endelig kan det ikke udelukkes, at børnene har kortere behandlingsforløb som følge af kapacitetsmæssige udfordringer på sygehusene grundet den store stigning i den samlede population.

#### **Skyldes stigningen ændring i populationskarakteristika eller en ændret diagnosepraksis?**

Udviklingen i antallet af børn og unge med registrerede diagnoser kan på den ene side skyldes generelle ændringer i populationsstørrelsen og forskydninger i populations sammensætning, og på den anden side kan det skyldes mere reelle ændringer, som følge af at systematisk flere børn og unge diagnosticeres.

Ændringer i børnetallet i Danmark vil alt andet lige påvirke antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser. Hvis der i dag er fx flere børn og unge sammenlignet med for 10 år siden, vil der alt andet lige også være flere børn og unge med psykiatriske diagnoser. Sammensætningen af hele gruppen af de 0-17-årige har også en betydning for, hvor mange børn og unge der har en psykiatrisk diagnose, da ikke alle børn og unge har samme risiko for at udvikle en psykisk sygdom. Forekomsten er blandt andet afhængig af barnets alder, køn og forældres socioøkonomiske status. En ændret sammensætning af hele gruppen af 0-17-årige vil derfor, alt andet lige, også påvirke antallet af børn og unge med diagnoser.

På den anden side kan udviklingen skyldes mere reelle ændringer som følge af, at systematisk flere børn og unge diagnosticeres – enten fordi flere udvikler en sygdom, eller fordi flere opspores og behandles. Bidrag som følge af reelle ændringer, at systematisk flere børn og unge diagnosticeres, er restforskellen i forhold til den faktisk observerede stigning i antal børn og unge med diagnoser, når der er taget hensyn for bidragene fra ændringer i populationsstørrelse og sammensætning.

I det følgende har vi opdelt udviklingen i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser over perioden 2009-2019 i bidrag fra ændringer i populationens størrelse og sammensætning, jf. tabel 3.3.

Tabel 3.3

**Bidrag som følge af ændringer i populationens størrelse og sammensætningen til væksten i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser, 2009-2019**

	Antal personer	Pct. ændring
- Ændringer i antallet af alle 0-17-årige	- 2.000	-5,1
- Ændringer i køn- og alderssammensætning	600	1,5
- Ændring i socioøkonomiske forhold*	- 4.500	-11,4

Anm.: Antal personer er afrundet til nærmeste hundrede og de procentvise ændringer er beregnet på baggrund af eksakte tal. De enkelte bidrag er beregnet isoleret set og skal derfor ikke summeres. \*Ændringer i socioøkonomiske forhold er baseret på forældrenes indkomst- og uddannelsesniveau og i den forbindelse er der taget hensyn til effekten af køns- og alderssammensætning.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

*Ændringen i antallet af børn og unge i alderen 0-17 år*

Da antallet af børn og unge i Danmark er faldet svagt over de seneste 10 år, bidrager denne udvikling i sig selv negativt med 5 pct. i forhold til ændringen i antal børn og unge med en diagnose, jf. tabel 3.3.

*Ændringen i køns- og alderssammensætning*

Der er ikke sket de store ændringer i kønsfordelingen af alle børn og unge i Danmark, mens der er sket visse ændringer i alderssammensætningen af de 0-17-årige fra 2009 til 2019: 0-5-årige udgør en lidt lavere andel i 2019 sammenlignet med 2009, mens de ældste årgange udgør en lidt større andel. Da de yngste børn har lavest forekomst af psykiatriske diagnoser, mens de ældste har højest forekomst, så bidrager ændret aldersfordelingen samlet set med knap 2 pct. til stigningen i antallet af børn og unge med diagnoser, jf. tabel 3.3.

*Ændringen i socioøkonomiske forhold*

Socioøkonomiske forhold er her opgjort som forældres indkomst- og uddannelsesniveau. Både forældrenes uddannelsesniveau og børnefamiliernes disponible indkomst i husstanden er gennemsnitligt blevet højere over de seneste 10 år. I 2019 havde færre af forældrene grundskole og gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser som højest fuldførte uddannelse end i 2009, og flere havde videregående uddannelser, særligt mellemlange og lange videregående uddannelser. Andelen af børn og unge, der lever i en lavindkomstfamilie er stort set ens i 2019 som en 2009, mens der i 2019 er flere, der lever i en højindkomstfamilie, og færre, der lever i en middelindkomstfamilie. Da forekomst af psykiatriske diagnoser er højere blandt børn og unge med forældre med lavere indkomst- og uddannelsesniveau, bidrager den generelle stigning i forældrenes socioøkonomiske forhold, når der samtidigt er taget hensyn til ændringer i køns- og alderssammensætningen, med et fald i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser på -11 pct., jf. tabel 3.3.

*Bidrag fra sammensætning og størrelse eller reelle ændringer?*

Samlet er der observeret en stigning over perioden 2009-2019 på 17.800 børn og unge med psykiatriske diagnoser, hvilket svarer til en stigning på 45 pct. Ovenstående gennemgang indebærer, at det er altså ikke ændringer i populationens størrelse og den socioøkonomiske sammensætning, der ligger bag denne stigning - snarere tværtimod. Stigningen må dermed tilskrives mere reelle ændringer som følge af, at børn og unge i højere grad bliver diagnosticeret i dag end tidligere. Hvis sammensætningen af børn og unge var i 2019 som i 2009 kombineret med, at flere og flere børn og unge diagnosticeres, ville antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser have været endnu højere i dag. I princippet kan udviklingen også være påvirket af den periode, børnene følges i hos-

pitalsregi, efter at diagnosen er stillet. Dette kan blandt andet afhænge af sygehus- og regionspraksis men også af kommunernes tilbud til børn og unge med diagnoser. Hvis kommunerne har fx gode muligheder for rehabilitering, kan hospitalsbehandlingen afsluttes på et tidligere tidspunkt. Der er imidlertid ikke indikationer af, at børn og unge følges i længere tid i dag end tidligere, snarere tværtimod, jf. figur 3.8 og 3.11 ovenfor.

