

ET LIV I PERIFERIEN



Et liv i periferien

Levevilkår og samfundsdeltagelse
blandt danskere med svære sindslidelser

Et liv i periferien.

Levevilkår og samfundsdeltagelse

blandt danskere med svære sindslidelser

© Rockwool Fondens Forskningsenhed og

Syddansk Universitetsforlag 2012

Tryk: Special-Trykkeriet Viborg

Printed in Denmark 2012

ISBN 978 87 7674 690 2

Syddansk Universitetsforlag

Campusvej 55

5230 Odense M

Tlf. 66 15 79 99

www.universitypress.dk

Mekanisk, fotografisk, elektronisk eller anden mangfoldiggørelse af denne bog er kun tilladt med forlagets tilladelse eller ifølge overenskomst med Copy-Dan

Ved indkøb af et større antal eksemplarer ydes en betydelig kvantumrabat. Kontakt forlaget for yderligere oplysninger

Første udgave, første oplag

Udgivet med støtte fra

ROCKWOOL FONDEN

Indhold

Forord.....	9
Af Torben Tranæs	

Kapitel 1:

Introduktion: Omkostninger ved et liv med svære sindslidelser 11

Af Jane Greve

1.1 Bogens indhold	11
1.2 Definitioner og omfanget af sindslidelser	12
1.3 Omkostninger ved sindslidelser	17
1.4 Litteratur.....	19

Kapitel 2:

Behandling af personer med sindslidelse – institutionstruktur og sygehusbehandling..... 20

Af Frank Ebsen og Jane Greve

2.1 Introduktion	20
2.2 Analytisk syn	20
2.2.1 <i>Et individuelt perspektiv</i>	20
2.2.2 <i>Et institutionelt perspektiv</i>	22
2.3 Behandlingssystemet – forandring og kapacitet.....	24
2.3.1 <i>Opbrud fra statshospitaler – psykiatrien før 1976</i>	24
2.3.2 <i>Psykiatriens institutionelle struktur efter 1976</i>	25
2.3.3 <i>Behandlingskapacitet</i>	27
2.3.4 <i>Udviklingen i den samlede behandlingskapacitet</i>	33
2.4 Sygehusbehandling og ambulant behandling fra 1980 til 2008.....	34
2.4.1 <i>Antallet af behandlede</i>	34
2.4.2 <i>Demografiske karakteristika ved de indlagte og ambulant behandlede</i>	36
2.4.3 <i>Etnicitet i sygehuspsykiatrien</i>	40
2.4.4 <i>Diagnoser hos indlagte og ambulant behandlede</i>	41
2.4.5 <i>Sammenfatning om indlagte og ambulant behandlede</i>	47
2.5 Udviklingen for tre kohorter af 25-34-årige	48
2.5.1 <i>Demografiske og socioøkonomiske karakteristika hos heldøgnindlagte 25-34-årige i 1980, 1995 og 2010</i>	49
2.5.2 <i>Udviklingen 15 år efter for 25-34-årige i 1980 og 1995</i>	53

2.6	Konklusion og diskussion	57
2.7	Litteratur	61
2.8	Bilag	64
Kapitel 3:		
Tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og udviklingen af skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser.....		
Af Jane Greve		
3.1	Introduktion	66
3.2	Sammenhængen mellem tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og udviklingen af en psykisk lidelse	68
3.3	Empirisk metode	70
3.4	Databeskrivelse.....	71
3.5	Resultater fra sandsynlighedsmodellen	77
	3.5.1 <i>Den relative risiko for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser</i>	77
	3.5.2 <i>Prædikterede sandsynligheder for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser</i>	83
3.6	Konklusion	85
3.7	Litteratur	87
Kapitel 4:		
Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse		
Af Jane Greve		
4.1	Introduktion	89
4.2	Baggrund.....	90
4.3	Sindslidelse og familieforhold.....	92
4.4	Sindslidelse og uddannelse	95
4.5	Sindslidelse og arbejdsmarkedsstatus	97
4.6	Sindslidelse og indkomst	102
4.7	Sindslidelse og kriminalitet.....	106
4.8	Sindslidelse og somatiske sygdomme og dødelighed	109
4.9	Sammenfatning	114
4.10	Litteratur	115

Kapitel 5:**Få og korte indlæggelser versus mange og lange – en beskrivelse af forskellige indlæggelsesforløb**..... 118

Af Jane Greve og Johannes Kaalby Clausen

- 5.1 Introduktion 118
- 5.2 Baggrund..... 118
- 5.3 Datamaterialet..... 119
- 5.4 Sekvensplot..... 120
- 5.5 Sekvensplot inddelt efter sværhedsgrad..... 124
- 5.6 Hvad karakteriserer personer med lette versus tunge indlæggelsesforløb? 132
 - 5.6.1 *Kvinder*..... 132
 - 5.6.2 *Mænd* 135
- 5.7 Konklusion 137
- 5.8 Litteratur 139
- 5.9 Bilag 139

Kapitel 6:**Skizofreni og beskæftigelse** 145

Af Jane Greve og Louise Herrup Nielsen

- 6.1 Introduktion 145
- 6.2 Sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse 147
- 6.3 Beskrivelse af data 149
- 6.4 Metode 153
- 6.5 Resultater 155
 - 6.5.1 *Udviklingen i beskæftigelse 15 år før og 10 år efter første behandling*.. 155
 - 6.5.2 *Sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse i 2007*..... 157
 - 6.5.3 *Alder ved første indlæggelse, varighed af første indlæggelse og beskæftigelse i 2007*..... 162
- 6.6 Diskussion..... 167
- 6.7 Konklusion 167
- 6.8 Litteratur 169
- 6.9 Bilag 170

Kapitel 7:**Sammenfatning** 177

Af Jane Greve

- 7.1 Introduktion 177
- 7.2. Oversigt over bogens resultater 178

7.2.1	<i>Behandlingen af personer med sindslidelser</i>	178
7.2.2	<i>Tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og svære sindslidelser</i>	180
7.2.3	<i>Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med svære sindslidelser</i>	181
7.2.4	<i>Forskelle blandt sindslidende: Personer med forskellige indlæggelsesforløb har forskellige baggrundskarakteristika</i>	183
7.2.5	<i>En analyse af sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse</i>	184
7.3	Opsummering og nye spørgsmål.....	185
 Kapitel 8:		
Appendiks: En beskrivelse af Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister		
	Af Jane Greve	187
8.1	Introduktion	187
8.2	Afgrænsningen af personer i det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister.....	187
8.3	Ændringer i klassifikationssystemet.....	188
8.4	Ændringer i indsamlingsprocedure.....	189
8.5	Sammenfatning.....	189
8.6	Litteratur.....	190
 English summary		
	• The organization of the treatment	192
	• Early socioeconomic risk factors and severe mental disorders	193
	• Severe mental disorders, use of general health care services and socioeconomic characteristics	194
	• Differences among people with mental disorders: People with different hospitalization have different background characteristics.....	196
	• Schizophrenia and employment	197
 Forfatterportrætter		
	• Jane Greve	198
	• Frank Ebsen	198
	• Johannes Kaalby Clausen	198
	• Louise Herrup Nielsen	198
 Litteratur fra Rockwool Fondens Forskningsenhed 2008-2012		
		199

Forord

Gennem de seneste mange år har der været en stigning i antallet af registrerede personer, der behandles for psykiske lidelser. Selvom det er uklart, om stigningen skyldes, at flere bliver syge, eller den fx skyldes et stadigt mere fintmasket diagnostisk system og nye behandlingsformer, anvender det offentlige store ressourcer på at behandle de sindslidende og sikre dem et godt og alsidigt liv på trods af deres sygdomme.

De mange mennesker, der er påvirket af psykiske lidelser, og det store offentlige forbrug på gruppen bevirker, at der helt berettiget er fokus på området, og en fortsat debat om, hvordan samfundet sikrer de sindslidendes levevilkår og hele livssituation bedst muligt.

Den store interesse står imidlertid ikke nødvendigvis mål med det faktiske kendskab til gruppens levevilkår i bredere forstand, og i den forbindelse besluttede Rockwool Fonden sig for i 2008 at give bevillinger til to forskningsprojekter inden for dette tema.

Det første blev gennemført af forsker ph.d. Nelli Øvre Sørensen. I dette projekt var fokus på gennemførelsen af et antal kvalitative interview med en række mennesker, der havde det til fælles, at de har en svær sindslidelse. De kvalitative interview blev suppleret med fokusgruppeinterview og feltstudier, der blev gennemført med det sigte at give en beskrivelse af behandlingsstedernes egenlogik og deres sociale liv. Undersøgelsen blev publiceret tidligere i 2012 som *Det levede liv med sindslidelse – et etnografisk forskningsstudie af borgernes sociale liv i behandlings- og socialpsykiatri*.

Sideløbende med det oven for nævnte projekt gennemførtes i Rockwool Fondens Forskningsenhed en bredere analyse primært baseret på registerdata, der havde til formål at afdække samfundsdeltagelsen og levevilkårene for personer, der lider af en svær sindslidelse. Inden for denne kontekst ønskede fonden bl.a. at få belyst, hvilke familieforhold sindslidende indgår i, deres tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, deres indkomster, deres eksponering over for kriminalitet og en eventuel overdødelighed blandt personer med svær sindslidelse.

I bogen indgår desuden analyser af de socioøkonomiske forhold i de familier, hvor de senere psykisk syge er vokset op.

Projektet blev gennemført af forsker i enheden, ph.d. og cand.polit. Jane Greve, der nu i nærværende bog fremlægger resultatet af dette arbejde. Ud over Jane Greve har en række andre forskere bidraget til bogen. Jeg skal i den forbindelse takke Frank Ebsen, forskningschef for Forskningscenter for Socialt Arbejde,

Professionshøjskolen Metropol, cand.polit. Johannes Clausen, Rockwool Fondens Forskningsenhed, og cand.polit. Louise Herrup Nielsen, der under arbejdet med bogen var forskningsassistent i enheden.

Foruden til de nævnte forskere vil jeg desuden rette en varm tak til den kreds af samarbejdspartnere i øvrigt, der har medvirket ved publiceringen.

Denne tak skal rettes til projektets engagerede og idérige referencegruppe bestående af professor, ph.d. Tor Eriksson, Institut for Økonomi, Aarhus Universitet, forskningsoverlæge og programleder, ph.d. Lene Falgaard Eplov, Psykiatrisk Center København, mag.scient.soc. Kirsten Elise Hove, formand for Psykiatريفoreningernes Fællesråd i Region Hovedstaden, og psykiatridirektør, cand.polit. Michael Werchmeister, Psykiatrien Region Sjælland.

Overlæge, ph.d. Torsten Bjørn Jacobsen, Psykiatrisk Center København, har påtaget sig arbejdet med at underkaste manuskriptet en detaljeret og kritisk gennemgang som referee.

I Forskningsenheden skylder jeg en tak til seniorforsker Eskil Heinesen og projektchef og seniorforsker Signe Hald Andersen, der begge er kommet med konstruktive kommentarer undervejs i fasen med udarbejdelsen af manuskriptet. Stud.polit. Kristian Hedeager har hjulpet med kompetent forskningsassistance, mens cand.mag. Bent Jensen, foruden faglige kommentarer til manus, har stået for kontakten til vores altid meget professionelle udgiver, Syddansk Universitetsforlag.

Som ved Forskningsenhedens øvrige projekter er arbejdet her gennemført i fuldstændig videnskabelig uafhængighed – også af Rockwool Fonden, der sædvanen tro har givet projektet ressourcemæssigt tilfredsstillende rammer.

Forskergruppen og undertegnede skylder derfor Fondens personale, inklusive direktør Elin Schmidt, og ikke mindre Fondens bestyrelse med direktør Tom Kähler som formand, en varm tak for et godt samarbejde!

København, oktober 2012

Torben Tranæs

KAPITEL 1

Introduktion: Omkostninger ved et liv med svære sindslidelser

Af Jane Greve

1.1 Bogens indhold

Der er mange omkostninger ved et liv med svære sindslidelser, både økonomiske, fx udgifter til ydelser i sundhedsvæsenet, medicinering, tabt arbejdsfortjeneste og offentlige overførselsindkomster, og ikke-økonomiske, fx lavere livskvalitet for de sindslidende og deres pårørende.

De demografiske og socioøkonomiske forhold, som fx familiemønstre, arbejdsmarkedstilknytning, indkomstforhold, kriminalitetsrate og dødelighed, som vi i denne bog beskriver for gruppen af danskere med svære sindslidelser, udgør en væsentlig del af vores samlede samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelse.

Personer med svære sindslidelser er i denne bog identificeret ud fra Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister, hvor alle de personer, der har været indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling på et eller andet tidspunkt siden 1969, eller modtaget en ambulans behandling siden 1995, indgår.

Antallet af personer i befolkningen, der har en svær sindslidelse, afhænger i høj grad af, hvordan vi afgrænser gruppen af personer, der har en sindslidelse. Ca. 9 pct. af befolkningen havde i 2008 været registreret i hospitals- eller distriktspsykiatrien. Men hvis vi kun ser på de personer, der har fået diagnosticeret en ikke-organisk psykose – dvs. overvejende skizofreni og det, man tidligere kaldte maniodepressiv sygdom – og som har haft løbende kontakt til enten hospitals- eller distriktspsykiatrien i en periode over mere end 2 år, så kommer vi frem til, at lidt over 1 pct. af den danske befolkning har en svær sindslidelse. Mange flere mennesker i den danske befolkning har dog svære sindslidelser, som blot ikke falder ind under denne definition. Og mange flere end de 9 pct. af befolkningen bliver påvirket af de svære sindslidelser – fx forældre, børn, kolleger og andre personer i den sindslidendes nærmiljø.

Af resultaterne i denne bog fremgår det bl.a., at personerne, der indgår i gruppen af personer med svære sindslidelser, er meget forskellige. Gruppen indeholder fx personer, som har korte indlæggelsesforløb, og som har familie og arbejde, og personer, som er indlagt stort set hele deres liv, og som ikke har familie og er uden tilknytning til arbejdsmarkedet. Resultaterne viser også, at der er betydelige forskelle, når vi sammenligner fx familiemønstre, arbejdsmarkeds-tilknytning og dødelighed for hele gruppen af personer med svære sindslidelser med resten af den danske befolkning. Generelt deltager personer, der lider af svære psykiske problemer, af gode grunde mindre i samfundet. Længerevarende sygdomsperioder giver et naturligt fravær fra familien, uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet og nødvendiggør omsorg og pleje af den sindslidende. Denne lavere deltagelse i og belastning af nærsamfundet er en omkostning for både den implicerede, de pårørende og samfundet.

Det er uklart, om der har været en reel stigning i antallet af personer med svære sindslidelser gennem tiderne. Vi kan se, at der over tid har været en stigning i det registrerede antal personer, der har været behandlet for psykiske lidelser. Men det er svært at afgøre, om denne stigning i behandlede personer afspejler en reel stigning i antallet af personer med svære psykiske lidelser, eller om den kan henføres til ændringer i afgrænsning og definition af psykiske lidelser over tid, større anerkendelse og mindre stigmatisering af det at have en sindslidelse, nye og bedre behandlingsmuligheder, introduktion af nye farmaceutiske produkter etc.

I denne bog præsenterer vi en række tal, som viser forskellige sider af levevilkårene, behandlingen og samfundsdeltagelsen for personer med svære sindslidelser – dvs. personer, som vil være blandt dem, der også i fremtiden vil have det største behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser. Forståelsen for sammenhænge mellem det at have en svær sindslidelse og forhold som at danne en familie, tage en uddannelse og deltage aktivt på arbejdsmarkedet er vigtig, bl.a. for at takle de udfordringer, der er relateret til at forbedre livsvilkårene for denne gruppe mennesker.

1.2 Definitioner og omfanget af sindslidelser

I Psykiatriens ABC, som er en psykiatrisk ordbog udgivet af Danske Regioner, defineres psykisk sygdom som “sygdom, der viser sig ved forstyrrelser i adfærd og tanke-, følelses-, stemnings- og fantasilivet”. I WHO’s rapport fra 2001, *Mental Health. New Understanding, New Hope* (WHO, 2001) fremsættes der følgende beskrivelse af sindslidelser: “Mental and behavioural disorders are understood as clinically significant conditions characterized by alterations in thinking, mood (emotions) or behavior associated with personal distress and/or impaired functioning” (side 21).

I rapporten fra WHO anerkendes det dog samtidig, at der ikke er en klar og entydig definition af sindslidelse. De tegn på symptomer og forstyrrelser i adfærd, der henvises til i definitionen af sindslidelser, er forhold, der fokuserer på former for afvigelser, der opfattes som problematisk enten for den sindslidende selv, eller af hans/hendes sociale miljø eller af begge. Det er klart, at hvad der anses for at være et problem, afhænger af kultur og normer for det sociale miljø og af den person, der skal fungere i dette miljø (se fx Foucault, 1961, engelsk udgave 2006).

Det er i dag almindeligt anerkendt, at biologi – dvs. gener, hjerne og krop – bærer kimen til mange psykiske sygdomme, men at psykologiske og sociale faktorer i større og mindre grad kan være med til at udløse dem. Selvom lægevidenskaben ikke har givet os svaret på de psykiske lidelsers ophav, så er vi dog kommet nærmere en forståelse af samspillet mellem genetiske/fysiologiske faktorer og miljømæssige og sociale faktorer. Der er bl.a. udviklet dyremodeller for forskellige psykiske lidelser og der er store forventninger til translationel forskning på dette område (Region Hovedstadens Psykiatri, 2012).¹

I Danmark benytter vi i dag diagnosesystemet ICD-10 til at identificere psykiske lidelser. I ICD-10-systemet findes der ca. 450 psykiatriske diagnoser, hvoraf nogle af de mest anvendte er skizofreni, affektive lidelser, angst og fobier, mental retardering, misbrug og misbrugslidelser, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser.

I denne bog fokuserer vi fortrinsvis på personer med svære sindslidelser. Der findes ikke en entydig definition af svære sindslidelser, men der er adskillige bud på, hvilke diagnoser der anses for at være meget svære, og hvilke andre forhold der skal være til stede, før en sindslidelse kan defineres som værende svær. Generelt er der i den medicinske litteratur enighed om, at definitionen af svære sindslidelser skal være baseret på tre kriterier: udvalgte diagnosetyper, et mål for funktionsevne og et mål for tidligere brug af sundhedsydelser (Lora et al., 2007).

I langt de fleste definitioner af svære sindslidelser indgår skizofreni og bipolare lidelser. Men også svære depressioner og fobier er ofte inkluderet (Lora et al., 2007). Da sværhedsgraden af de symptomer, som er relateret til de udvalgte diagnoser, kan være meget forskellig fra person til person, inkluderes ofte et mål for personens sociale og psykologiske funktionsevner i definitionen af svære

¹ Translationel forskning er grundforskning, der overføres til klinisk relevante studier. Fx har man udarbejdet en rottemodel for depression. Her har man set på nogle rottestammer, som har vist sig at være særligt følsomme, og som lettere udvikler depression, og forsøgt at tage disse særlig følsomme rotter fra deres mor i fire timer, mens de er helt nyfødte. Sammenlignes disse rotter med rotter, der ikke er blevet taget fra deres mor, udviser de rotter, der blev taget fra deres mor, tidligt en mere depressiv adfærd. Disse dyreforsøg har bl.a. ført til, at man nu laver klinisk og registerbaseret forskning, der fokuserer på tidlige livsbegivenheder hos mennesker, der er deprimerede.

sindslidelser. Det sidste af de tre kriterier nævnt ovenfor er relateret til brug af sundhedsydelser, og her benyttes ofte antal af kontakter til psykiatrien eller varighed fra første kontakt til seneste kontakt til psykiatrien som mål. Når dette sidste kriterium medtages, er det ikke kun, fordi det ofte afspejler sværhedsgraden af sindslidelsen, men også, fordi de patienter, der ofte benytter psykiatrien, netop har været målgruppen for det psykiatriske system.

Ruggeri et al. (2000) følger de ovenstående fremsatte kriterier for en definition af svære sindslidelser og tester deres specificering. De tre kriterier for, hvornår en person har en svær sindslidelse, er: Personen skal have en ikke-organisk psykotisk lidelse², skal have haft kontakt med det psykiatriske hospitalssystem eller det ambulante psykiatriske behandlingssystem i 2 år eller mere (dvs. at der skal være gået mindst 2 år fra den første kontakt til den seneste) og have en dysfunktion af en vis grad målt via den såkaldte Global Assessment of Functioning (GAF) score.³ De ikke-organiske psykotiske lidelser inkluderer følgende diagnoser: skizofreni, skizotypisk lidelse, paranoide psykoser, induceret psykose, skizoaffektive psykoser, anden ikke-organisk psykose, ikke-organisk psykose uspecificeret, manisk enkelt episode, bipolar affektiv lidelse, depressiv enkeltperiode, tilbagevendende depression.⁴ Kontakten til det psykiatriske system, som skal vare mindst 2 år, betyder, at en person, der blot kommer ind i systemet én gang, udelukkes fra definitionen. Personer, der har flere indlæggelser eller ambulante indlæggelser over tid (over en periode på mere end 2 år), kan være udskrevet mange gange og i længere perioder og falder stadig ind under definitionen.

Ruggeri et al.'s (2000) definition af svære sindslidelser udelukker således sandsynligvis personer med sindslidelser, som også kan virke ganske svære for den enkelte, men som blot ikke falder ind under definitionen af at være en ikke-organisk psykose. Fx udelukker definitionen personer med personlighedsforstyrrelser – en diagnose, som er behæftet med større diagnostisk usikkerhed. Ruggeri et al. (2000) viser da også, at antallet af personer med svære sindslidelser stiger betydeligt, når de inkluderer personer med alle typer af psykiske diagnoser og kun bibeholder kriterierne vedr. kontakt med psykiatrien i mere end 2 år og en GAF-score mindre end eller lig 50 i definitionen.

Datamaterialet til denne bog beror hovedsageligt på registerdata fra hospitalsbaseret eller ambulante behandling. Vi benytter Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) til at identificere personer med meget svære

2 En ikke-organisk psykose er, modsat en organisk psykose, ikke forårsaget af en fysisk sygdom.

3 GAF er en numerisk værdi, som medicinske fagpersoner benytter til at angive en patients sociale, erhvervsmæssige og psykologiske funktionsevne. GAF går fra 1 til 100, hvor 1 angiver, at personen har meget alvorlige sociale og psykiske problemer og er til fare for sig selv og andre, mens 100 angiver ingen problemer.

4 ICD-10 koder: F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3.

sindslidelser. Via registerne kan vi finde alle ind- og udskrivinger samt den stillede diagnose ved indlæggelsen. Det er dermed muligt at lave en afgrænsning af personer med svære sindslidelser, der svarer nogenlunde til den definition, som Ruggeri et al. (2000) laver. Dog er det ikke muligt at medtage betingelsen med en GAF-score under 50, da denne test ikke bliver registreret i DPCF.

Nedenstående tabel 1.1 viser antallet af nulevende personer i den danske befolkning i 2008, som har eller har haft kontakt til psykiatrien. Vi har her medtaget alle former for kontakter til hospitalspsykiatrien – hel- og deldøgnsbehandlinger – og ambulante behandlinger. Da de ambulante behandlinger ikke er registreret før 1995, er kun de personer, som er blevet behandlet ambulantly i tiden efter dette år, medtaget. Personer, som blev behandlet på et psykiatrisk hospital før 1969, er heller ikke medtaget, da det først er fra dette år, at den elektroniske registrering startede. Dette betyder selvsagt, at tallene i tabel 1 er mindre, end de ville have været, hvis der fandtes data for ambulante behandlinger før 1995 og data for hospitalsindlæggelser før 1969.⁵

Når vi ser på den samlede befolkning i 2008, så har 8,9 pct. været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller det ambulante psykiatriske behandlingssystem på et eller andet tidspunkt frem til 2008. Dette antal bliver dog betydeligt reduceret, når vi afgrænser gruppen til at skulle have haft løbende kontakt til psykiatrien i en periode, der varer mere end 2 år (fra første indskrivning til sidste udskrivning). Laver vi denne afgrænsning, er der næsten 200.000 personer, svarende til 3,6 pct. af befolkningen, der har eller har haft en svær sindslidelse. Begrænser vi yderligere gruppen af personer med svære sindslidelser til at have en ikke-organisk lidelse, jf. Ruggeri et al.'s (2000) definition, finder vi, at ca. 68.000 personer i Danmark, eller 1,2 pct. af befolkningen, har en svær sindslidelse. Det er hovedsageligt diagnoserne skizofreni og affektive lidelser, der indgår i denne afgrænsning (se tabel 1.1). Affektive lidelser inkluderer det, der før i tiden blev kaldt manio-depressiv sygdom.

Langt flere mennesker har svære sindslidelser end dem, vi fanger med Ruggeri et al.'s definition via de offentlige registreringer. Ud over de manglende registreringer tilbage i tid er der også en gruppe i befolkningen, der ikke søger hjælp i det almindelige sundhedssystem, selvom de har en svær sindslidelse. Det gælder fx hjemløse, hvoraf en betydelig del har psykiske problemer (Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, 2005). Derudover ville vi, hvis vi i stedet kunne opgøre, hvor stor en andel af befolkningen, der på et eller andet tidspunkt i deres liv vil have kontakt til det psykiatriske system, finde væsentligt højere tal end tallene i tabel 1.1, fordi en stor andel af befolkningen i 2008 (især den yngre del) senere vil få en psykisk sygdom (de er bare endnu ikke blevet registreret for den i 2008).

5 Tallene for hospitalsindlæggelser er behæftet med betydelig usikkerhed frem til ca. 1980 (Munk-Jørgensen & Perto, 2000).

Andre opgørelser, der ser på den samlede danske befolknings livsforløb, viser, at 15-20 pct. af befolkningen på et eller andet tidspunkt i deres liv udvikler depressive symptomer og op til 20 pct. udvikler angstsymptomer – fobier, panikangst eller vedvarende angst (Bertelsen et al., 2010). Disse tal er fundet ved at interviewe et udsnit af den danske befolkning og identificere lidelserne ved hjælp af diagnosekriterierne fra ICD-10. I et lidt ældre studie fra USA angiver tæt på 30 pct., at de har haft en form for psykisk lidelse indenfor et år og hele 48 pct. angiver, at de har haft en psykisk lidelse over et livsforløb (Kessler et al., 1994). Denne undersøgelse er baseret på tal fra The National Comorbidity Survey, der genererer diagnoser ifølge “Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders (DSM)”-kriteriet.

Der gives altså mange forskellige bud på antallet af personer med sindslidelser. Bag hver undersøgelse er det derfor nødvendigt at vide, hvordan det at have en sindslidelse er defineret, hvor og hvordan det er registreret, og hvornår opgørelsen har fundet sted.

Table 1.1 Antal personer med registreret sindslidelse henholdsvis svær sindslidelse i 2008 eller tidligere.

	Antal personer	Andel af den danske befolkning i pct.
Har haft kontakt til psykiatrien	486.944	8,89
Har haft kontakt med psykiatrien over en periode af minimum 2 år	195.284	3,57
Har haft kontakt til psykiatrien og har fået diagnosticeret en ikke-organisk psykose ^a	88.768	1,62
Har haft kontakt med psykiatrien over en periode af minimum 2 år og har fået diagnosticeret en ikke-organisk psykose ^a	67.851	1,24
Har haft kontakt med psykiatrien og har fået diagnosticeret skizofreni eller affektive lidelser ^b	71.195	1,30
Har haft kontakt med psykiatrien over en periode af minimum 2 år og har fået diagnosticeret skizofreni eller affektive lidelser ^b	56.966	1,04

Noter:

a) De ikke-organiske psykoser inkluderer følgende diagnoser: skizofreni, skizotypisk lidelse, paranoide psykoser, induceret psykose, skizoaffektive psykoser, anden ikke-organisk psykose, ikke-organisk psykose uspecificeret, manisk enkeltperiode, bipolar affektiv lidelse, depressiv enkeltperiode, tilbagevendende depression.

b) Affektive lidelser inkluderer bipolar lidelser og unipolar depression.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I denne bog fokuserer vi på personer med svære sindslidelser. I hvert af bogens kapitler fokuserer vi på forskellige aspekter af sindslidelser og har derfor afgrænset gruppen af personer med svære sindslidelser lidt forskelligt i hvert af kapitlerne. I kapitel 2 ser vi på organiseringen af det psykiatriske system over tid, og vi har derfor valgt at vise tal for hele gruppen af personer, der har benyttet det psykiatriske system. I kapitel 4 har vi, så vidt det var muligt, lagt os op af definitionen for personer med svære sindslidelser, som fremsat af Ruggeri et al. (2000). Dvs. personer, som har en ikke-organisk lidelse, og som har haft kontakt til psykiatrien i 2 år eller mere. I kapitel 3, 5 og 6 ser vi specifikt på personer, der har fået diagnosticeret skizofreni og affektive lidelser eller personlighedsforstyrrelser. Der er stor forskel på både sygdomsforløb og generelle sociale karakteristika, afhængig af hvilken diagnose der er stillet. Ved at gruppere personer med svære sindslidelser efter deres hoveddiagnose er det i mange tilfælde nemmere at fortolke på resultaterne. Derudover er gruppen af personer med skizofreni og affektive lidelser særligt relevante, da den udgør størstedelen, 84 pct., af personerne der har været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller det ambulante psykiatriske system og har en ikke-organisk lidelse (se tabel 1.1). Endvidere optager personer, der har fået diagnosticeret skizofreni, en betydelig del af sengene på de psykiatriske hospitaler, da de ofte har lange indlæggelsesperioder (Munk-Jørgensen & Perto, 2000).

1.3 Omkostninger ved sindslidelser

I denne bog beregner vi ikke, hvad omkostningerne af svære sindslidelser er i kroner og ører for samfundet, da en sådan opgørelse er vanskelig at foretage og forbundet med meget stor usikkerhed. Men da vi bl.a. belyser nogle af de væsentligste sociale problemer, der er knyttet til svære sindslidelser, og da disse sociale problemer udgør en meget væsentlig del af de samlede samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser, vil vi i dette afsnit kort skitsere, hvad de samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser indeholder og kort nævne omfanget af de indirekte omkostninger i forhold til de direkte omkostninger, som andre studier er kommet frem til.

De samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser kan opdeles i direkte omkostninger, indirekte omkostninger og eksternaliteter. De direkte omkostninger inkluderer alle omkostninger, der er forbundet med den sundhedsmæssige behandling. Direkte udgifter til sundhedsvæsenet er omkostninger til varer og tjenesteydelser, der anvendes i forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af en sindslidelse (Andlin-Sobocki et al., 2005). De direkte udgifter inkluderer udgifter til lægebesøg, hospitalsindlæggelse og farmaceutiske produkter. Direkte ikke-lægelige udgifter omfatter alt andet ressourceforbrug relateret til en

sindslidelse, transport, tilpasning af boliger osv. Nogle gange kan det være svært at afgøre, hvor en bestemt udgiftspost, fx families omsorg og pleje af den syge, bør indgå, og hvordan den skal opgøres. Fra et samfundsmæssigt perspektiv, betyder det ikke nødvendigvis noget, hvor omkostningerne figurerer, men omkostningerne til uformel pleje kan af gode grunde være svære at fastsætte.

Generelt defineres indirekte omkostninger som værdien af produktionen, der er tabt, fordi folk med en bestemt sygdom eller lidelse er svækket i deres evne til at arbejde produktivt. De indirekte omkostninger inkluderer bl.a. tab af produktion på grund af nedsat produktivitet på arbejdspladsen, fravær og uarbejdsdygtighed. Derudover inkluderer de indirekte omkostninger tabt arbejdsfortjeneste for de pårørende, hvis produktivitet og arbejdsfortjeneste ofte også bliver påvirket.

Ud over de traditionelle direkte og indirekte omkostninger er der også en række andre omkostninger knyttet til sindslidelser, som økonomer kalder eksternaliteter. Dette er bl.a. de personlige og samfundsmæssige omkostninger, der er knyttet til den observerede overhyppighed af selvmord og kriminalitet blandt sindslidende.

Ud over disse nævnte samfundsmæssige omkostninger er der naturligvis også en række ikke-økonomiske omkostninger for de familier, der oplever at have et familiemedlem med en svær sindslidelse, da det ofte påvirker både den ramte og dennes pårørende i en grad, der har stor indflydelse på deres livskvalitet (se fx Sørensen, 2011).

En række undersøgelser giver hver deres bud på de samfundsmæssige omkostninger ved sindslidelser i Danmark (Olesen et al., 2011; Pedersen, 2011; Borg et al., 2010). Ingen af de ovennævnte undersøgelser fokuserer dog specifikt på gruppen med svære sindslidelser, som er centrale i denne bog. Det er dog karakteristisk for opgørelserne af de samfundsmæssige omkostninger, at de indirekte omkostninger er betydeligt større end de direkte. Ca. 80-90 pct. af de samlede udgifter kan tilskrives indirekte omkostninger (Pedersen, 2011; Borg et al., 2010). Omfanget af de sociale problemer, der ligger bag en stor del af de indirekte omkostninger og eksternaliteterne, beskrives i denne bog.

I de følgende kapitler viser vi forskelle blandt personer med svære sindslidelser og sammenligner grupper af personer med svære sindslidelser med sammenlignelige grupper i befolkningen, som aldrig har været i kontakt med psykiatrien. Resultaterne viser bl.a., at lidt over halvdelen blandt mænd og lidt over 40 pct. blandt kvinder med en svær sindslidelse står helt uden for arbejdsmarkedet, og at størstedelen af disse er på førtidspension. De tilsvarende andele af mænd og kvinder i resten af befolkningen, der står uden for arbejdsmarkedet, er henholdsvis 7 og 9 pct. Vores resultater peger dog også på, at der er store forskelle blandt personer med svære sindslidelser. Nogle personer har kun sporadisk kontakt til psykiatrien,

mens andre er i kontakt med psykiatrien stort set hele deres liv. Hvor de personer, der kun er indlagt i korte perioder, har mulighed for at deltage i fx både et familie- og arbejdsliv, er dette svært for de personer, der er indlagt næsten hele tiden.

1.4 Litteratur

- Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H.U. et al. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12 Suppl 1:1-27.
- Bertelsen, A., Munk-Jørgensen, P. & Bech, P. (2010). De psykiatriske diagnoser. PsykiatriFondens Forlag. 2010.
- Borg, V., Nexø, M., Kolte, I., & Andersen, M. (2010). Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København.
- Danske Regioner (2011). Delprojekt 4: Højere middellevetid for psykiatriske patienter. Danske Regioner, september 2011.
- Foucault, M. (1961) History of Madness. New York: Routledge, 2006.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51(8): 8-19.
- København Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (2005). Evalueringsrapport for sundhedsprojektet, kontaktstedet Mændenes Hjem og kontaktstedet Forchhammervej. København Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Februar 2005.
- Lora, A., Bezzi, R. & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health service in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal* 43(4): 341-357
- Munk-Jørgensen, P., and Perto, G. (2000). De farlige psykiatriske tal. 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard, København 2000.
- Olesen, J., Andlin-Sobocki, P., Sestoft, D. et al. (2011). Omkostninger ved hjernesygdomme i Danmark. *Samfundsøkonomen. DØF oktober 2011. nr 4:4-10.*
- Pedersen, K. M. (2011) Sundhedsmæssige problemstillinger i psykiatrien. *Samfundsøkonomen. DØF oktober 2011. nr 4:11-18.*
- Region Hovedstadens Psykiatri (2012). PsykiatriNyt. Maj 2012. http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/83F146C7-9F9D-4057-B644-CF26AC0591E4/0/PsykiatriNyt_maj_2012_lille.pdf
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of Psychiatry* 177: 149-155.
- Sørensen, N.Ø., (2012). Det levende liv med sindslidelse. Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- WHO (2001). The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization Geneva.

KAPITEL 2

Behandling af personer med sindslidelse – institutionsstruktur og sygehusbehandling

Af Frank Ebsen og Jane Greve

2.1 Indledning

Dette kapitel handler om udviklingen i den vifte af offentlige tilbud, som gives til personer med sindslidelse,⁶ og rummer en mere specifik undersøgelse af den gruppe, som var indlagt på sygehuse i perioden fra 1980 til 2010.

Kapitlet indledes med et afsnit om analytisk synsvinkel på et offentligt behandlingssystem, som arbejder med og behandler personer med sindslidelse. Dernæst beskrives, hvordan tilbudsviften er organiseret, og hvordan den har udviklet sig fra 1976 til i dag. Det tredje afsnit ser på, hvem der har fået behandling på sygehusenes sengeafsnit. I det fjerde afsnit ses nærmere på, hvordan udviklingen har påvirket de personer, der blev indlagt i 1980, og hvorvidt de adskiller sig fra dem, som var indlagt i 1995.

2.2 Analytisk syn

2.2.1 Et individuelt perspektiv

Den dominerende forståelse af personer med sindslidelse er individuel. Psykisk sygdom forstås som en kombination af fysiske fænomener (sygdom i hjernen) og relationelle fremtrædelser i form af unormal adfærd og lidelse (Kringlen, 2006; Møhl et al., 2010). Det fysiske element spiller en fremtrædende rolle i den medicinske forståelse, hvor sindslidelse opfattes som en sygdom eller en medfødt tilstand hos en bestemt person. Den diagnosticeres af læger på grundlag af patientens fremtoning, adfærd og sygehistorie, hvor diagnosen sammenkobler

6 Der er mange måder at betegne personer med en sindslidelse på. De er ikke kun sindslidende eller blot psykisk syge, men mennesker med mange forskellige kvaliteter, der i lighed med somatisk syge periodisk eller permanent kan have en sygdom. Betegnelsen er valgt efter anbefaling af Sind.

personen med forhold i hjernen. Yderligere udelukkes organiske tilstande, der giver sindslidelser. Der udvikles fra 1950'erne medicin med stoffer, der påvirker hjernens funktion og forbindes med ændringer i psykisk syges adfærd (Rosenberg, 2008). Den medicinske opfattelse er en lægevidenskab, der er specialiseret i koblinger mellem hjernens funktion og symptomer i patienters sociale adfærd. I den medicinske model bliver psykisk sygdom i udgangspunktet i Danmark i 1970'erne defineret som "grundlæggende biologiske forstyrrelser, der betinger sygdomsfænomener, og som kan studeres objektivt. Men det skal bemærkes, at psykologiske og sociale forhold også spiller en stor rolle for sygdommens udformning og forløb." (Rosenberg 2008:296). Betydningen af sociale forhold viste sig i 1950'erne, hvor det blev konstateret, at forskellige terapiformer kunne mildne fx skizofreniens belastende sider (Strømgren, 1964).

De sociale forhold spiller en mere fremtrædende rolle i en sårbarhedsmodel, hvor sindslidelse opfattes som et resultat af et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Kringlen, 2006; Høgsbro, 2004; Rutter, 1997; Psykiatri Fonden, 2001).⁷ Eplov et al. (2010:29) beskriver, at modellen indeholder tre elementer: en genetisk disponering; tilstedeværelsen af støttende faktorer og forværende faktorer i såvel fremkomst som behandling af lidelsen. En variant af modellen er Wakefields opfattelse, hvor mentale forstyrrelser opdeles i en gruppe, som udtrykker reelle hjerneforstyrrelser og ofte betegnes som de mest belastende lidelser (skizofreni, bipolare lidelser, psykoser, o.l.), og andre lidelser, som han opfatter som plausible og velbegrundede reaktioner på belastninger, der er udløst af særlige begivenheder eller langvarige sociale belastninger (Horwitz, 2002). Et centralt problem i sårbarhedsmodellen er, at der ikke er valid dokumentation af samspillet form, og der mangler en specificering af de respektive elementers indhold og betydning i forhold til hinanden (Kringlen, 2006).

De to modeller er ikke direkte modstridende, men giver forskellige fokuspunkter. Den medicinske opfattelse fokuserer på den psykiske sygdom som et speciale og dermed et udsnit af individet og den person, som søger behandling. Det er mindre relevant at se på personens sociale baggrund og position, da hjernens funktionalitet bliver det centrale objekt.⁸ Sårbarhedsmodellen eller den biopsyko-sociale model ser på individet i en social kontekst, hvorved hjernens funktionalitet er et delelement blandt andre forhold, som fx nærhed til pårørende,

7 Denne opfattelse er fx direkte skrevet ind i den svenske sociallovgivning, der udtrykker en helhed i indsatsen over for personer med psykiske funktionsnedsættelser (Nystrom, 2003), hvor den danske indsats er fordelt på to ministerier og to ressortområder (Sundhedsministeriet og Socialministeriet).

8 WHO's ICD-system undgår at inddrage sociale kriterier (WHO, 2006:9). Det fjerner fokus fra begivenheder, der kan have udløst lidelsen, og fra relationer til familie, venner, skole, uddannelse, osv., der kan have betydning for håndtering og helbredelse.

relation til arbejdsmarkedet, indkomst m.v., der betragtes som mindst lige så betydende som en biologisk disponering.

Kritikken af den medicinske models begrænsninger har ført til nye forståelser for behandling. Det førte til opdagelsen af, at de mest belastende psykiske sygdomme ikke var kroniske, men kunne helbredes eller forsvandt for en del af de diagnosticerede (Topor, 2003; Eplov et al. 2010, Nordentoft, 2009). Recoverybegrebet er blevet udbredt som en opfattelse af, at der er flere veje til helbredelse (Jensen, 2006). Den enkeltes sociale relationer har stor betydning for, hvordan sindslidelse kan håndteres, og også opvækstens begivenheder og netværk har betydning (Sørensen, 2012).

Den bio-psyko-sociale model lægger vægt på rehabilitering af personer med sindslidelse, der tager udgangspunkt i individets funktionsevne, som dermed knyttes sammen med behandling af handicappede. Sundhedsstyrelsen definerer målet for rehabilitering som "sundhedsaktivitet ... med det formål, at patienten, som har risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv." (Sundhedsstyrelsen, 2004:40). Eplov et al. (2010) udvider med støtte fra en hvidbog om rehabilitering definitionen fra "sundhedsaktiviteter" til at omfatte en række sociale, relationelle forhold, som betydningsfulde for at opnå det ønskede mål.

Rehabiliteringsbehandling lægger vægt på en ligeværdig kombination af krop (hjerne) og sociale forhold. Målet bliver at kompensere handicap ved at behandle, støtte og arbejde med individet, så det bliver i stand til at etablere og fungere i dets egne sociale relationer. Der bygges derved på en bred erkendelse af, at sindslidelse bør behandles med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne (Kringlen, 2006; Jensen, 2006; Bratbo et al., 2008; Eplov et al., 2010). Behandlingen skal støtte den enkeltes håndteringer af familie, netværk og samfund, og tilrettelægges forskelligt i overensstemmelse med hvert individs behov.

2.2.2 Et institutionelt perspektiv

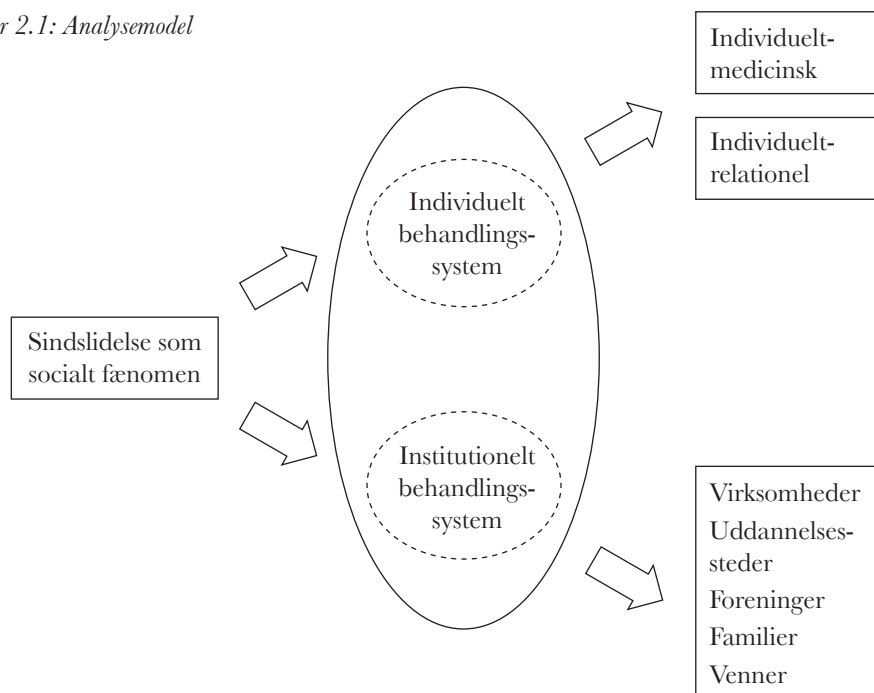
Behandlingen af personer med en sindslidelse kan ikke begrænses til det enkelte individ, da grundlaget for, at sociale relationer kan udvikles, er en gensidighed i den enkeltes omgivelser og i samfundet som sådan.

Opfattelser af personer med sindslidelse har betydning for, hvordan de behandles, og for hvordan de selv opfatter mulighederne for at klare sig. De kan have en adfærd, der skaber undren og i nogle tilfælde frygt og angst, der fører til diskriminering og forstærker sindslidelsen (stigmatisering) (Björkman, 2005; Eplov et al., 2010). Der har derfor været opmærksomhed på at forandre opfattelsen af personer med en sindslidelse og dermed udvide forståelsen og skabe mere inkluderende miljøer (aktuelt fx <http://www.en-af-os.dk/>).

Imellem det individuelle og det overordnede samfundsperspektiv kan der anlægges et institutionelt perspektiv, hvor der ses nærmere på, hvordan personer med en sindslidelse har mulighed for at etablere sig på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet, i familien, i foreninger, i en vennekreds m.v. Det adskiller sig fra det individuelle perspektiv ved at belyse, hvordan vaner og forståelser i mere specificeret form får betydning for inklusion og helbredelse sammen med andre, fx om personer med sindslidelse integreres i samfundets aktiviteter eller efterlades i egne, afgrænsede områder. Det handler om virksomheders, uddannelsessteders, foreningers, familiers og venners mere eller mindre vanemæssige håndteringer af kontakten med personer med sindslidelse, og dermed de mekanismer, som kan føre til stigmatisering og isolation, og være årsager til manglende helbredelse.

Undersøgelser af personer med en sindslidelse kan tage udgangspunkt i individet eller i de institutioner, det indgår i. De to perspektiver er beskrevet i følgende model:

Figur 2.1: Analysemodel



Figur 2.1 indkredser to niveauer – det individuelle og det institutionelle, som det offentlige behandlingssystem på forskellig vis indgår i. Behandlingssystemet kan modvirke og mediere mellem personer med en sindslidelse og de institutioner, som de fleste almindeligvis deltager i. Behandlingssystemet kan fremme helbredelse eller drage omsorg for personer med en sindslidelse, så de får mulighed for at deltage i samfundets dominerende institutioner.

2.3 Behandlingsystemet – forandring og kapacitet

Behandlingsystemet er udformet på grundlag af de behandlingstraditioner, som historisk er udviklet. I den lange historie om galskab og sindssyge kan der iagttages en udvikling, hvor de opfattes som onde i forhold til Gud, som ufornuftige og som syge (Foucault, 2003). Tilsvarende er der forandringer i behandlingen, hvor de oprindeligt blev placeret i dårekister, udstødt, spærret inde i hjemmene, til nyere tid, hvor de i 1800-tallet i Danmark mere eller mindre frivilligt blev spærret inde i asyler (Zalewski, 2008; Møllerhøj, 2008). De blev ledet af læger og anvendte eksperimentelle terapeutiske metoder ofte med brug af vand, og hvor medicinsk og kirurgisk behandling kun i begrænset omfang havde en helbredende virkning (Møllergård, 2008). I 1900-tallet blev den medicinske behandling ført videre med lægemidler som brom, barbiturater og opium samt insulinchok, elektrochok og lobotomi på sygehuse (Skårderud et al., 2011). Yderligere blev denne behandling suppleret af en ny behandlingsform med psykoanalysen, hvor Freud står som en central person (Kringlen, 2006). Psykoanalysen anser psykiske lidelser som udtryk for et ofte langvarigt samspil mellem socialt miljø og psykiske processer i det enkelte individ. De skulle behandles gennem afdækning af processerne, hvor lægen var redskab for patientens udvikling.

I løbet af 1950'erne og 1960'erne opdagede lægerne nye medicinske behandlingsmetoder, der gjorde det muligt at behandle personer med sindslidelse, mens de opholdt sig i eget hjem eller uden for asylerne (Rosenberg, 2008). Psykiatrien blev fra 1980 præget af en kategorisering af sygdomme, som byggede på symptomer og i mindre grad på at finde kausale sammenhænge mellem helbredelsesmetoder og sygdom (Kringlen, 2006; Carlberg, 2008). Medicinens effektivitet blev afgjort af, om symptomer forandrede sig. Der blev ikke søgt efter sammenhæng mellem sygdom og årsag (ætiologi), og der blev heller ikke søgt efter sammenhæng mellem sygdom og sociale forhold i udformningen af sygdomsklassifikationen. Den nye medicin skabte grundlag for at forandre behandlingen, som på det tidspunkt var lokaliseret på statslige sygehuse med fokus på individuel behandling af personer, som var isoleret fra omverdenen.

2.3.1 Opbrud fra statshospitaler – psykiatrien før 1976

I Danmark forandres behandlingssystemet i 1976, da Folketinget beslutter at nedlægge statshospitalerne. De havde indtil da med et særligt direktorat i spidsen haft ansvar for behandling af personer med en sindslidelse.

Statshospitalerne havde siden deres etablering som asyler i 1800-tallet modtaget et støt stigende antal beboere (Møllerhøj, 2008). Det fortsatte i 1900-tallet, hvor fx antallet af sygehuspladser mellem 1930 og 1940 steg med 27 pct., og antal-

let af plejehjemssenge med 350 pct., hvortil kom en stigning i antallet af pladser i kontrolleret familiepleje (Bjerrum, 1998:54). Bjerrum (1998) angiver, at der i 1900-tallet var flest behandlingspladser i starten af 1940'erne. I 1960'erne nedlægges den kontrollerede familiepleje, og antallet af plejehjemspladser udvides. Der var fra 1945 og frem til 1965 et fald i dækningen i både sygehus- og plejehjemspladser, som i 1965 var på 2,6 pladser pr. 1000 indbyggere (Bjerrum 1998:55).

I løbet af 1950'erne og 1960'erne oversteg efterspørgslen efter pladser fortsat udbuddet, og der blev gentagne gange lavet planer for udbygningen af psykiatrien, som imidlertid ikke blev realiseret (Bjerrum, 1998). Det fik psykiatere og Sundhedsstyrelsen til at koble psykiatrien sammen med det somatiske sygehusvæsen for at blive omfattet af den der gældende udbygningstakt. Det lykkes med Folketingets beslutning i 1976, hvor amterne overtog ansvaret for hele sygehusvæsenet, og psykiatrien blev en del af et samlet sygehusvæsen. Behandlingen og de psykiatriske læger blev samlet på en medicinsk/kirurgisk behandlingsinstitution. Statens direktorat for hospitaler for sindssyge pegede uden held på, at relationen til socialvæsenet burde beskrives og diskuteres mere indgående, inden en ny struktur blev lagt fast (Bjerrum, 1998:92).

2.3.2 Psykiatriens institutionelle struktur efter 1976

Loven fra 1976 tog udgangspunkt i de nye muligheder for behandling og var påvirket af kritikken af de store og omfattende psykiatriske totalinstitutioner og anti-psykiatribevægelsen (se også Kelstrup, 1983). Et vigtigt argument for Folketingets beslutning i 1976 lader dog også til at have været de økonomiske forhold (Bjerrum, 1998). Nogle håbede, at efterslæbet i behandlingskapacitet ville blive sikret ved at integrere sindslidelser i et samlet sygehusvæsen. Andre håbede på at etablere en billigere distriktskykiatrisk behandling, som blev et dominerende mål, der blev fremhævet i Indenrigsministeriets vejledning fra 1977. Der blev lagt op til, at ambulans behandling i samklang med den nye medicin måtte føre til en billig og bedre behandling, uden at det dog blev defineret nærmere.

Det blev således amternes opgave at udvikle såvel distriktskykiatri som psykiatrien som helhed i et samlet sygehusvæsen. De skulle udnytte de nye behandlingsformer mere effektivt end statshospitalerne, hvor antallet af pladser skulle minimeres. I udgangspunktet var hospitalsplejehjem for langvarigt syge også en del af sundhedsvæsenet, men de blev i 1987 skilt ud i en særlig afdeling i amternes socialforvaltning. Der flyttes således 2732 plejehjemspladser fra sundhedssektoren til socialektoren. Da kommunerne samtidig hjemtog ældre demente beboere til deres egne plejehjem, blev disse pladser i stigende omfang optaget af psykisk syge (jf. Amtsrådsforeningen, 2001).

I slutningen af 1980'erne bliver det klart for politikerne, at distriktspsykiatrien ikke udbygges i samme takt som sygehuspladser nedlægges.⁹ Amterne udnyttede det økonomiske bloktilskud til psykiatrisk behandling til andre formål, og det blev tydeligt, at distriktspsykiatrien blev etableret i et tempo, som langt fra modsvarede nedlæggelsen af sengepladser. Folketinget vedtog derfor i 1991 en dagsorden, der pålagde amterne at intensivere udbygningen.

Samtidig blev der sat midler af til at udvikle en institutionel nydannelse i form af socialektorpsykiatrien. Den rummede de sociale botilbud og førte til forsøg med en særlig støtte- og kontaktpersonordning, et øget antal væresteder, og nye indsatser over for de psykisk syge hjemløse, der ofte blev betegnet som dobbeltdiagnosticerede (misbrugere og personer med en sindslidelse).

Socialektorpsykiatrien blev lokaliseret hos kommunerne, der fik ansvar for personer med en sindslidelse, som opholdt sig i eget hjem. De nye initiativer byggede grundlæggende på, at borgeren frivilligt indgik i relationer med andre borgere og med de opsøgende støtte-kontaktpersoner. De sidste fik til opgave at støtte dem i hverdagslivet og i den sammenhæng sikre deres behandling. De kommunale professionelle fik derved til opgave at sikre borgerens adgang til almindelige sociale rettigheder. De opsøgende medarbejdere skulle færdes og handle i de miljøer, personer med en sindslidelse befandt sig i, og agere på deres præmisser også i forbindelse med den behandling, som den medicinske psykiatri tilbød.

Sammenfattende kan det konstateres, at der lægges tre behandlingsspor ud i 1980'erne: sygehusbehandling, ambulant behandling (distriktspsykiatri) og sociale institutioner i amtsligt regi. I 1990'erne bliver det suppleret med et fjerde spor – socialektorpsykiatrien – som blev placeret hos kommunerne, og tager udgangspunkt i dem, som opholder sig i eget hjem eller er hjemløse. Med strukturreformen fra 2007 bliver alle sociale institutioner for sindslidende samlet hos kommunerne, og sygehusbehandling/distriktspsykiatrien i regionerne.

De psykiatriske behandlingsinstitutioner er dermed placeret som sundhedssektorens indsats i regionerne og socialektorens indsats i kommunerne. Behandlingen af psykisk syge eller personer med sindslidelse kan i 2012 beskrives i følgende oversigt:

9 Frygten for den manglende udbygning blev formuleret allerede i begyndelsen af 1980'erne, hvor bl.a. psykiateren Kelstrup (1983:284) advarede om: "Den største fare i distriktspsykiatrien i dag synes således at være, at de psykiatriske planlæggere og offentlige myndigheder i progressivitetens og fremskridtets navn griber forslagene og ideerne i distriktspsykiatrien, realiserer nedskæringerne af de psykiatriske institutioner og det etablerede psykiatriske behandlingsapparat og undlader at investere og afsætte ressourcer til en alternativ form for psykiatri." (s. 284).

	Sundhedssektor i region	Socialsektor i kommune
Døgntilbud	Sygehusbehandling	Botilbud
Dagtilbud – hjemmeboende	Psykiatriske skadestuer Distriktpsykiatri Opsøgende psykoseteam Privatpraktiserende psykiatere	Støttekontaktpersonordning Bostøtteordning Væresteder/ aktivitetssteder Beskyttet beskæftigelse

(Inspireret af Bratbo et al., 2008)

De respektive institutioner sætter ud fra deres behandlingsopfattelser ind på at behandle personer med en sindslidelse. Det kan være en behandling, som fører til helbredelse, men også en behandling, som i kortere perioder eller mere permanent indebærer, at der drages omsorg for de pågældende, mens de opholder sig i eller uden for eget hjem. De forskellige behandlingsperspektiver og institutionernes organisatoriske tilhørsforhold har i længere tid givet behov for at koordinere indsatsen (se fx Ebsen et al., 2003). Et løbende tema i indsatsen er derfor, hvordan der sikres en balance mellem specialisering og behandling for den enkelte og institutioner på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet, familien og andre borgere, m.m. Og ikke mindst hvordan kapaciteten i de respektive dele udbygges i forhold til hinanden.

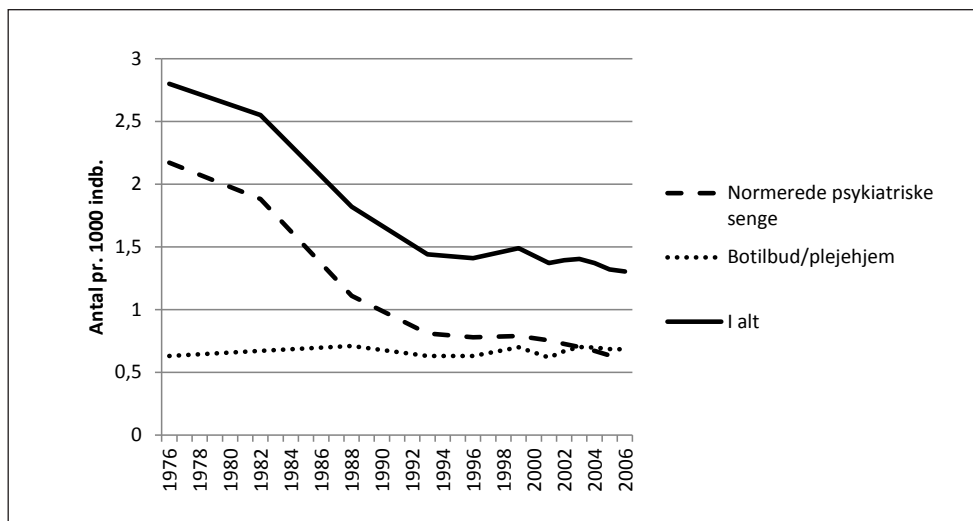
2.3.3 Behandlingskapacitet

I det følgende belyses de fire systemer: sygehuspladser, social botilbud, distriktpsykiatri og ophold i eget hjem, hvor Folketinget besluttede at omlægge indsatsen i 1976.

Sygehusbehandling og botilbud – døgntilbud

I perioden før 1980 blev den største del af de psykisk syge placeret på statshospitaller, som var døgntilbud fordelt på specialiserede sygehuse, sygehusafdelinger og hospitalsplejehjem. Da hospitalsplejehjem skilles ud i 1987, bliver de til sociale institutioner med døgndækning, og fra 1998 bliver de benævnt botilbud. Udviklingen i disse pladser er vist i figur 2.2.

Figur 2.2 Antallet af døgnpladser på sygehuse og i socialpsykiatrien fra 1976-2006 pr. 1000 indbyggere.



Kilde: Amtsrådsforeningen (2001) for begge grupper til og med 2000. For de normerede psykiatriske senge er tallene fra 2001 til 2007 fra Danske Regioners notat fra 20. april 2010 med beregning af kvotienten ud fra Danmarks Statistiks befolkningstal. Bemærk at der indtil 2002 kun er tal for 1976, 1982, 1988, 1993, 1996 og 1999. For botilbud er det statistik fra Danmarks Statistik fra 2001-2006. Der er ikke valide data fra Danmarks Statistik for 2007 og 2008 for botilbud på grund af strukturreformen fra 2007.

Figur 2.2 viser et kraftigt fald i antallet af normerede sygehuspladser fra 1976 til 1993, der falder fra 2,2 pladser pr. 1000 indbyggere i 1976 til 0,8 i 1999 og 0,6 i 2007.

Antallet af pladser i de sociale botilbud udvikler sig svagt stigende, hvilket Amtsrådsforeningen (2001) i 1990'erne tilskriver en række satspuljeforlig, hvor der blev etableret 925 nye pladser. Foreningen forventede yderligere, at der blev etableret 1200 pladser efter satspuljeforlig i 1999 og 2000, hvilket ikke skete, da niveauet forblev det samme.

Hvis der korrigeres for antallet af døgnpladser i sociale institutioner på området, bliver det samlede fald i antallet af døgnpladser lidt mindre fra 2,8 i 1976 til 1,5 i 1999 og yderligere til 1,3 i 2006. Det samlede antal har stabiliseret sig med en vigende tendens for sygehuspladser og en svag stigning for botilbud. Samlet set er niveauet for døgnopholdspladser betydeligt under det antal pladser, som var gældende i 1976.

Amtsrådsforeningen har opgjort udgiftsstigningen i samme periode og kan konstatere, at udgifterne til botilbud stiger kraftigere end antallet af pladser. Foreningen konkluderer derfor, at beboergruppen er betydeligt mere handicappet end tidligere (Amtsrådsforeningen, 2001:18). Udgifterne til bosteder ser ud til fortsat at stige kraftigt fra 2002 til 2010, men falder i det seneste år 2011 (Krevi,

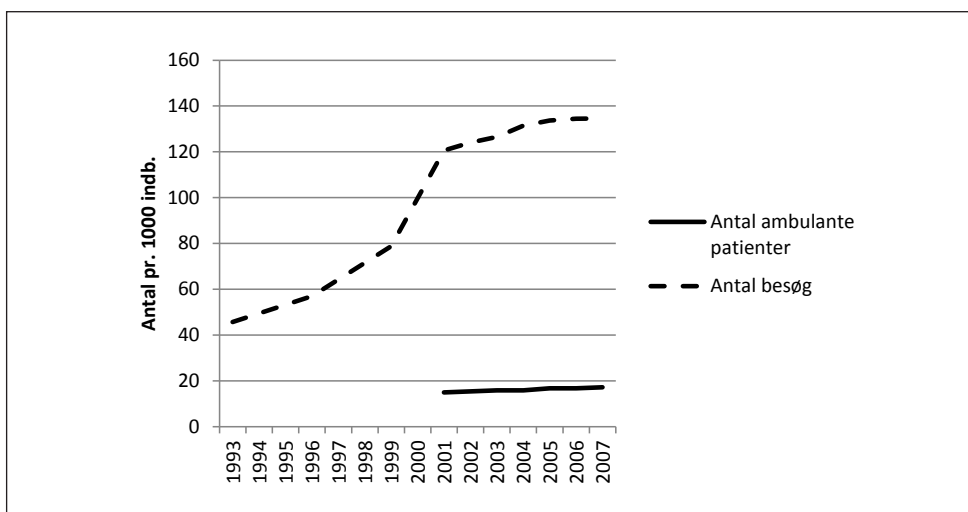
2012).¹⁰ Hvis det sammenholdes med udviklingen i antallet af botilbudspladser tyder det mere på en fortsat øgning af omkostninger pr. plads og mindre på en øgning i antallet af pladser. Det indikerer, at der sammenlignet med situationen på statshospitalerne før 1980 sandsynligvis er sket en forskydning, hvor flere af de mest behandlingskrævende efterfølgende opholder sig permanent i botilbud (plejehjem).

