

Analyse af psykisk sygdom og misbrug i udsatte boligområder

Af Bodil Helbech Hansen, bhh@kl.dk

Indhold

1	Resumé.....	2
2	Baggrund	5
3	Almene og udsatte boligområder	7
3.1	Geografisk fordeling af almene og udsatte boligområder	8
3.2	Beboerne i almene og udsatte boligområder	9
4	Psykiske problemer i almene og udsatte boligområder	11
4.1	Brug af hospitalspsykiatrien.....	11
4.2	Brug af privatpraktiserende psykiatere	15
4.3	Brug af psykologer.....	17
4.4	Psykiske lidelser	20
5	Misbrug i almene og udsatte boligområder	23
5.1	Alkoholmisbrugere i behandling	24
5.1.1	Psykiske lidelser og kontakt til psykiatrien blandt alkoholpatienter.....	26
5.1.2	Henvisning til alkoholbehandling	27
5.1.3	Tidligere behandling for alkoholmisbrug.....	28
5.1.4	Afslutning af behandling	28
5.2	Stofmisbrugere i behandling	30
5.2.1	Psykiske lidelser og kontakt til psykiatrien blandt misbrugspatienter ..	32
5.2.2	Type af stofmisbrug.....	33
5.2.3	Tidligere behandling for stofmisbrug	33
5.2.4	Afslutning af behandling	36
	Bilag 1. Afgrænsning af psykiske lidelser i hospitalspsykiatrien	39
	Bilag 2. Forbrug af ydelser efter alder.....	40
	Bilag 3. Alkoholbehandling efter alder, køn og etnisk baggrund	41
	Bilag 4. Stofmisbrugsbehandling efter alder, køn og etnisk baggrund	42
	Bilag 5. Hyppighed af forskellige hovedstoffer i stofmisbrugsbehandlingen	43

1 Resumé

I denne analyse kortlægges udbredelsen af psykiske problemer og misbrug blandt borgere bosat i forskellige typer af udsatte boligområder i Danmark. Resultaterne sammenlignes med den danske befolkning generelt. Analysen giver således et billede af koncentrationen af sociale problemer i udsatte boligområder, samt oplysninger om typen af problemer og den relative udbredelse af problemerne i forskellige grupper af beboere i områderne. Som indikation på sociale problemer i befolkningen anvendes oplysninger om borgernes brug af psykiatriske sundhedsydelser, registrerede psykiske lidelser og indskrivning i misbrugsbehandling – både alkohol og stoffer.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

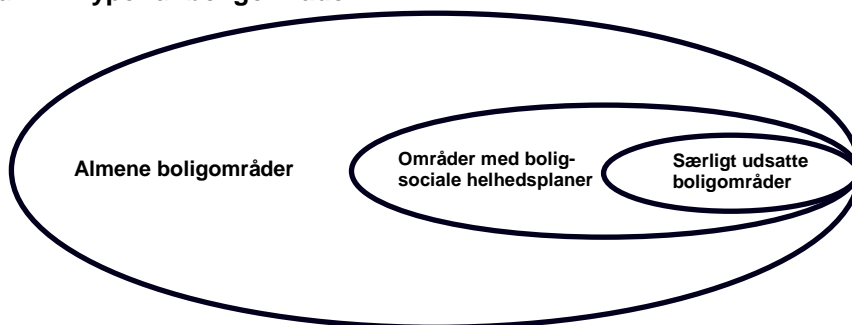
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 43

Typen og omfang af almene boligområder

Knap en million danskere bor i almene boligområder, og hver fjerde af disse bor i et udsat område, som er omfattet af en boligsocial helhedsplan. Hver fjerde beboer i områder med helhedsplaner er også i et område kategoriseret som 'særligt udsat', dvs. inkluderet på den såkaldte "ghettoliste". Stort set alle særligt udsatte områder har en boligsocial helhedsplan, *jf. figur 1.1 og noten hertil*.

Figur 1.1 Typen af boligområder



Note: Egen skitse til begrebsforklaring. Relationen mellem arealerne i de forskellige ellipser svarer ikke præcist til relationen mellem boligområdernes størrelse i virkeligheden. Desuden er nogle få særligt udsatte boligområder (ca. 1 pct. af beboerne) ikke omfattet af boligsociale helhedsplaner.