### **En række perspektiver om udviklingstendenser over de seneste 10 år**

Stigningen i antal børn og unge med psykiatriske diagnoser er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at flere og flere børn og unge har en psykisk sygdom. Udviklingen er udtryk for, at flere og flere børn udredes og eventuelt behandles på sygehusene end tidligere. Det kan så være, fordi flere er syge, og/eller fordi der er sket ændringer i praksis, i forhold til hvor mange der henvises, diagnosticeres og modtager behandling. Sundhedsydelse generelt set og herunder i psykiatrien er både efterspørgsels- og udbudsstyret. Ændring i den faktiske sygedomsforekomst og et mindre stigmatiseret syn på psykisk sygdom i samfundet, folkeskolens inklusionsdagsorden mv. kan påvirke efterspørgslen efter sundhedsydelser og dermed drive diagnoseudviklingen. På den anden side kan øget udbud og faldende ventetid som følge af en politisk beslutning om udrednings- og behandlingsret påvirke henvisningsmønstret og dermed udviklingen i psykiatriske diagnoser.

En række klinikere og forskere peger på, at den faktiske forekomst af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge over tid ligger på et nogenlunde konstant niveau<sup>7</sup>. Ifølge klinikerne skal udviklingen i antallet af børn og unge med registrerede diagnoser ses i lyset af, at der er en større opmærksomhed på børn i psykisk mistrivsel og dermed en bedre opsporing, men også at klinikerne i dag ved mere om børn og unges psykiske udvikling og over tid har udviklet en bedre diagnostik, og at der er skabt et bedre behandlingstilbud.

---

<sup>7</sup> Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (2020): Midt i en mytetid – Hvidbog for børne- og ungdomspsykiatrien 2020, Altinget (2019), Forsker: Sats på forskningen i børne- og ungdomspsykiatri og Psykiatrichefer: Pas på med at sygeliggøre flere børn og unge end nødvendigt.

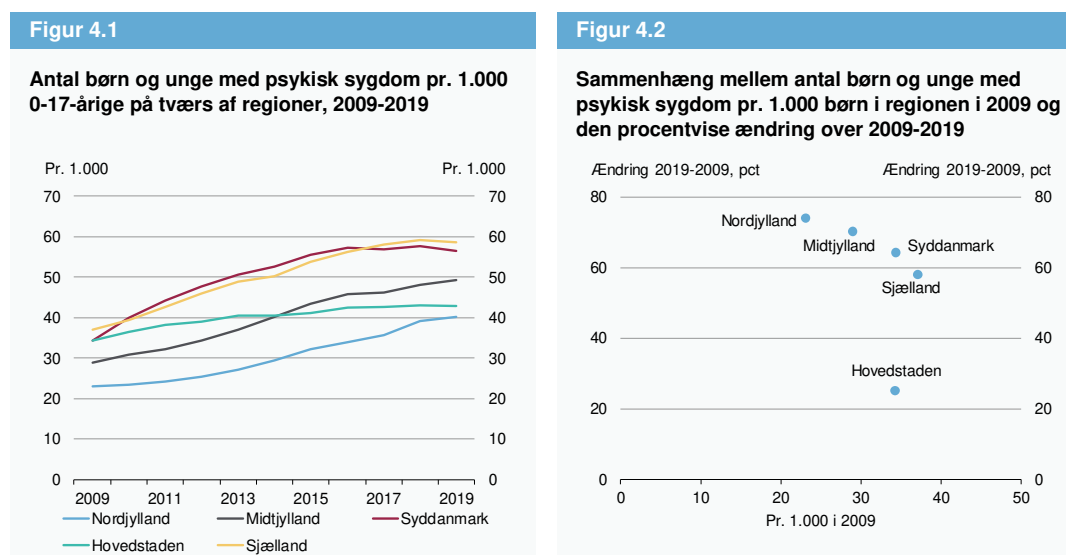


## 4 Tendenser på tværs af regioner

I dette kapitel har vi undersøgt regionale udviklingstendenser i forhold til antal børn og unge med psykiatriske diagnoser. Du kan blandt andet læse om, i hvilke regioner har stigningen været størst og om regionale forskelle i forekomsten af de enkelte diagnoser blandt børn og unge.

### 4.1 De generelle udviklingstendenser i regionerne

Antallet af børn og unge med psykisk sygdom varierer generelt på tværs af regionerne. I 2019 havde 40 ud af 1.000 børn og unge fra Region Nordjylland en psykiatrisk diagnose, mens det tilsvarende var 59 ud af 1.000 børn og unge fra Region Sjælland, jf. figur 4.1. Forekomst af psykisk sygdom blandt børn og unge var i 2019 højest i Region Sjælland og Region Syddanmark, mens det var lavest i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Med omkring 49 ud af 1.000 børn og unge lå forekomsten i Region Midtjylland på landsplansniveauet i 2019.



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge er inddelt efter bopælsregion.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### DEFINITION AF BØRN OG UNGE MED PSYKISKE SYGDOMME

Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar i opfølgelsesåret, som er registreret med psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for de fem forudgående år. Som følge af datamæssige begrænsninger omfatter opgørelsen dermed ikke børn og unge med psykiatriske problemer, som udelukkende modtager hjælp i den primære sektor, herunder kommunerne og praktiserende læge og speciallæge.