Distriktspsykiatri-ambulante tilbud

Intentionen med loven fra 1976 og Folketingets beslutning fra 1991 var at mindske antallet af døgnpladser og erstatte dem med et øget tilbud i distriktspsykiatrien og en mere omfattende støtte til at bo i eget hjem.

Det første selvstændige distriktspsykiatriske center blev etableret i Århus i 1985 (Bartels, 2005). Det er tydeligt, at udbygningen af distriktspsykiatrien først for alvor kommer i gang efter Folketingets beslutning i 1991. De første registreringer af den ambulante behandling fremkommer først systematisk fra 1995, og udviklingen er vist i følgende figur:

Figur 2.3 Antal ambulante behandlede patienter og antal besøg pr. 1000 indbyggere, 1993-2007.



Note: Fra 1995 sker registreringen systematisk og rummer deldøgnbesøg og skadestuebesøg, som ikke er med i de tidligere tal. De tidligere tal er fra særlige undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen, hvor Amtsrådsforeningen (2001) angiver, at der sker tredobling af ambulante besøg fra 1976 til 1993. Bemærk at registreringen først er kontinuerlig et-årligt fra 2001. De tidligere registreringer springer i tre års interval, og skyldes de anvendte kilder.

Kilde: Fra 1993 til 1999 er det Amtsrådsforeningen (2001), og efterfølgende er det fra notat af 20.4.2010 fra Danske Regioner.

10 Krevi undersøgelse ser på udgifter til botilbud til såvel handicappede som sindslidende uden at fordele tallene på de to grupper (Krevi 2012:18). Der er konto- og databrud i forbindelse med strukturreformen, hvor de opgjorte udgifter i 2007 og 2008 udtrykker kraftige stigninger sammenlignet med årene før og efter. Fra 2010 til 2011 falder udgifterne, og viser et fald på 5 % i udgifter til botilbud, hvilket sandsynligvis skyldes en reduktion af antallet af pladser.

Figur 2.3 viser den kraftige udvikling i antallet af besøg i 1990'erne. Efter 2000 er udviklingen stabiliseret med en svag stigning. Det samme gælder for antallet af personer, som bliver behandlet ambulant.

Der sker således en forskydning, så udviklingen i det ambulante behandlings-tilbud i sygehusvæsnet kompenserer for udviklingen i sengepladser. Det sker med en vis forsinkelse, så der fra slutningen af 1980'erne til slutningen af 1990'erne mangler behandling, da behovet har været betydeligt større end kapaciteten, som følge af nedregulering i sygehusenes kapacitet for døgnophold.

Støtte- og kontaktpersonordninger, bostøtte, værested, m.m. – socialsektorpsykiatri i hjemmet¹¹

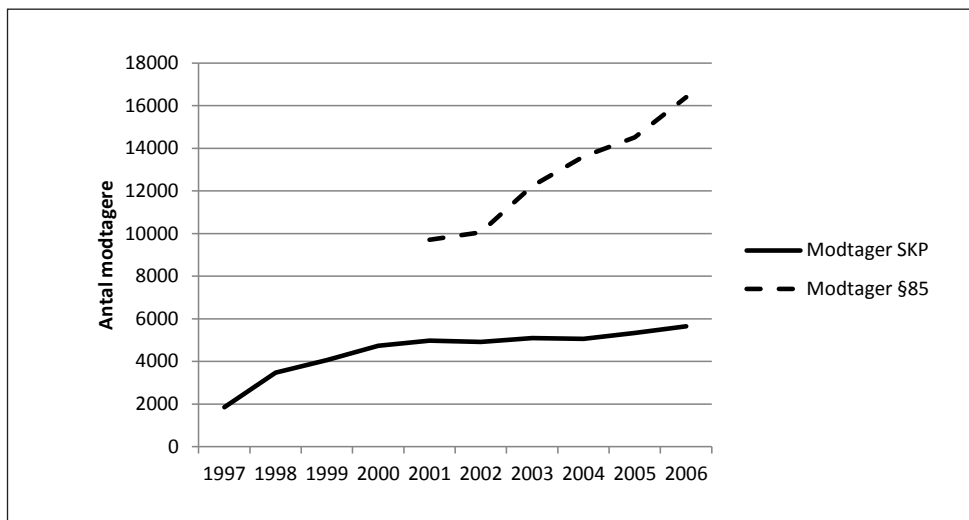
Et vigtigt element i behandlingen af sindslidende efter 1991 blev at øge støtten til personer med en sindslidelse, som opholdt sig hjemme, bl.a. fordi der ikke var kapacitet på sygehuse, og distriktspsykiatrien endnu var under udbygning. Det førte til etablering af en støtte-kontaktpersonordning, som blev obligatorisk for alle kommuner i 1996 (Den Sociale Servicelov §99). Den åbnede for en kontakt til de, som ikke havde adgang til behandling eller de, som var kritiske overfor eller modstander af medicinsk behandling.

Samtidig var der i serviceloven mulighed for at yde en socialpædagogisk støt-teordning, der har til formål at støtte og træne beboere til at opholde sig i egen hjem (Bostøtteordningen, Den Sociale Servicelov §85). Den rummer både hand-icappede og personer med en sindslidelse.

Udviklingen for de to ordninger frem til 2006 ser således ud:

11 Nogle personer med en sindslidelse anvender muligvis BPA-ordningen (Borgerstyret personlig assistance – serviceloven §95 & 96). Den anvendes af ca. 2000 personer i 2010 (Deloitte, 2012). Deloitte-undersøgelsen belyser ikke, hvem der modtager ordningen, og har kun information om 14 % af borgernes tilfredshed. En tidligere undersøgelse tyder på, at det langt overvejende er bevægelseshandicappede, som anvender ordningen (Sandø et al., 2007). Det anslås derfor til kun at være et meget lille antal personer med en sindslidelse, som gør brug af ordningen.

Figur 2.4 Antal personer som på optællingsdagen har støtte- og kontaktperson (Modtager SKP) og bostøtte/socialpædagogisk bistand (Modtager §85).



Note: Modtagere af §85 – bostøtteordning – dækker både handicappede og personer med en sindslidelse.

Kilde: Amsrådsforeningen (2001) for 1997-2001. I de efterfølgende år Socialministeriets oplysninger på hjemmeside sm.dk/nøgletal, som henviser til Danmarks Statistik som kilde. Figuren er kun medtaget til og med 2006, da der er data-brud som følge af kommunalreformen.

Antallet af personer, som modtager støtte-kontaktpersoner stiger kraftigt fra 1997 til 2001, hvorefter væksten stabiliseres. Den indikerer et stort behov for støtte, som især kommer til at rette sig mod personer, som er ensomme, udsatte og for nogles vedkommende også misbrugere og hjemløse. De seneste tal fra 2010 til 2011 tyder på et svagt fald i antallet af modtagere fra 2010 til 2011, hvor 3599 personer er registrerede brugere.

Bostøtteordningen indgår i 1990'erne i den sociale servicelov samtidig med støtte-kontaktpersonordningen. Antallet af modtagere stiger imidlertid kraftigt (69 pct.) fra 2001 til 2006, og yderligere fra 2009 til 2011 med 22 pct. Det er således den hurtigst voksende aktivitet på området. I en undersøgelse af bostøtteordningen for sindslidende fra 2011 angives, at kommunerne bruger ordningen efter samme retningslinjer som støttekontaktpersonordningen eller som aktiviteter, som er mere målrettede mod aktiviteter og samvær med andre (Bengtsson et al., 2012). Undersøgelsen angiver også, hvordan bostøtteordningen nogle steder bruges til at nedbringe behovet for botilbudspadser. Bostøtteordningen er karakteriseret af en centraliseret visitation i modsætning til ideen i støtte-kontaktpersonordningen, som tager udgangspunkt i kontakten med gruppen af sindslidende samt personer med misbrug og hjemløshed.

Kommunerne udbygger yderligere antallet af aktivitets- og samværstilbud (Serviceovens § 104). Der tilbydes ofte mad, aktiviteter og samvær med ligestillede. Antallet af modtagere stiger iflg. Danmarks Statistik svagt frem til 2006.¹² Fra 2009 til 2011 stiger antallet af sindslidende i tilbuddene, og udgør en nogenlunde konstant andel af deltagerne (35 pct. eller 8077 personer i 2011).

Antallet af modtagere i beskyttet beskæftigelse falder fra 2001 til 2006 med 12 pct., men er nogenlunde konstant fra 2009-2011, hvor andelen af sindslidende i denne ordning når op på 24 pct. svarende til 2180 personer (se note 7).

Personale

Behandlingskapaciteten kan også anskues ud fra personaleudviklingen, hvor der er udarbejdet opgørelser for sygehusbehandlingen, men ikke for socialpsykiatrien.

Antallet af læger på sygehuse stiger med 258 pct. fra 1976 (379) til 1999 (909) (Amtsrådsforeningen, 2001:9). Samtidig falder antallet af det samlede antal ansatte med 10 pct., så lægernes andel vokser betydeligt i perioden. I distriktspsykiatrien vokser antallet af lægestillinger fra 155 i 1993 til 215 i 1998, som var en lidt mindre vækst end i den samlede personalegruppe (Socialministeriet et al. 1999:57). Efter år 2000 og frem til 2008 stiger antallet af læger med godt 10 pct. til 1226 samtidig med, at det samlede antal ansatte fortsat falder med godt 10 pct. (Danske Regioner, 2009).

Der sker således en stærk faglig specialisering af behandlingen, som yderligere forstærkes af, at antallet af psykologer i det seneste tiår stiger med 63 pct. fra 2001 til 2007 (Danske Regioner, 2010:7). Det tyder på, at det faldende antal sengepladser bliver kompenseret af et stigende antal læger og psykologer, der har til opgave at gennemføre behandling. Det følges af en minimering af den del af personalet, som har til opgave at skabe en dagligdag rundt om behandlingen og ikke mindst sikre kontakten på tværs til de pårørende og til de kommunale systemer, når borgeren udskrives eller skal have supplerende behandling.

Privatpraktiserende speciallæger – psykiatere – udgør en særlig behandlingsform parallelt med sygehusvæsnets og socialektorens psykiatri. Antallet af privatpraktiserende speciallæger faldt fra 222 i 1982 til 153 i 1999, samtidig med at antallet af konsultationer samt udgifter til psykiatere blev tredoblet (Amtsrådsforeningen, 2001:15). Yderligere har psykologer fået udvidet muligheden for at behandle, og antallet af ydelser til voksne voksede fra 2006 til 2008 med 13 pct. (Danske Regioner, 2009).

Der kan desværre ikke gives et komplet billede af udviklingen i personalesammensætningen, da der ikke findes tal for personalet i socialektorpsykiatrien.

¹² Her refereret fra Socialministeriets opgørelse på www.sm.dk/noegletal/... den 17.6.2012

2.3.4 Udviklingen i den samlede behandlingskapacitet

Den samlede behandlingskapacitet siden den principielle lovændring i 1976 kan opsummeres i tre perioder. Den første periode, som går fra 1976 til starten af 1990'erne, er karakteriseret af et samlet fald i antallet af behandlingspladser i forbindelse med overflytningen af behandlingen fra stat til amt:

- Antallet af pladser på sygehuse falder kraftigt i løbet af 1980'erne.
- Antallet af plejhjemspladser og botilbud er nogenlunde stabilt.

Der opstår i den første periode et underskud af behandlingspladser. Den anden periode – udbygningsperioden – går fra starten af 1990'erne til 2000. Den er præget af:

- Der sker en kraftig udbygning af den ambulante behandling i distriktpsychiatrien.
- Der sker en kraftig udbygning af socialektorpsykiatrien i kommunerne, som sigter på at støtte borgere med sindslidende i eget hjem i form af støttekontakt-personordningen, bostøtteordning og værestedspladser.
- Antallet af botilbud stiger svagt. Der sker en begrænset udbygning af sociale botilbud for personer, som langvarigt er sindslidende.
- Der sker et skifte i sygehusenes bemanding, hvor antallet af læger stiger kraftigt, samtidig med at antallet af øvrigt personale reduceres. Det kan tolkes som et skift til en mere målrettet medicinsk behandling, hvor der bliver mindre omsorgspersonale – muligvis fordi de i stedet ansættes i socialektorpsykiatrien.
- Antallet af privatpraktiserende psykiatere falder.

Den tredje periode – stabiliseringsperioden – som går fra 2000 og frem, er karakteriseret ved en konsolidering af den i dag gældende differentierede struktur:

- Antallet af sengepladser på sygehusene falder kun svagt fra 2000.
- Antallet af personer i ambulante behandling er stabilt fra 2004, selvom det samlede personaleantal falder.
- Antallet af botilbud er nogenlunde stabilt.
- Udbygningen af støtte-kontaktpersonordningen stabiliseres og omfatter i 2011 færre sindslidende end i 2010. Bostøtteordningen udbygges kraftigt efter 2002 og er fortsat i stigning. Det kan tolkes som et skift fra en mere brugerstyret til en myndighedsstyret ordning, der samtidig kan medvirke til at nedbringe antallet af personer i botilbud.

- Skiftet i sygehuspersonalet fortsætter med en fortsat stigning i antallet af læger, som suppleres af et stærkt stigende antal psykologer. Det følges af et fortsat fald blandt andet personale. Tendensen fra den tidligere periode med et mere målrettet behandlingspersonale og færre professionelle omsorgspersoner fortsætter.
- Antallet af behandlinger af privatpraktiserende psykiatere og psykologer stiger og indikerer en stigende efterspørgsel efter individuel støtte.

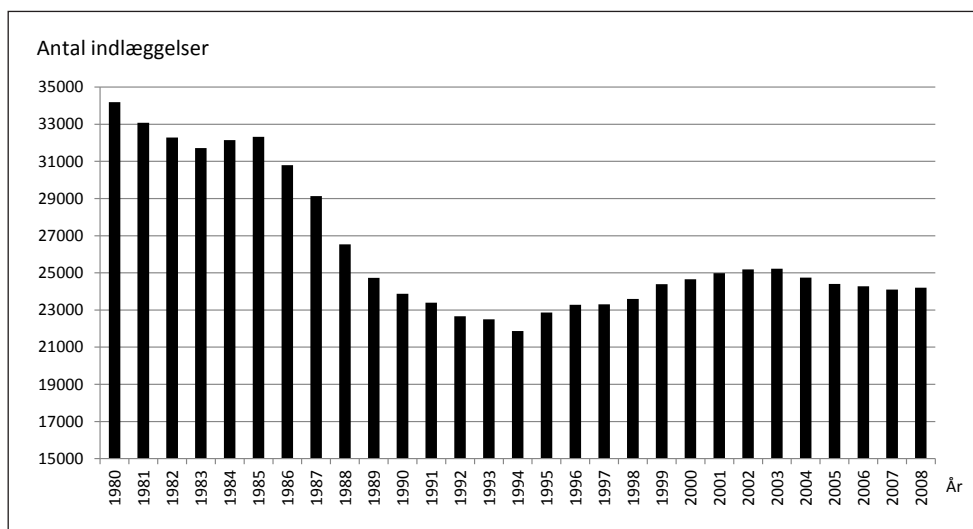
2.4 Sygehusbehandling og ambulante behandling fra 1980 til 2008

2.4.1 Antallet af behandlede

Målet med det følgende er at undersøge udviklingen i den gruppe af psykisk syge, som var indlagt på sygehusene fra 1980 til 2008 (fra 1994 også de ambulante i distriktspsykiatrien). Det er en afgrænsning, som ikke medtager de syge eller sindslidende, der opholder sig i sociale institutioner eller er omfattet af de kommunale støtteordninger i hjemmet. Den rummer heller ikke de syge/lidende, som ikke er i kontakt med behandlingssystemet fx hjemløse.

Figur 2.5 viser udviklingen i antallet af personer, der har været indlagt til psykiatrisk behandling på et sygehus hvert år fra 1980 til 2008 (heldøgnsindlæggelser). Deldøgnsindlæggelser og ambulante indlæggelser er vist i figur 2.6.

Figur 2.5: Antal indlagte personer i alt, 1980-2008, heldøgnsindlæggelser.



Note: Hvis en person har været indlagt flere gange på samme år, tæller denne person kun én gang.

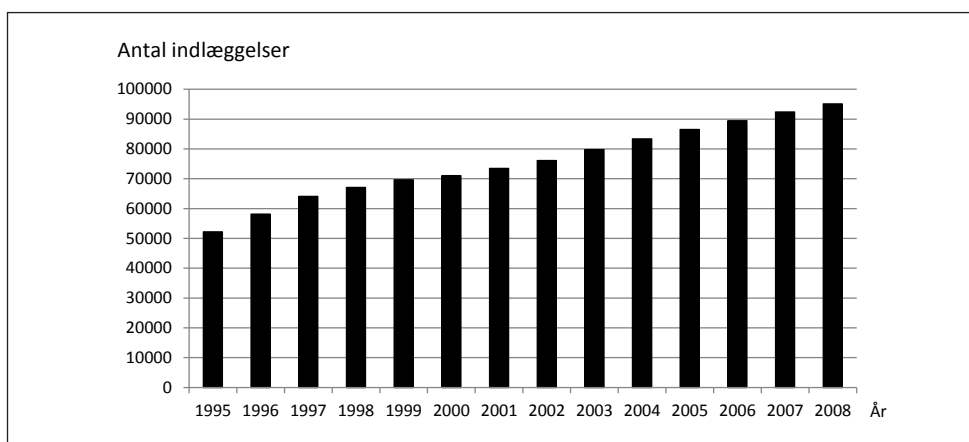
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Hvis der tages udgangspunkt i 1980'erne, sker der et mindre fald i antallet af heldøgnspatienter frem til 1983. Fra 1983 til 1985 er der en svag stigning. Fra 1985 falder antallet af heldøgnspatienter betydeligt – med ca. 30 pct. frem til 1994. Fra 1994 stiger antallet af behandlede igen med 15 pct. frem til 2003, hvorpå der er en svag faldende tendens i perioden frem til 2008. I 2008 ligger antallet af indlagte over antallet fra 1994 (17 pct.).

Udviklingen følger udviklingen i kapaciteten jf. figur 2.2, og nedlæggelsen af sengepladser slår igennem på antallet af behandlede fra 1986 til 1993, men det sker i mindre omfang, end kapacitetsændringen tilsiger. Derefter stiger antallet af indlagte personer samtidig med, at kapaciteten fortsat falder, hvilket kan forklares af de generelt kortere indlæggelsestider.¹³ således at flere med sindslidelser behandles på kortere tid på sygehuse. Det samlede antal af personer, der har været heldøgnsindlagt, er faldet over hele perioden – fra 1980 til 2008. Som nævnt ovenfor blev der taget en bevidst politisk beslutning om at flytte dele af behandlingen af sindslidelser over til det ambulante psykiatriske behandlingssystem fulgt af en etablering og siden en udvidelse af socialektorpsykiatrien.

Udviklingen i antallet af personer i den ambulante behandling fra 1995 til 2008 er vist i figur 2.6.

Figur 2.6: Antal personer i alt, 1995-2008, ambulante behandlede og halvdøgnsindlæggelser.



Note: Hvis en person har været indlagt flere gange på samme år, tæller denne person kun én gang. De ambulante indlæggelser dækker både distriktspsykiatri og ambulatorier på sygehusene, som er karakteriseret ved at være ledet af psykiatriske læger.

Kilde: Rockwool Føndens Forskningsenhed

13 I regeringens statusrapport fra 1999 (Socialministeriet og Sundhedsministeriet, 2000:34) angives, at tal fra 1995 til 1999 tyder på kortere indlæggelsestider.

Antallet af personer, som modtager ambulante behandling, stiger med 73 pct. over en 15-årig periode fra 1995. Der er i 1995 52.193 personer, som modtager ambulante behandling, hvilket tyder på, at faldet i antallet af sengepladser på dette tidspunkt bliver kompenseret af den ambulante behandling. Den efterfølgende stigning sandsynliggør, at efterslæbet fra nedgangen i sengepladser i stigende omfang bliver kompenseret af en distriktspsykiatrisk behandling.

Hvis det sammenholdes med udviklingen i socialsektorpsykiatriens kapacitet, tyder det på, at nedgangen i sengepladser kompenseres af udbygningen på andre felter. Der bliver samlet set udbygget en række tilbud til at sikre, at personer med sindslidelse behandles, mens de opholder sig i eget hjem.

Tallene tyder ikke på, at nedlæggelsen af sengepladser i det lange løb kun kan forstås som et resultat af besparelser. Det må snarere ses som et resultat af en forandring af indsatsen i en form, som er i overensstemmelse med den omprioritering, som blev formuleret med Folketingets beslutninger i 1976 og 1991.

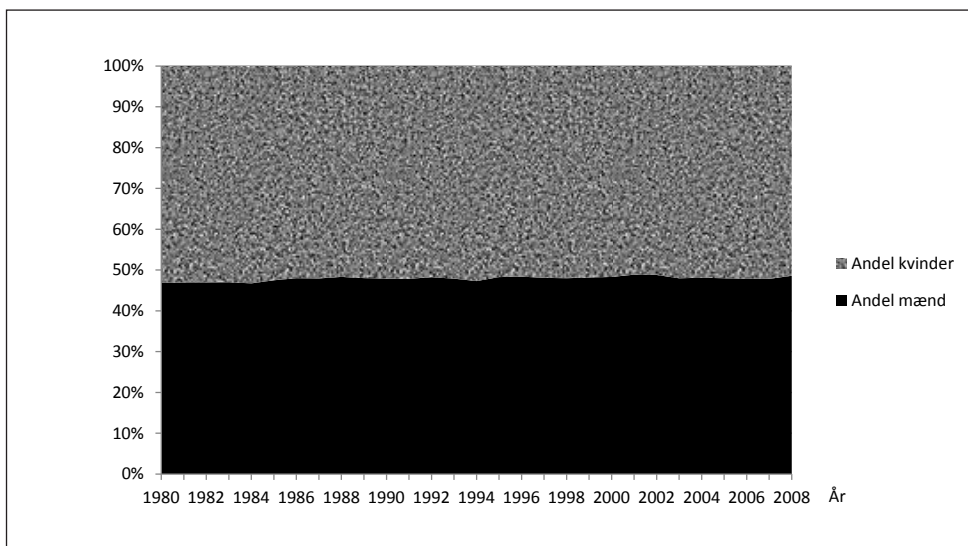
Hvorvidt udbygningen i de ambulante og kommunale, sociale tilbud er tilstrækkelig i forhold til behovet, kan betvivles. Der har været en stigning i efterspørgslen efter psykiatrisk behandling, og fx ventelister til børne- og ungebehandling i sygehuspsykiatrien indikerer, at behovet er større end behandlingskapaciteten (Sundhedsstyrelsen, 2006).

2.4.2 Demografiske karakteristika ved de indlagte og ambulante behandlede

I det følgende undersøges køn, alder og etnicitet for at se, om gruppen af de indlagte og ambulante behandlede ændrer sig over tid, og hvorvidt gruppen adskiller sig fra den øvrige befolkning på disse karakteristika.

Der er en lille overvægt af kvinder i sygehuspsykiatrien. I figur 2.7 vises fordelingen af mænd og kvinder blandt heldøgnspatienterne på de psykiatriske afdelinger i Danmark fra 1970 til 2008.

Figur 2.7: Andel kvinder og mænd indlagt på et psykiatrisk hospital 1980 til 2008, heldøgnspatienter.



Bemærk: I figuren tæller alle personer kun med én gang for hvert år. Er en kvinde således indlagt 3 gange på et år, så tæller hun kun som én gang for dette år.

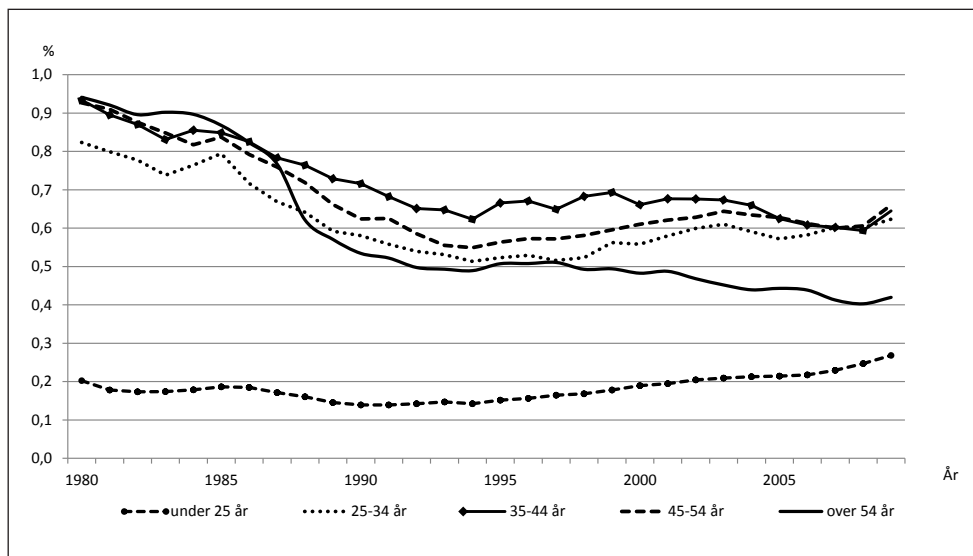
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I hele perioden er der ca. 50-54 pct. kvinder og 46-50 pct. mænd, som er indlagt til psykiatrisk behandling på sygehusene. I befolkningen er der 51 pct. mænd i hele perioden, hvilket giver en lille overrepræsentation af kvinder blandt de indlagte, som imidlertid er faldende, så der er en næsten ligelig fordeling i de seneste år.

Der er blandt de ambulante og halvdøgnspatienterne en lidt større repræsentation af kvinder (fra 58 pct. i 1995 til 54 pct. i 2008). Men også her er tendensen en mere ligelig kønsfordeling i slutningen af perioden.

Figur 2.8 viser aldersfordelingen blandt de personer, der har været heldøgnsindlagt på et psykiatrisk hospital i årene 1980 til 2008. Da vi over tid har set en ændring i befolkningssammensætningen, således at der er kommet flere ældre og færre yngre i befolkningen, har vi korrigeret for udviklingen i alderssammensætningen i det enkelte år.

Figur 2.8: Indlagte heldøgnspatienter på psykiatriske afdelinger fordelt på aldersgrupper. Andel indlagte ud af samtlige personer i samme aldersgruppe, 1980-2008.



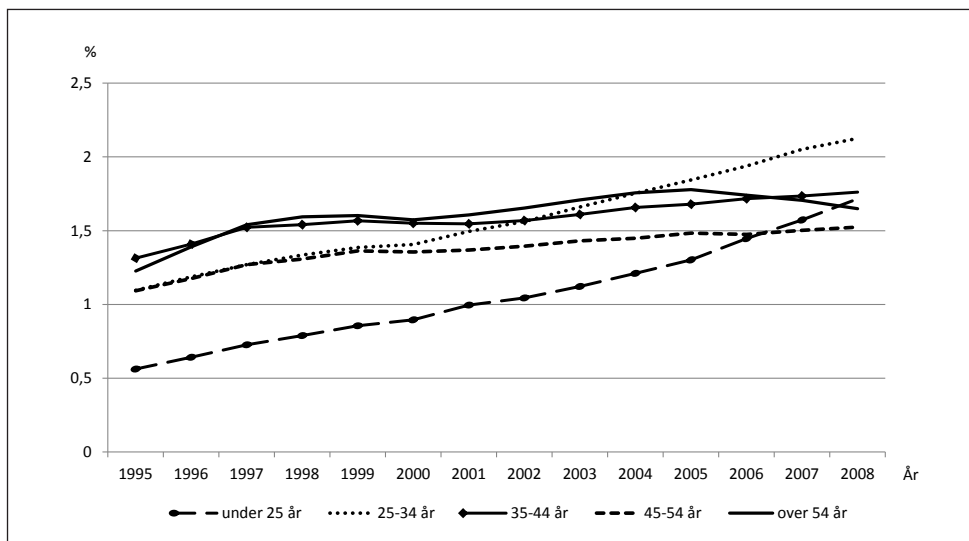
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I perioden frem til midten af 1990'erne er der et fald i andelen af personer i alle aldersgrupper, som er heldøgnsindlagte, hvilket stemmer overens med faldet i antallet af sygehuspladser især i slutningen af 1980'erne. Andelen af unge under 25 år, der er indlagt, er mindst påvirket af faldet i sengepladser.

I perioden fra midten af 1990'erne er billedet mere varieret. Der er en stigning i andelen af indlagte i de yngre aldersgrupper. Især er det påfaldende, at gruppen af 25-34-årige stiger til et niveau, der svarer til de ældre aldersgrupper, da en ældre person har større mulighed for at have opdaget eller pådraget sig en sindslidelse end en yngre. Også andelen af de helt unge under 25 stiger markant fra starten af 1990'erne og frem til 2008 (ca. 60 pct.), og niveauet for denne gruppe er højere i 2008 end i 1980. Andelen af indlagte i gruppen over 54 år falder over hele perioden – men oplever, som de andre aldersgrupper, det største fald fra 1983 til 1990.

Figur 2.9 viser aldersfordelingen blandt ambulantly behandlede eller halvdøgnsindlagte på psykiatriske hospitalsafdelinger i årene fra 1995 til 2008. Som i figur 2.8 kontrollerer vi for ændringer i alderssammensætningen.

Figur 2.9: Ambulant behandlede og halvdøgnspatienter på psykiatriske afdelinger fordelt på aldersgrupper. Andel ud af samtlige personer i samme aldersgruppe 1995-2008.



Bemærk: Figuren for ambulante og halvdøgnsindlæggelser er opgjort fra 1995, da dette var året, hvor der ambulante behandlinger startede med at blive registreret.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 2.9 viser, at de ambulante behandlinger stiger for alle aldersgrupper op gennem 1990'erne og frem til i dag, hvilket følger udviklingen i behandlingsskapaciteten. Den viser også, at andelen af personer, der modtager hjælp, stiger hurtigere i de yngre aldersgrupper. Andelen af personer under 25 år, som behandles, bliver næsten tredoblet fra 1995 til 2008 og stiger betydeligt hurtigere end andelen i samme aldersgruppe, som bliver indlagt, jf. fig. 2.8. Det er således 30 pct. af de behandlede, som er under 25 år i 2008, mod 17 pct. i 1995, og for de over 45 år er de tilsvarende tal 40 og 47 pct.

Samlet set sker der en væsentlig forskydning i aldersgrupperne, således at der sker en betydelig større behandling af personer i de yngre aldersgrupper end tidligere. Der kan være forskellige forklaringer på forskydningen. Det kan skyldes mindre stigmatisering, nye diagnoser m.m., men det kan også være, at forandringen af behandlingssystemet med færre sengepladser, øget ambulante behandling og en øget socialsektorpsykiatri har øget mulighederne for at behandle yngre personer.

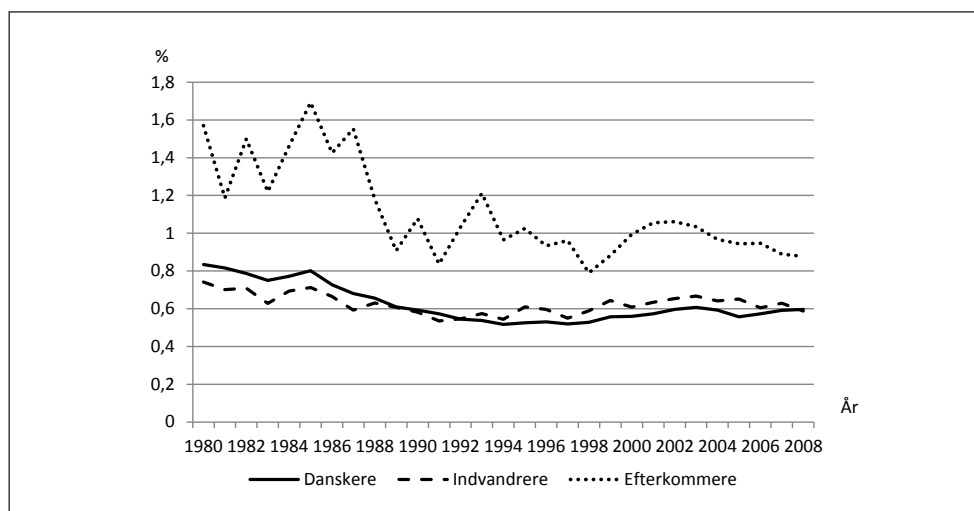
Det samlede antal, der behandles, er dog steget for alle aldersgrupper fra 1995 og frem.

2.4.3 Etnicitet i sygehuspsykiatrien

Figur 2.10 viser andelen af indvandrere og etniske danskere, der har været indlagt som heldøgnspatient fra 1980 til 2008. Vi har i figur 2.10 korrigeret for antallet af indvandrere, da andelen af disse ændres betydeligt over tid. Samtidig har vi valgt kun at se på de 25-35-årige, da der er betydelig forskel på alderssammensætningen blandt etniske danskere og indvandrere, og vi derved får mere sammenlignelige grupper.

Indvandrerne udgør kun en mindre, men stigende andel af hele befolkningen og udgør også kun en mindre andel personer med en sindslidelse på de psykiatriske hospitaler fra 1980 til 2008. Dette gælder især også for efterkommere, hvor vi har meget få observationer, især frem til midten af 1990'erne.

Figur 2.10: Indlagte psykiatriske patienter (heldøgnspatienter) fordelt på etnicitet. Andel indlagte ud af samtlige personer i samme etnicitetsgruppe 1980-2008. Kun 25-35-årige i hvert år.



Note: I gruppen af indvandrere indgår personer, der er født i udlandet, og hvis forældre (eller den ene, hvis der ikke findes oplysninger om den anden) er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer. I gruppen af efterkommere indgår personer, der er født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er danske statsborgere, eller ingen er født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. I gruppen af danskere indgår personer, hvor mindst en af forældrene er dansk statsborger og født i Danmark, uanset personens eget fødeland og statsborgerskab. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, tilhører personen gruppen af danskere, hvis personen er dansk statsborger og født i Danmark.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 2.10 viser, at når vi ser på gruppen af 25-35-årige, så er der stort set lige mange blandt etniske danskere og indvandrere, der er heldøgnsindlagt over hele perioden 1980 til 2008. Dog lader der til at være en større andel af danskere frem til 1990, mens andelen af indvandrere er lidt større i perioden efter 1990. Andelen af efterkommere ligger højere end både danskere og indvandrere. Det skal dog bemærkes, at der er meget få blandt efterkommere, der er heldøgnsindlagt, og dette giver en relativ stor usikkerhed i tallene.

Ser vi på hele gruppen af danskere, indvandrere og efterkommere – og altså ikke kun de 25-35-årige – så ser vi en overrepræsentation af indvandrere og underrepræsentation af efterkommere blandt de heldøgnsindlagte, som i høj grad kan forklares af alderssammensætningen for disse grupper.

2.4.4 Diagnoser hos indlagte og ambulant behandlede

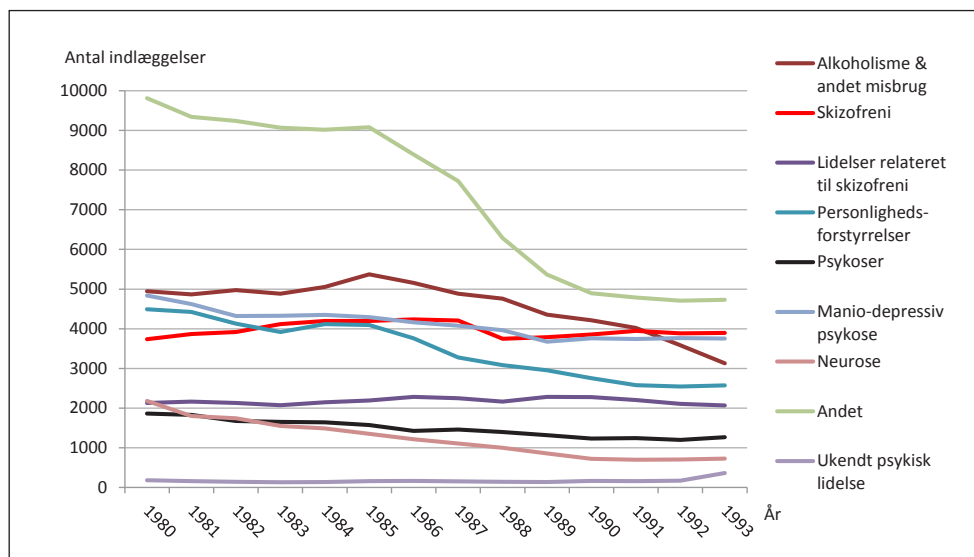
Diagnoser anvendes til at klassificere psykisk sygdom og er udgangspunktet for den behandling, som sygehuse leverer. Diagnoser i psykiatrien skifter karakter i 1994, da klassifikationssystemet ændres fra ICD-8 til ICD-10, og det udtrykker et skifte i forståelsesrammen for diagnoser. ICD-8 er baseret på ætiologiske forklaringer og ICD-10 på fænomenologiske, der klassificerer på grundlag af fremtrædelsesformer. Det fører til en udvidelse i antallet af diagnoser i 1994, og at nogle diagnoseklassifikationer kommer til at rumme tidligere kategorier, som var placeret under andre hovedgrupper (se fx Kessing, 1998).

I det følgende er der anvendt aktionsdiagnosen med længst indlæggelsestid for hver person. Det betyder, at den indlagte kan have andre aktionsdiagnoser og en eller flere bidiagnoser, som ikke indgår i de følgende figurer. Udgangspunktet for denne udvælgelse er, at aktionsdiagnosen giver det væsentligste grundlag for behandlingen på sygehusene, og den diagnose, der har haft den længste indlæggelse, antages at være den dominerende.

Udviklingen i diagnosefordelingen blandt de indlagte for perioden før 1994 er vist i figur 2.11.¹⁴

14 I de følgende diagnosefigurer tæller hver indlagt person kun med én gang pr. år, og hvis der er flere indlæggelser, tildeles diagnosen ved den længste indlæggelse i året.

Figur 2.11: Udviklingen i antal indlagte fordelt på diagnoser fra 1980 til 1993.



Note: Følgende ICD-8-koder er benyttet til opdeling på diagnoser: Alkoholisme og andet misbrug: 30309-30499, Skizofreni: 29509-29599, Lidelse relateret til skizofreni: 29709-29799 + 29826-29889, Personlighedsforstyrrelse: 30109-30199, Psykoser: 29809-29819 + 29899-29909, Manio-depressiv: 29609-29699, Neurose: 30009-30099, Andet: alle andre koder end de nævnte, Ukendt psykisk lidelse: hvis diagnosekode er missing.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

De største ændringer fra 1980 til 1993 i antal indlagte fordelt på diagnosegrupper sker i gruppen af “andet”.¹⁵ Det følges af et fald i antallet af indlagte med personlighedsforstyrrelser, alkoholisme/misbrug og neuroser. De tre førstnævnte falder alle mere end faldet i det samlede antal af indlagte (mere end 34 pct.). I den anden retning stiger antallet af indlagte med en skizofrenidiagnose med 4 pct.

Diagnosefordelingen i 1980, 1986 og 1993 er vist i tabel 1.

15 Kategorien “andet” i ICD-8 omfatter fx medfødte organmisdannelser, skadelige virkninger som følge af lægemidler, forgiftning fra andre midler (se Klassifikation af sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 1986).

Tabel 2.1: Diagnosefordeling i 1980, 1986 og i 1993 i pct. af alle indlagte.

	1980	1986	1993	Diff. fra 1980-1993
Alkoholisme & andet misbrug	14	17	14	-0,6
Skizofreni	11	14	17	6,4
Lidelse relateret til skizofreni	6	7	9	2,9
Personlighedsforstyrrelse	13	12	11	-1,7
Psykosser	5	5	6	0,2
Manio-depressiv psykose	14	14	17	2,5
Neurose	6	4	3	-3,2
Andet	29	27	21	-7,7
Ukendt psykisk lidelse	1	1	2	1,1
I alt	100	100	100	

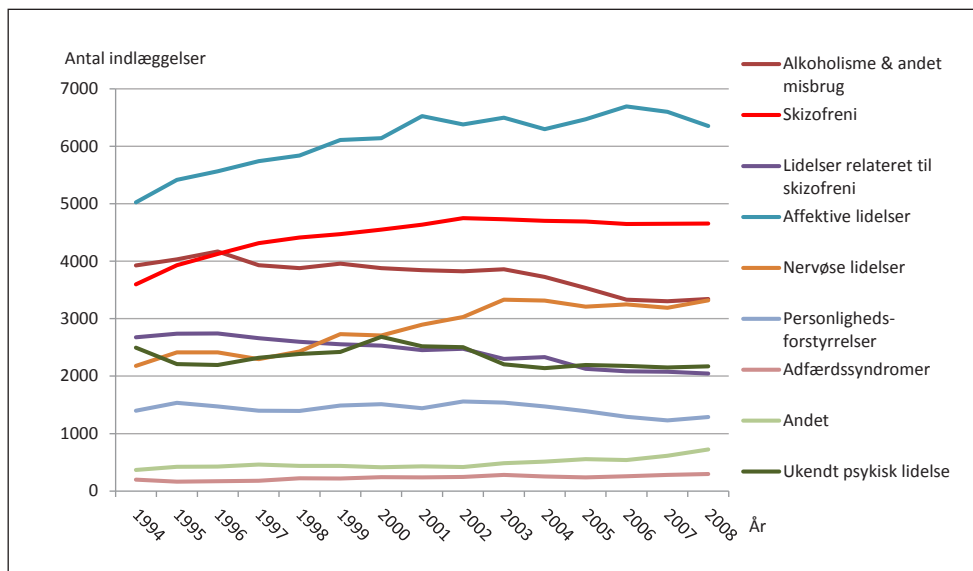
Note: Opdeling på ICD-8-koder fremgår af figur 2.11.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel 2.1 viser, at diagnosefordelingen skifter. I 1980 er de dominerende diagnosegrupper ud over "andet", alkoholisme/misbrug og manio-depressiv psykose. I 1993 er det fortsat andet (21 pct.) og maniodepressivitet, der udgør den største andel (17 pct.), men nu fulgt af skizofreni (17 pct.), der sammen med lidelser relateret til skizofreni tegner sig for 26 pct. Især lader det til, at diagnoserne neuroser og "andet" i mindre grad stilles som aktionsdiagnose på de psykiatriske hospitaler i takt med det faldende antal sengepladser i sygehuspsykiatrien.

Diagnoseforskydningen tyder på, at sygehusene koncentrerer deres aktiviteter om de mest belastende diagnoser. Det er påfaldende, at alkoholisme/andet misbrug udgør en stigende andel frem til 1986, hvorpå andelen falder betydeligt hurtigere end de øvrige diagnoser.

Figur 2.12: Udviklingen i antal indlagte fordelt på diagnoser fra 1994 til 2008.



Note: Følgende ICD-10-koder er benyttet til opdeling på diagnoser: Alkoholisme & andet misbrug: F10-19, Skizofreni: F20, Lidelser relateret til skizofreni: F21-29, Affektive lidelser: F30-39, Nervøse lidelser: F40-49, Personlighedsforstyrrelser: F60-69, Adfærdssyndromer: F50-59, Andet (inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser og adfærdssyndromer opstået i barndom eller ungdom): F70-99, Ukendt: diagnosekode er missing.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I perioden fra 1994 til 2008 stiger det samlede antal af indlagte på de psykiatriske hospitaler med 11 pct., med en stigning på 15 pct. frem til 2003, hvorpå antallet falder med 4 pct. Figur 2.12 viser, at de diagnoser, som stiger mest, er affektive lidelser (26 pct.), nervøse lidelser (51 pct.) og skizofreni (29 pct.), hvor de affektive og skizofrene også tidligere var de dominerende diagnoser.

På trods af den generelle stigning er der et fald i antallet af personer med en skizofrenilignende diagnose (-24 pct.), med alkoholisme/andet misbrug (-15 pct.) og med personlighedsforstyrrelser (-8 pct.). Der er et fald i antallet med ukendte psykiske lidelser og en stigning i antallet med "andet".

Diagnosefordelingen for alle indlagte i 1994, 2000 og 2008 er vist i tabel 2.2.

Tabel 2.2: Diagnosefordelingen blandt indlagte i 1994, 2000 og i 2008 i pct. af alle.

	1994	2000	2008	Diff. fra 1994 til 2008
Alkoholisme & andet misbrug	18	16	14	-4,1
Skizofreni	16	18	19	2,8
Lidelser relateret til skizofreni	12	10	8	-3,8
Affektive lidelser	23	25	26	3,3
Nervøse lidelser	10	11	14	3,7
Personlighedsforstyrrelser	6	6	5	-1,1
Adfærdssyndromer	1	1	1	0,3
Andet	2	2	3	1,3
Ukendt psykisk lidelse	11	11	9	-2,4
I alt	100	100	100	

Note: Opdeling på ICD-10-koder fremgår af figur 2.12.

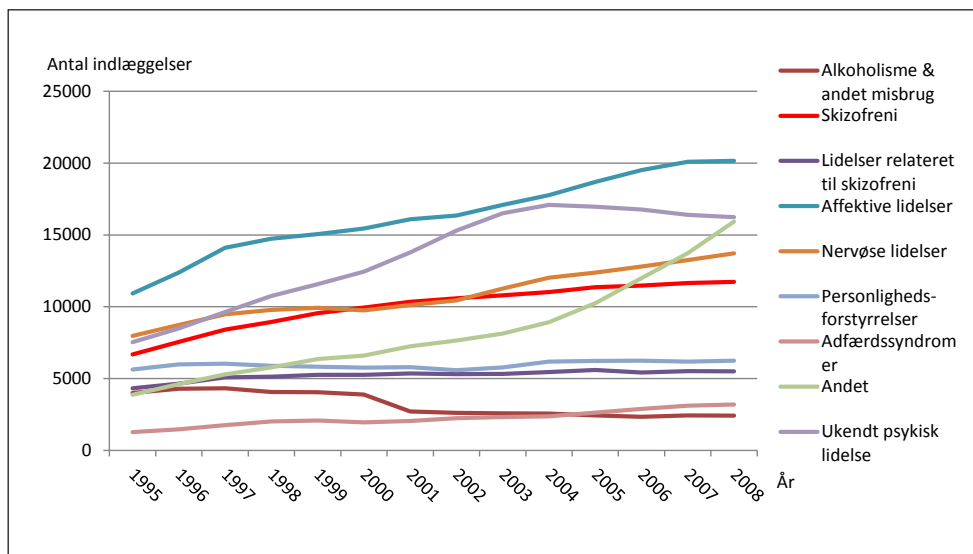
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Affektive lidelser udgør den største diagnosegruppe i hele perioden med en stigende andel. Skizofrenidiagnosens andel er fortsat i stigning, hvorimod andelen af lidelser relateret til skizofreni er faldende, så de set under ét har en lidt mindre andel i 2008. Andelen, der får tildelt diagnosen nervøse lidelser (fobier, angst og stresstilstande), stiger betydeligt fra 1997 og frem.

Andelen af indlagte med alkoholisme og andet misbrug som aktionsdiagnose falder betydeligt fra 1994 til 2008.

Efter Folketingets beslutning i 1976 om at forandre behandlingen af personer med sindslidelser er der sket en forandring af diagnosebilledet blandt de indlagte. De fleste indlagte befinder sig i 2008 i diagnosegruppen affektive lidelser fulgt af skizofreni, som er de dominerende grupper. I den anden retning er den store gruppe af indlagte med alkoholisme/andet misbrug faldet både i antal og andel. Det tyder på, at denne gruppe enten får stillet en anden aktionsdiagnose eller i mindre omfang behandles på sygehusene.

Figur 2.13: Udvikling i diagnoser blandt indlagte ambulante og halvdøgnspatienter på psykiatriske hospitaler, 1995-2008.



Note: Følgende ICD-10-koder er benyttet til opdeling på diagnoser: Alkoholisme & andet misbrug: F10-19, Skizofreni: F20, Lidelser relateret til skizofreni: F21-29, Affektive lidelser: F30-39, Nervøse lidelser: F40-49, Personlighedsforstyrrelser: F60-69, Adfærdssyndromer: F50-59, Andet: F70-99, Ukendt: diagnosekode er missing.

Kilde Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 2.13 viser diagnosefordelingen i de ambulante behandlinger, og beskriver udviklingen efter 1994, dvs. i en periode, hvor det samlede antal personer, der modtog ambulante behandling, steg med 75 pct. Det er også her affektive lidelser, som udgør den største gruppe. Men dernæst følger gruppen med ukendte lidelser, nervøse lidelser og andet. Gruppen af "andet" stiger kraftigt (331 pct.) fulgt af gruppen af "ukendt" (111 pct.), hvor sidstnævnte tyder på en stor stigning i gruppen med mere diffuse sygdomsbilleder. De to gruppers store andel tyder på, at der i den ambulante behandling efterhånden udvikles et andet diagnosemønster end hos de indlagte. Det er især gruppen af andet, som bl.a. rummer autisme og ADHD, der stiger kraftigt i slutningen af perioden.

Den eneste gruppe, der har et faldende antal, er personer med alkoholisme/andet misbrug (-43 pct.). Det fald i behandlingen af denne gruppe, der kunne konstateres blandt de heldøgnsindlagte, er således ikke kompenseret gennem den ambulante behandling i sundhedsvæsenet. For alkoholmisbrugere modsvarer det af en udbygning af andre behandlingstilbud fra 1993 til 2001 (Kornum, 2002).

Fordelingen af behandlede i forhold til diagnoser er vist i tabel 3.

Tabel 2.3: Ambulante behandlede personer fordelt efter diagnoser fra 1995 til 2009.

ICD-10	1995	2003	2008	Diff fra 1995 til 2008
Alkoholisme & andet misbrug	8 %	3 %	3 %	-5,1%
Skizofreni	13 %	14 %	12 %	-0,5%
Lidelser relateret til Skizofreni	8 %	7 %	6 %	-2,5%
Affektive lidelser	21%	21%	21%	0,3%
Nervøse lidelser	15%	14%	14%	-0,9%
Personlighedsforstyrrelser	11%	7%	7%	-4,2%
Adfærdssyndromer	2%	3%	3%	0,9%
Andet	7%	10%	17%	9,3%
Ukendt psykisk lidelse	14%	21%	17%	2,6%
Total	100%	100%	100%	

Note: Opdeling på ICD-10-koder fremgår af figur 2.12.

Kilde: Rockwool Fondens forskningsenhed

Tabel 2.3 viser ændringer blandt de ambulante behandlede i distriktspsykiatri m.m. Den største forandring er den store stigning i andelen af "andet", som stiger med 9 pct. Det modsvares især af faldet i andelen med alkoholisme/andet misbrug og gruppen af personlighedsforstyrrede. Det tyder på, at den ambulante behandling kun i meget begrænset omfang tager sig af behandling af alkoholisme og andet misbrug.

2.4.5 Sammenfatning om indlagte og ambulante behandlede

Det var hensigten med Folketingets beslutning i 1976 og senere i 1991, at udviklingen i sygehusvæsnets behandling af personer med en sindslidelse skulle forandres. Hensigten var, at flere skulle behandles og opholde sig i eget hjem, og organiseringen af den samlede psykiatriske behandling skulle ændres og omlægges. Udviklingen kan på baggrund af ovenstående analyser sammenfattes til følgende:

- Der er sket et fald i antallet af personer, som i løbet af et år har mindst én heldøgnsindlæggelse på et psykiatrisk hospital fra 1980 og frem til 1993. Faldet er mindre end faldet i kapaciteten og kan forklares af kortere indlæggelsesperioder. Fra 1994 til 2003 er der en stigning i antallet af personer, der har en heldøgnsindlæggelse, som derefter falder svagt frem til 2008.
- Der sker en betydelig stigning i antallet af personer, som modtager ambulantly behandling. Det er derfor sandsynligt, at det faldende antal sengepladser, som vi ser frem til 1993, er kompenseret af den øgede ambulantly behandling og udbygning af socialsektorpsykiatrien.
- Der er en svag overhyppighed af kvinder, som er indlagt eller modtager ambulantly behandling. I perioden fra 1980 og frem til 2008 sker der et mindre fald i andelen af behandlede kvinder, således at der i 2008 i højere grad er en kønsfordeling blandt de indlagte som i resten af befolkningen.
- I forhold til alder forandres fordelingen, så der sker en stigning blandt de yngre, som bliver heldøgnsindlagt og ambulantly behandlet.
- I forhold til diagnoser er det for de indlagte i hele perioden diagnosen affektive lidelser – det, der før i tiden blev kaldt mani-depressiv sygdom – som dominerer. Det følges af gruppen med diagnosen skizofreni, hvis antal og andel i perioden stiger kraftigt. Der sker et fald i antallet af indlagte med aktionsdiagnosen alkoholisme og andet misbrug. I slutningen af 1990'erne sker en stigning i gruppen med nervøse lidelser. Generelt gælder det, at ændringen i aktionsdiagnoser kan dække over ændringer i bidiagnoser, så fx alkoholmisbrug i højere grad er blevet en bi-diagnose.
- Blandt de ambulantly behandlede er det også de affektive lidelser, der dominerer. Antallet med "andet" stiger kraftigt, og rummer adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom og ungdom. Der er mange, der er kategoriseret som ukendte, hvilket indikerer, at mange ikke har fået en entydig diagnose.

2.5 Udviklingen for tre kohorter af 25-34-årige

I det følgende undersøges en række demografiske og socioøkonomiske forhold for gruppen af 25-34-årige, som var indlagt på sygehus i henholdsvis 1980, 1995 og 2010. Formålet med analysen er at se, hvordan gruppen af indlagte forandrer sig over tid i forhold til vigtige samfundsinstitutioner som familie og arbejdsmarked. Tidspunkterne 1980 og 1995 er valgt som fikspunkter på hver side af forandringen i antallet af sengepladser på de psykiatriske hospitaler og opbygningen af distriktspsykiatrien. Yderligere er indlagte fra 2010 taget med som en aktuell sammenligningsgruppe.

Belysningen sker for tre kohorter af 25-34-årige i 1980, 1995 og 2010. Vi har udvalgt gruppen af 25-34-årige for at se på en gruppe, der er nogenlunde sammenlignelige over tid. Andelen af de 25-34-årige, der er indlagt, er betydelig større end gruppen af de under 25-årige (se figur 2.8). Derudover er denne gruppe interessant at følge, da den har potentielt flere år tilbage på arbejdsmarkedet i forhold til de ældre aldersgrupper.

Først belyses demografiske karakteristika i de tre kohorter i hhv. 1980, 1995 og 2010, og det undersøges om de har ændret sig for denne aldersgruppe over den nævnte tidsperiode. Dernæst undersøges de kohorter, der var indlagt i 1980 og 1995 op til 15 år efter indlæggelsen. Tallene for de 25-34-årige i 1980, 1995 og 2010 er sammenlignet med de 25-34-årige i den øvrige del af befolkningen, som aldrig har været registreret i hospitalspsykiatrien eller i det ambulante behandlingssystem.

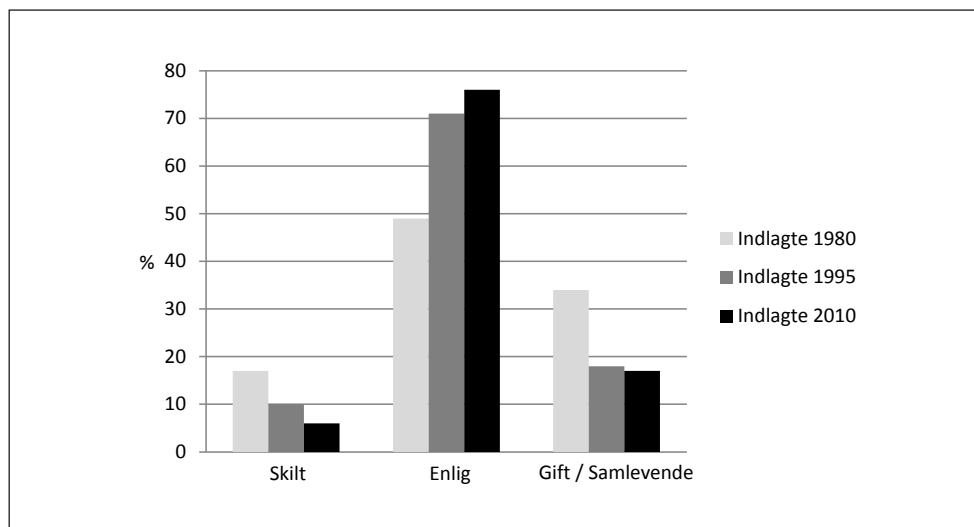
2.5.1 Demografiske og socioøkonomiske karakteristika hos heldøgnsindlagte 25-34-årige i 1980, 1995 og 2010

Der er i 1980 59 pct. mænd blandt de heldøgnsindlagte 25-34-årige, i 1995 er det 63 pct., og i 2010 er det atter 59 pct. Det høje tal i 1995 er sandsynligvis en tilfældighed, da tallet i 1996 er på 58 pct. Der er således en stabil kønsfordeling i aldersgruppen.

Kønsfordelingen for denne aldersgruppe adskiller sig fra den samlede gruppe af alle indlagte ved, at der er flere mænd end kvinder jf. figur 2.8. Den adskiller sig også fra resten af de 25-34-årige i den øvrige danske befolkning på de udvalgte tidspunkter, hvor andelen af mænd er 51 pct. i alle kohorterne. Det viser, at relativt mange mænd indlægges efter ungdomsperioden.

Antallet af heldøgnsindlagte 25-34-årige, som er gift eller samlevende, var 34 pct. i 1980, 18 pct. i 1995 og 17 pct. i 2010, hvilket illustreres i figur 2.14.

Figur 2.14: Civilstand for 25-34-årige heldøgnsindlagte (indlagte) i 1980, 1995 og 2010 i procent.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tallene i figur 2.14 viser en stor forandring fra 1980 til 1995, hvor andelen af ugifte blandt de indlagte stiger markant og andelen af både skilte og gifte/samlevende falder. Tendensen fortsætter frem til 2010, men i betydeligt langsommere tempo og tyder på en stabilisering i fordelingen.

En logistisk regressionsanalyse, der sammenligner indlagte og ikke-indlagte, viser, at de indlagtes civilstand nærmer sig forholdene i den øvrige befolkning. Det skyldes, at antallet af gifte/samlevende i den øvrige befolkning i samme aldersgruppe falder mere (tallene er 66 pct., 40 pct. og 35 pct.). Analysen findes i afsnit 2.8.

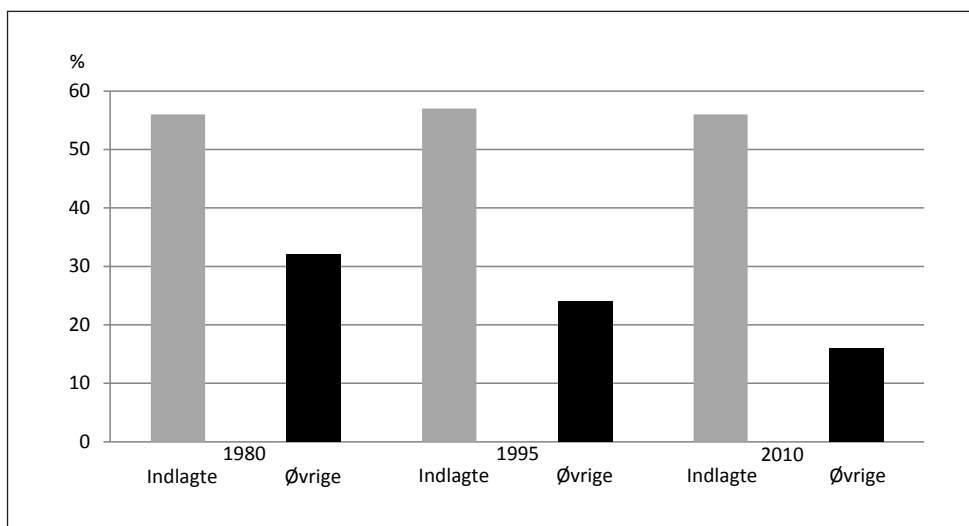
Det er dog stadig mange blandt de heldøgnsindlagte, som enten er ugifte eller skilte, og andelen øges over tid. Tendensen er den samme, hvis vi ser på gruppen af alle 18-60-årige heldøgnsindlagte (altså ikke blot de 25-34-årige), hvor 78 pct. er ugifte/skilte i 2010 mod 51 pct. i den øvrige befolkning.

Hvis vi ser på antallet af heldøgnsindlagte mellem 25 og 34 år, som har børn, er der et klart fald fra 43 pct. i 1980 til 34 pct. i 1995. I 2010 er der 35 pct. blandt de heldøgnsindlagte, der har børn. Antallet ser ud til at have stabiliseret sig på lidt over en tredjedel med børn. Denne andel er klart mindre end for resten af befolkningen i samme aldersgruppe, hvor tallene er henholdsvis 66 pct., 52 pct. og 46 pct. for 1980, 1995 og 2010. Antallet af børn hos heldøgnsindlagte falder altså mindre over tid, end når vi ser på den øvrige befolkning, hvilket også bekræftes af regressionsanalysen i afsnit 2.8. Antallet af børn pr. indlagt person

(25-34-årig) falder svagt fra 1,81 barn i 1980 til 1,77 barn pr. person i 2010. I de samme år er tallene for den øvrige aldersgruppe i samme aldersgruppe på henholdsvis 1,82 og 1,68, hvilket tyder på en forandring fra ensartede forhold til en mindre forskel mellem de to grupper, hvor de heldøgnsindlagte med børn har lidt flere børn end den øvrige befolkning.

Uddannelsen blandt de indlagte og ikke-indlagte kan belyses med tal for, hvor mange, der kun har folkeskolen som højeste uddannelsesniveau (figur 2.15).

Fig. 2.15: Andel af 25-34-årige heldøgnsindlagte (Indlagte) og den øvrige befolkning (Øvrige) med folkeskolen som højeste uddannelsesniveau i procent, 1980, 1995 og 2010.



