

Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom

December 2018



Økonomi- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.oimb.dk

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

Indhold

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Hovedresultater..... | 4 |
| 2. | Indledning..... | 5 |
| 3. | Afgrænsning og opgørelsesmetoder | 6 |
| | 3.1 Definitioner og metodeopgørelser..... | 6 |
| | 3.2 Kontrol for rammevilkår via benchmarkingindikator..... | 6 |
| 4. | Resultater fordelt på landsplan | 8 |
| | 4.1 Forekomst af psykisk sygdom blandt unge | 8 |
| | 4.2 Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse på landsplan..... | 9 |
| | 4.3 Udvalgte karakteristika for unge i alderen 18 til 29 år | 11 |
| 5. | Resultater på kommuneniveau | 15 |
| | 5.1 Unge med psykisk sygdom i kommuner og regioner..... | 15 |
| | 5.2 Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse | 16 |
| | 5.3 Benchmarking med kontrol for rammevilkår..... | 17 |
| | 5.4 Betydning af udvalgte risikomarkører | 23 |
| | 5.5 Fokus på udvalgte diagnoser..... | 25 |
| 6. | Opsamling og perspektiver | 28 |

1. Hovedresultater

Resultater på landsplan

- Antallet af unge i alderen 18 til 29 år, der lever med psykisk sygdom, udgjorde ca. 77.100 personer i 2017. Det er en stigning på næsten 20.000 personer siden 2013, svarende til 33 pct.
- De mest udbredte diagnoser blandt unge er stressrelaterede tilstande, depression, angst og ADHD. Over perioden 2013-2017 er der sket en fordobling af unge med udviklingsforstyrrelser. Antal unge med angst er steget med ca. 55 pct., og antal unge med ADHD er steget med ca. 47 pct. over de seneste fem år.
- På landsplan er omkring 60 pct. af unge med psykisk sygdom enten i gang med en uddannelse eller i beskæftigelse. Til sammenligning gælder det mere end 80 pct. af alle unge. Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse varierer betydeligt på tværs af diagnoser. Omkring en tredjedel af unge med skizofreni er i gang med en uddannelse eller i job, mens det er gældende for ca. 80 pct. af unge med spiseforstyrrelser.
- Flere unge med psykisk sygdom har også sociale problemer, misbrugsproblemer, og/eller er dømt for kriminalitet end unge generelt i alderen 18-29 år.

Resultater på kommuneniveau

- Der er betydelige variationer på tværs af kommuner og regioner i andelen af unge med psykiske lidelser. Andelen er mere end dobbelt så høj i kommuner med de højeste andele, som i kommuner med de laveste andele.
- Der er samtidigt en markant forskel på tværs af kommunerne i andelen af unge med psykisk sygdom, der er tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse. I kommunen med den laveste andel er 44 pct. tilknyttet, mens 73 pct. af de unge er tilknyttet i kommunen med den højeste andel.
- Når der tages højde for kommunens rammevilkår er der fortsat forskelle i tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet blandt unge med psykiske sygdomme. De ti kommuner, der klarer sig bedst, har i gennemsnit ca. 4 pct.-point flere unge med psykisk sygdom tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. De ti kommuner, der klarer sig dårligst har ca. 7 pct.-point færre unge med psykisk sygdom tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.
- Forskelle mellem kommuner under hensyntagen til rammevilkår er endnu mere markante i de diagnosespecifikke analyser end i analysen hvor man ser på hele gruppen af unge med psykisk sygdom. Der er generelt en vis sammenhæng mellem andelen unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse på tværs af de forskellige diagnoser. Det gælder fx unge med angst, stressrelaterede tilstande og personlighedsforstyrrelse, hvilket betyder, at kommuner enten har høje eller lave andele unge med disse diagnoser tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse.

Se hvordan din kommune placerer sig

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

2. Indledning

Flere og flere unge rammes af psykiske vanskeligheder og sygdomme. Samtidig har mange af de unge med psykisk sygdom også en række sociale problemer. Selv om der er tale om en særlig målgruppe, er det også for disse unge relevant at have fokus på deres tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse.

Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse vil ofte være positivt og give værdi for den enkelte, og samtidig er der samfundsøkonomiske fordele forbundet med, at også denne gruppe af borgere, så vidt muligt, er i uddannelse eller i beskæftigelse.

I denne analyse undersøges derfor tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge 18-29 årige, der lever med psykisk sygdom. Det gøres gennem en benchmarkinganalyse, som giver de enkelte kommuner mulighed for at vurdere, hvordan de klarer sig i forhold til andre kommuner, når det handler om at få unge med psykisk sygdom i uddannelse eller i beskæftigelse.

I benchmarkinganalysen tages der højde for, at forskellige rammevilkår kan forklare en del af variationen mellem kommunerne. Når kommunerne sammenlignes, tages der fx højde for, at der kan være forskelle i hvor mange kontakter og ydelser de enkelte unge har modtaget i sundhedssystemet, hvilken diagnose de har, og om de har mere end én psykisk sygdom registreret. Der tages også hensyn til eventuelle forskelle i unges uddannelsesniveau, eventuelt kriminalitet og en række opvækstfaktorer som fx anbringelser i barndommen og forældrenes uddannelsesniveau.

Unge med psykiske sygdomme kan rammes af en række forskellige diagnoser, der kan være af forskellig sværhedsgrad. Under hensyn til kommunernes rammevilkår er der derfor også foretaget benchmarkinganalyser af unges tilknytning til uddannelse og beskæftigelse fordelt på udvalgte diagnoser. Dermed kan den enkelte kommune nemmere identificere, om der er forskel på, hvor godt kommunen klarer sig i forhold til at få de unge i uddannelse eller beskæftigelse alt efter hvilken diagnose, der er fokus på.

I kapitel 3 gennemgås kort analysens metode, data samt centrale begreber og afgrænsninger. Her kan man blandt andet se, hvordan unge med psykisk sygdom er defineret, samt hvilke afgrænsninger der er foretaget i forhold til definition af tilknytningen til uddannelse og beskæftigelse.

I kapitel 4 præsenteres de centrale resultater på landsplan, herunder forskelle i tilknytningen til uddannelse eller beskæftigelse samt en række øvrige socioøkonomiske karakteristika blandt unge med psykisk sygdom sammenlignet med alle unge i Danmark.

I kapitel 5 gennemføres den egentlige benchmarkinganalyse af tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom samlet set og inden for forskellige diagnoser. Her ses der både på de faktiske andele, samtidig med at der efterfølgende tages højde for kommunernes rammevilkår. Endeligt samles der op på benchmarkinganalysen med en perspektivering i kapitel 6.

3. Afgrænsning og opgørelsesmetoder

3.1 Definitioner og metodeopgørelser

Unge med psykisk sygdom

I denne analyse opgøres unge med psykisk sygdom som personer i alderen 18-29 år, opgjort pr. 1. januar 2017, der inden for de seneste fem år, dvs. perioden 2012 til 2016, har haft en kontakt på et psykiatrisk sygehus og er blevet registreret med en psykisk diagnose. Opgørelsesmetoden svarer til den måde Sundhedsstyrelsen opgør forekomsten af sygdomme blandt befolkningen, herunder psykisk sygdom¹. For at mindske usikkerheden omkring resultaterne udelukkes kommuner med færre end 10 unge med psykisk sygdom fra de kommuneopdelte opgørelser².

En del af unge med psykiske problemer modtager behandling i praksissektoren, herunder i almen praksis, ved praktiserende psykologer og praktiserende psykiatere. Det er imidlertid ikke registerbaserede oplysninger om diagnoser, der stilles i praksissektoren, og derfor er unge, der behandles udelukkende enten ved egen læge, hos psykolog eller speciallæge, ikke opgjort i analysen.

Tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet

Det primære fokus i denne analyse er at vise forskelle på tværs af kommuner i, hvor mange unge med psykisk sygdom, der er tilknyttet uddannelse eller arbejdsmarkedet. Unge, der har en tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse, opgøres som personer, der enten har lønnet beskæftigelse, er selvstændige, eller er i gang med en uddannelse. Det er valgt at opgøre tilknytning pr. november 2017, svarende til samme tidspunkt som den officielle arbejdsstyrkestatistik. Populationen afgrænses til at skulle være i live og have haft bopæl i en dansk kommune i perioden 1. januar 2017 til 30. november 2017.

I opgørelsen af tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse er det valgt at prioritere beskæftigelse og igangværende uddannelse højere end alle andre aktiviteter. Det skyldes, at personer med psykisk sygdom har en lavere tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse end befolkningen generelt, og at det i mange tilfælde er hensigtsmæssigt at kombinere behandlingsindsats, en indsats på arbejdspladsen og en indsats, der fokuserer på at øge personens arbejdsevne. I analysen tæller både ordinært beskæftigelse og støttet beskæftigelse, som fleksjob og løntilskud for førtidspensionister som tilknytning til beskæftigelse. Tilknytning til uddannelse er opgjort som personer, der som minimum er i gang med en ungdomsuddannelse, herunder også særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse, kombineret ungdomsuddannelse og erhvervsgrunduddannelse.

3.2 Kontrol for rammevilkår via benchmarkingindikator

Det må forventes, at forskelle på tværs af kommuner i unges tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked i et vist omfang er påvirket af, at kommunerne har forskellige rammevilkår. Rammevilkår er et begreb, som i denne forbindelse bruges om de strukturelle forhold, som den enkelte kommune opererer under. Rammevilkår er generelt kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af kommunen på kort eller mellemlangt sigt. I denne analyse er kommunernes rammevilkår bestemt af den demogra-

¹ Se blandt andet Sundhedsstyrelsen (2017, Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse og Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2015), Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.

² Det indebærer, at Læsø Kommune indgår ikke i analysen. I Fanø Kommune og Samsø Kommune er der under 30 unge med psykisk sygdom, mens antallet i de fleste andre kommuner er væsentligt højere.

fiske, sygdomsmæssige og socioøkonomiske sammensætning af de unge med psykisk sygdom, kombineret med lokale arbejdsmarkedsforhold.

For at tage højde for kommunernes forskellige rammevilkår, estimeres ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse forudsagte sandsynligheder for, at hvert individ i analysen har tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. De forudsagte sandsynligheder aggregeres derefter til kommune-niveau og udgør den forventede andel af unge med psykisk sygdom, som har tilknytning til en uddannelse eller beskæftigelse på baggrund af kommunens rammevilkår. For nogle kommuner vil den faktiske andel med tilknytning være højere, end man kan forvente ud fra deres rammevilkår, mens den faktiske andel med tilknytning for andre kommuner vil være lavere, end man kan forvente ud fra deres rammevilkår.