Almene boliger udgør over halvdelen af boligmassen i nogle kommuner, fx Brøndby og Albertslund, mens det kun er få procent i andre kommuner. Kun 16 kommuner havde i 2015 boligområder, som er kategoriseret som særligt udsatte.

Beboere i almene og udsatte boligområder

Blandt beboere i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og især særligt udsatte boligområder er der en overvægt af børn og unge. Særligt udsatte boligområder er desuden – qua definitionen – karakteriseret ved en meget høj andel af ikke-vestlige indvandrere.

Brug af hospitalspsykiatrien

Beboere i almene boligområder bruger hospitalspsykiatrien langt mere end andre borgere. Selvom beboere i almene boligområder kun udgør en sjettedel af alle, står de får mere end en tredjedel af alle kontakter i hospitalspsykiatrien. Beboere i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder bruger hospitalspsykiatrien mindre end beboere i andre almene boligområder. Det kan virke overraskende i lyset af de

særlige udfordringer, disse områder er karakteriseret af. Det rejser spørgsmålet, om der reelt er færre psykiske problemer i disse områder, og/eller om der er særlige barrierer i adgangen til psykiatrien eller kulturelle forskelle, der kan forklare fundet.

Når resultaterne justeres for forskelle i etnisk baggrund, forsvinder en del af – men ikke hele – forskellen mellem almene boligområder med boligsociale helhedsplaner/særligt udsatte boligområder og øvrige almene boligområder. Uden for almene boligområder har borgere med dansk baggrund samme sandsynlighed for at bruge hospitalspsykiatrien som borgere med ikke-vestlig baggrund, men i almene boligområder – og især i de særligt udsatte områder – bruger beboere med dansk baggrund hospitalspsykiatrien mest. Hvad denne forskel mellem etniske danskere og indvandrere i de særligt udsatte boligområder skyldes, kan analysen ikke belyse. Mulige forklaringer kunne være forskellige "selektionsmekanismer" i forhold til valg af bosætning i områderne blandt hhv. danskere og indvandrere, kulturelle forskelle eller barrierer i adgangen til ydelserne.

Merforbruget af psykiatrien i almene boligområder er drevet af et ekstraordinært højt forbrug blandt de ældre voksne (35-64 år). Blandt børn og unge i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder er forbruget af psykiatrien *lavere* end i andre almene boligområder. Det er bemærkelsesværdigt i lyset af det høje forbrug af psykiatrien i forældregenerationen i områderne. Hvorvidt det er et udtryk for mangel på opmærksomhed på udredning og behandling af psykiske lidelser blandt børn i disse områder mangler at blive undersøgt.

Brug af privatpraktiserende psykiatere og psykologer

Beboere i almene boligområder bruger privatpraktiserende psykiatere langt mere end andre borgere, mens brug af psykolog (med tilskud under sygesikringen) er omtrent lige udbredt i og uden for almene boligområder. I almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder er brug af psykolog mindre udbredt end i andre almene boligområder, hvilket sandsynligvis hænger sammen med brugerbetalingen på psykologhjælp. Brug af psykiatere er omtrent lige udbredt blandt borgere med dansk baggrund og borgere med ikke-vestlig baggrund, mens brug af psykolog er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund.

Psykiske lidelser (i hospitalspsykiatrien)

Mange psykiatripatienter har flere psykiske lidelser. Blandt diagnosticerede patienter i hospitalspsykiatrien har 39 pct. mindst to lidelser og 12 pct. har mindst 3 lidelser. Der er forskel på, hvilke typer af psykiske lidelser patienter fra forskellige boligområder kommer med. Blandt psykiatripatienter fra almene boligområder er der en overvægt af patienter med skizofreni, misbrug, personlighedsforstyrrelser og posttraumatisk stress, mens der blandt psykiatripatienter, som bor uden for almene boligområder, er en overvægt af patienter med spiseforstyrrelser, autisme og ADHD. Blandt patienter fra særligt udsatte boligområder er posttraumatisk stress næsten 6 gange så udbredt end blandt patienter fra ikke-almene boligområder. Depression er dog den hyppigste diagnose blandt patienter fra alle typer af boligområder.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 43

Behandling for alkohol- og stofmisbrug

Beboere i almene boligområder har 3-4 gange så stor sandsynlighed for at have været i behandling for alkoholafhængighed eller stofmisbrug sammenlignet med andre. Heroinmisbrug er mest udbredt blandt stofmisbrugere i behandling fra særligt udsatte boligområder, mens hash, kokain, amfetamin m.m. er mest udbredt blandt misbrugere uden for almene boligområder.