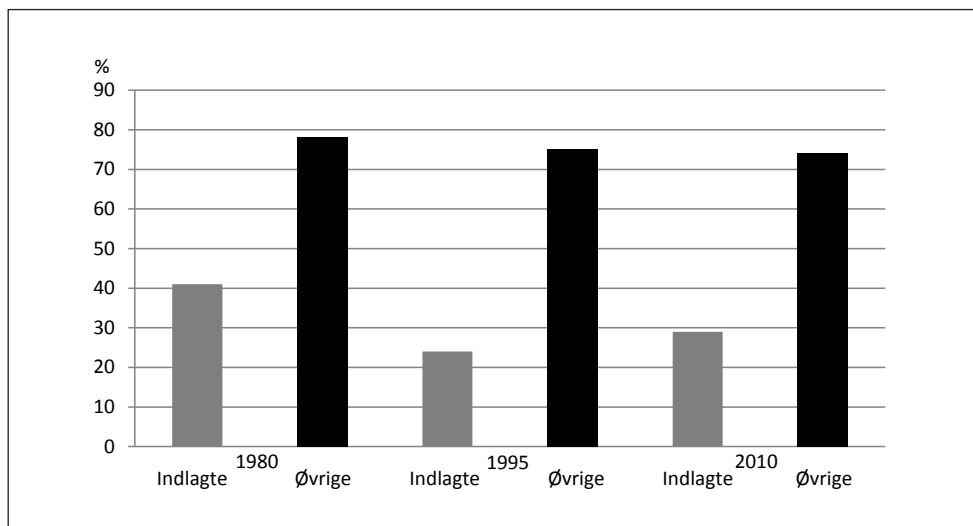
Kilde: Rockwool Fondens forskningsenhed

Andelen af de heldøgnsindlagte, der er 25-34 år, som har folkeskolen som højeste uddannelsesniveau, er stort set konstant over de tre år. Samtidig falder andelen markant for samme aldersgruppe i den øvrige befolkning. Jf. regressionsanalysen i afsnit 2.8, så bliver forskellene i uddannelsesniveau altså større over tid mellem de 25-34-årige, der er heldøgnsindlagt, og samme aldersgruppe i resten af befolkningen.

Forskellen viser sig også ved, at antallet, som har en længerevarende uddannelse, kun er fordoblet blandt de indlagte og næsten tredoblet blandt de ikke-indlagte.

Tilknytning til arbejdsmarkedet for de 25-34-årige, der var heldøgnsindlagte i 1980, 1995 og 2010, er illustreret i forhold til andelen af beskæftigede (figur 2.16).

Fig. 2.16 Andel af 25-34-årige heldøgnsindlagte (Indlagte) og den øvrige befolkning (Øvrige) i beskæftigelse i procent i 1980, 1995 og 2010.



Kilde: Rockwool Fondens forskningsenhed

Figur 2.16 viser, at udviklingen i andelen, der er beskæftiget blandt de 25-34-årige i den øvrige befolkning, stort set er ens – og kun falder meget lidt – over de tre år. Udviklingen blandt de heldøgnsindlagte ser betydeligt anderledes ud: I 1980 var 41 pct. beskæftigede, i 1995 var en betydeligt mindre andel, nemlig 24 pct., i beskæftigelse, og i 2010 var 29 pct. i beskæftigelse. Denne udvikling i beskæftigelse blandt de heldøgnsindlagte kan have to årsager. Den ene er, at beskæftigelsesmulighederne er ændret, da arbejdsløsheden i 1995 var højere end i 1980 (Bonke, 1997). Den anden er, at gruppen af indlagte i 1995 i højere grad er præget af belastende diagnoser (se fig. 2.12), og derfor har sværere ved at opretholde en fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ændrede beskæftigelsesmuligheder, som kan påvirke personer med svære sindslidelser i højere grad end resten af befolkningen, kan også forklare ændringerne i andelen af beskæftigede over tid.

Når vi ser på andelen af 25-34-årige, der indgår i den laveste indkomstkvarantil så er der en større andel i 1995 sammenlignet med 1980. Dette tyder på, at gruppen af heldøgnsindlagte er relativt fattigere i 1995 i forhold til i 1980. Dette kan ses i regressionsanalysen i afsnit 2.8, hvoraf det også fremgår, at denne udvikling vender igen i 2010, hvor der lader til at være færre heldøgnsindlagte, der befinder sig i lavindkomstgruppen i forhold til i 1980.

Der er samlet set ikke tvivl om, at indlagte personer med en sindslidelse i mindre omfang gennemfører en uddannelse, er mindre i beskæftigelse og har en lavere indkomst end ikke-indlagte. Indlagte med en sindslidelse er således markant dårligere stillet end den øvrige befolkning, der er 25-34 år i årene 1980, 1995 og 2010.

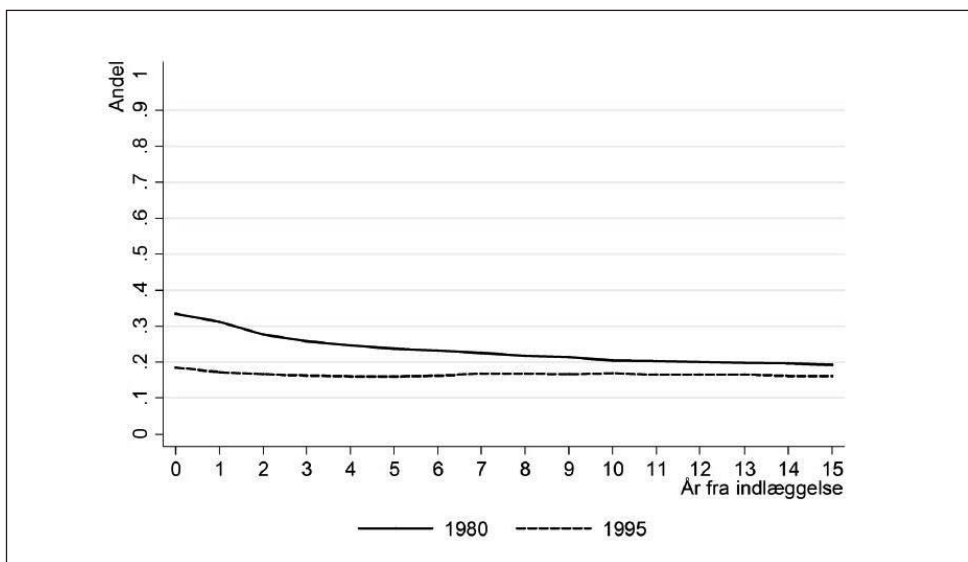
Hvis kohorterne af indlagte med en sindslidelse sammenlignes med den øvrige befolkning i samme aldersgruppe i 1980, 1995 og 2010, kan det konstateres, at de nærmer sig hinanden i forhold til civilstand og antallet af personer med børn. Til gengæld øges forskellene i forhold til andel med uddannelse og beskæftigelse, samt andel i den laveste indkomstkvartil. Det ser dog ud til, at der sker en tilnærmelse i beskæftigelsen og indkomsten fra 1995 til 2010.

2.5.2 Udviklingen 15 år efter for 25-34-årige i 1980 og 1995

I det følgende sammenlignes, hvordan det er gået år for år i 15 år efter en indlæggelse i henholdsvis 1980 og 1995.¹⁶ Målet er at indkredse betydningen af forandringen i institutionsstrukturen med forbehold for, at også andre forhold kan have haft betydning, jf. senere.

Udviklingen i andelen af gifte og samlevende for de to grupper er vist i figur 2.17.

Figur 2.17: Udvikling i andelen gifte og samlevende for kohorten af 25-34-årige, der var indlagt i 1980, og for kohorten, der var indlagt i 1995.

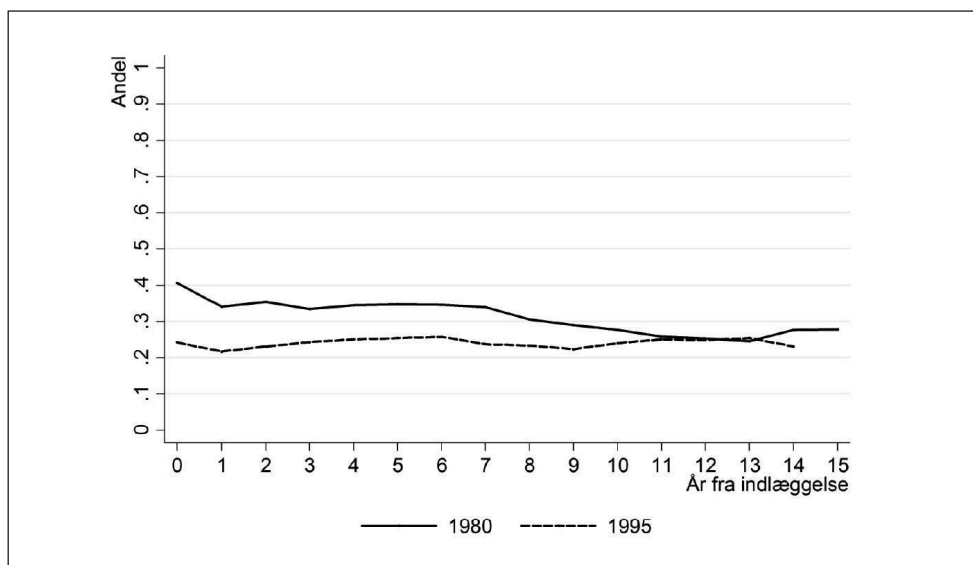


Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

¹⁶ Populationen af indlagte 25-34-årige er i 1980: 7.352 og i 1995:10.469.

Der var 33 pct. af de indlagte, som var gifte/samlevende ved indlæggelsen i 1980, men kun 19 pct., som fortsat var gift 15 år efter. Det største fald sker i de første 5 år, hvor 24 pct. bliver skilt, og tallet stabiliseres fra det 10. år. For kohorten af indlagte i 1995 er det 18 pct., som er gift/samlevende, da de er 25-34 år – altså en betydeligt lavere andel i forhold til kohorten i 1980. Dette samme forhold gælder for den øvrige befolkning, jf. figur 2.14. Der er en større stabilitet for gruppen af indlagte fra 1995, hvor 16 pct. er gift 15 år efter. Også for denne kohorte falder andelen, der er gift mest i de første år efter indlæggelsen i 1995.

Figur 2.18: Udvikling i andelen der er i beskæftigelse for kohorten af 25-34-årige, der var indlagt i 1980, og for kohorten, der var indlagt i 1995.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I 1980 var 41 pct. af de indlagte 25-34-årige i beskæftigelse, og 42 pct. var uden for arbejdsmarkedet. I 1995 var 24 pct. i beskæftigelse og 68 pct. uden for arbejdsmarkedet. Der er således i udgangspunktet markante forskelle på de to kohorter.

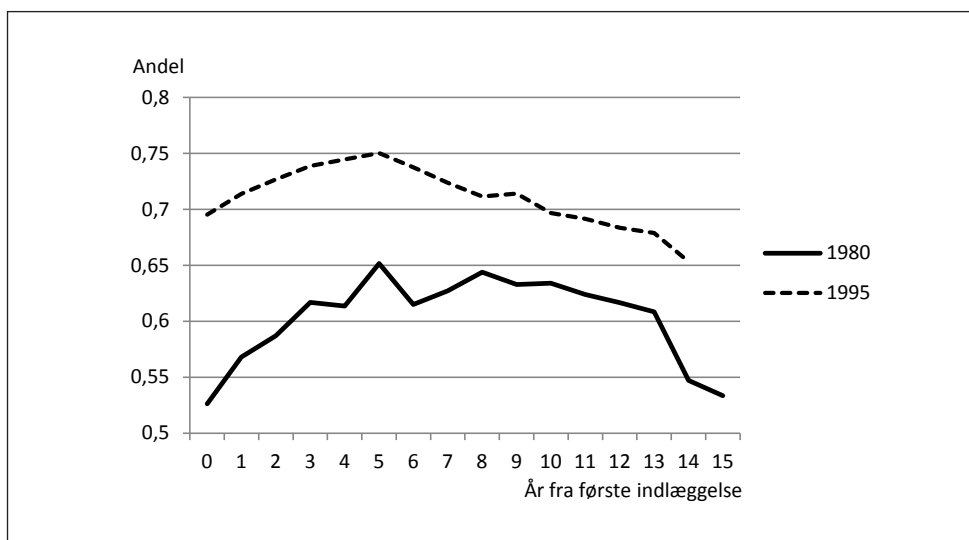
Dette lavere udgangspunkt i beskæftigelsesandelene for 1995-kohorten kan skyldes forskellige forhold for gruppen af heldøgnsindlagte i forhold til i 1980. Gruppen fra 1995 oplevede som unge en betydeligt højere arbejdsløshed end gruppen fra 1980 (Statistisk tiårsoversigt 1993). Yderligere var gruppen af indlagte i 1995, som tidligere nævnt, i højere grad karakteriseret ved mere belastende diagnoser end de indlagte i 1980.

En tredje forklaring kan være ændring i lovgivning om revalidering, sygedagpenge og førtidspension. Der sker fx i 1984 et skifte i tildelingen af førtidspension, så der i højere grad kan lægges vægt på psykisk betingede årsager til tilkendelser.

Efter indlæggelsen falder andelen, der er i beskæftigelse, for 1980-gruppen. Faldet i beskæftigelsen sker især i det første år, og yderligere svagt 7 år efter (i 1987). For 1995-gruppen er andelen, der er i beskæftigelse, næsten konstant omkring 24 pct. fra 1995 og 15 år efter, hvor den for 1980-kohorten er på 28 pct. Gruppen uden for arbejdsmarkedet udgør 76 pct. i 1995 og er altså betydeligt højere andel end i 1980.

De forandringer i behandlingsstrukturen, som vi har beskrevet ovenfor, øger muligheden for at bibeholde relationer til familie og arbejdsmarked trods indlæggelser og sygdomsperioder. Det kan muligvis være en årsag til, at beskæftigelsesandelen forbliver nogenlunde konstant for 1995-gruppen, mens beskæftigelsesandelen for 1980-gruppen falder over tid. Der må dog som nævnt tages forbehold for udviklingen på arbejdsmarkedet og ændringer i lovene i de pågældende perioder, samt at grupperne i udgangspunktet er forskellige.

Figur 2.19: Udvikling i andelen med en indkomst i 1. kvartil for kohorten af 25-34-årige, der var hel-dogsindlagt i 1980, og kohorten i 1995.



Note: Indkomstkvartilen er beregnet ud fra indkomstfordelingen for samme aldersgruppe for hele den danske befolkning.
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

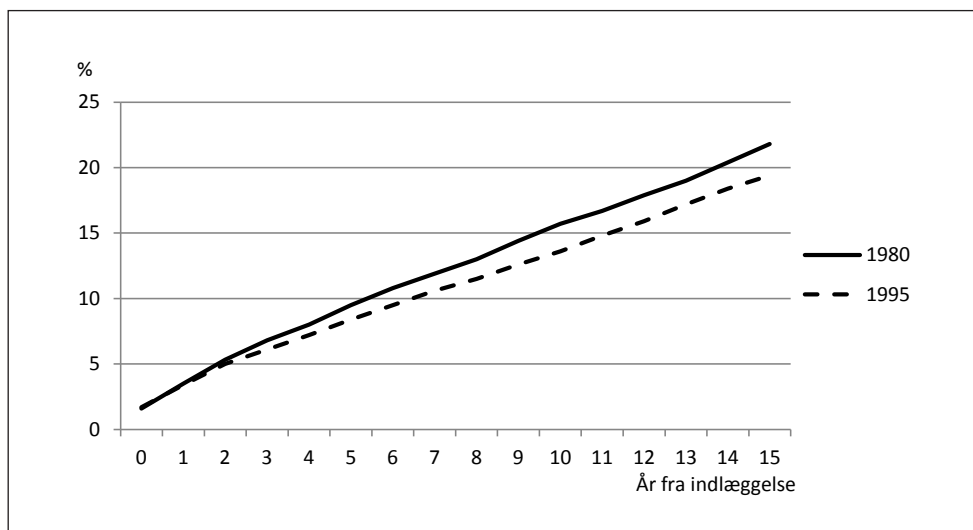
Figur 2.19 viser, hvor mange der er i den laveste indkomstkvartil pr. år efter indlæggelse i 1980 og 1995. Indkomstkvartilen er udregnet for hele den danske

befolkning i samme aldersgruppe. Dvs., at den er udregnet blandt alle 25-34-årige i 1980 og 1995, blandt alle 26-35-årige i 1981 og 1996 osv.

I 1980-gruppen befandt 53 pct. sig i den laveste gruppe ved indlæggelse, som i de første 5 år stiger til 65 pct., hvor stadig flere befinder sig i den laveste kvartil. Gruppen er nu 30-39 år. I 1994 – 14 år efter – er dette antal igen faldet til 53 pct. i den laveste indkomstgruppe. Faldet kan bl.a. skyldes, at de fattigste er de mest belastede og som følge heraf dør tidligere. Eller at de forbedrede beskæftigelsesmuligheder fra 1994 og frem får betydning for muligheder for at øge indkomsten. Endvidere er det sandsynligt, at der er flere i gruppen, der over tid er overgået fra kontanthjælp til en højere ydelse på førtidspension.

I 1995-gruppen befinder 70 pct. sig i den laveste indkomstgruppe ved indlæggelse. Det kan skyldes, at de har et længere forløb uden beskæftigelse, inden de indlægges, og at de som unge ikke er blevet forankret på arbejdsmarkedet, jf. de høje arbejdsløshedstal i slutningen af 1980'erne sammenlignet med slutningen af 1970'erne (Statistisk tiårsoversigt, 1993). Andelen i den laveste indkomstgruppe stiger til 75 pct. fem år efter indlæggelsen og falder derefter til 65 pct. i 2009, 14 år efter. Faldet i andelen i den laveste indkomstgruppe efter 5. år efter indlæggelsen kan skyldes, at flere heldøgnssindlagte modtager førtidspension, og at førtidspensionen reguleres i overensstemmelse med den øvrige lønudvikling. Beskæftigelsesudviklingen, jf. figur 2.19, tyder ikke på, at det er de forbedrede beskæftigelsesmuligheder, som har betydning for indkomstudviklingen blandt de indlagte i 1995.

Figur 2.20: Udvikling i andelen, der er døde, for kohorten af 25-34-årige, der var heldøgnssindlagt i 1980, og for kohorten, der var heldøgnssindlagt i 1995.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 2.21 viser, at andelen af personer i 1980-kohorten, som døde, steg fra 1,6 pct. til 3,5 pct. det første år, og det er samme udvikling for 1995-kohorten. Efter 15 år er 22 pct. af 1980-kohorten døde, og 19 pct. af 1995-kohorten. De to kohorter udvikler sig forskelligt efter det tredje år, og især fra år 7 og frem bliver forskellen tydelig. Det kan muligvis ses som udtryk for, at det er i disse år, der mangler behandlingskapacitet for 1980-gruppen, og hvor omvendt 1995-gruppen møder et betydeligt mere udbygget tilbud i såvel distriktspsykiatrien som socialektorpsykiatrien. Der skal dog tages forbehold for, at populationerne her er relativt små (fra 750 til 2000 personer), og at der som nævnt sker andre væsentlige ændringer i perioden.

2.6 Konklusion og diskussion

Kapitlet har beskæftiget sig med dels at undersøge, hvordan behandlingen af personer med sindslidelse har udviklet sig i de seneste årtier, dels at undersøge, hvordan indlagte personer indgår i samfundets almindelige institutioner som familie, uddannelse og arbejdsmarked.

I afsnittet om behandlingssystemet kunne det konstateres, at det er lykkedes at realisere den politiske beslutning fra 1976 om at skabe en mere differentieret behandling af personer med en sindslidelse. Det skete i tre perioder. Den første frem til begyndelsen af 1990'erne var karakteriseret ved, at antallet af pladser på sygehuse faldt, uden at andre tilbud blev etableret. I den efterfølgende udbygningsperiode etableres en differentieret behandlingsstruktur med et stort antal ambulante behandlinger i distriktspsykiatrien og etablering af den del af socialektorpsykiatrien, som retter sig mod beboere i eget hjem (støttekontaktpersonordning, bostøtteordning og værestedspladser) samt en svag stigning i antallet af pladser på sociale botilbud. Fra omkring år 2000 stabiliseres strukturen med et svagt faldende antal sengepladser, et stabilt antal ambulante behandlinger, et nogenlunde stabilt antal sociale botilbud, et stabilt antal pladser i støttekontaktpersonordning og i antallet af væresteder samt et stigende antal pladser i bostøtteordningen. I hele perioden sker samtidig en stærk specialisering af behandlingen på sygehuse, hvor antallet af læger og antallet af psykologer stiger på bekostning af det øvrige omsorgspersonale. Yderligere følges forandringen i de senere år af en stigning i antallet af behandlinger hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Samlet set er det enstrengede system med behandling på statshospitaler med plejehjem og på sygehusafdelinger erstattet af et firestrengt system:

- Sygehusbehandling ved indlæggelse
- Behandling i sociale botilbud

- Ambulant primært medicinsk behandling i distriktspsykiatri og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer
- Behandlings tilbud til hjemmeboende i form af kommunalt opsøgende virksomhed, træningstilbud, væresteder m.m.

Den udvikling, der var indbygget i Folketingets politiske beslutninger fra 1976 og 1991, er således realiseret.

Et centralt aspekt i perioden var forholdet mellem nedlæggelsen af sygehuspladser og den manglende udbygning af de lokale tilbud især i distriktspsykiatrien i begyndelsen af 1990'erne. Der opstod et behandlingsmæssigt efterslæb, som fik Folketinget til at insistere på udbygningen af distriktspsykiatrien og socialsektorpsykiatrien. Folketinget ønskede desuden at se området i sin helhed og fik frem til 2003 jævnlige redegørelser om udviklingen i såvel social- som sundhedssektorbehandlingen. Derved var der mulighed for en helhedstænkning og et overordnet syn på udviklingen. Efter 2003 ophørte de fælles redegørelser, og det har siden primært været Sundhedsministeriet og regionerne, der har redegjort for deres område: sygehuse og medicinsk behandling.

Analysen siger ikke noget om, hvorvidt den nuværende struktur er den mest effektive. Der har løbende været diskussioner af arbejdsfordelingen mellem det sociale og det sundhedsmæssige og mellem amter/regioner og kommuner, som ikke kan siges at være bragt til ende. Der er også diskussion af, hvorvidt behandlingen lykkes, fx om personer med en sindslidelse bliver rehabiliteret og integreret i samfundets almindelige institutioner, om de mest belastede får tilstrækkelig omsorg, og om behandlingen er tilstrækkeligt alsidig og fleksibel til at sikre helbredelse og integration.

Kapacitet og struktur siger ikke noget om behovet. Der er sket en øgning af kapaciteten, og antallet af behandlede er betydeligt større i dag end i 1976. Samtidig er der ventelister i børne/ungepsykiatrien, et stærkt voksende medicinforbrug i alle aldre, og der sker en udbygning af behandlinger hos læger og psykologers private praksisser. Det kan tages som indikationer på en stærkt stigende efterspørgsel efter behandling, som lægger pres på kapaciteten.

I analysen af behandlingen af personer, som har været indlagt på sygehus siden 1980, er der grund til at fremhæve:

- Udviklingen i antallet af indlagte følger kapacitetsudviklingen, men i mere moderat omfang. Det tyder på, at indlæggelsesperioderne er blevet kortere.
- Antallet af personer i ambulant behandling stiger.

De indlagte og ambulant behandlede i distriktspsykiatrien er karakteriseret ved:

- En svag overrepræsentation af kvinder, som med tiden er mindsket.
- En ændring i aldersfordelingen, så der er en stadig højere andel af yngre, som indlægges på sygehusene.
- Der er næsten lige stor hyppighed af indlagte blandt indvandrere som af etniske danskere. De få registreringer af efterkommere tyder imidlertid på, at de i højere grad bliver indlagte.
- Et ændret diagnosebillede. Der er blandt de indlagte flest med affektive lidelser, og andelen med skizofreni vokser gennem hele perioden til at blive den næststørste gruppe. Sidst i perioden sker en kraftig stigning i andelen med nervøse lidelser. Den største diagnosegruppe i 1980 er alkoholisme og andet misbrug, hvis andel falder, da faldet i antallet af sengepladser sætter ind, og de udgør efterfølgende en stadig mindre del både blandt de indlagte og især blandt de ambulant behandlede. Et interessant fænomen i diagnosebilledet er, at antallet af indlagte personer med ukendte diagnoser er relativt stort fra 1994 og frem, og trods et fald fortsat er på 9 pct. i 2010. Blandt de ambulant behandlede er det affektive lidelser, som er den største gruppe i hele den belyste periode. Den følges af gruppen "andet", "ukendte" diagnoser og nervøse lidelser, hvilket giver et mere diffust billede sammenlignet med de indlagte.

Det samlede billede tyder på, at omlægningen af behandlingen for sindslidende har ført til en ændring blandt de indlagte. Der er blevet flere mænd, og der er blevet flere yngre, som indlægges. Der er flere med klassiske psykiatriske lidelser som affektive lidelser og skizofreni og færre med alkoholisme og andet misbrug. Faldet i antal indlæggelser vedrørende alkoholmisbrug modsvares ikke af en stigning i antallet af ambulante behandlinger for denne gruppe. Alkoholforbruget er nogenlunde konstant siden 1970'erne, og udviklingen i særlige tilbud til indsatsen mod alkoholmisbrug mere end fordobles fra 1993 til 2001 (Kornum, 2002:34). Der er imidlertid ikke noget, der tyder på, at udvidelsen i behandling omfatter dobbeltdiagnosticerede, som både har en psykiatrisk diagnose og er misbrugere (Kornum, 2002). Det er ikke belyst, hvorvidt de dobbeltdiagnosticerede udgør en øget andel af beboerne på botilbud og i hjemmene, men Sørensen (2012) har et eksempel, der belyser, hvordan misbruget står centralt på et botilbud.

Analysen af de socioøkonomiske karakteristika blandt indlagte er fokuseret på de 25-34-årige. Der kan det konstateres, at personer, der har været indlagt til behandling for sindslidelse, skiller sig ud ved, at færre er i beskæftigelse, flere er på pension, færre har en længere uddannelse, færre har deres egen familie, færre har børn, og flere befinder sig i den fattigste indkomstgruppe.

De indlagte nærmer sig den øvrige befolkning, når det gælder forhold som civilstand, antallet af personer med børn og indkomst, når der ses på hele perioden fra 1980 til 2010. Forskellene er øget, når det drejer sig om uddannelse og beskæftigelse, men ser dog ud til at være mindsket lidt i forhold til beskæftigelse fra 1995 til 2010.

De 25-34-årige er fulgt hvert år i en kohorte fra 1980 og en fra 1995. Det gør det muligt at belyse udviklingen fra statshospitalerne til en tid med en mere differentieret psykiatri. Det giver anledning til at fremhæve, at andelen, der befinder sig i den laveste indkomstgruppe, stiger de første 5 år efter indlæggelsen. Derefter falder denne andel igen frem til 15 år efter indlæggelsen, hvilket sandsynligvis skyldes, at flere personer overgår fra kontanthjælp til førtidspension. Den største forskel på de to kohorter er i dødelighed, hvor 1980-kohorten har en større dødelig fra 1985 og frem, hvilket svarer til perioden, hvor det behandlingsmæssige efterslæb opstår. Det kan dog også skyldes forbedrede behandlingsresultater for gruppen fra 1995.

Forandringen af behandlingsstrukturen betød, at behandlingen af personer med sindslidelse i stigende omfang retter sig mod hjemmeboende suppleret af korte døgnophold på sygehuse og længerevarende ophold i botilbud. Derved behøver behandlingen ikke at føre til et brud med de vigtige samfundsinstitutioner, familie, uddannelse og arbejde. Det er dog fortsat klart, at personer med en sindslidelse adskiller sig markant fra den øvrige befolkning mht. svagere relationer til familie, uddannelse, arbejde og med en lav indkomst.

I kapitlet har vi belyst, hvordan indlagte sindslidende er knyttet til familie, arbejdsmarked og uddannelse, og dermed deres deltagelse i de mest almindelige samfundsinstitutioner. Vi har ikke belyst, hvordan samfundets institutioner er gearret til at acceptere personer med sindslidelse og bidrager til deres deltagelse. I Sørensen (2012) rejses spørgsmålet, om der er for mange, som befinder sig i en slags reservater for personer med sindslidende, som gør det vanskeligt at komme i uddannelse og arbejde samt ikke mindst at stifte familie. Dermed rejses også et spørgsmål om, hvordan succeskriterierne for behandlingen vurderes og undersøges i deres helhed og ikke kun gennem partielle vurderinger af henholdsvis en medicinsk eller social behandling. Det kan fremtidige undersøgelser forhåbentlig råde bod på.

2.7 Litteratur

- Amtsrådsforeningen (2001): Psykiatriens 25 år i amterne – fortalt i tal, Amtsrådsforeningen, København
- Bartelt, U. (2005): Psykiatrisk skadestue 1985-2003, i Månedsskrift for praktisk lægegerning, august 2005. København
- Bengtsson, S. & Røgeskov, M. (2012): Et liv i egen bolig – analyse af bostøtten til borgere med sindslidelse, SFI 12:19, København
- Bengtsson, S. (1991): Førtidspension til unge – i socialpolitisk belysning, SFI 91:11, København
- Bjerrum, M. (1998): Dansk Hospitalspsykiatri 1930-1990 med særlig henblik på organisatoriske og administrative forhold, ph.d.-afhandling Aarhus Universitet
- Björkman, T. (2005): Stigma i Brunt & Hansson: At leva med psykiska funktionshinder, Studentlitteratur, Lund
- Bonke, J. (red.) (1997): Levevilkår i Danmark 1997, Danmarks Statistik & Socialforskningsinstituttet, København
- Bratbo, J. & Andersen, J.H. (2008): Mangfoldighed og udfordringer i socialpsykiatrien i Lihme (red) Invitation til Socialpsykiatri, Hans Reitzel, København
- Carlberg, I. (2008): Pillret – en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader, Norstedt, Stockholm
- Cornelißen, T. & Sonderhof, K. (2009): “Partial Effects in Probit and Logit Models with Triple Dummy Variable Interaction Term”. Leibniz Universität Hannover, Discussion Paper No. 386.
- Danske Regioner (2009): Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2008, Danske Regioner, København
- Danske Regioner (2010): Udviklingen i sundhedsvæsnets tilbud til sindslidende (notat) Danske Regioner, København
- Deloitte (2012): Borgerstyret personlig assistance, Socialstyrelsen, Odense
- Ebsen, F., Henriksen, J. & Rieper, O. (2003): Hænger det sammen? – Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem, AKF, København
- Eplov, L.F., Korsbek, L., Petersen, L. & Olander, M. (2010): Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang, Munksgaard Danmark, København
- Horwitz, A.V. (2002): Creating mental illness, The university of Chicago Press, Chicago
- Høgsbro, K. (2004): Forskning vedrørende sindslidendes forhold i Høgsbro, K.: Socialpsykiatriens kompleksitet, Samfundslitteratur
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet (2003): Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2001, Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet, København

- Institut for psykiatrisk demografi (1989): Uddrag af "Klassifikation af sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 1986, Århus
- Jensen, K.B. (2008): Psykosocialt handicap, indsats og behandling i Lihme (red.): Invitation til Socialpsykiatri, Hans Reitzel, København
- Jensen, P. (2006): En helt anden hjælp, Akademisk forlag, København
- Jørgensen, C.R. (2012): Danmark på briksen. Et psykologisk perspektiv på Danmark og danskere i det senmoderne, Hans Reitzels forlag, København
- Kessing, L.V. (1998): A comparison of ICD-8 and ICD-10 diagnoses of affective disorder – a case register study from Denmark. *European Psychiatry*, 1998;13:342-5, Elsevier, Paris
- Kornum, K. (2002): Den offentlige indsats på alkoholområdet. Rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen, København
- Krevi (2012): Botilbudsområdet: Hvem – hvad – hvor – kortlægning af området for botubud og støtte til voksne handicappede og sindslidende, Krevi, Århus
- Kringlen, E. (2006): Psykiatri, Gyldendal, Oslo
- Madsen, M.H., Hvenegaard, A., Fredslund, E.H. (2011): Opgaveudvikling på psykiatriområdet – opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger, Dansk Sundhedsinstitut, København
- Møllergård, M. (2008): Nye svar på gamle spørgsmål – psykiatriske trosretninger 1880-1930, I Kragh: Psykiatriens historie, Hans Reitzel, København
- Munk-Jørgensen, P. & Perto, G. (2000): De farlige psykiatriske tal, Munksgaard, København
- Møhl, B., Simonsen, E. (2010): Med mennesket i centrum i Grundbog i psykiatri (red. Møhl & Simonsen), Hans Reitzel, København
- Møllerhøj, J. (2008) Sindssygdom, dårevæsen og videnskab – asyltiden 1850-1920: I Kragh Psykiatriens historie, Hans Reitzel, København
- Nordentoft, M. (1994): Hjemløse på gadeplan i København. *Ugeskrift for læger* 196/20, 16. maj 1994, København
- Nordentoft, M. (2009): Skizofreni og psykose – forebyggelse og fremtid. *Ugeskrift for læger* 170/37 (2872), København
- Nyström, M. (2003): Ett liv på egna villkor – vård och omsorg vid psykiska funktionshinder, *Natur och kultur*, Stockholm
- Puhani, P. (2008): "The Treatment Effect, the cross Difference, and the Interaction Term in Nonlinear 'Difference-in-Difference' Models". IZA Discussion Paper No. 3478
- Rosenberg, R. (2008): Psykiatrien fra 1970 til i dag i Kragh (red.): Psykiatriens historie, Hans Reitzel, København
- Sandø, M., J. Andersen, B. Jensen (2007): Brugerstyret personlig assistance, Servicestyrelsen, Odense
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2011): Psykiatribogen – sind, krop og samfund, Hans Reitzel, København

- Socialministeriet og Sundhedsministeriet (1999): Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998, Socialministeriet og Sundhedsministeriet, København
- Socialministeriet og Sundhedsministeriet (2000): Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1999, Socialministeriet og Sundhedsministeriet, København
- Statistisk tiårsoversigt 1993, Danmarks Statistik, København
- Strömngren, E. (1964): Psykiatri – på grundlag af Jens Chr. Smith: Psykiatriske forelæsninger, Munksgaard
- Sundhedsstyrelsen – Statens institut for Folkesundhed (2010): Mental sundhed blandt voksne danskere – Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, København
- Sundhedsstyrelsen (2004): Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsministeriet, København
- Sundhedsstyrelsen (2006): Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundhedsstyrelsen, København
- Sørensen, N. (2012): Det levede liv med sindslidelse, Institut for Socialt arbejde, Metropol og Rockwool Fondens Forskningsenhed, København
- Topor, A. (2003): Recovery – At komme sig efter psykiske lidelser, Akademisk forlag, København

2.8 Bilag

For at sammenligne andelene af de forskellige karakteristika for indlagte psykiatriske patienter og resten af befolkningen har vi i bilagstabellerne B.2.1 og B.2.2 nedenfor foretaget en regressionsanalyse, hvori vi undersøger, om udviklingen mellem årene for personer der har været heldøgnsindlagt med en sindslidelse, afviger signifikant fra udviklingen for personer, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Der er foretaget en logistisk regression for hver af variablene *mand*, *gift/samlevende*, *anden etnicitet end dansk*, *har børn*, *højeste uddannelse er folkeskole*, *beskæftiget* og *1. indkomstkvartil*. I alle regressioner er der inkluderet en variabel for, om personen har været indlagt på et psykiatrisk hospital, år-dummier for 1995 og 2010 og en interaktionsvariabel mellem disse to variabler. Interaktioner i logit-modellen kan, når modellen specificeres, som vi har gjort her, fortolkes som interaktionskoefficienter i den lineære model (Puhani, 2008 og Cornelißen & Sonderhof, 2009). Af tabel B.2.2 nedenfor ses fx at fortegnet på parameterestimatet for interaktionen mellem 1995 og indlagt er negativt og signifikant forskelligt fra nul. Dette betyder at beskæftigelsen er blevet signifikant dårligere blandt personer der har været indlagt på et psykiatrisk hospital ifht. resten af befolkningen fra 1980 til 1995.

Tabel B.2.1. Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at det er en mand, for at være gift/samlevende, for at være af anden etnicitet end dansk og for at have børn blandt personer i alderen 25-34 år. Parameterestimat og standardfejl i parentes.

	Mand	Gift/ samlevende	Anden etnicitet end dansk	Har børn
Har været indlagt på et psykiatrisk hospital	0.300***	-1.298***	-0.0863	-0.935***
	(0.03)	(0.03)	(0.07)	(0.03)
År (referenceår = 1980)				
1995	-0.00864*	-1.163***	-1.154***	-0.593***
	(0.00)	(0.00)	(0.01)	(0.00)
2010	-0.0192***	-1.372***	0.216***	-0.801***
	(0.00)	(0.00)	(0.01)	(0.00)
Interaktioner				
Indlagt x 1995	0.175***	0.307***	2.004***	0.206***
	(0.05)	(0.06)	(0.10)	(0.05)

Indlagt x 2010	0.0316	0.424***	1.387***	0.437***
	(0.05)	(0.07)	(0.09)	(0.05)
Konstant	0.0562***	0.651***	-3.108***	0.671***
	(0.00)	(0.00)	(0.01)	(0.00)
N	1,897,626	1,897,626	1,897,626	1,897,626

Note: Test for signifikans: * angiver $p < 0,05$, ** angiver $p < 0,01$, *** angiver $p < 0,001$

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel B.2.2. Logistisk regression, der estimerer sandsynligheden for at højeste uddannelse er folkeskole, for at være beskæftiget, og for at have en indkomst i 1. kvartil (den laveste) blandt personer i alderen 25-34 år. Parameterestimat og standardfejl i parentes.

	Højeste uddannelse er folkeskole	Beskæftiget	1. indkomstkvartil
Har været indlagt på et psykiatrisk hospital	0.997***	-1.598***	1.215***
	(0.03)	(0.03)	(0.03)
År (referenceår = 1980)			
1995	-0.366***	-0.0496***	-0.139***
	(0.00)	(0.00)	(0.00)
2010	-0.942***	-0.107***	-0.219***
	(0.00)	(0.00)	(0.00)
Interaktioner			
Indlagt x 1995	0.642***	-0.728***	0.988***
	(0.05)	(0.06)	(0.05)
Indlagt x 2010	0.840***	-0.434***	-0.120*
	(0.05)	(0.06)	(0.05)
Konstant	-0.676***	1.249***	-1.156***
	(0.00)	(0.00)	(0.00)
N	1,882,125	1,891,166	1,897,321

Note: Test for signifikans: * angiver $p < 0,05$, ** angiver $p < 0,01$, *** angiver $p < 0,001$

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

KAPITEL 3

Tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og udviklingen af skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser

Af Jane Greve

3.1 Introduktion

Mange sindslidelser er genetisk betingede. Der er dog ikke ét isoleret gen, der er årsagen til, at en sindslidelse udvikler sig, og mange af de gener, som man mener er årsag til alvorlige psykiske lidelser, finder man også hos raske personer. De fleste forskningsresultater peger da også på, at årsagerne til udviklingen af en række psykiske sygdomme skal findes i en kombination af biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Kendler et al., 1995). I dette kapitel undersøger vi, hvorvidt socioøkonomisk status i den tidlige barndom, dvs. familiens indkomst, forældrenes uddannelse og beskæftigelsesstatus, er relateret til udviklingen af alvorlige psykiske lidelser som skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Forståelsen for sammenhængene mellem disse svære sindslidelser og socioøkonomisk status i barndommen kan være vigtig, bl.a. i forhold til at forstå sygdommens udviklingsforløb.

Tidligere forskning har vist, at der er en sammenhæng mellem svære psykiske sygdomme og individets socioøkonomiske status senere i livet (se f.eks. Agerbo et al., 1998; Agerbo, 2004; Berndt et al., 2000; Jayakody, Danziger & Kessler, 1998; Kessler et al., 1995; Westergaard-Nielsen et al., 2004). Socioøkonomiske forhold kan påvirke udviklingen af en psykisk sygdom, hvis fx behandling af sygdommen afhænger af individets socioøkonomiske status. Fx kan man forestille sig, at personer med grunduddannelse og/eller meget lav indkomst vil være mindre tilbøjelige til at søge og få hjælp og behandling, hvis de oplever symptomer på en alvorlig sindslidelse. Omvendt kan psykiske sygdomme også påvirke individets socioøkonomiske forhold. Nogle psykiske sygdomme udvikler sig tidligt i livet, og tidlige symptomer på sygdommen kan have en indvirkning på beslutninger om

uddannelse og derigennem den ramtes økonomiske situation senere i livet.¹⁷ Det er derfor vigtigt i en analyse af socioøkonomiske forholds betydning for udviklingen af en psykisk sygdom at skelne mellem, om disse forhold var til stede tidligt i livet – endda inden fødsel – eller om disse forhold blev udviklet senere i livet.

Nogle få studier har undersøgt sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og det at have en psykisk lidelse (Lahelma et al. 2006; McLaughlin et al. 2011; Miech et al. 1999). Mens der tilsyneladende er bred enighed i litteraturen om, at personer med sindslidelser i højere grad kommer fra familier med lav socioøkonomisk status, er der mindre konsensus om, hvilken af de socioøkonomiske faktorer der er vigtigst. Mens resultater fra USA viser, at den vigtigste socioøkonomiske faktor i barndommen for udviklingen af psykiske lidelser er forældres uddannelse¹⁸ (McLaughlin et al., 2011), viser et studie fra Finland, at lav indkomst i barndommen er den vigtigste socioøkonomiske faktor (Lahelma et al., 2006). I en undersøgelse fra New Zealand er socioøkonomisk status i barndommen målt med et samlet mål for forældres beskæftigelsesstatus, uddannelsesniveau og familieindkomst. I det studie fandt man, at forældres socioøkonomiske status, da barnet var 15 år, var associeret med en senere udvikling af en af de fire lidelser: angst, depression, antisociale personlighedsforstyrrelser og ADHD (Miech et al., 1999). I de tidligere studier (Miech et al., 1999; Lahelma et al., 2006; McLaughlin et al., 2011) måles psykiske lidelser på forskellige måder og i alle studierne er de benyttede data baseret på mindre stikprøver af populationen.¹⁹

I dette kapitel benytter vi Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) til at undersøge sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og udviklingen af psykiske lidelser som skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Vi har fulgt en kohorte af alle mænd, der er født i 1981, og koblet registerdata for disse mænd og deres forældre sammen. Vi har valgt at fokusere på mænd, da mange svære sindslidelser udvikler sig tidligere hos mænd end hos kvinder. Dette betyder, da vi kun har data frem til 2010, at vi kan fange flere, der har udviklet sindslidelserne, hvis vi ser på mænd, end vi ville

17 Beregninger af sammenhængen mellem socioøkonomiske forhold og udvikling af en psykisk sygdom kan også blive påvirket af en "tredje faktor". Dvs. en faktor, som både er relateret til den psykiske sygdom og det socioøkonomiske forhold. Dette kunne være relevant, hvis der fx er en tendens til i højere grad at diagnosticere personer med lav socioøkonomisk status med en psykisk lidelse (Scheff, 1966).

18 I McLaughlin et al. (2001) er forældrenes uddannelse angivet med et retrospektivt spørgsmål.

19 Lahelma et al. (2006) undersøger sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og psykiske lidelser ved at benytte SF-36 spørgeskemaet til at identificere personer med mentale problemer. I Miech et al. (1999) identificeres personer med psykiske lidelser via interviews. Ved at benytte "the Diagnostic Interview Schedule", som genererer diagnoser ifølge "Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders (DSM)"-kriteriet, finder de således frem til personer, som har en række alvorlige sindslidelser, hvor de dog ekskluderer personer med skizofreni. I McLaughlin et al. (2011) baseres definitionen af personer med en psykiatrisk diagnose på 3. version af WHO's "Composite International Diagnostic Interview", som genererer diagnoser efter DSM-IV-kriterier.

have gjort, hvis vi havde set på kvinder. Når vi i dette kapitel fokuserer på mænd, er det altså kun, fordi de data, vi har til rådighed, egner sig bedre til at studere denne gruppe.

Brugen af registerdata er særligt nyttig til at belyse sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer og sindslidelser, der er så svære, at en indlæggelse på et psykiatrisk hospital har været nødvendig og kan kaste lys over nogle af de spørgsmål, som den tidligere litteratur ikke har været i stand til at svare på pga. deres langt mindre og selekterede stikprøver. Ved at benytte registerdata undgår vi fx, at der er personer, som falder fra undersøgelsen, idet danske psykiatriske hospitaler er offentlige, og dermed er alle ind- og udskrivninger fra disse indlæggelser registreret i DPCF. Da al behandling på de psykiatriske hospitaler er betalt af staten, betyder det at selv de værste tilfælde af psykiske lidelser blandt både de allerlaveste og de allerhøjeste socioøkonomiske grupper er registreret, grupper som ellers ofte falder fra i frivillige spørgeskemaundersøgelser. Endvidere kan vi med registerdata koble de personer, der har været indlagt med disse sindslidelser, med deres forældre og via registrene finde information om både forældrenes uddannelses-, arbejdsmarkeds- og indkomststatus, fra før barnet bliver født.

3.2 Sammenhængen mellem tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og udviklingen af en psykisk lidelse

Når vi definerer det at have haft en psykisk lidelse som det, at man på et tidspunkt har været indlagt på et psykiatrisk hospital, begrænser vi gruppen af personer med psykiske lidelser til de mest alvorlige tilfælde. Ikke alle, som potentielt har en diagnosticerbar sindslidelse, modtager behandling på et offentligt psykiatrisk hospital. Når vi således fokuserer på personer med diagnosen skizofreni, så fanger vi alle de kendte tilfælde blandt mænd født i 1981, som måtte have denne diagnose. Diagnosegrupperne affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser indeholder mange forskellige diagnosetyper, og der er mange forskellige grader blandt disse lidelser. De personer, vi ser på i dette kapitel, er altså afgrænset ved, at de har været i kontakt med hospitalspsykiatrien og har fået stillet en diagnose, der falder under ICD-10-kategorien affektive lidelser eller personlighedsforstyrrelser.

Forholdet mellem socioøkonomiske forhold i barndommen og udviklingen af en psykisk lidelse kan forklares af adskillige faktorer. Mange psykiske lidelser har som nævnt en genetisk komponent (Kendler et al., 1995), hvilket kan give en nedadgående social mobilitet for familier med disse genetiske dispositioner (Eaton, 1980). I vores analyser kontrollerer vi for dette forhold ved at inkludere en variabel, der måler, hvorvidt forældrene har været i kontakt med hospitalspsykiatrien.

Tidligere forskning, der vedrører risikofaktorer for udvikling af sindslidelser, har bl.a. peget på betydningen af negative begivenheder under graviditeten i form af infektioner og underernæring (Gutteling et al., 2000; Xu, 2009). Disse risikoforhold under graviditeten er ofte knyttet til moderens socioøkonomiske forhold, hvilket kan bidrage til at forklare socioøkonomiske forskelle i udviklingen af en alvorlig psykisk lidelse. I vores analyser tager vi højde for dette ved at inkludere variabler for fødselsvægt og Apgar score.²⁰

I dette kapitel vil vi fokusere på forældrenes ressourcer, målt ved familiens samlede indkomst, og forældrenes højeste uddannelse og deres beskæftigelsesstatus. Forholdet mellem forældres uddannelse og deres børns helbred kan forstås inden for rammerne af økonomisk teori om sundhed og uddannelse. Tilbage i 1972 formulerede Grossman en økonomisk model for forholdet mellem sundhed og uddannelse og argumenterede for, at personer med flere års uddannelse er mere effektive til at producere et sundt helbred. Dvs. at for to personer – én med en kort uddannelse og én med en lang uddannelse – der har de samme ressourcer til rådighed, vil den person, der har flest års uddannelse, arbejde mere effektivt på at få et bedre helbred. Hvad det helt præcist er, uddannelse gør, som effektiviserer “helbredsproduktionen” – om det er en forståelse af mere komplekse sundhedsforhold, om det er normer for en sund livsførelse opdelt på uddannelseskategorier eller noget helt andet – giver Grossmans model kun en lille indsigt i.

Alternativt foreslår Rosenzweig og Schulz (1982) og Kenkel (1991), at flere år med mere uddannelse gør folk mere effektive i forhold til allokeringen af deres ressourcer, når de skal optimere deres sundhed. Det betyder, at forældre med højere uddannelse er bedre til at allokere ressourcer, når de producerer sundhed, og vil være bedre til at allokere de rigtige ressourcer de rigtige steder hen på de rigtige tidspunkter, således at deres barn udvikler et sundere mentalt helbred i forhold til børn af forældre med en kortere uddannelse.

Forældres uddannelse kan også påvirke udviklingen af sindslidelser gennem nogle faktorer, vi som forskere ikke kan observere. Fx er der et studie, der viser, at adfærd knyttet til et godt helbred ofte er knyttet til et godt, socialt miljø i hjemmet, hvor sidstnævnte igen er fundet at være korreleret med forældrenes uddannelse (Davis-Kean, 2005).

20 Apgar scoren er et tal, som udregnes ved at bedømme hjertets puls, åndedrættet, muskelmasse, hudfarve og refleks ét og fem minutter efter fødsel. Apgar scoren går fra 0 til 10, og en score på 10 (høj Apgar score) indikerer, at spædbarnet er i den bedst tænkelige tilstand. Ca. 90 pct. af alle spædbørn har en Apgar score på 10.

Hvis vi ser på de to øvrige socioøkonomiske faktorer, indkomst og beskæftigelsesstatus, hænger forklaringerne i høj grad sammen med de forklaringer, der er for uddannelse. Højere indkomst i familien kan øge mulighederne for at stimulere barnet og købe det, der er nødvendigt for at sikre et godt helbred gennem barndommen. Når vi kontrollerer for familiens indkomst, er forældrenes beskæftigelsesstatus et mål for forskelle i social status og arbejdsforhold. Forældre med lav social status og dårlige arbejdsforhold kan påvirke stressniveauet i hjemmet i negativ retning og derved påvirke udviklingen af en psykisk lidelse. Det lader dog til, at der er væsentlig forskel i graden, hvorpå børn reagerer på et risikofyldt miljø i hjemmet (Rutter, 2005).

3.3 Empirisk metode

Da der er flere personer, der er registreret med mere end en af de tre lidelser, og da alle tre lidelser er alvorlige, har vi valgt at estimere en model for hver lidelse, således at vi ikke tildeler hverken den ene eller den anden type lidelse til dem, som har mere end én lidelse. Dvs. at vi beregner sandsynligheden for at udvikle skizofreni i én model, sandsynligheden for at udvikle affektive lidelser i en anden og sandsynligheden for at udvikle personlighedsforstyrrelser i en tredje.

Vi benytter logistisk regression til at estimere forholdet mellem socioøkonomiske risikofaktorer i tidlig barndom og udviklingen af én af de tre nævnte psykiske lidelser. I modellerne inkluderer vi en række karakteristika om barnet og dets familie og kumulative målinger af forældres helbreds-karakteristika. Disse variabler er beskrevet detaljeret i afsnit 3.4 nedenfor.

Når vi benytter den logistiske regressionsmodel, estimerer vi den relative risiko for at udvikle den svære sindslidelse. Den relative risiko er angivet med en *odds ratio*. Som navnet antyder angiver odds ratio forholdet mellem to udfald. Når vi fx ser på sammenhængen mellem, om moderen har en grunduddannelse, i forhold til hvis moderen har en videregående uddannelse, så vil en odds ratio på 1 angive, at der ingen forskel er på de to grupper (dvs. mænd med mødre, der har en grunduddannelse, og mænd med mødre, der har en videregående uddannelse), når vi fx estimerer sandsynligheden for at udvikle personlighedsforstyrrelser. En odds ratio, der er større end 1, angiver, at der er flere blandt mænd med mødre med en grunduddannelse end mænd med mødre med en videregående uddannelse, der har udviklet personlighedsforstyrrelser. En odds ratio, der er mindre end 1, angiver, at der er færre blandt mænd med mødre med en grunduddannelse end blandt mænd med mødre med en videregående uddannelse, der har udviklet personlighedsforstyrrelser. I nogle af de modeller, vi præsenterer i dette kapitel, har vi kontrolleret for en

række andre variable. Når vi således fortolker på en given odds ratio, er det vigtigt at holde sig for øje, at fx højere odds for en gruppe i forhold til en anden kan være givet, at der er kontrolleret for andre forhold.

Mange af de vigtigste kontrolvariable, som eksempelvis faderens og moderens socioøkonomiske karakteristika, hænger tæt sammen. Vi har derfor inkluderet alle kontrolvariable trinvist for at analysere, i hvilken grad sammenhængen mellem de to variable ændres, når vi inkluderer andre kontrolvariable. Vi viser dog kun udvalgte trinvisse estimationer.

Der kan være stor forskel på sandsynligheden for at udvikle en sindslidelse, hvis flere socioøkonomiske faktorer er til stede samtidig. Det kan fx være, at det både at være født i en lavindkomst familie og have forældrene uden en kompetencegivende uddannelse giver en større sandsynlighed for, at barnet udvikler en sindslidelse, i forhold til hvis vi så på et barn, der var født i en lavindkomstfamilie, men hvor forældrene havde en erhvervsfaglig uddannelse. Disse kombinerede effekter belyser vi ved at udregne prædikterede sandsynligheder for forskellige personer.

3.4 Databeskrivelse

Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) indeholder information om dato for skadestuebesøg, indlæggelses- og udskrivelsesdato og dato for ambulante behandlinger samt diagnoser vedrørende alle besøg. Disse informationer er i Danmark tilgængelige fra alle psykiatriske indlæggelsesinstitutioner siden 1969 og for alle ambulante behandlingssteder siden 1995. DPCF er beskrevet i detaljer i kapitel 8. Vi har koblet DPCF med adskillige andre danske administrative registerdata, der indeholder information om familierelationer, demografiske og sociodemografiske karakteristika fra 1980 og frem. Information om hospitalsindlæggelser med somatiske sygdomme eksisterer fra 1991 og frem.

Til analysen i dette kapitel har vi udvalgt alle mænd født i Danmark i 1981 og fulgt dem i registrene, til de er 29 år gamle i 2010. Ved at vælge denne kohorte af unge mænd har vi information om deres hospitalshistorik, frem til de er 29 år gamle, sammen med en lang liste af faktorer fra deres tidlige barndom, knyttet til det individuelle barn (fødselsvægt, Apgar score og etnicitet) og til familien (fx forældres skilsmisse, helbred og socioøkonomiske karakteristika). Blandt kohorten af mænd født i 1981 var der 22.144, som aldrig havde været i kontakt med hospitalspsykiatrien frem til 2010, mens der var 195, 465 og 336 mænd, som havde været diagnosticeret med henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Dvs. at ca. 9, 21 og 15 ud af 1000 mænd

på 29 år har været registreret med henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser.

Til at indikere, om personen havde været indlagt på et hospital for hver af de tre sygdomme, danner vi en binær variabel, som er lig 1, hvis personen på et eller andet tidspunkt fra han blev født og indtil 2010 har været indlagt eller behandlet ambulant og fået én af diagnoserne skizofreni, affektive lidelser eller personlighedsforstyrrelser. Disse lidelser er alle alvorlige psykiske sygdomme og udvikles relativt tidligt i livet. De fleste tilfælde af skizofreni opdages inden det 25. leveår blandt mænd (Sham, MacLean & Kendler, 1994). Affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser viser sig i de fleste tilfælde, når patienten er mellem 15 og 29 år (Joyce, 1984). For disse svære sindslidelser kræves dog, at der har været tydelige symptomer siden ungdommen, derfor er der meget få, der får fastsat diagnosen, før de fylder 18 år. Figur 3.1 viser den kumulative indlæggelsesrate, fra fødslen (i 1981), til de var 29 år, for alle mænd der havde været indlagt på et psykiatrisk hospital med hver af de tre diagnoser. Figuren viser, at der var meget få indlæggelser inden 1994, dvs. da patienternes alder var 13 år. Figur 3.1 viser også, at i 2003, altså i patienternes 21. leveår, var halvdelen af alle tilfælde af personlighedsforstyrrelser blevet indlagt, mens halvdelen af alle tilfælde af affektive lidelser havde været indlagt i 2005, dvs. ved alderen 23.

Figur 3.1: År for første indlæggelse blandt mænd født i 1981.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

De psykiske sygdomme er defineret på baggrund af diagnoserne, som er klassificeret i henhold til ICD-8-systemet inden 1994, og i henhold til ICD-10-systemet derefter. Datamæssige problemer, der er relateret til ændringen i klassifikationssystemet, er således begrænset pga. det meget lave antal personer, der er indlagt inden 1994.

For at estimere sandsynligheden for at blive diagnosticeret med en af de tre psykiske sygdomme benytter vi tre datasæt, som hver indeholder alle mænd, der var indlagt med den relevante lidelse, og alle mænd, som aldrig havde været indlagt på et psykiatrisk hospital. Altså ekskluderer hvert af datasættene alle andre mænd, som havde været indlagt med en anden psykisk lidelse end den relevante.

De primære socioøkonomiske variabler i dette studie indeholder information om forældrenes uddannelse og beskæftigelsesstatus samt familiens indkomst. Variablerne, der angiver familiens indkomst og forældrenes uddannelse og indkomst, er alle angivet i 1980, altså inden barnet blev født. For uddannelsesoplysningerne er data dog fra 1981 pga. manglende information i registerets første år. Forældrenes uddannelse refererer til det højest gennemførte uddannelsesniveau og er inddelt i tre kategorier: grunduddannelser (gymnasial eller mindre), erhvervsuddannelser og videregående uddannelser. Forældrenes beskæftigelsesstatus er inddelt i følgende kategorier: selvstændig, beskæftiget (ikke-selvstændig) og ikke-beskæftiget. Vi har grupperet de selvstændige i deres egen kategori, da denne gruppe har andre arbejdsbetingelser end andre ansatte med hensyn til både arbejdstimer og registreret indkomst. Ikke-beskæftigede personer består både af personer på førtidspension, hjemmegående forældre (hvoraf der er meget få) og personer i uddannelse. Familieindkomst måles som den sammenlagte bruttoindkomst for begge forældre fra alle kilder og er derefter inddelt i kvartiler.

I vores modeller kontrollerer vi derudover for en række forhold, som kan have indflydelse på sandsynligheden for at udvikle en alvorlig psykisk lidelse. Forholdene inkluderer de følgende barndoms karakteristika: indikatorer for etnicitet, beboelsesområde ved fødsel, høj Apgar score og høj og lav fødselsvægt.²¹ Vi inkluderer også oplysninger om antallet af søskende, og om personen er familiens førstefødte. At have søskende kan nedsætte forældrenes tid med barnet, hvilket kan påvirke barnets udvikling, mens at være den førstefødte har visse fordele, som eksempelvis har vist sig at have en positiv effekt på IQ (Black, Devereux og Salvanes, 2007).

21 Apgar scoren er den der er målt efter 5 minutter. En høj Apgar score er lig med en værdi på 10, og indikerer, at barnet er i den bedst tænkelige tilstand. Lav fødselsvægt er en fødselsvægt under 2500 gram. Høj fødselsvægt er en fødselsvægt over 4500 gram.

I vores modeller kontrollerer vi også for en række familieforhold og miljømæssige faktorer under opvæksten. Vi benytter information om både faderen og moderen og benytter oplysningerne, der går tilbage til før, barnet blev født, så barnets fødsel, og de problemer, der kan være relateret til barnet, ikke kan have påvirket disse socioøkonomiske faktorer. Forældrenes alder er fundet i det år, barnet blev født. Vi inkluderer en indikator for, om moderen var teenager. Tidligere litteratur har vist, at børn født af teenagemødre i gennemsnit har større intellektuelle og udviklingsmæssige problemer end børn født af ikke-teenagemødre (Brook-Gunn & Furstenberg, 1986).

Derudover inkluderer vi en liste af kontrolvariabler, der angiver om forældrene har været fraværende fra barnet, da dette kan have en betydelig indflydelse på et barns psykologiske udvikling. Disse variabler er målt i årene 1981 til 1996 – dvs. indtil barnet er fyldt 15 år – og inkluderer binære indikatorer for forekomst af moders død, faders død og forældres skilsmisse.²²

Endelig inkluderer vi en række kontrolvariabler, som indikerer, om familien er dysfunktionel eller særlig sårbar, da dette kan påvirke børns udvikling og udviklingen af psykiske lidelser (Coyne & Downey, 1991). Vi inkluderer variabler for begge forældre, som indikerer, hvorvidt moder/fader var indlagt på et hospital mindst én gang i perioden 1981-1996 med en af de alvorlige sygdomme hjerteanfald, slagtilfælde eller kræft, og om moder/fader var indlagt på et psykiatrisk hospital i perioden 1969-2010. Derudover tilføjer vi variabler om den registrerede kriminalitet, der indikerer, om forældrene havde begået en forbrydelse mellem 1981-1996.

Tabel 3.1 viser gennemsnitsværdierne for de inkluderede variabler for grupperne af personer med skizofreni, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og personer, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital. Vi har testet forskellene i gennemsnittene med standard t-tests for at vise, at personer med psykiske lidelser har andre personlige karakteristika end personer, som aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital.

Generelt lader der til at være en sammenhæng mellem psykiske sygdomme og socioøkonomiske faktorer i den tidlige barndom: Personer med en af de tre psykiske lidelser er mere tilbøjelige til at have haft forældre, som var arbejdsløse, forældre kun med grunduddannelse og forældre i den laveste indkomstkvar-til. Når vi ser på gennemsnittene for variablerne, der angiver høj og lav fødselsvægt og Apgar score, så er de ikke signifikant forskellige, når vi sammenligner gruppen af personer med psykiske lidelser med personer, som ikke har været

22 Vi definerer forældrene som skilt, hvis de skifter ægteskabsstatus fra gift til skilt, og hvis de går fra at have samme adresse til ikke at have samme adresse (undtagen hvis dette skift, sker fordi vi mister oplysninger om den ene forælders adresse).

indlagt. Personer med personlighedsforstyrrelser har dog i gennemsnit lavere fødselsvægt, og færre der har en høj Apgar score. Både personer med skizofreni og personlighedsforstyrrelser er oftere indvandrere og bor oftere i et byområde.

Blandt personer med en af de tre psykiske lidelser er der i gennemsnit flere, der er født af en teenagemoder (end personer uden disse lidelser), og flere der har oplevet at miste en forælder i form af, at forældrene bliver skilt eller dør, før barnet bliver 15 år. Ydermere har flere personer med sindslidelser oplevet, at en af deres forældre blev indlagt på et psykiatrisk hospital eller behandlet ambulantly. For personer med personlighedsforstyrrelser er der i gennemsnit flere, der har oplevet, at deres fader har været indlagt med alvorlige fysiske helbredsproblemer. Personer med sindslidelser har i gennemsnit større sandsynlighed for at have forældre, der er blevet dømt. For personer med affektive lidelser er kun faderen signifikant mere tilbøjelig til at have en dom. Derudover lader det til, at personer med disse lidelser i højere grad har søskende, og i mindre grad er det førstefødte barn i familien i forhold til personer uden disse lidelser.

Tabel 3.1: Gennemsnit for personer med skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser samt personer, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital (ikke indlagt). Alle mænd født i 1981 og bosat i Danmark.

