

# Social ulighed i børne- og ungdomspsykiatrien

Analyser af social ulighed i udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien



*Social ulighed i børne- og ungdomspsykiatrien – Analyser af social ulighed i udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien*

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-302-4

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 302690

Finansiering: Rigsrevisionen

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

Rigsrevisionen har i februar 2024 udarbejdet en beretning om overholdelse af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien. Baggrunden for beretningen er, at andelen af børn og unge, som udredes for psykiske lidelser, hvor patientrettighederne til udredning inden for 30 dage er overholdt, er faldet markant i 2022 sammenlignet med de foregående år. VIVEs bidrag til Rigsrevisionens beretning – som dermed også er VIVEs formål med dette projekt – har været at undersøge, om der var social ulighed i udredningstiden inden for børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022, altså om børn og unge med ressourcetsvage forældre havde længere udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien end børn og unge med ressourcestærke forældre.

Undersøgelsen er iværksat og finansieret af Rigsrevisionen. Seniorforsker Mette Lausten har været projektleder på undersøgelsen og har sammen med senioranalytiker Christiane Præstgaard Dolmer og student Barbara Bille Tagmose stået for bearbejdning og analyser, der udelukkende er udført på registerdata. Rapporten har været i eksternt og internt review, og vi takker både Rigsrevisionen og reviewerne for gode kommentarer og forslag til forbedring af analyserne.

*Carsten Strømbæk Pedersen*

Forsknings- og analysechef for VIVE Børn og Uddannelse



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	5
Afrapportering	8
1 Indledning	9
1.1 Baggrund og formål	9
1.2 Datagrundlag og metode	10
1.3 Læsevejledning	13
2 Hvad kendetegner børn og unge i psykiatrien?	14
2.1 Alder, køn og diagnose ved indikation på endt udredning	14
2.2 Geografi og herkomst	16
2.3 Anbringelser og forebyggende foranstaltninger	18
2.4 Forældrebaggrund	19
2.5 Familiernes socioøkonomi	21
3 Udredningstid	24
3.1 Variation over observerbare karakteristika	26
4 Socioøkonomisk ulighed i udredningstiden	31
4.1 Socioøkonomisk ulighed i regionerne	32
5 Konklusion	35
Dokumentation	37
6 Data og metode	38
6.1 Data fra Rigsrevisionen	38
6.2 Data fra Danmarks Statistiks registre	39
6.3 Socioøkonomisk indeks	41
6.4 Analysemodel	44
Litteratur	47
Bilag 1 Psykiatriske diagnoser i ICD-10	49
Bilag 2 Den fulde regressionsmodel	52

# Hovedresultater

Når en familie træder ind ad døren hos børne- og ungdomspsykiatrien, træder de ind med nogle socioøkonomiske vilkår. Disse vilkår har sammenhæng med mange forhold i deres liv. Det er veldokumenteret, at socioøkonomiske vilkår har sammenhæng med sundhed (Nielsen m.fl., 2022), men har de også sammenhæng med, hvor længe børn og unge er om at blive udredt i børne- og ungdomspsykiatrien?

Ulighed på sundhedsområdet er ofte til debat, hvor et tydeligt princip om lighed ser ud til at være udfordret i det danske sundhedsvæsen. Vi undersøger et af disse aspekter i denne rapport, som har til formål at belyse den sociale ulighed i udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien.

Baseret på data for børn og unge, som har været i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022, har vi ved hjælp af statistiske analyser undersøgt:

- Hvad kendetegner de familier, som er i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien?
- Hvor lang er udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien?
- Er der social ulighed i udredningstiden?

Rapporten henvender sig til alle, som interesserer sig for ulighed i sundhed og særligt ulighed for børn og unge i psykiatrien. Den kan således læses af alle inden for ministerier, regioner, kommuner og forskning.

Rapporten bygger på Rigsrevisionens indledende undersøgelse af udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022 (afgrænset af data i LPR3). Data indeholder alle forløb i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022, og oplysningerne er suppleret med data fra Danmarks Statistiks registre. Data inkluderer i alt 53.190 børn og unge.

## Social ulighed i udredningen

Den overordnede konklusion er, at udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien ikke er ens for alle, og at der er social ulighed i udredningstiden.

**Den gennemsnitlige udredningstid er på 97 dage** fra datoen for henvisning til første indikation på, at udredningen er afsluttet. I den beskrivende analyse finder vi forskelle i udredningslængden alt efter, hvilken gruppe vi undersøger.

Den forholdsvis lange udredningstid bør ses i lyset af, at den undersøgte periode er stærkt influeret af covid-19-pandemien, og at alle patientrettigheder en overgang var suspenderet.<sup>1</sup> Der er taget højde for, om barnet/den unge er henvist under covid-19-perioden, men det må forventes, at det stadig har påvirkning på forløbene.

Ved at benytte en alt andet lige-tilgang for at isolere den socioøkonomiske faktor i udredningstiden finder vi, at der er en signifikant stigende udredningstid, jo lavere socioøkonomisk status, familierne har. Der arbejdes med en gradering fra høj til lav socioøkonomi. Ser vi på forskellen i de to ekstremer – høj og lav – finder vi således, at børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er **11,8 dage længere** om at blive udredt end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status.

**Der er forskel på den sociale ulighed mellem regionerne.** Opdelt på regioner finder vi, at sammenhængen mellem familiernes socioøkonomi og udredningstiden er mest markant i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er hhv. 30,3 og 23,1 dage længere om at blive udredt end børn og unge med høj socioøkonomisk status.

Resultaterne viser også, at udredningstiden varierer i forhold til køn, alder, diagnose og året for henvisningen, mens der ikke er forskel i udredningstid, når vi ser på herkomst, og om forældrene selv er udfordret af psykisk sygdom.

## Hvem kommer inden for psykiatrien?

I rapporten præsenterer vi et billede af, hvad der generelt kendetegner børnene og de unge, der kommer i kontakt med psykiatrien.

Der er store kønsmæssige forskelle på alder og diagnoser. Drengene henvises tidligt til psykiatrien, især omkring skolestart, mens pigerne oftere henvises i teenageårene. Den hyppigst forekommende diagnose for både drenge og piger er inden for de adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (DF9), som bl.a. indeholder diagnoserne ADHD, emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen, tilknytningsforstyrrelser, tics og stammen. Derudover diagnosticeres drenge oftere inden for psykiske udviklingsforstyrrelser (DF8), mens piger oftere diagnosticeres med stressrelaterede tilstande (DF4). DF8 dækker bl.a. autismespektrumforstyrrelser, Aspergers syndrom og udviklingsforstyrrelser i forhold til tale- og skolefærdigheder. DF4 dækker bl.a. angst, fobier og stressrelaterede belastningsreaktioner.

---

<sup>1</sup> Udredningsretten er en patientrettighed, som skal sikre, at patienterne bliver udredt hurtigt, så en eventuel behandling kan blive sat i gang. Patientrettighederne til hurtig udredning og behandling på psykiatriområdet blev pga. covid-19 suspenderet i perioden 18. marts – 1. september 2020, som i denne rapport kaldes covid-19-perioden. Perioden er fastsat fra officiel side.

Børn og unge med anden etnisk herkomst end dansk er – ligesom deres forældre – stærkt underrepræsenterede inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, eller som modtager forebyggende foranstaltninger, er overrepræsenterede blandt de børn og unge, som kommer i kontakt med psykiatrien. Dette resultat ligger i lige forlængelse af den almindelige viden om, at børn og unge i udsatte positioner oftere er udfordret af psykisk sygdom end børn og unge generelt.

Derimod er der ingen signifikante forskelle i forhold til de familiære rammer omkring barnet eller den unge sammenlignet med den øvrige befolkning.

## **Socioøkonomisk indeks som social ulighed**

Der findes adskillige resultater på, at der er stærk sammenhæng mellem social ulighed i socioøkonomiske faktorer defineret som forskelle i levevilkår og livschancer mellem individer og grupper (Atkinson, 2015; Hansen, 2017) og social ulighed i sundhed og sygdom (Nielsen m.fl., 2022; Udesen m.fl., 2020).

Selvom der ofte laves analyser af social ulighed, er der ikke en egentlig definition på, hvordan man skal konstruere et socioøkonomisk indeks på baggrund af registeroplysninger. I denne rapport arbejder vi med en kombination af social status målt ved forældrenes højeste uddannelsesniveau og økonomisk status målt ved den ækvivalerede disponible indkomst i familien. Vores socioøkonomiske indeks består derfor af fem niveauer fra høj socioøkonomisk status til lav socioøkonomisk status.

## **Sammenhænge, som kalder på videre undersøgelser**

Resultaterne i denne rapport påviser sammenhæng mellem socioøkonomisk status og udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022. Resultaterne er robuste og konsistente over for ændringer i de statistiske analyser.

Resultaterne efterlader dog en række spørgsmål, som ikke kan besvares med de eksisterende data. Der kan fx ikke tages højde for regionale forskelle i ressourcer og registreringspraksis. Det er heller ikke muligt at undersøge de kausale sammenhænge mellem udredningstid og socioøkonomisk indeks. Dette kræver en mere dybdegående analyse baseret på et større datamateriale end det, der foreligger her, herunder inddragelse af kvalitative data.

# > Afrapportering



# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund og formål

Rigsrevisionen har udarbejdet en beretning om opfyldelsen af patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien. I forbindelse med beretningen har Rigsrevisionen udarbejdet analyser af *udredningstiden* i børne- og ungdomspsykiatrien. Et barn eller en ung er under udredning fra modtagelsen af en henvisning til psykiatrien, til barnet eller den unge er endeligt udredt. Rigsrevisionens analyser af udredningstid er videregivet til VIVE, som beriger dem med oplysninger fra Danmarks Statistiks registre for på den måde at kunne undersøge, om der er social ulighed i udredningstiden.

En tidligere undersøgelse fra VIVE af en forsøgsordning med hurtig psykiatrisk udredning for voksne i Odense Kommune viste, at hurtig udredning kan give bedre og mere sammenhængende forløb, som dermed kan føre til en samlet sundhedsøkonomisk besparelse (Buch m.fl., 2020). Det er derfor nærliggende at forvente, at kortere udredningstid vil have positiv betydning for børn og unges psykiatriske sygdomsforløb og deres opretholdelse af hverdagen. Lægeforeningen skriver bl.a., at selv få måneders ekstra ventetid kan give svære forværringer af et sygdomsforløb og indvirke negativt på barnet eller den unges mulighed for at indgå i skole-, uddannelsesmæssige og sociale relationer (Lægeforeningen, 2022). Samtidig er det sandsynligt, at der kan registreres en mærkbar begrænsning af de sundheds- og samfundsøkonomiske omkostninger, hvis følgerne af for lange udredningstider kan begrænses.

I Danmark har man udredningsret jf. sundhedsloven. Udredningsretten giver én ret til at blive udredt inden for 1 måned, hvis det er fagligt muligt (sundhedslovens § 82 b om udredningsretten). I grove træk betyder det, at indkaldes man til undersøgelse (udredning), har man inden for 30 kalenderdage afklaret tilstanden i en sådan grad, at patienten kan informeres om tilstanden, og om der anbefales behandling eller ej, og eventuelt hvilken behandling der anbefales. Denne overordnede ramme er sat, da mange sygdomme og lidelser har bedre udsigter, hvis man sætter tidligt ind.

Formålet med denne rapport er at undersøge, om forældres sociale og økonomiske forhold har betydning for børn og unges udredningstid. Der er igennem tiden fundet flere eksempler på, at patienters socioøkonomiske baggrund har indflydelse på behandlingen i sundhedsvæsenet, og for nylig har en stor sag

om hurtigere behandling til ressourcestærke på Aarhus Universitetshospital skabt overskrifter<sup>2</sup>.

Denne rapport undersøger specifikt, om børn og unge med resourcesvage forældre, her forstået som forældre med lav socioøkonomisk baggrund, har længere udredningstid end børn og unge med ressourcestærke forældre, her forstået som forældre med høj socioøkonomisk baggrund. Rapportens overordnede undersøgelsesspørgsmål er derfor:

- Har børn og unge med resourcesvage forældre længere udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien end børn og unge med ressourcestærke forældre?

## 1.2 Datagrundlag og metode

Analyserne tager udgangspunkt i Rigsrevisionens afdækning af udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022. Disse oplysninger kobler VIVE med registerdata.

### Data fra Rigsrevisionen

Rigsrevisionen har leveret oplysninger til VIVE om alle patienter i alderen 0-17 år henvist til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien for perioden 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022. Oplysningerne indeholdt bl.a. dato for henvisning, dato for udredning, diagnose ved indikation på endt udredning, en markør for opnåelse af udredningsgaranti samt oplysning om den ansvarlige region. Bilag 1 indeholder en kort beskrivelse af de diagnoser, der gives inden for psykiatrien.

### Registerdata

Til at besvare undersøgelsesspørgsmålet beriges data fra Rigsrevisionen med data fra Danmarks Statistiks registre. Fra registrene hentes baggrundsinformationer om børnene og de unge selv og deres forældre. Ud over basale baggrundoplysninger som fx køn og alder hentes også informationer om forældrenes uddannelse og indkomst og forældrenes kontakt med psykiatrien.

I afsnit 6.2 kan der læses mere detaljerede beskrivelser af registrene og de variable, som er inkluderet i analyserne.

---

<sup>2</sup> <https://www.dr.dk/nyheder/indland/skandalen-paa-aarhus-universitetshospital-vokser-kræftpatienter-der-raabte-op-kom>

## Udfaldsmål

Det primære udfaldsmål er udredningstid målt i antal dage.