Over perioden 2009-2019 er antallet af børn og unge med psykiske sygdomme steget i alle 5 regioner, dog med meget forskellige hastigheder. Forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge er steget mest i Region Nordjylland og Region Midtjylland og mindst i Region Hovedstaden. Udviklingen er faktisk højere end på landsplan i alle regioner på nær i Region Hovedstaden, der

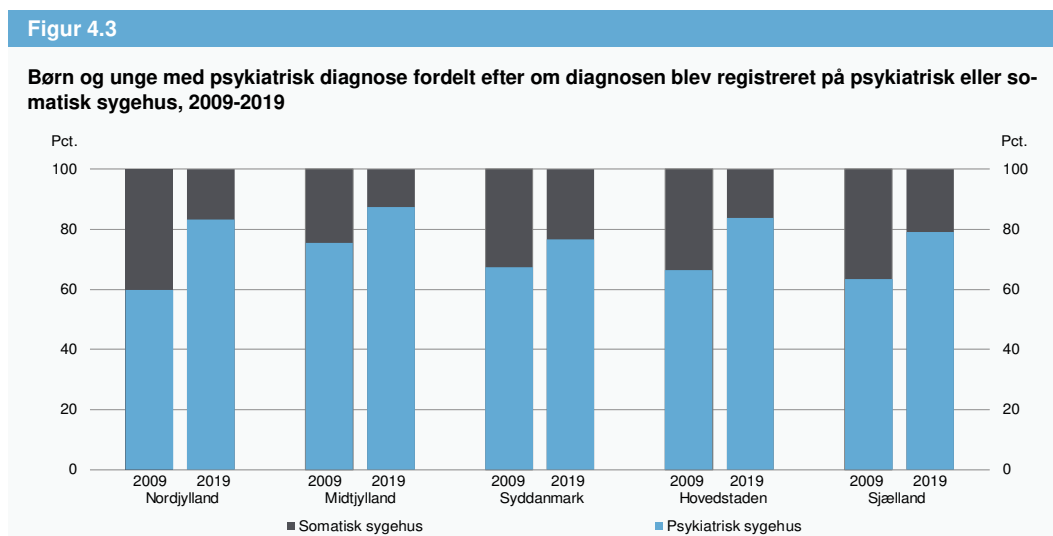
altså trækker landsgennemsnittet ned. Over de seneste 3 år kunne der på landsplan konstateres en stabilisering i stigningstakten og et lille fald i 2019. Dette gælder Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden, mens antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser fortsat var stigende i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Region Nordjylland og Region Midtjylland var de regioner med lavest registreret forekomst af psykiske sygdomme blandt børn og unge tilbage i 2009 og har også haft størst stigning over de seneste 10 år, jf. figur 4.2. Antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er således steget med over 70 pct. i de to regioner. Region Syddanmark og Region Hovedstaden havde relativt til alle 0-17-årige næsten et lige stort antal af børn og unge med diagnoser tilbage i 2009, men har sidenhen haft meget forskellige udviklinger. Antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser er steget med ca. 65 pct. i Region Syddanmark, mens det i Region Hovedstaden er steget med 25 pct. Ser man bort fra udviklingen i Region Hovedstaden, er der en generel sammenhæng mellem den registrerede forekomst i 2009 og udviklingen over perioden 2009-2019, således at de regioner med lavest forekomst af børn med diagnoser i 2009 har haft den største udvikling og omvendt.

I Bilag 1: "Regionsfordelte nøgletal" kan du se en række nøgletal vedrørende børn og unge med psykisk sygdom, herunder årlig tilgang og afgang fra populationen for hver region.

### Øget brug af det psykiatriske sygehusvæsen på tværs af regionerne

I kapitel 3 så vi en landstendens til at børn- og unge med psykiatriske diagnoser i højere grad behandles på et psykiatrisk hospital. Denne tendens ses også i alle fem regioner, jf. figur 4.3.



Anm.: I de tilfælde, hvor diagnosen både blev registreret på et psykiatrisk og somatisk sygehus, fremgår det i denne figur under psykiatrisk sygehus. Børn og unge er inddelt efter bopælsregion.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Over de seneste 10 år er andelen af børn og unge, der uredes og behandles i det psykiatriske sygehusvæsen steget i alle 5 regioner, mens andel børn og unge, der udelukkende har en diagnose fra de somatiske sygehuse er faldet over samme periode. Tilbage i 2009 var der også en større forskel mellem regionerne i forhold til, hvor stor en andel der havde diagnosen i forbindelse med kontakt med henholdsvis det somatiske og det psykiatriske sygehusvæsen, end det var tilfældet i 2019. I Region Nordjylland havde omkring 40 pct. af alle børn og unge med psykiatriske diagnoser udelukkende kontakt med en registreret psykiatrisk diagnose i det somatiske sygehusvæsen i 2009, mens det tilsvarende var gældende for 25 pct. af børn og unge fra Region Midtjylland, jf. figur 4.3. I

2019 er denne andel faldet til henholdsvis 17 og 13 pct. i de to regioner. I 2019 var andelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose fra den regionale psykiatri lavest i Region Syddanmark.

### **En række perspektiver på forskelle i udviklingstendenser mellem regionerne**

Noget af forskellen mellem regionerne i forhold til hyppigheden af psykiatriske diagnoser blandt børn og unge kan være udtryk for regionale forskelle i den faktiske sygdomsforekomst, men forskelle i en række udbuds- og efterspørgselsfaktorer spiller givetvis også en rolle.