På baggrund af den faktiske og forventede andel unge, der er i gang med uddannelse eller i beskæftigelse, kan der etableres en benchmarkingindikator for alle kommuner. Benchmarkingindikatoren viser, om den enkelte kommune har højere eller lavere andel unge med psykisk sygdom, der er tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Benchmarkingindikatoren beregnes konkret på følgende måde:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \text{Faktisk andel} - \text{Forventet andel}$$

Benchmarkingindikatoren sikrer et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af kommuner, hvor der tages højde for en lang række rammevilkår. I boks 3.1 fremgår det, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- Benchmarkingindikator større end 0: Der er en højere andel af unge med psykisk sygdom, som har tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse i kommunen end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. En kommune med en benchmarkingindikator på 5 har 5 pct.-point flere unge med psykisk sygdom tilknyttet en uddannelse eller arbejde, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.
- Benchmarkingindikator lig 0: Der er samme andel af unge med psykisk sygdom, som har tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet, som man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår.
- Benchmarkingindikator under 0: Der er en lavere andel af unge med psykisk sygdom, som har tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse i kommunen end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. En kommune med en benchmarkingindikator på -5 har 5 pct.-point færre unge med psykisk sygdom tilknyttet en uddannelse eller arbejde, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.

Tildeling af kommune ved benchmarking mellem kommuner

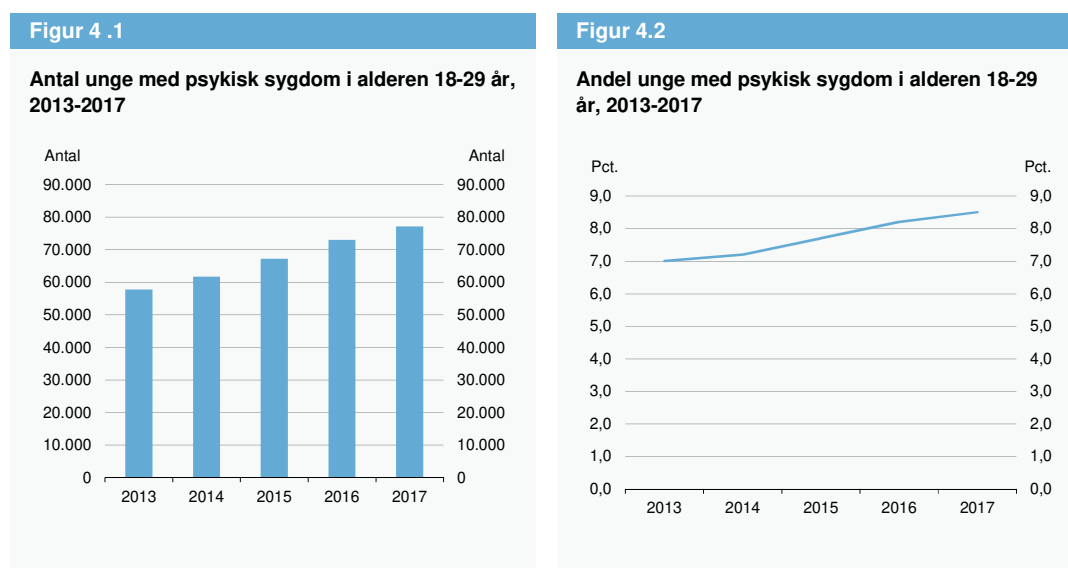
En del af de unge i alderen 18-29-år flytter på et tidspunkt bopæl, og nogle gange også bopælskommune. Når en person flytter bopæl til en anden kommune indenfor analyseperioden, kan det være vanskeligt at vurdere, om det er fraflytterkommunen eller tilflytterkommunen, der har ydet en indsats. Dermed kan det være svært at beslutte, hvilken kommune, den pågældende skal henføres til. I benchmarkinganalysen er der forsøgt at tage højde for dette. I bilag 3 kan man læse mere om dette.

4. Resultater fordelt på landsplan

4.1 Forekomst af psykisk sygdom blandt unge

Antallet af unge i alderen 18 til 29 år, der lever med psykisk sygdom, udgjorde ca. 77.100 personer i 2017, jf. figur 4.1. Det er en stigning på næsten 20.000 personer siden 2013, svarende til 33 pct.

Antallet af unge med psykiske lidelser skal ses i sammenhæng med antallet af alle unge i alderen 18-29 år. Psykisk syge unge udgør en stigende andel af alle 18-29-årige over de seneste 5 år. Således udgjorde unge med psykisk sygdom i 2017 ca. 8,5 pct. af alle 18-29-årige, mod ca. 7 pct. i 2013, jf. figur 4.2.

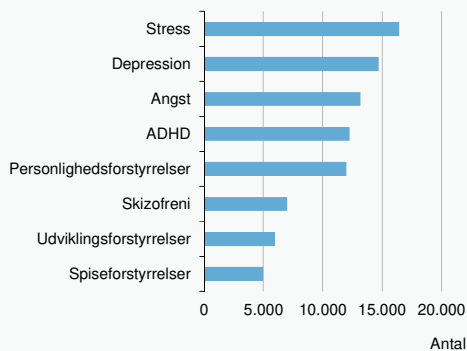
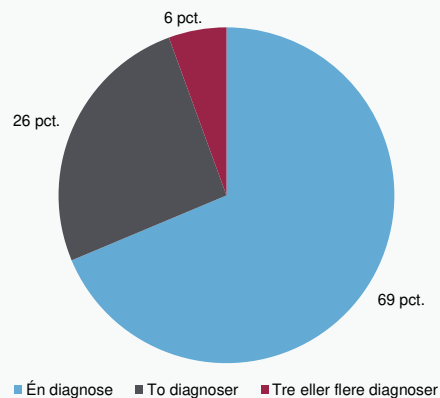


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Stigning i antallet af unge med psykisk sygdom kan i princippet skyldes to forskellige forhold. Det kan skyldes, at den egentlige forekomst af sygdomme er øget blandt unge, men det kan også skyldes ændringer i diagnosticeringspraksis, således at flere unge bliver diagnosticeret i dag sammenlignet med tidligere.

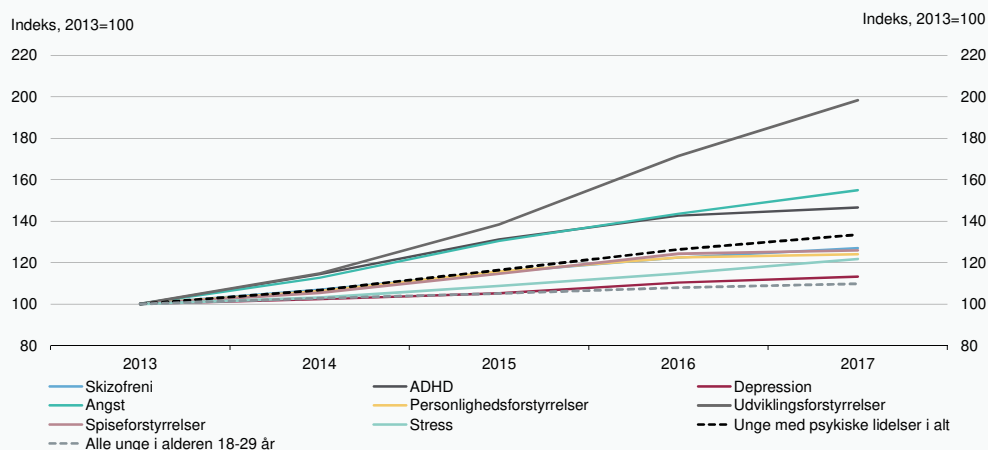
Unge med psykisk sygdom kan lide af en række vidt forskellige diagnoser, som kan være mere eller mindre udbredte, og en psykisk lidelse kan optræde med forskellige sværhedsgrader. De mest udbredte diagnoser blandt unge er stressrelaterede tilstande, depression, angst og ADHD, mens kun en mindre andel har fx spiseforstyrrelser, jf. figur 4.3.

Nogle unge har mere end én psykisk sygdom. Således har omkring en femtedel af alle unge med psykiske lidelser to psykiske diagnoser og omkring 6 pct. har tre eller flere diagnoser, jf. figur 4.4.

Figur 4.3**Unge fordelt på udvalgte diagnoser, 2017****Figur 4.4****Andel unge med psykiske lidelser fordelt på antal diagnoser, 2017**

Anm.: Antallet af diagnoser er opgjort blandt 18 forskellige diagnosegrupperinger.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Over perioden 2013-2017 er der sket en fordobling i antallet af unge, der er diagnosticeret med udviklingsforstyrrelser, jf. figur 4.5. Unge med angst er steget med ca. 55 pct. og unge med ADHD er steget med ca. 47 pct. Unge med depression, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser er steget mindre end unge med psykiske lidelser generelt. Udviklingen i antal unge med psykiske lidelser – uanset diagnose – er dog højere end udviklingen i antallet af alle unge i alderen 18-29 år generelt set.

Figur 4.5**Udvikling i antal unge med udvalgte diagnoser, 2013-2017**

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

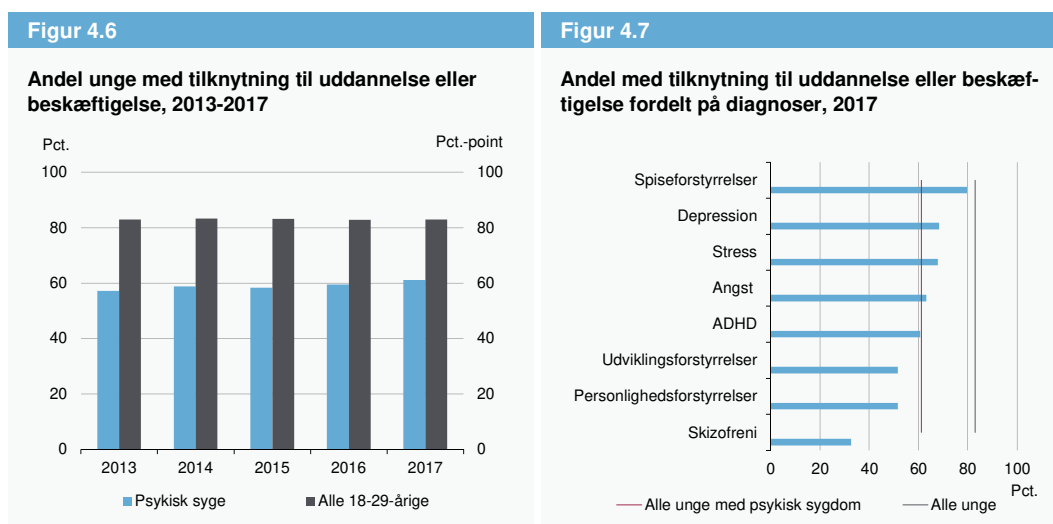
4.2 Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse på landsplan

Psykisk sygdom kan være forbundet med en række personlige og samfundsøkonomiske udfordringer, herunder risici for manglende gennemførelse af uddannelse og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Omkring 60 pct. af unge med psykiske lidelser er enten i gang med en uddannelse eller i beskæftigelse, jf. figur 4.6. Til sammenligning gælder det mere end 80 pct. af alle unge i alderen 18-29 år. Over de seneste 5 år er andel unge med psykisk sygdom med tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse steget fra ca. 57 pct. til 61 pct. Til sammenligning er tilknytning for alle 18-29-årige stort set uændret over samme periode.