Variabel	Skizofreni	Affektive lidelser	Personlighedsforstyrrelser	Ikke indlagt
<i>År 1980</i>				
Mor, selvstændig	0,021	0,019 +	0,021	0,034
Mor, beskæftiget	0,569*	0,626*	0,568*	0,676
Mor, ikke-beskæftiget	0,41*	0,355*	0,411*	0,290
Far, selvstændig	0,077	0,0538*	0,042*	0,093
Far, beskæftiget	0,703*	0,794	0,711*	0,782
Far, ikke-beskæftiget	0,221*	0,153 +	0,247*	0,125
1. kvartil	0,297*	0,269*	0,295*	0,184
2. kvartil	0,292	0,269	0,301	0,267
3. kvartil	0,19*	0,230*	0,217*	0,273
4. kvartil	0,221 +	0,232*	0,188*	0,276

<i>År 1981</i>				
Moder, grunduddannelse	0,528*	0,512*	0,592*	0,454
Moder, erhvervsfaglig uddannelse	0,313	0,288 +	0,271*	0,329
Moder, videregående uddannelse	0,159 +	0,200	0,137*	0,217
Fader, grunduddannelse	0,395*	0,368*	0,411*	0,305
Fader, erhvervsfaglig uddannelse	0,446	0,447*	0,420*	0,502
Fader, videregående uddannelse	0,159	0,185	0,170	0,192
Lav fødselsvægt	0,036	0,052	0,066 +	0,044
Høj fødselsvægt	0,031	0,024	0,015	0,023
Apgar score=10	0,954	0,940	0,923 +	0,944
Indvandrer	0,103*	0,030	0,045	0,032
Byområde	0,446*	0,361	0,408*	0,341
Storbyområde	0,262	0,320	0,274	0,312
Teenagemoder	0,046 +	0,043*	0,051 *	0,023
<i>År 1981-1996</i>				
Forældre skilt	0,503*	0,465*	0,586*	0,300
Moder død	0,031*	0,032*	0,027*	0,012
Fader død	0,046*	0,034 +	0,039*	0,022
<i>År 1991-1996</i>				
Moder, indlagt med svær somatisk sygdom	0,021	0,015	0,009	0,016
Fader, indlagt med svær somatisk sygdom	0,015	0,017	0,021*	0,018
<i>År 1969-2010</i>				
Moder, indlagt på psykiatrisk hospital	0,262*	0,170*	0,25*	0,083
Fader, indlagt på psykiatrisk hospital	0,154*	0,144*	0,167*	0,085

År 1980-2005				
Moder, registreret for kriminalitet	0,190*	0,110	0,167*	0,102
Fader, registreret for kriminalitet	0,431*	0,415*	0,47*	0,354
År 2005				
Søskende	0,764 +	0,755*	0,732	0,706
Førstefødte	0,554	0,548*	0,598	0,609
Antal observationer	195	465	336	22.144

Note: Gennemsnittet for samtlige variabler for mænd med en af sygdommene skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er sammenlignet med gennemsnittet for mænd, der aldrig har været indlagt. Gennemsnitsværdier, der afviger fra hinanden på et 5 og 10 procents signifikansniveau, er markeret med henholdsvis * og +.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

3.5 Resultater fra sandsynlighedsmodellen

3.5.1 Den relative risiko for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser

Tabel 3.2-3.4 viser den relative risiko for at blive indlagt med henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser blandt mænd født i 1981. Den relative risiko for at udvikle disse lidelser er angivet med odds ratios (se afsnit 3.3). I modellerne vises først sammenhængen mellem de forskellige socioøkonomiske karakteristika hver for sig og derefter samlet. I sidste kolonne kontrolleres for alle de variabler, som er angivet i tabel 3.1, dvs. karakteristika fra den tidlige barndom (fødselsvægt, Apgar score, immigrantstatus, søskende, og at man er den førstefødte) og forældres karakteristika (teenagemor, forældres skilsmisse, forældres dødsfald og forældrenes psykiske og somatiske sygdomme) samt faktorer omkring forældrenes socioøkonomiske status i barnets første år.

På trods af, at der i modellerne i tabellerne 3.2-3.4 indgår et betydeligt antal observationer, er det vigtigt at understrege, at antallet, der er diagnosticeret med henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser, er meget lille, da disse lidelser er relative sjældne, når vi ser på hele befolkningen. Vi må derfor regne med en vis usikkerhed, når vi estimerer den relative risiko for at udvikle disse lidelser.

I tabel 3.2 ses, at selvom de viste odds ratioer tyder på, at børn af mødre med en grunduddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse har større sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni i forhold til børn af mødre med en videregående uddannelse, så er disse odds ratioer ikke væsentlig forskellige fra nul. Dette gælder både i modellen, som kun inkluderer forælders uddannelse (model 1) og

i modellen, hvor vi kontrollerer for en række andre faktorer (model 5). Hvis faderen ikke er beskæftiget ved barnets fødsel, har barnet større sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni. Odds ratio er 2,17. Denne positive samvariation mellem faderens status som ikke-beskæftiget og udvikling af skizofreni finder vi også, når vi kontrollerer for de øvrige socioøkonomiske karakteristika (model 4) og for de øvrige kontrolvariabler (model 5). I model 3 vises sammenhængen mellem familiens indkomst og skizofreni. Børn, som fødes i familier med indkomst i den laveste indkomstkvarantil, lader umiddelbart til at have større sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni (signifikant på 10 pct.) end børn, der fødes i den højeste indkomstkvarantil. Men, når der kontrolleres for de øvrige socioøkonomiske faktorer, bliver denne odds ratio insignifikant.

I tabel 3.3 er sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og affektive lidelser vist. I model 1, 4 og 5 ses, at forældrenes uddannelse ikke lader til at påvirke sandsynligheden for at blive indlagt med affektive lidelser.²³ Hvis faderen er selvstændig ved barnets fødsel, har barnet en mindre sandsynlighed for at blive indlagt med affektive lidelser i forhold til, hvis faderen er lønmodtager ved barnets fødsel. Odds ratio er på 0,55. Børn, som fødes i familier med indkomst i den laveste indkomstkvarantil, har større sandsynlighed for at blive indlagt med affektive lidelser i forhold til børn, der bliver født i den højeste indkomstkvarantil. Odds ratio er ca. 1,6, både når vi ser på denne variabel alene, og når vi kontrollerer for de øvrige variabler (model 5).

Mænd, der ved fødslen har en moder, hvis højeste uddannelse er en grunduddannelse, har større sandsynlighed for at blive indlagt med personlighedsforstyrrelser i forhold til mænd, der ved fødslen har en moder med en videregående uddannelse. I tabel 3.4, model 4, ses dog, at denne sammenhæng forsvinder, når der kontrolleres for de øvrige socioøkonomiske karakteristika. Det samme lader til at være tilfældet, når vi ser på mænd, hvis mødre ikke var i beskæftigelse og sammenligner med mænd, hvis mødre var lønmodtagere. Hvis faderen var uden beskæftigelse ved barnets fødsel, er der en større sandsynlighed for, at barnet udvikler en personlighedsforstyrrelse. Odds-ratioen er her 2,24, men reduceres når vi kontrollerer for de øvrige socioøkonomiske faktorer (model 4) til 2,0, og yderligere, når vi kontrollerer for de øvrige variabler (model 5), til 1,7. Hvis faderen er selvstændig ved barnets fødsel, er der en mindre sandsynlighed for, at barnet bliver indlagt med personlighedsforstyrrelser. Familiens indkomst ved barnets fødsel udviser umiddelbart en signifikant samvariation med udviklingen af personlighedsforstyrrelser, men denne

23 Når der ikke kontrolleres for faderens uddannelse, er odds ratio til variablerne, der viser, at moderen har ingen eller en erhvervsuddannelse, større end 1, sådan som vi ville forvente.

samvariation er ikke signifikant, når vi inkluderer andre variabler i modellen.

Adskillige af de karakteristika for børn og forældre, som vi inkluderer i modellerne er signifikante risikofaktorer for udvikling af psykiske sygdomme. Disse resultater er ikke vist i tabel 3.2. Hvis forældrene er skilt eller indlagt på et psykiatrisk hospital, inden barnet fylder 15 år, er der større sandsynlighed for, at barnet udvikler skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. At bo i et byområde, frem for et landområde, øger sandsynligheden for, at barnet senere indlægges med en affektiv lidelse.

Tabel 3.2: Sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og skizofreni blandt mænd født i 1981. Logistisk regression. odds ratios (OR) for at være indlagt på et psykiatrisk hospital med skizofreni. Konfidensinterval angivet i de kantede parenteser.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Øvrige kontrolvariabler inkluderet	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Moder, grunduddannelse	1,267			1,120	0,965
	[0,70;2,29]			[0,60;2,07]	[0,52;1,81]
Moder, erhvervsfaglig uddannelse	1,378			1,357	1,301
	[0,76;2,49]			[0,75;2,47]	[0,71;2,37]
Fader, grunduddannelse	1,515			1,264	1,120
	[0,80;2,88]			[0,65;2,45]	[0,57;2,19]
Fader, erhvervsfaglig uddannelse	1,255			1,155	1,199
	[0,69;2,30]			[0,63;2,13]	[0,65;2,21]
Moder, ikke-beskæftiget		1,287		1,199	1,047
		[0,87;1,91]		[0,78;1,84]	[0,68;1,62]
Moder, selvstændig		0,243		0,231	0,240
		[0,03;1,83]		[0,03;1,74]	[0,03;1,81]

Fader, ikke-beskæftiget		2,174***		2,046**	1,657*
		[1,38;3,41]		[1,27;3,29]	[1,01;2,71]
Fader, selvstændig		1,583		1,561	1,712
		[0,83;3,03]		[0,81;3,01]	[0,88;3,33]
1. kvartil			1,702+	1,172	0,936
			[0,97;2,97]	[0,63;2,20]	[0,49;1,80]
2. kvartil			1,502	1,231	1,229
			[0,88;2,55]	[0,70;2,16]	[0,69;2,18]
3. kvartil			1,133	1,023	1,105
			[0,65;1,99]	[0,57;1,82]	[0,62;1,98]
Antal observationer	23.532	23.532	23.532	23.532	23.532

Noter: Stikproven indeholder alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller modtaget ambulant behandling, og alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, som på et eller andet tidspunkt i deres liv har fået den estimerede diagnose. Følgende kontrolvariable er inkluderet, men ikke vist: høj og lav fødselsvægt, høj Apgar score, etnisk dansk, har søskende, er den førstefødte, moder er teenager, moder/fader indlagt med psykisk sygdom, moder/fader dømt for kriminalitet, fader død, barn bor i by- og storbyområde ved fødsel. Odds ratioer, der er statistisk signifikant forskellige fra nul på 5 pct. og 10 pct., er markeret med henholdsvis * og +.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel 3.3: Sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og affektive lidelser blandt mænd født i 1981. Logistisk regression. odds ratios (OR) for at være indlagt på et psykiatrisk hospital med affektive lidelser. Konfidensinterval angivet i de kantede parenteser.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Øvrige kontrolvariable inkluderet	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Moder, grunduddannelse	0,957			0,885	0,818
	[0,70;1,30]			[0,64;1,22]	[0,59;1,13]
Moder, erhvervsfaglig uddannelse	0,835			0,812	0,804
	[0,61;1,15]			[0,59;1,12]	[0,58;1,11]

Fader, grunduddannelse	1,228			1,194	1,123
	[0,87;1,73]			[0,84;1,70]	[0,78;1,61]
Fader, erhvervsfaglig uddannelse	1,011			1,019	1,012
	[0,73;1,39]			[0,74;1,41]	[0,73;1,40]
Moder, ikke- beskæftiget		1,129		0,985	0,948
		[0,90;1,43]		[0,76;1,27]	[0,73;1,23]
Moder, selvstændig		0,895		0,875	0,874
		[0,40;1,99]		[0,39;1,94]	[0,39;1,95]
Fader, ikke- beskæftiget		1,069		0,917	0,847
		[0,78;1,46]		[0,66;1,27]	[0,61;1,17]
Fader, selvstændig		0,548*		0,526*	0,520
		[0,33;0,92]		[0,31;0,89]	[0,31;0,88]
1. kvartil			1,598**	1,590**	1,531*
			[1,17;2,18]	[1,12;2,25]	[1,07;2,19]
2. kvartil			1,225	1,205	1,201
			[0,91;1,66]	[0,87;1,66]	[0,87;1,66]
3. kvartil			1,041	1,012	1,038
			[0,76;1,42]	[0,73;1,40]	[0,75;1,44]
Antal observationer	23.761	23.761	23.761	23.761	23.761

Noter: Stikprøven indeholder alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, der aldrig har været i kontakt med hospital psykiatrien eller modtaget ambulant behandling, og alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, som på et eller andet tidspunkt i deres liv har fået den estimerede diagnose. Følgende kontrolvariable er inkluderet i model 5, men ikke vist: høj og lav fødselsvægt, høj Apgar score, etnisk dansk, har søskende, er den førstfødte, moder er teenager, moder død, fader død, moder/fader indlagt med psykisk sygdom, moder/fader dømt for kriminalitet, barn bor i by og storbyområde ved fødsel. Odds ratio'er, der er statistisk signifikant forskellige fra nul på 5 pct. og 10 pct., er markeret med henholdsvis * og +.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel 3.4: Sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer i barndommen og personlighedsforstyrrelser blandt mænd født i 1981. Logistisk regression. odds ratios (OR) for at være indlagt på et psykiatrisk hospital med personlighedsforstyrrelser. Konfidensinterval angivet i de kantede parenteser.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Øvrige kontrolvariabler inkluderet	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Moder, grunduddannelse	1,826**			1,457	1,255
	[1,18;2,82]			[0,93;2,29]	[0,79;1,99]
Moder, erhvervsfaglig uddannelse	1,320			1,222	1,186
	[0,84;2,07]			[0,77;1,93]	[0,75;1,88]
Fader, grunduddannelse	1,178			0,977	0,847
	[0,77;1,81]			[0,63;1,52]	[0,54;1,33]
Fader, erhvervsfaglig uddannelse	0,793			0,751	0,720
	[0,53;1,20]			[0,49;1,14]	[0,47;1,10]
Moder, ikke-beskæftiget		1,557**		1,310+	1,211
		[1,18;2,05]		[0,97;1,77]	[0,89;1,64]
Moder, selvstændig		0,857		0,800	0,861
		[0,26;2,81]		[0,24;2,64]	[0,26;2,84]
Fader, ikke-beskæftiget		2,237***		2,002***	1,698**
		[1,65;3,03]		[1,45;2,77]	[1,22;2,36]
Fader, selvstændig		0,356*		0,364*	0,389*
		[0,15;0,83]		[0,16;0,85]	[0,17;0,91]
1. kvartil			2,251***	1,347	1,178
			[1,49;3,39]	[0,85;2,14]	[0,73;1,90]

2. kvartil			1,899**	1,424	1,385
			[1,28;2,82]	[0,93;2,17]	[0,90;2,12]
3. kvartil			1,345	1,146	1,193
			[0,88;2,05]	[0,74;1,77]	[0,77;1,85]
Antal observationer	23,641	23,641	23,641	23,641	23,641

Noter: Stikprøven indeholder alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, der aldrig har været i kontakt med hospitalpsykiatrien eller modtaget ambulant behandling, og alle mænd, der er født i 1981 og bosat i Danmark, som på et eller andet tidspunkt i deres liv har fået den estimerede diagnose.

Følgende kontrolvariable er inkluderet i model 5, men ikke vist: høj og lav fødselsvægt, høj Apgar score, etnisk dansk, har søskende, er den førstefødte, moder er teenager, moder død, fader død, moder/fader indlagt med psykisk sygdom, moder/fader dømt for kriminalitet, barn bor i by og storbyområde ved fødsel. Odds ratioer der er statistisk signifikant forskellige fra nul på 5 pct. og 10 pct., er markeret med henholdsvis * og +.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

3.5.2 Prædikterede sandsynligheder for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser

Tabel 3.5 præsenterer nogle udvalgte prædikterede sandsynligheder for at udvikle skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Disse sandsynligheder, som er meget små, fordi forekomsten af disse sygdomme er relativ sjælden i befolkningen, viser den absolutte risiko for at udvikle en psykisk sygdom, for personer med udvalgte karakteristika. I den første række af tabel 3.5 har vi udregnet den prædikterede sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni (1. kolonne), affektive lidelser (2. kolonne) og personlighedsforstyrrelser (3. kolonne) for en "baselineperson", dvs. for en person med nogle karakteristika, som vi har udvalgt ud fra, at de er rimeligt hyppige i den danske befolkning. Fx fødes langt de fleste med normal fødselsvægt og har søskende. Den præcise definition af en baselineperson har vi således valgt til at være en person, der har følgende karakteristika: normal fødselsvægt, høj Apgar score, etnisk dansk, har søskende, er den førstefødte, moderen var ikke teenager ved barnets fødsel, forældrene boede sammen mindst indtil barnet fyldte 15 år, ingen af forældrene er døde, inden barnet fyldte 15 år, ingen af forældrene har været indlagt med en psykisk sygdom, ingen af forældrene har været indlagt med en alvorlig somatisk sygdom, ingen af forældrene er registreret for kriminalitet, barnets familie boede i København ved fødslen, begge forældre har en erhvervsuddannelse, begge forældre er lønmodtagere, og familiens indkomst ligger i 3. kvartil.

For en person med disse udvalgte karakteristika er sandsynligheden for at blive indlagt med skizofreni 0,4 pct., med affektive lidelser 0,8 pct. og med personlighedsforstyrrelser 0,4 pct.

Ofte vil familier, der fx oplever at være i den laveste indkomstkvartil, også være uden arbejde og uden uddannelse. Vi har derfor udregnet den prædikterede sandsynlighed for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser for personer, der har en kombination af gunstige og mindre gunstige socioøkonomiske vilkår i barndommen. Derudover har vi udregnet, hvad det betyder for den prædikterede sandsynlighed, hvis der både er mindre gunstige socioøkonomiske vilkår, og forældrene er skilt, samtidig med at faderen er registreret for kriminalitet.

Resultaterne i tabel 3.5 viser, at for en person der vokser op under relativt gunstige socioøkonomiske forhold, er sandsynligheden for at udvikle skizofreni 0,2 pct., altså betydelig mindre, relativ end for en baselineperson. De relativt gunstige forhold i barndommen i forhold til baselinepersonen lader til at være af mindre betydning for at udvikle affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Her er de prædikterede sandsynligheder 1,0 og 0,4 pct. for at udvikle henholdsvis affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser.

For en person, der vokser op under mindre gunstige socioøkonomiske forhold, er sandsynligheden for at udvikle skizofreni, affektiv lidelse eller personlighedsforstyrrelse henholdsvis 0,4, 1,1 og 1,1 pct. Der er altså betydelige (relative) forskelle i sandsynligheden for at blive indlagt med affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser afhængig af, om den person, vi udregner for, har mere eller mindre gunstige socioøkonomiske forhold i barndommen. Den prædikterede sandsynlighed for at udvikle skizofreni er næsten den samme for en person med gennemsnitskarakteristika og en person med mindre gunstige socioøkonomiske forhold i barndommen.

Hvis vi derimod ser på den prædikterede sandsynlighed for at udvikle svære sindslidelser, når der både er mindre gunstige socioøkonomiske forhold og indikationer på mindre gode sociale forhold for barnet (forældrene er skilt, og faderen er registreret for kriminalitet), bliver de prædikterede sandsynligheder 2, 3 og 6 gange større, end de er for baselinepersonen for henholdsvis skizofreni (0,7 pct.), affektive lidelser (2,3 pct.) og personlighedsforstyrrelser (2,3 pct.).

Table 3.5: Prædikeret sandsynlighed for at blive indlagt på et psykiatrisk hospital med skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser blandt mænd født i 1981.

	Skizofreni	Affektive lidelser	Personlighedsforstyrrelser
Baselineperson ¹	0.0042	0.0084	0.0042
Gunstige socioøkonomiske vilkår ²	0.0025	0.0099	0.0042
Mindre gunstige socioøkonomiske vilkår ³	0.0043	0.0112	0.0107
Mindre gunstige socioøkonomiske vilkår og problematiske sociale forhold ⁴	0.0071	0.0231	0.0236

Noter:

- 1 Baselinekategorierne er: normal fødselsvægt, høj Apgar score, etnisk dansk, har søskende, er førstefødte, moder ikke teenagemoder, forældre bor sammen, forældre ikke døde, ingen af forældrene har været indlagt med psykisk lidelse, ingen af forældrene har været indlagt med alvorlig somatisk sygdom, ingen af forældrene er dømt for kriminalitet, barnet boede i Københavnsområdet ved fødsel, begge forældre har erhvervsuddannelse, begge forældre er lønmodtagere, familieindkomsten ligger i 3. kvartil.
- 2 En person med gunstige socioøkonomiske vilkår har samme karakteristika som baselinepersonen, bortset fra at begge forældre har en videregående uddannelse, og familieindkomsten ligger i 4. kvartil.
- 3 En person med mindre gunstige socioøkonomiske vilkår har samme karakteristika som baselinepersonen, bortset fra at begge forældre har en grunduddannelse og ingen beskæftigelse, og familieindkomsten ligger i 1. kvartil.
- 4 En person med mindre gunstige socioøkonomiske vilkår og problematiske sociale forhold har samme karakteristika som en person med mindre gunstige socioøkonomiske forhold, bortset fra at forældrene ikke bor sammen, og faderen har været registreret for kriminalitet.

3.6 Konklusion

Skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er alvorlige lidelser, der alle udvikler sig relativt tidligt i livet (Maughan & Kim-Cohen, 2005). De tidlige symptomer på disse sygdomme kan have en betydelig indflydelse på den enkeltes uddannelsesvalg og -resultater og kan påvirke individets arbejdsmarkedssituation og økonomi senere i livet. Tidligere litteratur har peget på, at børn af forældre med lave uddannelser og indkomster lader til at have større sandsynlighed for at have psykiske problemer, det er dog ikke klart, præcis hvilken faktor der er den vigtigste, og om der er forskel, afhængig af hvilken diagnose der stilles.

I dette kapitel benytter vi data fra Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister og ser på alle mænd født i 1981 i Danmark og kobler dem til en række registerdata for deres forældre. Da alle danske psykiatriske hospitaler er offentlige, er alle indlæggelser og udskrivninger registreret i DPCF. Som følge heraf har vi ingen frafaldsrate i vores data, og dermed inkluderer analysen alle

tilfælde, der er blevet diagnosticeret med enten skizofreni, affektive lidelser eller personlighedsforstyrrelser – også de mest alvorlige og dem, som er født i en familie med enten meget ringe eller meget favorable socioøkonomiske forhold. Derudover bidrager det administrative registerdata fra 1980 og frem med præcise informationer om både tidlige karakteristika, såsom fødselsvægt og Apgar score, og forældres socioøkonomiske status et år inden barnets fødsel, hvoraf sidstnævnte udelukker, at sammenhængen mellem forældres socioøkonomiske status og sandsynligheden for, at barnet udvikler en alvorlig sindslidelse, kan forklares af, at det er barnets problemer, der har forårsaget forældrenes socioøkonomiske status.

I dette kapitel har vi fokuseret på de tre sindslidelser: skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Det er kun personer, der har været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller den ambulante behandling, og som har fået stillet en af disse diagnoser, der er med i vores datamateriale. Selvom gruppen af personer, der har henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser, i vores datamateriale alle lader til at være dårligere stillet, når vi sammenligner dem med mænd på samme alder, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien, så viser der sig alligevel nogle betydelige forskelle mellem mænd med de forskellige diagnoser i analyserne.

Resultaterne i kapitlet viste, at moderens uddannelse umiddelbart hang sammen med udviklingen af personlighedsforstyrrelser (men ikke skizofreni og affektive lidelser), men at denne sammenhæng forsvinder, når vi kontrollerer for de øvrige socioøkonomiske faktorer i barndommen. Derimod viser der sig en større sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni og personlighedsforstyrrelser blandt mænd, som ved fødslen havde en fader, der var uden beskæftigelse. Mænd, der kommer fra familier med lave indkomster (beliggende i det første indkomstkvarartil), har en større sandsynlighed for at blive indlagt med affektive lidelser.

Der er altså forskel på, hvilke af de tidlige socioøkonomiske faktorer der udviser den største sammenhæng med udviklingen af en sindslidelse, afhængig af hvilken lidelse vi ser på, og netop dette kan forklare, hvorfor den tidligere litteratur ikke har været i stand til at udpege en enkelt tidlig socioøkonomisk faktor som værende vigtig.

I dette kapitel har vi beregnet risikoen for at udvikle en alvorlig psykisk sygdom. Sandsynlighederne for at udvikle henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er meget små – kun ca. 9, 21 og 15 ud af 1000 blandt de mænd, vi kigger på, har været indlagt med henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Der er derfor en del usikkerhed, når vi estimerer sandsynligheden for at udvikle disse sygdomme. De prædikterede sandsynligheder indikerer dog, at en kombination af lav familieindkomst, ingen

erhvervskompetencegivende uddannelse og ingen beskæftigelse blandt begge forældre, samtidig med sociale problemer som skilsmisse og registrering af kriminalitet, giver større gennemsnitlig sandsynlighed for personer i gruppen for at udvikle en af de svære sindslidelser i forhold til en kombination af disse forhold, som forekommer hos gennemsnittet af befolkningen.

Mens de socioøkonomiske risikofaktorer der analyseres her, dvs. familieindkomst og forældrenes uddannelse og beskæftigelsesstatus, ikke kan fortolkes som kausale faktorer, indikerer identificeringen af risikofaktorerne og det, at samvariationen mellem risikofaktorerne og de udvalgte sindslidelser afhænger af diagnosen, at der er grupper, der er særligt udsatte, når vi ser på sandsynligheden for at udvikle svære sindslidelser.

3.7 Litteratur

- Agerbo, E., Eriksson, T., Mortensen, P.B. & Westergaard-Nielsen, N. (1998). Unemployment and mental disorders – an empirical analysis. Working paper 98-02. Centre for Labour Market and Social Research.
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W., & Mortensen, P. (2004). Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 28-33.
- Berndt, E., Koran, L., Finkelstein, S., et al. (2000). Lost human capital from early onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 940-947.
- Black, S., Devereux, P., & Salvanes, K. (2007) Older and Wiser? Birth Order and IQ of Young Men. NBER Working Paper, no. 13237.
- Coyne, J.C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Davis-Kean, P. (2005). The Influence of Parent Education and Family Income on Child Achievement: The Indirect Role of Parental Expectations and the Home Environment. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 294-304.
- Gutteling, B.M., de Weerth, C., Willemsen-Swinkels, S.H.N., Huizink, Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2005). The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(1), 41-51.
- Jayakody, R., Danziger, S., & Kessler, R.C. (1998). Early-Onset Psychiatric Disorders and Male Socioeconomic Status. *Social Science Research*, 27(4), 371-387.
- Joyce, P.R. (1984). Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 14(1), 145-149.
- Kendler, K.S. (1995). Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry*, 52(11), 895-899.
- Kenkel, D. S. (1991). Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling. *Journal of Political*

- Economy*, 99(2), 287-305. University of Chicago Press.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstance and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1383-1399.
- Maughan, B. & Kim-Cohen, J. (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry*, 187, 301-303.
- McLaughlin, K., Breslau, J., Green, J.G., Lakoma, M.D., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2011). Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1088-1096.
- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., Wright, B.R.E., & Silva, P.A. (1999). Low Socio-economic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131. The University of Chicago Press.
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 186, 4-6.
- Scheff, T.J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago, IL: Aldine de Gruyter.
- Sham, P.C., MacLean C.J., & Kendler, K.S. (1994). A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(2), 135-141.
- Westergaard-Nielsen, N., Agerbo, E., Eriksson, T., & Mortensen, P.B. (2004). Mental illness: Gender differences with respect to marital status and labour market outcomes. In Marcotte, D.E. (ed.) *The Economics of Gender and Mental Illness (Research in Human Capital and Development, volume 15)*, 73-94. Emerald Group Publishing Limited.
- Xu, M., Sun, W., Liu, B., Feng, G., Yu, L., Yang, L., He, G., Sham, P., Susser, E., St. Clair, D., & He, L. (2009). Prenatal Malnutrition and Adult Schizophrenia: Further Evidence From the 1959-1961 Chinese Famine. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 568-576.

KAPITEL 4

Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse

Af Jane Greve

4.1 Introduktion

I dette kapitel giver vi en karakteristik af de personer, der har været indlagt med en svær sindslidelse på et psykiatrisk hospital i Danmark på en række områder. Vi ser bl.a. på, i hvor høj grad personer med svære sindslidelser deltager i samfundsmæssige aktiviteter som fx at være under uddannelse, have et arbejde, være gift og være dømt for kriminelle forhold. Vi ser også på det generelle fysiske helbred blandt personer med sindslidelser, da ens fysiske helbred også påvirker mulighederne for at deltage aktivt i samfundet. Dette gør vi ved at se på antal af hospitalsindlæggelser og lægebesøg.

Vi forventer ikke, at personer, der lider af en alvorlig sindslidelse, lever under de samme forhold, som den resterende del af befolkningen. Enhver sindslidelse vil i større eller mindre grad tage tid, tid som kunne være brugt på andre ikke sygdomsrelaterede aktiviteter og på samfundsdeltagelse. Det er derfor naturligt at forvente, at personer med en sindslidelse fx klarer sig dårligere i uddannelses-systemet og oftere er uden arbejde. Dette kapitel viser, hvor store forskellene er kvantitativt på dem, som har været indlagt med en svær sindslidelse og dem, som aldrig har været indlagt med en sindslidelse.

Til at belyse samfundsdeltagelsen for personer med en svær sindslidelse, vil vi benytte en lang række af de danske registre. Først og fremmest benytter vi det Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) til at identificere personer, som har været indlagt på en psykiatrisk afdeling. DPCF er beskrevet detaljeret i kapitel 8. Ved hjælp af et anonymiseret identifikationsnummer har vi koblet dette register med en række andre registre fra Danmarks Statistik. Disse registre inkluderer uddannelses-, indkomst-, kriminalitets- og sygehusbenyttelsesregisteret.

Fordelen ved at benytte registerdata – frem for survey-data – til at beskrive forhold for netop gruppen af personer, der har en svær sindslidelse er, at vi får alle personer med – også de personer, som har de sværeste sindslidelser – i de offentlige registreringer, hvorimod disse personer ofte ikke er med i spørgeskemaundersøgelser. Vi kan derfor med de samlede registerdata få et godt indblik i, hvordan gruppen med svære sindslidelser klarer sig på en række centrale karakteristika.

4.2 Baggrund

Til analyserne i dette kapitel har vi udvalgt alle personer, der var mellem 25-40 år i 2005, dvs. de personer, der blev født i årene 1965 til 1980, og som på et eller andet tidspunkt i deres liv (indtil år 2010) har været registreret for en behandling i det psykiatriske system – dvs. i hospitalspsykiatrien eller i den ambulante behandling – for en ikke-organisk psykotisk lidelse,²⁴ og som har været i kontakt med psykiatrien i minimum 2 år (se kapitel 1 for denne definition). Sidstnævnte afgrænsning betyder, at en person, der er indlagt flere gange inden for mindre end 2 år, men aldrig derefter, ikke indgår, mens en anden person, der haft to kontakter til det psykiatriske system, men hvor der har været mere end 2 år mellem kontakterne til enten hospitalspsykiatrien eller den ambulante behandling, indgår i vores afgrænsning. Personer, der har fået diagnosticeret skizofreni og affektive lidelser, udgør en betydelig del af denne gruppe (se kapitel 1). Denne gruppe af personer med svære sindslidelser vil vi sammenligne med alle de personer i befolkningen, der er 25-40 år i 2005, som ikke har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010. Der kan være personer i denne gruppe, der har svære sindslidelser, men som blot bliver behandlet et andet sted end i hospitalspsykiatrien eller i den ambulante behandling (se kapitel 2 for en beskrivelse af behandlingssystemet). I forhold til formålet med dette kapitel, nemlig at se på forskelle mellem de to grupper, vil dette blot betyde, at forskellene mellem de personer, der har en sindslidelse, og de, der ikke har en sindslidelse, ville være endnu større, havde vi kunnet udvælge kun de personer, der aldrig i hele deres liv havde oplevet at få en psykisk lidelse og aldrig senere i livet (efter 2010) ville opleve at få en psykisk lidelse.

Når vi ser på samfundsdeltagelsen for den samlede gruppe af personer, der har været i kontakt med psykiatrien, er det klart, at det er en meget heterogen gruppe. Gruppen inkluderer både personer med meget forskellige diag-

24 En ikke-organisk psykose er, modsat en organisk psykose, ikke forårsaget af en fysisk sygdom. Diagnoserne er de følgende: skizofreni, skizotypisk lidelse, paranoide psykoser, induceret psykose, skizoaffektive psykoser, anden ikke-organisk psykose, ikke-organisk psykose uspecificeret, manisk enkeltepisode, bipolar affektiv lidelse, depressiv enkeltperiode og tilbagevendende depression.

noser, som hver har deres konsekvenser for samfundsdeltagelsen, og personer med meget forskellige sygdomsforløb. I de øvrige kapitler i denne bog har vi set nærmere på forskellige forhold relateret til forskellige diagnoser, til varigheden for indlæggelsen og tidspunktet for førstegangsendlæggelsen (kapitel 3, 5 og 6). I dette kapitel har vi valgt at se på hele gruppen samlet for at give et overordnet billede af, hvad det betyder for samfundsdeltagelsen at have en svær sindslidelse.

Med ovennævnte afgrænsning af sindslidende giver vi en karakteristik af de socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold for de personer i befolkningen som har de allersværeste sindslidelser. Vi kan ikke med disse analyser sige noget om, hvorvidt det er fx de socioøkonomiske forhold, der kan forklare indlæggelsen eller omvendt.

Selvom mange personer med svære sindslidelser sandsynligvis vil blive indlagt uanset sociale forhold, kan der være grænsetilfælde, hvor sociale faktorer bestemmer, om en person bliver indlagt. Fx kan vi forestille os, at to personer, hvor den ene har familie, er i uddannelse eller i beskæftigelse, mens den anden står uden for enhver form for samfundsdeltagelse, har forskellige sandsynligheder for at blive indlagt på et psykiatrisk hospital. Det er muligt, at den person, der ikke deltager i samfundet, oftere bliver indlagt, fordi der ikke er et netværk, der kan tage sig af denne person i svære perioder. Hvis vi oftere fanger personer uden sociale netværk, når vi kun ser på personer, der har været i kontakt med hospitalspsykiatrien og den ambulante behandling, så vil de tal for samfundsdeltagelse, som vi viser nedenfor, angive store kvantitative forskelle i samfundsdeltagelsen i forhold til resten af den danske befolkning, og disse store forskelle vil sandsynligvis ikke vise det rette billede af samfundsdeltagelsen for gruppen af personer med svære sindslidelser. Men det er også muligt, at den person, der har en høj samfundsdeltagelse, har et socialt netværk og en familie, som er opmærksom på symptomerne for sindslidelsen, og som vil sørge for, at en indlæggelse sker tidligt i et sygdomsforløb. I sidstnævnte tilfælde vil der være en større efterspørgsel efter behandling således, at denne person kan komme hurtigere tilbage til familien, uddannelsesstedet eller arbejdspladsen. Hvis vi oftere fanger personer, der har en høj samfundsdeltagelse, når vi udelukkende ser på personer, der har været i kontakt med psykiatrien, så vil de tal for samfundsdeltagelse, som vi viser nedenfor, angive mindre forskelle i forhold til resten af befolkningen, og igen kan det tænkes, at disse forskelle ikke viser det rette billede af samfundsdeltagelsen for gruppen af personer med svære sindslidelser.

Da begge mekanismer kan være i spil, ligger svaret nok midt imellem. Gruppen af personer, der er i kontakt med psykiatrien, er en meget heterogen gruppe både mht. sygdomstype, sværhedsgrad og sociale faktorer. I kapitel 5 ser vi nærmere på forskelle i samfundsdeltagelse for mennesker med forskellige sygdomsforløb.

Blandt de, der var 25-40 år i 2005, var der 8.597 mænd og 6.540 kvinder med en svær sindslidelse. Blandt de 25-40-årige med en svær sindslidelse udgør kvinderne således 43,2 pct. Ser vi på, hvor stor en andel disse to grupper udgør af alle mænd og kvinder i samme aldersgruppe, er det henholdsvis 0,69 og 0,53 pct. Blandt mænd og kvinder i alderen 25-40 år vil henholdsvis 7 og 5 personer ud af 1000 således have en svær sindslidelse.

Alle analyserne i dette kapitel er opdelt på køn, da der er betydelige kønsforskelle, når vi ser på, hvilke diagnoser de får stillet, hvornår de bliver indlagt og hvordan de formår at deltage i samfundet med deres sindslidelse.

I dette kapitel har vi valgt at fokusere på gruppen af 25-40-årige. Ved at se på samfundsdeltagelse relativt tidligt i livet, og i en periode, hvor man forventes at deltage aktivt, forventer vi at se relativt flere blandt sindslidende, der deltager aktivt, end vi ville, hvis vi så på en ældre gruppe. Der vil dog også være mange i gruppen af 25-40-årige personer, der ikke har en sindslidelse, der i netop denne aldersgruppe arbejder sig op mod en bedre position på arbejdsmarkedet og en højere løn.

De sammenhænge, mellem det at have en svær sindslidelse og forskellige samfundsmæssige forhold, som vi viser i dette kapitel, er de umiddelbare sammenhænge. En del af de forskelle, der måtte være i samfundsdeltagelsen for sindslidende og ikke-sindslidende i dette kapitel, kan derfor muligvis forklares af andre forhold end den kendsgerning, at nogle personer har været indlagt på et psykiatrisk hospital, mens andre ikke har. Fx er personer med en anden etnisk baggrund end dansk overrepræsenterede blandt personer med en sindslidelse (se kapitel 2), og det at have en anden etnisk baggrund er ofte relateret til en mindre gunstig arbejdsmarkedssituation. Dermed kan man argumentere for, at en del af sammenhængen mellem sindslidelse og en mindre gunstig situation på arbejdsmarkedet kan forklares af det forhold, at relativt flere blandt personer med en sindslidende fx er af anden etnisk baggrund. I dette kapitel vil vi ikke vise sammenhængen mellem sindslidelse og samfundsdeltagelse kontrolleret for andre observerbare forskelle, der måtte være mellem de to grupper, men blot fokusere på de umiddelbare sammenhænge. En nærmere analyse af sammenhængen mellem det at have en skizofrenilidelse og sandsynligheden for at være i beskæftigelse er foretaget i kapitel 6.

4.3 Sindslidelse og familieforhold

Tabel 4.1 viser andelen af personer med og uden en sindslidelse, der er enlige, gifte/samlevende og skilt, samt om de har børn. Familieforhold kan være af ganske stor betydning for personer med en sindslidelse. I et kvalitativt studie af

Levevilkår blandt sindslidende beskriver forfatteren gennemgående træk af ensomhed blandt sindslidende (Sørensen, 2012). Ofte er det svært for personer med svære sindslidelser at opretholde social kontakt med andre mennesker, selvom de måske ønsker det. Enkelte ønsker ikke eller kan ikke etablere sociale relationer. Mens der selvfølgelig også er en gruppe blandt de sindslidende, som har en familie og har de samme slags forventninger til familien som andre mennesker i samfundet (Sørensen, 2012).

I et kvantitativt studie fra Danmark, der benytter registerdata (Agerbo et al., 2004), påpeger forfatterne, at parforhold ofte opløses nogen tid før den første indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Blandt personer, som på et tidspunkt bliver indlagt med en sindslidelse er andelen, der er samlevende, generelt lavere end blandt personer, som aldrig bliver indlagt – dette også mange år før, de første gang bliver indlagt. Således er næsten 70 pct. samlevende eller gifte 10 år før første indlæggelse, mens ca. 75 pct. er samlevende eller gifte blandt en sammenlignelig kontrolgruppe, som aldrig har været indlagt. Interessant ved Agerbo et al.'s analyse er, at de viser, at der sker en gradvis opløsning af parforhold blandt de sindslidende over tid op til den første indlæggelse. Faktisk sker der en betydelig reduktion i antallet, der er samlevende op til 5 år før den første indlæggelse. Omkring den første indlæggelse er kun 45 pct. blandt de sindslidende samlevende, mens andelen der er samlevende blandt de ikke-sindslidende er uændret.

Studier fra andre lande viser samme tendens til, at personer med en sindslidelse i mindre grad end resten af befolkningen lever i parforhold. Et studie fra 1986 fra USA viser fx, at personer med en alvorlig sindslidelse har en betydelig mindre sandsynlighed for at være gift eller samlevende (Bartel & Taubman, 1986). Et lidt nyere amerikansk studie (Jayakody et al., 1998) viser, at sandsynligheden for at være gift blandt mænd, der er blevet diagnosticeret med en alvorlig sindslidelse inden de er fyldt 16 år, er 50 pct. lavere i forhold til en gruppe af sammenlignelige mænd uden en sindslidelse.

Tabel 4.1 viser et billede af samlivsstatus for personer i alderen 25-40 i 2005. Blandt personer med en svær sindslidelse er der en betydelig lavere andel, der lever sammen med et andet menneske. Ca. 12 pct. blandt mænd og 25 pct. blandt kvinder med en svær sindslidelse er gifte eller samlevende, mens der er henholdsvis 40 og 50 pct. blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der er samlevende. Der er også en betydelig større andel blandt personer med en sindslidelse, der er blevet skilt. I lyset af de ovenfor nævnte resultater fra Agerbo et al. (2004) er dette også, hvad vi måtte forvente. Der er henholdsvis 7 og 13 pct. blandt mænd og kvinder, der er skilt, blandt de, der har en sindslidelse, og henholdsvis 5 og 7 pct. blandt mænd og kvinder, der er skilt blandt de, der ikke har en sindslidelse. Blandt de, der har en sindslidelse, lever henholdsvis 80 og 61 pct.

mænd og kvinder som enlige, mens den tilsvarende andel blandt de, som ikke har en sindslidelse, er henholdsvis 55 og 43 pct. for henholdsvis mænd og kvinder. Der er således betydelig flere mænd med en svær sindslidelse, der lever alene. En af årsagerne til dette kan være, at svære sindslidelser, som fx skizofreni, starter tidligere blandt mænd end blandt kvinder. Det er således muligt, at kvinder i højere grad formår at danne familie, inden de får en svær sindslidelse.

Tabel 4.1. Sindslidelse og familieforhold. Civilstand og antal børn i 2005. Alle variabler er angivet i andele undtagen antal børn, som er det gennemsnitlige antal blandt personer med børn. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Civilstand				
Enlig	0,802*	0,549	0,611*	0,429
Gift/samlevende	0,122*	0,399	0,246*	0,496
Skilt	0,071*	0,049	0,133*	0,070
Børn				
Har børn	0,105*	0,465	0,335*	0,663
Har børn < 3 år	0,050*	0,222	0,094*	0,260
Antal børn hvis >0	1,910	1,870	1,81*	1,910
Antal	8.597	612.807	6.540	601.059

Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt har haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Gennemsnittet for samtlige variabler er sammenlignet for de personer, der har en sindslidelse, med de personer, som ikke har en sindslidelse. Gennemsnitsværdier er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau).

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Som følge af den lavere andel, der lever sammen med et andet menneske blandt personer med en sindslidelse, har denne gruppe også færre børn. Blandt de, der har en sindslidelse har 11 pct. blandt mænd og 34 pct. blandt kvinder børn. Den tilsvarende andel blandt mænd og kvinder, der ikke har en sindslidelse, er 47 og 66 pct. Det at have børn under 3 år er ofte forbundet med en del praktisk arbejde og børnepasning, samtidig med at det giver tæt personlig kontakt med et andet menneske, barnet. Af tabel 4.1 ses, at der er betydelig færre blandt personer med

en sindslidelse, der har børn under 3 år, nemlig 5 og 9 pct. for henholdsvis mænd og kvinder, mens det blandt mænd og kvinder, der ikke har en sindslidelse, er henholdsvis 22 og 26 pct. Blandt de, der har børn, er der kun mindre forskel på antallet af børn. De, der vælger at få børn, får således i gennemsnit næsten lige mange børn, uanset om de har en sindslidelse eller ej. Kvinder i alderen 25-40 år, der har børn, har i gennemsnit henholdsvis 1,8 og 1,9 børn, hvis de har en sindslidelse og ikke har en sindslidelse. Blandt mænd i alderen 25-40 år, der har børn, er forskellen ikke betydelig, for de der har en sindslidelse, når andelen testes statistisk – begge grupper får ca. 1,9 børn.

Selvom der er en statistisk set betydelig forskel på andelen, der har børn, er det bemærkelsesværdigt, at især kvinder på trods af en svær sindslidelse har børn i et betydeligt omfang. Det tyder altså på, at der er et større antal børn, der vokser op med en forælder med svære sindslidelser.

4.4 Sindslidelse og uddannelse

I dette afsnit ser vi på forskelle i opnået uddannelsesniveau blandt personer med og uden en sindslidelse samt på andelen, der er i gang med en uddannelse, når de er i alderen 25-40 år. Mange svære sindslidelser starter med at udvikle sig allerede i barndommen (Maughan & Kim-Cohen, 2005), og dette vil for mange unge med en sindslidelse påvirke deres skolegang. Det at få en sindslidelse tidligt i livet kan påvirke den enkeltes mulighed for at følge med i skolen, dels fordi sindslidelsen kan reducere evnen til at læse og forstå, dels fordi sindslidelsen kan forøge antallet af fraværsdage pga. sygdommen. Det kan også tænkes, at elever, der går i den almindelige folkeskole, vil have sværere ved at følge med i skolen, fordi skolen ikke har de nødvendige ressourcer til at undervise den enkelte elev, der eventuelt måtte have særlige behov pga. en sindslidelse.

En række analyser fra både Danmark og andre lande viser, at der er en betydelig sammenhæng mellem sindslidelse og uddannelse (Fletcher, 2008; Fletcher & Wolfe, 2010; Jayakody et al., 1998; Berndt et al., 2000; Kessler et al., 1995; Miech et al., 1999). I de eksisterende studier analyseres forskellige grupper i forhold til alder, køn, etnicitet og type af sindslidelse og studierne benytter alle forskellige statistiske metoder til at belyse sammenhængen mellem sindslidelse og uddannelse. Alle analyserne finder dog samstemmende en negativ sammenhæng mellem sindslidelse og uddannelse.

Tabel 4.2 viser, at der blandt mænd og kvinder med en sindslidelse er henholdsvis 7 og 4 pct., der ikke har afsluttet 9. klasse. Blandt de, der ikke har en sindslidelse – både mænd og kvinder – har 2 pct. ikke afsluttet 9. klasse. Ser vi på andelen, der har afsluttet højst folkeskolen, så er dette godt halvdelen af alle

mænd med en sindslidelse og godt fire ud af ti af alle kvinder med en sindslidelse. For mænd og kvinder uden en sindslidelse er det ca. hver femte, der har en folkeskoleuddannelse (eller mindre) som deres højeste uddannelse.

Ser vi på de kompetencegivende uddannelser er der betydeligt færre med en sindslidelse, der har afsluttet en sådan. Blandt både mænd og kvinder med en sindslidelse er der 20 pct., der har afsluttet en erhvervsuddannelse, mens den tilsvarende andel blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse er henholdsvis 40 og 34 pct. Blandt mænd med en sindslidelse er der 9 pct., der har en videregående uddannelse – dvs. enten en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse – og der er 16 pct. blandt kvinder. Den tilsvarende andel blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der har en videregående uddannelse, er henholdsvis 26 og 34 pct. Ser vi samlet på de kompetencegivende uddannelser, dvs. en erhvervsfaglig uddannelse, en kort, mellemlang og lang videregående uddannelse, så er der betydeligt flere kvinder med en sindslidelse, der har afsluttet en sådan (36 pct.) end blandt mænd med en sindslidelse (29 pct.).

Tabel 4.2: Sindslidende og uddannelse. Højeste fuldførte uddannelse og igangværende uddannelse i 2005. Andele. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Højeste fuldførte uddannelse i 2005				
Uafsluttet 9. klasse	0,066	0,024	0,042	0,020
Afsluttet folkeskolen	0,458	0,189	0,403	0,156
Afsluttet gymnasiet	0,136	0,090	0,161	0,108
Erhvervsfaglig uddannelse	0,197	0,400	0,205	0,344
Kort videregående uddannelse	0,025	0,069	0,021	0,052
Mellemlang videregående uddannelse	0,044	0,113	0,110	0,214
Lang videregående uddannelse	0,023	0,081	0,028	0,074
Uoplyst uddannelse	0,051	0,033	0,030	0,032

I gang med en uddannelse i 2005	0,068	0,092	0,081	0,121
Antal	8.597	612.807	6.540	601.059

Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Gennemsnittet for samtlige variabler er sammenlignet for dem der har en sindslidelse, med dem som ikke har en sindslidelse. Alle gennemsnitsværdierne vist i denne tabel er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau) bortset for variabelen "uoplyst" for kvinder.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Blandt de 25-40-årige vil der være en del, der stadig er i uddannelse. Når vi ser på andelen, der er i gang med en uddannelse blandt de 25-40-årige mænd og kvinder i 2005, er denne andel mindre blandt de, der har en sindslidelse (7 og 8 pct.), end blandt de, der ikke har en (9 og 12 pct.).

4.5 Sindslidelse og arbejdsmarkedsstatus

Det er fremgået ovenfor, at gruppen af mennesker med en svær sindslidelse i gennemsnit har langt mindre uddannelse end personer uden en sindslidelse, et forhold, der ofte påvirker den enkeltes beskæftigelsesstatus. I dette afsnit ser vi på sammenhængen mellem det at have en sindslidelse og beskæftigelsesstatus, dvs. hvor mange der er i beskæftigelse, ledige og uden for arbejdsmarkedet.

En sindslidelse kan påvirke beskæftigelsesstatus på flere måder. Først og fremmest påvirker en sindslidelse den enkeltes arbejdsudbud. I en kvalitativ analyse af livet blandt sindslidende angiver de interviewede mange forskellige indstillinger til det at arbejde (Sørensen, 2012). Blandt nogle af de interviewede er deres arbejde en vigtig social relation, som gør livet med en sindslidelse lettere at leve. Andre personer med sindslidelser har accepteret, at de ikke kan varetage et arbejde pga. deres sindslidelse, og andre igen ønsker ikke at deltage på arbejdsmarkedet. Med en sindslidelse følger dog ofte også en medicinering, som på trods af behandlingen sløver, og som nedsætter tempoet på tanker og bevægelser (Sørensen, 2012), hvilket kan påvirke både produktivitet og fravær i en given beskæftigelse.

Dernæst kan forskelle i beskæftigelsesfrekvensen mellem personer med og uden en sindslidelse forklares af faktorer bestemt af arbejdsgiveren. I det enkelte arbejdsforhold, hvor der skal ansættes en person, kan der være forhold, der gør, at arbejdsgiveren hverken kan eller vil ansætte en person med en sindslidelse. Enten fordi der skal tages hensyn til særlige forhold for en person med en sindslidelse, som det er ikke er muligt at tage i det givne job, eller fordi arbejdsgive-

ren forventer, at der vil være højere omkostninger forbundet med at ansætte en person med en sindslidelse i forhold til en person uden en sindslidelse. Personer med sindslidelser kan også opleve direkte diskrimination, hvis deres lidelse er kendt af arbejdsgiveren. Et studie af danskernes holdninger til handicappede (Olsen, 2000) viser, at holdningen til personer med psykiske problemer er meget negativ, og langt mere negativ end holdningen til fx personer med andre fysiske handicap.

I den internationale litteratur har der i de seneste år været stigende fokus på sammenhængen mellem psykiske lidelser og socioøkonomiske faktorer såsom beskæftigelse og indkomst (Chatterji et al., 2011; Marwaha & Johnson, 2004). I disse studier bliver psykiske lidelser ofte angivet ved interviewpersonernes egen vurdering og rapportering af deres mentale helbred (fx på en skala fra 1, der indikerer "virkeligt godt" til 5, der indikerer "meget dårligt"), via en række spørgsmål om bl.a. social funktion, psykisk betingede begrænsninger, og psykisk velbefindende (en hyppigt anvendt skala er den såkaldte SF-36) eller via fx interviews, hvori der benyttes internationale anerkendte spørgeskemaer til at diagnosticere psykiske sygdomme (se fx Ettner et al., 1997; Chatterji et al., 2011). Afhængig af hvordan mentalt helbred opgøres og hvilke typer af mentale tilstande der ses på varierer resultaterne fra disse studier. Men, generelt viser resultaterne fra den internationale litteratur, at en psykisk sygdom har en negativ betydning for den enkeltes beskæftigelsessituation, men at der er forskel på resultaterne afhængig af diagnose og køn.

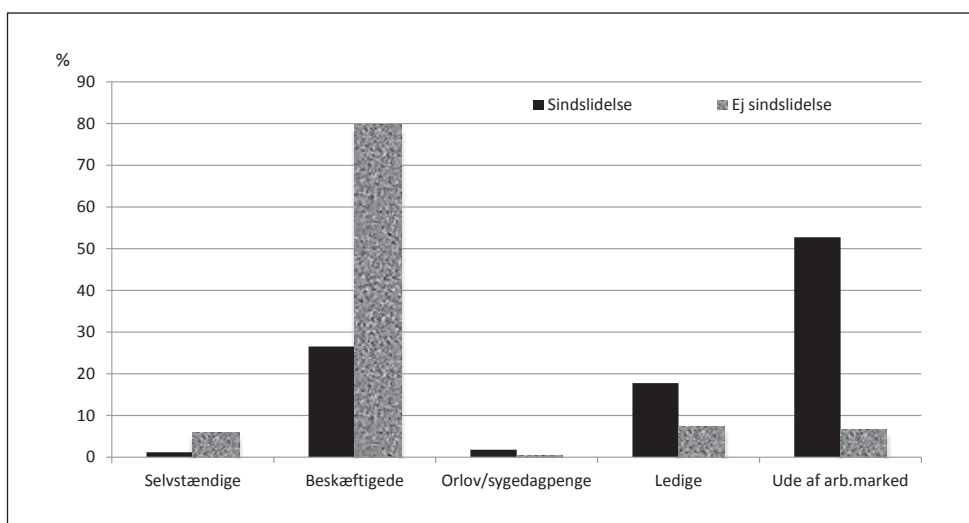
I den eksisterende litteratur af sammenhænge mellem sindslidelse og beskæftigelse er der generelt enighed om, at den negative sammenhæng, forstået således at mentalt helbred giver en dårligere beskæftigelsessituation, ikke kan fortolkes kausalt. Udbrud og udvikling af en sindslidelse sker ofte simultant med problemer på arbejdsmarkedet eller relateret til en situation uden for arbejdsmarkedet. En række ikke-observerbare egenskaber kan også meget vel forklare sammenhængen mellem sindslidelse og beskæftigelse. Det kan fx være evnen til at skabe og opretholde sociale kontakter og evnen til at overskue komplekse problemstillinger. At sammenhængen mellem sindslidelse og beskæftigelse ikke kan fortolkes som et kausalt forhold er illustreret i Westergaard-Nielsen et al. (2005). Her følger forfatterne personer, der har været indlagt med en sindslidelse på et psykiatrisk hospital over en længere tidsperiode både før og efter deres første indlæggelse, og resultaterne viser, at den sociale degradering, både mht. beskæftigelse og lønindkomst allerede finder sted før, personen bliver indlagt på et psykiatrisk hospital. Personer med en sindslidelse oplever allerede en nedgang i andelen, der er beskæftiget, 5 år før, de bliver indlagt første gang.

Oplysningerne i dette kapitel, som angiver beskæftigelsesstatus, er baseret på oplysninger fra den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik, som følger de interna-

tionale retningslinjer for opgørelser af befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet. I henhold til de internationale retningslinjer for inddeling i beskæftigelsesstatus vægter det at være beskæftiget højere end andre positioner. Dvs., at hvis en person blot arbejder én time om ugen, så vil denne person blive kategoriseret som beskæftiget. Figur 4.1 og 4.2 viser opdelingen på beskæftigelsesstatus for mænd og kvinder opdelt på om de har en sindslidelse eller ej. I tabel 4.3 ser vi nærmere på de beskæftigede, ledige, midlertidigt ude af arbejdsstyrken og ude af arbejdsstyrken.

Figur 4.1 og 4.2 viser, at der både for mænd og kvinder er markant forskel på beskæftigelsesstatus mellem de, der har en sindslidelse, og de der ikke har. Blandt mænd med og uden en sindslidelse er der henholdsvis 27 pct. og 80 pct., der er beskæftigede som lønmodtager. Forskellen i andelen af beskæftigede blandt kvinder er også markant (henholdsvis 33 og 77 pct.), men det relative forhold til personer uden en sindslidelse er mindre for kvinder end for mænd.

Figur 4.1: Beskæftigelsesstatus i november 2005, 25-40-årige mænd, angivet i procent

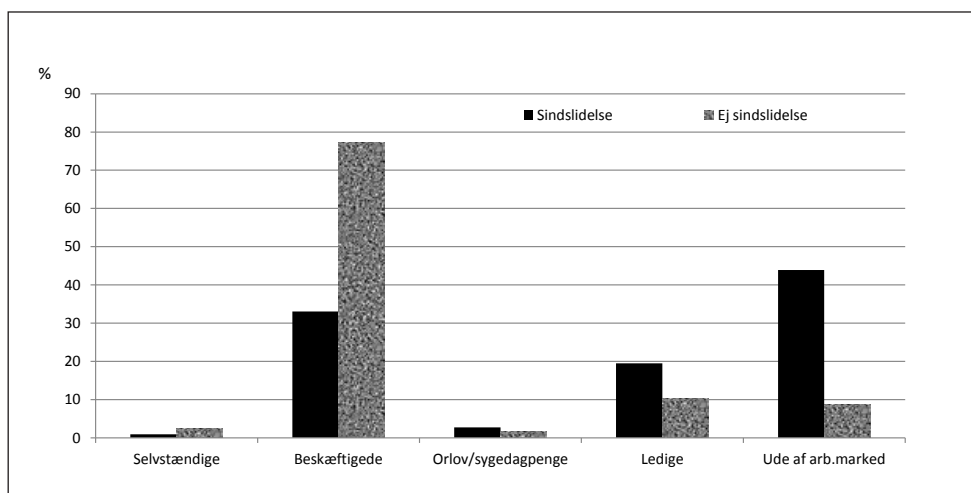


Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Forskellen mellem de to gruppers beskæftigelsesstatus er testet med en Chi2-test. Fordelingerne er signifikant forskellige.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 4.2: Beskæftigelsesstatus i november 2005, 25-40-årige kvinder, angivet i procent



Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Forskellen mellem de to gruppers beskæftigelsesstatus er testet med et Chi2-test. Fordelingerne er signifikant forskellige.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I tabel 4.3 ser vi nærmere på stillingsstatus og position blandt de beskæftigede. Generelt befinder personer med en sindslidelse sig lavere i stillingshierarkiet. Dette gælder både for mænd og kvinder. Væsentlig færre blandt de, der har en sindslidelse, har en ledende stilling (direktør, overordnet funktionær) eller er funktionærer i øvrigt. Ser vi derimod på andelen, der er i støttet beskæftigelse, er denne væsentlig højere blandt personer med en sindslidelse end blandt personer, der ikke har en sindslidelse. Blandt personer med en svær sindslidelse er 17-19 pct. af de beskæftigede ansat på særlige vilkår, mens det tilsvarende tal er 1 pct. blandt personer uden en sindslidelse.

Figur 4.1 og 4.2 viser også, at der er markant flere med en sindslidelse, der er ledige og uden for arbejdsmarkedet. Blandt mænd med en sindslidelse er 18 pct. ledige og 53 pct. ude af arbejdsmarkedet. Det samme tal for mænd uden en sindslidelse er 7 pct. ledige og 7 pct. ude af arbejdsmarkedet. Blandt kvinder med en sindslidelse er 19 pct. ledige og 43 pct. ude af arbejdsmarkedet, mens der for kvinder uden en sindslidelse er 10 pct. ledige og 9 pct. ude af arbejdsmarkedet. Ser vi nærmere på de ledige i tabel 4.3, ser vi, at de fleste ledige blandt personer med en sindslidelse ikke er til rådighed for arbejdsmarkedet, dvs. at de er i aktivering eller på kontanthjælp.

Blandt de, der står uden for arbejdsmarkedet, er der også markant forskel på personer med og uden en sindslidelse. Langt de fleste blandt de, der har en sindslidelse, har fået tildelt en førtidspension (90-92 pct.). Den tilsvarende andel blandt personer uden en sindslidelse er 25 og 20 pct. for henholdsvis mænd og kvinder uden for arbejdsmarkedet. Blandt de, der ikke har en sindslidelse, er størstedelen i kategorien "uden for arbejdsmarkedet" i uddannelse og andet, hvor sidstnævnte inkluderer hjemmegående forældre og personer på introduktionsydelse.

Tabel 4.3: Sindslidelse og beskæftigelsesstatus i november 2005. Andele ud af grupperne beskæftigede, fravær fra beskæftigelse, ledige og personer uden for arbejdsmarkedet. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Beskæftigede				
Selvstændig eller medhjælpende ægtefælle	0,044	0,069	0,027	0,031
Direktør/topleder	0,003	0,023	0,002	0,009
Overordnet funktionær, lønmodtager på højeste niveau, ledende funktionær	0,076	0,137	0,095	0,140
Funktionær i øvrigt, lønmodtager på mellemniveau	0,070	0,143	0,139	0,249
Lønmodtager på grundniveau	0,323	0,382	0,346	0,397
Andre lønmodtagere og lønmodtagere uden nærmere angivelse	0,317	0,236	0,199	0,153
Særligt beskæftigede (fleksjob, skånejob, job uden løn, revalidering)	0,167	0,010	0,192	0,01
Antal	2.385	524.774	2.220	478.428
Fravær fra beskæftigelse				
Beskæftigelses- og barselsorlov	0,000	0,034	0,153	0,633

Sygedagpenge	1,000	0,966	0,847	0,367
Antal	155	2.102	176	9.173
Ledige				
Ledige og til rådighed	0,199	0,568	0,207	0,490
Ledige i aktivering	0,096	0,097	0,099	0,096
Ledige på kontanthjælp	0,616	0,232	0,556	0,238
Andre ledige	0,089	0,104	0,138	0,176
Antal	1.526	45.664	1.273	61.887
Personer uden for arbejdsmarkedet				
Uddannelse	0,024	0,308	0,033	0,344
Førtidspension	0,922	0,252	0,900	0,202
Andet	0,055	0,439	0,066	0,453
Antal	4.531	40.267	2.871	51.571

Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Gennemsnittet for samtlige variabler er sammenlignet for de, der har en sindslidelse, med de, som ikke har en sindslidelse. Alle gennemsnitsværdierne vist i denne tabel er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau) på nær andelen af ledige på beskæftigelses- og barselsorlov, i aktivering, andre ledige og på sygedagpenge blandt mænd og andelen af selvstændig og ledige i aktivering blandt kvinder.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

4.6 Sindslidelse og indkomst

I ovenstående afsnit viste vi, at der er betydelig forskel på beskæftigelsesstatus blandt personer med og uden en sindslidende. Den enkeltes arbejdsmarkedsstatus påvirker selvsagt også den personlige indkomst, og vi vil derfor se, at en betydelig andel af personer med en sindslidelse har en relativt lav indkomst.