Der kan blandt andet være forskelle på adgangen til den psykiatriske behandling via regionale visitationskriterier. Der kan selvfølgelig også være forskelle i diagnosticeringspraksis og -tærskel blandt klinikkerne rundt omkring i landet, der påvirker antallet af børn og unge med en diagnose. Af andre faktorer kan nævnes forskelle i organisering af behandlingen i henholdsvis praksissektor og sygehussektor, herunder betydelige geografiske skævheder i antal praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Adgangen til relevante kommunale tilbud samt lokale problemer med fx rekruttering af de nødvendige personalemæssige ressourcer og andre lignende faktorer påvirker også udbuddet og dermed antallet med en psykiatrisk diagnose. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingen vil i sine videre analyseaktiviteter undersøge nærmere udvikling i antal børn og unge med første kontakt til psykiatrien og i den forbindelse så vidt det datamæssigt er muligt komme ind på nogle af disse faktorer.

Der kan herudover være regionale forskelle i sygdomsopfattelsen og forventning til udredning og behandling blandt forældrene og andre aktører i barnets nærmiljø, hvilket (på efterspørgselsiden) også kan være med til at forklare nogle af variationerne på tværs af landet.

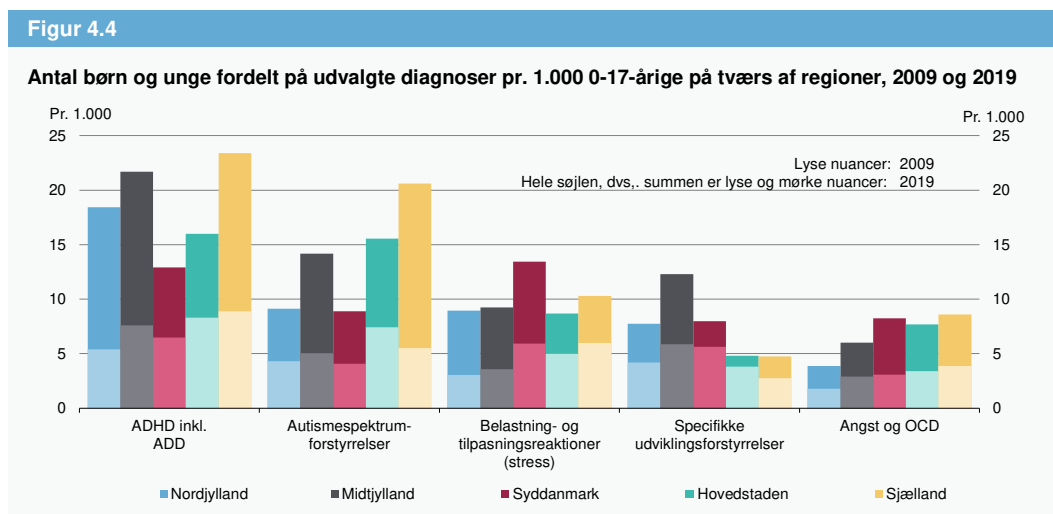
Man kan ikke udelukke at socioøkonomi og demografi også kan have betydning for de regionale forskelle. Dog ses der generelt ikke store forskelle mellem regionerne i forhold til den socioøkonomiske profil blandt børn og unge henholdsvis med og uden psykiske sygdomme i regionen. I Bilag 1: "Regionsfordelte nøgletal" kan du for hver region se udviklingen i den socioøkonomiske profil blandt børn og unge henholdsvis med og uden psykiatriske diagnoser.

## **4.2 Diagnoseprofilen på tværs af regioner**

Der synes generelt at være en stor variation mellem regionerne i den registrerede forekomst af de enkelte diagnoser blandt børn og unge. Fx var der i 2019 næsten lige mange børn og unge med ADHD som med autisme i Region Hovedstaden, mens antal børn og unge med ADHD var dobbelt så højt som med autisme i Region Nordjylland, jf. figur 4.4. Mens ADHD og autisme er de hyppigste diagnoser blandt børn og unge i de fleste regioner, er den hyppigste diagnose blandt børn og unge i Region Syddanmark belastnings- og tilpasningsreaktioner (stress).

I 2019 var 20 ud af 1.000 børn og unge registreret med autisme i Region Sjælland. Det er mere end dobbelt så mange som i Region Syddanmark. Omvendt var 13 ud af 1.000 børn og unge registreret med belastnings- og tilpasningsreaktioner (stress) i Region Syddanmark, og det er ca. 30 pct. højere end i Region Sjælland. I Region Midtjylland er hyppigheden af specifikke udviklingsforstyrrelser vedrørende sprog og tale markant højere end i andre regioner, det er fx 150 pct. gange højere end i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Omvendt er hyppigheden af angst og OCD 40 pct. højere i Region Sjælland og Syddanmark som i Region Midtjylland og dobbelt så højt som i Region Nordjylland.

De konkrete nøgletal fordelt på udvalgte diagnoser kan du finde for hver region i Bilag 1: "Regionsfordelte nøgletal".



Anm.: De lysere nuancer angiver forekomst i 2009, mens de mørkere angiver forekomst i 2019 for hver region. Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Den enkelte person kan være registreret med flere forskellige diagnoser inden for de 5 år, og vil i så fald optræde flere gange i figuren. Se den konkrete afgrænsning til diagnoserne i "Bilag 3 – Metode". Børn og unge er inddelt efter bopælsregion.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forskellen mellem regionerne i forekomsten af de forskellige diagnoser synes ikke at være mindre i 2019 sammenlignet med 2009, snarere tværtimod. I 2009 varierede forekomsten af ADHD på tværs af regionerne mellem 5 og 9 børn og unge ud af 1.000 af alle 0-17-årige, jf. figur 4.4. I 2019 varierede antallet mellem 13 og 23 børn og unge pr. 1.000 0-17-årige. Tilsvarende variationer mellem regioner gælder også forekomsten af de andre mest hyppige diagnoser.