Når tilknytning blandt unge med psykisk sygdom er højere i 2017 end i de tidligere år, kan det både skyldes ændringer i kommunernes indsats, den aktuelle konjunktursituation, men også ændringer i populationens sygdomsbillede. Når flere unge har en psykisk diagnose, kan det som ovenfor nævnt skyldes, at forekomsten af lidelserne er steget, men det kan også skyldes, at den diagnostiske tærskel er sænket, således at unge med en psykisk diagnose er mindre syge i dag end førhen.

Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse varierer betydeligt på tværs af diagnoser. Omkring 33 pct. af unge med skizofreni er i gang med en uddannelse eller har et arbejde, mens det er gældende for ca. 80 pct. af unge med spiseforstyrrelser, jf. figur 4.7. Unge med spiseforstyrrelser har dermed i gennemsnit omtrent samme sandsynlighed for tilknytning som alle 18-29-årige.

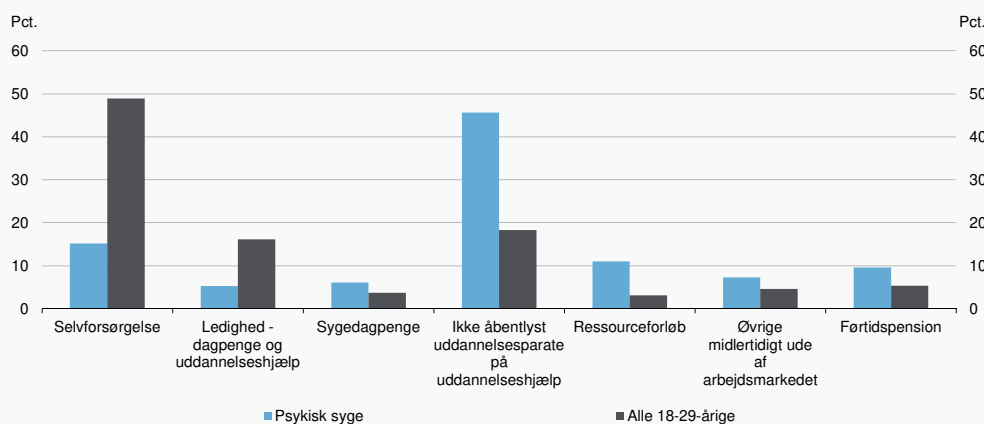


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Unge, der ikke har en tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet kan enten modtage en række offentlige ydelser eller være selvforsørgende. Der er generelt stor forskel på forsørgelsesstatus for ikke-tilknyttede unge med psykisk sygdom og ikke-tilknyttede unge generelt set. Næsten halvdelen af unge, der lider af en psykisk sygdom og som hverken er i gang med uddannelse eller i arbejde, modtager uddannelseshjælp og er ikke åbenlyst uddannelsesparate, jf. figur 4.8. Omkring 10 pct. er på et ressourceforløb, og godt 7 pct. modtager øvrige ydelser, der kan kategoriseres som midlertidigt ude af arbejdsmarkedet. Næsten 10 pct. modtager førtidspension³.

Til sammenligning er næsten 50 pct. af alle 18-29-årige, som står uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse selvforsørgende og 16 pct. kan kategoriseres som ledige.

³ Med førtidspensionsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2013, er der blev indført en aldersgrænse på 40 år for tilkendelse af førtidspension. Det indebærer, at antallet af unge i alderen 18-29 år, der modtager førtidspension, vil falde fremadrettet.

Figur 4.8**Forsørgelsesstatus for unge uden tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet, 2017**

Kilde: DREAM-database, Danmarks Statistik og egne beregninger.

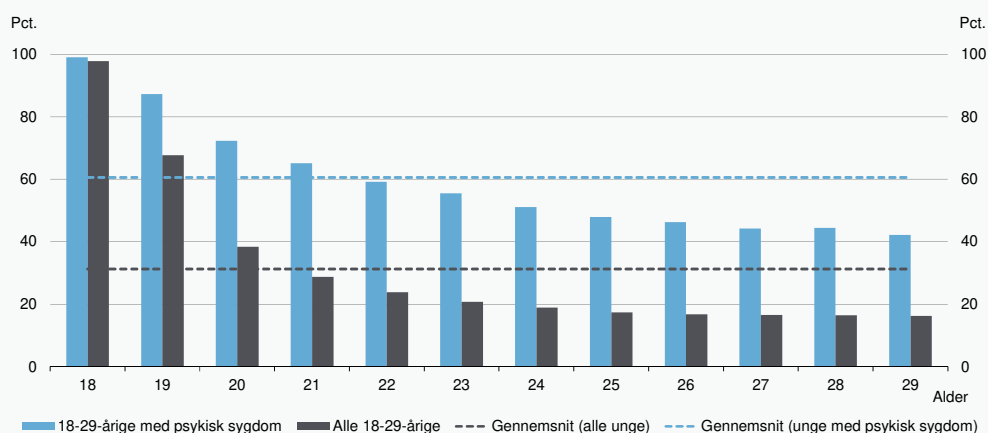
4.3 Udvalgte karakteristika for unge i alderen 18 til 29 år

Der er mange faktorer, der kan have betydning for, hvordan den enkelte klarer sig i uddannelsessystemet og muligheden for at have et job. Ovenstående gennemgang viste, at unge med psykisk sygdom har en svagere tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet end deres jævnaldrende generelt. Det kan skyldes deres sygdom, men det kan også hænge sammen med mange andre faktorer, herunder uddannelsesniveaue, sociale forhold, opvækstvilkår eller helt andre forhold.

Det skal bemærkes, at der kan være et vist overlap mellem de forskellige sociale, uddannelsesmæssige og økonomiske forhold, og at det ikke er til at vide, om de enkelte hændelser og vilkår fører til psykiske diagnoser eller om det omvendte er tilfældet. I dette afsnit er der blot beskrevet en sammenhæng mellem den enkeltes karakteristika og psykisk sygdom.

Unge med psykisk sygdom har et betydeligt svagere uddannelsesniveau sammenlignet med alle unge i alderen 18-29 år. Set på hele gruppen af unge med psykiske lidelser har 60 pct. højst en grundskoleuddannelse mod ca. 30 pct. blandt alle i aldersgruppen, jf. figur 4.9.

Fordelt på alder er der betydelige forskelle mellem de to grupper allerede for de 20-årige, hvor mere end 70 pct. af unge med psykisk sygdom højest har en grunduddannelse. Dette er tilfældet for under 40 pct. blandt alle 20-årige. Andelen med højest en grundskoleuddannelse er generelt faldende med alderen, men forskellen på omkring 30 pct.-point mellem unge med psykisk sygdom og alle unge, fortsætter helt frem til 29-årsalderen.

Figur 4.9**Andel unge med grunduddannelse som højest fuldførte uddannelse fordelt på alder, 2017**

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Opvækstfaktorer

Børn og unge, der har indikationer på en ressourcsvg opvækst risikerer i højere grad at have sociale problemer som voksne⁴. Derfor kan nogle af faktorerne, der opstår i barndommen have betydning for, om den unge er motiveret for at tage en uddannelse, eller om den unge oplever udfordringer ved at klare sig igennem uddannelsesforløbet og har det svært med at finde og fastholde et arbejde. Det kan være faktorer, der karakteriserer forældrene, herunder deres uddannelsesniveau eller deres psykiske sygdom, og det kan være hændelser, der opstår i barndommen som fx at den unge har mistet forældre, blev anbragt som barn, eller blev sigtet for kriminalitet som mindreårig.

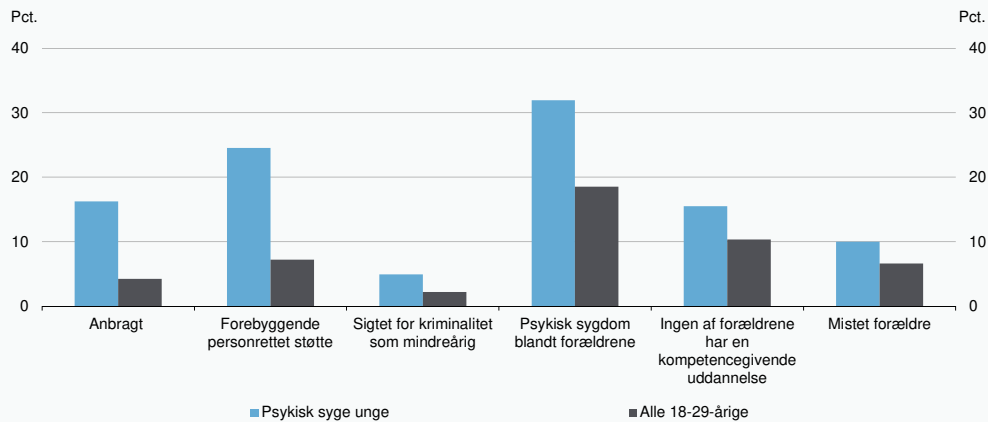
Det tyder på, at unge med psykisk sygdom i langt højere grad har indikationer på ressourcsvg opvækst end alle andre unge i alderen 18-29 år. Fx er 16 pct. af unge med psykisk sygdom på et tidspunkt i deres barndom blevet anbragt, jf. figur 4.10. Det gør sig gældende kun for 4 pct. blandt alle 18-29-årige. Og omkring hver fjerde af unge med psykisk sygdom modtog forebyggende personrettet støtte som børn, mod 7 pct. blandt alle unge.

Herudover er flere unge med psykisk sygdom blevet sigtet for kriminalitet som mindreårige, og flere har mistet en eller begge forældre, end det er tilfældet blandt alle unge. Og sammenlignet med alle unge i Danmark har markant flere unge med psykisk sygdom forældre, der selv har, eller har haft en psykisk sygdom. Endelig har flere unge med psykisk sygdom forældre uden en kompetencegivende uddannelse sammenlignet med alle unge i samme alder.

⁴ Økonomi- og Indenrigsministeriet (2015), Familiernes Økonomi - fordeling, fattigdom og incitamenter.