Udredningstiden er beregnet som antal dage fra datoen for henvisning til datoen for, at der er indikation på, at patienten er endeligt udredt. Det er således kun forløb, hvor både henvisning og indikation på, at patienten er endeligt udredt, er tilgængelige i data fra Rigsrevisionen, som kan indgå i analyserne.

Da patientrettighederne til hurtig udredning og behandling grundet covid-19 bortfaldt i perioden 18. marts – 1. september 2020 (herefter benævnt covid-19-perioden), medtages forløb, hvor dato for henvisning ligger inden for denne periode, ikke.

## Analysepopulation

Rapporten bygger på 53.910 børn og unge, som har været henvist til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022, og deres forældre. Dette er grundpopulationen, når vi undersøger målgruppen i kapitel 2.

Til at undersøge udredningstiden deskriptivt (kapitel 3) har vi brugt forløb, som har en udredningstid, og som ikke er påbegyndt under covid-19-perioden<sup>3</sup>. Dette er tilfældet i 43.612 forløb.

Til at undersøge, om der er social ulighed i udredningstiden, kan vi kun bruge forløb, som har en beregnet udredningstid, som har fuld information i alle kontrolvariable, herunder viden om forældrenes socioøkonomiske status, og som ikke er påbegyndt under covid-19-perioden. Dette er tilfældet i 43.044 forløb.

## Socioøkonomisk indeks

For at undersøge, om der er social ulighed i udredningstiden, arbejder vi med et udvidet mål for socioøkonomi. Generelt bruges udtrykket bredt inden for forskning i ulighed i sundhed, men det går også under mange navne og mange definitioner (se fx Kjeld m.fl., 2022). Uddannelse bruges ofte som mål i sig selv, men økonomi ses tit i kombination hermed. Vi har valgt at bruge både uddannelse og økonomi. På denne måde kan vi undersøge, om børnene eller de unge kommer fra familier med høj, middelhøj, middel, middellav eller lav socioøkonomisk status. Vi beregner dermed et socioøkonomisk indeks på baggrund af social og økonomisk status (se mere uddybende beskrivelse i afsnit 6.3).

Til at belyse *social status* anvendes forældrenes højeste fuldførte uddannelse. Højeste fuldførte uddannelse er et mål, som er relativt stabilt over tid, og som

---

<sup>3</sup> Covid-19-perioden: 18. marts – 1. september 2020. Perioden er fastsat fra officiel side, og i denne periode frafalder patientrettighederne.




ofte anvendes som mål for social status, bl.a. i Sundhedsstyrelsens afrapportering af Social Ulighed i Sundhed og Sygdom fra 2020 (Udesen m.fl., 2020). Forældre, som er under 30 år, og som er i gang med en uddannelse, bliver inddelt efter igangværende uddannelse i stedet for højeste fuldførte uddannelse.

Til at belyse *økonomisk status* anvendes forældrenes ækvivalerede disponible indkomst<sup>4</sup>, som indeles efter den danske befolknings indkomstdecilgrænser.

På baggrund af social og økonomisk status dannes et *socioøkonomisk indeks*, som går fra 1 (højeste status) til 3 (laveste status). For mere information om beregningen af det socioøkonomiske indeks se afsnit 6.3. Figur 1.1 giver et grafisk overblik over konstruktionen af det socioøkonomiske indeks.

**Figur 1.1 Social status, økonomisk status og socioøkonomisk status**

I figuren ses, hvordan de centrale mål for det socioøkonomiske indeks er konstrueret.

	 Social status - Højest fuldførte uddannelse	 Økonomisk status - Indkomstdecil	 Socioøkonomisk status - indeks
<b>Høj (1)</b>	Videregående uddannelse	8.-10.	1
<b>Middel (2)</b>	Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4.-7.	1,5 2
<b>Lav (3)</b>	Grundskole	1.-3.	2,5 3

<sup>4</sup> Den ækvivalerede disponible indkomst er en vægtet indkomst, hvor der er taget højde for antal personer i husstanden. Det vil sige, at der tages højde for, at en familie på to voksne forbruger mere end en familie med en voksen, men ikke behøver en dobbelt så stor indkomst, og at børn ikke behøver en lige så stor indkomst som voksne for at opnå samme levestandard. Dette mål anvendes ofte til beregning af indkomstulighed. I denne analyse har vi benyttet Danmarks Statistiks definition.

## Analysedesign

Rapporten undersøger baggrundsfaktorerne for børnene, de unge og deres forældre ved deres første henvisning til udredning i den undersøgte periode. Der er foretaget beskrivende analyser af målgruppen (kapitel 2) og set på forskellene mellem de forskellige baggrundsfaktorer og udredningstiden (kapitel 3). Til dette er der benyttet simpel t-test for at give en indikation af, om der er statistisk signifikante forskelle i udredningstiden inden for de forskellige baggrundsfaktorer. Det vil sige, at vi med en simpel metode har undersøgt, om gennemsnittet i den undersøgte gruppe adskiller sig signifikant fra sammenligningsgruppen.

Da vi ser, at udredningstiden med statistisk signifikans varierer alt efter, hvilke tilgængelige baggrundsfaktorer der knytter sig til barnet/den unge og dennes familie, ønsker vi at tage højde for disse i analyserne af socioøkonomisk ulighed. Vi udfører derfor en regressionsanalyse, hvor vi kan se forskelle på udredningstiden mellem de fem socioøkonomiske grupper, når man holder alle andre baggrundsfaktorer lige (kapitel 4).

Til formålet er valgt en OLS-regression med robuste standardfejl. OLS modellen er valgt af formidlingshensyn, da der er foretaget en række robusthedstjek, som viser, at vores resultater er robuste over for valg af model<sup>5</sup>. Ud over baggrundskaraktistika for børn/unge og forældre er der tilføjet variable for udredningsforløbene (diagnose ved udredningstidspunktet, år for henvisning og region, som har haft udredningsforløbet).

Det undersøges også, om der er forskel regionerne imellem. Dette gøres ved at foretage subgruppeanalyser for hver af regionerne.

## 1.3 Læsevejledning

Overordnet er rapporten struktureret i to dele. Den første del er den egentlige afrapportering og indeholder i kapitel 1 denne korte indledning, kapitel 2 og 3 præsenterer de beskrivende analyser af baggrundsfaktorer og udredningstiden, kapitel 4 præsenterer analyserne af sammenhængen mellem familiernes socioøkonomiske status og udredningstiden, hvorefter konklusionerne samles i kapitel 5. Rapportens anden del beskriver undersøgelsens datagrundlag og metode i kapitel 6.

---

<sup>5</sup> Robusthedstjek er der bl.a. foretaget med en Poisson model, ligesom der er foretaget logtransformation af udredningstiden. Se evt. kapitel 6 om data og metode.

## 2 Hvad kendetegner børn og unge i psykiatrien?

I dette kapitel ser vi på de observerbare karakteristika, som vi kan knytte til de børn og unge, som er henvist til psykiatrien i perioden. Til analyserne benyttes datoer overleveret fra Rigsrevisionen, og data konstrueres således, at baggrundsfaktorerne kobles på barnet eller den unges første udredningsforløb i det år, hvor udredningen starter. Hos de børn og unge, hvor der er flere forløb i perioden, benyttes først tilgængelige dato. Datagrundlaget er 53.910 børn og unge.

De deskriptive analyser i dette kapitel sætter således konteksten for de øvrige analyser af social ulighed i børne- og ungdomspsykiatrien.

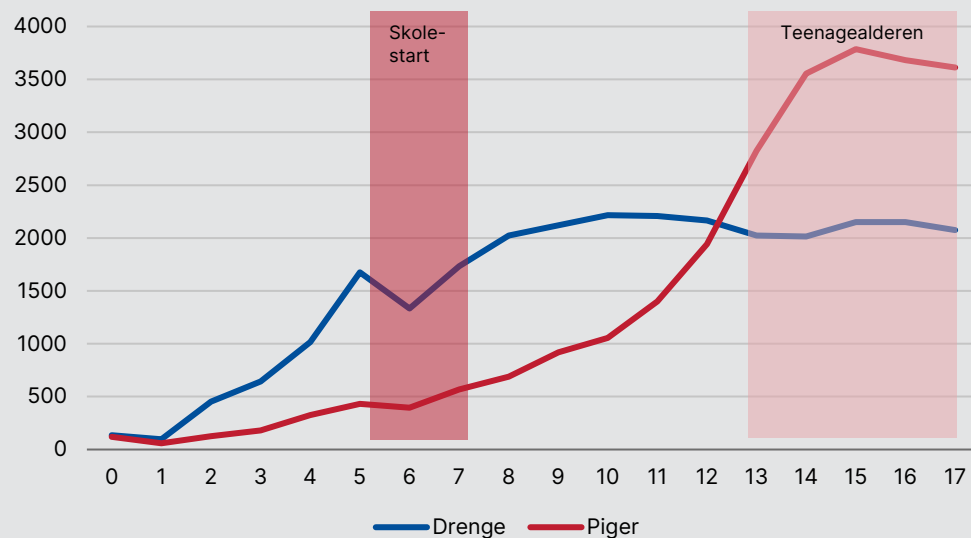
### 2.1 Alder, køn og diagnose ved indikation på endt udredning

Der er kønsforskelle i børne- og ungdomspsykiatrien. Forskellen ligger ikke så meget i antallet af børn og unge, som er hhv. drenge eller piger, da kønsfordelingen er 52 pct. drenge og 48 pct. piger. Forskellen ligger andre steder.

I Figur 2.1 ses alderen på børnene og de unge ved første henvisning til udredning i perioden. Som det fremgår af figuren, henvises flere yngre drenge end piger. Op til skolestart sker der en stor stigning i antallet af drengebørn, som kommer i kontakt med psykiatrien, efterfulgt af et lille dyk og en stigning for derefter at blive relativt stabil. Pigerne henvises ikke i lige så stor grad som drengene i førskolealderen, hvor antallet stiger langsomt med alderen. Når pigerne rammer de tidlige teenageår, ses der en eksplosiv stigning i antallet af piger, som kommer i kontakt med psykiatrien. Det er særligt i 13-17-årsalderen, at der er langt flere piger end drenge, der henvises til psykiatrien.

**Figur 2.1 Alder ved første henvisning i perioden for hhv. piger og drenge, i antal**

I figuren ses antallet af hhv. piger og drenge, ved første henvisning til udredning i perioden 2019-2022. Derudover er alderen for skolestart og teenagealderen markeret.



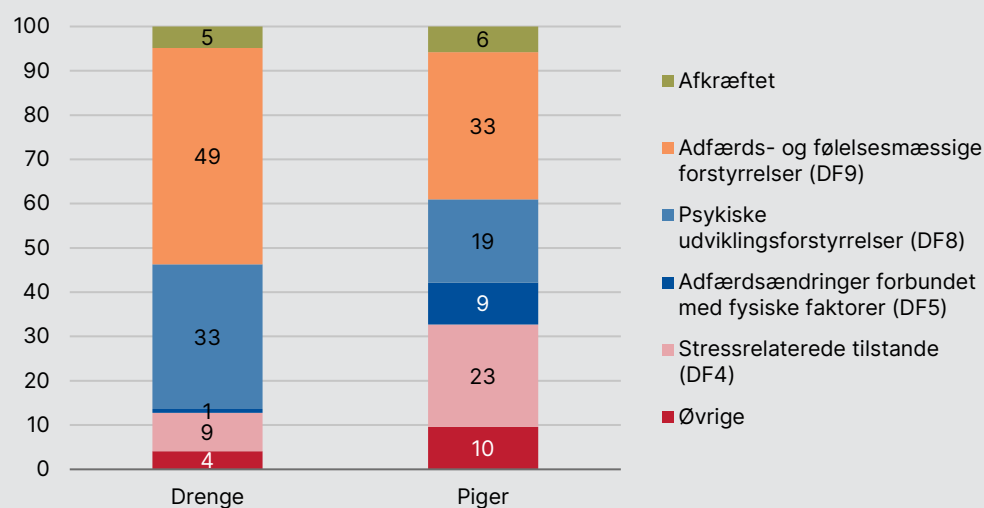
Anm.: n = 53.902 børn og unge.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

Der er også en markant forskel på den udredningsdiagnose, som hhv. piger og drenge får. Figur 2.2 viser fordelingen af diagnoser på hhv. piger og drenge. 49 pct. af drengene diagnosticeres med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens (diagnosekoderne DF90-98) som ADHD og emotionelle forstyrrelser i barndommen, tilknytningsforstyrrelser, tics og stammen. 33 pct. af drengene diagnosticeres med psykiske udviklingsforstyrrelser (diagnosekoderne DF80-89) som bl.a. autismespektrumforstyrrelser, Aspergers syndrom og udviklingsforstyrrelser i forhold til tale- og skolefærdigheder. 8 ud af 10 drenge diagnosticeres altså inden for disse to diagnosegrupper. Pigerne diagnosticeres mere blandet end drengenes. Der er dog den lighed, at adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens (diagnosekoderne DF90-98) også – på samme måde som for drengene – er den mest udbredte diagnose blandt pigerne, hvor en tredjedel får denne diagnose. Nervøse og stressrelaterede tilstande og tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer (diagnosekoderne DF40-DF48) er langt mere udbredte hos pigerne end drengene, og det samme gælder adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (diagnosekoderne DF50-DF59) – en diagnosegruppe, som bl.a. indeholder spiseforstyrrelser.

**Figur 2.2 Diagnoser ved indikation på endt udredningsforløb opdelt på hhv. drenge og piger, i pct.**

I figuren ses antallet af forløb for hhv. piger og drenge, som har kontakt med psykiatrien i perioden 2019-2022. Der er udvalgt de største diagnosegrupper for målgruppen.



Anm.:  $n_{\text{drenge}} = 27.780$ ,  $n_{\text{piger}} = 25.360$ . I figuren indgår kun forløb, hvor der er angivet en diagnose ved indikation på endt udredning. For 6.790 af drengenes forløb er der ikke angivet en diagnose, og det samme gælder for 6.996 af pigerne (dette er ikke medregnet i den procentvise fordeling i figuren).