I Region Sjælland er den registrerede forekomst af de fleste psykiatriske diagnoser i den høje ende, sammenlignet med øvrige regioner. Det er måske heller ikke så overraskende, da hyppigheden af psykiatriske diagnoser generelt er højest i Region Sjælland, jf. figur 4.1. Men dette synes ikke at være en generel tendens for alle regioner. I Region Syddanmark er forekomsten af børn og unge med psykiatriske diagnoser også i den høje ende, men set på de enkelte psykiatriske diagnoser kan det konstateres, at hyppigheden af angst og stress er relativt højt, mens forekomst af ADHD og autisme er lavere end i de andre regioner.

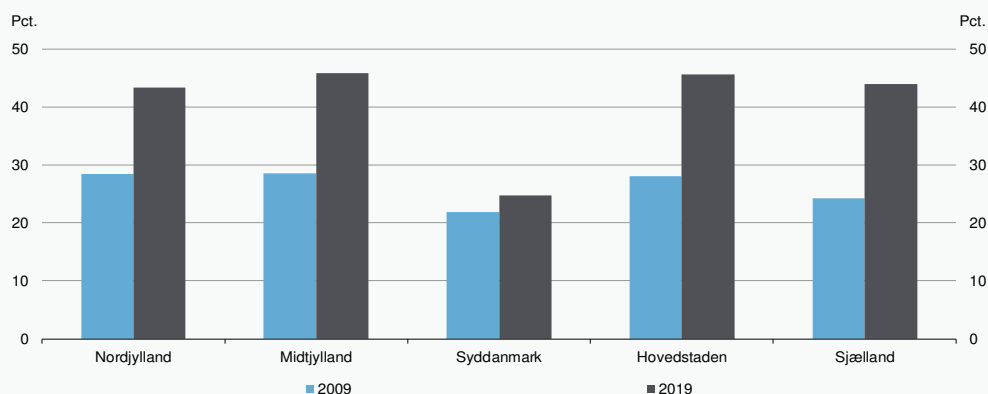
En del af disse store forskelle kan skyldes, at der er visse forskelle i selve forekomsten af de enkelte diagnoser mellem de forskellige landsdele. Noget af det skyldes, at der kan være forskelle mellem regioner i forhold til hvilke tilbud til behandling af lettere diagnoser der findes i nærmiljøet. Det kunne fx være, hvis kommunerne i en given region har et særligt gode tilbud til børn og unge med autisme, så kan børnene afsluttes tidligere fra hospitalsvæsenet og støttes tilstrækkeligt i kommunen således at en ny henvisning ikke bliver nødvendig. Og noget af forskellen kan igen skyldes forskelle i diagnosticeringen og registreringspraksis. Antallet af børn og unge med de enkelte diagnoser er også påvirket af antallet af registrerede diagnoser pr. barn eller den unge person, og da Region Syddanmark har en forholdsvis lav andel af børn og unge med flere diagnoser (jf. figur 4.5 længere nede), påvirker det også antallet af børn og unge med de enkelte diagnoser.

### Børn og unge med mere end én diagnose

På landsplan er andelen af børn og unge med psykiatriske diagnoser, der har mere end én registreret diagnose steget fra 26 pct. i 2009 til 40 pct. i 2019. Der er imidlertid forskel i udviklingen mellem regionerne. I 2009 varierede andelen af børn og unge med mere end én diagnose fra 22 pct. i Region Syddanmark til 29 pct. i henholdsvis Region Nordjylland og Region Midtjylland. I 2019 var det 25 pct. i Region Syddanmark, mens andelen i de øvrige fire regioner var mellem 43 og 46 pct. Der kan være forskellige årsager til, at der er færre registrerede diagnoser pr. barn i Region Syddanmark sammenlignet med andre regioner. Det kan både skyldes forskelle i diagnosticeringspraksis og forskelle i registreringspraksis af diagnoser. Man kan heller ikke udelukke, at fordi Region Syddanmark har en relativ høj andel af børn og unge med psykiatriske diagnoser, er der forholdsvis færre børn og unge der har flere psykiatriske sygdomme end i nogle af de andre regioner. Dog ser vi ikke en tilsvarende lav andel med mere end én diagnose i Region Sjælland, selvom antallet af børn og unge med psykisk sygdom også er relativt højt her.

Figur 4.5

#### Andel af børn og unge med psykiske sygdomme med mere end én registreret diagnose på tværs af regioner, 2009 og 2019



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge med flere psykiatriske diagnoser er defineret som 0-17-årige der inden for 5 forudgående år er blevet registreret i sygehusvæsenet med forskellige aktions- eller biddiagnoser. Børn og unge er inddelt efter bopælsregion.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5 Tendenser på tværs af kommuner

I dette kapitel har vi undersøgt en række udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiske sygdomme på tværs af kommuner. Kommunerne spiller generelt en stor rolle i forhold til antallet af børn og unge med diagnoser. Kommunerne er sammen med almen praksis den aktør, der som oftest henviser børn og unge til udredning i sygehuspsykiatri via PPR (pædagogisk, psykologisk rådgivning) eller socialforvaltningen. Antallet af børn og unge med diagnoser afhænger derfor i høj grad af kommunernes evne til at opspore psykiske problemer og derefter enten henvise til regional psykiatri eller igangsætte støttende indsatser i nærmiljøet.

I den udstrækning, at børnenes vanskeligheder kan afhjælpes i kommunerne, vil henvisning til sygehusvæsenet ikke være aktuel, og dermed inkluderes børnene ikke i denne rapports definition som børn og unge med psykisk sygdom. Et lavt antal børn og unge med psykiatriske diagnoser i kommunen kan dermed både være udtryk for, at den faktiske forekomst er lav, men det kan også enten være udtryk for, at kommunen *i højt grad opsporer* psykiske problemer blandt børn og unge *og igangsætter* støttende indsatser og dermed forebygger en sygehuskontakt, eller at kommunen *i lav grad opsporer* psykiske problemer og dermed også henviser i lav grad børn og unge til udredning af den psykiske sygdom.