Figur 4.10

Andel unge fordelt på forskellige opvækstfaktorer, 2017



Anm.: Sigtet for kriminalitet som mindreårig omfatter unge, som blev sigtet eller mistænkt for at have begået en straffelovslovetrædelse som under 18-årig. Psykisk sygdom blandt forældrene er opgjort, hvis én af forældrene har fået registreret en diagnose i Landspatientregistret i perioden 1995 til 2016.

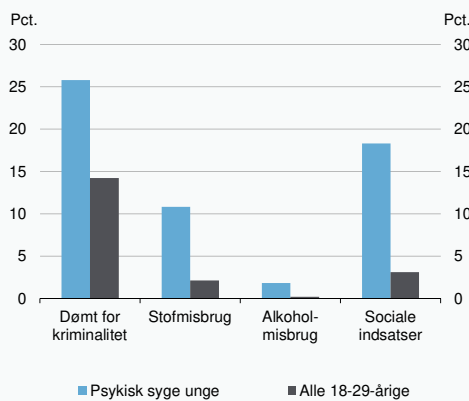
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forbrug af sociale- og sundhedsydelser

Unge med psykiske lidelser har også efter de fylder 18 år større sociale problemer som kriminalitet samt stof- og alkoholmisbrug end unge generelt. Således har 26 pct. af unge med psykiske lidelser på et tidspunkt modtaget en dom efter straffeloven, mens det tilsvarende er under 15 pct. af unge generelt, jf. figur 4.11.

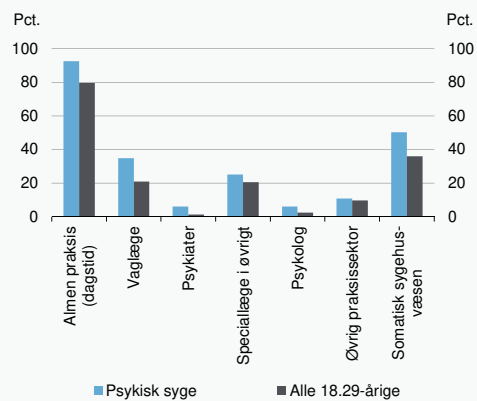
Figur 4.11

Andel unge fordelt på kriminalitet, misbrugsbehandling og sociale serviceydelser



Figur 4.12

Andel unge med kontakt til øvrigt sundhedsvæsen, 2016



Anm.: Dømt for kriminalitet omfatter unge, der på et tidspunkt er blevet dømt for overtrædelse af straffeloven, dvs. eksklusiv færdselsloven og særloven. Stofmisbrugsbehandling omfatter unge, der på et tidspunkt har modtaget behandlingen. Opgørelsen af unge med stofmisbrugsbehandling er baseret på 80 kommuner, der har godkendt deres data. Sociale indsatser omfatter blandt andet unge, der på et tidspunkt over perioden 2014-2016 har modtaget botilbud, socialpædagogisk støtte o.l. indsatser efter serviceloven. Opgørelsen af sociale indsatser er baseret på 54 kommuner. Opgørelsen af vagtlæge er uden Region Hovedstaden, hvilket skyldes, at vagtlæge i Region Hovedstaden er erstattet af 1813.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omtrent hver tiende af de unge med psykiske lidelser har på et tidspunkt været i stofmisbrugsbehandling. Det er markant flere end blandt unge i alderen 18-29 år generelt, hvor andelen er omkring 2 pct. Tilsvarende har næsten 2 pct. af unge med psykisk sygdom på et tidspunkt modtaget alkoholbehandling mod 0,2 pct. af alle unge generelt.

En væsentlig del af unge med psykiske lidelser modtager kommunale indsatser efter servicelovgivningen. Det kan eksempelvis være socialpædagogisk støtte, aktivitetstilbud, eller et ophold på et botilbud. I alt har 18 pct. af unge med psykisk sygdom modtaget en indsats efter serviceloven over perioden 2014-2016. Det gælder til sammenligning kun 3 pct. af alle 18-29-årige.

Unge med psykiske lidelser har også generelt et større forbrug af sundhedsydelser end alle 18-29-årige. Fx har 50 pct. af alle unge med psykisk sygdom haft kontakt til somatisk sygehusvæsen i løbet af 2016. Det tilsvarende gælder for 36 pct. blandt alle 18-29-årige, jf. figur 4.12.

5. Resultater på kommuneniveau

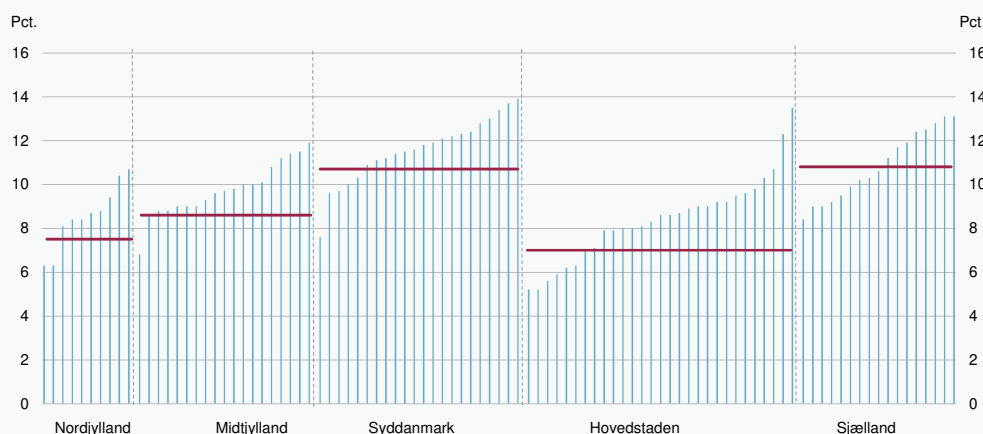
I dette kapitel gennemføres en benchmarkinganalyse af forskelle på tværs af kommuner i forhold til unge med psykiske lidelser og deres tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked. Inden der gennemføres en benchmarkinganalyse af tilknytningen, ses der først på forskelle i forekomst af psykisk sygdom blandt unge på tværs af landet.

5.1 Unge med psykisk sygdom i kommuner og regioner

På tværs af kommuner og regioner er der generelt en relativ stor variation i andelen af unge i alderen 18 til 29 år, der har en psykisk sygdom, jf. figur 5.1. Andelen er mere end dobbelt så høj i kommuner med de højeste andele, som i kommuner med de laveste andele. Også på tværs af regioner er der variationer i, hvor mange unge der har psykisk sygdom. Med næsten 11 pct. af alle unge, er andelen af unge med psykisk sygdom højest i henholdsvis Region Sjælland og Region Syddanmark. I Region Hovedstaden og Region Nordjylland er andelen lavest på henholdsvis 7 pct. og 7,5 pct. Der er samtidig en betydelig spredning i andelen af unge med psykiske lidelser på tværs af kommuner inden for de enkelte regioner. Det gælder særligt for kommuner i Region Hovedstaden.

Figur 5.1

Andel unge med psykisk sygdom fordelt på kommuner og regioner, 2017



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, fremgår andel med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

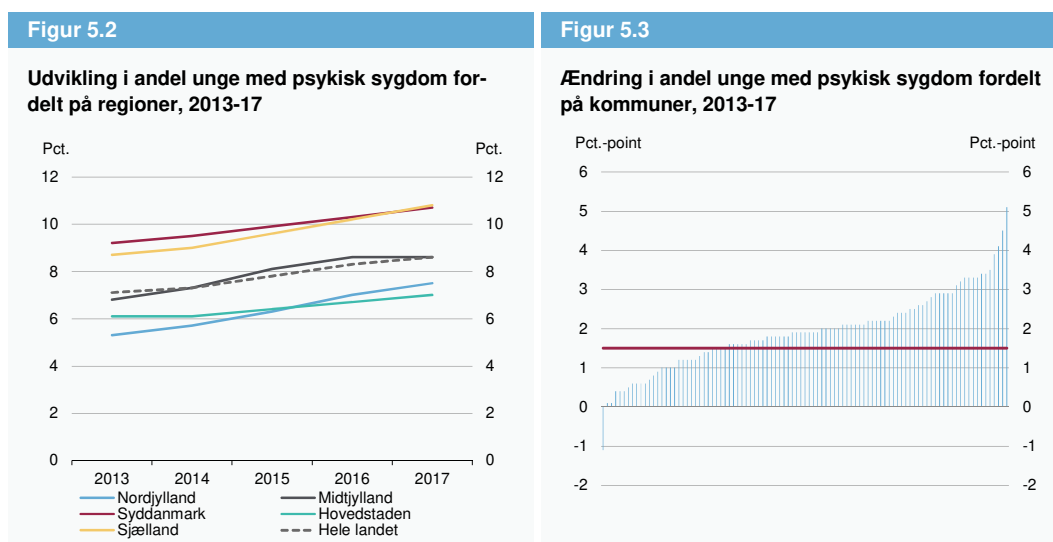
Variationen i antallet af diagnoser på tværs af regionerne kan blandt andet være udtryk for varierende sygelighed i befolkningen, forskellig brug af diagnoser og forskelle i organiseringen af indsatserne i den enkelte region, herunder opgavefordelingen mellem praksissektor og sygehuspsykiatrien⁵. Den store forskel i forekomsten på tværs af kommuner kan også afspejle forskelle i den kommunale sociale indsats, herunder visitation og samarbejde med sygehuspsykiatrien.

På landsplan er der generelt en markant stigning i antallet af unge med psykisk sygdom over de seneste 5 år. I alle regioner har der været en stigning i antallet og andelen af unge med psykisk sygdom. Den højeste stigning over perioden 2013 til 2017 har været i Region Nordjylland, hvor

⁵ Psykiatriudvalget (2012): Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2

andelen af unge med psykisk sygdom er steget fra 5,3 pct. til 7,5 pct., jf. figur 5.2. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at andelen af unge med psykisk sygdom var lavest i Region Nordjylland i 2013.

Med undtagelse af en enkelt kommune har der i alle kommuner været en vækst i andelen af unge med psykisk sygdom. Men der er generelt en betydelig variation på tværs af kommuner i, hvor stor denne vækst har været. I 25 kommuner har væksten været lavere end på landsplan, mens udvikling i de resterende 71 kommuner har været på samme niveau som landsplan eller højere, jf. figur 5.3.



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, fremgår andel med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

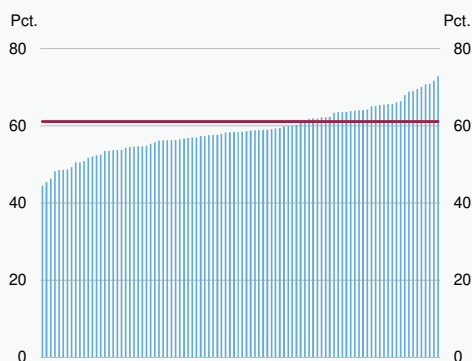
5.2 Tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse

Der er en markant forskel på tværs af kommunerne i andelen af unge med psykisk sygdom, der er i gang med en uddannelse eller i arbejde. Den laveste andel er 44 pct. og den højeste er 73 pct., jf. figur 5.4. Samlet set er 63 kommuner placeret under gennemsnittet, mens 34 af kommunerne er placeret på landsgennemsnittet eller derover.