Bilag 1 indeholder en kort beskrivelse af de forskellige diagnosegrupperinger inden for psykiatrien.

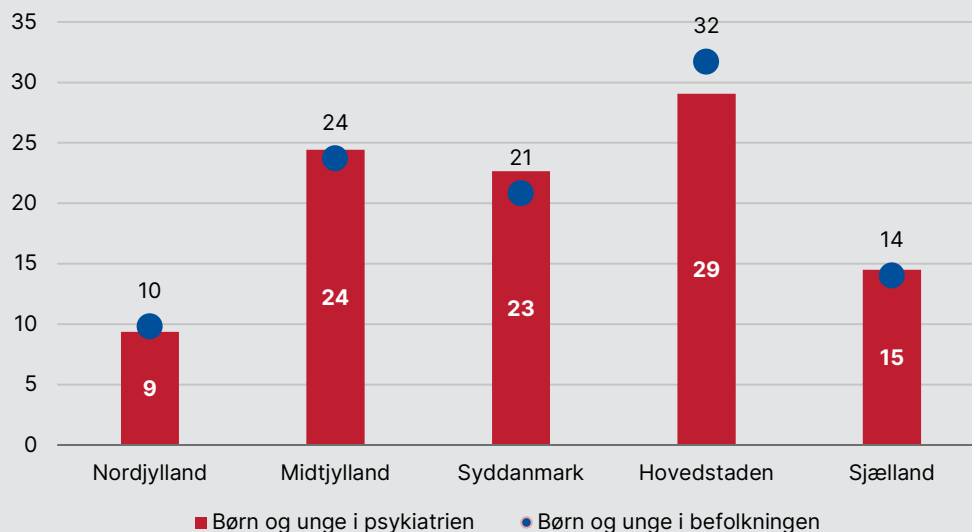
Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

## 2.2 Geografi og herkomst

Der er regionale forskelle på andelen af børnene og de unge, der bliver henvist til psykiatrien (se Figur 2.3). Region Hovedstaden har flest henvisninger, da 29 pct. af de børn og unge, der er henvist til psykiatrien, er bosat der. Ser vi på, hvordan andelen af børn og unge fordeler sig i befolkningen, er ca. en tredjedel bosat i Region Hovedstaden. Det betyder, at selvom der er flest henvisninger i Region Hovedstaden, er der relativt færre henvisninger end forventet ud fra befolkningssammensætningen. Region Nordjylland og Region Sjælland er de regioner med færrest henvisninger, men det afspejler den fordeling, som er i befolkningen. Region Syddanmark er den relativt mest henvisende region, hvor der henvises 1,8 procentpoint flere børn og unge, end der er i befolkningsfordelingen.



**Figur 2.3 Børn og unge opdelt på region ved første henvisning til udredning i perioden sammenlignet med bopælsregion for børn og unge i befolkningen, i pct.**

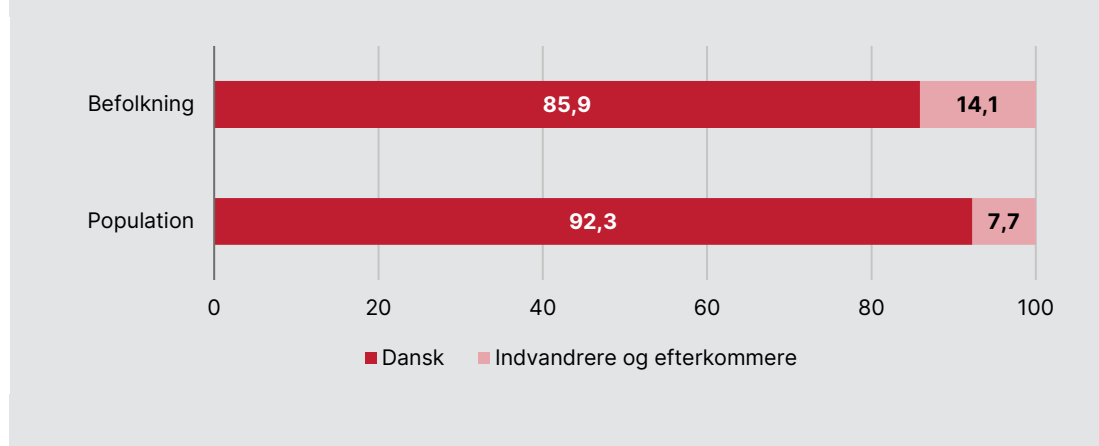


Anm.: n = 52.681 børn og unge.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen sammenlignet med data på befolkningsniveau fra Statistikbanken.

Ser vi på børnene og de unges herkomst, fremgår det af Figur 2.4, at børn og unge med minoritetsetnisk herkomst er stærkt underrepræsenteret i psykiatrien. Der er 14,1 pct. af børnebefolkningen i Danmark (0-17 år), som ifølge Danmarks Statistiks klassificering af herkomst er enten indvandrere eller efterkommere, mens der kun er 7,7 pct. af børnene og de unge i psykiatrien, som er indvandrere eller efterkommere.

**Figur 2.4 Børn og unges herkomst ved første henvisning til udredning i perioden sammenlignet med børn og unge i befolkningen, i pct.**



Anm.: n = 53.902 børn og unge.

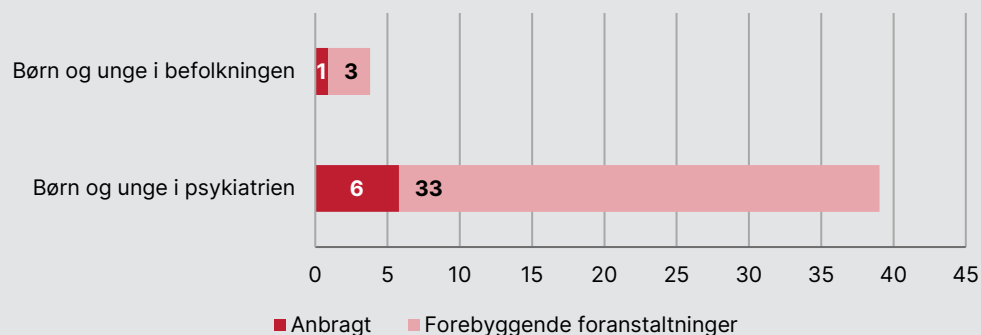
Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen sammenlignet med data på befolkningsniveau fra Statistikbanken.

## 2.3 Anbringelser og forebyggende foranstaltninger

Hvis et barn eller en ung (under 18 år) har brug for særlig hjælp og støtte, skal kommunen undersøge forholdene omkring barnet/den unge nærmere. På baggrund af dette kan kommunen iværksætte en eller flere relevante indsatser efter serviceloven. Man ønsker at sætte ind med den rette indsats, før problemerne vokser sig store. Børn og unge, som viser begyndende tegn på mistrovisel eller bekymrende adfærd, kan have behov for særlig hjælp og støtte. Det kan være en tidlig forebyggende indsats, en forebyggende foranstaltning eller en anbringelse uden for hjemmet (Social, Bolig- og Ældreministeriet, 2023).

Andelen af børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet, eller som modtager forebyggende foranstaltninger efter serviceloven, er langt større blandt børnene/de unge i psykiatrien end blandt børnebefolkningen. Af Figur 2.5 fremgår det, at 6 pct. af børnene og de unge i psykiatrien er anbragt uden for hjemmet, hvor det samme gælder for 1 pct. af befolkningens børn og unge. En tredjedel af børnene og de unge i psykiatrien modtager en form for forebyggende foranstaltning efter serviceloven mod 3 pct. af befolkningens børn og unge. Det betyder, at 4 pct. af børn og unge i befolkningen er anbragt uden for hjemmet eller modtager forebyggende foranstaltninger mod 36 pct. af børnene og de unge i psykiatrien. Der er således tale om en solid overrepræsentation af børn og unge med anbringelse eller forebyggende foranstaltninger i psykiatrien.

**Figur 2.5 Børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, eller som modtager forebyggende foranstaltninger ved første henvisning til udredning i perioden sammenlignet med børn og unge i befolkningen, i pct.**



Anm.: n = 53.902 børn og unge.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen sammenlignet med data på befolkningsniveau fra Statistikbanken.

## 2.4 Forældrebaggrund

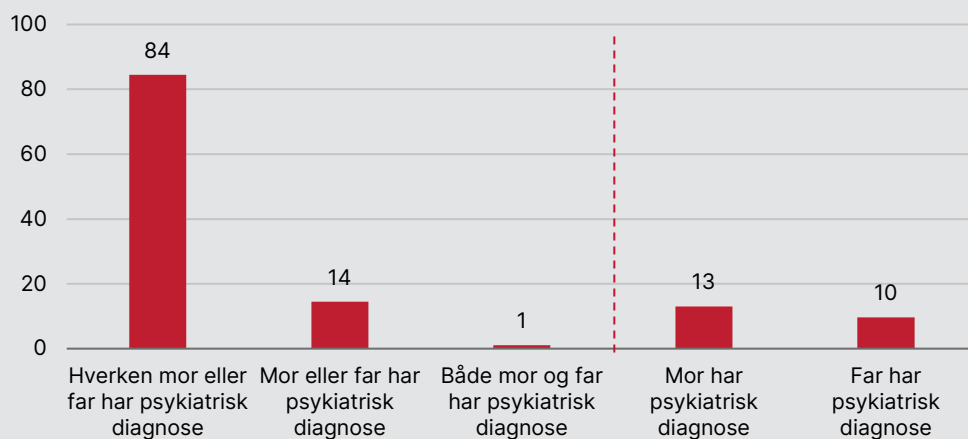
Det er også interessant at se på de familiære strukturer, som er omkring de børn og unge, som henvises til psykiatrien. Det gælder forældrenes psykiatriske diagnoser og familiestruktur.

### Forældrenes psykiatriske diagnoser

Vi benytter information fra Landspatientregisteret til at se på, om forældrene til børn og unge i psykiatrien har psykiatriske diagnoser. 13 pct. af mødrene har en psykiatrisk diagnose, når deres barn henvises til udredning. Det samme gælder for 10 pct. af fædrene. Det gælder således, at 84 pct. af børnene og de unge ikke har nogen forælder med en psykiatrisk diagnose, 14 pct. har en forælder med en psykiatrisk diagnose, mens 1 pct. oplever, at begge forældre har en psykiatrisk diagnose. 15 pct. af børnene og de unge har altså mindst en forælder med en psykiatrisk diagnose, hvilket ligger relativt tæt på landsgennemsnittet, hvor 17 pct. af alle børn og unge i 2019 havde mindst en forælder med en psykiatrisk diagnose (Lausten & Andreasen, 2021).

**Figur 2.6 Forældre til børn og unge i psykiatriens egne psykiatriske diagnoser ved børn/unges henvisning til udredning i perioden, i pct.**

Til venstre ses en opgørelse på, om barnet/den unge har 0, 1 eller 2 forældre med psykiatriske diagnoser. Til højre i figuren ses, hvor stor en andel af hhv. mødre og fædre, som har psykiatriske diagnoser.



Anm.:  $n_{\text{mor}} = 53.135$ ,  $n_{\text{far}} = 34.705$ .

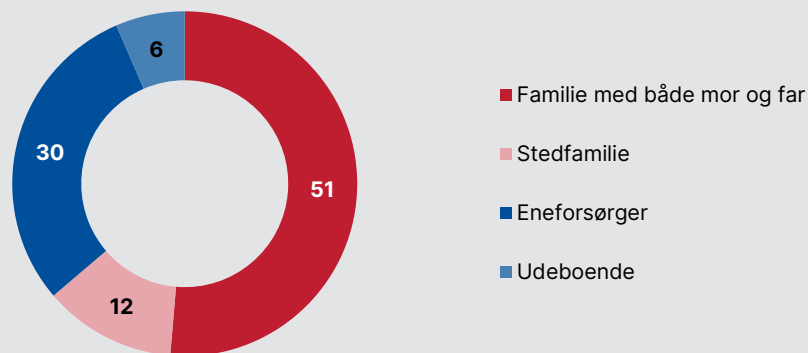
Ikke alle børn og unge har tilknyttet informationer om mor, far eller begge forældre grundet manglende registeroplysninger i året eller fejl i cpr-nummer.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

## Familiestrukturer

Blandt de børn og unge, som får en henvisning til psykiatrien, bor lige over halvdelen i en familie med både mor og far (51 pct.). Det fremgår af Figur 2.7. 30 pct. bor i en eneforsørgerfamilie, mens 6 pct. er udeboende. Udeboende er bl.a. børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet, og unge, som er flyttet hjemmefra.

**Figur 2.7 Børn og unge i psykiatriens familietyper ved første henvisning til udredning i perioden, i pct.**



Anm.: n = 53.550 børn og unge.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

## 2.5 Familiernes socioøkonomi

I Figur 2.8 ses familiernes sociale og økonomiske status. Som det fremgår, har 54 pct. høj social status, og 9 pct. har lav social status. Der er således langt flere familier, som besidder høj social status, end familier med lav social status. Dette afspejler det generelt høje uddannelsesniveau i den danske befolkning.

I forhold til økonomisk status har 29 pct. af familierne høj økonomisk status, mens 21 pct. har lav økonomisk status. Det betyder, at vi har flere familier, som besidder høj økonomisk status, end familier, som besidder lav økonomisk status. Det er således overvejende i forhold til den sociale status, at der er en ulige fordeling.