I kapitel 3 viste vi, at lav indkomst i familien i barndommen hænger sammen med den enkeltes sandsynlighed for at udvikle skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. En negativ sammenhæng mellem sindslidelse og indkomst senere i livet findes også i andre studier (Agerbo et al., 2004; Westergaard-Nielsen et al., 2005; Ettner et al., 1997; Bartel & Taubman, 1986; Bartel & Taubman, 1979). Et nyligt studie af selvrapporterede psykiske lidelser viser dog, at personer, der har disse lidelser, ikke har en mindre indkomst, når vi kun ser på gruppen af lønmodtagere (Chatterji et al., 2011).

I dette afsnit fokuserer vi på den samlede bruttoindkomst og ikke kun lønindkomst, da der er en betydelig andel blandt personer med en sindslidelse, der ikke har en lønindkomst. Til at belyse indkomstforholdet blandt sindslidende benytter vi information fra indkomstregisteret. Bruttoindkomsten, som er registreret på Danmarks Statistik, indeholder al skattepligtig indkomst (både løn, pension og overførselsindkomster), indkomst som selvstændig, kapitalindkomst og al indkomst fra udlandet.

I tabel 4.4 har vi inddelt indkomsten blandt alle 25-40-årige i Danmark i 2005 i 4 kvartiler, hvor første kvartil inkluderer de 25 pct. med den laveste indkomst i befolkningen, anden kvartil inkluderer de 25 pct. med de næstlaveste osv. For at være i 1. kvartil har vi således udregnet, at man skal have en indkomst under 175.615 kr. For at være i 2. kvartil skal man have en indkomst mellem 175.615 kr. og 256.779 kr. For at være i 3. kvartil skal man have en indkomst mellem 256.779 kr. og 332.196 kr., og for at være i 4. kvartil skal man have en indkomst over 332.196 kr.

Tabel 4.4 viser en markant forskel i indkomst mellem personer med og uden en sindslidelse. Den gennemsnitlige indkomst blandt personer med en sindslidelse – både mænd og kvinder – er ca. 158.000 kr., hvilket ligger under den indkomst, man får som enlig på førtidspension, som er ca. 170.000 kr. om året (Sociale ydelser 2005). Den gennemsnitlige indkomst blandt personer uden en sindslidelse er ca. 311.000 kr. og 233.000 kr. for henholdsvis mænd og kvinder.

Ser vi på, hvor i indkomstfordelingen de fleste personer med en sindslidelse befinder sig, så er 76-80 pct. i den laveste kvartil, dvs. at de har en indkomst under 175.615 kr., hvilket ca. er niveauet for en årlig indkomst på førtidspension i 2005. Kun 3 pct. blandt mænd med en sindslidelse har en indkomst i 4. kvartil, mens den tilsvarende andel blandt mænd uden en sindslidelse er 37 pct.

Tabel 4.4: Sindslidende og indkomst. Gennemsnitlig bruttoindkomst. Andele i indkomstkvarterer. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Gennemsnitlig bruttoindkomst i 2005	157.911	311.199	158.215	233.127
Indkomstkvarterer baseret på hele befolkningen af 25-40-årige i 2005 ¹				
Andel i 1. kvartil	0,797	0,196	0,763	0,291
Andel i 2. kvartil	0,119	0,163	0,158	0,341
Andel i 3. kvartil	0,050	0,271	0,057	0,233
Andel i 4. kvartil	0,034	0,368	0,021	0,135
Antal	8.596	612.174	6.537	600.646

Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret, som personer der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Gennemsnittet for samtlige variabler er sammenlignet for dem, der har en sindslidelse, med dem, som ikke har en sindslidelse. Alle gennemsnitsværdierne vist i denne tabel er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau).

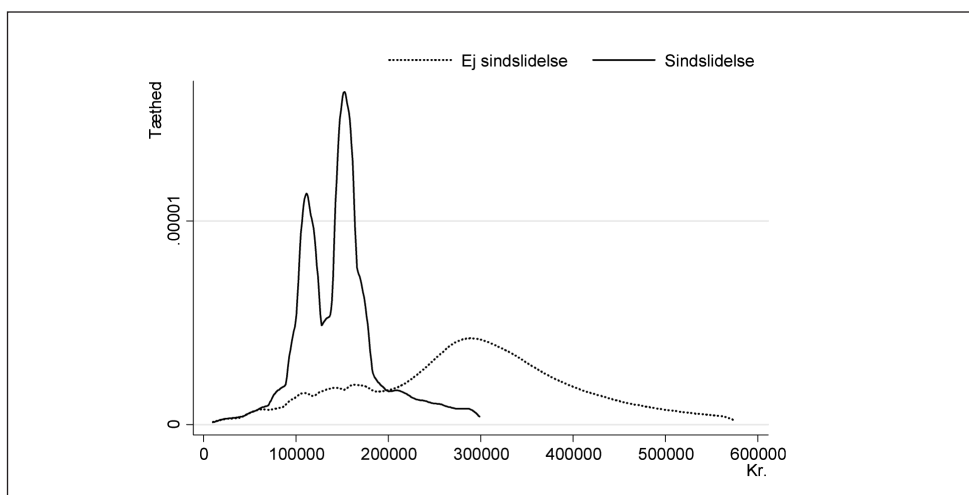
Anm.: ¹: Indkomstfordelingen for hele befolkningen blandt alle mænd og kvinder på 25-40 år i 2005 er delt i 4 lige store grupper. Indkomstgrænsen for hver gruppe angiver grænsen for hver kvartil.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 4.3 og 4.4 viser indkomstfordelingen blandt mænd og kvinder med og uden en sindslidelse. Af disse figurer ses, at indkomsten blandt personer med en sindslidelse ligger betydelig lavere end blandt personer uden en sindslidelse. Denne forskydning af indkomsten mod lavere indkomster for de sindslidende er mere udpræget blandt mænd end blandt kvinder. Det skyldes, dels at kvinder med en sindslidelse lader til relativt at klare sig bedre end mænd med en sindslidelse, dels at kvinder uden en sindslidelse har betydelig lavere indkomst end mænd uden en sindslidelse (dette ses også af tabel 4.4). Af figur 4.3 og 4.4 kan vi også se, at variationen i indkomst er mindre for personer med en sindslidelse, da der blandt disse er meget få personer med en årlig bruttoindkomst over 300.000 kr. Figur 4.3 og 4.4 viser, at en betydelig del blandt personer med en sindslidelse har en indkomst defineret af de offentlige indkomstoverførsler. Kontanthjælpslofterne i

2005 var for gifte og samlevende forsørgere 136.764 kr./år (11.397 kr./måned), for gifte og samlevende ikke-forsørgere 102.924 kr./år (8.577 kr./måned), for enlige forsørgere 170.616 kr./år (14.218 kr./måned), og for enlige ikke-forsørgere 136.764 kr./år (11.397 kr./måned). Satsen for en enlig førtidspensionist var i 2005 170.076 kr./år (14.173 kr./måned). I figur 4.4 ser vi, at disse ydelser stemmer overens med de hop, vi ser i grafen for kvinder ved godt 100.000, ved 135-144.000 og ved 170.000. Det samme gør sig gældende i figur 4.3 for mænd, hvor hoppene er meget tydelige.

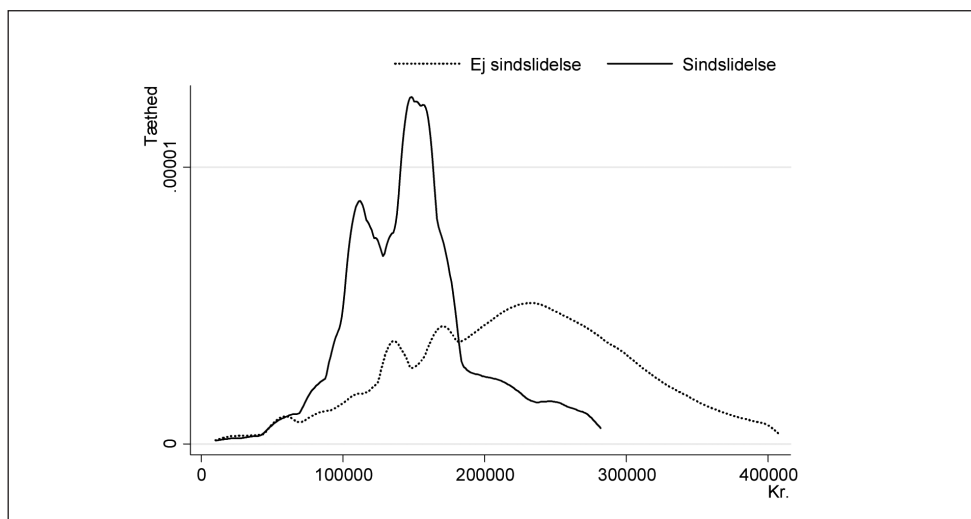
Figur 4.3: Fordeling af bruttoindkomst for mænd med og uden en sindslidelse, 2005.



Noter: Grafen inkluderer mænd, der var 25-40 år i 2005, undtagen selvstændige og personer med nul eller negativ indkomst. Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien i en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010. Fordelingerne, der vises, er estimeret med kernel density-metoden. De to indkomstfordelinger er sammenlignet med en Kolomonorov-Smirnov test, som viser, at fordelingerne er signifikant forskellige.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur 4.4: Fordeling af bruttoindkomst for kvinder med og uden en sindslidelse, 2005.



Noter: Grafen inkluderer kvinder, der var 25-40 år i 2005, undtagen selvstændige og personer med nul eller negativ indkomst. Personer, som har en svær sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien i en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010. Fordelingerne, der vises, er estimeret med kernel density-metoden. De to indkomstfordelinger er sammenlignet med en Kolomonorov-Smirnov-test, som viser, at fordelingerne er signifikant forskellige.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

4.7 Sindslidelse og kriminalitet

I både Danmark og udlandet er psykiatiske patienter overrepræsenteret i kriminalitetsstatistikkerne. Overhyppigheden af personer med en sindslidelse blandt kriminelle kan til dels forklares med et misbrug af euforiserende stoffer, som en betydelig del af personer, der har været indlagt med sindslidelse, har. Misbrug er faktisk i sig selv klassificeret som en psykisk diagnose i WHO's klassifikationssystem. Blandt de 25-40-årige med en sindslidelse, som indgår i vores analyser, har 19 pct. (2.886 ud af 15.137) haft misbrug som hoveddiagnose, og 26 pct. (4.003 ud af 15.137) misbrug som en bidiagnose. Det er især blandt mænd, at misbrug hænger sammen med en svær sindslidelse: Blandt mænd har 25 pct. (2.148 ud af 8.597) på et eller andet tidspunkt haft misbrug som hoveddiagnose og 34 pct. (2.952 ud af 8.597) har på et eller andet tidspunkt haft misbrug som bidiagnose. For kvinder er det henholdsvis 11 pct. (738 ud af 6.540) og 16 pct. (1.051 ud af 6.540), der har en misbrugsdiagnose som hoved- og bidiagnose.

Det øgede forbrug af euforiserende stoffer kan bl.a. forklares med sindslidendes selvmedicinering. En sindslidelse kan starte eller øge forbruget af euforiserende stoffer. Men visse euforiserende stoffer kan formentlig også fremprovokere

en sindslidelse. Det lader til, at der ofte er en sammenhæng mellem sindslidelse og misbrugsproblemer blandt mennesker, som kommer fra sårbare og opbrudte familieforhold, familieforhold der er præget af en række problemer såsom vold, incest og misbrug (Sørensen, 2012).

Både danske og internationale studier finder, at kriminalitetshyppigheden er større blandt personer med en sindslidelse (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006). Der er dog forskel på kriminalitetshyppigheden blandt personer med forskellige psykiatriske diagnoser. Særligt personer med en skizofrenilidelse synes at være overrepræsenteret mht. voldskriminalitet. Men selvom skizofrene er overrepræsenteret i voldstatistikken er den absolutte risiko for voldskriminalitet lav, og ses på al voldskriminalitet, udøves kun en mindre del af denne af personer med skizofreni. Personer med personlighedsforstyrrelser er også overrepræsenteret i kriminalitetsstatistikken (Asnis et al., 1997).

Langt de fleste af de eksisterende studier af sammenhænge mellem sindslidelse og kriminalitet er beskrivende studier, hvor der ikke kan konkluderes noget om den kausale sammenhæng mellem sindslidelse og kriminalitet (Link et al., 1992). Ofte kan sammenhængen mellem det at have en sindslidende og tendensen til at begå mere kriminalitet, forklares af andre faktorer, der hænger sammen med både kriminalitetstendens og sindslidelse. Det kan fx være, som nævnt ovenfor, et misbrug, men det kan også være både observerbare og ikke-observerbare faktorer relateret til fx den enkelte sindslidendes behandlingsprogram, sociale netværk og familieforhold.

Et relativt nyt studie benytter søskende til at undersøge forholdet mellem sindslidelser og kriminalitet (Frank & McGuire, 2010). Ved at sammenligne en person med en sindslidelse med personens søskende kan man tage højde for de ikke-observerbare familieforhold, som kan have en væsentlig betydning for, om man begår kriminalitet. Studiet viser, at personer med en sindslidelse har større sandsynlighed for at begå kriminalitet.

Kramp og Gabrielsen (2003) viser, at der har været en stigende kriminalitet blandt psykisk syge, og især blandt personer med skizofreni, fra 1980 og frem til 1999. En af hovedårsagerne til denne stigning i kriminaliteten over tid henfører de til den deinstitutionisering, som bl.a. er beskrevet i kapitel 2.

Til at belyse sammenhængen mellem sindslidelse og kriminalitet benytter vi kriminalstatistikregisteret. Oplysningerne i dette register stammer fra politiets registrer og omfatter overtrædelser af enten straffeloven, færdselsloven eller særlovene. Tabel 4.5 viser andelen, der er registreret for kriminelle forhold, blandt de 25-40-årige med og uden en sindslidelse. Blandt både mænd og kvinder er der flere med en sindslidelse, der er registreret for kriminalitet, i forhold til mænd og kvinder uden en sindslidelse. Således har henholdsvis 13 og 5 pct. blandt mænd og

kvinder med en sindslidelse fået en dom i 2005. Andelen blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der har fået en dom, er henholdsvis 8 og 2 pct. Mønstrer med en højere kriminalitetsrate blandt mænd i forhold til kvinder i befolkningen generelt genfindes blandt personer med en sindslidelse.

Blandt mænd, der har fået en dom, modtager de, som har en sindslidelse i gennemsnit 1,6 domme, mens de, som ikke har en sindslidelse, i gennemsnit modtager 1,2 domme. Blandt kvinder er de tilsvarende gennemsnit 1,3 domme og 1,1 domme for personer henholdsvis med og uden en sindslidelse. Ser vi på alle de personer, der på et eller andet tidspunkt har fået en dom, er andelen, der har fået mere end en dom blandt mænd med og uden en sindslidelse henholdsvis 32 og 17 pct. Blandt kvinder med en sindslidelse er denne andel 22 pct., mens den for kvinder uden en sindslidelse er 7 pct.

Der er forskel på, hvilke kriminalitetstyper der er begået blandt de dømte personer med og uden en sindslidelse. Bemærk at der blandt de dømte personer, med og uden sindslidelser, der indgår i den nederste del af tabel 4.5, er personer, der har begået flere forskellige lovovertrædelser. Blandt de dømte personer med en sindslidelse er der en større andel, der er dømt for volds-, ejendoms- og sædelighedsforbrydelser samt forbrydelser relateret til stoffer og overtrædelse af offentlig orden (inkluderer bl.a. vold mod personer i offentlig tjeneste) i forhold til når vi ser på de dømte, der ikke har en sindslidelse. Fx er der blandt dømte mænd med en sindslidelse 27 pct. der er dømt for vold. Blandt dømte mænd uden en sindslidelse er der 18 pct. der er dømt for vold. Blandt dømte personer uden en sindslidelse er der en større andel der begår færdselskriminalitet end der er dømte med en sindslidelse. Hvis vi således ser bort fra færdselskriminaliteten, vil forskellen på de typer af kriminalitet, der bliver begået, blandt de der har fået en dom, være mindre.

Tabel 4.5: Sindslidelse og kriminalitet. Angivet som andele for alle variable undtaget antal domme i året, som er angivet med et gennemsnit. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Domme i 2005				
Andel, der har fået dom	0,132	0,081	0,045	0,023
Antal observationer	8.597	612.807	6.540	601.059

Blandt de, der har fået en dom:				
Gennemsnitsantal domme i året	1,600	1,240	1,280	1,090
Andel der har fået mere end 1 dom	0,319	0,168	0,216	0,072
Kriminalitetstype blandt de dømte				
Vold	0,269	0,082	0,178	0,028
Ejendom	0,348	0,115	0,418	0,131
Overtrædelser af offentlig orden	0,048	0,019	0,031	0,011
Sædelighed	0,016	0,008	0,0004	0,0003
Færdsel	0,284	0,744	0,277	0,803
Særlove	0,027	0,045	0,027	0,022
Stoffer	0,227	0,077	0,158	0,026
Antal	1.136	49.900	292	14.093

Noter: Personer, som har en sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010. Gennemsnit og andele for samtlige variabler er sammenlignet for de, der har en sindslidelse, med de som ikke har en sindslidelse. Alle gennemsnitsværdierne vist i denne tabel er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau), bortset fra sædelighed for kvinder og særlove for kvinder. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

4.8 Sindslidelse og somatiske sygdomme og dødelighed

Personer med en sindslidelse dør mellem 13 og 32 år tidligere end personer uden en sindslidelse (Jones, 2010; Laursen et al., 2010). Overdødeligheden blandt sindslidende skyldes bl.a. en højere frekvens af selvmord. Dette vil vi se på i tabel 4.7. Død som følge af somatiske sygdomme blandt personer med sindslidelser sker også hyppigere end hos personer uden en sindslidelse (Colton & Manderscheid, 2004).

Psykisk syge patienter lider ofte af en række somatiske sygdomme. Nogle af disse sygdomme kan være direkte relateret til deres psykiatriske diagnose. Fx viser studier en genetisk relation mellem skizofreni og type 2 diabetes. Medicineringen, som følger med en psykisk sygdom, har en række følgevirkninger, der har indflydelse på den enkeltes livsstil og sundhed. For eksempel er overvægt en ofte direkte følgevirkning ved nyere midler mod psykose. Stigningen i vægt sker ofte meget hurtigt, og de helbredsmæssige konsekvenser af den øgede overvægt, som følge af antipsykotisk medicinering, kan derfor være alvorlige (Fontaine et

al., 2001). Psykiatriske patienter har generelt også en anden og mere usund livsstil. Fx ryger personer med en sindslidelse oftere (Flensborg- Madsen et al., 2010) end personer uden en sindslidelse. Derudover kan medicinering virke sløvende og dermed påvirke tendensen til at dyrke motion. Sindslidelsen kan også generelt påvirke lysten, evnen og overskuddet til at dyrke motion og til at leve sundt.

Misbrug, som ofte hænger sammen med en psykisk diagnose, jf. afsnit 4.7 ovenfor, medfører også en overhyppighed blandt misbrugsrelaterede sygdomme såsom HIV og flere typer af leverpåvirkning, herunder kronisk hepatitis. Dertil hører en livsstil blandt misbrugere, der generelt er dårlig for helbredet. Andre faktorer, der ofte nævnes i forhold til sammenhængen mellem sindslidelse og fysisk helbred, er den manglende egenomsorg og kropsbevidsthed, som opstår i de perioder hvor den sindslidende har det sværest.

Tabel 4.6 viser omfanget af kontakt til de dele af sundhedsvæsenet, der ikke direkte er relateret til den psykiske sygdom. Det er vigtigt at bemærke, at resultaterne i tabel 4.6 ikke nødvendigvis beskriver den generelle helbredsmæssige status, men at de angiver brug og efterspørgsel efter sundhedsydelser. Det kan fx tænkes, at helbredsstatus blandt gruppen af personer med en sindslidelse, der går til lægen, er langt dårligere end den tilsvarende gruppe blandt personer uden en sindslidelse, der går til lægen. Det kan også tænkes, at der blandt personer med en sindslidelse er langt flere, som har somatiske sygdomme, som bør være set af en læge, men som ikke bliver det fx pga. den manglende egenomsorg. Da gruppen af personer med en sindslidelse, som vi måler på i dette kapitel, har været i kontakt med sundhedssystemet gennem det psykiatriske system, er det også muligt, at kendskabet til sundhedssystemet og hospitaler vil føre til, at de oftere vil blive tilset af læger for andre sygdomme.

Tabel 4.6 viser tydeligt et større forbrug af sundhedsydelser blandt personer med en sindslidelse i forhold til personer uden en sindslidelse. Generelt har kvinder et større forbrug af sundhedsydelser end mænd. Ud over nogle kulturelle og normsættende kønsforskelle i brug af sundhedsydelser kan forskellen mellem mænd og kvinder forklares af forskellige sygdomme og ydelser relateret til graviditet (Kruse & Helweg-Larsen, 2004). Kvinder med en sindslidelse har – ligesom i resten af befolkningen – i gennemsnit flere hospitalsbesøg og lægebesøg end mænd med en sindslidelse. I procentpoint er forskellene ofte omtrent ens for mænd og kvinder og i nogle tilfælde endda størst for kvinder. Men hvis vi ser på forskellen mellem personer med og uden sindslidelser, er der langt større relativ forskel blandt mænd, end der er blandt kvinder.

Mænd, der har en sindslidelse, har således i gennemsnit 0,24 indlæggelser ved et hospital og 9,3 besøg hos lægen i 2005, mens mænd der ikke har en sindslidelse, i gennemsnit har 0,08 indlæggelser på et hospital og 3,6 besøg hos lægen. Dvs. at mænd med en sindslidende har tre gange flere indlæggelser på et hospital

og ca. 2-3 gange flere besøg hos lægen i forhold til mænd uden en sindslidelse. Kvinder med en sindslidelse har "kun" ca. dobbelt så mange indlæggelser og lægebesøg som kvinder uden en sindslidelse. Blandt de personer, der har været indlagt i 2005, er både antal indlæggelser og sengedage betydeligt større blandt både mænd og kvinder med sindslidelser i forhold til samme gruppe uden sindslidelser.

I tabel 4.6 er også angivet det gennemsnitlige antal indlæggelser og sengedage, når vi kun ser på nogle udvalgte alvorlige sygdomme, som vi forventer vil kræve et hospitalsophold. Sygdommene, som vi har udvalgt, er: blodprop i hjertet eller hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og udvalgte (ondartede) typer af kræft. Det er således sygdomme, som folk vil blive indlagt med i samme grad uanset kendskab til sygehusvæsenet og tendenser til at opsøge læge. Da indlæggelser med disse sygdomme er relativt sjældne for de 25-40-årige, har vi valgt at se på, om de har været indlagt i perioden fra 1996 til 2005. Når vi kun ser på disse svære sygdomme, som kræver indlæggelse på et hospital, kan der være en tendens til, at personer med en sindslidelse har færre af disse indlæggelser blandt kvinder. Men når vi tester disse forskelle (på 5 pct. signifikansniveau), er der altså ingen betydelig forskel mellem personer med og uden en sindslidelse, når de er i aldersgruppen 25-40 år.

Tabel 4.6: Sindslidelse og kontakt til sundhedsvæsenet. Gennemsnitlige antal hospitals- og lægebesøg. Mænd og kvinder 25-40 år i 2005 i Danmark.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Hospitalsbesøg i 1996-2005, alle				
Alvorlige lidelser ¹	0,008	0,008	0,012	0,011
Hospitalsbesøg i 2005, alle				
Antal indlæggelser	0,237*	0,081	0,421*	0,227
Antal sengedage	0,681*	0,226	1,055*	0,595
Antal	8.597	612.807	6.540	601.059
Hospitalsbesøg i 2005, blandt indlagte				
Antal indlæggelser	1,880*	1,484	2,001*	1,381
Antal sengedage	5,404*	4,127	5,024*	3,616
Antal	1.084	33.534	1373	98.903

Antal lægebesøg				
Almen læge	9,308*	3,621	15,588*	7,792
Ørelæge	0,104*	0,087	0,154*	0,118
Øjenlæge	0,048	0,054	0,101*	0,073
Speciallæger (inkluderer psykiatri) ²	0,902*	0,361	1,665*	0,824
Tandlæge	0,807*	0,911	1,028*	1,101
Læger med øvrige specialer (inkluderer psykologhjælp) ²	0,802*	0,960	1,349*	1,543
Antal	8.597	612.807	6.540	601.059

Noter: Personer, som har en svær sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien i en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010. Gennemsnit for samtlige variabler er sammenlignet for dem, der har en sindslidelse, med dem, som ikke har en sindslidelse. Gennemsnitsværdier, der afviger statistisk fra hinanden på 5 pct., er markeret med *.

Anm. 1: Alvorlige lidelser inkluderer blodprop i hjertet eller hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og udvalgte (ondartede) typer af kræft.

Anm. 2: Speciallæger inkluderer bl.a. fysiurgi, kirurgi, neuromedicin og psykiatri. Læger med øvrige specialer inkluderer bl.a. fysioterapi, genoptræning, kiropraktik og psykologhjælp. En fyldestgørende liste over, hvilke behandlingstyper der indgår blandt speciallæger og læger med øvrige specialer, findes på <http://www.dst.dk/Statistik/dokumentation/times3/emnegruppe/emne/variabel.aspx?sysrid=269352×path=12%7C969%7C> og <http://www.dst.dk/Statistik/dokumentation/times3/emnegruppe/emne/variabel.aspx?sysrid=269361×path=5%7C956%7C>

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Det gennemsnitlige antal besøg hos øre-, øjen- og speciallæger (som bl.a. inkluderer fysiurgi, kirurgi, neuromedicin og psykiatri) samt læger med øvrige specialer (som bl.a. inkluderer fysioterapi, genoptræning, kiropraktik og psykologhjælp) er større blandt kvinder med en sindslidelse i forhold til kvinder uden en sindslidelse. Forskellen er dog ikke statistisk betydelig, når vi ser på øjenlæger. Blandt mænd er det kun det gennemsnitlige antal besøg hos speciallæger, der er signifikant højere blandt mænd med sindslidelser i forhold til mænd uden sindslidelser. Mens der ikke er forskel på det gennemsnitlige antal besøg hos øjenlæger blandt mænd med og uden en sindslidelse, så har mænd med en sindslidelse betydeligt færre besøg hos læger med øvrige specialer.

Både mænd og kvinder med en sindslidelse har i gennemsnit signifikant færre besøg hos tandlægen. Besøg hos tandlæge og flere af speciallægerne kræver ofte en betydelig egenbetaling, hvilket i lyset af de store indkomstforskelle evt. kan forklare den relative mindre forskel i det gennemsnitlige antal besøg hos disse speciallæger. Den lavere brug af tandlæge afspejler sandsynligvis ikke behovet

for behandling, da en stor del af personerne med svære sindslidelser sandsynligvis vil have en dårlig tandstatus som følge af manglende egenomsorg, misbrug og bivirkninger fra medicinen.

Som nævnt indledningsvis har flere studier påvist en overdødelighed blandt personer med en sindslidelse. I tabel 4.7 har vi inkluderet alle de personer, der er født i Danmark fra 1965 til 1980, og som har en svær sindslidelse, og sammenlignet dem med alle dem fra samme årgang, som ikke har været i kontakt med psykiatrien (frem til 2010). Vi ser kun på dem, som var levende og boede i Danmark i 1980. Dvs. at indvandrere, der er kommet til Danmark efter 1980, ikke tæller med her. Tabel 4.7 bekræfter, at både mænd og kvinder, der har en sindslidelse, har større sandsynlighed for at dø. Således er 6,1 og 3 pct. af henholdsvis mænd og kvinder, der har en sindslidelse, og som er født mellem 1965 og 1980, døde når vi når frem til 2006. De tilsvarende tal for mænd og kvinder uden en sindslidelse er 1,8 og 0,8 pct. Ser vi kun på de døde og på dødsårsagen, er der også betydelig forskel på personer med og uden en sindslidelse. Blandt de mænd, der er døde, er der dobbelt så mange, der er døde ved selvmord i forhold til mænd uden en sindslidelse. Blandt kvinder, der er døde, er der næsten 5 gange flere, der er døde ved selvmord i forhold til blandt kvinder uden en sindslidelse.

Tabel 4.7: Sindslidelse og dødelighed. Andel af årgangen født i 1965-1980, der er døde i 2005, og døds måde.

	Mænd		Kvinder	
	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse	Har en sindslidelse	Har ikke en sindslidelse
Døde	0,061	0,018	0,030	0,008
Antal	7.807	560.658	5.912	536.138
Døds måde				
Naturlig	0,102	0,162	0,138	0,299
Selv mord	0,388	0,158	0,474	0,083
Anden ¹	0,510	0,680	0,388	0,617
Antal	412	9.364	152	3.630

Noter: Personer, som har en svær sindslidelse, er defineret som personer, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital og fået en ikke-organisk psykose diagnose samt haft kontakt med psykiatrien i en periode på mere end 2 år. Personer, som ikke har en sindslidelse, er defineret som personer, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien frem til 2010.

Andele for samtlige variabler er sammenlignet for dem, der har en sindslidelse med dem, som ikke har en sindslidelse, og alle andele i tabel 4.7 er signifikant forskellige (5 pct. signifikansniveau).

Ann. 1: Anden døds måde inkluderer bl.a. ulykker og mord.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

4.9 Sammenfatning

I ovenstående kapitel har vi set på forskellige karakteristika, der beskriver socioøkonomiske og sundhedsmæssige forhold for mænd og kvinder med svære sindslidelser. Vi har afgrænset gruppen af personer med svære sindslidelser til alle personer, der blev født i årene 1965 til 1980, og som på et eller andet tidspunkt i deres liv (indtil år 2010) har været registreret for en behandling på et psykiatrisk hospital eller i det ambulante behandlingssystem for en ikke-organisk psykotisk lidelse og som har haft en kontakt (med mellemliggende udskrivninger), der har været minimum 2 år. Den gruppe, som vi kigger på, indeholder nogle af de personer, der har de allersværeste sindslidelser. Denne gruppe af personer med svære sindslidelser har vi sammenlignet med alle de personer i befolkningen, der var 25-40 år i 2005, som frem til 2010 aldrig havde været i kontakt med psykiatrien. Gruppen, vi sammenligner med, har vi valgt at kalde for personer uden en sindslidelse, selvom nogle i gruppen kan have lidelser, der kunne føre til en kontakt med psykiatrien i fremtiden.

Resultaterne fra kapitlet bekræfter på mange måder de resultater, som tidligere analyser af livet med en sindslidelse har fundet. Langt flere blandt de personer der har en sindslidelse, er uden en partner og har ingen børn. Personer med en sindslidelse har også generelt et lavere uddannelsesniveau og en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt mænd og kvinder med en svær sindslidelse står henholdsvis 53 og 43 pct. helt uden for arbejdsmarkedet og størstedelen af disse er på førtidspension. De betydelige forskelle i beskæftigelsesstatus for personer med og uden en sindslidelse betyder, at der også er betydelig forskel i indkomst. Den gennemsnitlige bruttoindkomst blandt de 25-40-årige med en sindslidelse var i 2005 ca. 158.000 kr. om året, hvilket ligger under den indkomst, man fik som enlig på førtidspension (ca. 170.000 kr. om året). Til sammenligning var den gennemsnitlige bruttoindkomst blandt de 25-40-årige i 2005 uden en sindslidelse ca. 311.000 kr. om året for mænd og ca. 233.000 kr. om året for kvinder.

I gennemsnit har flere blandt både mænd og kvinder med en sindslidelse domme for kriminelle forhold og blandt de, der har fået en dom, er det gennemsnitlige antal af domme større end blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse. Der er dog forskel, på hvilken type kriminalitet, der generelt begås blandt dømte personer med en sindslidelse i forhold til blandt dømte personer uden en sindslidelse. Blandt dømte personer med sindslidelser begår en større andel kriminalitet relateret til vold, berigelse, stoffer og overtrædelse af offentlig orden i forhold til dømte personer uden en sindslidelse. Blandt dømte personer uden en sindslidelse begår en større andel kriminalitet relateret til færdsel i forhold til dømte personer med sindslidelser.

Der er betydelige kønsforskelle når vi ser på en række forhold. Kvinder med en sindslidelse lader til i højere grad end mænd med en sindslidelse at være gift og have børn, at uddanne sig og deltage på arbejdsmarkedet. Mænd med en sindslidelse lader til oftere at være registreret for kriminelle forhold og at have relativt flere og sværere somatiske sygdomme, der kræver lægebesøg og hospitalsindlæggelser. Derudover er dødeligheden mere end dobbelt så stor blandt mænd med svære sindslidelser i forhold til kvinder. En af årsagerne til de markante kønsforskelle kan være, at kvinder generelt får de svære sindslidelser senere i livet end mænd.

Det generelle billede, som vi har tegnet af personer med en sindslidende viser, at gruppen af personer med en sindslidelse er en relativ svag og sårbar gruppe med få ressourcer. Fordi sindslidelser er hjernelidelser og derfor påvirker intellektuelle og kognitive funktioner, som er vigtige i forhold til at begå sig ude i samfundet, er det heller ikke forventeligt, at denne gruppe kan klare sig lige så godt som den resterende ikke-sindslidende del af befolkningen. Det er dog vigtigt at bemærke, at på trods af, at vi ser på personer i befolkningen, der har nogle af de allersværeste sindslidelser, så har en fjerdedel blandt kvinderne børn, og en tredjedel blandt kvinderne og en fjerdedel blandt mændene indgår som beskæftigede på arbejdsmarkedet. Derudover har en betydelig del blandt sindslidende en uddannelse.

4.10 Litteratur

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W., & Mortensen, P. (2004). Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61, 28-33.
- Annis, G.M., Kaplan, M.L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). "Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders". *The Psychiatric clinics of North America*, Jun, 1997, Vol.20(2), p.405-25.
- Bartel, A., & Taubman, P. (1979). "Health and Labor Market Success: The Role of Various Diseases". *The Review of Economics and Statistics*, 1979, Vol.61(1), 1-8.
- Bartel, A., & Taubman, P. (1986). "Some economic and demographic consequences of mental illness" *Journal of Labor Economics*, April 1986, Vol.4, p.243(14).
- Berndt, E.R., Koran, L.M., Finkelstein, S.N., Gelenberg, A.J., Kornstein, S.G., Miller, I.M., Thase, M.E., Trapp, G.A., & Keller, M.B. (2000). "Lost human capital from early - onset chronic depression". *The American Journal of Psychiatry*. Vol.157(6), 940-947.
- Chatterji, P.A., Alegria, M., & Takeuchi, D. (2011). "Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication". *Journal of Health Economics*. Vol.30(5), 858-868.

- Colton, C.W., & Manderscheid, R.W. (2006). "Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states". *Prev Chronic Dis* 2006; 3(2):A42.
- Ettner, S.L., Frank, R.G., & Kessler, R.C. (1997). "The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes". *Industrial and Labor Relations Review*. Vol.51(1), 64-81.
- Flensburg-Madsen, T., von Scholten, M.B., Flachs, E.M., Mortensen, E.L., Prescott, E., & Tolstrup, J.S., (2010). "Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study." *J Psychiatr Res*. 2011 Feb;45(2):143-9. Epub 2010 Jul 13.
- Fletcher, J.M., & Wolfe, B. (2008). "Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD revisited". *Journal of health economics*. Vol.27(3), 794-800.
- Fletcher, J.M. (2010). "Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effect". *Health Economics*. Vol.19, 855-871.
- Fontaine, K.R., Heo, M., & Harrigan, E.P. (2002). "Estimating the consequences of antipsychotic induced weight gain on health and mortality rate". *Psychiatric Res* 2001;101:277-88.
- Frank, R. & McGuire, T.G. (2010). "Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes" NBER working paper series nr. 15858.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2006). "Psykisk sygdom og kriminalitet" Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jayakody, R., Danziger, S., & Kessler, R.C., (1998). "Early-Onset Psychiatric Disorders and Male Socioeconomic Status". *Social Science and Research*. Vol. 27(4), 371-387.
- Jones, J. (2010). "Life Expectancy in Mental Illness". *Psych Central*. Retrieved on December 21, 2011, from <http://psychcentral.com/news/2010/07/13/life-expectancy-in-mental-illness/15502.html>
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., & Stang, P.E. (1995). "Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment". *The American Journal of Psychiatry*. Vol.152, 1026-1032.
- Kramp, P & Gabrielsen, G. (2003) "Kriminalitet begået af psykisk syge 1977-1999" Ugeskrift for Læger 165/25 16. juni 2003.
- Kruse, M., & Helweg-Larsen, K. (2004). "Kønsforskelle i sygdom og sundhed". *Statens Institut for Folkesundhed for Minister for Ligestilling*
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., Gissler, M., Westman, J. & Wahlbeck, K. (2010) Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland. NHV-rapport 2010.
- Link, B.G., Andrews, Howard, C., & Francis, T. (1992). "The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered". *American Sociological Review*. Vol.57(3), 275-292.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). "Schizophrenia and Employment. A Review" *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 337-349.
- Maughan, B., & Kim-Cohen, J. (2005). "Continuities between childhood and adult life". *British Journal of Psychiatry*, 187, pp 301-303.

- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., Wright, B.R.E., & Silva, P.A. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Olsen, H. (2000). "Holdninger til Handicappede". SFI rapport 00:14, København
- Sørensen, N.Ø. (2012). "Det levende liv med sindslidelse". Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Westergaard-Nielsen, N., Agerbo, E., Eriksson, T., & Mortensen, P.B. (2004). Mental illness: Gender differences with respect to marital status and labour market outcomes. I Marcotte, D. E. (ed.) *The Economics of Gender and Mental Illness (Research in Human Capital and Development, volume 15)*, 73-94. Emerald Group Publishing Limited.

KAPITEL 5

Få og korte indlæggelser versus mange og lange – en beskrivelse af forskellige indlæggelsesforløb

Af Jane Greve og Johannes Clausen

5.1 Introduktion

Der findes lige så mange typer indlæggelsesforløb blandt personer, som har en svær sindslidelse, som der findes personer med disse lidelser. Nogle personer med svære sindslidelser benytter kun sporadisk det psykiatriske system, mens andre er indlagt stort set hele deres liv. Det kan derfor være svært at give en generel karakteristik af personer med svære sindslidelser. I dette kapitel ser vi nærmere på de mange forskellige indlæggelsesforløb og kategoriserer dem i grupper efter, hvor omfattende indlæggelsesforløbene er. Endvidere undersøger vi forskellige karakteristika for de forskellige grupper. Det viser sig, at der, afhængig af deres indlæggelsesforløb, er stor forskel på, hvor mange der fx lever alene, ikke har en uddannelse og begår kriminalitet. Forskellene i disse karakteristika kan være nyttig information i behandlingssystemet, da de store forskelle vidner om, at personer med forskellige indlæggelsesforløb har fået – og måske har brug for – forskellig behandling.

5.2 Baggrund

Gruppen af personer, der har en så alvorlig sindslidelse, at den fører til en indlæggelse på et psykiatrisk hospital, er en meget heterogen gruppe. Gruppen indeholder personer med henholdsvis mange og få indlæggelser, personer, der bliver indlagt både tidligt og sent i deres liv, personer med korte og lange indlæggelser og personer med forskellige diagnoser. Ser vi således på alle indlagte personer på én gang, kan det give et mudret billede af, hvad der karakteriserer denne gruppe, især da nogle sygdomme har en tendens til at føre til en tidlig indlæggelse, mens andre har en tendens til en senere indlæggelse. Det giver således god mening at se på disse forløb med hensyn til indlæggelsestidspunkt og varighed af indlæggelse opdelt på diagnose.

I dette kapitel fokuserer vi på personer med diagnoserne skizofreni og affektive lidelser. Personer, der har fået stillet diagnosen skizofreni eller en af diagnoserne under gruppen af affektive lidelser, udgør næsten hele gruppen – 84 pct. – af de personer, som i kapitel 1 blev defineret som personer med svære sindslidelser, dvs. en person med en ikke-organisk psykose, der har haft kontakt til psykiatrien i 2 år eller mere, jf. Ruggeri et al. (2000). Da vi i dette kapitel ser nærmere på varigheden af indlæggelse er alle personer, der på ét eller andet tidspunkt har været indlagt, medtaget. Vi har således ikke afgrænset os til at se på personer, som har haft kontakt til psykiatrien mindst i 2 år.

Nedenfor vil vi se, at indlæggelsesforløbene er meget forskellige. Nogle bliver indlagt sent og er aldrig igen i kontakt med psykiatrien, mens andre bliver indlagt tidligt og er i kontakt med hospitalspsykiatrien næsten hele tiden. Andre igen bliver indlagt sent i livet og er næsten konstant i kontakt med hospitalspsykiatrien. Der er også stor variation i varigheden af de enkelte indlæggelser. Der tegner sig nogle forskellige mønstre, som vi bedre kan overskue med grafiske plot. Indlæggelsesforløbene har vi opdelt i 4 grupper efter hvor omfattende de er. Vi ser derefter videre på, hvad der karakteriserer de personer, der falder i de forskellige grupper. Vi har valgt at fokusere på graferne for indlæggelsesforløbene for de personer, som har haft en skizofrenidiagnose. Tilsvarende grafer for personer med diagnosen affektive lidelser er vist i bilaget til dette kapitel, afsnit 5.9, og kun kommenteret kort.

5.3 Datamaterialet

Vi får information om omfanget af indlæggelserne på de psykiatriske hospitaler fra Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF). DPCF indeholder informationer om alle psykiatriske indlæggelser fra 1969 og frem. Datasættet indeholder oplysninger om indlæggelsestidspunkt, udskrivelsestidspunkt, kode for diagnosens art samt en række andre oplysninger. DPCF er beskrevet yderligere i kapitel 8.

Vi har valgt kun at se på heldøgnsindlæggelser i dette afsnit, da disse indlæggelser er registreret siden 1969. Andre indlæggelsestyper er deldøgns- og ambulante behandlinger. Selvom disse indlæggelsestyper eksisterer før 1995, bliver de først registreret i DPCF fra 1. januar 1995. De følgende analyser af indlæggelsesforløbene beskriver derfor kun heldøgnsindlæggelser på psykiatriske hospitaler. Der er således andre behandlinger af personer med samme sygdomme, og disse bliver også behandlet i hospitalspsykiatrien, men hvis disse

behandlinger ikke optager en sengeplads i et døgn eller mere, er de ikke talt med i vores analyser.²⁵

I de følgende analyser har vi udvalgt personer, der mindst én gang har været indlagt med en skizofrenilidelse eller en affektiv lidelse. Analyserne er lavet særskilt for de to diagnosetyper. Før 1994 blev diagnoser i DPCF karakteriseret ved en ICD-8-kode, og fra 1994 og frem benyttes ICD-10 koder. Dette introducerer et potentielt databrud, men er et mindre problem for diagnosticeringen af skizofreni og affektive lidelser, da kategoriseringen af disse lidelser kun i mindre grad har ændret sig over tid (Kessing, 1998; Munk-Jørgensen & Perto, 2000). Udvælgelsen af ICD-8- og ICD-10-koder til de affektive lidelser følger opdelingen i Østergaard et al. (2011). Vi har udvalgt personer, som er født i 1962, til at indgå i dette kapitel. Med dette valg undgår vi eventuelle kohorteeffekter, idet personer født på forskellige tidspunkter kan blive påvirket af fx ændringer i behandlingssystemet, jf. kapitel 2. Vores datasæt indeholder altså hele indlæggeshistorikken for personer, der er født i 1962 – og dermed er 48 år i 2010 – og som har været indlagt med en skizofrenilidelse eller en affektiv lidelse mindst én gang i deres liv.

For at kunne sammenligne udvalgte sociale karakteristika for grupperne af patienter med resten af befolkningen, som aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien, er DPCF koblet med en række andre registerdata, der viser demografiske og socioøkonomiske karakteristika for alle personer født i 1962.

5.4 Sekvensplot

I den grafiske fremstilling af indlæggelsesforløbene benytter vi de såkaldte sekvensplot. Et sekvensplot viser, hvilken tilstand en person befinder sig i hen over en årrække. I vores analyser kan de mulige tilstande, en person kan befinde sig i, være enten indlagt eller ikke indlagt på et psykiatrisk hospital. Selvom nogle personer har hoveddiagnosen skizofreni, kan disse personer således sagtens have en indlæggelse, hvor den tilhørende diagnose er en anden, fx en misbrugsdiagnose. Vi har medtaget alle indlæggelser på psykiatriske sygehusafdelinger – også de indlæggelser hvor andre diagnoser end skizofreni/affektive lidelser er stillet

25 Alle figurer og tabeller, der er vist i dette kapitel, har vi også lavet, hvor vi har inkluderet alle behandlingstyper, dvs. også ambulante besøg og halvdøgnindlæggelser. Nogenlunde de samme mønstre og forskelle, der viser sig, når vi kun ser på heldøgnspatienter, gør sig gældende for både mænd og kvinder, når vi ser på alle typer af behandlinger samlet. Der er samlet set naturligvis flere behandlingsforløb, og antallet af behandlinger er højere for mange personer. Det højere antal behandlinger observeres af gode grunde først fra 1995 og frem, hvor man begyndte at registrere ambulante behandlinger.

som hoveddiagnose – for at give et så fyldstgørende billede af disse personers indlæggelsesforløb som muligt. Nedenstående tabel er et eksempel på et simpelt sekvensplot.

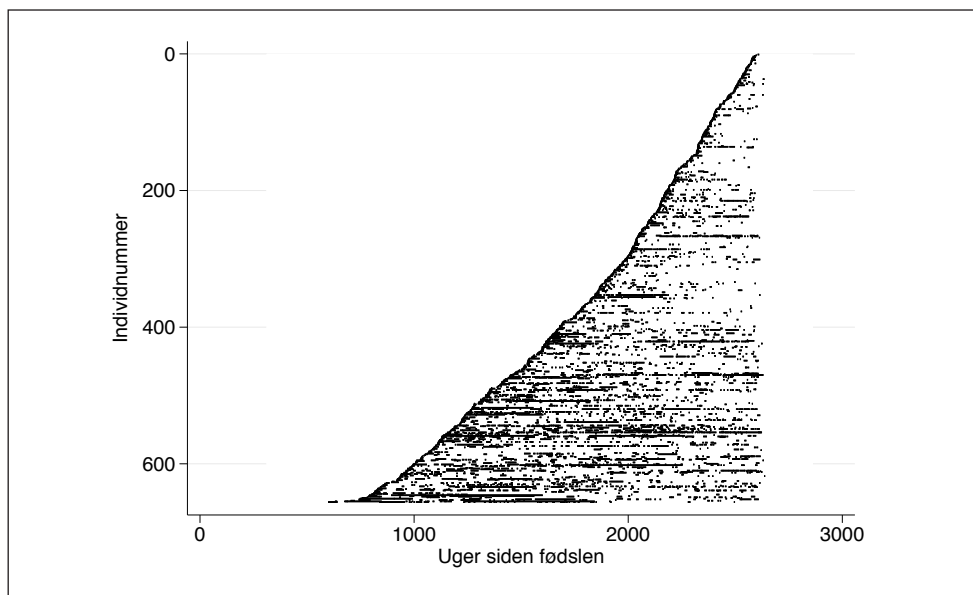
Tabel 5.1: Eksempel på et sekvensplot

	Uge 1	Uge 2	Uge 3	Uge 4
Person 1		X	X	
Person 2	X	X		X

I tabel 5.1 går tiden fra uge 1 frem til uge 4. Et “x” symboliserer en indlæggelse i den pågældende uge. Personerne bliver sorteret således at personen, der først blev indlagt – i uge 1 – ligger nederst. I den nye sortering af forløbene får personerne et nummer – et “individnummer” – som refererer til rangeringen efter indlæggelsesdato. I tabel 5.1 blev person 1 indlagt i uge 2 og udskrevet igen i uge 3. Person 2 blev indlagt i uge 1, udskrevet i uge 2 og indlagt igen i uge 4. Denne tabel laves nu for alle personerne i vores datasæt og desuden udvides tidsaksen til at inkludere alle uger siden deres fødsel. I figur 5.1 og 5.2 har vi vist de ordnede forløb grafisk for kvinder og mænd, der har været indlagt med skizofreni. Tilsvarende figurer er vist for personer, der har været indlagt med affektive lidelser i afsnit 5.9, figur B.5.1 og B.5.2.

Figur 5.1. og 5.2 viser således alle de indlæggelsesforløb, der har været blandt alle indlagte personer (med skizofreni) født i 1962, fra de blev født og frem til 2010. Enheden på x-aksen er angivet i uger. Når der er gået 936 uger, vil personerne således være fyldt 18 år, og når der er gået 1560 uger, vil personerne være fyldt 30 år. Ud af y-aksen har hver person fået en række, og rækkefølgen, hvorpå personerne ligger, er ordnet, så de personer, der havde deres første indlæggelse tidligst i livet, ligger nederst, mens de, der havde deres første indlæggelse sidst i dataperioden (i 2010), ligger øverst. Når vi bevæger os ud af x-aksen for hver linje/person i grafen, så kan vi se for hver uge, om personen har været indlagt (punktet er mørkt) eller ej indlagt (punktet er ikke markeret/hvidt).

Figur 5.1: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med skizofreni. En prik indikerer en uge med indlæggelse.



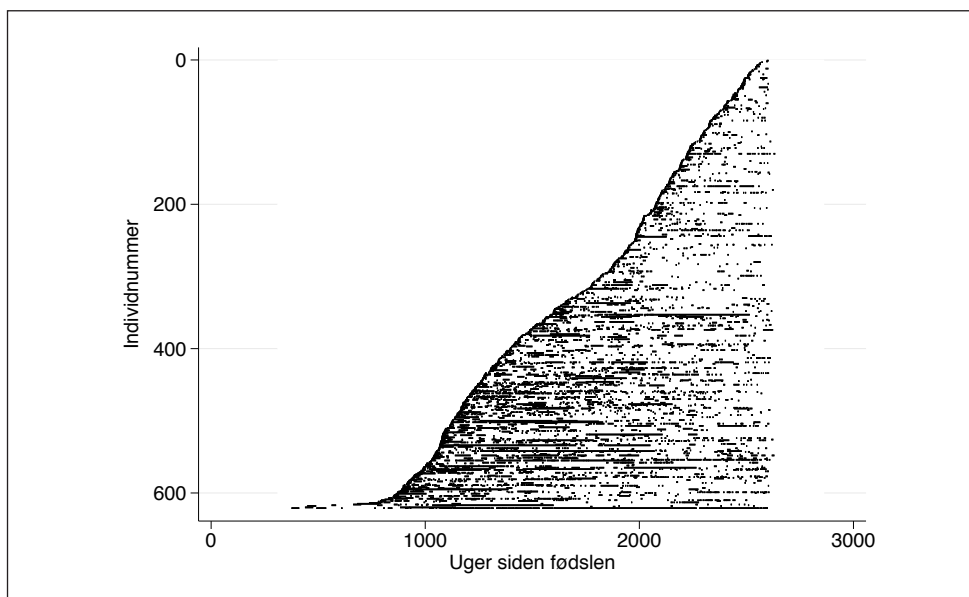
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Den tidligste indlæggelse for kvinder, som ses nederst i figur 5.1, begynder altså ved det 11. leveår (600 uger). Omkring det 37. leveår (1905 uger efter fødslen) er halvdelen af alle kvinder, der på et eller andet tidspunkt (inden de er 48 år) får stillet diagnosen skizofreni, blevet indlagt første gang. Da vi kun har data frem til 2010, udelukker analysen alle de personer, der bliver indlagt med en skizofrenilidelse, efter at de er fyldt 48 år. Anden forskning viser, at der er forskel på hvornår skizofreni indtræder for mænd og kvinder, hvor kvinder i gennemsnit bliver påvirket af sygdommen 4-5 år senere. Den gennemsnitlige alder for første tegn på symptomer er for mænd og kvinder henholdsvis 22,5 og 25,4. Den gennemsnitlige alder for første indlæggelse på et psykiatrisk hospital for mænd og kvinder er henholdsvis 28,2 og 32,2 (Häfner et al., 1998). Som nævnt viser grafen kun heldøgnskontakter til hospitalspsykiatrien. Det er muligt, at personer med en skizofrenidiagnose har fået stillet diagnosen og er blevet behandlet før, men blot ikke ved en indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Efter det 18. leveår (ca. efter 1000 uger) stiger andelen, der har været indlagt første gang, næsten proportionalt med tiden, dvs. at der lader ikke til at være bestemte tidspunkter i kvindernes livsforløb, hvor tendensen til at blive indlagt første gang er større end andre.

Kvinder, som har første kontakt til psykiatrien sent i deres liv, lader til at have færre heldøgnsindlæggelser senere i livet i forhold til kvinder, der indlægges tid-

ligere første gang. Dette ses ved, at indlæggelsesforløbene ligger mere spredt i toppen af figur 5.1. Dette indikerer, at svære tilfælde af skizofreni typisk giver anledning til indlæggelse tidligt i livet.

Figur 5.2: Sekvensplot for mænd født i 1962 med skizofreni. En prik indikerer en uge med indlæggelse



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

For mænd er den tidligste indlæggelse ved det 7. leveår²⁶ (377 uger efter fødslen), hvilket er betydelig tidligere end for kvinder – dog ses det, at det er meget få indlæggelser, der starter i en så tidlig alder (figur 5.2). Omkring det 34. leveår (1777 uger efter fødslen) er halvdelen af alle mænd blevet indlagt første gang, hvilket igen er tidligere end for kvinderne. Det er især mellem det 19. og det 38. leveår, at mænd har en større tendens til at blive indlagt i forhold til kvinder. Dette ses ved at sammenligne figur 5.1 og 5.2. I forhold til figur 5.1 er grafen i figur 5.2 rykket mod venstre mellem uge 1000 og uge 2000. Mænd, der på et eller andet tidspunkt får stillet en skizofrenidiagnose, møder altså hospitalspsykiatrien tidligere end kvinder, der på et eller andet tidspunkt får stillet en skizofrenidiagnose.

26 Bemærk, at det også først er fra det 7. leveår, vi kan se indlæggelser for denne kohorte fra 1962, da registreringen i DPCF først starter i 1969.

5.5 Sekvensplot inddelt efter sværhedsgrad

Plottene i figur 5.1 og 5.2 viser som nævnt alle indlæggelsesforløb blandt mænd og kvinder med skizofreni, der blev født i 1962, ordnet efter tidspunktet for deres indlæggelse. For at kunne vise nogle generelle karakteristika for grupper af personer, der har nogenlunde samme indlæggelsesforløb, har vi inddelt gruppen af mænd og kvinder i hver 4 grupper efter karakteren af individernes indlæggelsesforløb. Til det bruger vi det såkaldte Levenshtein-mål, som indikerer forskellen mellem indlæggelsesforløb. Det simpleste indlæggelsesforløb med det færreste antal uger med indlæggelse bruges som reference. Hvis vi fx angiver et forløb 10110, hvor 1-tallet på første plads indikerer, at personen var indlagt i første periode, og 0-tallet på anden plads angiver, at personen ikke var indlagt i anden periode osv., kan vi sammenligne fx forløbet 10110 med forløbet 11101. Levenshtein-målet mellem disse to sekvenser er 3, idet det kræver 3 ombytninger (markeret med fed) for at nå fra den ene sekvens til den anden:

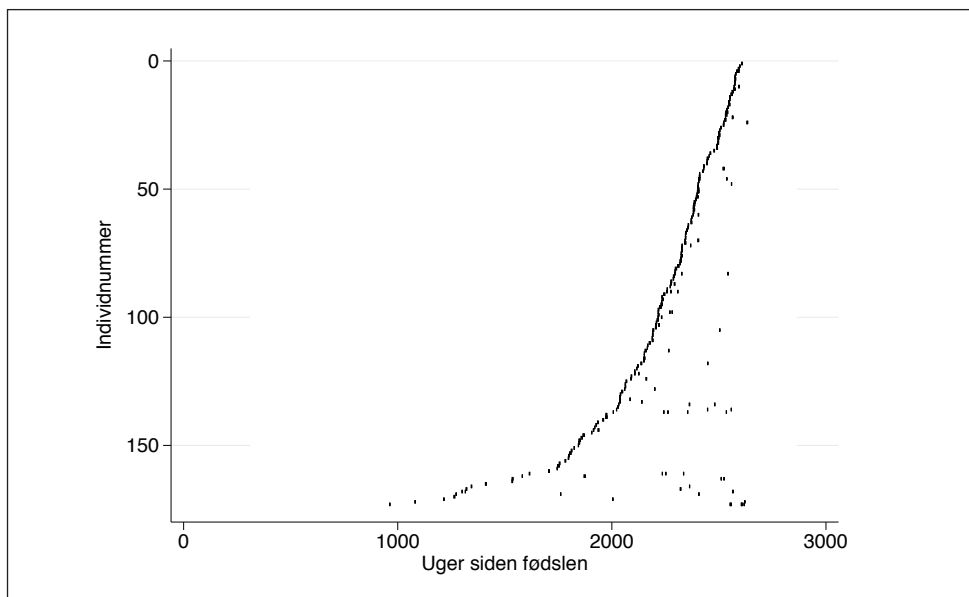
10110 - >
 1**1**110 - >
 111**0**0 - >
 1110**1**

Alle forløb får tildelt et Levenshtein-mål, og efter en rangering opdeles gruppen herefter i fire kvartiler for henholdsvis kvinder (figur 5.3-5.6) og mænd (figur 5.7-5.10). Første kvartil repræsenterer den fjerdedel af indlæggelsesforløbene med de laveste Levenshtein-mål – dvs. de simpleste indlæggelsesforløb – og fjerde kvartil repræsenterer den fjerdedel af indlæggelsesforløbene med de højeste Levenshtein-mål – dvs. de tungeste indlæggelsesforløb. Figurerne for de fire gruppers forløb skal læses på samme måde som figur 5.1 og 5.2. Ud af x-aksen har vi antallet af uger siden fødslen. Denne strækker sig fra en uge til 2548 uger (da vi har individer, der er født 1. januar 1962, og vi har oplysninger frem til 31. december 2010). Ud af y-aksen optræder personerne i hver deres gruppe, som de er blevet tildelt efter Levenshtein-målet²⁷. Figur 5.3 repræsenterer fx den fjerdedel af kvinder med en skizofrenidiagnose, der har de indlæggelsesforløb med færrest uger med indlæggelse. Bevæger vi os således ud af x-aksen, viser denne linje indlæggel-

27 I princippet beregnes inddelingen i kvartiler efter antallet af uger med indlæggelse. Men da der kan være to sekvenser, hvor den ene har 10 ugers indlæggelse i én sammenhængende blok, og hvor den anden har 10 usammenhængende uger benytter vi Levenshtein-målet sammen med en Needleman-Wunsch-algoritme til at fordele sekvenserne. Needleman-Wunsch-algoritmen sammenligner to sekvenser og tildeler point efter hvor mange karakterer der skal byttes ud og hvor mange karakterer der skal fjernes/indsættes for at få sekvenserne til at matche. Idet vores reference-sekvens er en sekvens med blot én uges indlæggelse, vil der således blive tildelt forskellige Levenshtein-mål til en sekvens, der har 10 ugers indlæggelse i én sammenhængende blok, og en sekvens der har 10 usammenhængende uger.

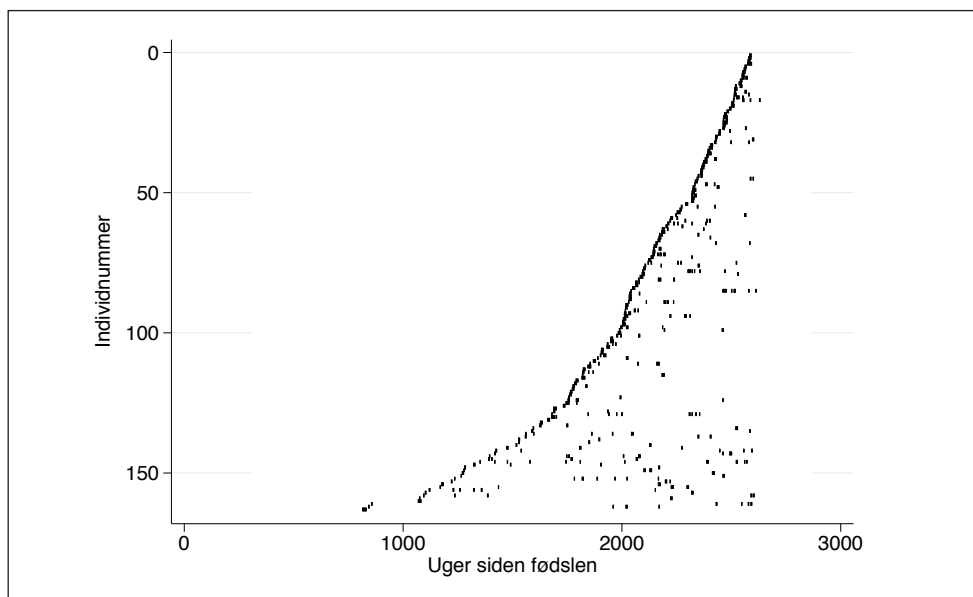
sesforløbet for hver person, hvor en mørk prik indikerer en indlæggelse. Fx bliver kvinden, der bliver repræsenteret af den nederste linje i figur 5.3, således indlagt første gang, da hun er omkring 19 år (1000 uger efter fødslen), og igen indlagt, da hun er ca. 48 år (2500 uger). Tilsvarende figurer opdelt efter Levenshteinmålet for personer med affektive lidelser er vist i bilag 5.1, figur B.5.3-B.5.10.

Figur 5.3: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 1. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

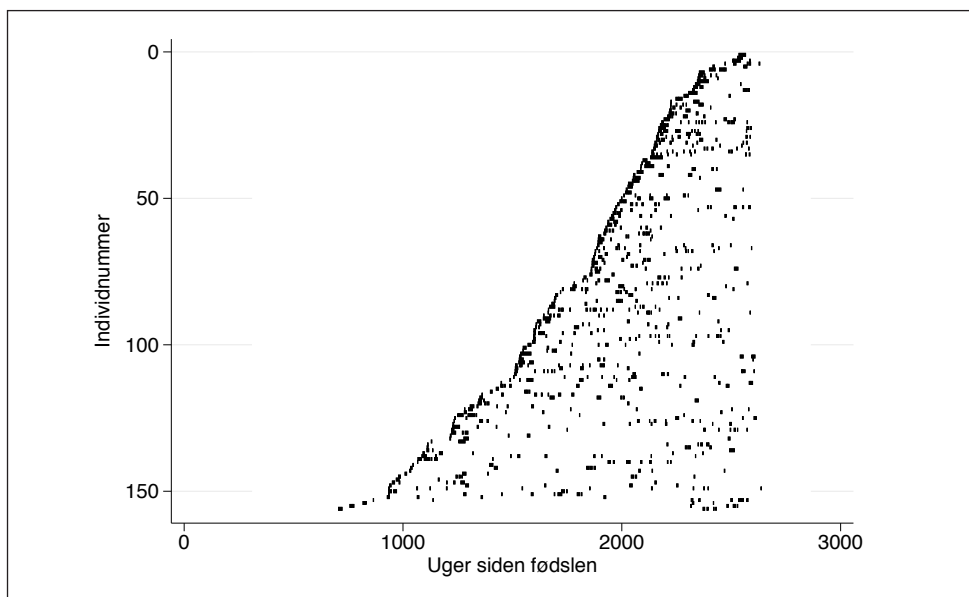
Figur 5.3 viser 1. kvartil af indlæggelsesforløbene, dvs. indlæggelsesforløbene med de laveste Levenshtein-mål, for kvinder. Indlæggelserne i den første kvartil er kendetegnet ved en relativt kort førstegangsindlæggelse evt. efterfulgt af enkelte og korte genindlæggelser. En stor del af kvinderne har kun én indlæggelse. Desuden ligger langt de fleste indlæggelser efter det 35. leveår (1800 uger). Her er altså tale om behandlinger af et ret begrænset omfang blandt kvinder under 35 år.