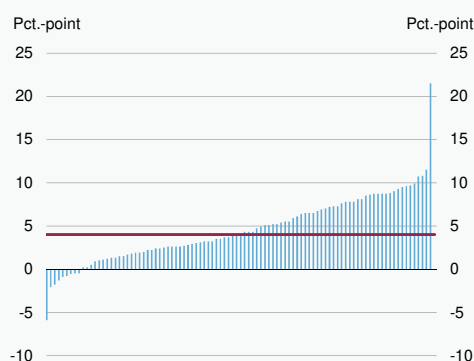
I langt de fleste kommuner er andelen tilknyttet en uddannelse eller beskæftigelse højere i 2017 sammenlignet med 2013. I 9 af kommunerne er andelen lavere i 2017 end i 2013, jf. figur 5.5. Omvendt er andelen, der er tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse steget med mere end 10 pct.-point i 5 af kommunerne over samme periode.

Figur 5.4

Andel med tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom fordelt på kommuner, 2017

**Figur 5.5**

Ændring i tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom fordelt på kommuner, 2013-17

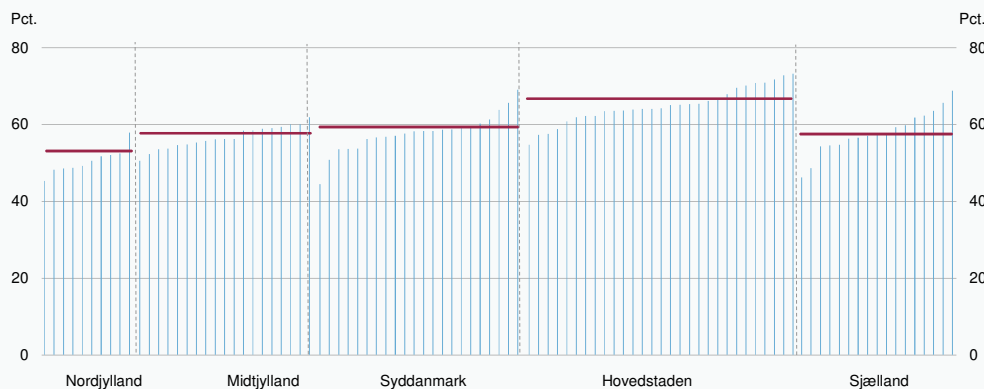


Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Andelen med tilknytning til en uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom varierer også på tværs af regioner. Andelen er højest i Region Hovedstaden med ca. 67 pct. der har en tilknytning, mens det tilsvarende tal er mellem 53 og 59 pct. i de øvrige fire regioner, jf. figur 5.6. Indenfor hver af de fem regioner er der en betydelig forskel mellem kommunerne i forhold til tilknytning til uddannelse og beskæftigelse.

Figur 5.6

Andel med tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom fordelt på kommuner og regioner, 2017



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.3 Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Nogle af de kommunale forskelle i tilknytningen til uddannelse eller arbejdsmarkedet blandt unge med psykisk sygdom kan forklares af forskelle i kommunernes rammevilkår. Således er der en række faktorer, der øger eller mindsker sandsynligheden for, at de unge med psykisk sygdom er

tilknyttet uddannelse eller arbejdsmarkedet, og som er udenfor kommunernes indflydelse på kort og mellemlang sigt. Med udgangspunkt i en logistisk regressionsanalyse, tages der højde for faktorer som unges helbred, en række socioøkonomiske faktorer samt opvækstvilkår. I regressionsanalysen indgår alle variable samtidig, hvilket indebærer, at de beskrevne retninger udtrykker variabelens betydning, når de øvrige variable holdes konstant. I afsnit 3.2 er metoden for kontrol af rammevilkår gennemgået nærmere. I tabel 5.1 præsenteres de inkluderede rammevilkårsvariable, som er statistisk signifikante og robuste i perioden 2014-2017⁶.

En del af de inkluderede faktorer relaterer sig til den enkelte unges psykiske sygdom, herunder den pågældende diagnose, om man evt. har flere diagnoser, hvor længe man har været psykisk syg, hvornår man senest havde kontakt til et sygehus og typen samt omfanget af kontakterne, som fx længden af indlæggelserne og antallet af ambulante kontakter i løbet af året. Generelt er resultatet, at jo flere kontakter, jo længere indlæggelse og jo flere år med kontakt til psykiatrisk sygehus, jo lavere sandsynlighed for beskæftigelse eller uddannelse.

Herudover er der inkluderet unges eventuelle kontakter til øvrigt sundhedsvæsen, herunder praksissektoren og somatisk sygehus. Kontakter til sundhedsvæsenet er forbundet med personernes sygelighed, således at jo flere kontakter, jo lavere sandsynlighed for at være tilknyttet til uddannelse eller beskæftigelse. Det gælder fx unge, der også har en alvorlig somatisk sygdom, unge med en indlæggelse på somatisk sygehus, samt unge der kontakter almen praksis.

I indeværende analyse er kontakt til speciallægerne, på nær praktiserende psykiatriker, samt kontakt med den øvrige del af praksissektoren, på nær praktiserende psykolog forbundet med højere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Kontakterne til de forskellige dele af praksissektoren kan være et udtryk for, at den unge er i et behandlingsforløb, der øger sandsynlighed for at være i gang med en uddannelse eller i job.

Andre faktorer, som der kontrolleres for er blandt andet unges alder, oprindelse, civilstatus og deres uddannelsesniveau. Der kontrolleres også for, om de enkelte er blevet dømt efter straffeloven eller sigtet for kriminalitet som mindreårige. Der kontrolleres også for en række faktorer, der relaterer sig til den unges opvækst, herunder om de blev anbragt uden for hjemmet, om de modtog forebyggelige foranstaltninger som børn, om forældrene fik deres første barn som teenagere samt forældrenes uddannelsesniveau. Disse hændelser i barndommen er forbundet med lavere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse og beskæftigelse i dag.

Endeligt er der kontrolleret for en række lokale arbejdsmarkedsforhold. Jo flere arbejdspladser, der forudsætter færdigheder på grundniveau, jo lavere sandsynlighed for tilknytning. Jo større ledighed i pendlingsområdet, jo lavere sandsynlighed for at den unge med psykisk sygdom er tilknyttet beskæftigelse eller i gang med uddannelse⁷. Når man bor i et storbyområde, som inkluderer én af de fire største byer (København, Aarhus, Odense, Aalborg) er der særlig høj koncentration af arbejdspladser og uddannelsesmuligheder. Det øger sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom.

⁶ Enkelte diagnoser, vestlige indvandre og efterkommere, samt om man har været indlagt i under 5 dage er ikke statistisk i alle årene.

⁷ Arbejdspladser på grundniveau er i denne analyse opgjort som antal lønmodtagere på grundniveau, lønmodtagere i øvrigt og lønmodtagere uden nærmere angivelse ud af alle beskæftigede i pendlingsområdet. I KORA (2017) - *Benchmarking- og effektivitetsanalyse på integrationsområdet*, er der fundet lignende resultater for en gruppe borgere, der kan have vanskeligt ved at komme ind på arbejdsmarkedet.

Tabel 5.1

Modelspecifikation – tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse for unge med psykisk sygdom

| Variabel | Resultat |
|---|--|
| Antal måneder siden seneste kontakt på psykiatrisk sygehus | Jo flere måneder siden den seneste kontakt på psykiatrisk sygehus, jo højere er sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. |
| Antal år man har haft kontakt på psykiatrisk sygehus | Jo flere år, den enkelte samlet set har haft kontakt på psykiatrisk sygehus, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Antal dage indlagt på et psykiatrisk sygehus i det seneste år med kontakt | Jo flere dage med en indlæggelse på et psykiatrisk sygehus, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Antal ambulante besøg i det seneste år med kontakt | Jo flere ambulante besøg, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Indlæggelse på somatisk sygehusafdeling | Hvis man havde et indlæggelsesforløb på somatisk sygehusafdeling, er sandsynlighed for tilknytning lavere. |
| Kontakter til praksissektor | Unge med kontakt til hhv. praktiserende psykiater, psykolog og kontakter i almen praksis har lavere sandsynlighed for at tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Hvis den unge har kontakter til øvrig speciallægepraksis eller øvrig praksissektor er sandsynlighed for tilknytning højere. |
| Forskellige diagnoser ¹⁾ set i forhold til skizofreni | Sammenlignet med unge med skizofreni har unge med øvrige diagnoser højere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. |
| Flere psykiske diagnoser | Jo flere psykiske sygdomme, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Alvorlige (somatiske) sygdomme ²⁾ | Hvis den unge også har en alvorlig somatisk sygdom som fx kræft, er sandsynlighed for tilknytning lavere. |
| Alder | Jo ældre den unge er, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. |
| Oprindelse | Ikke vestlige indvandrere og efterkommere har lavere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse sammenlignet med unge med dansk oprindelse. |
| Højest fuldført uddannelse | Unge med enten uoplyst fuldført uddannelse, eller som har grundskole som højest fuldførte uddannelse har lavere sandsynlighed for tilknytning til en uddannelse eller beskæftigelse. |
| Enlig | Enlige unge har lavere sandsynlighed for tilknytning sammenlignet med unge der lever i par. |
| Har børn | Unge med børn har højere sandsynlighed for tilknytning sammenlignet med unge uden børn. |
| Dømt efter straffeloven eller sigtet for kriminalitet som mindreårig | Hvis den unge er blevet dømt efter straffeloven eller sigtet for kriminalitet som mindreårig er sandsynlighed for tilknytning lavere. |
| Sociale foranstaltninger som barn | Hvis den unge som barn havde været anbragt udenfor hjemmet, eller modtog forebyggelige foranstaltninger er sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse lavere. |
| Fars og mors uddannelsesniveau | Jo højere forældrenes uddannelsesniveau, jo højere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Barn af teenagemor eller far | Hvis én af den unges forældre var teenagere, da de fik deres første barn er den unges sandsynlighed for at have tilknyttet lavere. |
| Ledighedsprocent i pendlerområdet | Jo højere ledighedsprocent, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |
| Storby i pendlerområdet | Unge fra kommuner i storbyområder har større sandsynlighed for tilknytning. |
| Andel arbejdspladser på grundniveau | Jo højere andel arbejdspladser på grundniveau, jo lavere er sandsynlighed for tilknytning. |

Anm.: 1). Der kontrolleres for 18 forskellige diagnoser, hvor skizofreni er referencen. Der er tale om sygdomme som depression, angst, stressrelaterede sygdomme, ADHD, spiseforstyrrelser, udviklingsforstyrrelser med flere. Se bilag 3 for liste over alle sygdomme. 2). Der er tale om 19 udvalgte sygdomme, herunder hjertesygdomme, kræftsygdomme, lungesygdomme, diabetes mv. Se bilag 3 for liste over alle sygdomme.