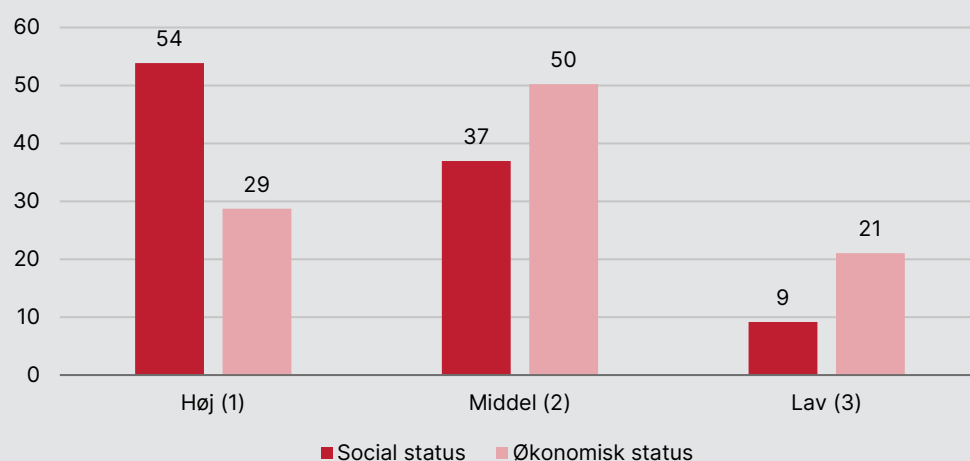
En rundspørge foretaget af Psykiatrifonden blandt 351 forældre til børn med psykiatriske diagnoser viser, at 33 pct. af forældrene oplever, at det har påvirket dem økonomisk at have et barn/en ung i psykiatrien, og 22 pct. oplever, at det har påvirket deres jobsituation.<sup>6</sup> Det er således ikke overraskende, at forældrene i denne analyse ikke omsætter al social kapital til økonomisk kapital. Det

<sup>6</sup> <https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/boern-unge-med-psykisk-sygdom/boerns-psykiatriske-diagnoser-har-store-konsekvenser#konsekvenser>, reference pr. 22. august 2023.

er dog ikke, fordi forældrene ved første henvisning til udredning i perioden har mindre økonomisk kapital, end hvad der ses i befolkningen.

**Figur 2.8 Familiernes sociale og økonomiske status ved første henvisning til udredning i perioden, i pct.**

Familiernes sociale og økonomiske status ved barnet/den unges første henvisning til udredning i perioden.

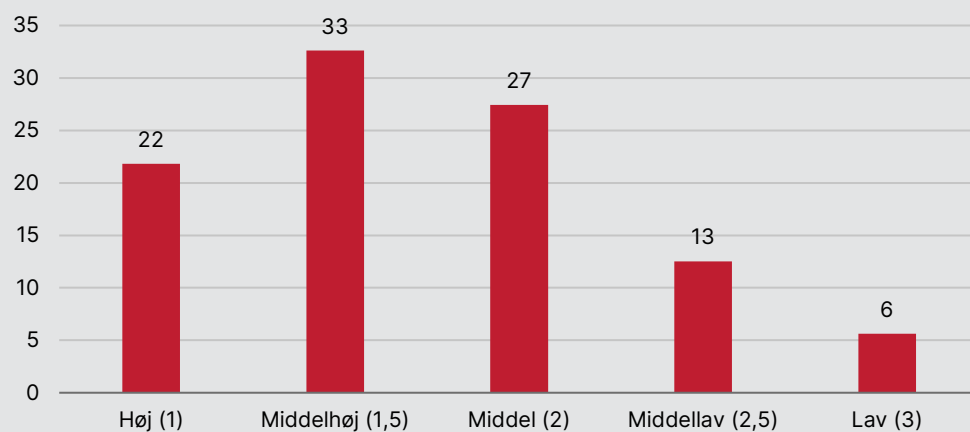


Anm.:  $n_{\text{social status}} = 53.619$ ,  $n_{\text{økonomisk status}} = 53.559$ .

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

Det socioøkonomiske indeks, som indgår i analyserne, dannes på baggrund af ovenstående sociale status og økonomiske status. I Figur 2.9 ses det samlede socioøkonomiske indeks, som benyttes i de videre analyser. Som forventet er fordelingen en anelse skæv med tyngde i den høje ende. Der er 22 pct. af børnene/de unge, hvor der blandt forældrene er både høj social status og høj økonomisk status. Modsat er der 6 pct. af børnene/de unge, som har forældre, hvor ingen af forældrene har højere social eller økonomisk status end 'lav'. En tredjedel af alle børn og unge i psykiatrien har en familie med middelhøj socioøkonomisk status. Det betyder, at minimum en af forældrene har enten høj social eller høj økonomisk status.

**Figur 2.9 Familiernes socioøkonomiske status ved første henvisning til udredning i perioden, i pct.**



Anm.: n = 53.422 børn og unge. Konstruktionen af indekset er beskrevet kort i kapitel 1 og længere i kapitel 4.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

I næste kapitel fokuseres på forløb, og der arbejdes med udredningstider.

### 3 Udredningstid

I dette kapitel dykker vi ned i udredningstiderne. Forløb, der er opstartet under covid-19-perioden, er ikke medtaget.<sup>7</sup> Datagrundlaget er således 43.612 forløb. Vi ser deskriptivt på, hvor lang udredningstiden er, og hvordan de gennemsnitlige udredningstider varierer på tværs af forskellige karakteristika.

Helt overordnet ses det i Tabel 3.1, at den gennemsnitlige udredningstid for alle de inkluderede udredningsforløb er på 96,9 dage, men med en høj standardafvigelse på 89,5 dage. Standardafvigelsen kaldes også for spredningen. Det er den gennemsnitlige afvigelse fra det beregnede gennemsnit. En relativt høj standardafvigelse betyder derfor, at der er stor spredning i, hvor lange de forskellige forløb er. Gennemsnittet er således ikke udtryk for den længde, som flest forløb har.

**Tabel 3.1 Gennemsnitlig udredningstid og standardafvigelse for alle forløb med både en henvisningsdato og en udredningsdato**

	Antal	Pct.	Gennemsnitlig udredningstid	Standardafvigelse
Alle forløb	43.612	100	96,9	89,5

Anm.: Alle er eksklusive forløb, som opstartes under covid-19-perioden.

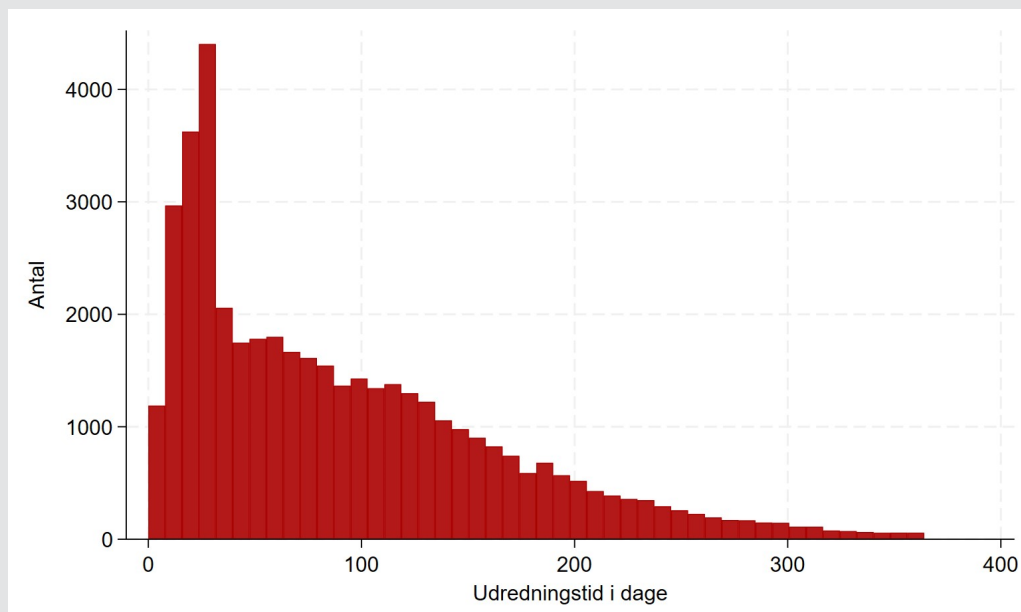
Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af data fra Rigsrevisionen.

En del forløb grupperer sig omkring de 30 dage, hvilket formentlig skyldes udredningsgarantien på 30 dage. I Figur 3.1 ses det grafisk. Af anonymitetshensyn er der i figuren kun medtaget udredningstider, som er under 1 års varighed. 27,5 pct. af forløbene ligger med en udredningstid på under 31 dage, mens flere end 700 forløb har en udredningstid på mere end 1 år.

<sup>7</sup> For mere uddybning se kapitel 6 om metode.



**Figur 3.1** Fordeling af udredningstider, som er under 1 år i udredning, i antal forløb



Anm.: n = 42.994.

Af hensyn til anonymitet er flere udredningstider slået sammen, og halen med få observationer pr. kategori er fjernet fra figuren.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

Datasættet inkluderer en forhåndsgiven markør for, om udredningsgarantien er overholdt. Markøren kan have værdien 'overholdt' af følgende årsager:

- Udredning inden for 30 dage.

Men forløb kan også overholde udredningsretten, selvom udredningstiden er over 30 dage. I så fald er det en af følgende årsager:

- Faglige årsager, plan udleveret inden for 30 dage.
- Afslag på tilbud, plan udleveret inden for 30 dage.
- Ønske om senere udredning, plan udleveret inden for 30 dage.
- Klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan pga. pårørende eller ekstern samarbejdspart.

Dette er således en markør, som indeholder både patientpræferencer og faglige årsager, og vi kan ikke skelne mellem de to. Det er en variabel, som er svært at bruge direkte i analyserne, da vi ikke kan tolke på, hvad der ligger til grund for de bevægelser, vi ser, eller vurdere, hvad punktestimatet er udtryk for.

**Tabel 3.2 Gennemsnitlig udredningstid og standardafvigelse for alle forløb med både en henvisningsdato og en udredningsdato opdelt på markører**

	Antal	Pct.	Gennemsnitlig udredningstid	Standardafvigelse
Markør = overholdt	19.734	45,3	63,5	80,7
Markør = ikke overholdt	23.878	54,8	124,4	87,0
Beregnet markør = overholdt	11.973	27,5	18,9	7,9
Beregnet markør = ikke overholdt	31.639	72,6	126,4	88,7

Anm.: 'Markør = overholdt' betyder, at det indgår i LPR3, som at udredningsgarantien er overholdt.  
 'Beregnet markør = overholdt' betyder, at VIVE har udregnet en dummy-variabel, som markerer, om udredningsgarantien på maks. 30 dage er overholdt (overholdt), eller om udredningstiden er på mere end 30 dage (ikke overholdt).  
 Forløb opstartet under covid-19-perioden indgår ikke.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af data fra Rigsrevisionen.

Hvis vi opdeler efter markøren fra fagpersoner, ses det i Tabel 3.2, at knap halvdelen af udredningsforløbene, dvs. 45,3 pct., har en markering af, at udredningsgarantien er overholdt. Ser vi på den gennemsnitlige udredningstid for de forløb, hvor garantien er markeret som overholdt, er de i gennemsnit 63,5 dage om at blive udredt og med meget stor standardafvigelse. De forløb, som ikke har fået en markering som overholdt, er i gennemsnit 124,4 dage om at blive udredt.

Tabel 3.2 viser også, hvordan de inkluderede udredningsforløb fordeler sig, hvis vi beregner en markør for overholdelse af udredningspligten uden at tage højde for, at nogle forløb af faglige årsager er længere end 30 dage. Markøren er sat som 'overholdt', hvis den beregnede udredningstid er under 31 dage. Den beregnede markør viser, at kun 27,5 pct. af forløbene udredes inden for de 30 dage, og at den gennemsnitlige udredningstid er på 18,9 dage.

### 3.1 Variation over observerbare karakteristika

Vi ser nu på, hvad de gennemsnitlige udredningstider er på baggrund af de forskellige karakteristika. Derved får vi en pejling af, hvilke karakteristika der ser ud til at hænge sammen med, hvor lang tid der går fra henvisning til indikation på endt udredning.

Vi undersøger de samme karakteristika, som vi har undersøgt i kapitel 2, og i denne del af kapitlet ser vi på deskriptive forskelle, hvor der undersøges gennemsnit for et karakteristikum sammenlignet med alle øvrige i *sammenligningsgruppen*. Sammenligningsgruppen dækker her alle andre end det undersøgte karakteristikum. For eksempel ses der på, om udredningstiden for udrednings-

forløb i Region Nordjylland adskiller sig statistisk signifikant fra udredningsforløb, som ikke foregår i Region Nordjylland. Der er undersøgt for statistisk sammenhæng ved at benytte simpel t-test.

### **Børnekarakteristika**

Ikke alle børn og unge har lige lang udredningstid, jf. **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet..**

Drengenes udredningstid er længere end pigernes, og denne forskel er statistisk sikker. Drengene er i gennemsnit 105 dage om at blive udredt mod pigernes 89 dage.