Figur 5.4: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 2. kvartil.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I forhold til 1. kvartil påbegyndes indlæggelsesforløbene tidligere blandt de kvinder, som falder i 2. kvartil, hvilket kan ses ved, at forløbene er rykket til venstre. Mønstret med en kort førstegangsinlæggelse og evt. opfølgende indlæggelse genfindes – dog med lidt længere førstegangsinlæggelser og flere opfølgende indlæggelser blandt kvinderne i 2. kvartil i forhold til kvinderne i 1. kvartil.

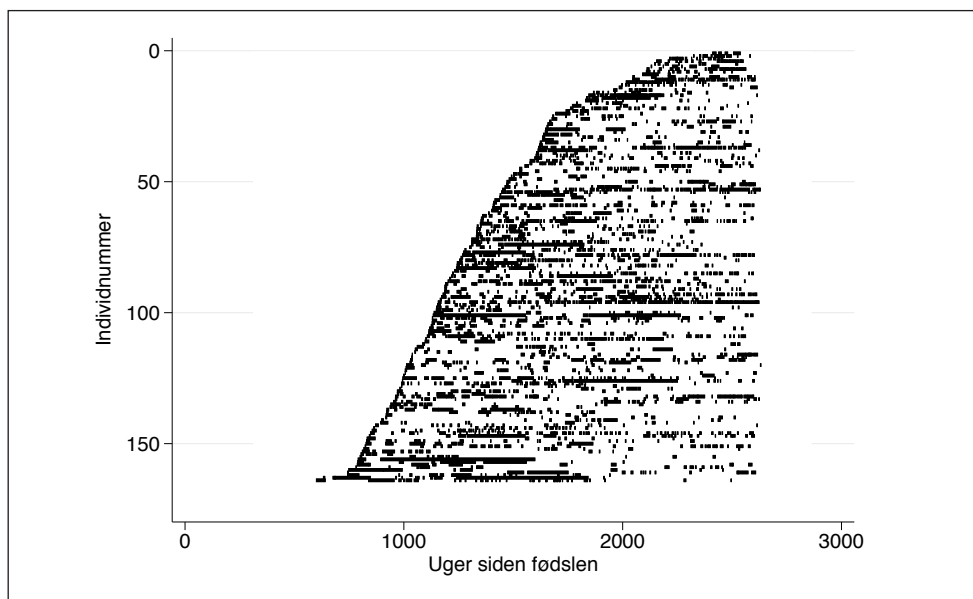
Figur 5.5: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 3. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Indlæggelsesmønstret for kvinderne i 3. kvartil er kendetegnet ved flere indlæggelser end for kvinderne i 2. kvartil (se figur 5.4 og 5.5). Desuden er der en tendens til, at hver indlæggelse for kvinderne i 3. kvartil varer længere – både førstegangsindlæggelser og de efterfølgende indlæggelser – i forhold til kvinderne i 1. og 2. kvartil. Omkring to tredjedele af kvinderne i 3. kvartil har været indlagt første gang inden det 38. leveår (uge 2000), mens det for kvinderne i 2. kvartil kun er omkring halvdelen.

Figur 5.6: Sekvensplot for kvinder i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 4. kvartil.

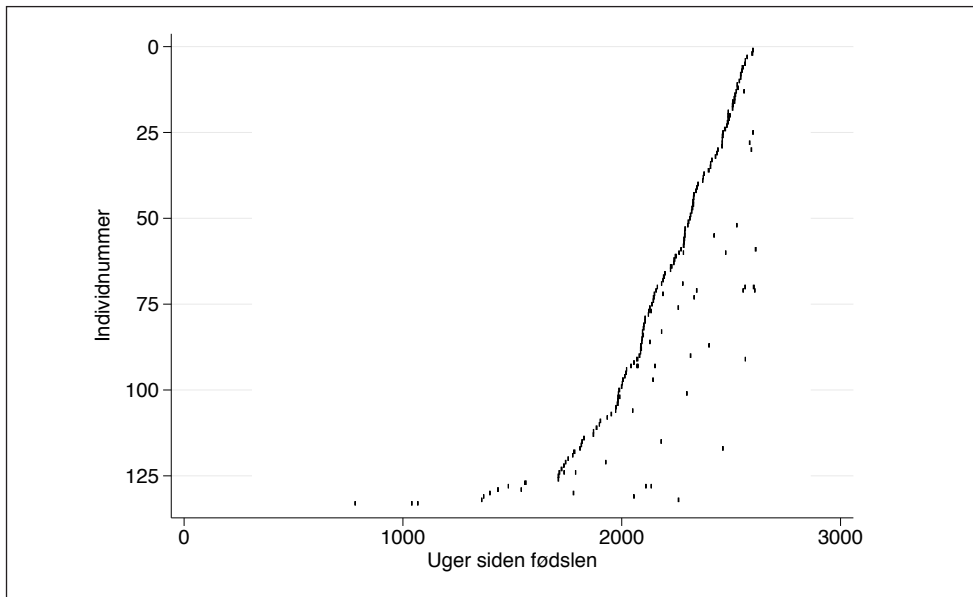


Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

For de kvinder, som indgår i 4. kvartil, gælder det, at deres indlæggelsesforløb er mange og lange. Stort set alle kvinderne i 4. kvartil har været indlagt første gang inden deres 35. leveår (1800 uger). Det er tydeligt, at 4. kvartil repræsenterer nogle svære sygdomsforløb med langvarige og hyppige indlæggelser.

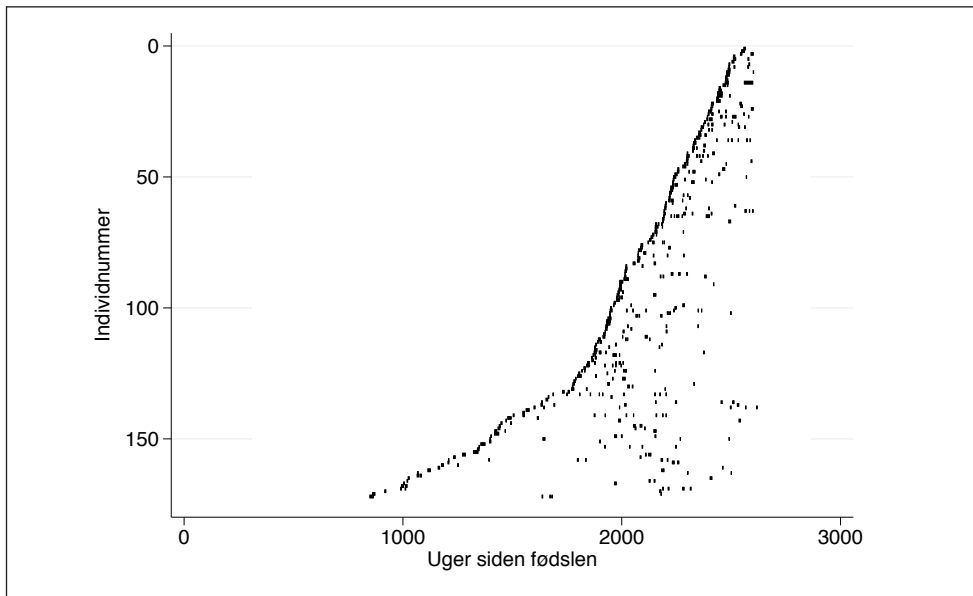
Første kvartil for mændene ligner 1. kvartil for kvinderne. Ligesom for kvinderne begynder størstedelen af indlæggelsesforløbene efter det 35. leveår (uge 1800). Der er relativt lidt kontakt til psykiatrien, da der kun er få og korte indlæggelsesforløb.

Figur 5.7: Sekvensplot for mænd født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 1. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

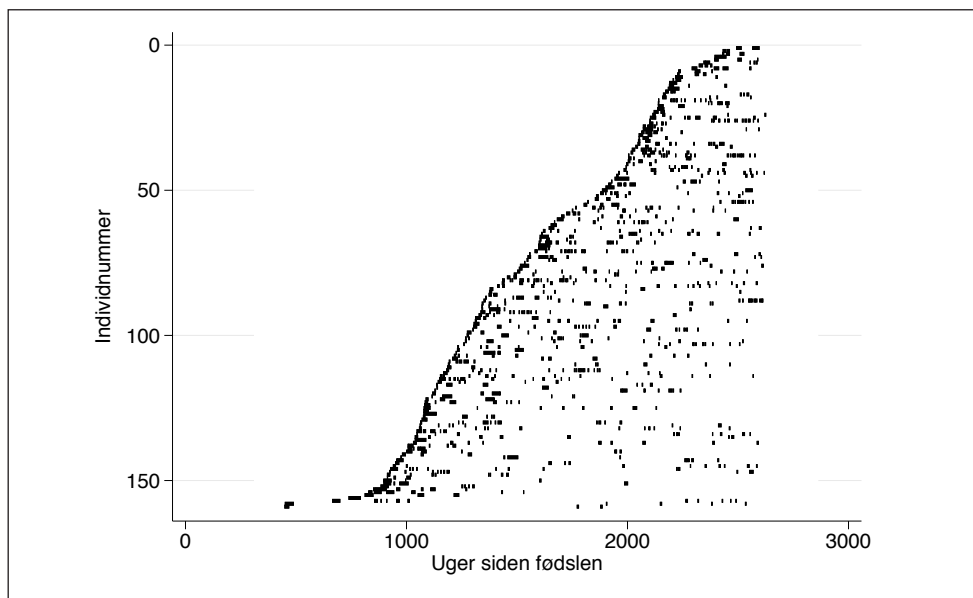
Figur 5.8: Sekvensplot for mænd født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 2. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Ligesom for kvinderne er der en tendens til tidligere førstegangsinlæggelse i 2. kvartil end i 1. kvartil for mænd. Desuden er der flere efterfølgende indlæggelser blandt mænd i 2. kvartil i forhold til mænd i 1. kvartil.

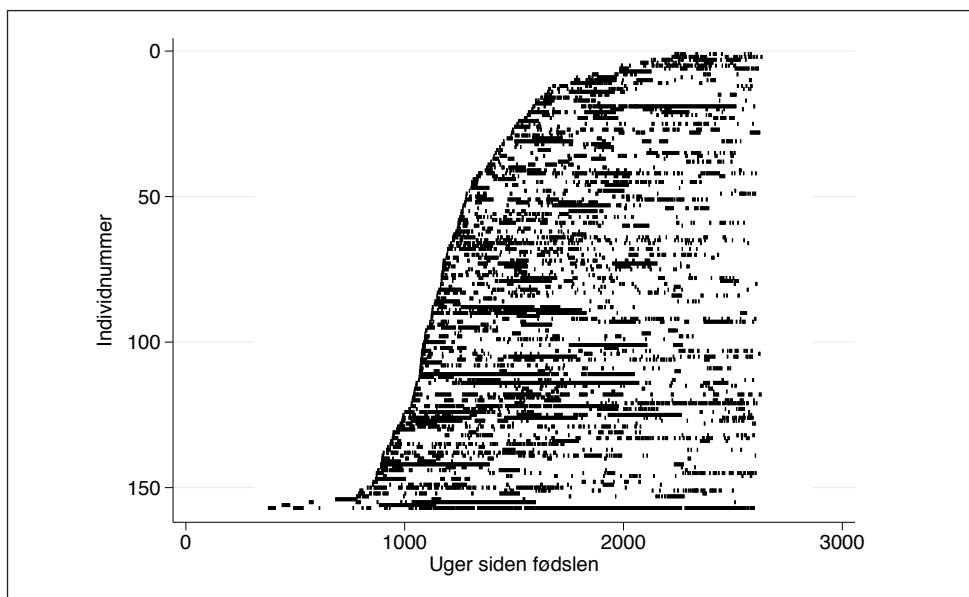
Figur 5.9: Sekvensplot for mænd født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 3. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Indlæggelsesmønstret for 3. kvartil for mænd er kendetegnet ved flere indlæggelser end for 2. kvartil for mænd (se figur 5.8 og 5.9). Desuden er der en tendens til, at indlæggelserne varer længere – både for førstegangsinlæggelserne og for de efterfølgende indlæggelser blandt mænd i 3. kvartil. Første indlæggelse ligger generelt tidligere for mænd i 3. kvartil end for kvinder i 3. kvartil. Kønsforskelle i udviklingen af skizofreni er velkendt fra andre studier (Häfner et al., 1998; Leung & Chue, 2000).

Figur 5.10: Sekvensplot for mænd født i 1962 med skizofreni, sorteret efter Levenshtein-mål, 4. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Blandt mænd i 4. kvartil er der ligesom hos kvinderne i 4. kvartil mange lange forløb, som tyder på, at mænd, der tilhører denne gruppe, har en meget svær psykisk lidelse. Sammenlignet med kvinder i 4. kvartil ligger førstegangsendlæggelse generelt lidt tidligere for mænd. Mere end halvdelen af alle mænd, der tilhører 4. kvartil, har været indlagt første gang ved det 22. år (ca. 1100 uger).

For forløbene for både mænd og kvinder i 1. og især i 2. kvartil gælder, at der ofte ligger en eller flere indlæggelser efter den første indlæggelse. I forhold til den definition af personer med meget svære sindslidelser, som vi bruger i kapitel 4, jf. Ruggeri et al. (2000), hvor kun personer med en ikke-organisk psykose, som har haft kontakt til psykiatrien i 2 år, indgår, kan vi se, at mange af de personer, der falder i de lettere kategorier – kvartil 1 og 2 – har forløb, der varer over 2 år, og dermed indgår i denne definition.

I bilag 5.1 er tilsvarende figurer for kvartilerne samlet og for 1.-4. kvartil vist for personer, der har været indlagt med affektive lidelser. Hvis vi ser på alle indlæggelsesforløbene samlet, så er der betydeligt færre indlæggelser blandt de mænd, der bliver indlagt tidligt i deres liv med affektive lidelser i forhold til skizofreni.

Det lader til, at kvinder med affektive lidelser, der falder i 1. og 2. kvartil har en tendens til at blive indlagt første gang tidligere end kvinder med skizofreni i 1. og 2. kvartil. Kvinder i 3. kvartil indlægges stort set efter samme mønster, når

de har affektive lidelser, i forhold til hvis de har skizofreni. I 4. kvartil er der en tendens til lidt senere førstegangsinlæggelser for kvinder med affektive lidelser i forhold til kvinder med skizofreni. Blandt mænd er indlæggelsesmønstret stort set ens for dem, der falder i 1. kvartil. Blandt mænd med affektive lidelser fra 2.-4. kvartil er første indlæggelse senere end blandt mænd i samme kvartiler med skizofreni. Blandt mænd med affektive lidelser fra 4. kvartil falder første indlæggelse betydeligt senere i forhold til mænd med skizofreni i denne kvartil.

5.6 Hvad karakteriserer personer med lette versus tunge indlæggelsesforløb?

I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvad der karakteriserer personer, som tilhører de forskellige kvartiler (figur 5.3-5.10). Vi har valgt kun at vise udvalgte karakteristika for sindslidende med skizofreni og affektive lidelser, som beskriver deres socioøkonomiske forhold og dødelighed. Derudover vil vi sammenligne de forskellige grupper af personer med forskellige behandlingsforløb med resten af den danske befolkning i samme køns- og aldersgruppe, som aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital.

Når vi betragter behandlingsforløbene, kan vi ikke umiddelbart sætte lighedstegn mellem mængden af behandling og sværhedsgraden af sygdommen. Der kan fx være personer med meget svære lidelser, som kun er indlagt i kortere perioder, enten fordi de ikke har et netværk, der observerer sygdommens sværhedsgrad, som kan guide personer med en svær lidelse til den rette behandling, eller netop fordi de har et stærkt netværk og derigennem modtager støtte og behandling, således at hospitalsindlæggelser undgås. Skizofreni og affektive lidelser er dog begge lidelser, der er så svære, at de ofte fører til en indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Vi forventer derfor, at mængden af behandling i høj grad er en indikator for sygdommens sværhedsgrad.

5.6.1 Kvinder

Tabel 5.2 viser en række karakteristika for kvinder, der blev født i 1962. Tabellen er opbygget således, at den viser andelen af personerne, der har begået kriminalitet, ikke har nogen uddannelse, er uden for arbejdsstyrken, er uden en partner eller er døde. Andelene er vist for de grupperinger, der er foretaget efter indlæggelsesforløbets sværhedsgrad, dvs. at når vi ser på personer med skizofreni, så indgår gruppen af personer, som var afbilledet i hver af figurerne 5.3-5.10, i hver deres kvartil. Samme opdeling er foretaget på de personer, som har en affektiv lidelse, og de socioøkonomiske karakteristika for opdelingen blandt personer med affektive lidelser er også vist i tabel 5.2. Der er udført test (t-test med

forskellig varians) for om andelene for kvartilerne er forskellige. Testene er udført således, at der hele tiden testes på forskellen til kvartilen lige under den aktuelle kvartil. Dvs., at fx for personer der tilhører 3. kvartil, er andelen af personer, der har begået kriminalitet, testet i forhold til andelen af personer, der har begået kriminalitet, der tilhører 2. kvartil.

Tabel 5.2. Andele, der har begået kriminalitet, er uden uddannelse, er uden for arbejdsstyrken, har lav indkomst, er single og er døde blandt kvinder født i 1962.

	Begået kriminalitet	Ingen uddannelse	Uden for arbejdsstyrken	Lav indkomst	Single	Død
Kvinder med en skizofrenilidelse ¹						
Kvartil						
1	0,22	0,36	0,43	0,45	0,47	0,02
2	0,15+	0,34	0,53+	0,48	0,54	0,05+
3	0,25*	0,44*	0,65*	0,52	0,66*	0,10
4	0,34	0,70*	0,91*	0,77*	0,77*	0,16
Kvinder med en affektiv lidelse						
1	0,19	0,39	0,41	0,47	0,44	0,01
2	0,14	0,27+	0,46	0,39	0,49	0,06*
3	0,26*	0,50*	0,60*	0,45	0,61*	0,13*
4	0,30	0,53	0,81*	0,64*	0,72*	0,14
Kvinder aldrig indlagt ²	0,07	0,31	0,17	0,21	0,29	0,02

Noter:

- 1) Kvinder med en skizofrenilidelse inkluderer alle kvinder, der er født i 1962, og som på et eller andet tidspunkt frem til 2010 har været heldøgnsindlagt på et psykiatrisk hospital og har fået stillet diagnosen skizofreni. Inddeling i kvartiler er foretaget i forhold til Levenshteinmålet, se afsnit 5.3.
- 2) Kvinder uden en indlæggelse inkluderer alle andre kvinder født i 1962 bosiddende i Danmark, som aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller i ambulant behandling. Andelene for samtlige variable for hver kvartil er testet med en t-test i forhold til kvartilen niveauet under. Andele, der afviger statistisk fra hinanden på 5 pct. og 10 pct., er markeret henholdsvis * og +. Antallet af observationer i 1., 2., 3., 4. kvartil for de skizofrene er 173, 164, 155 og 164. For kvinder med en affektiv lidelse er antallet af observationer 170, 179, 155 og 158, og antallet af observationer blandt kvinder uden indlæggelse er 33.098.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

En person har begået kriminalitet, hvis han eller hun i perioden mellem 1980-2010 har fået en afgørelse for en kriminel handling i henhold til Straffeloven. I tabel 5.2 er der en tendens til, at denne andel stiger for kvinder, jo højere kvartil de er i, uanset om de har en skizofren lidelse eller en affektiv lidelse. Dog er andelen lavere for 2. kvartil end for 1. kvartil blandt kvinder med skizofreni. Personerne i denne analyse er som tidligere nævnt 48 år i 2010. Samlet set er det mellem 14 og 34 pct. blandt kvinder med enten en skizofrenilidelse eller en affektiv lidelse, der har begået kriminalitet. Til sammenligning er det 7 pct. blandt aldrig indlagte kvinder.

Variablen "ingen uddannelse" er defineret ud fra den højest registrerede fuldførte uddannelse i 2010. Hvis man ikke har opnået en erhvervskompetencegivende uddannelse, defineres dette som ingen uddannelse. Igen er der en tendens til, at personer med de tunge indlæggelsesmønstre, dvs. personer i de højere kvartiler, i højere grad ikke har en uddannelse. Der er dog ikke forskel på andelen med ingen uddannelse blandt kvinderne i 1. og 2. kvartil blandt kvinder med skizofreni. Denne forskel er signifikant på 10 pct. og mindre for 2. kvartil i fht 1. kvartil blandt kvinder med affektiv lidelse. Mens der blandt kvinderne i 1. og 2. kvartil er omkring en tredjedel, der ikke har en uddannelse, er der henholdsvis 44 og 70 pct. blandt kvinderne med skizofreni i 3. og 4. kvartil, der ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse som 48-årige. Blandt kvinder med affektive lidelser er disse andele 50 og 53 pct. Til sammenligningen har 31 pct. blandt de aldrig indlagte kvinder ikke opnået en erhvervskompetencegivende uddannelse – altså ca. samme niveau som kvinderne i 1. og 2. kvartil.

Variablen "uden for arbejdsstyrken" er defineret ud fra den enkeltes arbejdsmarkedstilknytning i november 2009. Andelen, der står uden for arbejdsstyrken, stiger med sværhedsgraden af indlæggelsesforløbet. Den mest markante forskel sker fra 2. til 3. kvartil. Blandt kvinderne med skizofreni i 1. kvartil er 43 pct. uden for arbejdsstyrken, mens 91 pct. er uden for arbejdsstyrken blandt kvinderne i 4. kvartil. Blandt kvinder med en affektiv lidelse i 4. kvartil er 81 pct. uden for arbejdsstyrken. Til sammenligning er 17 pct. blandt kvinderne i den danske befolkning uden for arbejdsstyrken.

"Lav indkomst" er defineret som en bruttoindkomst i den laveste kvartil for indkomståret 2010 for alle kvinder født i 1962. Andelen af kvinder i første kvartil med en lav indkomst er 45-47 pct., hvilket ikke er signifikant forskelligt fra andelen for 2. og 3. kvartil. Blandt kvinderne i 4. kvartil er der en væsentlig større andel, der tilhører den laveste indkomstkvarartil, nemlig 77 og 64 pct. for kvinder med henholdsvis skizofreni og affektive lidelser. Til sammenligning er der 21 pct. blandt kvinder uden kontakt til psykiatrien, der tilhører den laveste indkomstkvarartil.

Andelen, der er single, er generelt højere blandt alle kvinder med en skizofrenilidelse eller en affektiv lidelse sammenlignet med kvinderne i resten af befolkningen, og andelen, der er single, stiger jo tungere indlæggelsesforløb, kvinderne har. Fx er andelen, der er single, 47, 54, 66 og 77 pct. for kvinder med skizofreni i henholdsvis 1., 2., 3. og 4. kvartil. Til sammenligning er 29 pct. blandt alle kvinder født i 1962 og uden en diagnosticeret psykiatrisk lidelse single.

Andelen af kvinder født i 1962, der er døde pr. 1.1.2010, er stort set ens, når vi sammenligner kvinder i befolkningen generelt med kvinderne i 1. kvartil – omkring 1-2 pct. Blandt kvinder i 2. kvartil er 5-6 pct. døde, mens andelen, der er døde, ligger væsentligt højere for kvinderne i 3. og 4. kvartil – på mellem 10 og 16 pct. Der er således en overdødelighed blandt kvinder med skizofreni og affektive lidelser, og denne overdødelighed findes særligt blandt de, som har de tungeste indlæggelsesforløb, mens den fjerdedel med de letteste indlæggelsesforløb stort set har samme dødelighed, som kvinderne i resten af befolkningen.

5.6.2 Mænd

Tabel 5.3 viser for mænd, der er født i 1962, tal for de samme karakteristika, som blev vist i tabel 5.2 for kvinder.

Andelen, der er registreret for kriminalitet, er væsentlig større blandt mænd med skizofreni eller affektive lidelser end blandt mænd generelt. Mens 26 pct. blandt mænd født i 1962 er registreret for at have begået en eller anden form for kriminalitet, er denne andel 48 og 44 pct. for mænd i den 1. kvartil for henholdsvis skizofreni og affektive lidelser. Stigning i andelen, der begår kriminalitet, er statistisk betydelig fra 3. til 4. kvartil. Blandt mænd i 4. kvartil, der er registreret for kriminalitet, er der 66 pct. blandt dem med en skizofrenilidelse og 56 pct. blandt dem med en affektiv lidelse.

Andelen uden uddannelse er lidt højere for mænd med skizofreni eller en affektiv lidelse i 1. kvartil end for mænd generelt i samme aldersgruppe. Andelen uden uddannelse stiger, når vi bevæger os op gennem kvartilerne. Således er andelen uden uddannelse 48 og 45 pct. for 1. kvartil blandt mænd med henholdsvis skizofreni og affektive lidelser, mens den er henholdsvis 82 og 66 pct. for 4. kvartil.

Andelen, der står uden for arbejdsmarkedet, stiger betydeligt med sværere indlæggelsesforløb. Blandt mænd i den 4. kvartil står stort set alle uden for arbejdsstyrken, nemlig 94 pct. blandt mænd med skizofreni og 85 pct. blandt mænd med affektive lidelser. Blandt mænd i 1. kvartil står 43 og 31 pct. med henholdsvis skizofreni og affektive lidelser uden for arbejdsstyrken. En svær sindslidelse med mange hospitalsbesøg gør det meget vanskeligt at opretholde tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Tabel 5.3. Andele, der har begået kriminalitet, er uden uddannelse, er udenfor arbejdsstyrken, har lav indkomst, er enlige og er døde blandt mænd født i 1962.

	Har begået kriminalitet	Ingen uddannelse	Uden for arbejdsstyrken	Lav indkomst	Single	Død
Mænd med en skizofrenilidelse ¹						
Kvartil						
1	0,48	0,48	0,43	0,46	0,62	0,10
2	0,53	0,59+	0,59*	0,55	0,63	0,19*
3	0,45	0,68+	0,81*	0,69*	0,84*	0,21
4	0,66*	0,82*	0,94*	0,75	0,97*	0,26
Mænd med en affektiv lidelse						
Kvartil						
1	0,44	0,45	0,31	0,40	0,55	0,08
2	0,46	0,46	0,52*	0,47	0,59	0,14
3	0,46	0,59*	0,64*	0,56	0,64	0,21
4	0,56	0,66	0,85*	0,78*	0,85*	0,16
Mænd aldrig indlagt ²	0,26	0,35	0,17	0,20	0,32	0,04

Noter:

- 1) Mænd med en skizofrenilidelse inkluderer alle mænd, der er født i 1962, og som på et eller andet tidspunkt frem til 2010 har været heldøgnsindlagt på et psykiatrisk hospital og har fået stillet diagnosen skizofreni. Inddeling i kvartiler er foretaget i forhold til Levenshteinmålet, se afsnit 5.3.
- 2) Mænd uden en indlæggelse inkluderer alle andre mænd født i 1962 bosiddende i Danmark, som aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien eller i ambulant behandling. Andelen for samtlige variabler for hver kvartil er testet med en t-test i forhold til kvartilen niveauet under. Andele, der afviger statistisk fra hinanden på 5 pct. og 10 pct., er markeret henholdsvis * og +. Antallet af observationer i 1., 2., 3., 4. kvartil er 162, 150, 154 og 155 for mænd med skizofreni. For mænd med affektive lidelser er det 125, 116, 118 og 114, og antallet af observationer blandt mænd uden indlæggelse er 34.635.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Andelen i lavindkomst-kvartilet er lavest for de lette indlæggelsesforløb og stiger op gennem kvartilerne fra 40 pct. i 1. kvartil til 78 pct. i 4. kvartil blandt mænd med affektive lidelser. Til sammenligning er 20 pct. blandt mænd i befolkningen i den laveste indkomstkvarartil. Der er kun en signifikant forskel mellem 2. og 3. kvartil blandt mænd med skizofreni og mellem 3. og 4. kvartil blandt mænd med affektive lidelser.

Andelen, der er single, er generelt højere blandt mænd, der har fået diagnosen skizofreni eller affektive lidelser i forhold til mænd, der aldrig har været indlagt. Ser vi på de mænd, der har fået en skizofreni eller affektiv diagnose, og er i 4. kvartil, er henholdsvis 97 pct. og 85 pct. single. Andelen, der er single, falder jo lettere indlæggelsesforløbene er, og der er stor forskel mellem mænd i 2. og 3. kvartil og mellem 3. og 4. kvartil. Der er dog en stor andel, nemlig henholdsvis 62 og 55 pct., blandt mænd i 1. kvartil med henholdsvis skizofreni og affektive lidelser, der er single. Til sammenligning er 32 pct. blandt mænd i resten af befolkningen single ved det 48. leveår.

Andelen, der er døde pr. 1.1.2010, blandt alle mænd, der er født i 1962, som aldrig har været indlagt, er 4 pct. I forhold til hele befolkningen er andelen, der er døde, betydeligt større blandt mænd med skizofreni eller affektive lidelser. Hvis vi ser på de letteste forløb i 1. kvartil, er der dobbelt så mange (henholdsvis 10 og 8 pct.), der er døde i forhold til mænd i befolkningen generelt. Fra 1. til 2. kvartil stiger andelen til næsten det dobbelte igen, dvs. 19 og 14 pct. for henholdsvis mænd med en skizofreni og mænd med affektive lidelser, og der ses igen en stigning fra 2. til 3. kvartil, om end denne ikke er statistisk signifikant. Blandt de mænd, der har de tungeste indlæggelsesforløb, dvs. dem, der er i 4. kvartil, er 26 og 16 pct. med henholdsvis skizofreni og affektive lidelser døde, inden de fylder 49 år.

5.7 Konklusion

I dette kapitel har vi set på indlæggelsestidspunkt og varighed af indlæggelsen for en gruppe af sindslidende, der på et eller andet tidspunkt i deres liv har fået stillet diagnosen skizofreni eller affektiv lidelse på et psykiatrisk hospital. Vi har fokuseret på en kohorte født i 1962, da vi dermed kan følge indlæggelsesforløbet fra første indlæggelse, indtil de er fyldt 48 år samtidig med, at vi kan tegne et billede af deres livsforhold, såsom civilstand, arbejdsmarkedsstatus og dødelighed, når de er fyldt 48 år.

Sekvensanalysen viste, at der er store forskelle på indlæggelsesforløbene blandt patienterne. En fjerdedel blandt både mænd og kvinder har kun meget få og korte indlæggelser, og denne gruppe bliver generelt indlagt relativt sent. Denne gruppe tilhører 1. kvartil i sekvensanalysens opdeling. Det er ikke muligt

med analyserne i dette kapitel at sige noget om årsagerne til, at personerne, der indgår i 1. kvartil, har relative lette indlæggelsesforløb. Men vi kan se, at i forhold til de øvrige kvartiler er det den gruppe, der mest ligner resten af befolkningen i samme køn- og aldersgruppe med hensyn til, om de fx bor alene, er døde eller har begået kriminalitet. Der er dog stadig betydelig forskel på gruppen med de lette forløb og resten af befolkningen, især for mænd. Blandt mænd i 1. kvartil er der cirka dobbelt så mange, der er single, i den laveste indkomstgruppe og som er døde i forhold til mænd i befolkningen, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Ser vi på de mænd med en skizofrenidiagnose med de sværeste indlæggelsesforløb tegner der sig en meget tung gruppe: 66 pct. har begået kriminalitet, 97 pct. er single, 82 pct. har ingen uddannelse, 94 pct. er uden for arbejdsmarkedet, 75 pct. er i den laveste indkomstkvartil, og 26 pct. er døde, inden de fylder 49 år. Når vi ser på sekvensplottet for denne gruppe, er det dog ikke underligt, at de socioøkonomiske tal er som beskrevet, da denne gruppe stort set er indlagt hele deres liv. Tallene for mænd med affektive lidelser tegner også et billede af en meget tung gruppe, som dog på alle karakteristika – undtagen indkomst – lader til at klare sig relativt bedre end den tungeste gruppe blandt mænd med skizofreni.

Sammenligner vi indlæggelsesforløbene for mænd og kvinder med skizofreni, lader det til, at især mænd med mange og lange forløb, dvs. mænd, som har de sværeste lidelser, generelt bliver indlagt tidligere end kvinder, der har mange og lange forløb. Disse kønsforskelle i udviklingen af skizofreni er også observeret i andre studier, og den generelt tidligere udvikling af skizofreni blandt mænd kan eventuelt forklare en del af de kønsforskelle, vi finder, når vi ser på fx civilstand og opnåelse af uddannelse for 3. og 4. kvartil. Der er dog også betydelig forskel på mænd og kvinder, når vi ser på 1. kvartil, hvor betydelig flere mænd end kvinder er single og ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse.

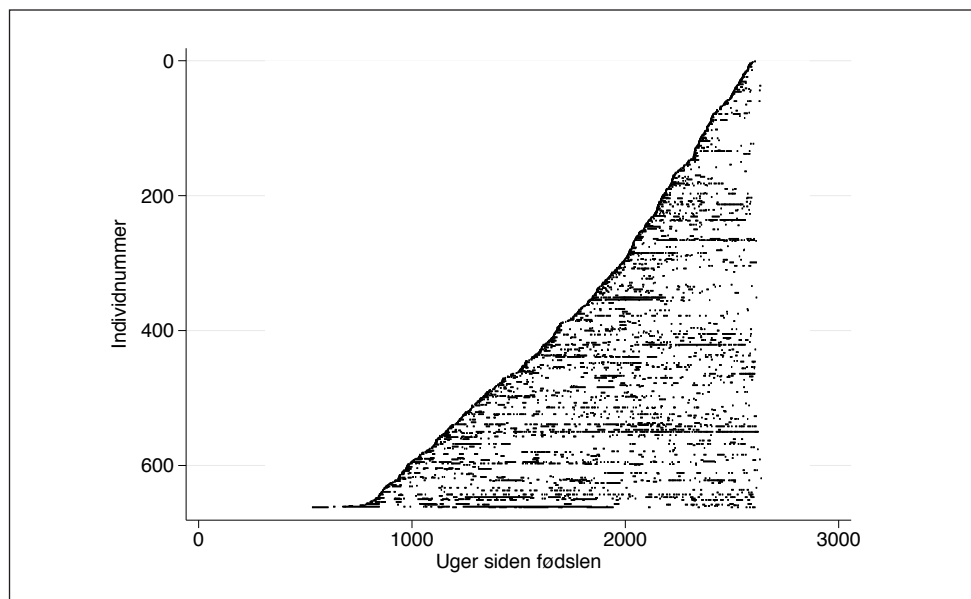
Samlet set gælder det at jo tungere behandlingsforløbet har været for mænd og kvinder med en skizofreni eller en affektiv lidelse, desto større sandsynlighed er der for at være single, begå kriminalitet, ikke at få færdiggjort en erhvervskompetencegivende uddannelse, stå uden for arbejdsmarkedet, tilhøre den laveste indkomstgruppe i samfundet og for at dø før det 49. år. Alle kvartiler har værre udfald end resten af befolkningen, men 3. kvartil og især 4. kvartil er hårdest ramt. Ser vi på andelen, der ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse, er der en relativ lille forskel på mænd og kvinder, der befinder sig i 1. kvartil, og til resten af befolkningen.

5.8 Litteratur

- Cantor-Graae, E. & Selten, J. (2005). "Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review". *American Journal of Psychiatry*, 2005, Vol. 162, p. 12-24
- Häfner, H., an der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W., Maurer, K., Munk-Jørgensen, P., Nowotny, B., Riecher-Rössler, A., & Stein, A. (1998). "Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia" *Schizophr Bull* (1998) 24(1): 99-113
- Kessing, L.V. (1998). "A comparison of ICD-8 and ICD-10 diagnoses of affective disorder – a case register study from Denmark". *European psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, Nov, 1998, Vol.13(7), p.342-5
- Leung, A. & Chue, P. (2000). "Sex differences in schizophrenia, a review of the literature" *Scandinavian. Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110, 401, pp 3–38
- Munk-Jørgensen, P. & Perto, G. (2000). "De farlige psykiatriske tal". 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard, København 2000
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of Psychiatry* 177: 149-155.

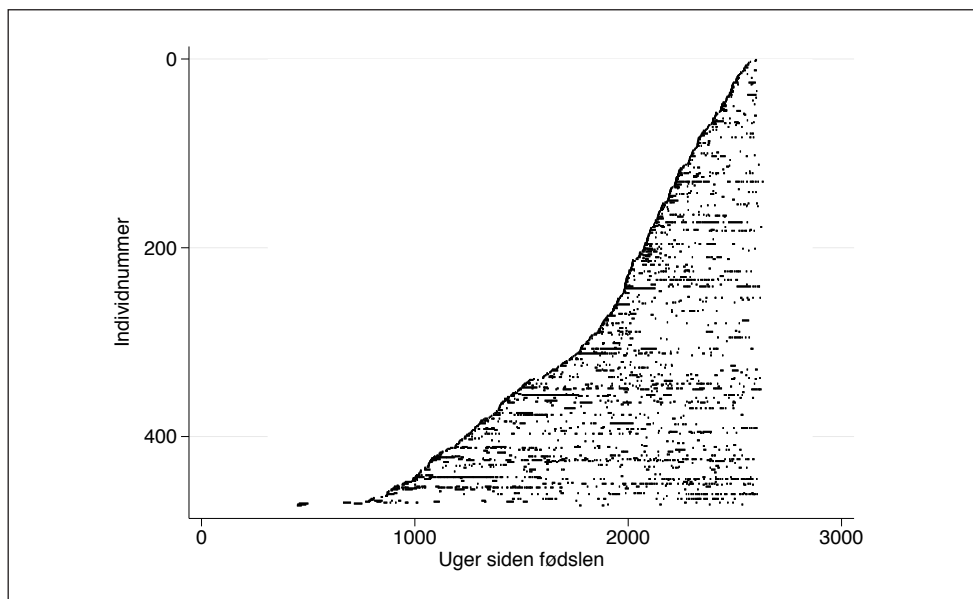
5.9 Bilag

Figur B.5.1: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med affektive lidelser. En mørk prik indikerer en uge med indlæggelse.



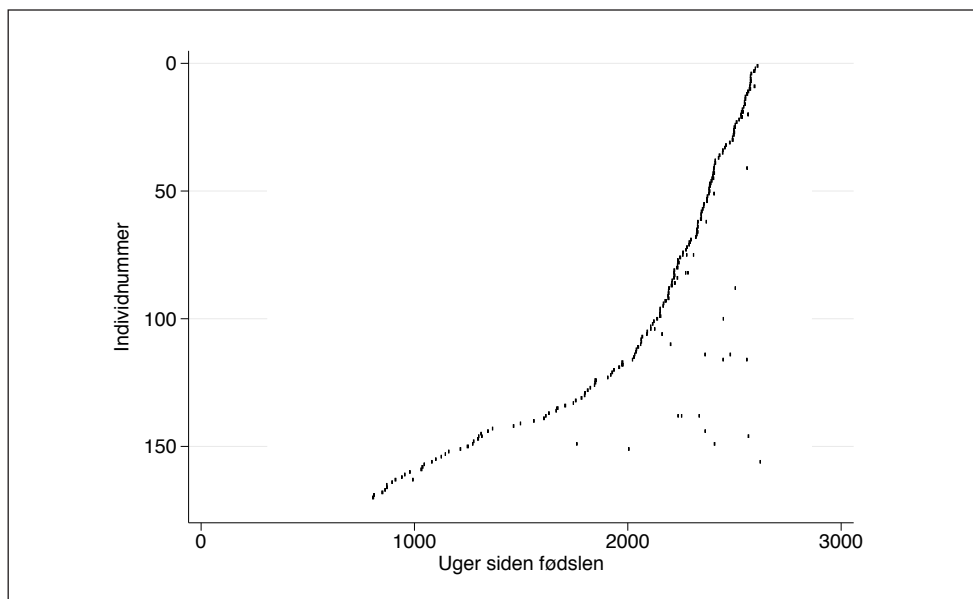
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.2: Sekvensplot for mænd født i 1962 med affektive lidelser. En mørk prik indikerer en uge med indlæggelse.



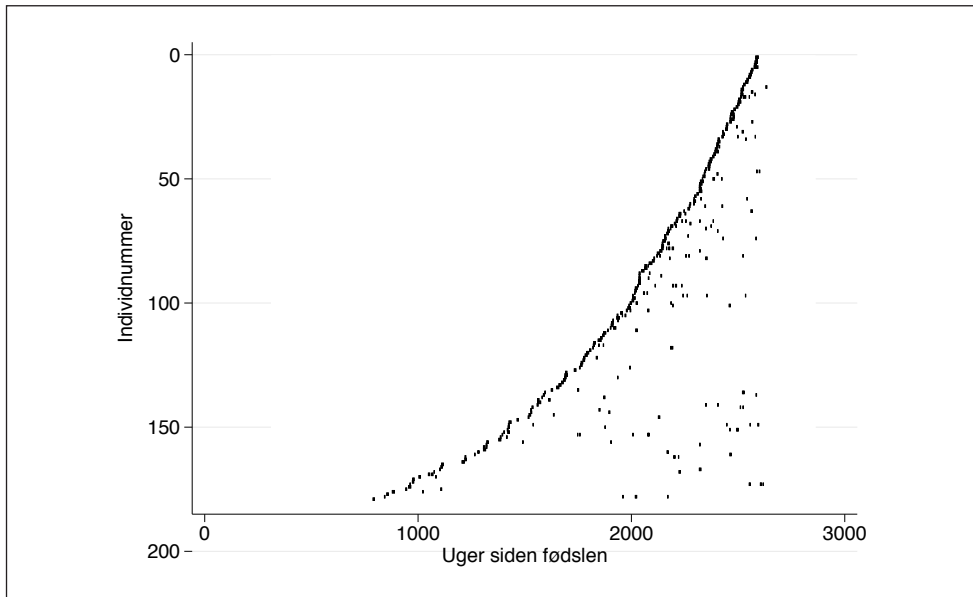
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.3: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 1. kvartil.



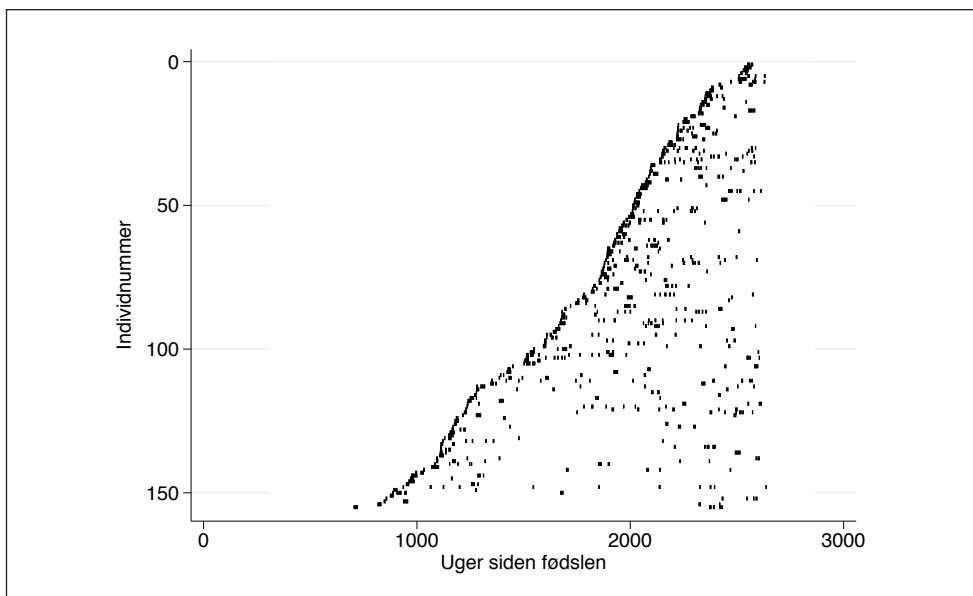
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.4: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 2. kvartil.



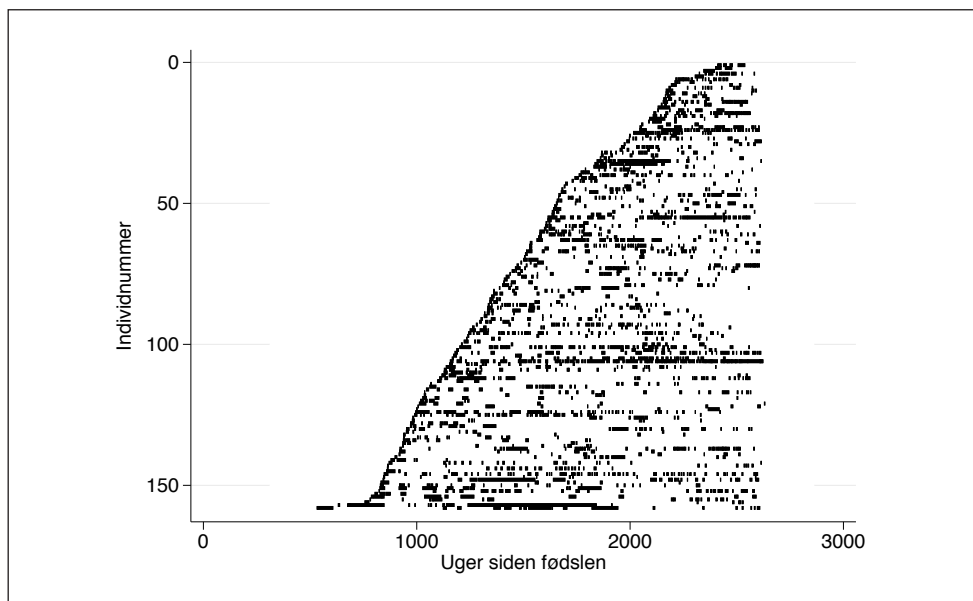
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.5: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 3. kvartil.



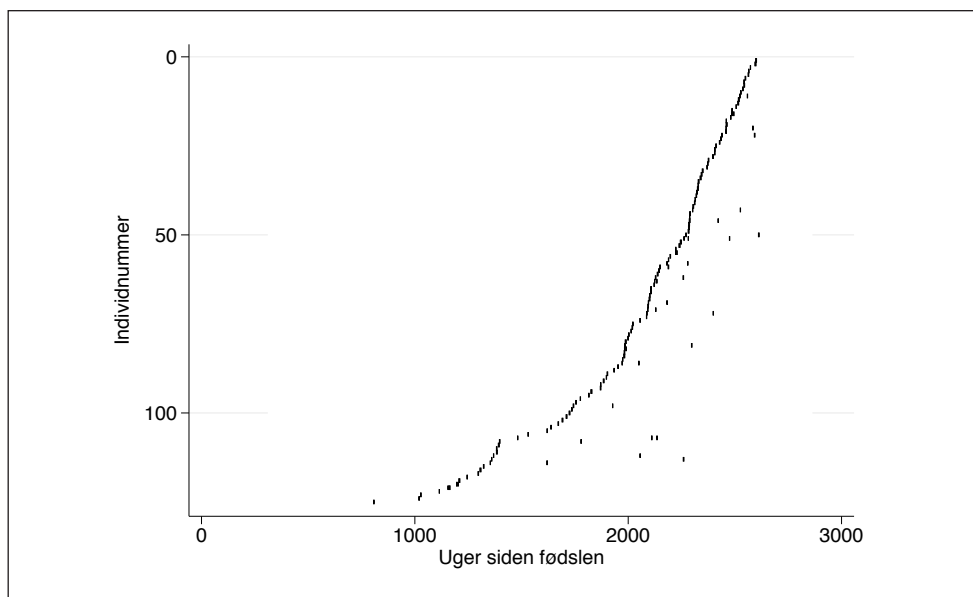
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.6: Sekvensplot for kvinder født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 4. kvartil.



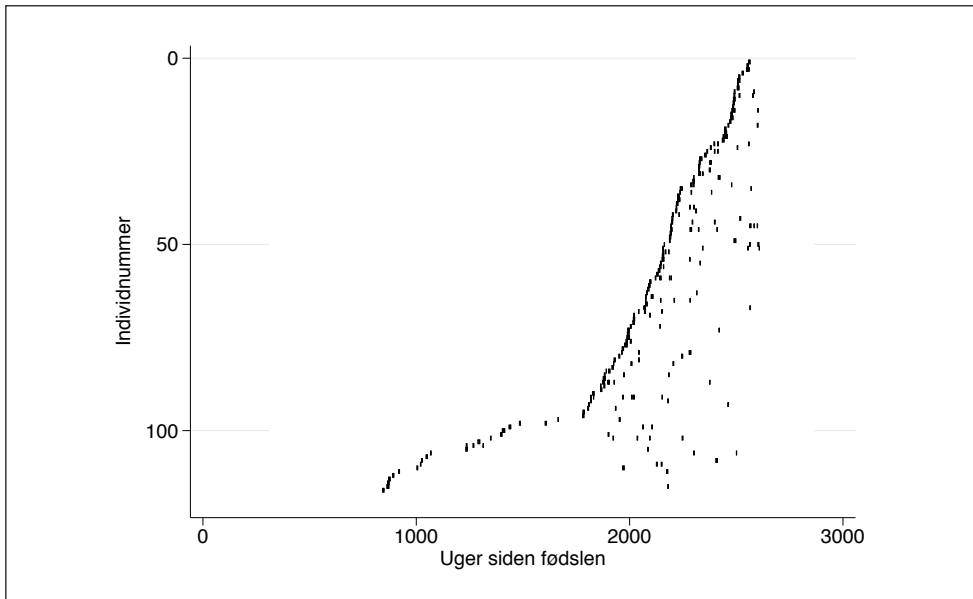
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.7: Sekvensplot for mænd født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 1. kvartil.



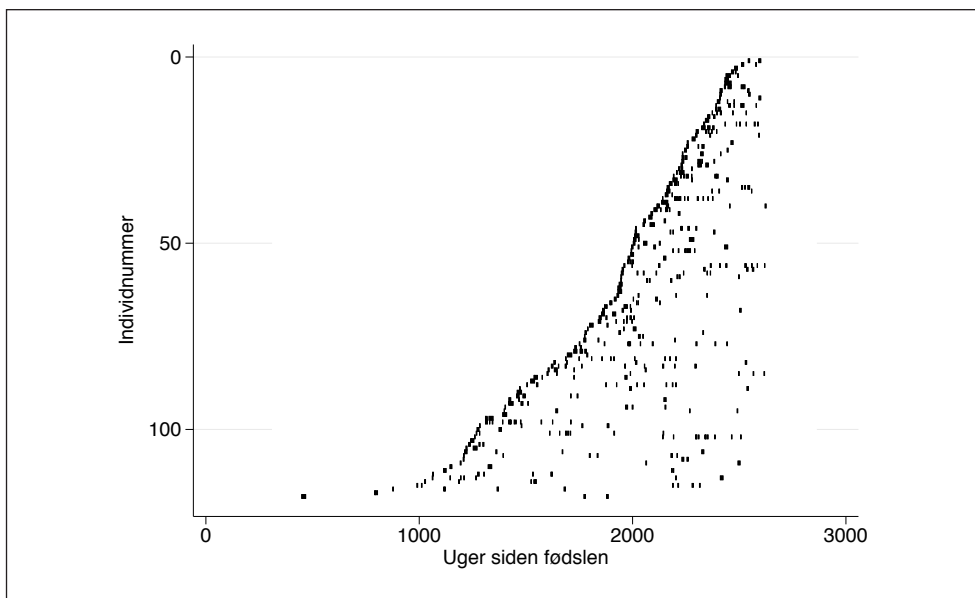
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.8: Sekvensplot for mænd født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 2. kvartil.



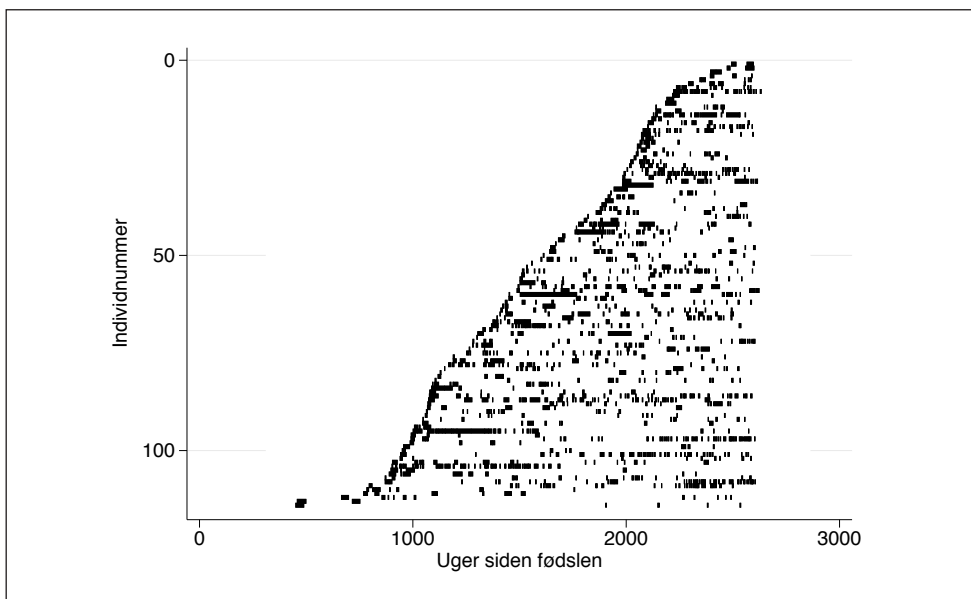
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.9: Sekvensplot for mænd født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 3. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Figur B.5.10: Sekvensplot for mænd født i 1962 med affektive lidelser, sorteret efter Levenshtein-mål, 4. kvartil.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

KAPITEL 6

Skizofreni og beskæftigelse

Af Jane Greve og Louise Herrup Nielsen

6.1 Introduktion

I dette kapitel sætter vi fokus på sammenhængen mellem sindslidelse og beskæftigelse. Det at være uden beskæftigelse er en social eksklusion, som mange sindslidende oplever, og som er en personlig omkostning. Derudover er det af samfundsøkonomisk betydning, at en stor del af personer med svære sindslidelser er uden beskæftigelse en stor del af deres liv.

Tallene i kapitel 4 viste, at der er betydelig forskel på personer, der har været indlagt med en svær sindslidelse, og resten af befolkningen, når vi ser på andelen, der er i beskæftigelse. Selvom langt de fleste sindslidelser påvirker beskæftigelsen negativt, varierer disse beskæftigelsesandele, afhængig af hvilken sindslidelse der er tale om. Vi har valgt at fokusere på personer med skizofreni i dette kapitel.

Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, som påvirker tanker og adfærd for den berørte person, og skizofreni er en kraftigt invaliderende sygdom, når den ikke behandles. Skizofreni påvirker kognitive funktioner, fx evnen til at huske og fungere socialt samt til at forstå og bearbejde information, der er vigtige i forhold til at være i beskæftigelse. Derudover er skizofreni kendetegnet ved, at sygdommen udvikler sig relativt tidligt i livet (Häfner et al., 1998).²⁸ Udviklingen i de psykiatriske behandlingsmetoder de sidste 15-20 år tyder dog på, at det er muligt for en del af dem, der oplever skizofreni, at vende tilbage til det liv, de havde før sygdommens indtræden. Et nyere forskningsforsøg blandt en gruppe unge mennesker med skizofreni har vist, at ca. halvdelen af de nyopdagede tilfælde med skizofreni kan være fri for symptomer efter 2 år, hvis de er under behandling, og af disse vil de 20 pct. være i stand til at deltage i arbejde eller uddannelse på samme niveau som før, de havde symptomer relateret til skizofreni (Nordentoft, 2009).

²⁸ Medicinsk litteratur har vist, at der er forskel på, hvornår sygdommen indtræder for mænd og kvinder, hvor kvinder i gennemsnit bliver påvirket af sygdommen 4-5 år senere. Den gennemsnitlige alder for første tegn på symptomer er for mænd og kvinder henholdsvis 22,5 og 25,4 år. Den gennemsnitlige alder for første indlæggelse på et psykiatrisk hospital for mænd og kvinder er henholdsvis 28,2 og 32,2 år (Häfner et al., 1998).

Selvom en betydelig andel af de mennesker, der har fået stillet diagnosen skizofreni, ikke er i stand til at arbejde, tyder disse nyere forskningsresultater altså på, at der er en andel blandt unge mennesker med skizofreni, der er under uddannelse og i beskæftigelse, eller der ønsker og kunne arbejde, hvis de fik et tilbud. Ikke overraskende viser studier, at en del blandt mennesker med skizofreni anser det at være i beskæftigelse eller uddannelse som en af de vigtigste faktorer i helbredelsesprocessen, og når arbejdet er defineret som et mål i helbredelsesprocessen, er det ofte et job på det ordinære arbejdsmarked, disse mennesker foretrækker frem for beskyttet beskæftigelse (Christensen & Nordentoft, 2011).

I de senere år er der sket en markant stigning i antallet af personer med en psykisk lidelse, som forlader arbejdsmarkedet med en førtidspension. Denne stigning i andelen af personer på en permanent offentlig ydelse, sammenholdt med at personer med sindslidelser ofte ønsker at indgå på arbejdsmarkedet i større eller mindre grad, antyder, at status quo også økonomisk er en dårlig forretning for samfundet. Der har da også de senere år været stigende fokus på at få personer med en sindslidelse involveret mere i samfundet, herunder i beskæftigelse. Senest blev der i 2011 startet en landskampagne "Én af os", der retter sig mod at afstigmatisere psykisk sygdom.

I dette kapitel beskriver vi udviklingen i beskæftigelsen 15 år før og 10 år efter den første registrerede behandling (indlagt på en psykiatrisk afdeling eller behandlet ambulant) for skizofreni. Yderligere beregner vi beskæftigelseseffekten af skizofreni. Når vi taler om at estimere en egentlig *effekt*, er det, fordi vi med forskellige metoder forsøger at afdække den kausale sammenhæng mellem det at have en skizofrenilidelse og det at være i beskæftigelse. Vi forsøger altså at komme lidt videre end til blot at vise en sammenhæng mellem sindslidelsen og det at være i beskæftigelse, sådan som det er gjort i kapitel 5.

Et centralt problem, når man ønsker at beregne den kausale effekt af en psykisk lidelse på sandsynligheden for at være i beskæftigelse, er, at mennesker med en sindslidelse kan have nogle – for os som forskere – ikke-observerbare eller svære målbare karakteristika, som også påvirker deres resultater på arbejdsmarkedet. Typisk kan disse karakteristika opdeles i personlige karakteristika, såsom selvværd, motivation og personlighed, og karakteristika, der er relateret til deres nære miljø, altså ikke-observerbare familiefaktorer, såsom en særlig problematisk opvækst (Coyne & Downey, 1991; Crook & Raskin, 1981; Mezulis et al., 2006). Til at estimere beskæftigelseseffekten af skizofreni vil vi i dette kapitel sammenligne mennesker med skizofreni med deres søskende. Derved slipper vi af med nogle af de ikke-observerbare faktorer, der kunne påvirke vores resultater, nemlig alle de ikke-observerbare familiefaktorer, der er ens mellem søskende. Metoden, vi benytter til at komme af med de ikke-observerbare familiefaktorer,

er den såkaldte søskende fixed effects metode. Metoden er beskrevet kort i afsnit 6.3. Denne metode kan desværre ikke hjælpe os med at eliminere effekten af ikke-observerbare individuelle faktorer. Men vores resultater repræsenterer en bedre tilnærmelse af effekten af skizofreni på sandsynligheden for at være i beskæftigelse end den blotte sammenhæng og viser noget om i hvor høj grad disse ikke-observerbare familiefaktorer (miljøet under opvæksten) påvirker sammenhængen mellem det at få stillet diagnosen skizofreni og det at være beskæftiget.

Ud over at se på effekten af at blive indlagt med skizofreni på sandsynligheden for beskæftigelse ser vi også på, hvad det betyder for beskæftigelsen at blive indlagt tidligt i livet i forhold til sent og på, hvad varigheden af indlæggelsen betyder for sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

6.2 Sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse

Det at have skizofreni kan på et givet tidspunkt påvirke sandsynligheden for at være beskæftiget på flere måder. For det første kan sygdommen i sig selv påvirke ønsket om at arbejde. Symptomerne ved skizofreni er bl.a. kendetegnet ved kognitive dysfunktioner, og netop disse problemer kan gøre det svært at opretholde en beskæftigelse. Derudover viser en kvalitativ analyse af livet blandt sindslidende, at der er mange forskellige holdninger til det at arbejde (Sørensen, 2012). Blandt nogle af de interviewede er deres arbejde en vigtig social relation, som gør livet med en sindslidelse lettere at leve. Andre med sindslidelser har accepteret, at de ikke kan varetage et arbejde pga. deres sindslidelse, og andre igen ønsker ikke at deltage på arbejdsmarkedet. Længere sygdomsperioder påvirker selvsagt også muligheden for at opretholde eller komme i beskæftigelse. Fravær fra beskæftigelse påvirker både udvikling af human kapital fx generel videreuddannelse, og den sociale kapital, såsom udvikling af sociale netværk, der giver større jobmuligheder.

Sandsynligheden for at være i beskæftigelse, når man har en skizofrenilidelse, kan også forklares af faktorer bestemt af arbejdsgiveren. I det enkelte arbejdsforhold, hvor der skal ansættes en person, kan der være forhold, der gør, at arbejdsgiveren hverken kan eller vil ansætte en person med en skizofreni. Enten fordi der skal tages nogle særlige hensyn til en person med denne sindslidelse – dvs. at der er nogle reelle omkostninger – eller fordi arbejdsgiveren forventer, at der vil være højere omkostninger forbundet med at ansætte en person med en skizofrenilidelse. I en kvalitativ undersøgelse karakteriserer interviewpersonerne skizofreni med ord som uheldelig, uansvarlighed, voldsom udadreagerende adfærd og kriminalitet, og undersøgelsen betegner skizofreni som en af de mest stigmatiserende sindslidelser (Jacobsen et al., 2010). Pga. disse karakteristika,

som lader til at være en generel opfattelse af personer med skizofreni, er det sandsynligt, at personer med skizofreni også kan opleve direkte diskrimination, hvis deres lidelse er kendt af arbejdsgiveren. Dette er tilfældet, hvis de ikke bliver vurderet på deres egne kvalifikationer og adfærd, men på det, som er typisk for personer med skizofreni.