### DEFINITION

#### BØRN OG UNGE MED PSYKISKE SYGDOMME

---

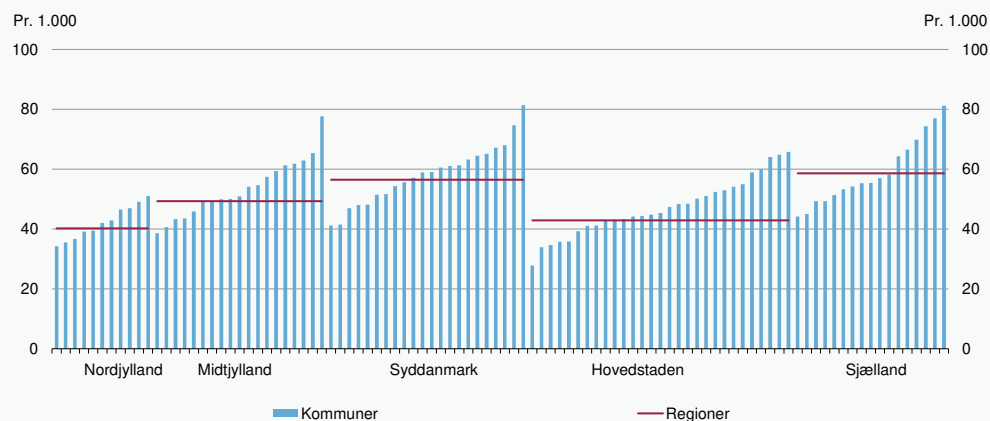
Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret, som er registreret med psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for de 5 forudgående år. Som følge af datamæssige begrænsninger omfatter opgørelsen dermed ikke børn og unge med psykiske problemer som udelukkende modtager hjælp i den primære sektor, herunder kommunerne og praktiserende læge og speciallæge.

---

Antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser relativt til det samlede antal 0-17-årige i kommunen varierer betydeligt på tværs af kommuner. I nogle kommuner er der mere end dobbelt så mange børn og unge med diagnoser som i andre kommuner, jf. figur 5.1. Forekomsten af diagnoser afhænger blandt andet af regional visitationspraksis, men også inden for samme region kan der observeres store forskelle mellem kommuner. Inden for Region Hovedstaden varierer antallet af børn og unge med psykiske sygdomme fra 28 ud af 1.000 0-17-årige i kommunen med lavest forekomst til 66 pr. 1.000 0-17-årige i kommunen med højest forekomst, svarende til en forskel på over 130 pct. Tilsvarende forskelle gælder også kommuner inden for de øvrige regioner.

Figur 5.1

**Antal børn og unge med psykisk sygdom pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner inden for regionerne, 2019**



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge er inddelt efter bopælskommune.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

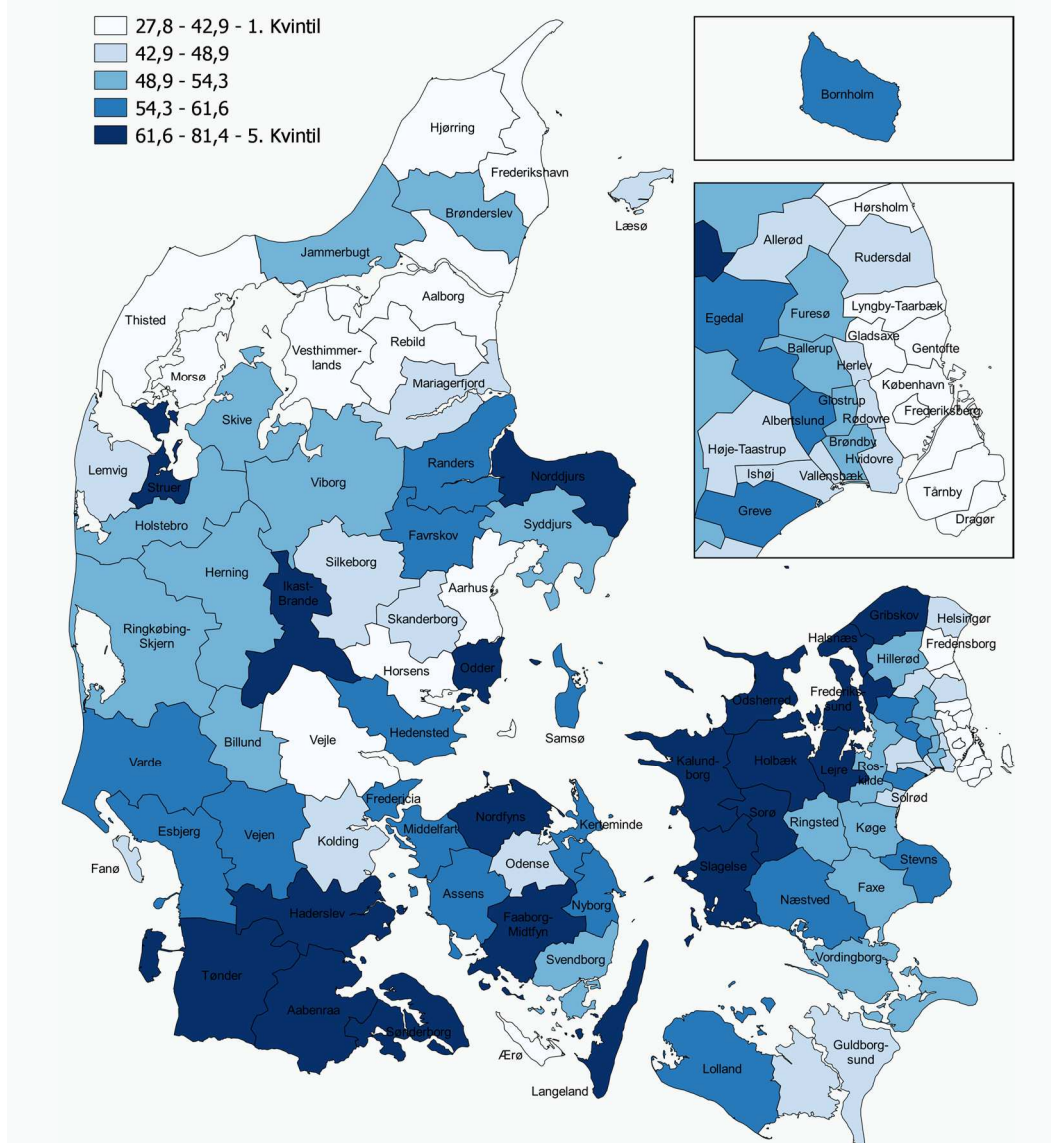
Selvom der er en betydelig variation mellem kommuner, kan der også observeres en række geografiske tendenser i forhold til antallet af børn og unge med diagnoser. Fx er hyppigheden af psykiske sygdomme højt i hele Vestsjælland og Sønderjylland, mens det er lavt i stort set hele Hovedstadsområdet og Nordjylland, jf. figur 5.2.