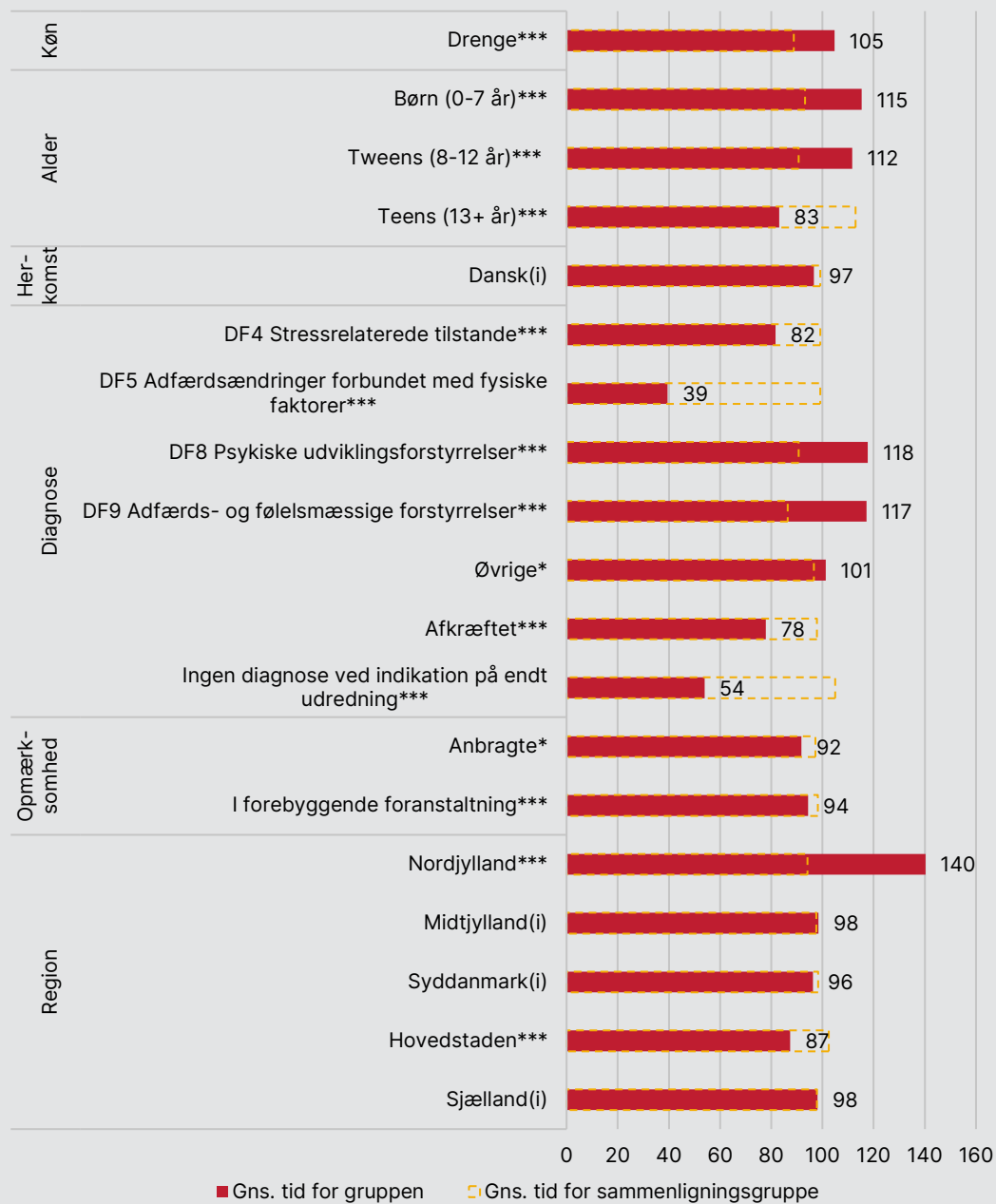
Det ser også ud til, at yngre børn er længere tid om at blive udredt end tweens og teens – altså at der er en alderseffekt. Der ser dog ikke ud til at være forskel på udredningstiden på baggrund af herkomst. Børn og unge, hvor der allerede er en systemisk opmærksomhed omkring via anbringelser eller forebyggende foranstaltninger, ser også ud til hurtigere at blive udredt.

Det ses også, at der er store forskelle på, hvilken diagnose barnet/den unge får, og hvilken region der varetager udredningen. Diagnoserne med psykiske udviklingsforstyrrelser (DF8) og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (DF9) har signifikant længere udredningstider, og vi så tidligere (jf. Figur 2.2), at netop disse diagnoser var overrepræsenterede hos drengene. Diagnoserne omkring adfærdsændringer forbundet med fysiske faktorer (DF5) har signifikant kortere udredningstid. Netop disse diagnoser var overrepræsenterede blandt pigerne. Det tyder på, at noget af kønsforskellen i den gennemsnitlige udredningstid kan være drevet af kønsforskellen i diagnosetype. Det gør det endnu mere relevant at foretage en alt andet lige-analyse, hvor vi kan isolere virkningen fra de forskellige karakteristika. En sådan analyse foretages i kapitel 4 og vises i Bilagstabel 2.1.

I Figur 3.3 ser vi på de gennemsnitlige tider opdelt på socioøkonomiske grupper. Her ser vi en tendens til, at der er en stigende gennemsnitlig udredningstid, når den socioøkonomiske status falder. Børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status har en gennemsnitlig udredningstid på 86 dage, hvilket med 99,9 pct. statistisk sikkerhed er mindre end den gennemsnitlige udredningstid blandt de øvrige grupper med lavere socioøkonomisk status. Samtidig er et barn eller en ung fra en familie med lav socioøkonomisk status i gennemsnit 104 dage om at blive udredt, hvilket også med statistisk sikkerhed adskiller sig fra de øvrige socioøkonomiske grupper.

**Figur 3.2 Gennemsnitlig udredningstid opdelt på børnekarakteristika**

I figuren er den gennemsnitlige udredningstid for børn og unge med det listede karakteristikum vist i de røde søjler. Den stiplede orange søjle viser den gennemsnitlige tid for alle, som ikke besidder det specifikke karakteristikum. Efter hvert karakteristikum er det angivet, om forskellen på de to søjler er statistisk signifikant.



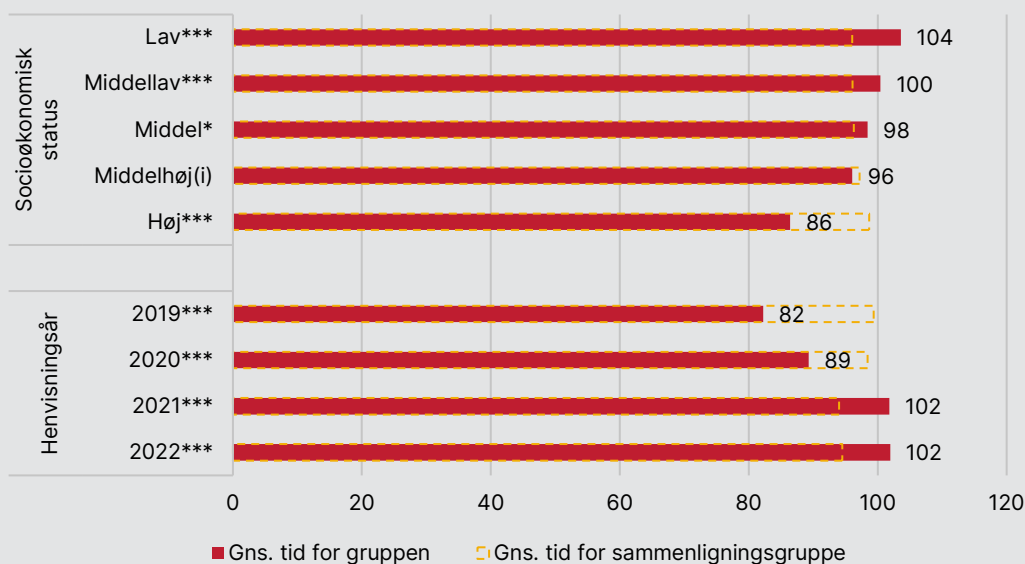
Anm.: n = 43.612 forløb.

Note: Statistisk signifikans er beregnet ved simpel t-test. Signifikansniveauer angives som følger: (i): insignifikant, \*: p < 0,05, \*\*: p < 0,01, \*\*\*: p < 0,001.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

**Figur 3.3 Gennemsnitlig udredningstid opdelt på socioøkonomi og på henvisningsåret**

I figuren ses den gennemsnitlige udredningstid for børn og unge fra familier med det listede karakteristikum eller med forløb opstartet i et givet år. Dette er vist i de røde søjler. Den stiplede orange søjle viser den gennemsnitlige tid for alle, som ikke besidder det specifikke karakteristikum. Efter hvert karakteristikum er det angivet, om forskellen på de to søjler er statistisk signifikant.



Anm.: n = 43.612 forløb. Vi har observationer til og med 4. kvartal 2022, hvorfor forløb (primært) opstartet i 2022 i nogle tilfælde ikke er afsluttet inden for perioden. I 2022 er der således færre rigtig lange forløb med.

Note: Statistisk signifikans er beregnet ved simpel t-test. Signifikansniveauer angives som følger: (i): insignifikant, \*: p < 0,05, \*\*: p < 0,01, \*\*\*: p < 0,001.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

Det fremgår også af Figur 3.3, at der er en stigende udredningstid over årene. I 2019 var børn og unge i gennemsnit 82 dage om at blive udredt, mens de i 2022 var 102<sup>8</sup> dage om at blive udredt. Vi kan også se en stigning i antallet af henvisninger mellem 2020 og 2021<sup>9</sup>, som sammen med covid-19 kan være med til at forklare den stigende udredningstid.

Ser vi på familiekaraktistika i Figur 3.4, ses ikke de store forskelle i udredningstid som følge af familiekaraktistika. Der ses ikke de store forskelle på

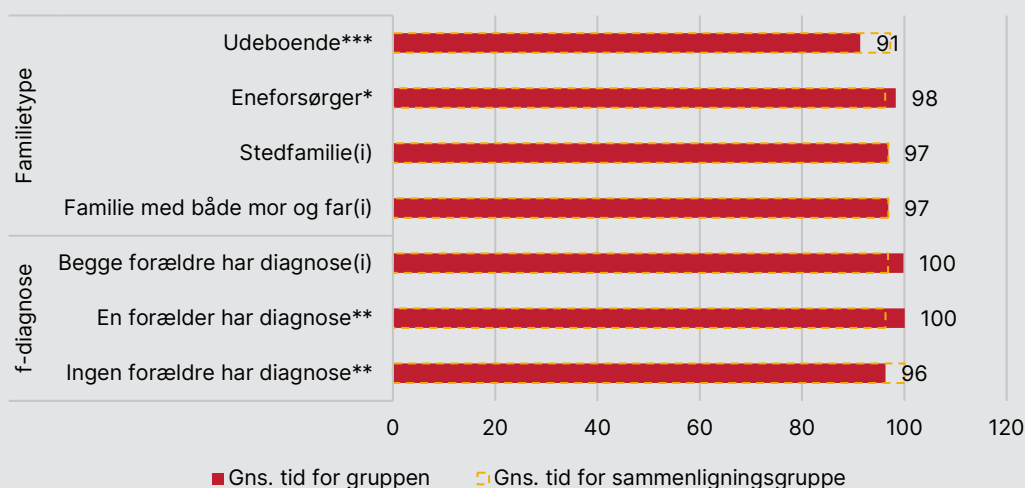
<sup>8</sup> Vi har observationer til og med 4. april 2023, hvorfor forløb opstartet i 2022 i nogle tilfælde ikke er afsluttet inden for perioden. I 2022 er der således færre rigtig lange forløb med. Der er foretaget tjek for dette i analyserne af social ulighed i udredningstiden. Det ser ikke ud til at påvirke resultaterne.

<sup>9</sup> 2020 og 2021 er de to år, hvor vi har data for hele året, hvorfor vi kun kan sige noget om antallet af henvisninger i disse år.

udredningstiden alt efter, hvilken familietype barnet/den unge tilhører, og der ses heller ikke de store forskelle på, om barnet/den unge har forældre med psykiatriske diagnoser. Dog er der statistisk sikkerhed om de små forskelle blandt udeboende, som formentlig hænger sammen med, at langt de fleste i denne gruppe er anbragte. Det ser også ud til, at de små forskelle i forældrenes psykiatriske diagnose er statistisk sikre. Udredningstiden er lidt kortere blandt børn, hvor forældrene ikke har en psykiatrisk diagnose, og lidt længere, hvor der er diagnoser.<sup>10</sup>

**Figur 3.4 Gennemsnitlig udredningstid opdelt på familiekarakteristika**

I figuren er den gennemsnitlige udredningstid for børn og unge med det listede familiekarakteristikum vist i de røde søjler. Den stiplede orange søjle viser den gennemsnitlige tid for alle, som ikke besidder det specifikke karakteristikum. Efter hvert karakteristikum er det angivet, om forskellen på de to søjler er statistisk signifikant.



Anm.: n = 43.612 forløb.

Note: Statistisk signifikans er beregnet ved simpel t-test. Signifikansniveauer angives som følger: (i): insignifikant, \*: p < 0,05, \*\*: p < 0,01, \*\*\*: p < 0,001.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

I det følgende kapitel vil vi dykke mere ned i, om der er socioøkonomisk ulighed i udredningstiden.

<sup>10</sup> Vi ser samme forskel blandt børn og unge med en eller to forældre med psykiatriske diagnoser. Der er dog ikke statistisk signifikans ved begge forældre. Dette skyldes primært, at det er en langt mindre gruppe.

## 4 Socioøkonomisk ulighed i udredningstiden

Mange af de karakteristika, vi har set på i ovenstående kapitel, har statistisk sammenhæng med udredningstiden. Der er dog flere karakteristika, som også indbyrdes hænger sammen, fx køn og diagnose, børn/unges alder og forældres alder osv. Dette forsøger vi at tage højde for ved at se på alt andet lige-betragtninger. På den måde kan vi undersøge, hvordan hvert enkelt karakteristikum hænger sammen med udredningstiden – når der er taget højde for øvrige karakteristika. Ud over de ovenstående karakteristika tages der også højde for, i hvilket år udredningsforløbet er startet.

I regressionsanalyserne medtages barnet/den unges køn, alder, diagnose, region, herkomst, anbringelse, forebyggende foranstaltninger, familietype, mors og fars alder, diagnoser, og hvilket år barnet/den unge er henvist. Når disse baggrundsfaktorer indgår i regressionsmodellen, holdes de alle konstante (heraf betegnelsen alt andet lige-analyse), og de sammenhænge, vi ser i udredningstid i de forskellige socioøkonomiske grupper, kan således ikke skyldes disse baggrundsfaktorer. Regressionsmodellen er nærmere beskrevet i afsnit 6.4.