Diskussion af kommunernes rammevilkår

Ud over de opstillede faktorer i tabel 5.1. er der i analysen også undersøgt for en række andre faktorer, som ikke viste sig at have statistisk signifikant forklaringskraft i forhold til unges tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet. Det er blandet andet køn samt en række personlige begivenheder, som død i den nærmeste familie og psykisk sygdom blandt forældrene. Nogle af disse faktorer havde signifikant forklaringskraft i de diagnosespecifikke benchmarkinganalyser, jf. bilag 3.

Der kan herudover være andre faktorer, som påvirker den enkeltes chancer for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse og som dermed er relevante at tage højde for, men som ikke har været muligt at inddrage. Det er blandt andet forskelle i den enkeltes motivation for at være i gang med en uddannelse eller job og den unges netværk. Disse vil have betydning for den enkeltes mulighed for at være i beskæftigelse, men der findes generelt ikke gode mål for dem i registerdata.

Andre faktorer, der spiller ind i forhold til den enkeltes mulighed for at have en tilknytning til et arbejde eller en uddannelse er eventuelle forskelle i visitationen til behandlingen og behandlingskvaliteten på tværs af landets psykiatriske sygehuse. Forskelle i visitationen til behandlingen på psykiatriske sygehuse kan blandt andet indebære, at der er forskelle i populationstygden på tværs af kommuner. Det kan påvirke muligheden for at have tilknytning. På samme måde kan kvaliteten i behandlingen spille en rolle. Jo bedre behandling generelt, jo højere sandsynlighed for at den enkelte kan komme sig og have et arbejde eller være i gang med en uddannelse. Men generelt er både visitationspraksis og kvalitet vanskeligt at definere og måle. I analysen er der forsøgt at tage hensyn til den enkeltes diagnose(r) og omfanget af kontakter, tiden siden den seneste kontakt og antal år med kontakt i psykiatrien som nogle af de faktorer, der er anvendt som proxyer for populationstygden. Når man har taget højde for den enkeltes sygelighed og øvrige relevante forhold, der kan påvirke mulighederne for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse, kunne oplysninger om sygehusafdelinger og psykiatriske centre have været proxyer for kvaliteten i behandlingen. Hvis man havde haft oplysninger om, på hvilket sygehusafdeling eller psykiatrisk center den enkelte unge havde modtaget behandling på, kunne man have inddraget disse oplysninger med i analysen.

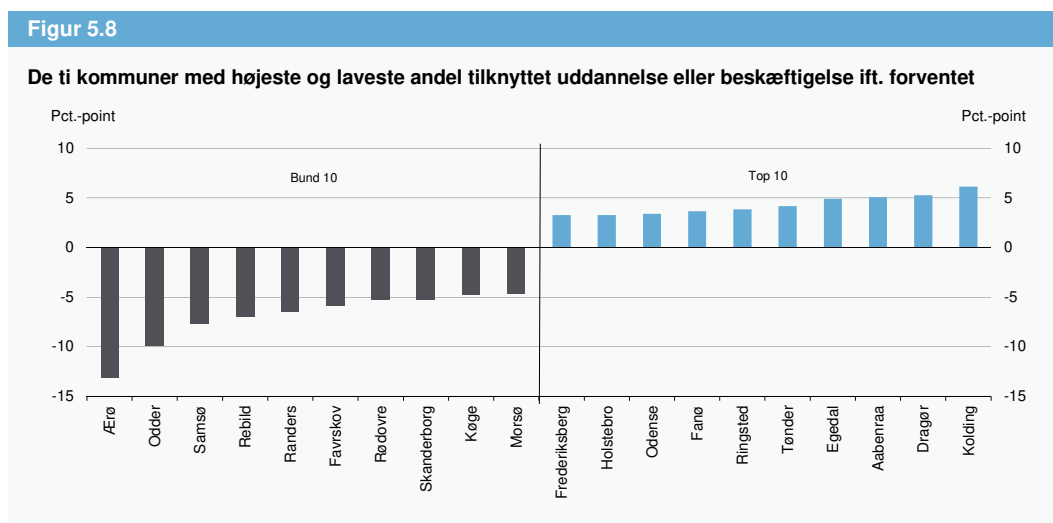
I analysen er der inkluderet oplysninger om eventuelle anbringelser og forebyggelige foranstaltninger i personernes barndom. Man kan generelt diskutere, om nogle af disse faktorer er egentlige rammevilkår for kommunerne eller ej. På den ene side har kommunerne haft mulighed for at påvirke, om fx individerne på et tidspunkt har modtaget en forebyggende foranstaltning eller er blevet anbragt. På den anden side er der tale om forhold, som ligger tilbage i tid og som kan betragtes at være et rammevilkår for indsatsen overfor den unge i dag. Modtagelse af sociale foranstaltninger som barn, betragtes derfor i analysen som grundvilkår for den enkelte kommune, der kan være med til at påvirke den enkelte unges mulighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse i dag. Samtidigt kommer, at en del unge skifter bopælskommune fra barndommen til de er i 20'erne. Det indebærer, at den kommune, som har ydet en social indsats i barndommen, ikke nødvendigvis er den samme kommune som yder en beskæftigelsesindsats i dag. Disse forhold betragtes derfor i analysen som et rammevilkår for den nuværende indsats.

I princippet findes der en række andre faktorer, der kan påvirke den unges mulighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Det kan være indsatser som sociale foranstaltninger, herunder botilbud og socialpædagogisk støtte, misbrugsbehandling og lignende. Det er indsatser og ydelser, som voksne har mulighed for at modtage fra kommunen efter konkret vurdering, og som den enkelte kommune kan påvirke på kort sigt. Disse forhold betragtes i analysen ikke som rammevilkår for den nuværende indsats. I afsnit 5.4 er der foretaget en analyse af, hvor meget nogle af disse faktorer betyder i forhold til tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse for unge med psykisk sygdom med det formål, at kommunerne med fordel kan overveje at gøre en særlig indsats for denne gruppe i forhold til beskæftigelse (herunder støttet beskæftigelse) eller uddannelse.

Endelig kunne man have overvejet at inkludere oplysninger om de unges forsørgelsesstatus, herunder en markering af, om de unge er uddannelsesparate, eller om de er i et ressourceforløb. Men disse betragtes ikke som rammevilkår, da de er en del af den kommunale beskæftigelsesindsats.

De kommuner, der indgår i 1. kvartil, har således den laveste andel af unge med psykisk sygdom tilknyttet i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår, mens kommuner i 5. kvartil har den højeste andel af unge med tilknytning i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Figur 5.8 viser de 10 kommuner med henholdsvis den laveste og højeste andel unge med psykisk sygdom tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. Fx er andelen af unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse i Odder Kommune ca. 10 pct.-point lavere end man kunne forvente, når man tager højde for rammevilkår. Omvendt er andelen af unge i gang med en uddannelse eller i job i henholdsvis, Aabenraa, Dragør og Kolding Kommune mere end 5 pct.-point højere end forventet.



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" kan man blandt andet se den faktiske andel tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse og den forventede andel under hensyntagen til rammevilkår for hver kommune.

Forskellen i benchmarkingindikatoren på tværs af kommuner afspejler blandt andet den kommunale unge- og beskæftigelsesindsats. Men der kan som tidligere nævnt også være forhold, som det umiddelbart er vanskeligt at måle og observere i data. Eksempelvis kan der være forskelle i diagnosepraksis og behandlingskvaliteten på tværs af landet. Det rejser blandt andet spørgsmålet om, hvorvidt en god placering på benchmarkingindikatoren til en vis grad skyldes, at kommunen har en mindre kompleks gruppe af unge med psykisk sygdom.

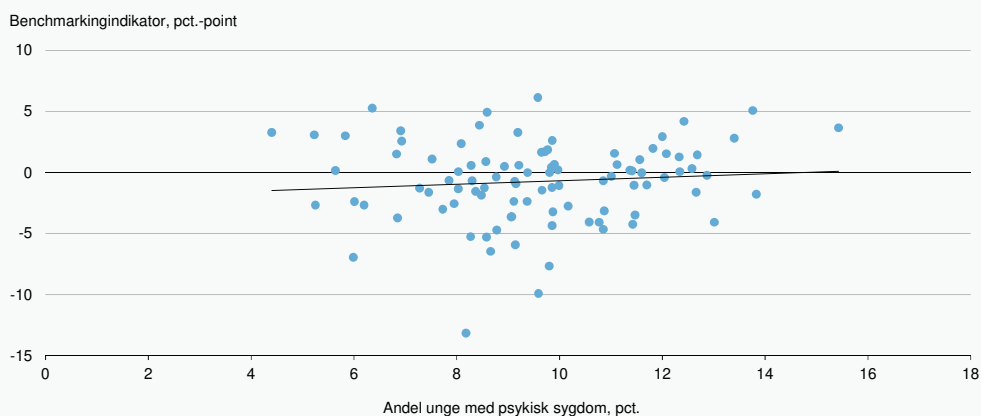
Man kunne forstille sig, at hvis der i nogle kommuner er en høj andel af unge med psykisk sygdom, så er populationen alt andet lige mindre kompleks end i kommuner med lav andel af unge med psykisk sygdom. I givet fald burde man kunne se en positiv sammenhæng mellem andel af unge med psykiske lidelser i kommunen, og hvor godt kommunen klarer sig i forhold til tilknytningen til uddannelse eller beskæftigelse.

Figur 5.9 viser, at der ikke er en nævneværdig sammenhæng mellem andel unge med psykisk sygdom i kommunen, og hvor godt kommunen klarer sig på tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse blandt disse unge i forhold til hvad man kunne forvente.

Dette skyldes formentlig, at der allerede er taget højde for en række forskelle i sygdomsbilledet blandt de unge, herunder blandt andet diagnoser, antal kontakter og ydelser, antal måneder siden den seneste kontakt i psykiatrien og antal år med en kontakt. Forhold, som kan siges at være udtryk for tyngden blandt de unge med psykisk sygdom.