Der er også en række eksempler på forskelle mellem to nabokommuner, der ligger inden for samme region. Fx er forekomst i Horsens Kommune 38 ud af 1.000 børn og unge, mens forekomst i nabokommunen Ikast-Brande er 65 ud af 1.000 børn og unge. Begge kommuner ligger i Region Midtjylland. Denne type af forskelle indikerer at kommunal praksis og fokus i den enkelte kommune kan have betydning

I bilag 2: "Kommunefordelte nøgletal kan du finde en række nøgletal vedrørende børn og unge med psykiske sygdomme fordelt på kommuner.

Figur 5.2

Antal børn og unge med psykiske sygdomme pr. 1.000 0-17-årige fordelt på kommuner, 2019



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge er inddelt efter bopælskommune. Kommunerne er inddelt i kvintiler. 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, der har det laveste antal børn og unge med psykiske sygdomme pr. 1.000 0-17-årige. 5. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, der har det højeste antal børn og unge med psykiske sygdomme pr. 1.000 0-17-årige.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

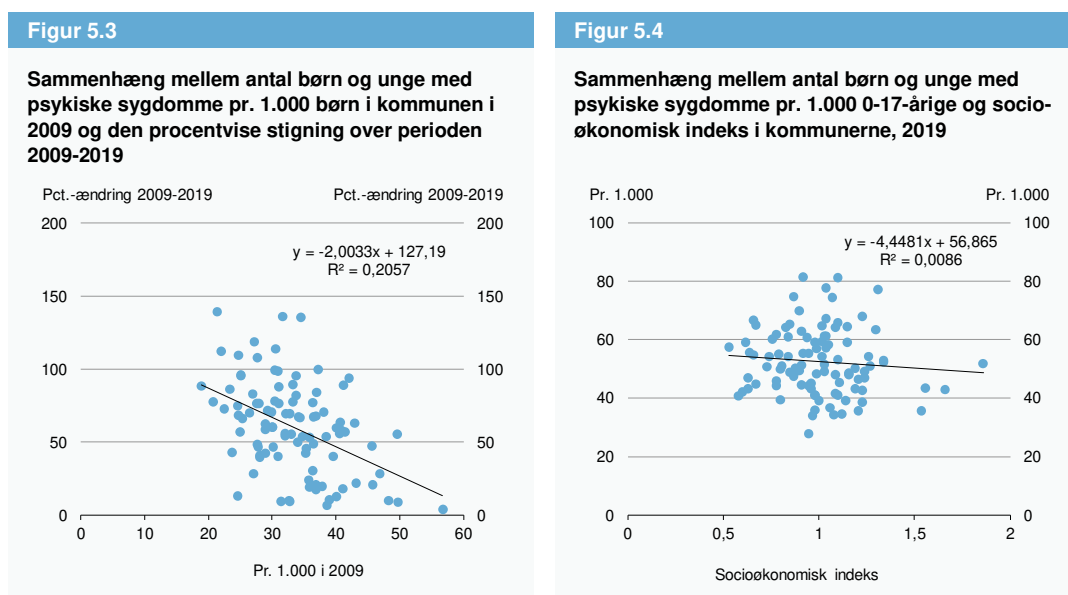
På landsplan er forekomsten af børn og unge med psykiatriske diagnoser steget med lidt over 50 pct. over perioden 2009-2019. Det dækker imidlertid over store forskelle mellem kommunerne. I nogle kommuner er den registrerede forekomst steget med mindre end 20 pct. over den samme periode, mens det i andre kommuner er steget med mere end 100 pct., jf. figur 5.3 (y-aksen).

Der synes generelt at være en negativ sammenhæng mellem forekomsten i 2009 og udviklingen over perioden 2009-2019. Det indebærer, at kommuner med en forholdsvis lav forekomst i 2009



havde en relativ stor stigning over perioden 2009-2019 og omvendt for kommuner med høj forekomst i 2009. Det gælder fx Favrskov Kommune, der med 27 ud af 1.000 børn og unge havde forholdsvis lav forekomst i 2009, og en stigning på over 100 pct. over perioden 2009-2019. Det gælder også Glostrup Kommune, der med 50 ud af 1.000 børn og unge omvendt havde en forholdsvis høj forekomst i 2009, og en stigning på under 10 pct. til 2019.

Men der er også en række eksempler på, hvor der ikke ses denne sammenhæng mellem forekomst i 2009 og stigning over perioden 2009-2019. Det gælder fx Gladsaxe og Morsø Kommune, med en forholdsvis lav forekomst i 2009 på 31 ud af 1.000 børn og unge i begge kommuner, og en relativ lille stigning i begge kommuner på blot 10 pct. over perioden 2009-2019.