I det følgende præsenteres resultaterne af den fulde regressionsmodel. Der er lavet robusthedstjek med mors oplysninger, fars oplysninger, tilføjelse og fjernelse af forklarende variable samt modelspecifikation. Det overordnede resultat er robust over for disse tjek.

### Resultaterne

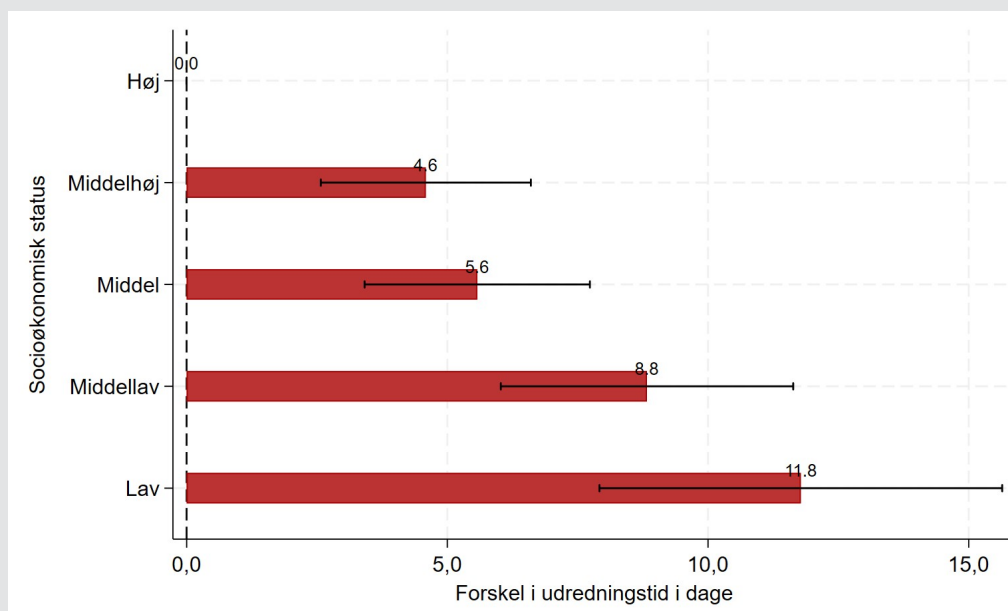
I det følgende præsenteres kun sammenhængen mellem udredningstid og socioøkonomisk status. Resultaterne for den fulde regressionsmodel kan ses i Bilag 2. Det socioøkonomiske indeks indgår i modellen, så høj socioøkonomisk status er referencekategorien. De præsenterede punktestimater skal derfor ses som forskellen alt andet lige til gruppen med høj socioøkonomisk status. Analyserne er først foretaget for den samlede analysepopulation og efterfølgende opdelt på regioner.

Det overordnede resultat er, at der alt andet lige er socioøkonomisk ulighed i udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022.

Figur 4.1 viser en tydeligt stigende udredningstid, når ressourcerne i familien falder. Børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er alt andet lige 11,8 dage længere om at blive udredt end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status.

**Figur 4.1 Punktestimater for det socioøkonomiske indeks med 95-pct.s konfidensintervaller for alle forløb**

I figuren er referencekategorien *høj* socioøkonomisk status. De røde søjler viser, hvor meget længere udredningstid de øvrige socioøkonomiske grupper alt andet lige oplever. De sorte streger viser 95-pct.s konfidensintervallet, og et resultat er således signifikant, hvis stregerne ikke går under 0. Her er alle punktestimaterne signifikante.



Anm.: n = 43.044 forløb.

Ikke alle udredningsforløb indeholder nok information til at indgå i analyserne.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

## 4.1 Socioøkonomisk ulighed i regionerne

Når det overordnede resultat viser, at der er social ulighed i udredningstiden, når vi ser på den samlede børne- og ungdomspsykiatri i Danmark, er det efterfølgende interessant at se, om dette resultat også gælder for de enkelte regioner. Derfor viser vi i dette afsnit en subgruppeanalyse, hvor vi har undersøgt den socioøkonomiske ulighed i de fem forskellige regioner. Figur 4.2 viser, at der også er socioøkonomisk ulighed inden for regionerne, men også at billedet varierer på tværs af regionerne.

I Region Nordjylland og Region Sjælland ses en tydelig tendens til stigende udredningstider, når den socioøkonomiske status falder. Der er ikke statistisk sikkerhed for den lidt længere udredningstid for børn og unge i familier med mid-

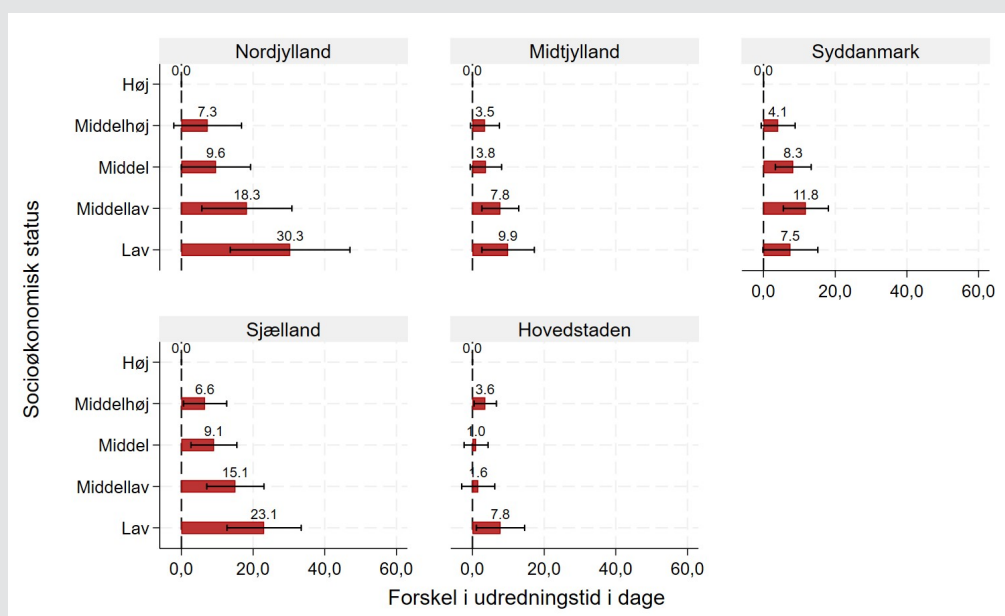


delhøj socioøkonomisk status i Region Nordjylland, men samtlige lavere socioøkonomiske grupper har med statistisk sikkerhed alt andet lige en længere udredningstid end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status i begge regioner. For Region Nordjylland og Region Sjælland gælder det altså, at børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk status er hhv. 30,3 og 23,1 dage længere om at blive udredt end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status.

I Region Midtjylland er der en lineær tendens, men ikke lige så store forskelle. Dog er der også her socioøkonomisk ulighed, da familier med middellav og lav socioøkonomisk status er hhv. 7,8 og 9,9 dage længere om at blive udredt end familier med høj socioøkonomisk status.

**Figur 4.2 Punktestimater for det socioøkonomiske indeks med 95-pct.s konfidensintervaller opdelt på regioner**

I figuren er referencekategorien *høj* socioøkonomisk status. De røde søjler viser, hvor meget længere udredningstid de øvrige socioøkonomiske grupper alt andet lige oplever. De sorte streger viser 95-pct.s konfidensintervallet, og et resultat er således signifikant, hvis stregerne ikke går under 0.



Anm.: Populationsstørrelsen for de enkelte regioner er: Nordjylland = 3.356, Midtjylland = 11.085, Syddanmark = 9.714, Sjælland = 5.292 og Hovedstaden = 12.888.

Ikke alle udredningsforløb indeholder nok information til at indgå i analyserne.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

I Region Syddanmark er det mere blandet, men også her ses det, at børn og unge i familier med middellav socioøkonomisk status er 11,8 dage længere om

at bliver udredt end børn og unge fra familier med høj socioøkonomisk status. Dette forsvinder dog for gruppen med lav socioøkonomisk status. Billedet må derfor siges at være lidt mudret i Region Syddanmark.

I Region Hovedstaden er det også et blandet billede. Der er ikke statistisk sikkerhed for punktestimaterne for middel og middellav, og der ses ikke en klar tendens. Der er dog statistisk sikkerhed for, at børn og unge med lav socioøkonomisk status er 7,8 dage længere under udredning, og børn og unge med midelhøj socioøkonomisk status er 3,6 dage længere under udredning end børn og unge i familier med høj socioøkonomisk status.

# 5 Konklusion

Rigsrevisionen har i februar 2024 udarbejdet en beretning om opfyldelse af patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien med fokus på udredningsretten. I den forbindelse har VIVE bidraget med analyser af, om der er social ulighed i udredningstiden inden for børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2019-2022, altså om børn og unge med ressourcetsvage forældre har en længere udredningstid i børne- og ungdomspsykiatrien end børn og unge med ressourcestærke forældre.

Den overordnede konklusion er, at udredningstiden i børne- og ungdomspsykiatrien ikke er ens for alle, og at der er social ulighed i udredningstiden.

I kapitel 2 præsenterede vi, hvad der kendetegner børnene og familierne ved første henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden. Det generelle billede er, at der er kønsmæssige forskelle over alder og over diagnoser, at indvandrere og efterkommere er stærkt underrepræsenteret, og at børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet eller modtager forebyggende foranstaltninger, er overrepræsenteret blandt de børn og unge, som kommer i kontakt med psykiatrien. Derimod er der ingen signifikante forskelle i forhold til de familiære rammer omkring barnet/den unge sammenlignet med den øvrige befolkning.

I kapitel 3 så vi, at udredningstiden varierede alt efter køn, alder, diagnose og geografi, men ikke herkomst. Vi så også, at forældrenes egne psykiatriske diagnoser ikke gav anledning til forskelle i udredningstider, men at der var forskelle i udredningstiderne alt efter, hvilket år barnet eller den unge var henvist til psykiatrien, ligesom der var forskelle på tværs af den socioøkonomiske status.

I kapitel 5 brugte vi en alt andet lige-tilgang for at få isoleret den socioøkonomiske faktor i udredningstiden. Resultaterne viser:

- Der er social ulighed i udredningstiden, når vi ser på de samlede data.
- Børn og unge med ressourcetsvage forældre er knap 12 dage længere om at blive udredt end børn og unge med ressourcestærke forældre.
- Den sociale ulighed er mest udbredt i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor børn og unge med ressourcetsvage forældre er over 20 dage længere om at blive udredt end børn og unge med ressourcestærke forældre.

## Forbehold

Analyserne i denne rapport skal ses på baggrund af de restriktioner, der ligger i datagrundlaget.

- Der er en lang række ikkeobserverbare karakteristika, der ikke er inkluderet i modellen, og som ikke kan frembringes med det kvantitative grundlag. Her gælder det især det faktum, at der er forskel på forskellige personers opfattelse af situationer, relationer og evner.
- Der kan være forskel i registreringspraksis på tværs af både regioner og enkeltpersoner. Det ses fx i den markør for overholdelse af udredningstid, der følger med data baseret på de forløbsmarkører, som regionerne sætter. Markøren indeholder både patientpræferencer og faglige årsager til, at udredningsgarantien vurderes overholdt på trods af et højt antal dage.
- Der kan være forskel i ressourcer mellem regionerne. Vi har ingen information om ressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien, og vi kan derfor ikke tage højde for eventuelle forskelle i personalemangel.
- Vi ser en sammenhæng mellem udredningstid og socioøkonomisk indeks. Det er muligt, at udredningstiden også påvirker familiens socioøkonomi, men vi kan ikke sige i hvor stor en grad. Som robusthedstjek har vi kørt regressionserne, hvor indekset er opdelt, og ser, at der stadig kan påvises en sammenhæng særskilt både for uddannelsesniveau og for økonomi. Uddannelsesniveau er ofte statistisk forældrene og opnået inden børnenes fødsel, hvilket taler for, at socioøkonomi kan påvirke udredningstiden.
- Datagrundlaget dækker en afgrænset periode, hvorfor meget lange forløb ikke indgår i regressionsanalyserne. Som robusthedstjek har vi foretaget subgruppeanalyser for forskellige længder af udredningstid. Der er ikke et entydigt billede på, hvordan de lange forløb vil ændre på resultatet.
- Derudover må der også tages forbehold for eventuelle målefejl i data. Når data indtastes manuelt eller overføres mellem systemer, kan det altid resultere i slåfejl eller forkerte angivelser.

### **Hvad kan vi sige?**

På baggrund af den information, som er givet, finder vi social ulighed i udredningstiden.

- Estimaternes statistiske signifikans og fortegn er konsistente over input af forklarende variable.
- Estimaternes statistiske signifikans og fortegn er konsistente over for ændring af modelspecifikation.
- Størrelsen på punktestimaterne kan variere, men resultatet om, at børn og unge med ressourcetsvage forældre har længere udredningstid end børn og unge med ressourcestærke forældre, er konsistent.

# ➤ **Dokumentation**

# 6 Data og metode

I dette kapitel findes en detaljeret beskrivelse af undersøgelsens datagrundlag, som består af data fra Rigsrevisionen (se afsnit 6.1) og registerdata fra Danmarks Statistiks registre (se afsnit 6.2). Særligt bruges der også lidt ekstra plads til at beskrive vores interessevariabel for familiernes socioøkonomi i afsnit 6.3. Derudover beskrives den valgte analysemodel i afsnit 6.4.