I den internationale litteratur har der i de seneste år været stigende fokus på sammenhængen mellem psykiske problemer og socioøkonomiske faktorer såsom beskæftigelse og indkomst. I disse studier bliver psykiske problemer ofte angivet ved interviewpersonernes egen vurdering og rapportering af deres mentale helbred (fx på en skala fra 1, der indikerer "virkelig godt", til 5, der indikerer "meget dårligt"), via en række spørgsmål om bl.a. social funktion, psykisk betingede begrænsninger, og psykisk velbefindende (en hyppigt anvendt skala er den såkaldte SF-36) eller via fx interviews, hvori der benyttes internationale, anerkendte spørgeskemaer til at diagnosticere psykiske sygdomme (se fx Ettner, Frank & Kessler, 1997; Chatterji, Alegria & Takeuchi, 2011). Afhængig af hvordan mentalt helbred opgøres, og hvilke typer af sindslidelse der ses på, varierer resultaterne fra disse studier. Generelt viser resultaterne fra den internationale litteratur, at en psykisk sygdom forværrer den enkeltes beskæftigelsessituation. I Marwaha & Johnson (2004) gennemgås en række opgørelser over beskæftigelsesraten blandt personer med skizofreni. De forskellige studier viser store forskelle i beskæftigelsesraten mellem lande, bl.a. fordi der ikke er en entydig definition og afgrænsning af gruppen af personer med skizofreni.

I den eksisterende litteratur om sammenhænge mellem sindslidelse og beskæftigelse er der generelt enighed om, at den negative sammenhæng ikke kan fortolkes kausalt, forstået således, at mentalt helbred giver en dårligere beskæftigelsessituation. Udvikling af en sindslidelse sker ofte simultant med problemer på arbejdsmarkedet eller relateret til en situation uden for arbejdsmarkedet (Westergaard-Nielsen et al., 2004). En række ikke-observerbare egenskaber kan også meget vel forklare sammenhængen mellem sindslidelse og beskæftigelse. Det kan fx være evnen til at skabe og opretholde sociale kontakter og evnen til at overskue komplekse problemstillinger, faktorer, som netop er blandt de symptomer, der er relateret til skizofreni.

Sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse kan tænkes at variere for forskellige grupper af personer med skizofreni. Derfor ser vi i dette kapitel også på sammenhængen mellem henholdsvis alder ved og længde af første indlæggelse og beskæftigelse. En tidlig alder ved den første indlæggelse med skizofreni kan være et udtryk for, at lidelsen er alvorlig, hvilket kan have nogle negative konsekvenser for beskæftigelsen. Omvendt kan en tidlig opsporing og indlæggelse medvirke til, at lidelsen bliver behandlet hurtigere og bedre, hvilket sammen-

lignet med personer, hvor lidelsen opdages og behandles (for) sent, kan have en positiv effekt på beskæftigelsen. Varigheden af den første indlæggelse kan i nogle tilfælde afspejle alvorligheden af den skizofrene lidelse. Således vil vi forvente, at længerevarende indlæggelser har større negative konsekvenser for beskæftigelsen. Men patientens egen oplevelse af behov for behandling og strukturelle forhold i hospitalspsykiatrien kan også påvirke varigheden af første indlæggelse. Beskæftigelsesraten for forskellige grupper med skizofreni kan være interessant, når der skal målrettes tiltag mod personer med skizofreni. Derudover kan store forskelle i beskæftigelseseffekterne for de forskellige aldre og varigheder ved første indlæggelse indikere, at der er forskelle i beskæftigelseseffekten afhængig af behandlingen.

6.3 Beskrivelse af data

Til at analysere sammenhængen mellem det at få diagnosticeret skizofreni og beskæftigelse anvender vi data fra Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) koblet med andre registre fra Danmarks Statistik. DPCF indeholder information om alle patienter på de danske psykiatriske hospitaler, siden registreringen startede i 1969, da alle de psykiatriske hospitaler er offentlige. Derudover indeholder DPCF information om alle ambulante behandlinger fra 1995. Datamaterialet indeholder en kode for den enkelte behandling, dato for indlæggelse og udskrivning samt den psykiatriske diagnose. Registeret er beskrevet i detaljer i kapitel 8.

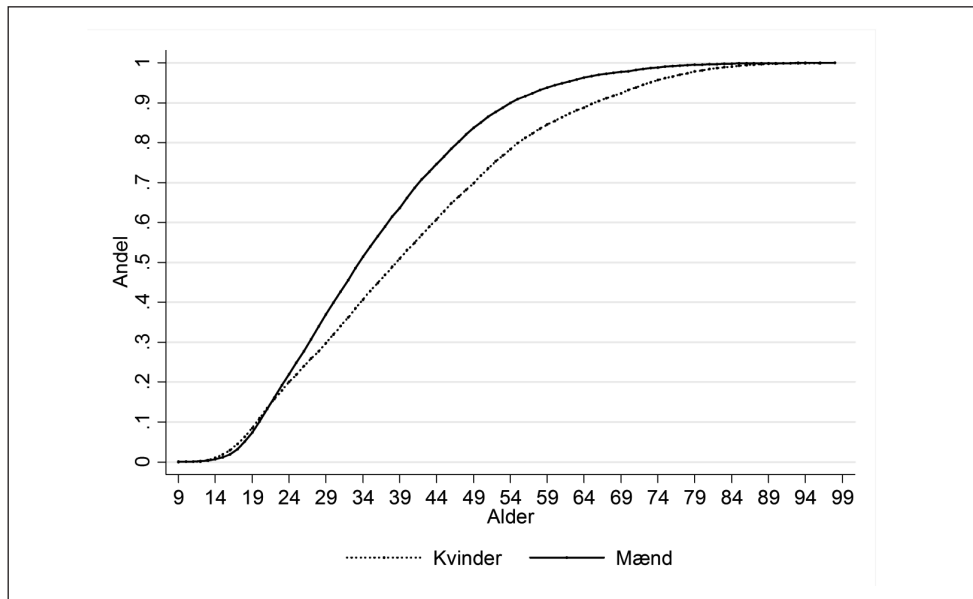
Vi udvælger en stikprøve bestående af alle personer i Danmark i 2007 i alderen 35-45 år, der har været indlagt på et psykiatrisk hospital eller fået ambulant behandling og er blevet diagnosticeret med skizofreni mindst én gang fra 1981 til 2007.²⁹ I alt har 6.526 personer været behandlet for skizofreni fra 1981 til 2007. Der kan være personer med skizofreni i den danske befolkning i alderen 35-45 år i 2007, som aldrig har været i kontakt med det psykiatriske system (hospitalspsykiatrien eller det ambulante behandlingssystem). Disse vil ikke fremgå i datamaterialet som personer med skizofreni. Der kan også være personer, som vil blive indlagt med skizofreni for første gang efter 2007. Disse personer vil heller ikke være inkluderet i vores data. Dog viser figur 6.1, at størstedelen af personer med en skizofrenidiagnose bliver behandlet på et psykiatrisk hospital eller ambulant, før de fylder 45 år. Potentielt kan der også være personer, som var indlagt med skizofreni første gang før 1981 og aldrig siden. Dette problem er dog lille, da

²⁹ Vi benytter først data fra 1981, da de tidlige registreringer anses for at være mindre nøjagtige (Munk-Jørgensen & Perto, 2000).

stikprøven i denne analyse var 9-19 år i 1981, og som det kan ses af figur 6.1 er der kun få personer, der indlægges med skizofreni før det 19. leveår.

Der kan også være en del, der bliver behandlet for skizofreni andre steder end på de psykiatriske hospitaler og i det ambulante behandlingssystem, eller som slet ikke bliver behandlet. I praksis indebærer en eventuel mangel på identifikation af personer med skizofreni, at der kan være personer i kontrolgruppen med skizofreni. Hvis de tilfælde af personer med skizofreni, som vi fanger i registrene, er de sværeste tilfælde, og kun de mildeste tilfælde forekommer i kontrolgruppen, er den forskel i beskæftigelsesraten for personer med og uden skizofreni, som vi finder frem til, en øvre grænse for forskellen i beskæftigelsesraten. Når de milde tilfælde ikke indgår i gruppen med skizofreni, trækker det den samlede beskæftigelsesgrad betydeligt ned i denne gruppe, som er relativ lille. De milde tilfælde med skizofreni, der indgår i befolkningen, udgør en så lille del af befolkningen, at de ikke påvirker den samlede beskæftigelsesgrad for befolkningen. Hvis sidstnævnte er tilfældet ville vi sandsynligvis få en mindre forskel i beskæftigelsesraten, hvis vi kunne observere alle, der har eller vil få skizofreni, når vi sammenligner personer med skizofreni med resten af befolkningen.

Figur 6.1: Kumuleret fordeling af alder ved første indlæggelse. Mænd og kvinder, 1994-2010.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Når vi vælger kun at se på dem, der er 35-45 år i 2007, indebærer det, at personerne har haft mulighed for at færdiggøre en uddannelse og finde fodfæste på arbejdsmarkedet (og endnu ikke er gået på pension). En aldersgrænse højere end 45 år ville føre til flere personer med skizofreni i kontrolgruppen, fordi deres første indlæggelse kunne være før år 1981.

Via Danmarks Statistiks kobling af familiemedlemmer har vi fundet information om søskende til de personer, der har skizofreni. Alle personer med skizofreni i alderen 35-45 år i 2007, der har en bror eller søster af samme køn med maksimalt fem års aldersforskel inden for aldersafgrænsningen på 35-45 år, og som har samme biologiske mor og far, udvælges til søskendestikprøven. Ydermere pålægges den restriktion, at de pågældende søskende aldrig må have været indlagt på et psykiatrisk hospital eller har været i ambulans behandling. Disse søskende refereres til som *søskende uden skizofreni*, selvom de sandsynligvis vil have nogle af symptomerne på skizofreni, uden at de nogensinde er blevet diagnosticeret med sygdommen.³⁰ Hvis flere søskende er af samme køn og med maksimalt fem års aldersforskel, så vælges den bror eller søster, der er tættest på personen med skizofreni i alder. Personer med skizofreni, som har en sådan søskende, kaldes i det følgende *personer med skizofreni med søskende*. Denne definition på søskendepar indebærer, at de to søskende i vidt omfang kan antages at have samme sociale og familiære baggrund. Derudover deles 50 pct. af den genetiske arvmasse mellem søskende (Plomis, 1986). Når der vælges søskende af samme køn, tages der højde for det faktum, at drenge og piger måske opdrages forskelligt. De personer med skizofreni, der ikke har en biologisk søskende af samme køn med en maksimal aldersforskel på 5 år, refereres i det følgende som *personer med skizofreni uden søskende*, selvom personerne godt kan have søskende, disse falder blot uden for den definition, vi har valgt for sammenlignelige søskende.

Den endelige søskendestikprøve består af 588 søskendepar, dvs. 1.176 personer, for hvilke der er komplette informationer om baggrundskarakteristika og arbejdsmarkedstilknytning for begge søskende. Denne stikprøve kalder vi for stikprøve (3). Vi definerer yderligere to stikprøver. Stikprøve (1) inkluderer alle 6.526 danskere med skizofreni i alderen 35-45 år og alle andre danskere i samme aldersgruppe, som aldrig har været i kontakt med psykiatrien. Stikprøve (2) inkluderer alle 6.526 danskere med skizofreni i alderen 35-45 år og de 588 søskende til personer med skizofreni, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien.

30 Medicinske studier har via hjerneskanninger fundet en betydeligt større forekomst af misdannelser i hjernen blandt søskende til patienter med skizofreni, som ikke havde observerede symptomer på skizofreni, i forhold til den andel, der findes i befolkningen (Harms et al., 2007).

Året for indlæggelsen for personer med skizofreni er det år, hvor personen bliver indlagt med skizofreni på et psykiatrisk hospital eller bliver behandlet ambulant for første gang. For at kunne sammenligne søskendeparrene i året for den første behandling, så finder vi det år, hvor den søskende uden skizofreni havde samme alder, som den søskende med skizofreni havde ved den første behandling for skizofreni. Ved at udvælge disse søskendepar kan vi sammenligne søskendepar med samme køn på tidspunkter, hvor de var lige gamle, og altså dermed burde have samme muligheder for at være i beskæftigelse, når vi kontrollerer for bl.a. deres uddannelse og erhvervs erfaring.

Vi måler sandsynligheden for at være beskæftiget i 2007, hvilket er det seneste år, vi ved datasamlingen havde oplysninger om arbejdsmarkedsstatus. At være beskæftiget i år 2007 betragter vi som et mål for, hvorvidt personer, der har været indlagt med skizofreni mindst én gang siden 1981, har haft succes med at komme i arbejde, efter at de har modtaget skizofrenidiagnosen. Mindre end 5 pct. af personerne med skizofreni udskrives fra den første behandling efter år 2005. Således ender de fleste personer mellem 35-45 år i 2007 med skizofreni deres behandling på et psykiatrisk hospital eller i det ambulante behandlingssystem for år 2007, og har således haft tid til at komme i beskæftigelse efter indlæggelsen, inden vi måler deres beskæftigelsesstatus i 2007.

Vi kategoriserer en person som værende i beskæftigelse, hvis han eller hun enten var lønmodtager, selvstændig eller medarbejdende ægtefælle mindst én time sidste uge i november 2007. Alle personer, der ikke falder i denne kategori, såsom arbejdsløse og andre ikke-beskæftigede personer, definerer vi som værende uden beskæftigelse.

En række andre faktorer kan forklare noget af sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. I vores regressioner inkluderer vi således information for hvert individ om alder i 2007, køn, etnicitet, placering i søskendeflokken. En person, der har en søskende med skizofreni, kan tænkes at blive påvirket forskelligt af at have en syg bror eller søster, alt efter om han eller hun er den yngste eller den ældste af de to. Da søskende uden skizofreni anvendes som sammenligningsgruppe til personerne med skizofreni, så tager vi også højde for, om personen er den ældste i søskendeparret. Der defineres yderligere en variabel, der indikerer de personer, der ikke har en biologisk søskende i kategorien af søskende af samme køn med maksimalt 5 års aldersforskel.

Derudover inkluderer vi information om civilstand, børn, uddannelsesstatus og bopælsområde i året for den første indlæggelse, samt om personerne er registreret for kriminalitet,³¹ fra 1981 frem til 2007. Da erfaring på arbejdsmarkedet er en

31 Registreret kriminalitet relateret til færdsel er ikke medtaget.

vigtig faktor i forhold til at få et job, inkluderer vi også antal års erhvervs erfaring frem til den første behandling/udvælgelse. Endvidere tager vi højde for, at personerne har haft forskellig tid til at finde arbejde fra deres første indlæggelse og frem til 2007.

I næste afsnit vil vi kort beskrive den statistiske metode til at beregne sandsynligheden for at være i beskæftigelse, hvis man på et eller andet tidspunkt har fået stillet diagnosen skizofreni. Da datasættet, som vi benytter til at beregne en mere nøjagtig beskæftigelseseffekt – hvor vi kan tage højde for nogle ikke-observerbare familiefaktorer, såsom en belastet barndom – kun består af de skizofrene personer med søskende og deres søskende, der aldrig har været i kontakt med psykiatrien, vil denne beskæftigelseseffekt blive beregnet på et datasæt som ikke repræsenterer hele befolkningen. Personer med skizofreni og med søskende afviger på en række observerbare karakteristika fra gruppen af alle personer med skizofreni. I tabel B.6.1, afsnit 6.9, har vi testet forskellen mellem disse to grupper af personer med skizofreni tillige med forskellen mellem søskendeparrene – søskende med og uden skizofreni. Søskende med og uden skizofreni afviger fra hinanden på alle karakteristika undtagen for etnicitet og køn, hvor de per definition ikke kan være forskellige. Ligeledes finder vi, at søskende til personer med skizofreni afskiller sig fra den resterende del af den aldrig-indlagte befolkning. Forskellen mellem disse to grupper er testet i tabel B.6.2. At disse grupper afviger fra hinanden – og at gruppen af søskende med og uden skizofreni dermed afviger fra hele befolkningen, er ikke et problem for vores resultater som sådan, men det er vigtigt, at dette forbehold tages, når disse fortolkes. Faktisk ville vi forvente, at familier med flere børn afviger fra familier med kun et barn på en række observerbare karakteristika. Gennemsnit og standardafvigelse for samtlige af de variabler, der er inkluderet, er vist for stikprøve (2) og (3) i tabel B.6.3.

6.4 Metode

Når sandsynligheden for at være i beskæftigelse skal undersøges, så tager vi højde for, at personer med og uden skizofreni kan adskille sig med hensyn til andre faktorer end selve sygdommen. De karakteristika, som vi kan observere, er bl.a. personernes alder, om personen er den førstefødte i familien, civilstand, bopælsområde, erfaring på arbejdsmarkedet og uddannelsesforhold, om personen har børn og om personen er dømt for kriminelle forhold. Det at være beskæftiget kan altså forklares med en række observerbare karakteristika, ud over om personen har fået diagnosticeret skizofreni eller ej.

To personer med fx forskellig uddannelse vil have forskellige kvalifikationer, der giver forskellige sandsynligheder for at være beskæftiget. Da personer med

skizofreni ofte har mindre uddannelse, kan dette faktum bl.a. forklare forskellen i beskæftigelsen mellem personer med og uden skizofreni i 2007. Det kan derfor være vigtigt at kontrollere for fx uddannelse, når vi estimerer sandsynligheden for at være i beskæftigelse. Men hvis den lavere opnåede uddannelse (og mindre beskæftigelse i tidligere perioder, også før den første indlæggelse) skyldes skizofreni, vil vi få en undervurdering af den direkte kausale effekt, når vi estimerer effekten af skizofreni på beskæftigelse og kontrollerer for uddannelse. Derfor er det også vigtigt at vise beskæftigelseseffekten af skizofreni, uden at vi inkluderer alle de variabler, hvor vi forventer at sygdommen kan påvirke, hvad personen har opnået i løbet af livet, dvs. forhold til familie, uddannelse og erhvervs erfaring.

Vores søskendepar er udvalgt til at have samme forældre³² og samme etnicitet, ligesom de er udvalgt til at have samme køn. Derfor vil vi i regressionerne, hvor vi sammenligner søskende, ikke kontrollere for disse faktorer. Alder, og om man er den førstefødte i søskendeflokken, og hvor man placeres i søskendeflokken i forhold til den relevante søskende, er faktorer, som vi kontrollerer for, og som vi antager ikke påvirkes af skizofreni.

En del af sandsynligheden for at være i beskæftigelse kan ikke forklares med alt det, vi kan observere, og er dermed ukendte faktorer for os som forskere. Af ikke observerede forhold, der kan påvirke beskæftigelse, kan der være nogle genetiske forhold. Det kan tænkes, at en særlig genetik, som ikke kan observeres, spiller en rolle for det at være i beskæftigelse. Derudover kan den enkelte person have nogle særlige karakteristika, som kan være vigtige i forhold til at være i beskæftigelse. Det kan fx være personens evner til at forstå større sammenhæng, eller indlede social kontakt. Desuden kan der være forskellige faktorer i personernes opvækst relateret til social baggrund, såsom nabolag og ressourcer, eller sociale problemer i familien, der både påvirker udvikling af skizofreni og beskæftigelsen. Forskellige forhold i den sociale baggrund relateret til opvæksten og forskellige familiefaktorer har vi ikke oplysninger om i registrene, og de er derfor ikke-observerbare.

Det kan være et problem, at vi ikke kan observere faktorer som fx sociale problemer i barndommen, hvis disse forhold er relateret til udviklingen af skizofreni og samtidig påvirker tilknytningen til arbejdsmarkedet senere i livet. Så vil sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse til dels vise en sammenhæng mellem en problematisk barndom og den senere beskæftigelse. I denne analyse har vi informationer om søskendepar. Et søskendepar med samme biologiske forældre af samme køn og med mindre end 5 års aldersforskel er i høj grad opvokset i det samme sociale miljø, de er opvokset i det samme geografiske område

32 Dette er de registrerede forældre. For moderen ved vi, at hun har født barnet, og dermed, at hun er den biologiske moder. For faderen ved vi ikke med sikkerhed, om det er den biologiske fader, der er registreret som fader.

og har haft de samme ressourcer i opvæksten, såsom forældrenes uddannelse og indkomst.³³ Søskenepar vil også i stort omfang være eksponeret for de samme “tilfældige chok”, fx traumatiske oplevelser, tilfælde med alvorlig sygdom eller dødsfald i den nære familie eller en skilsmisse hos forældrene. Derudover deler søskenepar i gennemsnit 50 pct. af deres arvemasse.

Ved at benytte søskenepar kan vi fjerne alt det, der er ens for de to søskende, både det, som vi kan observere, og det, som vi ikke kan observere. Derved kan vi tage højde for de særlige familiespecifikke faktorer, som ikke er observerbare, men som kan have indflydelse på, både om man udvikler skizofreni, og om man er i arbejde. Denne metode, som tager højde for alle de familieforhold, der er ens for de to søskende, og som vi ikke direkte kan observere, kaldes søskende fixed effects.

Selvom vi beregner sandsynligheden for at være i beskæftigelse, som er en binær variabel, har vi valgt at benytte Ordinary Least Square (OLS)-metoden til at beregne sandsynligheden for at være i beskæftigelse.³⁴

6.5 Resultater

Da skizofreni er en alvorlig sygdom, der normalt udvikler sig over en periode, kan personer med skizofreni adskille sig fra deres søskende med hensyn til deres beskæftigelsesmæssige status mange år før deres første behandling på et psykiatrisk hospital eller i det ambulante behandlingssystem. I det første afsnit nedenfor har vi anskueliggjort dette med en figur, der viser udviklingen i beskæftigelsesgraden 15 år før og 10 år efter den første behandling, hvor diagnosen skizofreni bliver stillet. Derefter beregner vi beskæftigelseseffekten af at have fået diagnosticeret skizofreni.

6.5.1 Udviklingen i beskæftigelse 15 år før og 10 år efter første behandling

Ser vi på alle personer med skizofreni med søskende, kan vi se at de i gennemsnit begynder at opføre sig anderledes – når vi ser på beskæftigelse – end deres søskende, der ikke har diagnosticeret skizofreni, længe før de rent faktisk bliver behandlet for skizofreni for første gang. Figur 6.2 viser, at beskæftigelsesfrekvensen

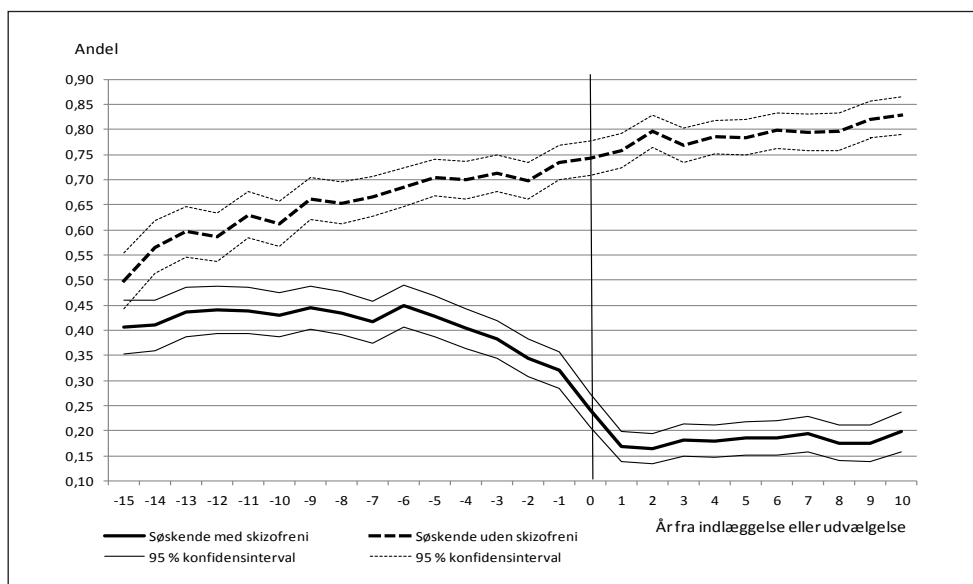
33 Da der kan være op til 5 års forskel på de søskende, der indgår i vores datasæt, kan der være sket ændringer i forældrenes uddannelsesmæssige og indkomstmæssige baggrund fra det ene barns opvækst til det andet. Mht. uddannelse sker der dog sandsynligvis ikke de store ændringer, da det er en lille del af befolkningen, der tager en højere uddannelse i deres voksenliv. Mht. forældrenes indkomstforhold kan disse ændres betydeligt, men sandsynligvis vil der for størstedelen kun være mindre ændringer, i forhold til hvor i befolkningens indkomstfordeling forældrene befinder sig under det ene og det andet barns opvækst.

34 Vi har også beregnet beskæftigelseseffekten med en ikke-lineær sandsynlighedsmodel, LOGIT, og sammenlignet forskellen i resultaterne ved brug af OLS og LOGIT. Når vi i dette kapitel har valgt kun at præsentere resultaterne fra OLS, er det, fordi resultaterne fra de to estimationsmetoder stort set er ens.

adskiller sig væsentligt fra op til 15 år før den første behandling, og figuren viser også, at der er et betydeligt fald i beskæftigelsen fra 6 år før første behandling. Det lader således til, at skizofrenisygdomme udvikler sig gradvist, samtidig med at der sker en forværring af beskæftigelsessituationen for disse personer.

Udviklingen i beskæftigelsen efter den første behandling af skizofrenisygdommen viser, at søskende med en skizofrenidiagnose har en markant lavere beskæftigelsesgrad end deres søskende uden skizofreni. Forskellen stabiliseres efter den første behandling. I gennemsnit er beskæftigelsesfrekvensen for søskende med skizofreni 25 procent af beskæftigelsesfrekvensen for deres søskende uden skizofreni. Det at få stillet diagnosen skizofreni i hospitalspsykiatrien eller i det ambulante behandlingssystem synes altså at have en meget alvorlig konsekvens på tilknytningen til arbejdsmarkedet allerede flere år før den første behandling, mens indlæggelsen/behandlingen synes at have en stabiliserende virkning med hensyn til beskæftigelse. Stabiliseringen af beskæftigelsesfrekvensen efter indlæggelse kan sandsynligvis forklares med at diagnosticering af skizofreni i mange tilfælde udløser en tilkendelse til førtidspension.

Figur 6.2: Beskæftigelsesrate 15 år for og 10 år efter første indlæggelse med en skizofrenidiagnose/udvælgelse. Søskenepar hvoraf den ene har skizofreni og begge er mellem 35 og 45 år i 2007¹



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Anm. 1: Året for udvælgelse er det år søskende, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital havde samme alder, som den indlagte søskende havde ved første indlæggelse.

Westergaard-Nielsen et al. (2004) viser en lignende figur for alle patienter, der har været indlagt sammenlignet med en gruppe med samme køns- og aldersfordeling, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital for perioden 1979 til 1993. Patienter med skizofreni udgør 16 pct. af patienterne i denne analyse. Deres kurveforløb viser, at der er forskel i beskæftigelsesraten op til 9 år før den første indlæggelse, og at der sker et betydeligt fald i beskæftigelsesraten ca. 5 år før den første indlæggelse.

En finsk undersøgelse har vist, at selvom unormal følsomhed og vanskeligheder med at opretholde sociale relationer med jævnaldrende var forbundet med senere udvikling af skizofreni, var der ingen forskelle i de opnåede resultater i skolen mellem de børn, der senere udviklede skizofreni, og en tilsvarende kontrolgruppe (Cannon et al., 1999). Vi har således ingen grund til at tro, at hvis alt andet er lige, så ville søskende med og uden skizofreni være forskelligt begavet fra fødslen. Søskende med og uden skizofreni burde altså initialt have lige muligheder for at få samme uddannelse og dermed samme beskæftigelse. Dog kan netop de personlige egenskaber, der ofte er relateret til skizofreni, forklare, hvorfor udviklingen ser anderledes ud for søskende med og uden diagnosen skizofreni. Den gradvise forværring af beskæftigelsen blandt personer med skizofreni flere år før den første indlæggelse kan således forklares af en udvikling i både sociale relationer og i mulighederne for at tilegne sig viden og uddannelse, der sker samtidig med, at skizofrenisygdommen udvikler sig. Og netop uddannelse og socialt netværk er vigtige elementer, der kan forklare, hvorfor nogle personer er i beskæftigelse, og andre ikke er.

6.5.2 Sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse i 2007

Tabel 6.1, kolonne (a) og (b) viser resultaterne af beregningen af sammenhængen mellem de binære variabler for skizofreni og beskæftigelse, uden at vi kontrollerer for andre karakteristika. Kolonne (a) viser, at mennesker med en skizofrenidiagnose i gennemsnit er 73,8 procentpoint mindre beskæftigede end den resterende danske befolkning, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital eller været behandlet ambulantly. Forskellen i beskæftigelsesandsynligheden mellem alle personer med skizofreni og søskende, der aldrig har været indlagt, er 69,4 procentpoint, se kolonne (b). Da gruppen af mennesker med skizofreni er den samme i (a) og (b), er forskellen i disse procentpoint udtryk for, at søskende til mennesker med skizofreni har en tendens til at være mindre beskæftigede end den gennemsnitlige person i den danske befolkning, der aldrig har været indlagt på et psykiatrisk hospital eller behandlet ambulantly. Dette ses også, når vi sammenligner gruppen af søskende til personer med skizofreni med resten af befolkningen på en række karakteristika i tabel B.2.2. At have en bror eller søster, der har skizofreni, kan have negativ effekt på ens udvikling i barndommen, uddan-

nelse og arbejdsmarkedstilknytning. Ud over disse primært sociale forhold har søskende til skizofrene endvidere som tidligere nævnt i højere grad end resten af befolkningen fysiologiske tegn på misdannelser i hjernen (Harms et al., 2007), som ligeledes negativt kan påvirke en række kognitive funktioner, der kan være af stor betydning under uddannelse og varetagelse af mange jobfunktioner.

Kolonne (c) viser den procentvise forskel i beskæftigelsessandsynligheden for søskendeparrene, hvor den ene har skizofreni, og den anden ikke har. Forskellen er 67,3 procentpoint og svarer omtrent til den forskel, der er mellem søskende i figur 6.2.

Når vi sammenligner med søskende, sammenligner vi altså personer, der har skizofreni, med personer, der i gennemsnit har samme sociale baggrund og på mange måder samme mulighed for at få succes på arbejdsmarkedet. Når vi foretager en søskende fixed effects-estimation uden at kontrollere for andre variabler, får vi samme resultat som i kolonne (c).

Resultatet i kolonne (a) viser forskellen i sandsynligheden for at være i beskæftigelse i forhold til hele befolkningen. Som det ses af resultaterne i tabel 6.1, er der 6,5 procentpoint forskel i beregningen af beskæftigelsessandsynligheden, når vi benytter hele befolkningen som kontrolgruppe i forhold til, når vi benytter søskende som kontrolgruppe. I kolonne (d) har vi beregnet sandsynligheden for at være i beskæftigelse med søskende fixed effects-metoden og kun kontrolleret for faktorer, som ikke kan blive påvirket af sygdommen over tid, dvs. alder, om personen er den førstefødte, og om personen er den ældste i søskendeparret. Det ses, at vi stort set får samme procentvise forskel i beskæftigelsessandsynligheden som i kolonne (c), nemlig 67,5 procentpoint.

Tabel 6.1: Tidligere indlæggelse for skizofreni og beskæftigelse i 2007. OLS og søskende fixed effects (FE) resultater.

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
Stikprøve ^a	1	2	3	3	3	3
Statistisk metode	OLS	OLS	OLS	Søskende FE	OLS	Søskende FE
Skizofreni	-0,738***	-0,694***	-0,673***	-0,675***	-0,555***	-0,547***
	(0,005)	(0,015)	(0,022)	(0,021)	(0,028)	(0,032)
Alder (i 2007)				-0,103	-0,142	-0,299*
				(0,131)	(0,105)	(0,140)

Alder ² (i 2007)				0,001	0,002	0,003+
				(0,002)	(0,001)	(0,002)
Mand					0,046+	
					(0,025)	
Etnisk dansker					0,038	
					(0,073)	
Førstefødte				0,063	0,062	0,055
				(0,060)	(0,043)	(0,057)
Ældst af søskendepar				-0,090	-0,071	-0,073
				(0,077)	(0,043)	(0,073)
Byområde					0,055*	-0,008
					(0,025)	(0,069)
Storbyområde					0,051+	0,035
					(0,029)	(0,056)
Har børn					-0,001	0,024
					(0,028)	(0,043)
Skilt					-0,050	0,001
					(0,072)	(0,092)
Ugift					-0,042	0,014
					(0,034)	(0,052)
9. klasse					0,061	-0,033
					(0,063)	(0,096)
Gymnasium					0,068	0,033
					(0,069)	(0,096)
Erhvervsfaglig uddannelse					0,041	0,001
					(0,067)	(0,087)
Kort videregående uddannelse					0,141+	0,048
					(0,074)	(0,114)

Mellemlang videregående uddannelse					0,150+	0,063
					(0,078)	(0,107)
Lang videregående uddannelse					0,181*	0,008
					(0,075)	(0,119)
Uoplyst uddannelse					0,019	-0,169
					(0,082)	(0,127)
I gang med en uddannelse					0,081*	0,051
					(0,032)	(0,038)
År fra indlæggelse/udvælgelse					0,015***	0,086
					(0,003)	(0,062)
År med erhvervs erfaring før indlæggelsen/udvælgelsen					0,026***	0,031***
					(0,003)	(0,005)
Registreret kriminalitet (eks. relateret til trafik)					-0,050*	-0,031
					(0,024)	(0,038)
Konstant	0,898***	0,854***	0,854***	2,821	3,367	7,094*
	(0,000)	(0,015)	(0,015)	(2,662)	(2,092)	(3,123)
Antal observationer	815.158	7.112	1.176	1.176	1.176	1.176
Justeret R ²	0,04	0,21	0,45	0,63	0,51	0,66

Noter: Indikatorer for om variablene er signifikant forskellig fra nul: +: $p < 0.1$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$.

Robuste standardfejl er angivet i parenteserne.

- a) Stikprøve 1 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og alle personer i befolkningen i samme aldersgruppe, som aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Stikprøve 2 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og stikprøven med de relevante søskende til de, der har fået stillet diagnosen skizofreni. Stikprøve 3 inkluderer personer med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og deres relevante søskende.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

I kolonne (e) og (f) er sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelsessandsynligheden vist for søskendestikprøven, når vi kontrollerer for andre faktorer, som antal børn, uddannelse, erhvervs erfaring osv. Sammenligning af koefficienterne for variablen, der angiver skizofreni i OLS-regressionerne i kolonne (c) med (e) illustrerer, at der er en række indirekte faktorer såsom fx, at mennesker med skizofreni har færre år med uddannelse og erhvervs erfaring, som i nogen grad kan forklare den lavere beskæftigelse for personer med skizofreni i 2007. Dette ses, da koefficienten i kolonne (c) er betydelig større end koefficienten i kolonne (e). Dog skal det bemærkes, at selv når vi kontrollerer for en række indirekte effekter, er der stadig en betydelig forskel på beskæftigelse blandt søskende med og uden skizofreni. I kolonne (e) er koefficienten til skizofrenivariablen beregnet til 55,5.

Vi vil kort kommentere på parameterestimererne fra de øvrige kontrolvariabler, der er inkluderet i analysen i kolonne (e). Alt andet lige har mænd en beskæftigelsesgrad, der er 4,6 procentpoint højere end kvinder. Personer, der bor i by- eller storbyområder i året for selektion eller indlæggelse, har en beskæftigelsesfrekvens, der er omkring 5 procentpoint højere end de personer, der bor i resten af Danmark. Folk med kort, mellemlang og lang videregående uddannelse har alt andet lige henholdsvis en 14, 15 og 18 procentpoint højere beskæftigelsesfrekvens end personer med mindre end 9. klasse. Personer, der er under uddannelse, har 8 procentpoint højere beskæftigelsesgrad i 2007 end personer med mindre end 9. klasse. Personer, der har været straffet, har 5 procentpoint lavere beskæftigelsesfrekvens, end personer der aldrig har været straffet.

Antallet af år fra den første indlæggelse/behandling eller udvælgelse til beskæftigelsen i 2007 har en positiv sammenhæng med beskæftigelse. Beskæftigelsessandsynligheden stiger med 1,5 procentpoint for hvert år. Dette resultat kan være drevet af, at søskende uden skizofreni står over for en stigende beskæftigelsesfrekvens over tid, jf. figur 6.2. Antallet af år med erhvervs erfaring er også en væsentlig faktor, der kan forklare beskæftigelsessandsynligheden. Hvert et år med erhvervs erfaring før første indlæggelse eller udvælgelse øger beskæftigelsen med 2,6 procentpoint.

I kolonne (f) er de såkaldte søskende fixed effects (FE) resultater vist, når vi inkluderer en række faktorer, der ofte forklarer forskelle i beskæftigelsessandsynligheder. Når vi sammenligner søskende med hinanden i en FE-model, finder vi en forskel i beskæftigelsessandsynligheden på 54,7 procentpoint, hvilket er stort set den samme forskel, som vi fandt ved beregning med OLS i kolonne (e). Overensstemmelsen mellem koefficienten ved brug af OLS og ved brug af søskende FE for søskendestikprøven er ikke så overraskende, da brugen af søskende som kontrolgruppe for gruppen med skizofreni betyder, at de to grupper er relativt ens mht. et stort antal baggrundsfaktorer, såvel observerbare som ikke-observerbare.

Søskende FE estimationen adskiller sig som sagt fra OLS ved at alene variationen mellem søskende udnyttes i estimationen.

Som nævnt fremgår det af tabel 6.1, at den estimerede effekt af skizofreni er væsentligt større i de første fire kolonner, hvor der ikke inddrages kontrolvariabler (som kan være påvirket af skizofreni). For at give en indikation af, hvilke kontrolvariabler, der især betyder noget for denne forskel, har vi foretaget nogle supplerende analyser. I bilagstabellen tabel B.6.4 viser vi resultaterne af beregningen af sammenhængen mellem de binære variabler for skizofreni og beskæftigelse, hvor vi kontrollerer for de samme karakteristika som i kolonne (e) og (f) i tabel 6.1 på stikprøve (2) og (3), der er beskrevet i afsnit 6.3. I de første 3 kolonner har vi udeladt variabelen, der angiver, om personen har været indlagt og fået diagnosen skizofreni, og i de sidste 3 kolonner har vi inkluderet denne variabel (sidste to kolonner i tabel B.6.2 er identiske med dem i tabel 6.1).

Ændringerne i størrelsen på parameterestimererne på de øvrige kontrolvariabler kan give os en indikation af, hvilke variabler der afspejler indirekte mekanismer, der kan forklare en del af sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. En række af de inkluderede parameterestimerer ændrer størrelse og signifikans. Ikke overraskende er det især parameterestimererne til det at have børn, at være gift, at have en videregående uddannelse, at have flere år med erhvervs erfaring og at være registreret for kriminalitet. Dette tyder på, at en del af den sammenhæng mellem skizofreni og sandsynligheden for at være i beskæftigelse i 2007, vi viser i de første 4 kolonner i tabel 6.1, kan forklares af disse faktorer.

6.5.3 Alder ved første indlæggelse, varighed af første indlæggelse og beskæftigelse i 2007

I tabel 6.2 er variabelen for skizofreni erstattet med kategorier for alder ved første indlæggelse. Kategorien "aldrig indlagt" er referencekategori. Resultaterne for de øvrige kontrolvariabler er udeladt fra tabellen, da disse resultater stor set er de samme, som vi fandt i tabel 6.1. I tabel 6.2 kolonne (a) ses forskellen i beskæftigelsessandsynligheden for alle med skizofreni i forhold til befolkningen. I kolonne (b) ser vi på forskellen i beskæftigelsessandsynligheden for alle personer med skizofreni med en gruppe af personer, der er søskende til en person med skizofreni. I både kolonne (a) og (b) ser vi, at jo ældre man er ved første behandling af skizofreni, desto større er forskellen i beskæftigelsessandsynligheden i forhold til kontrolgruppen. Forskellen i koefficienterne til de forskellige aldersgrupper er dog i de fleste tilfælde ikke statistisk signifikante. Det gælder både i kolonne (a) og (b) og i de øvrige kolonner i tabellen. I kolonne (b) ser vi af punkttestimererne, at de, der bliver behandlet første gang, når de er under 20 år, har en beskæftigelsesfrekvens der er 65,8 procentpoint mindre i forhold til gruppen af søskende uden

skizofreni. De, der bliver behandlet første gang, når de er over 35 år, har derimod en beskæftigelsesfrekvens, der er 70,6 procentpoint mindre. Resultaterne ændres dog en smule, når vi sammenligner gruppen af skizofrene med deres søskende.

I kolonne (c) og (d) er sammenhængen mellem alder ved første indlæggelse og beskæftigelse beregnet på stikprøven for personer med skizofrene og deres søskende. I kolonne (c) har vi benyttet OLS til at estimere sammenhængen, mens vi i kolonne (d) benytter søskende fixed effects. Af kolonne (c) og (d) ses, at der ikke længere er en lineær sammenhæng, således at forskellen i beskæftigelsessandsynligheden mellem personer med skizofreni og deres søskende bliver større, jo ældre man er ved første behandling. Forskellen i beskæftigelsessandsynligheden er højere (76 procentpoint), hvis søskende med skizofreni var i alderen 25 til 30 år ved den første behandling, i forhold til hvis søskende med skizofreni var 30 til 35 år (64,2 procentpoint). Endvidere er forskellen i beskæftigelsessandsynligheden igen høj, hvis søskende med skizofreni var over 35 år ved første behandling (70,4 procentpoint). Muligvis kan en del af disse forskelle i beskæftigelsesfrekvenserne forklares af, at forskellige former for skizofreni optræder ved forskellige aldre.

I kolonne (d) har vi benyttet søskende fixed effects metoden. Når vi kontrollerer for alder (målt i 2007), om personen var førstefødt og ældst af søskendeparret, ændres resultaterne ikke i forhold til de resultater, der er vist i kolonne (d). Sammenligner vi resultaterne i kolonne (d) med OLS-resultaterne i kolonne (c) ser vi, at parameterestimaterne ændres lidt for dem, der bliver behandlet første gang, når de er under 20 år, og for dem, der bliver behandlet første gang, når de er over 35 år. Forskellen i beskæftigelsessandsynligheden er mindre for dem, der er under 20 år (56,2 procentpoint), og større for dem, der er over 35 år (78,3 procentpoint).

Når vi kontrollerer for en række karakteristika, der kan påvirke sandsynligheden for at være i beskæftigelse, såsom alder, civilstand, uddannelse og erhvervs erfaring, er forskellen i beskæftigelsessandsynligheden for personer med skizofreni i forhold til deres søskende uden skizofreni ca. 53 procentpoint for de personer, der oplever at blive behandlet med skizofreni første gang, da de er under 20 år, mellem 20 og 25, og over 35 år, se kolonne (e). Forskellen i beskæftigelsen er væsentligt højere (64 procentpoint), hvis søskende med skizofreni var i alderen 25 til 30 år ved den første indlæggelse. Forskellen i beskæftigelsessandsynligheden for de søskende, der blev indlagt første gang, da de var mellem 30 og 35 år, er 51 procentpoint, og denne forskel adskiller sig kun væsentligt (statistisk signifikant) fra aldersgruppen 25-30 år. Når vi kontrollerer for andre karakteristika, der kan have betydning for beskæftigelse, er der mindre forskel på resultaterne for henholdsvis OLS og søskende fixed effects, end når disse kontrolvariabler er udeladt.

Tabel 6.2: Alder ved første indlæggelse med skizofreni og beskæftigelse i 2007.

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
Stikprøve ^a	1	2	3	3	3	3
Metode	OLS	OLS	OLS	Søskende FE	OLS	Søskende FE
Øvrige kontrolvariabler er inkluderet	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Under 20 år	-0,702*** (0,016)	-0,658*** (0,021)	-0,607*** (0,053)	-0,562*** (0,067)	-0,534*** (0,057)	-0,510*** (0,069)
20-25 år	-0,732*** (0,010)	-0,688*** (0,018)	-0,632*** (0,038)	-0,639*** (0,045)	-0,533*** (0,041)	-0,567*** (0,046)
25-30 år	-0,739*** (0,009)	-0,695*** (0,017)	-0,760*** (0,027)	-0,763*** (0,034)	-0,641*** (0,033)	-0,624*** (0,042)
30-35 år	-0,746*** (0,009)	-0,702*** (0,017)	-0,642*** (0,036)	-0,623*** (0,045)	-0,508*** (0,043)	-0,445*** (0,05)
Over 35 år	-0,750*** (0,011)	-0,706*** (0,018)	-0,704*** (0,048)	-0,783*** (0,058)	-0,528*** (0,059)	-0,533*** (0,075)
Konstant	0,898*** (0,000)	0,854*** (0,015)	0,854*** (0,011)	0,854 (0,784)	3,660+ (2,090)	7,022* (3,050)
Antal observationer	815.158	7.112	1.176	1.176	1.176	1.176
Justeret R ²	0,04	0,21	0,46	0,64	0,51	0,67

Noter: Følgende variabler er kontrolleret for, når dette er anført: alder, alder², køn, anden etnisk oprindelse end dansk, førstefødte, ældst af søskendepar, boligområde, antal børn, civilstand, uddannelse, erhvervs erfaring, år fra behandling til 2007 og registreret kriminalitet. Se også tabel 6.1. Indikatorer for om variablene er signifikant forskellig fra nul: +: p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001. Robuste standardfejl er angivet i parenteserne.

a) Stikprøve 1 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007 og alle personer i befolkningen i samme aldersgruppe, som aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Stikprøve 2 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og stikprøven med de relevante søskende til de, der har fået stillet diagnosen skizofreni. Stikprøve 3 inkluderer personer med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og deres relevante søskende.

I tabel 6.3 er variablen for skizofreni erstattet med kategorier for længden af den første behandling. Referencekategorien er "aldrig indlagt". Når vi sammenligner beskæftigelsessandsynligheden for alle personer med skizofreni med forskellig varighed af den første indlæggelse med befolkningen, kolonne (a), og gruppen af søskende til skizofrene, kolonne (b), er der kun en lille forskel på beskæftigelsessandsynlighederne for de forskellige varigheder. Dog lader der til at være en tendens til at jo længere varighed af første indlæggelse, desto større er forskellen i beskæftigelsessandsynligheden. I tabel 6.3, kolonne (c) og (d) er resultaterne estimeret med henholdsvis OLS og søskende fixed effects-metoden på stikprøven, der kun indeholder søskendepar. Disse resultater viser en lidt tydeligere tendens til, at en længere indlæggelse ved første behandling giver en større forskel i beskæftigelsessandsynligheden mellem de to søskendepar. Dog har grupperne, der er indlagt 6 til 12 måneder og længere end et år, en mindre forskel i beskæftigelsessandsynligheden (68,6 og 64,6 procentpoint) i forhold til gruppen, der var indlagt 3 til 6 måneder (70,4 procentpoint). For de, der var indlagt mindre end en uge, er der stor forskel på parameterestimatet estimeret med henholdsvis OLS (57,9) og søskende fixed effects (64,1), hvilket indikerer, at familiefaktorer som er ens mellem søskende påvirker estimationen af beskæftigelsessandsynligheden, når vi benytter OLS.

I kolonne (e) og (f) er resultaterne kontrolleret for en række variabler, der kan påvirke sandsynligheden for at være i beskæftigelse. Af resultaterne i disse kolonner ses, at forskellen i beskæftigelsen varierer over længden af den første indlæggelse og lader til at have en omvendt U-formet relation, hvor den største forskel i beskæftigelsesfrekvens er, når søskende med skizofreni blev indlagt mellem tre og seks måneder. Personer, der har været indlagt tre til seks måneder, har en beskæftigelsesfrekvens, der er 60,8 procentpoint mindre end deres søskende, der aldrig har været indlagt ifølge resultatet i (e). Denne forskel i beskæftigelsesfrekvens er betydeligt højere, end den er for personer, der har været indlagt en uge til en måned og over et år (henholdsvis 48,1 og 49,9 procentpoint). Ud over en indlæggelseslængde på tre til seks måneder er alle koefficienter for de forskellige længder af de første indlæggelser stort set ens.

Tabel 6.3: Antal dage den første indlæggelse varer og beskæftigelse i 2007.

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
Stikprøve ^a	1	2	3	3	3	3
Metode	OLS	OLS	OLS	Søskende FE	OLS	Søskende FE
Øvrige kontrolvariabler er inkluderet	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
<=1 uge	-0,730*** (0,016)	-0,467*** (0,023)	-0,579*** (0,072)	-0,641*** (0,077)	-0,481*** (0,063)	-0,493*** (0,080)
1 uge-1 måned	-0,720*** (0,016)	-0,458*** (0,023)	-0,617*** (0,058)	-0,618*** (0,079)	-0,473*** (0,058)	-0,464*** (0,078)
1-3 måneder	-0,735*** (0,010)	-0,472*** (0,019)	-0,638*** (0,040)	-0,632*** (0,049)	-0,531*** (0,043)	-0,520*** (0,052)
3-6 måneder	-0,735*** (0,011)	-0,472*** (0,020)	-0,704*** (0,034)	-0,721*** (0,044)	-0,608*** (0,036)	-0,602*** (0,048)
6-12 måneder	-0,742*** (0,011)	-0,480*** (0,020)	-0,686*** (0,040)	-0,702*** (0,047)	-0,548*** (0,043)	-0,538*** (0,052)
>1 år	-0,750*** (0,008)	-0,487*** (0,018)	-0,646*** (0,036)	-0,686*** (0,045)	-0,499*** (0,040)	-0,496*** (0,054)
Konstant	0,897*** (0,000)	0,635*** (0,016)	0,835*** (0,015)	0,844*** (0,010)	3,253 (2,078)	4,769 (3,162)
Antal observationer	815.158	7.112	1.176	1.176	1.176	1.176
Justeret R ²	0,04	0,14	0,43	0,62	0,50	0,66

Noter: Følgende variabler er kontrolleret for, når dette er anført: alder, alder², køn, anden etnisk oprindelse end dansk, førstefødte, ældst af søskendepar, boligområde, antal børn, civilstand, uddannelse, erhvervs erfaring, år fra behandling til 2007 og registreret kriminalitet. Se også tabel 6.1. Indikatorer for om variablene er signifikant forskellig fra nul: +: p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001. Robuste standardfejl er angivet i parenteserne.

a) Stikprøve 1 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og alle personer i befolkningen i samme aldersgruppe, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Stikprøve 2 inkluderer alle med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og stikprøven med de relevante søskende til de, der har fået stillet diagnosen skizofreni. Stikprøve 3 inkluderer personer med skizofreni, der er 35-45 år i 2007, og deres relevante søskende. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

6.6 Diskussion

Skizofreni er en alvorlig og kompliceret lidelse, der ofte er voldsomt invaliderende. I dette kapitel har vi vist, at patienter med skizofreni er mindre knyttet til arbejdsmarkedet end deres søskende, der aldrig har været indlagt på en psykiatrisk afdeling. For mange af søskendeparrene gælder det, at personen med skizofreni havde en anderledes tilknytning til arbejdsmarkedet lang tid før indlæggelsen, sandsynligvis fordi symptomer relateret til skizofreni kan påvirke fx evnen til at tilegne sig viden og til at gennemføre en uddannelse. Vanskeligheder ved at etablere sociale relationer, hvilket ofte er et kendetegn ved sygdommen skizofreni, kan føre til, at personer med skizofreni oplever forskellige former for diskrimination på arbejdsmarkedet. Det er også en mulig forklaring, at et tab af job kan udløse skizofreni, selvom det sandsynligvis kun vil være i sjældne tilfælde.

I dette kapitel har vi set på sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. Vi har brugt en statistisk metode, den såkaldte søskende fixed effects, der tager højde for, at ikke-observerbare familiekarakteristika kan påvirke sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. Resultaterne ovenfor viser, at ikke-observerbare familiekarakteristika ikke spiller nogen væsentlig rolle, når vi estimerer sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. Men når vi ser på alder ved og varighed af første indlæggelse, er der en tendens til, at familiefaktorer kan påvirke sammenhængen mellem nogle af disse indikatorer og beskæftigelses sandsynligheden. Vi var ikke i stand til i analyserne at kontrollere for andre ikke observerbare individuelle kendetegn, som kan påvirke skizofreni og sandsynligheden for at være i beskæftigelse samtidigt. Men resultater fra en finsk undersøgelse har vist, at børn, der senere udviklede skizofreni, i gennemsnit ikke havde anderledes resultater i skolen i forhold til en tilsvarende gruppe børn, der aldrig udviklede skizofreni (Cannon et al., 1999). Dette indikerer, at søskende med og uden skizofreni i gennemsnit ikke afviger fra hinanden i forhold til medfødte evner for læring. De ikke-observerbare individuelle karakteristika kan således i højere grad tænkes at være relateret til skizofrenilidelsen.

6.7 Konklusion

I dette kapitel har vi set på, hvordan det at have en skizofrenilidelse påvirker beskæftigelsen. Vi har brugt registerdata for hele befolkningen, hvilket har muliggjort en sammenligning af en gruppe af personer, der har været indlagt med skizofreni med deres søskende. Resultaterne viste, at beskæftigelsesfrekvensen afviger væsentligt for søskende med og uden skizofreni fra op til 15 år forud for den første hospitalsindlæggelse. For søskende med skizofreni skete der et betydeligt fald i beskæftigelsesfrekvensen 6 år før den første indlæggelse. Efter den første

indlæggelse stabiliserede beskæftigelsesfrekvensen sig, og herefter er cirka 18 pct. af de søskende, der har skizofreni, beskæftiget.

Ved beregning af forholdet mellem søskende med og uden skizofreni og beskæftigelse i 2007 viste resultaterne en forskel i beskæftigelsen på 67 procentpoint. Dette resultat afspejler den direkte sammenhæng mellem skizofreni og beskæftigelse. Når vi kontrollerer for faktorer som familie, uddannelse og erhvervs erfaring, bliver forskellen i beskæftigelses sandsynligheden mellem søskende med og uden skizofreni reduceret til 56 procentpoint. Dette resultat er stort set uændret, når vi bruger søskende fixed effects metoden.

Vi testede to mere fleksible specifikationer for skizofreni, nemlig alder ved første indlæggelse og længden af den første indlæggelse med skizofreni. Resultaterne viste små forskelle i beskæftigelses sandsynligheden for personer med forskellig alder ved første indlæggelse og forskellig varighed af første indlæggelse. Generelt var der en tendens til, at senere indlæggelse og længere indlæggelse gav en større forskel i beskæftigelses sandsynligheden mellem søskende med og uden skizofreni. Dog var sammenhængen ikke lineær, og parameterestimerne var i de fleste tilfælde ikke signifikant forskellige fra hinanden.

Disse resultater indikerer, at det at få diagnosticeret skizofreni stort set har samme effekt på beskæftigelsen uanset længden af – eller alderen ved den første indlæggelse.

Resultaterne i dette kapitel viser altså, at skizofreni er forbundet med en stor reduktion i beskæftigelsen, at størstedelen af reduktionen i beskæftigelsesfrekvensen sker, før personerne bliver indlagt og får stillet skizofrenidiagnosen, og at beskæftigelsesfrekvensen forbliver stabil – på et meget lavt niveau – efter indlæggelsen.

Faldet i beskæftigelsen, inden at skizofrenidiagnosen er stillet, indikerer at der under forløbet op til indlæggelse på hospital med diagnosen sker noget for disse personer, der påvirker beskæftigelsen. Pga. perioder med sygdom op til diagnosen bliver stillet, bliver både den enkeltes produktivitet, udvikling af human og social kapital påvirket. Da symptomerne på skizofreni kan inkludere isolation fra andre mennesker og mangel på sociale kompetencer er der stor sandsynlighed for at miste kontakten til arbejdsmarkedet, når disse symptomer begynder at vise sig. En tidlig opsporing og indsats over for gruppen af personer, der har symptomerne på skizofreni, vil formentlig give mulighed for hjælp, som kan reducere de marginaliserende processer, som reducerer beskæftigelsen, hvilket kan have en betydning for deltagelsen på arbejdsmarkedet efter indlæggelsen.

6.8 Litteratur

- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M.O., Tanskanen, A., Huttunen, T., Rabe-Hesketh, S., & Murray, R.M. (1999). "School Performance in Finnish Children and Later Development of Schizophrenia". *Archives of general psychiatry*, May, 1999, Vol.56(5), p.457-63.
- Chatterji, P.A., Alegria, M., & Takeuchi, D. (2011). "Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication". *Journal of health economics*, Sep, 2011, Vol.30(5), p.858-68.
- Christensen, T. & Nordentoft, M. (2011). "Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom". Kan downloades på <http://bmhandicap.dk/Inspirationpct.20ogpct.20Fakta/Rapporter.aspx>
- Ettner, S.L., Frank, R.G., & Kessler, R.C. (1997). "The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes". *Industrial and Labor Relations Review*, Oct, 1997, Vol.51(1), p.64(18)
- Harms M.P., Wang L., Mamah D., Barch D.M., Thompson P.A., Csernansky J.G. (2007). "Thalamic shape abnormalities in individuals with schizophrenia and their nonpsychotic siblings". *The Journal of Neuroscience*, Vol. 27 (50), pp.13835-13842, Dec. 12, 2007
- Häfner, H., an der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W., Maurer, K., Munk-Jørgensen, P., Nowotny, B., Riecher-Rössler, A., & Stein, A. (1998). "Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia" *Schizophr Bull* (1998) 24(1): 99-113
- Jacobsen, C.B., Martin, H. M., Andersen, S. L., Christensen, R.N., Bengtsson, S. (2010) Stigma og psykiske lidelser som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark. Danske Regioner, DSI og SFI
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). "Schizophrenia and Employment. A Review" *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 39: 337-349
- Munk-Jørgensen, P., & Perto, G. (2000). "De farlige psykiatriske tal". 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard, København 2000.
- Nordentoft M. (2009). Skizofreni og Psykose – Symptomer, forløb og prognose. I Nordentoft M., Melau M., Iversen T. og Kjær S. Psykose for unge. Symptomer behandling og fremtid. Psykiatrifondens Forlag. 2009.
- Sørensen, N.Ø. (2012). Det levende liv med sindslidelse. Rockwool Fondens Forskningsenhed.

6.9 Bilag

Tabel B.6.1: Deskriptiv statistik. Gennemsnit (Gns.) og standardafvigelse (Std. afv.). Sammenligning af alle personer, der er diagnosticeret med skizofreni, med alle, der har søskende, der er diagnosticeret med skizofreni og søskende, der ikke har skizofreni.

	Ingen søskende		Søskende			
	Skizofreni		Skizofreni		Aldrig indlagt	
	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.
Variabler angivet i 2007						
Alder	40.25	3.08	40.13	2.80	40.47*	2.73
Mand	0.64	0.48	0.66	0.47	0.66	0.47
Etnisk dansk	0.86***	0.35	0.96	0.19	0.96	0.19
Første født	0.78***	0.41	0.38	0.47	0.48**	0.50
Ældst i søskendeparret	-	-	0.45	0.50	0.55**	0.50
Variabler angivet i året for indlæggelse eller udvælgelse						
Byområde	0.54***	0.50	0.46	0.50	0.47	0.50
Storbyområde	0.24*	0.43	0.28	0.45	0.26	0.44
Resten af landet	0.22*	0.41	0.26	0.44	0.27	0.45
Har børn	0.17	0.38	0.19	0.39	0.45***	0.50
Gift	0.13***	0.34	0.08	0.27	0.26***	0.44
Skilt	0.07*	0.26	0.04	0.21	0.02**	0.13
Ugift	0.80***	0.40	0.88	0.33	0.72***	0.45
<9. klasse	0.07*	0.26	0.05	0.22	0.03	0.18
9. klasse	0.44+	0.50	0.48	0.50	0.33***	0.47
Gymnasium	0.15	0.36	0.16	0.37	0.16	0.37
Erhvervsfaglig uddannelse	0.19	0.39	0.20	0.40	0.29***	0.45

Kort videregående uddannelse	0.02	0.15	0.01	0.12	0.05**	0.21
Mellemlang videregående uddannelse	0.04	0.21	0.04	0.19	0.08**	0.27
Lang videregående uddannelse	0.02	0.13	0.02	0.13	0.04*	0.20
Uoplyst uddannelse	0.06+	0.23	0.04	0.19	0.01**	0.12
I gang med en uddannelse	0.11*	0.31	0.14	0.35	0.20*	0.40
Variabler angivet over længere perioder						
Registreret kriminalitet (eks. relateret til trafik) 1981-2007	0.51	0.50	0.49	0.50	0.29***	0.46
År fra indlæggelse/udvælgelse	10.34***	6.61	11.71	6.53	12.02	6.55
År med erhvervs erfaring før indlæggelsen/udvælgelsen	5.16*	4.88	5.61	4.65	9.01***	5.74
Antal observationer	5.936		588		588	

Note: Indikatorer for om variablerne er signifikant forskellige i forhold til søskende med skizofreni: +: $p < 0.1$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel B.6.2: Gennemsnit (Gns.) og standardafvigelse (Std.afv.) for alle 35-45-årige i 2007, søskende til alle personer med skizofreni, stikprobe 3, og resten af den danske befolkningen.

	Søskende, aldrig indlagt		Resten af befolkningen	
	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.
Alder	40.4**	2.74	40.04	3.10
Mand	0.66***	0.47	0.51	0.50
Etnisk dansker	0.96***	0.19	0.90	0.30
Byområde	0.44*	0.50	0.39	0.49
Storbyområde	0.32*	0.47	0.36	0.48
Har børn	0.64***	0.48	0.72	0.45
Gift	0.53***	0.50	0.62	0.49
Skilt	0.09	0.29	0.10	0.30
Ugift	0.37***	0.48	0.27	0.44
9. klasse eller mindre	0.25**	0.43	0.20	0.40
Gymnasium	0.05	0.22	0.07	0.25
Erhvervsfaglig uddannelse	0.34***	0.47	0.41	0.49
Kort videregående uddannelse	0.08	0.27	0.07	0.25
Mellemlang videregående uddannelse	0.16	0.37	0.17	0.38
Lang videregående uddannelse	0.12**	0.33	0.09	0.29
Antal observationer	588		813,712	

Note: Indikationer for, om variablerne er signifikant forskellige for søskende i forhold til resten af befolkningen: +: $p < 0.1$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel B.6.3: Gennemsnit (Gns.) og standardafvigelse (std.afv.) for stikprobe 2 og 3^a

Variabler	Stikprøve 2		Stikprøve 3	
	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.
Alder	40.26	3.03	40.30	2.77
Mand	0.64	0.48	0.66	0.47
Etnisk dansk	0.87*	0.33	0.96	0.19
Førstefødte	0.72*	0.45	0.43	0.50
Byområde	0.53*	0.50	0.46	0.50
Storbyområde	0.25	0.43	0.27	0.44
Resten af landet	0.22*	0.42	0.27	0.44
Har børn	0.19*	0.40	0.32	0.46
Gift	0.14*	0.34	0.17	0.38
Skilt	0.06*	0.24	0.03	0.17
Ugift	0.80	0.40	0.80	0.40
<9. klasse	0.07*	0.25	0.04	0.20
9. klasse	0.44*	0.50	0.41	0.49
Gymnasium	0.15	0.36	0.16	0.37
Erhvervsfaglig uddannelse	0.20*	0.40	0.24	0.43
Kort videregående uddannelse	0.02	0.15	0.03	0.17
Mellemlang videregående uddannelse	0.05	0.21	0.06	0.23
Lang videregående uddannelse	0.02	0.14	0.03	0.17
Uoplyst uddannelse	0.05*	0.22	0.03	0.16
I gang med en uddannelse	0.12*	0.33	0.17	0.38
Registreret kriminalitet (eks. relateret til trafik) 1981-2007	10.59*	6.62	11.86	6.54

År siden indlæggelse/ selektion	5.51*	5.05	7.31	5.49
Antal observationer	7,112		1,176	

Noter: a) Stikprøve 2 inkluderer alle, der har fået diagnosen skizofreni, som er 35-45 år i 2007, og stikprøven med de relevante søskende. Stikprøve 3 inkluderer personer med skizofreni, der er 35-45 år i 2007 som har en relevant søskende og deres relevante søskende. Indikatorer for om variablene er signifikant forskellig fra stikprøve 3: *: $p < 0.05$

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

Tabel B.6.4. Sammenhæng mellem skizofreni og beskæftigelse. Regressioner med og uden skizofreni variablen.