Figur 5.9

Sammenhæng mellem andel unge med psykisk sygdom og benchmarkingindikatoren i kommunen



Anm.: Sammenhæng mellem andel unge med psykisk sygdom i kommunen og benchmarkingindikatoren er ikke statistisk signifikant. Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.4 Betydning af udvalgte risikomarkører

I det forrige afsnit blev benchmarking af kommuner og regioner foretaget under hensyn til rammevilkår. Der kan herudover være en række andre forhold, der kan hænge sammen med unges tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet. For at hjælpe kommunerne med at identificere unge, der er i risiko for at ikke have en tilknytning, undersøges i dette afsnit en række udvalgte risikomarkører.

Betydningen af de enkelte risikomarkører undersøges, samtidig med at rammevilkår holdes konstante. Resultaterne nedenfor er således udtryk for, hvad hver enkelt risikomarkør gør for sandsynligheden for at være tilknyttet en uddannelse eller beskæftigelse, når de tidligere nævnte rammevilkår og de øvrige risikomarkører holdes konstante.

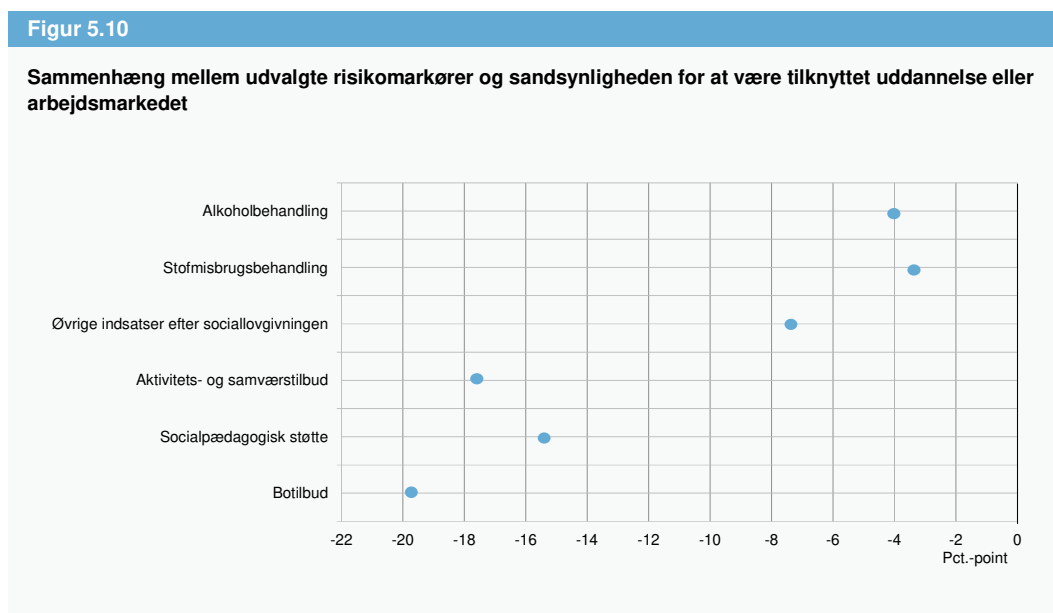
Det er vigtigt at understrege, resultater fra denne analyse ikke skal anvendes til at stille spørgsmålstegn ved, om den enkelte unge skal have disse indsatser. Risikomarkørerne kan anvendes til at opspore unge med forhøjet risiko for ikke at have tilknytning til uddannelse eller i job, med henblik på at gøre en særlig indsats for, at også disse unge får tilknytning. Det gælder fx unge, der modtager alkohol- eller stofmisbrugsbehandling samt unge, der modtager sociale indsatser efter serviceloven.

Sandsynligheden for at have tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse i 2017 afhænger også af, om man tidligere har modtaget offentlige ydelser, og i givet fald hvor længe, hvilken ydelse og indsats man har modtaget. Men dette ses som en direkte del af den nuværende beskæftigelsesrettede

indsats i kommunen og ikke som et rammevilkår eller en risikomarkør, som kommunerne skal gøre opmærksom på. Ydelsehistorik er derfor ikke en del af denne analyse om risikomarkører.

Selvom disse risikomarkører påvirker sandsynligheden for tilknytning til en uddannelse eller beskæftigelse, betragtes de ikke som rammevilkår for kommunen, idet den enkelte kommune har mulighed for at påvirke dem, også på den helt korte bane. Der er tale om indsætter, som de unge modtager, eller har modtaget inden for kort sigt, og som kommunen i højt grad selv kan styre og har ansvar for. Samtidig viser analysen alene de sammenhænge der er mellem forskellige faktorer på baggrund af individernes status. Man kan således ikke anlægge en kausalitetsbetragtning – man kan fx ikke konkludere, at hvis man giver færre unge socialpædagogisk støtte vil det medføre, at flere unge vil opnå tilknytning til uddannelse eller arbejde.

Figur 5.10 viser, at unge med psykisk sygdom, der samtidig modtager en række sociale- og misbrugsindsætter har lavere sandsynlighed for at være tilknyttet en uddannelse eller beskæftigelse end øvrige unge med psykisk sygdom.



Anm.: Denne del af analysen er baseret på de 45 kommuner, der både indgår i De Kommunale Serviceindikatorer samt i Stofmisbrugsbehandling – Social. Hvis en person modtager flere sociale indsætter på en gang, vægter botilbud højest, efterfulgt af socialpædagogisk støtte, efterfulgt af aktivitets- og samværstilbud, efterfulgt af øvrige indsætter efter sociallovgivningen. Estimerne i figuren er udregnet på baggrund af en logistisk regressionsanalyse med de samme variable som i benchmarkanalysen samt de nævnte variable ovenfor. Se bilag 3 for yderligere detaljer.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Nogle unge med psykisk sygdom modtager midlertidige eller længerevarende botilbud, fordi de har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, eller fordi de i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Disse har ca. 20 pct.-point mindre sandsynlighed for at have tilknytning end øvrige unge med psykisk sygdom.

Nogle unge modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem med henblik på at udvikle og vedligeholde personlige færdigheder, skabe eller opretholde sociale netværk samt struktur i dagligdagen, således at personen bliver bedre i stand til at gøre brug af samfundets almindelige tilbud. Unge, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem har 16 pct.-point lavere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse end andre unge med psykisk sygdom.

Andre unge modtager aktivitets- og samværsydelse, herunder beskyttet beskæftigelse, med det formål at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkårene. Unge, der modtager aktivitets- og samværsydelse, har ca. 18 pct.-point lavere sandsynlighed for tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse sammenlignet med andre unge med psykisk sygdom.

Unge, der modtager øvrige indsatser efter serviceloven, samt unge der er i stof- eller alkoholbehandling har også lavere sandsynlighed for at tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse.

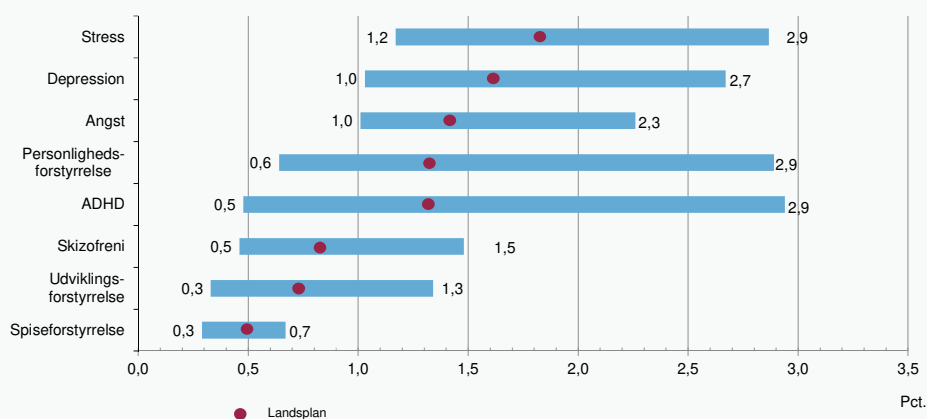
Ovenstående sammenhænge er fundet på individniveau. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt omfanget af risikomarkører på kommuneniveau har stor betydning for kommunernes rangering i benchmarkinganalysen. En særskilt analyse blandt de 45 kommuner, der findes sociale og misbrugsdata for viser, at dette ikke er tilfældet. Medtages de nævnte risikomarkører rykker kommuner typisk 0-3 pladser i rangeringen. Den kommune, der rykker flest pladser, rykker i alt 15 pladser.

5.5 Fokus på udvalgte diagnoser

Der er generelt store kommunale forskelle i forekomsten af udvalgte psykiske diagnoser blandt unge i alderen 18 til 29 år. Figur 5.11 viser spredningen mellem de ti kommuner med henholdsvis lavest og højest andel unge med udvalgte diagnoser i alderen 18 til 29 år. På tværs af kommuner udgør fx antal unge med ADHD mellem ½ pct. og knap 3 pct. af unge i alderen 18 til 29 år. Antal unge med ADHD er således 6 gange højere i de ti kommuner med højest forekomst end i de ti kommuner med lavest forekomst, set relativt til kommunernes indbyggertal af unge. Stor kommunal spredning i forekomsten ses også blandt unge med henholdsvis personlighedsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser.

Figur 5.11

Spredning mellem ti kommuner med henholdsvis højest og lavest forekomst af udvalgte diagnoser blandt unge i alderen 18-29 år



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, fremgår andelen unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

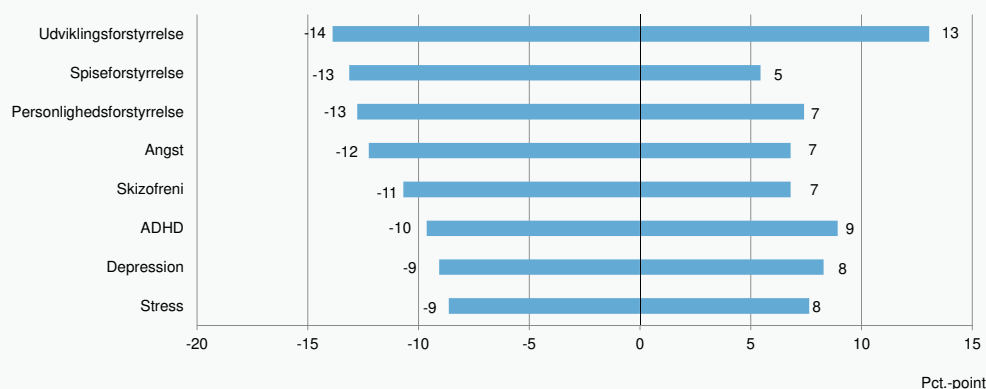
Benchmarking med kontrol for rammevilkår for unge med udvalgte diagnoser

I dette afsnit er der foretaget separate benchmarkinganalyser for hver af de udvalgte diagnoser under hensyn til rammevilkår.