## 6.1 Data fra Rigsrevisionen

Rigsrevisionen har i forbindelse med beretningen i februar 2024 foretaget en undersøgelse, som baserer sig på data fra LPR3 (Landspatientregisteret), som Sundhedsdatastyrelsen har leveret til Rigsrevisionen.

Undersøgelsen omfatter alle forløb i børne- og ungdomspsykiatrien for patienter, som er henvist til udredning og/eller behandling for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser inden for en afgrænset periode med henvisninger fra 1. juli 2019 til 31. december 2022. Patientens alder skal være 0 til og med 17 år ved tidspunktet for henvisningen. Det er grundet overgangen fra LPR2 til LPR3, at perioden starter i 3. kvartal 2019.

Følgende patienter, som er henvist i perioden fra 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022, indgår i analyserne:

- Patientforløb, som har forløbslabel psykiatri (ALAL03).
- Patientforløb, som har SOR-koder på enheder med speciale i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Alle aktionsdiagnoser registreret på disse patientkontakter.
- Alle procedurer registreret på disse patientkontakter.
- Procedurer registreret direkte på helbredsforløbene, dvs. procedurer uden patientkontakt, fx netværksmøder eller klinisk konference.
- Alle planlagte kontakter på forløbet. Dog er akutte kontakter ikke inkluderet, da de som udgangspunkt ikke er en del af udredningsforløbet, og der er risiko for, at de kan skævvride resultaterne, da det er muligt at have en endelig diagnose på en akut kontakt, som dog ikke er den endelige diagnose for udredningsforløbet.

## Diagnoseafgrænsninger

Alle børn og unge, som har en DF-diagnose eller en af de specifikt udvalgte DZ-kodede diagnoser, er i målgruppen. De DZ-koder, som er inkluderet i analyserne, fremgår af Bilagstabel 1.2.

## Suspendering af patientrettigheder under covid-19-perioden

Patientrettighederne i børne- og ungdomspsykiatrien var – som mange andre patientrettigheder – suspenderet i perioden 18. marts – 1. september 2020. Patienter kan have dele af eller hele forløbet i denne periode. Alle analyser af forløb ser bort fra forløb, der er opstartet inden for covid-19-perioden.

## Data fra Rigsrevisionen

Følgende data fra Rigsrevisionen er relevante for denne undersøgelse.

**Tabel 6.1** Overblik over relevante variable, som blev overleveret til VIVE fra Rigsrevisionen

Variabel nr.	Indhold i variabel
1	Identifikationsvariabel, som gør det muligt at berige med data fra Danmarks Statistiks registre
2	Region, hvor forløbet er tilknyttet
3	Identifikationsvariabel for forløb
4	Dato for henvisning
5	Dato for indikation på, at patienten er endeligt udredt
6	Diagnose ved indikation på, at patienten er endeligt udredt
7	Venteperiode i udredningen som ønske fra patienten, i dage
8	Venteperiode i udredningen af kliniske årsager, i dage
9	Udredningstid, i dage
10	Markør for overholdelse af udredningstid
11	Markør for, om udredningsforløbet ligger i covid-19-perioden

Det er også på baggrund af data fra Rigsrevisionen, at analysernes udfaldsmål er konstrueret.

## 6.2 Data fra Danmarks Statistiks registre

Inden for den populationsafgrænsning af børn og unge i børne- og ungdomspsykiatrien, som Rigsrevisionen har foretaget, er data blevet anonymiseret og

beriget med karakteristika fra Danmarks Statistiks registre. Der er trukket karakteristika for alle børnene/de unge og deres forældre om bl.a. demografi, socioøkonomiske baggrundsforhold, anbringelse uden for hjemmet og forebyggende foranstaltninger. Populationsmæssigt består data derfor af:

- Børn og unge, der henvises til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 3. kvartal 2019 til og med 4. kvartal 2022.
- Forældre til disse børn og unge.

En oversigt over, hvilke datakilder i Danmarks Statistiks registre variablene kommer fra, kan ses i Tabel 6.2. Alle data fra Danmarks Statistiks registre anvendes som forklarende variable, da outcomevariablen er leveret fra Rigsrevisionen (udredningstid).

**Tabel 6.2 Overblik over datakilder fra Danmarks Statistik**

Register	Variable til analyserne
BEF – Befolkningen	Køn, alder, herkomst og familietype
BUAF – Børn og Unge anbragte forløbsregister	Anbringelser
BUFO – Børn og unge forebyggende foranstaltninger	Forebyggende foranstaltninger
FAIK – Familieindkomster	Ækvivaleret indkomst
UDDA – Befolkningens uddannelse	Igangværende uddannelse Højeste fuldførte uddannelse
LPR – Landspatientregisteret	Diagnoser

Kilde: Danmarks Statistik.

I det følgende ser vi nærmere på konstruktionen af de baggrundskarakteristika, som ikke er taget direkte fra registrene.

### Herkomst

Når der arbejdes med informationerne om herkomst i analyserne er indvandrere og efterkommere lagt i samme kategori. Variablen er kodet således:

- Dansk: 1
- Indvandrer/efterkommer: 0



## Familietype

Familietype bruger informationer fra variablene FAR\_ID, MOR\_ID, AEGTE\_ID og FAMILIE\_TYPE. Ved at sammenholde informationerne kan vi danne variabelen, som er brugt i denne rapport.

Vi undersøger:

- Om mor og far bor sammen.
- Om mor/far bor med anden partner.
- Om mor/far bor alene.

På baggrund af dette kan vi sammensætte familietypen for barnet ved at undersøge:

- Om barnet/den unge bor med mor og far.
- Om barnet/den unge bor med mor eller far.
- Om barnet/den unge ikke bor med mor og/eller far.

Derefter sammensættes informationerne, så kategorierne kan skabes:

- Familie med både mor og far: Barn/den unge bor med mor og far.
- Stedfamilie: Barn/den unge bor med mor eller far, og mor/far bor med anden partner.
- Eneforsørger: Barn/den unge bor med mor eller far, og mor/far bor ikke med anden partner.
- Udeboende: Barn/den unge bor ikke med mor og/eller far.

## 6.3 Socioøkonomisk indeks

Der findes adskillige resultater på, at der er stærk sammenhæng mellem social ulighed i socioøkonomiske faktorer defineret som forskelle i levevilkår og livschancer mellem individer og grupper (Atkinson, 2015; Hansen, 2017) og social ulighed i sundhed og sygdom (Udesen m.fl., 2020).

For at kunne undersøge målgruppen og undersøge social ulighed i udredningstid har vi en række almindelige baggrundsvariable tilknyttet børn/unge og forældre, bl.a. alder, køn, herkomst, arbejdsmarkedstilknytning og familieforhold.

Mange analyser af social ulighed bygger i sociologien på Bourdieus teorier om økonomisk, kulturel og social kapital, der smelter sammen til en opdeling af børn og unge efter, om forældrene er ressourcestærke eller ej. Det udnyttes især i analyser af ulighed i uddannelsesniveau (fx Thomsen m.fl., 2020), at der er høj korrelation mellem de forskellige kapitaler, og man kan netop derfor bruge de objektive og tilgængelige socioøkonomiske faktorer til at vise den sociale ulighed.

De objektive faktorer, der traditionelt også indgår som faktorer i socioøkonomiske analyser, er forældrenes uddannelsesniveau, forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet og forældrenes samlede indkomst. Selvom det er analyser, der tit udføres, er der ikke en egentlig definition på, hvordan man skal konstruere socioøkonomiske indeks på baggrund af registeroplysninger. I denne rapport benytter vi derfor følgende opgørelsesmetode, hvor vi beregner et socioøkonomisk indeks på baggrund af social og økonomisk status.

### Social status

Til at belyse *social status* anvendes højeste fuldførte uddannelse. Det er et mål, som er relativt stabilt over tid og ofte anvendes som mål for social status, bl.a. i Sundhedsstyrelsens afrapportering af Social Ulighed i Sundhed og Sygdom fra 2020 (Udesen m.fl., 2020). Forældre, som er under 30 år, og som er i gang med en uddannelse, bliver inddelt efter igangværende uddannelse i stedet for højeste fuldførte uddannelse. Vi inddeler forældrene i tre grupper, hvor forældrene har enten høj (værdi=1), middel (værdi=2) eller lav (værdi=3) social status.

**Tabel 6.3** Oversigt over opdeling på baggrund af højeste fuldførte eller igangværende uddannelse

ISCED	Status	Højeste fuldførte uddannelse
1-2	Lav	Uoplyst
		Grundskole
3-4	Middel	Gymnasial uddannelse
		Erhvervsfaglig uddannelse
5-8	Høj	Kort videregående uddannelse
		Mellemlang videregående uddannelse
		Lang videregående uddannelse
		Ph.d. og forskeruddannelse

Det centrale i analyserne er at undersøge, hvordan udredningstiden varierer alt efter, om barnet/den unge har stærke socioøkonomiske ressourcer i baglandet. Vi lader derfor indikatoren for familiens sociale ressourcer være det

maksimalt uddannelsesniveau for enten far eller mor. I tilfælde, hvor vi mangler oplysninger for den ene forælder, er det således den anden forælders uddannelsesniveau, som gælder.

Vi har kørt analyserne i forskellige variationer, og det ændrer ikke på analysernes udfald. Det ser dog ud til, at farens sociale status har lidt mere betydning end morens, men den overordnede konklusion forbliver uændret.

### Økonomisk status

Til at belyse *økonomisk status* anvendes forældrenes ækvivalerede disponible indkomst<sup>11</sup>, som inddeles efter den danske befolknings indkomstdecilgrænser. Mor og far inddeles således i et decil fra 1-10. På baggrund af disse deciler inddeles forældrene efter lav (værdi=3), middel (værdi=2) og høj (værdi=1) økonomisk status.

**Tabel 6.4 Decilgrænser på ækvivaleret disponibel indkomst for 2019, 2020 og 2021, i kr.**

Status	Decil	2019	2020	2021
Lav	1. decil	134.195	139.448	146.492
	2. decil	171.471	176.974	183.117
	3. decil	196.908	203.849	211.648
Middel	4. decil	224.716	233.929	243.187
	5. decil	253.074	264.594	274.955
	6. decil	283.269	297.109	308.479
	7. decil	318.309	334.380	347.321
Høj	8. decil	364.278	383.011	398.721
	9. decil	443.366	466.135	488.317
	10. decil	-	-	-

Kilde: Statistikbanken, tabel IFOR21.

På samme måde som for social status er vi interesserede i, om barnet/den unges udredningstid varierer med ressourcerne i baglandet. Vi lader derfor indikator for familiens økonomiske ressourcer være den maksimale indkomst

<sup>11</sup> Vi benytter den ækvivalerede disponible indkomst, da der i den er taget højde for antallet af personer i husstanden. Det er normalt den ækvivalerede disponible indkomst, der benyttes til belysning af ulighed. I denne analyse har vi benyttet Danmarks Statistiks definition.

for enten far eller mor<sup>12</sup>. I tilfælde, hvor vi mangler oplysninger for den ene forælder, er det således den anden forælders indkomstniveau, som gælder.

Vi har kørt analyserne på forskellige variationer af opdeling af indkomst, og det ændrer ikke på analysernes udfald. Det ser ud til, at økonomisk status har lidt mindre betydning end social status, men den overordnede konklusion forbliver uændret.

### Konstruktion af det socioøkonomiske indeks

Der dannes et samlet indeks på baggrund af social status og økonomisk status ved at tage gennemsnittet af de to. Det betyder, at høj socioøkonomisk status indebærer, at både mor og far har både høj uddannelse og høj disponibel indkomst. Omvendt har familien lav socioøkonomisk status, hvis både mor og far har lav uddannelse og lav disponibel indkomst<sup>13</sup>. Se Tabel 6.5 for flere sammenhænge mellem høj, middel og lav status.

**Tabel 6.5 Konstruktion af socioøkonomisk indeks**

		Økonomisk status (disponibel indkomst)		
		Høj	Middel	Lav
Social status (uddannelsesniveau)	Høj	1	1,5	2
	Middel	1,5	2	2,5
	Lav	2	2,5	3

## 6.4 Analysemodel

I analyserne estimerer vi den gennemsnitlige udredningstid for alle udredningsforløbene, som ikke er opstartet under covid-19-perioden. I analyserne er vores interessevariabel det socioøkonomiske indeks.

Følgende model anvendes:

$$Y_{bt} = \alpha + \gamma S\bar{S} + \beta_1 BK_{bt} + \beta_2 FK_{bt} + \delta R_{bt} + \mu COVID_{tb} + \tau T_b + \epsilon_b$$

hvor  $Y$  er en vektor med udredningstid målt i dage for et udredningsforløb ( $b$ ) med henvisningstidspunktet ( $t$ ), og  $S\bar{S}$  er den socioøkonomiske status, som

<sup>12</sup> Da indkomst er ækvivaleret inden for familierne, vil den ofte være ens for samlevende forældre. Denne regel gælder derfor oftest for børn og unge, hvis forældre er skilt.

<sup>13</sup> Det antages her, at både mors og fars oplysninger er tilgængelige.

blev beskrevet i afsnit 6.3. Det er  $SØS$ , som er vores interessevariabel og dermed også  $\gamma$ , som er afbildet i resultatfigurerne i kapitel 4.

Som vist i kapitel 2 og 3 er der sammenhæng mellem børn/unges og forældres karakteristika og udredningstiden. Når vi skal se den socioøkonomiske ulighed, medtages børn/unges karakteristika i vektoren  $BK$  og familiekarakteristika i vektoren  $FK$ . Det er også ret afgørende for udredningstiden, hvornår udredningsforløbet er startet, hvorfor vi også inkluderer, hvilket år forløbet er opstartet ( $T$ ), ligesom vi inkluderer information om, hvilken region ( $R$ ) udredningsforløbet foregår i. Vi tager også højde for, om udredningsforløbet løber over covid-19-perioden ( $COVID$ ).  $\epsilon$  er det robuste fejllid, som indeholder alle ikkeobserverbare karakteristika, som også kan have indflydelse på udredningstiden.