Stikprøve ^a	2	3	3	2	3	3
Statistisk metode	OLS	OLS	Søskende FE	OLS	OLS	Søskende FE
Skizofreni				-0.577***	-0.555***	-0.547***
				(0.022)	(0.028)	(0.032)
Alder (i 2007)	-0.029	-0.159	-0.366*	-0.0242	-0.142	-0.299*
	(0.040)	(0.121)	(0.183)	(0.039)	(0.105)	(0.140)
Alder2 (i 2007)	0.0002	0.002	0.004+	0.000181	0.002	0.003+
	(0.001)	(0.002)	(0.002)	(0.000)	(0.001)	(0.002)
Mand	0.029**	0.058*		0.0221*	0.046+	
	(0.010)	(0.029)		(0.010)	(0.025)	
Etnisk dansker	-0.028+	0.027		-0.0237	0.038	
	(0.015)	(0.084)		(0.015)	(0.073)	
Førstefødte	0.018	0.068	0.077	0.0147	0.062	0.055
	(0.011)	(0.052)	(0.078)	(0.011)	(0.043)	(0.057)
Ældst af søskendepar	0.025	-0.045	-0.101	-0.0214	-0.071	-0.073
	(0.028)	(0.054)	(0.093)	(0.023)	(0.043)	(0.073)
Ingen søskende	-0.265***			-0.0173		
	(0.021)			(0.021)		

Byområde	0.019+	0.077*	-0.005	0.0157	0.055*	-0.001
	(0.011)	(0.031)	(0.077)	(0.011)	(0.025)	(0.069)
Storbyområde	0.010	0.042	-0.007	0.0124	0.051+	0.0351
	(0.013)	(0.034)	(0.069)	(0.012)	(0.029)	(0.056)
Har børn	0.033*	0.105**	0.204***	0.00359	-0.001	0.024
	(0.013)	(0.032)	(0.049)	(0.012)	(0.028)	(0.043)
Skilt	-0.043*	-0.221**	-0.140	-0.0178	-0.050	0.001
	(0.020)	(0.075)	(0.096)	(0.019)	(0.072)	(0.092)
Ugift	-0.040*	-0.101*	-0.017	-0.0168	-0.042	0.014
	(0.016)	(0.040)	(0.066)	(0.015)	(0.034)	(0.052)
9. klasse	0.037*	0.081	-0.037	0.0379**	0.061	-0.033
	(0.015)	(0.067)	(0.098)	(0.014)	(0.063)	(0.087)
Gymnasium	0.063***	0.108	0.122	0.0597***	0.068	0.033
	(0.018)	(0.073)	(0.113)	(0.019)	(0.069)	(0.096)
Erhvervsfaglig uddannelse	0.030+	0.075	0.084	0.0269	0.0413	0.001
	(0.017)	(0.071)	(0.100)	(0.017)	(0.067)	(0.087)
Kort videregående uddannelse	0.158***	0.299***	0.340*	0.130***	0.141+	0.048
	(0.034)	(0.090)	(0.132)	(0.033)	(0.074)	(0.114)
Mellemlang videregående uddannelse	0.142***	0.220**	0.213+	0.127***	0.150+	0.063
	(0.027)	(0.085)	(0.123)	(0.026)	(0.078)	(0.107)
Lang videregående uddannelse	0.179***	0.295***	0.213	0.153***	0.181*	0.008
	(0.036)	(0.083)	(0.132)	(0.035)	(0.075)	(0.119)
Uoplyst uddannelse	0.065**	-0.003	-0.320*	0.0641**	0.019	-0.169
	(0.021)	(0.097)	(0.147)	(0.021)	(0.082)	(0.127)

I gang med en uddannelse	0.085***	0.135***	0.150*	0.0763***	0.0814*	0.051
	(0.016)	(0.038)	(0.060)	(0.015)	(0.032)	(0.040)
År fra indlæggelse/udvælgelse	0.0104***	0.027***	0.083	0.0085***	0.0146***	0.086
	(0.010)	(0.003)	(0.071)	(0.001)	(0.003)	(0.062)
År med erhvervs erfaring før indlæggelsen/udvælgelsen	0.024***	0.047***	0.069***	0.0206***	0.026***	0.031***
	(0.001)	(0.003)	(0.005)	(0.001)	(0.003)	(0.005)
Registreret kriminalitet (eks. relateret til trafik)	-0.070***	-0.105***	-0.166***	-0.060***	-0.050*	-0.031
	(0.010)	(0.029)	(0.048)	(0.009)	(0.024)	(0.038)
Konstant	0.969	3.272	7.520+	1.211	3.367	7.094*
	(0.809)	(2.417)	(3.970)	(0.778)	(2.092)	(3.123)
Antal observationer	7,112	1,176	1,176	7,112	1,176	1,176
Justeret R2	0.20	0.28	0.44	0.28	0.51	0.66

Noter: a) Stikprøve 2 inkluderer alle med skizofreni, som er 35-45 år i 2007 og stikprøven med de relevante søskende til de der har fået stillet diagnosen skizofreni. Stikprøve 3 inkluderer personer med skizofreni, der er 35-45 år i 2007 og deres relevante søskende. Indikatorer for om variablerne er signifikant forskelligt fra nul: +: $p < 0.1$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$. Robuste standardfejl er angivet i parenteserne.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed

KAPITEL 7

Sammenfatning

Af Jane Greve

7.1 Introduktion

I denne bog beskriver vi en række samfundsmæssige forhold for personer med svære sindslidelser. Personer med svære sindslidelser er i denne bog identificeret ud fra Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister, hvor alle de personer, der har været indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling på et eller andet tidspunkt siden 1969, eller som har modtaget en ambulante behandling i det psykiatriske sygehussystem siden 1995, indgår. Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister er beskrevet i kapitel 8.

Afhængigt af, hvordan vi på baggrund af disse data nærmere definerer det at have en svær sindslidelse, finder vi, at der er ca. mellem 1 og 9 pct. af befolkningen, der falder ind under kategorien svære sindslidelser. Ud af alle personer i den danske befolkning i 2008 er der ca. 9 pct., der har været i kontakt med psykiatrien (ved indlæggelse siden 1969 eller ambulante kontakt siden 1995, jf. ovenfor). Hvis vi afgrænser denne gruppe til dem, der har været i kontakt med psykiatrien over en periode på mere end 2 år (fra første indskrivning til sidste udskrivning), så er der ca. 4 pct. af befolkningen, der har en svær sindslidelse. Hvis vi videre ser på de personer i befolkningen, der har fået diagnosticeret en ikke-organisk psykose, dvs. bl.a. skizofreni og det, man tidligere kaldte en maniodepressiv sygdom, og som har haft kontakt til psykiatrien over en periode på mere end 2 år, så har lidt over 1 pct. af den danske befolkning en svær sindslidelse. Men påvirkningen fra svære sindslidelser i den danske befolkning rækker langt ud over de 9 pct., som har haft direkte kontakt til psykiatrien i kortere eller længere perioder. Længerevarende sygdomsperioder giver et naturligt fravær fra familien, uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet og nødvendiggør omsorg og pleje for den sindslidelse. Den lavere deltagelse i og belastning af (nær)samfundet er en omkostning for både den enkelte, de pårørende og samfundet. Formålet med denne bog er bl.a. at belyse omkostningerne – i form af sociale problemer og vilkår – for personer med svære sindslidelser.

Til at belyse levevilkårene blandt personer med svære sindslidelser benytter vi os således af Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF).

DPCF indeholder en række oplysninger om kontakter til psykiatrien inklusive indlæggelsestidspunkt, udskrivelsestidspunkt og kode for diagnosens art fra 1969 og frem til 2010. Oplysningerne fra DPCF har vi koblet med en række andre registre i Danmarks Statistik, som indeholder information om bl.a. familieforhold, uddannelse, beskæftigelse, indkomst og brug af sundhedsydelser. Da alle danske psykiatriske hospitaler og alle ambulante behandlinger er offentlige, er alle ind- og udskrivninger fra disse indlæggelser registreret i DPCF. Og da al behandling på de psykiatriske hospitaler samtidig er betalt af staten, betyder det, at selv de alvorligste tilfælde af psykiske lidelser blandt de mest belastede socioøkonomiske grupper, som normalt er meget svære at fange i fx frivillige spørgeskemaundersøgelser, er registreret. Samtidig får vi via koblingen til de øvrige registre information om en række både tidligere og nuværende karakteristika, som også kan være svære at indsamle netop fra gruppen af personer med svære sindslidelser.

Det er ikke overraskende, når vi i denne bog overvejende finder, at sindslidende står betydeligt dårligere end andre mennesker, når vi ser på en række socioøkonomiske karakteristika. I denne bog viser vi tal for, hvor store forskellene på en række socioøkonomiske faktorer er, mellem personer med svære sindslidelser i forhold til resten af befolkningen og vi viser tal for, hvor store disse forskelle er blandt personer med svære sindslidelser. Derudover viser vi, hvornår i sygdomsforløbet den sociale deroute sker. Forskellene på, fx hvor mange der har familie, er uden tilknytning til arbejdsmarkedet, er registreret for kriminelle forhold eller er indlagt på de somatiske hospitaler både blandt personer med forskellige typer af sindslidelser og mellem personer, der har og ikke har sindslidelser, er vigtig at få belyst, da det kan være nyttig information for det personale og det system, der behandler personer med svære sindslidelser.

7.2. Oversigt over bogens resultater

7.2.1 Behandlingen af personer med sindslidelser

I kapitel 2 giver vi et overblik over behandlingsmulighederne for personer med svære sindslidelser og giver en karakteristik af de personer, der er blevet behandlet i det offentlige psykiatriske system over de sidste 30 år.

I den del af kapitlet, som omhandler behandlingssystemet, konstaterer vi, at det er lykkedes at realisere den politiske beslutning fra 1976 om at skabe en mere differentieret behandling for personer med en sindslidelse. Det er sket over tre perioder, hvor den første frem til begyndelsen af 1990'erne er karakteriseret af, at antallet af pladser på sygehusene faldt, uden at andre tilbud blev etableret. I den efterfølgende udbygningsperiode er der etableret en differentieret behandlingsstruktur med et stort antal ambulante behandlinger i distriktpspsykiatrien og

etablering af den del af socialektorpsykiatrien, som retter sig mod beboere i eget hjem (støttekontakt-personordning, bostøtteordning og værestedspladser) samt en svag stigning i antallet af pladser på sociale botilbud. Fra omkring år 2000 bliver strukturen stabiliseret, og vi ser et svagt faldende antal sengepladser, et stabilt antal ambulante behandlinger, et nogenlunde stabilt antal sociale botilbud, et stabilt antal pladser i støtte-kontaktpersonordning og i antallet af væresteder samt et stigende antal pladser i bostøtteordningen. Over hele perioden sker samtidig en stærk specialisering af behandlingen på sygehusene, hvor antallet af læger og psykologer stiger kraftigt på bekostning af det øvrige omsorgspersonale. Samlet set er det enstrengede system med behandling på statshospitaler med plejehjem og på sygehusafdelinger erstattet af et firestrengt system:

- Sygehusbehandling ved indlæggelse
- Behandling i sociale botilbud
- Ambulant, primært medicinsk, behandling i distriktspsykiatri og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer
- Behandlingstilbud til hjemmeboende i form af kommunalt opsøgende virksomhed, træningstilbud, væresteder m.m.

Over perioden fra slutningen fra 1970'erne og frem til i dag er der altså sket en markant ændring i organiseringen af behandlingen af svært sindslidende. Et centralt aspekt i den 30-årige periode er forholdet mellem nedlæggelsen af sygehuspladser, som særligt skete frem til 1993, og den manglende udbygning af de lokale tilbud, især i distriktspsykiatrien, i begyndelsen af 1990'erne.

Der er nogle gennemgående træk i analysen af behandlingen af personer, som har været indlagt på sygehus siden 1980. For det første sker der en reduktion i antallet af personer, der er indlagt. Men reduktionen i antallet af personer, der er indlagt, er mere moderat end kapacitetsudviklingen, hvilket tyder på, at indlæggelsesperioderne over tid bliver kortere. For det andet stiger antallet af personer i ambulant behandling.

Det samlede billede tyder på, at omlægningen af behandlingen for sindslidende har ført til en ændret patientsammensætning på de psykiatriske sygehuse. I analyserne kan vi se, at der er blevet flere mænd, og der er blevet flere yngre, som indlægges. Der er flere med klassiske psykiatriske lidelser som affektive lidelser og skizofreni og en mindre andel med alkoholisme og andet misbrug.

I kapitlet ser vi videre på, hvordan forskellige baggrundskarakteristika ændres for gruppen af 25-34-årige, der har været indlagt, over tid. Resultaterne viser, at gruppen af indlagte i et vist omfang nærmer sig den øvrige befolkning, når det gælder forhold som civilstand og antallet af personer med børn, når vi ser på

perioden fra 1980 til 2010. Forskellene er samlet set øget, når det drejer sig om uddannelse. Når vi ser på beskæftigelse og indkomst, er forskellene øget fra 1980 til 1995, mens der ser ud til at ske en reduktion i forskellene fra 1995 til 2010.

Vi følger to grupper, der er 25-34-årige i henholdsvis 1980 og 1995, og som er indlagt i disse to år. Disse to kohorter følger vi hvert år op til 15 år efter deres indlæggelse (i henholdsvis 1980 og 1995). Med udvælgelsen af to kohorter belyser vi udviklingen fra statshospitalerne til en tid med en mere differentieret psykiatri. Mens kohorten fra 1980 oplevede et mere centraliseret behandlingssystem, oplevede kohorten fra 1995 overgangen til det fire-strengede behandlingssystem. Ser vi på indkomstforholdene, er der en større andel for 1995-kohorten i forhold til 1980-kohorten, der ligger i den laveste indkomstkvartil over hele den 15-årige periode. For både 1980- og 1995-kohorten gælder, at andelen i den laveste indkomstkvartil stiger frem til 5 år efter indlæggelsen, hvorefter andelen falder igen. Yderligere kan det konstateres, at der ser ud til at være en større dødelighed for 1980-kohorten i perioden. Muligvis er 1980-kohorten påvirket af det behandlingsmæssige efterslæb, der opstår med nedlæggelsen af sengepladser på de psykiatriske hospitaler. Men forskellen i dødeligheden for 1980- og 1995-kohorten kan også skyldes forbedrede behandlingsresultater for 1995-kohorten.

Forandringen af behandlingsstrukturen betyder, at behandlingen af personer med sindslidelse i øget omfang retter sig mod hjemmeboende suppleret af korte døgnophold på sygehuse og længerevarende ophold i botilbud. Det betyder, at behandlingen ikke behøver at føre til et brud med de vigtige samfundsinstitutioner, familie, uddannelse og arbejde. Over tid kan vi derfor se, at det i højere grad bliver muligt for personer med svære sindslidelser at bibeholde et arbejde. Det er dog fortsat sådan, at personer med en svær sindslidelse skiller sig ud ved at have svagere relationer til familie, uddannelse, arbejde og en lavere indkomst.

7.2.2 Tidlige socioøkonomiske risikofaktorer og svære sindslidelser

I kapitel 3 undersøger vi, hvorvidt socioøkonomisk status i den tidlige barndom, dvs. familiens indkomst, forældrenes uddannelse og beskæftigelsesstatus, er relateret til udviklingen af alvorlige psykiske lidelser som skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Selvom gruppen af personer, der har henholdsvis skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser, i vores analyser alle lader til at være dårligere stillet i forhold til forældres socioøkonomiske baggrundskarakteristika end mænd på samme alder, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien, viser der sig alligevel nogle betydelige forskelle mellem mænd med de forskellige diagnoser i analyserne.

Resultaterne fra analyserne i dette kapitel viser, at der er en større gennemsnitlig sandsynlighed for at blive indlagt med skizofreni og personlighedsforstyr-

relser blandt mænd, som ved fødslen havde en fader der var uden beskæftigelse i forhold til mænd, som ved fødslen havde en fader, der var lønmodtager. Mænd, der kommer fra en familie med relativ lav indkomst (beliggende i det første indkomstkvartil), har en større sandsynlighed for at blive indlagt med affektive lidelser i forhold til mænd, der kommer fra en familie med relativ høj indkomst. Resultaterne i kapitlet viser, at moderens uddannelse umiddelbart hænger sammen med udviklingen af personlighedsforstyrrelser (men ikke skizofreni og affektive lidelser), men at denne sammenhæng forsvinder når vi kontrollerer for de øvrige socioøkonomiske faktorer i barndommen.

Prædikerede sandsynligheder indikerer, at en kombination af lav familieindkomst, ingen uddannelse og beskæftigelse blandt begge forældre, samtidig med indikationer på sociale problemer, som skilsmisse og kriminalitet, øger den gennemsnitlige sandsynlighed for at udvikle en af de svære sindslidelser betydeligt i forhold til en kombination af disse forhold, som forekommer hos befolkningen iøvrigt.

7.2.3 Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med svære sindslidelser

I kapitel 4 undersøger vi forskellige forhold, der beskriver, i hvor høj grad personer med svære sindslidelser har familie, har uddannelse, er tilknyttet arbejdsmarkedet eller er registreret for kriminelle forhold. Gruppen af personer med svære sindslidelser, der indgår i dette kapitel, er født i årene 1965 til 1980 (og dermed 25-40 år i 2005, det år de fleste karakteristika er vist for), og har på et eller andet tidspunkt i deres liv været registreret for en behandling for en ikke-organisk psykotisk lidelse samt været i kontakt med psykiatrien i minimum 2 år (fra første indskrivning til sidste udskrivning). Den gruppe, som vi kigger på, indeholder altså nogle af de personer, der har de allersværeste sindslidelser, og som har hyppig kontakt med psykiatrien.

Langt flere blandt personer med en svær sindslidelse er uden partner og uden børn i forhold til øvrige sammenlignelige grupper i resten af befolkningen. Blandt de, der har en sindslidelse, lever 80 pct. mænd og 61 pct. kvinder som enlige, mens den tilsvarende andel blandt de, som ikke har en sindslidelse, er 55 pct. for mænd og 43 pct. for kvinder. Blandt de, der har en sindslidelse, har 11 pct. blandt mænd og 34 pct. blandt kvinder børn. Den tilsvarende andel blandt mænd og kvinder, der ikke har en sindslidelse, er henholdsvis 47 og 66 pct.

Personer med en svær sindslidelse har også generelt et lavere uddannelsesniveau og en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt 25-40-årige mænd og kvinder med en svær sindslidelse står henholdsvis 53 og 43 pct. helt uden for arbejdsmarkedet, og størstedelen af disse er på førtidspension. De betydelige forskelle i beskæftigelsesstatus for personer med og uden en sindslidelse betyder, at der også

er betydelig forskel i indkomst. Den gennemsnitlige bruttoindkomst blandt personer med en sindslidelse var i 2005 ca. 158.000 kr. om året, hvilket ligger under den indkomst, man fik som enlig på førtidspension i 2005 (ca. 170.000 kr. om året). Til sammenligning var den gennemsnitlige bruttoindkomst blandt personer uden en sindslidelse ca. 311.000 kr. om året for mænd og ca. 233.000 kr. om året for kvinder.

Blandt både de 25-40-årige mænd og kvinder med en svær sindslidelse modtager flere en dom i forhold til mænd og kvinder i samme alderskategori uden en sindslidelse. Således har henholdsvis 13 pct. og 5 pct. blandt mænd og kvinder med en sindslidelse fået en dom i 2005. Andelen blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der har fået en dom, er henholdsvis 8 pct. og 2 pct. Der er dog forskel på, hvilken type kriminalitet der blev begået af de dømte personer med en sindslidelse i forhold til personer uden en sindslidelse. Dømte personer med sindslidelser begår oftere kriminalitet relateret til vold, berigelse, stoffer og overtrædelse af offentlig orden, sammenlignet med gruppen af dømte personer uden sindslidelser. Blandt de dømte begår personer uden en sindslidelse oftere kriminalitet relateret til færdsel. Et bidrag til den højere kriminalitetsrate blandt sindslidende er misbrug og stoffer, idet en stor del blandt personer med svære sindslidelser på et eller andet tidspunkt har fået misbrug som hoved- eller bidiagnose.

Generelt viser resultaterne i kapitlet et større forbrug af sundhedsydelser for personer med en sindslidelse end for personer uden en sindslidelse. Mænd, der har en sindslidelse, har således i gennemsnit 0,24 indlæggelser på et somatisk hospital og 9,3 besøg hos lægen i 2005, mens mænd der ikke har en sindslidelse i gennemsnit har 0,08 indlæggelser på et somatisk hospital og 3,6 besøg hos lægen. Kvinder med en sindslidelse har "kun" ca. dobbelt så mange indlæggelser og lægebesøg (0,42 og 15,6) som kvinder uden en sindslidelse (0,23 og 7,8).

Der er betydelige kønsforskelle, når vi ser på en række forhold. Kvinder med en svær sindslidelse lader til i højere grad end mænd med en sindslidelse at være gift og have børn, at uddanne sig og deltage på arbejdsmarkedet. Mænd med en sindslidelse lader til oftere at begå kriminalitet og at have relativt flere og sværere somatiske sygdomme, der kræver lægebesøg og hospitalsindlæggelser. Af alle mænd og kvinder, der blev født i årene 1965 til 1980 (og boede i Danmark den 1.1 1981), er der en større dødelighed blandt mænd i forhold til kvinder. Blandt mænd med svære sindslidelser er 6,1 pct. døde i 2005 og blandt kvinder med svære sindslidelser er tallet 3 pct. De tilsvarende tal blandt mænd og kvinder uden sindslidelser er henholdsvis 1,8 og 0,8 pct.

Det generelle billede, som vi har tegnet af personer med en svær sindslidelse, viser, at gruppen af personer med en sindslidelse er en relativt svag og sårbar gruppe med få ressourcer. Fordi en sindslidelse ofte er svært invaliderende, er det heller ikke forventeligt, at denne gruppe kan klare sig lige så godt som den

resterende ikke-sindslidende del af befolkningen. Det er dog vigtigt at bemærke, at på trods af, at vi ser på personer i befolkningen, som har nogle af de allersværeste sindslidelser, så har en tredjedel blandt kvinderne børn, og ca. en tredjedel blandt kvinderne og en fjerdedel blandt mændene er i beskæftigelse. Derudover har en betydelig del blandt sindslidende en uddannelse.

7.2.4 Forskelle blandt sindslidende: Personer med forskellige indlæggelsesforløb har forskellige baggrundskarakteristika

I kapitel 5 undersøger vi forskelle i indlæggelsesforløb mht. indlæggelsestidspunkt og varighed af indlæggelsen.

Der findes mange forskellige typer indlæggelsesforløb blandt personer, som har en svær sindslidelse. Nogle personer med svære sindslidelser benytter kun sporadisk det psykiatriske system, mens andre er indlagt en stor del af livet. I kapitel 5 grupperer vi disse mange indlæggelsesforløb efter deres omfang. Information om forskelle i baggrundskarakteristika for personer med forskellige forløb kan være nyttig i behandlingssystemet, da de store forskelle kan indikere, at personer med forskellige indlæggelsesforløb har brugt systemet forskelligt og sandsynligvis har brug for forskellig behandling.

I analysen i kapitel 5 fokuserer vi på personer med enten skizofreni eller affektive lidelser. Resultaterne viser, at der er store forskelle på indlæggelsesforløbene blandt patienterne, at der er betydelige forskelle i indlæggelsesforløb blandt personer med samme diagnose, og at der er forskelle i indlæggelsesforløbene afhængig af hoveddiagnosen. Endvidere er der betydelige kønsforskelle i indlæggelsesforløbene blandt personer med samme diagnose.

Når vi ser på den fjerdedel af mænd og kvinder, som har de mindst omfattende indlæggelsesforløb, er disse grupper karakteriseret ved, at de har meget få og korte indlæggelser, og disse grupper bliver generelt indlagt relativt sent i deres liv. I forhold til de øvrige personer med mere omfattende indlæggelsesforløb er det den gruppe, der mest ligner resten af befolkningen i samme køn- og aldersgruppe med hensyn til, om de fx bor alene, er uden uddannelse, har begået kriminalitet eller er døde. Der er dog stadig betydelige forskelle i baggrundskarakteristika for gruppen med de letteste indlæggelsesforløb og resten af befolkningen, især blandt mænd. Blandt den fjerdedel af mænd, som har de mindst omfattende indlæggelsesforløb, er der cirka dobbelt så mange, der er single, i den laveste indkomstgruppe, og som er døde i forhold til mænd i befolkningen, der aldrig har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Ser vi på den fjerdedel af mænd, der har en skizofrenidiagnose med de mest omfattende indlæggelsesforløb, tegner der sig et meget dystert billede: 66 pct. er registreret for kriminelle forhold, 97 pct. er single, 82 pct. har ingen uddannelse, 94 pct. er uden for ar-

bejdsmarkedet, 75 pct. er i den laveste indkomstkvarartil, og 26 pct. er døde, inden de fylder 49 år.

De tilsvarende analyser for mænd med affektive lidelser tegner også et dystert billede blandt den fjerdedel af mænd med de mest omfattende forløb. Resultaterne for mænd med affektive lidelser tyder dog på, at de klarer sig relativt bedre, når vi ser på fx familieforhold, beskæftigelse og dødelighed, end den tungeste gruppe af mænd med skizofreni.

Samlet set gælder det, at jo mere omfattende behandlingsforløbet har været for mænd og kvinder med skizofreni eller en affektiv lidelse, jo større sandsynlighed er der for at være single, registreret for kriminalitet, ikke at få færdiggjort en erhvervskompetencegivende uddannelse, stå uden for arbejdsmarkedet, tilhøre den laveste indkomstgruppe i samfundet og for at dø før det 49. år.

7.2.5 En analyse af sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse

I kapitel 6 sætter vi fokus på sammenhængen mellem skizofreni og beskæftigelse. Det at være uden nogen beskæftigelse kan være en social eksklusion, og er noget som mange med svære sindslidelser oplever og ofte med store personlige omkostninger. Derudover er det af samfundsøkonomisk betydning, at en betydelig del af personer med svære sindslidelser er uden beskæftigelse en stor del af deres liv.

For at kunne sammenligne personer med skizofreni med personer, som kunne ligne dem, hvis de ikke havde haft skizofreni, analyserer vi forskellene mellem personer med skizofreni og deres søskende. Resultaterne i kapitel 6 viser, at beskæftigelsesfrekvensen afviger væsentligt for søskende med og uden skizofreni fra op til 15 år forud for den første hospitalsindlæggelse. For søskende med skizofreni sker der et betydeligt fald i beskæftigelsesfrekvensen 6 år før den første indlæggelse. Efter den første indlæggelse stabiliserer beskæftigelsesfrekvensen sig, og herefter er cirka 18 pct. af de søskende, der har skizofreni, beskæftiget frem til 10 år efter.

Ved beregning af forholdet mellem søskende med og uden skizofreni og beskæftigelse i 2007 viste resultaterne en forskel i beskæftigelsen på hele 55 procentpoint, selvom der kontrolleres for en række indirekte mekanismer, hvor igennem skizofreni kan påvirke beskæftigelse, herunder uddannelse og erhvervs erfaring før indlæggelse. Hvis der ikke kontrolleres for disse forhold, er den negative effekt af skizofreni større, nemlig 67 procentpoint. I kapitlet tester vi vores resultater ved at undersøge, hvordan alderen ved første indlæggelse og længden af den første indlæggelse med skizofreni påvirker sandsynligheden for at være i beskæftigelse. Resultaterne af disse andre specifikationer viser stort set den samme sandsynlighed for at være i beskæftigelse, hvilket er et udtryk for, at det at få diagnosticeret skizofreni, stort set har den samme effekt uanset længden af den første indlæggelse eller tidspunktet (alderen) for denne.

7.3 Opsummering og nye spørgsmål

Med denne bog forsøger vi at tegne et billede af de livsbetingelser, som personer med svære sindslidelser lever under i dag, og som de har levet under de seneste 30 år. I kapitel 2 ser vi på udviklingen i behandlingssystemet og på, hvordan den gruppe, der bliver behandlet, ændrer sig over tid. I kapitel 3 undersøger vi sammenhængen mellem tidlige socioøkonomiske faktorer og udviklingen af svære sindslidelser som skizofreni, affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. I kapitlerne 4, 5, og 6 undersøger vi forskellige demografiske og socioøkonomiske forhold blandt personer med svære sindslidelser. Samlet giver resultaterne i denne bog et billede af mange forskellige aspekter af de liv, som leves blandt personer med svære sindslidelser. Nedenfor nævner vi en række af de spørgsmål, som vi er stødt på undervejs i bogen, men som der ikke har været tid og plads til at besvare i denne bog.

I analysen af behandlingssystemet i kapitel 2 beskriver vi behandlingssystemet og de personer, der benytter systemet. Men vi kan ikke med vores analyser sige noget om, hvorvidt den nuværende struktur er den mest effektive. Der vil stadig være løbende diskussioner af arbejdsfordelingen mellem det sociale og det sundhedsmæssige, og mellem regioner og kommuner. Der er også en diskussion af, hvorvidt behandlingen af personer med svære sindslidelser lykkes, fx om personer med en sindslidelse bliver rehabiliteret og integreret i samfundets almindelige institutioner, om de mest belastede får tilstrækkelig omsorg, og om udvalget af behandlingstilbud er tilstrækkeligt og fleksibel, til at sikre helbredelse og integration.

Bogen indeholder kun i mindre grad en belysning af de personlige og økonomiske omkostninger, der er for de pårørende til personer med sindslidelser. I kapitel 3 undersøger vi, hvordan forældres indkomst, uddannelse og stillingsstatus er korreleret med sandsynligheden for, at deres barn udvikler en svær sindslidelse. I kapitlet benytter vi oplysninger om forældres socioøkonomiske forhold før barnets fødsel. Men det modsatte spørgsmål – hvad det betyder for forældres socioøkonomiske status at få et barn med svære sindslidelser – det har vi ikke besvaret, selvom der er betydelige både personlige og økonomiske omkostninger ved dette.

En anden gruppe af pårørende, som er belastet, er børnene af personer med svære sindslidelser. I kapitel 4 finder vi, at ca. en tredjedel blandt kvinder med svære sindslidelser (og hyppig kontakt til psykiatrien) har børn. Det rejser spørgsmålet om, hvordan dette påvirker disse børns liv. Har de andre opvækstvilkår, og hvordan påvirker det dem at have en moder med svære sindslidelser i forhold til at klare livet som voksne?

Analyserne i denne bog er overvejende beskrivende. Dvs. at vi ikke kan sige noget om årsager til, at forholdene er, som de er. Viden om sammenhængene er vigtig, men det leder også til mange spørgsmål. I kapitel 4 belyser vi fx forskelle i brug af sundhedsvæsnet generelt. I dette kapitel er der betydelige forskelle i antallet, der bliver behandlet for somatiske sygdomme for personer med og uden sindslidelser. Da dette område er relativt underbelyst inspirerer resultaterne i denne bog til at undersøge, hvordan det at have en svær sindslidelse påvirker brugen af sundhedssystemet, og hvordan denne sammenhæng er påvirket af socioøkonomiske faktorer. I kapitel 4 viser vi også, at mange mennesker med svære sindslidelser har et misbrug. Det rejser spørgsmålet om, i hvor høj grad dette misbrug påvirker de sammenhænge, der er mellem sindslidelse og fx deres familieforhold, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, brug af sundhedssystemet og – i særdeleshed – kriminalitet.

De beskrivende analyser i denne bog viser også, at der findes en gruppe blandt personer med svære sindslidelser, som har en erhvervskompetencegivende uddannelse. Dette er især blandt gruppen af personer med mindre tunge indlæggelsesforløb og især blandt kvinder. Det at afslutte en uddannelse giver både et socialt netværk, en social inklusion og bedre muligheder for efterfølgende at få en tilknytning til arbejdsmarkedet. At en del af de personer, der har svære sindslidelser, formår at afslutte en uddannelse, er altså ikke et uvæsentligt resultat, og inspirerer til at få flere detaljer omkring disse forhold: Hvilke forhold er til stede blandt dem, der afslutter en uddannelse, hvilke uddannelses typer vælges der, og fører uddannelse til større tilknytning til arbejdsmarkedet og et bedre liv?

KAPITEL 8

Appendiks: En beskrivelse af Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Af Jane Greve

8.1 Introduktion

Til at beskrive forholdene for sindslidende personer i hospitalspsykiatrien anvender vi det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) koblet med en række andre registre fra Danmarks Statistik. Nedenfor beskriver vi datamaterialet fra DPCF herunder de mest centrale ændringer i kategorisering af diagnoser, indsamlingsprocedure og registreringspraksis. DPCF er nærmere beskrevet i Mors et al. (2011).

8.2 Afgrænsningen af personer i Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister

I april 1969 påbegyndtes en elektronisk registrering af alle patienter på de psykiatriske hospitaler. Registreringerne blev senere samlet i det der nu kaldes Det Danske Psykiatriske Centrale forskningsregister. Det Danske Psykiatriske Centralregister indeholder data om alle indlæggelser og udskrivninger på danske psykiatriske hospitaler fra 1969 og frem. Det seneste år, som vi i denne bog har adgang til, er 2010. Den elektroniske registrering af antallet af indlæggelser på de psykiatriske afdelinger i Danmark blev startet af administrative grunde, og DPCF er derfor ikke opbygget til forskningsmæssige formål.

Fra og med 1974 inkluderes dagpatienter i DPCF, og fra den 1. januar 1995 er alle ambulante kontakter og skadestuebesøg registreret. Da der ikke er nogen private psykiatriske hospitaler eller klinikker i Danmark, er alle indlæggelser af sådanne type steder inkluderet i registret.

Ud over indlæggelsesdag og udskrivningsdag indeholder registret bl.a. information om hvilket hospital personen er indlagt på, hvilke vilkår (f.eks. tvang) indlæggelsen er foretaget med, og om den til indlæggelsen stillede psykiatriske diagnose.

Der er anført både en aktionsdiagnose og en bidiagnose. Aktionsdiagnosen, som er den, vi benytter i denne bog, medmindre andet er nævnt, er den diagnose, der bedst beskriver tilstanden, der er handlet på under indlæggelsen. I forhold til det samlede sygdomsforløb er det altså den sygdom, der træder frem i den aktuelle indlæggelse og ikke, fx grundsygdommen, der registreres som aktionsdiagnose. Der kan angives flere bidiagnoser ved hver indlæggelse. Men de bidiagnoser der er anført er kun de, der er relevante for den tilstand, der bliver behandlet for under den aktuelle indlæggelse, og er altså ikke relateret til fx grundsygdommen.

De personer, som vi i denne bog undersøger forskellige forhold for, er alle personer bosiddende i Danmark, der har en svær sindslidelse, der har medført indlæggelse på et psykiatrisk hospital eller en ambulante behandling. Psykiatriske diagnoser givet på somatiske hospitaler eller registreret hos lægen er ikke inkluderet i DPCF, og mange mennesker med svære psykiske lidelser bliver ikke behandlet i sundhedssystemet. Mange flere mennesker end dem, vi kan se i registret, har således en sindslidelse.

Det er således vigtigt at fremhæve, at de personer, som vi i denne bog undersøger ved brug af DPCF, har en psykisk lidelse, der har forårsaget en kontakt til det psykiatriske hospitalssystem eller det ambulante behandlingssystem på et eller andet tidspunkt i perioden fra 1969 til 2010. Selvom vi med denne afgrænsning langt fra fanger alle med en psykisk lidelse, så må vi forvente, at denne gruppe fanger en betydelig del af de personer i befolkningen, der har meget svære sindslidelser. Mens det fx i spørgeskemaer/interviews er personernes eget valg at definere, om de har en psykisk lidelse og i givet fald hvilken, så er det for langt de fleste ikke et frivilligt valg at blive indlagt på et psykiatrisk hospital. Det er ofte en uundgåelig følge af den indlagtes tilstand.

8.3 Ændringer i klassifikationssystemet

I Danmark benyttes Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) klassifikationssystem "International Classification of Diseases" (ICD) som diagnosereference. Frem til den 31. december 1993 brugte man den danske version af den 8. udgave, ICD-8. Da ICD-9 blev indført i andre nordiske lande omkring 1978 fastholdt man med små justeringer ICD-8 i Danmark. Per 1. januar 1994 indførte man den nuværende ICD-10 udgave i Danmark.

Den fundamentale forskel på ICD-8 og ICD-10 er, at ICD-8 er baseret på ætiologiske principper, mens ICD-10 er baseret på fænomenologiske principper. Dvs. at op til 1993 var diagnoser defineret ud fra de årsager, der førte til den psykiske lidelse. Fra 1. januar 1994 er diagnoser på psykiske lidelser defineret ud fra en karakteristik af de psykiske fænomener i stedet for ud fra deres årsager og

oprindelse. Derudover førte ICD-10 klassifikationen til, at nogle sygdomme blev opdelt på nye måder, og mange nye sygdomme blev indført i systemet. WHO har besluttet at bruge dette system, hvor diagnoserne alene er defineret ud fra deres symptomer og forløb, for at nå frem til et internationalt diagnosesystem, som kan accepteres i alle lande.

Ændringen i klassifikationssystemet fra ICD-8 til ICD-10 betyder, at en person med uændret sindstilstand kan ændre diagnose før og efter 1. januar 1994. En sammenligning af diagnoser før og efter 1994 kan således være problematisk.

Validiteten af diagnoserne i registeret er undersøgt i flere studier. Den vigtigste overvejelse i den forbindelse er, at det er kliniske diagnoser, der optræder i DPCF, og ikke diagnoser valideret til brug i forskning. For skizofreni og affektive lidelser har det dog vist sig, at der er en rimeligt god overensstemmelse med de kliniske og forskningsbaserede diagnoser (Laursen et al., 2010).

8.4 Ændringer i indsamlingsprocedure

Som nævnt ovenfor startede en registrering af dagspatienter i 1974. I 1976 overtog amterne ansvaret for psykiatrien fra staten. Frem til 1978 anses registreringerne i DPCF for at være mindre nøjagtige (Munk-Jørgensen & Perto, 2000).

I 1990/91 begyndte de psykiatriske hospitaler, der teknologisk havde mulighed for det, at fremsende data elektronisk til det psykiatriske centralregister. Fra 1. januar 1995 blev sundhedsstyrelsen ansvarlig for at indsamle data fra de psykiatriske hospitaler, samtidig med at alle ambulante kontakter og skadestuebesøg nu blev registreret. Center for Psykiatrisk Forskning i Århus er i dag ansvarlige for vedligeholdelsen af DPCF.

8.5 Sammenfatning

Det Danske Psykiatriske Centrale Forskningsregister (DPCF) blev oprettet i 1969 med det formål administrativt at registrere antallet af indlæggelser på de psykiatriske afdelinger i Danmark, og DPCF er derfor ikke opbygget til forskningsmæssige formål. Der er således bl.a. flere databrud, der er forårsaget af ændringer i indsamlingsprocedure, ligesom der løbende sker en ændring af kategoriseringer og registrering i registret.

I 1974 startede en registrering af dagspatienter og i 1976 overtog amterne ansvaret for psykiatrien fra staten. Frem til 1978 anses registreringerne for at være mindre nøjagtige. Fra den 1. januar 1995 er alle ambulante kontakter og skadestuebesøg også registreret.

Frem til den 31. december 1993 blev det internationale klassifikationssystem

ICD-8 benyttet til at kategorisere diagnoser. Per 1. januar 1994 indførte man den nuværende ICD-10 udgave i Danmark.

Der er fundamentale forskelle på ICD-8 og ICD-10, som gør, at diagnoser ikke er sammenlignelige over tid. Dog har der vist sig for diagnosetyperne skizofreni og affektive lidelser at være en rimeligt god overensstemmelse med de kliniske og forskningsbaserede diagnoser.

8.6 Litteratur

- Laursen, T.M., Nordentoft, M., Gissler, M., Westman, J. & Wahlbeck, K. (2010) Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland. NHV-rapport 2010.
- Mors, O., Perto, G.P., & Mortensen, P.B. (2011). The Danish Psychiatric Central Research Register. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 54–57.
- Munk-Jørgensen, P., & Perto, G., (2000). "De farlige psykiatriske tal". 1. udgave, 1. oplag, Munksgaard, København 2000.

English summary

This book describes a number of social conditions for people with severe mental disorders. We use the Danish Psychiatric Central Research Register to identify people with severe mental disorders. All admissions to psychiatric hospitals have been recorded in the Danish Psychiatric Central Research Register since 1969 (outpatients are recorded from 1995). In the Danish population, about nine percent have at some point in their lives been admitted to a psychiatric hospital or treated as an outpatient. If we look only at those who have been in contact with mental health services over a period of more than two years (i.e., excluding those who have only shortly been in contact with the mental health care service), we find approximately four percent of the population with a severe mental disorder. If we look at those who have been diagnosed with a non-organic psychosis (e.g., schizophrenia or affective disorders) *and* have been in contact with mental health services for more than two years, then approximately one percent of the Danish population has a severe mental disorder.

However, more people than these nine percent have mental disorders, given that all those with severe mental disorders who are not treated at psychiatric hospitals or as outpatients are not counted in this definition. Furthermore, the impact of severe mental disorders in the Danish population goes far beyond the nine percent that had direct contact with the mental health care services. The consequences of long periods of illness include absence from the family, the education system, and the labor market. Moreover, during these periods of illness, close family and friends often need to care for those with severe mental disorders.

Absence from family, education, and employment, combined with the greater need for care, is costly for the people with severe disorders, their families, and the society that surrounds them. This book illustrates the extent of the costs relative to the lower educational level, lower income, higher crime rate, higher mortality, and other factors for people with severe mental disorders.

To illustrate these living conditions among people with severe mental illnesses, we use the Danish Psychiatric Central Research Register (DPCF, Danish abbreviation). DPCF contains information on contacts with mental health services, including hospitalization and outpatient visits, discharge time, and diagnostic code from 1969 through 2010. The information from DPCF is merged with a number of other registers at Statistics Denmark, providing information about, e.g., family relations, highest level of education, employment, income, and health care. Since all Danish psychiatric hospitals and all outpatient treatments are public, all inputs and outputs from these admissions are registered in DPCF. And, as

all treatments at Danish psychiatric hospitals are paid by the state, even the most severe cases of mental disorders among the lowest socio-economic groups (which usually do not participate in surveys) are registered. In addition, we have information on both former and current characteristics, such as education, income and employment – information that can also be difficult to collect from people with severe mental disorders.

This book shows the differences in a number of demographic and socio-economic factors between people with severe mental illness and the rest of the population. We show significant differences among people with severe mental illness, and we show when in the course of the disease the social deprivation usually occurs.

The organization of the treatment

Chapter 2 gives an overview of the organization of the treatment of individuals with severe mental disorders. It also presents the characteristics of individuals who have been treated in the mental health care services over the past 30 years.

In the part of the chapter that describes the organization of the treatment, we observe a progression from a unified treatment to a differentiated treatment of individuals with mental disorders. This development has taken place in three periods. The first period, from 1976 until the very early 1990s, is characterized by a decreasing number of available beds at psychiatric hospitals, without the establishment of other places or options. The second period, from the mid-1990s until 2000, is characterized by a differentiated treatment structure, with the shifting of a great number of outpatient psychiatric treatment to the municipal level and the establishment of social-sector psychiatry (which aims, among other things, at keeping individuals living at home), housing assistance programs, and shelter sites. The third period, from around 2000 through the present, is characterized by a stabilized organizational structure. In this last period, the number of available beds at the hospitals has been stabilized, while the number of outpatient treatments still appears to be increasing slowly. Moreover, there is only a small change in the number of social housing possibilities, programs aimed at supporting people with mental disorders in their own houses, and the housing assistance program. At the same time, a strong specialization in the treatment in hospitals has occurred throughout the entire period: the number of doctors and psychologists has increased, while the number of other caregivers has decreased.

To sum up, the unified system with treatment only at state hospitals and nursing homes has been replaced by a four-tier system characterized by treatment by hospitalization, treatment in social housing programs, outpatient treatment and treatment of people living at home through outreach, training, drop-in centers, etc.

Thus from the end of the 1970s through today a significant change has occurred in the organization of the treatment of people with mental disorders. A central aspect of this 30-year period is the relationship between the decreasing number of beds at the psychiatric hospitals (particularly until 1993), and the absence of expansion in other offers of treatment, especially in outpatient treatments at the beginning of the 1990s.

The change in the organizational structure of the treatment of people with mental disorders led to a change in the characteristics of patients treated at the psychiatric hospitals. An increasing share of men and more young people were hospitalized from 1980 to 2008. There are more people with classic psychiatric disorders such as affective disorders and schizophrenia, and a smaller fraction with alcoholism and other forms of substance abuse. We study the change in background characteristics for the group of 25- to 34-year-olds hospitalized in 1980, 1995, and 2010. For the period from 1980 to 2010, the results show that over time people with mental disorders resemble the rest of the population with regards to marital status, the number of children, and income. As to education and employment, the differences between people with and without a mental disorder have increased, although the differences in employment from 1995 to 2010 have decreased.

Finally, we follow two groups of 25- to 34-year-olds in 1980 and 1995, all of whom were hospitalized during these two years, respectively. We follow these two cohorts every year up until 15 years after their hospitalization in 1980 and 1995, respectively. While the cohort from 1980 experienced a more centralized treatment system, the 1995 cohort experienced the transition to the four-tier treatment system.

In the year of hospitalization and the period of the following 15 years, the cohort from 1980 had a higher chance being married or cohabiting and being employed (until 11 years after) compared to the cohort from 1995 — but they also had a higher chance of dying. Fifteen years after hospitalization, 22 percent of the 1980 cohort and 19 percent of the 1995 cohort are dead.

Early socioeconomic risk factors and severe mental disorders

Chapter 3 investigates whether socioeconomic status in early childhood, i.e., family income and parental education and employment status, relates to the development of severe mental disorders such as schizophrenia, affective disorders, and personality disorders. The group of people with one of these three disorders, all appear worse off in terms of parental socioeconomic characteristics compared to men in the same age group who have never been in contact with the mental health care service. However, some significant differences exist,

depending on the type of mental disorder.

The results of the analysis show that men whose mothers have no education by the child's birth are on average more likely to develop personality disorders than men whose mothers have a further education. However, this result only counts when we do not control for other variables. There is no significant relationship between mothers' education and the development of schizophrenia and affective disorders. Men who at birth have unemployed fathers are more likely to develop schizophrenia and personality disorders than men who at birth have wage-earning fathers. Men who come from families with low-income are more likely to develop affective disorders. These latter two results hold when we control for other socioeconomic and demographic variables.

As schizophrenia, affective disorders, and personality disorders are relatively rare in the population (only approximately 9, 21 and 15 out of 1000 develop schizophrenia, affective disorders, and personality disorders, respectively) the risk of developing them is small. However, significant relative differences exist in the probabilities of developing these diseases, depending on parental socioeconomic status.

Severe mental disorders, use of general health care services and socioeconomic characteristics

Chapter 4 describes the differences in a number of factors that measure use of health care services and socioeconomic status for people with and without severe mental disorders. We study how many among people with severe mental disorders form a family, become educated, work, use health care services and are registered for crime. The people with severe mental disorders whom we study in this chapter were born in the years from 1965 to 1980 and have at some point been registered for treatment for a non-organic psychotic disorder and have been in contact with mental health services for at least two years. Thus the group we are studying contains some of the people with the most severe mental disorders.

Among those with a mental disorder, 80 percent of the men and 61 percent of the women are single. The corresponding fraction among those who do not have a mental disorder is 55 percent for men and 43 percent for women. Among those with a mental disorder, 11 percent of the men and 34 percent of the women have children. The corresponding fraction among men and women who do not have a mental disorder is, respectively, 46 and 66 percent.

In general, people with mental disorders have fewer years with educational and a weaker labor market attachment. Among men and women with a severe mental disorder, 53 and 43 percent, respectively, are out of the labor market. Most of these people receive disability pensions. Consequently, there are sig-

nificant differences in income between people with and without severe mental disorders. The yearly average gross income among men and women, who were 25- to 40-years-old, with a mental disorder were about 158,000 DKK in 2005, which were below the level for single people on disability pension (approximately 170,000 DKK per year) in 2005. The yearly average gross income among men and women, who were 25- to 40-years-old, without a mental disorder were approximately 311,000 and 233,000 DKK in 2005, respectively.

Men and women with a mental disorder are registered for more crime than the rest of the Danish population. Thirteen percent and 5 percent, respectively, among men and women with a mental disorder had a conviction in 2005. The corresponding fraction of men and women without a mental disorder were 8 and 2 percent, respectively. However, the two groups tend to commit different types of crime. Convicted people with a mental disorder more often commit crimes related to violence, property, drugs, and public order violations, while convicted people without a mental disorder more often commit traffic-related crimes. The higher crime rate among people with mental disorders can be explained by drug abuse, as a large fraction of those with severe mental disorders have been diagnosed with drug abuse or other kinds of substance abuse.

In general, the results show a larger use of general health care services among people with mental disorders compared to people without mental disorders. While men who have a mental disorder have on average 0.24 admissions to a hospital and 9.3 visits to the general practitioner (GP) in 2005, men who do not have a mental disorder have on average 0.08 admissions to a hospital and 3.6 visits to the GP. Women with a mental disorder have about twice as many hospitalizations and GP visits (0.42 and 15.6) as women without a mental disorder (0.23 and 7.8).

We find significant gender differences among people with mental disorders. Women with a mental disorder are more likely than men to be married and have children, to have an education, and to work. Men with a mental disorder are more likely to be registered for crime, and they appear to have more severe illnesses that require visits to the GP and hospital admissions. Of all people who were born in the years from 1965 to 1980, there is a higher rate of death for men than for women. However, the probability of dying is higher for men with severe mental disorders. Among men with severe mental disorders, 6.1 percent died before 2010. Among women with severe mental disorders, only 3 percent did. The corresponding numbers for men and women without mental disorders are 1.8 and 0.8 percent, respectively.

In general, the picture we have presented of people with mental disorders shows that the group of people with mental disorders is a relatively weak and

vulnerable group with few resources. Because a mental disorder is often debilitating to the brain, we do not expect that this group can perform as well as the majority population without these problems. However, although we study people who have some of the most severe mental disorders, one out of three of these women have children and one-third of the women and one-quarter of the men participate in the labor market. In addition, a significant fraction of the women have an education.

Differences among people with mental disorders: People with different hospitalization have different background characteristics

Chapter 5 focuses on differences in hospitalization in terms of time and duration of hospitalization and examines differences in socioeconomic characteristics in groups with more or less hospitalization, respectively.

There are as many hospitalizations among people with mental disorders as there are people with these disorders. Some people with mental disorders use the mental health service system once, and only for a short period, while others are hospitalized for almost their entire lives. In Chapter 5 we group these many hospitalizations according to the number and the duration of the hospitalization. The results show significant differences in hospitalization-patterns among people with the same diagnosis, as well as significant differences in hospitalization-patterns depending on the main diagnosis (either schizophrenia or affective disorders). Furthermore, gender differences in hospitalization exist among people with the same diagnosis.

When we examine the quarter of both the men and the women who have fewer hospitalizations of short duration this group is generally admitted relatively late in life (the “less severe” group). Compared to people with many hospitalizations of long duration, the less severe group most closely resembles the rest of the population of the same gender and age on the characteristics: living alone, having an education, having been convicted for a crime or having died before they turn 49. Yet substantial differences in background characteristics exist between the group with the shortest hospitalization and the rest of the population, especially among men.

When we examine the quarter of all men with schizophrenia who have many hospitalizations of long duration (the “most severe” group), 66 percent have been registered for a crime, 97 percent are single, 82 percent have no education, 94 percent are not in the labor market, 75 percent are in the lowest income quartile, and 26 percent died before the age of 49.

The corresponding analysis for men with affective disorders also shows a very fragile group among men in the most severe group. However, the results for men

with affective disorders suggest that they perform relatively better on family relationships, employment, and mortality than the most fragile group of men with schizophrenia.

Overall, we find that men and women with more and longer durations of hospitalizations are more likely to be single, commit crimes, not to have completed an education, be out of the labor market, belong to the lowest income group in society, and die before they turn 49.

Schizophrenia and employment

Chapter 6 focuses on the relationship between schizophrenia and employment. Being without employment is a social exclusion that many people with mental disorders experience, often with large personal costs. In addition, economic costs accrue when a large fraction of people with mental disorders are excluded from the labor market for most of their lives.

The results in Chapter 6 show that the employment rates differ significantly for siblings with and without schizophrenia by up to 15 years before the first hospitalization. For siblings with schizophrenia, there is a considerable drop in the employment rate six years before the first hospitalization. After the initial hospitalization, the employment rate is stabilized around 18 percent and stays at this level up to 10 years after the hospitalization.

The difference in the employment rate between siblings with and without schizophrenia in 2007 is 67 percent. When we include a number of control variables – such as education and work experience – the difference in the employment rate between siblings with and without schizophrenia is reduced to 56 percent.

We examine two more flexible specifications for the treatment of schizophrenia: the age at and the length of the first admission. The results showed only small differences in the employment rate depending on age at and length of the first admission.

Forfatterportrætter

Jane Greve

Født 1973. Cand.polit., ph.d. Ansat som forsker i Rockwool Fondens Forskningsenhed siden 2008. Jane Greve forsker i årsager og konsekvenser af fedme og dårligt helbred blandt børn og voksne og i, hvordan forskellige sundhedstiltag påvirker børn og unges helbred og overvægt. Derudover beskæftiger hun sig med sindslidendes levevilkår. Jane Greve har publiceret en række danske bøger samt artikler i internationale tidsskrifter inden for området "Health Economics".

Frank Ebsen

Cand.merc., fil.dr. Ansat som forskningsleder ved Institut for Socialt Arbejde på Professionshøjskolen Metropol. Har stået i spidsen for en række undersøgelser af socialforvaltningers arbejde med udsatte børn og unge, arbejdsløse og behandlingen af personer med en sindslidelse. Frank Ebsen forsvarede i 2012 sin afhandling om udsatte børn og unge ved Lunds Universitet.

Johannes Kaalby Clausen

Født 1984. Cand.polit. Ansat i Rockwool Fondens Forskningsenhed siden 2007. Først som forskningsassistent og siden 2012 som forsker. Johannes Kaalby Clausen forsker i sindslidendes levevilkår og i resultaterne af den aktive arbejdsmarkedspolitik.

Louise Herrup Nielsen

Født 1986. Cand.polit. med specialisering i økonometri. Louise Herrup Nielsen har været ansat som forskningsassistent i Rockwool Fondens Forskningsenhed og har forsket i tid og forbrug samt social ulighed inden for fysisk og mentalt helbred.

Litteratur fra Rockwool Fondens Forskningsenhed 2008-2012

2008

Praktikpladser og formidlingspraksis – praktikkonsulenten i spændingsfeltet mellem virksomhedskrav og hensynet til ikke-diskrimination

Af Line Vikkelso Slot (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København)

Træk af avisdebatten om de arbejdsløse fra 1950'erne til 1990'erne

Af Bent Jensen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Forbryderen og samfundet. Livsvilkår og uformel straf

Af Torben Tranæs og Lars Pico Geerdsen med bidrag af Susumu Imai, Claus Larsen og Michael Svarer (Gyldendal, København)

Crime and Partnership

Af Michael Svarer (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Immigrant and Native Children's Cognitive Outcomes and the Effect of Ethnic Concentration in Danish Schools

Af Peter Jensen og Astrid Würtz Rasmussen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

The Unemployed in the Danish News Paper Debate from the 1840s to the 1990s

Af Bent Jensen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Hvad skrev aviserne om de arbejdsløse? – Debatten fra 1840'erne til 1990'erne

Af Bent Jensen (Gyldendal, København)

Source Country Differences in Test Score Gaps: Evidence from Denmark

Af Beatrice Schindler Rangvid (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Holdninger til uddannelse og arbejde blandt unge indvandrere, danskere og deres forældre

Af Jørgen Goul Andersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Indvandererne og det danske uddannelsessystem

Af Torben Tranæs (red.) med bidrag af Jørgen Goul Andersen, Camilla Hvidtfeldt, Bent Jensen, Marie Louise Schultz-Nielsen og Line Vikkelso Slot (Gyldendal, København)

2009

Det danske arbejdsmarked og EU-udvidelsen mod øst

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen med bidrag af Vibeke Borchsenius, Camilla Hvidtfeldt, Claus Aastrup Jensen, Jonas Helth Lønborg, Lynn Roseberry og Sanne Schroll (Gyldendal. København)

De juridiske aspekter vedrørende EU-udvidelsen og det danske arbejdsmarked

Af Lynn Roseberry (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Has Globalization Changed the Phillips Curve? Industry-Level Evidence on the Effect of the Unemployment Gap on Wages

Af Claus Aastrup Jensen (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Emigration of Immigrants – A Duration Analysis

Af Sanne Schroll (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Ægteskabsmønstret for unge med indvandrerbaggrund: Konsekvenser af ændringer i udlændingeloven i 2000 og 2002

Af Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Immigration to Denmark. An Overview of the Research Carried Out from 1999 to 2006 by the Rockwool Foundation Research Unit

Af Poul Chr. Matthiessen (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Forældres brug af tid og penge på deres børn

Af Jens Bonke (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

The impact of incentives and interview methods on response quantity and quality in diary- and booklet based surveys

Af Jens Bonke og Peter Fallesen (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Family Investments in Children: What Drives the Social Gap in Parenting?

Af Jens Bonke og Gosta Esping-Andersen (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

How much does good data matter? The case of resources available to children

Af Jens Bonke, Thomas Crossley og Lori Curtis (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

Immigration of Qualified Labor and the Effect of Changes in Danish Migration Policy in 2002

Af Martin Junge (Syddansk Universitetsforlag. Odense)

2010

Når man anbringer et barn: baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv

Af Signe Hald Andersen (red.) med bidrag af Frank Ebsen, Mette Ejrnæs, Morten Ejrnæs, Peter Fallesen og Signe Frederiksen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Danskerne og det sorte arbejde

Af Camilla Hvidtfeldt, Bent Jensen og Claus Larsen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Disentangling the heterogeneous relationship between background characteristics and a child's placement risk

Af Signe Hald Andersen og Peter Fallesen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

A good place to live. On how municipality level characteristics explain municipality level variation in children's placement risk

Af Signe Hald Andersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere

Af Jens Bonke og Jane Greve (Gyldendal, København)

2011

Borgerne og lovene 2010

Af Jørgen Goul Andersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Etniske minoriteters overrepræsentation i strafferetlige domme

Af Lars Højsgaard Andersen og Torben Tranæs (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Søvn – ægteskab, indkomst og helbred

Af Jens Bonke. Med bidrag af Morten Møller (Gyldendal, København)

Vi der bor i Danmark. Hvem er vi? Og hvordan lever vi?

Af Bent Jensen og Torben Tranæs (Gyldendal, København)

Indvandringens betydning for de offentlige finanser i Danmark

Af Christer Gerdes, Marie Louise Schultz-Nielsen og Eskil Wadensjö (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

The Price of Prejudice

Af Morten Hedegaard og Jean-Robert Tyran (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Immigration and Welfare State Cash Benefits – The Danish Case

Af Peder J. Pedersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

A Panel Study of Immigrant Poverty Dynamics and Income Mobility – Denmark, 1984-2007

Af Peder J. Pedersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

The significance of immigration for public finances in Denmark

Af Christer Gerdes, Marie Louise Schultz-Nielsen og Eskil Wadensjö (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Economic Drivers of Migration and Climate Change in LDCs

Af Helene Bie Lilleør og Katleen Van den Broeck (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Danmarks Kvalifikationsbalance

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen (Gyldendal, København)

2012

Unemployment and crime: Experimental evidence on the causal effects of intensified ALMPs on crime rates among unemployed individuals

Af Signe Hald Andersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Serving time or serving the community? Exploiting a policy reform to assess the causal effects of community service on income, social benefit dependency and recidivism

Af Signe Hald Andersen (Odense Syddansk Universitetsforlag)

Losing the stigma of incarceration: Does serving a sentence with electronic monitoring causally improve post-release labor market outcomes?

Af Lars Højsgaard Andersen og Signe Hald Andersen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

The Effect of Workfare on Crime: Youth Diligence and Law Obedience

Af Peter Fallesen, Lars Pico Geerdsen, Susumu Imai og Torben Tranæs (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Does Incarceration Length Affect Labor Market Outcomes for Violent Offenders?

Af Rasmus Landerso (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Starthjælpens betydning for flygtninges levevilkår og beskæftigelse

Af Lars Højsgaard Andersen, Hans Hansen, Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Das Ausmaß der Schwarzarbeit in Deutschland

Af Lars P. Feld og Claus Larsen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Sort arbejde i Tyskland

Af Lars P. Feld og Claus Larsen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Undeclared Work, Deterrence and Social Norms. The Case of Germany

Af Lars P. Feld og Claus Larsen (Springer and The Rockwool Foundation Research Unit, Berlin, Heidelberg)

Har vi tid til velfærd? – om danskernes brug af deres tid ude og hjemme

Af Jens Bonke med bidrag af Bent Jensen (Gyldendal, København)

Hvad har vi gjort ved tiden? En forskningsoversigt over tidsanvendelsesstudier før og nu

Af Jens Bonke og Bent Jensen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

The impact of changes in life-stage on time allocations in Denmark: a panel study 2001-2009

Af Jens Bonke (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Estimating the Effect of Emigration from Poland on Polish Wages

Af Christian Dustmann, Tommaso Frattini and Anna Rosso (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Estimating the Effect of Emigration from Poland on Polish Wages.

Non-technical summary of the main research findings of the research report prepared for the Rockwool Foundation

Af Christian Dustmann, Tommaso Frattini and Anna Rosso (Syddansk Universitetsforlag, Odense)

Det levede liv med sindslidelser. Et etnografisk forskningsstudie af borgeres sociale liv i behandlings- og socialpsykiatri

Af Nelli Øvre Sorensen (Forskningscenter for Socialt Arbejde, Metropol, & Rockwool Fondens Forskningsenhed, København)

Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser

Af Jane Greve (red.) med bidrag af Frank Ebsen, Johannes Clausen og Louise Herrup Nielsen (Syddansk Universitetsforlag, Odense)