I alle typer af boligområder har borgere med dansk baggrund højere sandsynlighed for at have været i misbrugsbehandling (både alkohol og stoffer) end indvandrere og efterkommere. Alkohol- og stofmisbrugsbehandling er lidt mindre udbredt i særligt udsatte boligområder end i øvrige almene boligområder, hvilket skyldes den etniske sammensætning i områderne.

To tredjedele af alle alkoholbehandlinger er blandt personer, som også tidligere har været i behandling, mens det samme gælder tre ud af fire stofmisbrugsbehandlinger. Kun omkring hver fjerde alkohol- eller stofmisbrugsbehandling afsluttes med, at borgeren er færdigbehandlet. Halvdelen af alle alkoholbehandlinger afsluttes, fordi borgeren udebliver fra behandlinger eller selv ønsker at afslutte behandlingen mod behandlingsinstitutionens råd. Det samme gælder for hver tredje stofmisbrugsbehandling.

Depression er den hyppigste samtidige diagnose blandt alkoholpatienter, mens ADHD og personlighedsforstyrrelser er de hyppigste samtidige diagnoser blandt stofmisbrugspatienter.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 43

2 Baggrund

Der er velkendt, at der er social ulighed i sundhed i den danske befolkning. Der er en tæt sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold i forskellige befolkningsgrupper på den ene side, fx målt som uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet eller indkomst, og deres helbred på den anden side, herunder sundhedsadfærd, sygelighed og død. I 2009 kunne den fjerdedel af mænd med højest indkomst se frem til at leve 10 år længere end den fjerdedel af mænd med lavest indkomst, og uligheden i middellevetid har været stigende i en lang årrække ([Sundhedsstyrelsen, 2011](#)).

Mange ressourcetsvage bor i udsatte almene boligområder. Man må derfor forvente en koncentration af helbredsproblemer blandt borgere bosat i disse områder. Derudover tyder forskningen på, at der også kan være en selvstændig negativ effekt af at bo i et depriveret område. Alene det at bo i et udsat eller ressourcetsvagt område påvirker helbredet i en negativ retning – uafhængigt af personens egne ressourcer og situation¹ ([Ugeskrift for læger, 2015; 177](#)).

Udsatte boligområder kan afgrænses på forskellig vis. Regeringen afgrænser udsatte boligområder ud fra kriterier vedr. beboernes tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesniveau, indkomst, etniske baggrund og kriminalitet – den såkaldte "ghettoliste". Den almene sektor anvender termen 'udsatte boligområder*' om de almene boligafdelinger, som er omfattet af en boligsocial helhedsplan støttet af Landsbyggefonden. I tildelingen af støtte lægger Landsbyggefonden vægt på, at boligafdelingen har væsentlige problemer af økonomisk, social eller anden karakter, herunder høj husleje, høj flyttefrekvens, stor andel af boligtagere med sociale problemer, utryghed, vold, hærværk eller nedslidning af bygninger og friarealer.

Der er generelt mangel på viden om helbredet blandt borgere i udsatte boligområder ([Ugeskrift for læger, 2015; 177](#)). I denne analyse er formålet at afdekke væsentlige psykiske problemer og misbrug i almene boligområder, herunder almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder (ghettoer) med brug af eksisterende nationale registre. Dette gøres ved at undersøge brug af hospitalspsykiatrien og privatpraktiserende psykiatere og psykologer som indikator for psykiske problemer, samt udbredelsen af forskellige psykiske lidelser (diagnoser) blandt beboere i forskellige boligområder. Desuden undersøges omfanget af misbrugsbehandling (alkohol og stoffer).