Der er foretaget robusthedstjek med bl.a. Poisson (for at imødekomme, at der er tale om en tællevariabel) og logistisk transformation (for at imødegå den højreskæve fordeling i udredningstiden). Resultaterne forbliver konstante – at der er social ulighed i udredningstiden. Derudover er der medtaget variationer af kontrolvariable, men det ændrer ikke på det overordnede resultat.

### Subgruppeanalyse

Vi foretager subgruppeanalyser, hvor vi estimerer separate analyser for de enkelte regioner, som udredningsforløbet foregår i. Det er således følgende model, som estimeres:

$$Y_{bt} = \alpha + \gamma SØS + \beta_1 BK_{bt} + \beta_2 FK_{bt} + \mu COVID_{tb} + \tau T_b + \epsilon_b$$

hvor der kun medtages udredningsforløb fra én specifik region. Det er stadig  $\gamma$ , som er de interessante punktestimater, som er formidlet i rapporten i afsnit 4.1.

### Populationsstørrelse

For at et udredningsforløb kan indgå i modellen, kræves det, at udredningsforløbet ikke mangler nogle af de inddragede forklarende variable til tidspunktet. Den fulde model for alle udredningsforløbene i Danmark er således baseret på 43.044 forløb. Dette store datagrundlag giver os en stor statistisk styrke, da selv små forskelle er relativt sikre.

Når vi gennemfører subgruppeanalyser på regionsniveau, mister vi en del forklaringssevne, da subpopulationerne i sagens natur ikke er lige så store som det samlede datamateriale. I Tabel 6.6 ses en oversigt over populationsstørrelserne i subgruppeanalyserne. Som det fremgår, er der stadig tale om relativt store populationer med ret god forklaringskraft.

**Tabel 6.6** Populationsstørrelser i subgruppeanalyserne

Region	Antal
Nordjylland	3.356
Midtjylland	11.085
Syddanmark	9.714
Hovedstaden	12.888
Sjælland	5.292

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

# Litteratur

Atkinson, A. B. (2015): *Inequality: What can be done?* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Buch, M. S., A. B. Bojesen, M. C. F. Jensen & J. Kjellberg (2020): *Hurtig psykiatrisk udredning. Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Hansen, E. J. (2017): *Hvordan kan vi bekæmpe social ulighed, igen?* København: Informations Forlag.

Kjeld, S. G., L. A. S. Brautsch, D. L. Svarta, A. Faber, S. Andersen & D. Danielsen (2022): *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang*. København: Sundhedsstyrelsen. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Lausten, M. & A. G. Andreasen (2021): *Karakteristik af udsatte forældre 2019*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Lægeforeningen (2022): *Ventetider i børne- og ungdomspsykiatrien: For næsten 3.800 børn og unge blev udredningsretten ikke overholdt i 1. halvdel af 2022*. København: Lægeforeningens analyseenhed.

Nielsen, L., M. T. Damsgaard, I. Voss & K. R. Madsen (2022): *Veje til social ulighed i børn og unges sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Psykiastrifonden (Udateret): *Børns psykiatriske diagnoser har store konsekvenser for både børn og forældre*. Tilgængelig på: <https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/boern-unge-med-psykisk-sygdom/boerns-psykiatriske-diagnoser-har-store-konsekvenser#konsekvenser> [Set d. 11. 1. 2024].

Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2023): *Socialpolitisk Redegørelse 2022*. København: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Thomsen, J.-P., L. H. Bom, J. B. Poulsen & C. Middelboe (2020): *Danske forældres uddannelsesforventninger*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Udesen, C. H., C. Skaarup, M. N. S. Petersen & A. K. Ersbøll (2020): *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. København: Sundhedsstyrelsen.



## Bilag 1 Psykiatriske diagnoser i ICD-10

Når der foretages analyser på baggrund af diagnoser, er det baseret på de diagnoser, der er registreret i Landspatientregisteret, hvor alle diagnoser er klassificeret ifølge WHO's ICD-10-klassifikation, som er den officielle klassifikation af diagnoser i Danmark.

Psykiatriske diagnoser er i ICD-10 markeret med koden DF. Hvis man vil se på udbredelsen af psykiatriske diagnoser, skal man altså inkludere alle personer, der har fået en DF-diagnose.

**Bilagstabel 1.1**    **Overblik over diagnosegrupper inden for de psykiatriske DF-diagnoser**

DF-kode	Diagnosegruppe	Indeholder bl.a.
DF0	Organiske psykiske lidelser	Demens, delirium, hjerneskader
DF1	Misbrugsbetingede psykiske lidelser eller tilstande	-
DF2	Skizofreni og psykose	Skizofreni, paranoid psykose
DF3	Affektive sindslidelser	Mani, depression, bipolar lidelse
DF4	Nervøse og stressrelaterede tilstande	Angst, fobier, stress, OCD, PTSD
DF5	Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	Spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser
DF6	Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	Borderline, paranoia, seksuelle afvigelser
DF7	Mental retardering	-
DF8	Psykiske udviklingsforstyrrelser	DF80 – Tale og sprog DF81 – Skolefærdigheder DF82 – Motoriske færdigheder DF84 – Gennemgribende udviklingsforstyrrelser, fx autismspektrumforstyrrelser og Aspergers syndrom
DF9	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens	DF90 – Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) DF91 – Adfærdsforstyrrelser DF93 – Emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen DF94 – Sociale forstyrrelser, bl.a. tilknytningsforstyrrelser DF95 – Tics, Tourette

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens SKS-browser, <https://medinfo.dk/sks/brows.php>

## Inkluderede DZ-diagnosekoder

Listen over diagnoser, der gives inden for børne- og ungdomspsykiatrien, omfatter foruden de egentlige psykiatriske DF-diagnoser også en række DZ-koder, der anvendes i forskellige situationer, hvor der ikke kan eller skal knyttes en psykiatrisk DF-diagnose til patientkontakten. DZ-diagnoserne beskrives i SKS-browseren som "Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen".

Den vigtigste DZ-kode i sammenhæng med børne- og ungdomspsykiatrien er DZ032X – Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet, som kan være diagnosen, når der er indikation på en udredning, der fører til, at den formodede startdiagnose afkræftes.

I Bilagstabel 1.2 findes en detaljeret liste over de DZ-diagnosekoder, der er medtaget som brugbare diagnosekoder i disse analyser.

**Bilagstabel 1.2    Oversigt over DZ-koder, som er medtaget i analyserne**

Kode	Tekst
DZ004	Kontakt med henblik på psykiatrisk undersøgelse (ikke klassificeret andetsteds)
DZ032	Observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
DZ032A	Observation pga. mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse
DZ032X	Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet
DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand
DZ039	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand (uden nærmere specifikation)
DZ048	Kontakt med henblik på undersøgelse og observation af anden årsag
DZ049	Kontakt med henblik på undersøgelse og observation (uden nærmere specifikation)
DZ098	Kontrolundersøgelse efter anden behandling af anden tilstand
DZ302	Kontakt med henblik på sterilisation
DZ553	Dårlig præstation i skole
DZ554	Undervisningsmæssigt utilpasset med lærere eller i klassen
DZ558	Andet problem med undervisning eller læseevne
DZ559	Problem med undervisning eller læseevne (uden nærmere specifikation)
DZ601	Problem med atypisk forældresituation
DZ603	Problem med kulturelle tilpasningsvanskeligheder
DZ604	Problem med social udelukkelse eller afvisning
DZ608	Andet problem relateret til det sociale miljø
DZ610	Problem pga. tab af følelsesmæssig kontakt i barndom
DZ611	Problem pga. fjernelse fra barndomshjem
DZ612	Problem pga. ændret familiemønster i barndommen
DZ614	Problem pga. seksuelt overgreb fra nær person i barndommen

Kode	Tekst
DZ615	Problem pga. seksuelt overgreb fra fjern person i barndommen
DZ616	Problem pga. fysisk overgreb i barndommen
DZ617	Problem pga. stærkt skræmmende oplevelser i barndom
DZ618	Problem pga. anden negativ hændelse i barndommen
DZ619	Problem pga. negativ hændelse i barndommen (uden nærmere specifikation)
DZ621	Problem pga. forældres overbeskyttelse
DZ622	Problem pga. opvækst på institution
DZ625	Andre problemer i forbindelse med opdragelsesmæssig forsømmelse
DZ628	Andet problem i forbindelse med opvæksten
DZ632	Problem med utilstrækkelig støtte fra familien
DZ633	Problem med fravær af familiemedlem
DZ634	Problem pga. et familiemedlems forsvinden eller død
DZ635	Problem pga. opløsning af familien ved separation/skilsmiss
DZ637	An. problem pga. belastende begivenhed i familie/husstand
DZ638	Andet problem med primære støttegruppe
DZ659	Problem i forbindelse med psykosociale forhold (uden nærmere specifikation)
DZ713B	Behov for diætetisk rådgivning
DZ718	Anden rådgivning
DZ719	Rådgivning (uden nærmere specifikation)
DZ724	Problem med forkerte kost- og spisevaner
DZ728	Andet problem med livsstil
DZ731	Problem med forstærkede karaktertræk
DZ733	Problem med stress (ikke klassificeret andetsteds)
DZ734	Problem med mangelfulde sociale færdigheder (ikke klassificeret andetsteds)
DZ739	Problem med at klare tilværelsen (uden nærmere specifikation)
DZ766	Kontakt afbrudt af patienten
DZ768E4	Kontakt pga. kønsidentitetsforhold (uden nærmere specifikation)
DZ810	Familieanamnese med mental retardering
DZ811	Familieanamnese med alkoholmisbrug
DZ818	Familieanamnese med anden psykisk eller adfærdsmæssig sygdom
DZ828	Familieanamnese med kronisk eller invaliderende sygdom (ikke klassificeret andetsteds)
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ848	Familieanamnese med anden tilstand
DZ848A	Familieanamnese med kendt genetisk defekt
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865AC	Varighed af ubehandlet psykose > 6 mdr.
DZ915	Anamnese med selvpåført skade
DZ915A	Anamnese med selvmordsforsøg

Kilde: Datanotat fra Rigsrevisionen.

## Bilag 2 Den fulde regressionsmodel

Af den fulde analysemodel fremgår det bl.a., at der ikke er statistisk signifikant forskel på udredningstid mellem piger og drenge, når der er taget højde for alle faktorer i modellen. Den længere udredningstid for drenge, som kan ses i Figur 3.2, skyldes derfor andre forhold som fx diagnose. Det går hurtigere at udrede ældre børn/unge.

Det fremgår også, at diagnosen ved indikation på endt udredning er meget afgørende for, hvor lang udredningstid man har i psykiatrien. Det samme gælder årstallet for henvisning.

Forældrenes karakteristika (ud over socioøkonomi) har ikke den store betydning for udredningstiden. Barnet/den unges herkomst og anbringelser har heller ikke.

**Bilagstabel 2.1 Den fulde analysemodel med alle faktorer inkluderet**

Variable		Estimat i dage
Socioøkonomisk status	Høj	Ref.
		-
	Middelhøj	4,6*** (1,0)
	Middel	5,6*** (1,1)
	Middellav	8,8*** (1,4)
	Lav	11,8*** (2,0)
Køn	Dreng	Ref.
	Pige	0,0 (0,9)
Alder	Barnet/den unges alder ved henvisning	-2,2*** (0,1)

Variable		Estimat i dage
Diagnose ved indikation på endt udredning	Øvrige	Ref.
	DF4 Stressrelaterede tilstande	-19,4*** (2,1)
	DF5 Adfærdsændringer forbundet med fysiske faktorer	-61,4*** (2,2)
	DF8 Psykiske udviklingsforstyrrelser	4,4* (2,0)
	DF9 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	3,7 (2,0)
	Afkræftet	-27,8*** (2,5)
	Ingen diagnose tilknyttet (NA)	-53,4*** (1,9)
Region	Syddanmark <sup>1)</sup>	Ref.
	Nordjylland	46,0*** (2,0)
	Midtjylland	5,4*** (1,2)
	Hovedstaden	-8,8*** (1,1)
	Sjælland	1,2 (1,5)
Herkomst	Indvandrere og efterkommer	Ref.
	Dansk	-2,2 (1,6)
Anbragte	Ikke anbragte uden for hjemmet	Ref.
	Anbragt uden for hjemmet	-6,0* (3,0)
Forebyggende foranstaltninger	Ikke i forebyggende foranstaltninger	Ref.
	I forebyggende foranstaltninger	-6,5*** (0,9)

Variable		Estimat i dage
Familietype	Familie med både mor og far	Ref.
	Stedfamilie	3,1* (1,2)
	Eneforsørger	4,5*** (0,9)
	Udeboende	1,3 (2,9)
covid-19-perioden	Udredningsforløb kører under covid-19-perioden	111,0*** (3,5)
Forældres psykiatriske diagnoser	Ingen psykiatriske diagnoser	Ref.
	En har en psykiatrisk diagnose	0,9 (1,2)
	Begge har en psykiatrisk diagnose	-2,9 (3,7)
År for henvisning	2019	Ref.
	2020	7,1*** (1,5)
	2021	36,7*** (1,0)
	2022	39,4*** (1,0)
Konstant		99,3*** (3,0)
Antal		43.044
R <sup>2</sup>		0,2

Anm.: n = 43.044 forløb.

Note: Robuste standardfejl i parentes. \*\*\* p < 0.001, \*\* p < 0.01, \* p < 0.05.

1) Region Syddanmark, der fungerer som reference i den fulde model, indeholder her de få forløb, der ikke har en region angivet.

Kilde: VIVEs egne beregninger på baggrund af registerdata og data fra Rigsrevisionen.

**VIVE**