Resultater af de otte diagnosespecifikke benchmarkinganalyser viser, at der er kommuner, som har højere andel unge med tilknytning til uddannelse eller job i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår, mens der også er kommuner med lavere andel end forventet, jf. figur 5.12. For unge med angst fx, er andelen med tilknytning omkring 12 pct.-point lavere end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår i de ti kommuner, der klarer sig dårligst. Samtidigt er andelen med tilknytning omkring 7 pct.-point bedre end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår i de kommuner, der klarer sig bedst. For andre diagnoser er der ligeledes betydelig spredning i benchmarkingindikatoren mellem kommuner.

Figur 5.12

Spredning mellem ti af kommuner med henholdsvis højest og lavest andel unge med psykisk sygdom tilknyttet uddannelse eller job justeret for rammevilkår



Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" kan man for hver af de otte udvalgte diagnoser se andelen af unge med tilknytning under hensyntagen til rammevilkår for hver kommune.

Sammenhæng mellem benchmarkingindikatorer

I dette afsnit undersøges, om der på kommuneniveau er en sammenhæng mellem andelen unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse på tværs af de forskellige diagnoser. Er det eksempelvis sådan, at der er en tendens til, at kommuner generelt er enten gode eller dårlige til at få unge med psykisk sygdom i gang med en uddannelse eller i job – uanset diagnose? Der tages i den forbindelse udgangspunkt i kommunernes benchmarkingindikatorer på tværs af de psykiske diagnoser.

Det fremgår af tabel 5.2, at der er positiv sammenhæng mellem benchmarkingindikatorer på tværs af nogle af diagnoserne, således at kommunerne generelt enten har høje eller lave andele unge med tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Der er blandt andet en stærk positiv sammenhæng mellem andel af unge med henholdsvis angst, stressrelaterede tilstande samt personlighedsforstyrrelse, der har tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Der er også en stærk positiv sammenhæng mellem andel af unge med ADHD og andel af unge med udvlingsforstyrrelser, der har tilknytning til en uddannelse eller beskæftigelse.

Tilsvarende er der moderate positive sammenhænge på tværs af andre diagnoser, som fx mellem andelen af unge med udvlingsforstyrrelser, angst og stressrelaterede tilstande.

Tabel 5.2

Korrelations mellem benchmarkingindikatorer

| | Skizofreni | ADHD | Depression | Angst | Stress | Personlighedsforstyrrelser | Udviklingsforstyrrelser | Spiseforstyrrelser |
|----------------------------|------------|---------|------------|---------|---------|----------------------------|-------------------------|--------------------|
| Skizofreni | 1 | | | | | | | |
| ADHD | -0,05 | 1 | | | | | | |
| Depression | 0,05 | 0,03 | 1 | | | | | |
| Angst | 0,05 | 0,20** | 0,19* | 1 | | | | |
| Stress | -0,003 | 0,22** | 0,19* | 0,40*** | 1 | | | |
| Personlighedsforstyrrelser | 0,24** | 0,25** | 0,22** | 0,36*** | 0,46*** | 1 | | |
| Udviklingsforstyrrelser | 0,07 | 0,34*** | 0,08 | 0,27*** | 0,25** | 0,08 | 1 | |
| Spiseforstyrrelser | 0,01 | 0,007 | 0,07 | 0,22* | 0,001 | 0,1 | 0,01 | 1 |

Anm.: Har en kommune færre end 10 18-29-årig unge med psykisk sygdom, eller færre end 5 unge tilknyttet uddannelse eller beskæftigelse, fremgår tilknytning blandt unge med psykisk sygdom ikke for disse kommuner. *Sammenhæng på 10 pct. signifikansniveau. ** Sammenhæng på 5 pct. signifikansniveau. *** Sammenhæng på 1 pct. signifikansniveau.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

6. Opsamling og perspektiver

Kapitel 4 viste, at unge med psykiske lidelser har betydelig lavere tilknytning til uddannelse og beskæftigelse end deres jævnaldrende, men også at flere unge med psykiske lidelser i højere grad har kontakt til sundhedsvæsenet og modtager forskellige indsatser og ydelser på tværs af kommunale fagområder og forvaltninger.

Kapitel 5 viste, at når der tages højde for forskelle i rammevilkår blandt kommuner, er der relativt store forskelle i, hvor godt kommunerne klarer sig i forhold til at få de unge i gang med en uddannelse eller i beskæftigelse.

Nogle af disse fund fra analysen kan den enkelte kommune bruge til at reflektere over egen indsats på området, med det formål at sikre, at flere unge med psykiske lidelser kommer i gang med en uddannelse eller i job. Der er ikke i denne analyse gennemført en egentlig afdækning af praksis i forskellige kommuner, men der gives i det følgende et bud på en række spørgsmål, som kommunerne kan anvende til at belyse egen indsats, og som kommunen kan arbejde ud fra med henblik på at styrke indsatsen yderligere.

Fokus på psykisk sygdom i beskæftigelsesindsatserne

Analysen viste, at unge med psykisk sygdom har betydelig lavere tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse end unge generelt. Beskæftigelsesmæssige indsatser i kommunerne afhænger af borgernes forsørgelsesgrundlag, herunder om de er forsikrede ledige, sygedagpengemodtagere eller modtagere af uddannelseshjælp. Derudover kategoriseres borgerne efter hvor gamle de er, hvorvidt de er tæt på arbejdsmarkedet, om de har en kompetencegivende uddannelse, eller om de har problemer ud over ledighed.

Indsatsen for at få unge i uddannelse og job er højt prioriteret – både nationalt, men også lokalt. På beskæftigelsesområdet findes der ikke indsatser i lovgivningen, der specifikt retter sig mod unge med psykiske lidelser. Personer med psykiske lidelser, der modtager en beskæftigelsesrettet indsats, har således mulighed for at få de samme typer af indsatser som personer, der ikke har psykiske lidelser.

Boks 6.1

Spørgsmål til den enkelte kommune om fokus på psykisk sygdom i beskæftigelsesindsatserne

- Har kommunen beskæftigelsesrettede indsatser, specialiserede tilbud eller fokus særligt rettet mod unge med psykiske lidelser?
- Hvordan arbejder kommunen med at se muligheder i unges kompetencer og interesser med henblik på at sikre det rigtige match mellem den enkelte og jobbet eller uddannelsen?
- Hvilke tiltag gør kommunen sig, for at hjælpe den unge i gang – til trods for sygdommen?

Fokus på de rette kompetencer blandt medarbejderne i jobcentrene

Analysen viste, at unge med psykiske lidelser har større sygdomsmæssige udfordringer end unge generelt. Det kan generelt være en udfordring for medarbejdere i jobcentrene at hjælpe unge med psykisk sygdom i job eller i gang med en uddannelse. Det kan blandt andet være svært for beskæftigelsesmedarbejderne at vide, om der er tegn på psykiske problemer og i givet fald, hvordan man skal håndtere dem, eller hvor man kan henvende sig for at få hjælp.

Boks 6.2

Spørgsmål til den enkelte kommune om fokus på de rette kompetencer blandt medarbejderne i jobcentrene

- Har beskæftigelsesmedarbejderne i jobcentrene nok viden om de jobudfordringer, som unge med psykisk sygdom ofte møder?
- Er nogle af de beskæftigelsesmedarbejdere i jobcentrene, der arbejder med unge med psykiske problemer, klædt nok på til at kende og reagere på symptomerne hos psykisk syge?
- Ved medarbejderne præcist, hvem de skal kontakte og spørge, hvis borgeren ændrer adfærd, eller hvis man er i tvivl om, hvordan man skal håndtere borgere med psykisk sygdom i indsatserne?

Fokus på samarbejde på tværs af kommunale fagområder og forvaltninger

Analysen viste, at en del unge modtager forskellige indsatser, som foregår på tværs af kommunale forvaltninger. Det kan blandt andet stille store krav til samarbejde og koordination på tværs af fagområder. I nogle tilfælde kræver det indsatser og samarbejde på tværs af jobcentrene og sundhedsområdet. I andre tilfælde skal der også igangsættes en social indsats, og/eller en indsats på misbrugsområdet eller familieområdet.

Boks 6.3

Spørgsmål til den enkelte kommune om fokus på samarbejde på tværs af kommunale fagområder og forvaltninger

- Hvordan samarbejder medarbejderne i kommunen på tværs af fagområder og forvaltninger om unge med psykisk sygdom, som har flere forskellige udfordringer og problemer?
- Har kommunen overblik over hvor mange forskellige fagpersoner, den enkelte borger med psykisk sygdom typisk har kontakt til?
- Har kommunen overblik over, hvor mange forskellige planer der udarbejdes for borgeren, og går alle planer i samme retning?
- Har kommunen funktioner, der koordinerer indsatserne på tværs, så der gives én fælles indsats til borgeren?

Fokus på samarbejde mellem kommunen og sygehuspsykiatrien

Den enkeltes muligheder for have et job eller være i gang med en uddannelse afhænger blandt andet også af den behandling, der modtages på sygehusene, herunder høj behandlingskvalitet og gode patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet, herunder et tværsektorielt samarbejde i indsatserne mellem regioner og kommuner.

Der findes allerede i dag forskellige indsatser på tværs af sektorer i form af støttet beskæftigelse, som sigter mod, at deltagerne finder job på det ordinære arbejdsmarked hurtigst muligt. En af metoderne inden for støttet beskæftigelse for borgere med svær psykisk sygdom er Individuelt Planlagt Job med Støtte (IPS). Formålet med IPS er at matche deltagerne til ledige stillinger eller få dem i gang med en uddannelse. Både de internationale og danske forsøg har vist lovende resultater af IPS for personer med svære psykiske lidelser⁸.

⁸ I Danmark er IPS afprøvet i flere regioner og kommuner; på nuværende tidspunkt er der netop afsluttet et forsøg i Region Hovedstaden og Region Syddanmark samt flere kommuner som viser, at deltagere i IPS-indsatsen har 30 procent større chance for at komme i job eller uddannelse sammenlignet med en kontrolgruppe, der har modtaget den ordinære indsats i beskæftigelsessystemet. Se blandt andet Regeringen 2018 - "Vi løfter i fællesskab - En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025."

Boks 6.4

Spørgsmål til den enkelte kommune om fokus på samarbejde mellem kommunen og sygehuspsykiatrien

- Hvordan samarbejder kommunen formelt med sygehuspsykiatrien?
- Hvordan er mulighederne for en tæt uformel kontakt mellem kommunens beskæftigelsesmedarbejdere og relevante medarbejdere i sygehuspsykiatrien, hvor de konkrete udfordringer kan drøftes og løses i fællesskab?
- Har kommunens medarbejdere mulighed for at ind imellem at sidde fysisk med medarbejdere i sygehuspsykiatrien og få hjælp og vejledning?
- Hvilke tiltag kunne kommunen igangsætte for at skabe sammenhæng med sygehuspsykiatrien?