Anm.: Børn og unge med psykiske sygdomme er defineret som personer mellem 0 og 17 år pr. 1. januar i året, der har fået registreret psykiatriske diagnoser på enten psykiatrisk eller somatisk sygehus inden for 5 forudgående år. Børn og unge er inddelt efter bopælskommune.

Kilde: Danmarks Statistik, Social- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal og egne beregninger.

Ligesom det er gældende for forskelle mellem regionerne, kan forskelle mellem kommunerne i forhold til forekomst og udviklingstendenser skyldes en række forskellige faktorer. Det kan afhænge både af kommunal praksis i forhold til, hvor mange børn der henvises til regional psykiatri, og hvilke indsatser og tilbud der findes i nærmiljøet i kommunerne, som i fx PPR kan opspore og håndtere børn og unge med de mindre komplekse psykiske udfordringer. Det kan også afhænge af andre faktorer som folkeskolens inklusionsdagsorden og forskelle i visitationskriterierne mellem regionerne. Men som det blev vist i figur 5.1 ovenfor, er der store forskelle i forekomsten mellem kommunerne, der er placeret inden for samme region.

Man kunne forestille sig, at forskelle i den socioøkonomiske sammensætning blandt befolkningen i kommunerne også kunne være med til at forklare nogle af forskellene i forekomsten af psykisk sygdom blandt børn og unge mellem kommunerne. Vi har derfor undersøgt, om der synes at være en sammenhæng mellem kommunens socioøkonomiske indeks og antallet af børn og unge med diagnoser. Der ses ikke nogen generel sammenhæng, jf. figur 5.4. Fx er hyppigheden næsten dobbelt så stor i Faaborg-Midtfyn Kommune som i Nordfyns Kommune – altså kommuner fra samme region og med nogenlunde samme socioøkonomi (socioøkonomisk indeks i 2019 på hhv. 0,92 og 0,95).

Det kunne også være, at socioøkonomi spiller en forskellig rolle for forekomst af de enkelte diagnoser. Vi har derfor også undersøgt, om der er sammenhænge mellem kommunernes socioøkonomiske indeks og antallet af børn og unge med de enkelte diagnoser, henholdsvis ADHD, autisme, angst, belastningsreaktioner og specifikke udviklingsforstyrrelser, og der ses ikke nogen generel sammenhæng, jf. bilag 3 – Metode. Det indikerer, at kommunale indsatser og henvisningspraksis derfor også spiller en rolle i forhold til antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser.

## 5.1 Udvalgte diagnoser på kommuneniveau

I bilag 2: "Kommunefordelte nøgletal" kan du finde antallet af børn og unge fordelt på de mest hyppige diagnoser. Der er generelt meget store variationer på tværs af kommuner i forekomsten af de enkelte diagnoser. Det kan fx nævnes, at forekomsten af ADHD på Fyn, i København, Frederiksberg og Fanø Kommune er mindre end 10 ud af 1.000 0-17-årige, mens forekomsten i Kalundborg, Aabenraa og Sorø Kommune er mere end 30 ud af 1.000 0-17-årige. Forekomsten af autisme er ligeledes lavest på Fyn og i en række jyske kommuner som Rebild, Morsø, Thisted med flere, mens den er høj i Lejre, Sorø, Greve, Holbæk og andre kommuner i Region Sjælland.

I tabel 5.1. ses sammenhængen (korrelationen) mellem 5 af de mest hyppige diagnoser i de enkelte kommuner. På kommuneniveau ses en generel og klar tendens til, at kommuner med høj forekomst af den ene diagnose også har en høj forekomst af de andre diagnoser, og omvendt at kommuner med lav forekomst af den ene diagnose, også har en lav forekomst af de andre. Sammenhængen er stærkest mellem angst og belastningsreaktioner, men også mellem ADHD og autisme. Der findes en stærk og signifikant sammenhæng mellem alle øvrige diagnoser også, bortset fra autisme og specifikke udviklingsforstyrrelser vedrørende sprog, tale og indlæringsvanskeligheder.

I afsnit 4.1 ovenfor kunne der på regionsniveau ses indikationer af, at forekomsten af fx autisme kunne være høj i enkelte regioner, mens forekomsten af ADHD kunne være lav i de samme regioner og tilsvarende for andre diagnoser. Når der på kommuneniveau synes at være en mere generel sammenhæng mellem forekomsten af de enkelte diagnoser, men ikke umiddelbart på regionsniveau, kan det skyldes variationer mellem kommuner inden for samme region. Som fx at forekomsten af de forskellige diagnoser er forholdsvis lav på Fyn, mens den er høj i Sønderjylland, hvilket kan udligne sig, når man ser på hele Region Syddanmark.

**Tabel 5.1**

**Korrelationer mellem udvikling i antal børn og unge med udvalgte diagnoser pr. 1.000 0-17-årige inden for kommunen, 2009-2019**

	ADHD inkl. ADD	Autismespektrumforstyrrelser	Specifikke udviklingsforstyrrelser	Angst og OCD	Belastning- og tilpasningsreaktioner (stress)
<b>ADHD inkl. ADD</b>	1				
<b>Autismespektrumforstyrrelser</b>	0,77***	1			
<b>Specifikke udviklingsforstyrrelser</b>	0,33**	0,07	1		
<b>Angst og OCD</b>	0,45***	0,54***	0,50***	1	
<b>Belastning- og tilpasningsreaktioner (stress)</b>	0,46***	0,38***	0,74***	0,93***	1

Anm.: \*\* Sammenhæng på 5 pct. signifikansniveau. \*\*\* Sammenhæng på 1 pct. signifikansniveau.  
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.