Det er vigtigt at understrege, at forskelle i forbruget af psykiatriske sundhedsydelser i forskellige befolkningsgrupper både kan afspejle forskelle i behovet for sundhedsydelser (indikator for psykiske problemer), forskelle i efterspørgslen efter ydelser og forskelle i adgangen til ydelserne (herunder

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 43

¹ De præcise mekanismer er dog fortsat genstand for akademiske diskussioner.

barrierer relateret til økonomi, kultur, praksis m.m.). Da mange beboere i almenne boligområder har en anden etnisk baggrund end dansk, bør det overvejes, i hvilken grad deres brug af sundhedsydelser kan direkte sammenlignes med etniske danskeres brug som et udtryk for forskelle i sygelighed, eller om der er særlige barrierer i adgangen til ydelserne, der påvirker dette mål. Sprogbarrierer, transportudfordringer, manglende tillid til de sundhedsprofessionelle og manglende viden om organiseringen af det danske sundhedsvæsen er for eksempel identificeret som mulige barrierer, som kan give indvandrere problemer med at manøvrere i det danske sundhedssystem ([MESU, 2013](#)). Hertil kommer kulturelle forskelle i opfattelsen af symptomer og tærsklen for at søge hjælp ([Sundhedsstyrelsen, 2010](#)).

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

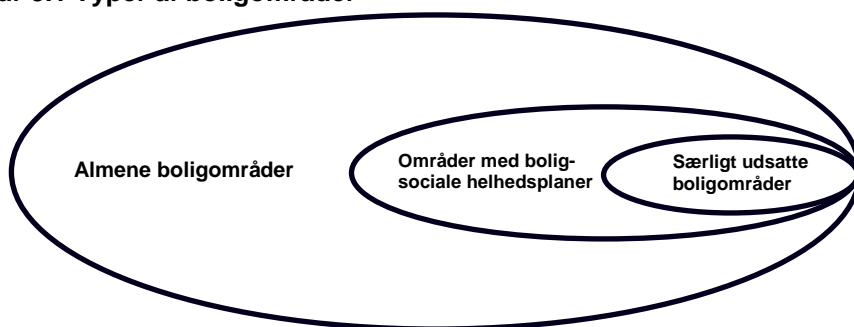
www.kl.dk
Side 6 af 43

3 Almene og udsatte boligområder

Beboere i almene boligområder

Knap én million borgere – svarende til 17 pct. af den danske befolkning eller godt hver sjette borger – bor i almene boliger, dvs. boliger omfattet af almenboligloven. De almene boliger omfatter mange forskellige typer af boliger, herunder almene ungdomsboliger, ældreboliger og boliger, som anvises hjemløse og andre socialt udsatte borgere fx misbrugere og svært psykisk syge.

Figur 3.1 Typer af boligområder



Note: Egen skitse til begrebsforklaring. Relationen mellem arealerne i de forskellige ellipser svarer ikke præcist til relationen mellem boligområdernes størrelse i virkeligheden. Desuden er nogle få særligt udsatte boligområder (ca. 1 pct. af beboerne) ikke omfattet af boligsociale helhedsplaner.

Beboere i områder med boligsociale helhedsplaner

Nogle almene boligområder er omfattet af en boligsocial helhedsplan, som er godkendt og økonomisk støttet af Landsbyggefonden. I 2015 var der ca. 220.000 borgere, som boede i et alment boligområde omfattet af en boligsocial helhedsplan. Det svarer til knap 4 pct. af hele befolkningen og 23 pct. af alle beboere i almene boligområder.

Beboere i særligt udsatte boligområder

En mindre del af de almene boligområder betegnes som særligt udsatte boligområder (også kaldet ghettoer). Disse områder er karakteriseret ved en høj andel af borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet, en høj andel af indvandrere, høj kriminalitet, lavt uddannelsesniveau og lav indkomst². I 2015 var der 25 ghettoområder. For liste over områder se [her](#). I alt knap 60.000 borgere bor i disse områder, svarende til 1 pct. af hele befolkningen og 6 pct. af beboere i almene boligområder. Stort set alle særligt udsatte boligområder er også omfattet af en boligsocial helhedsplan. De særligt udsatte boligområder udgør 27 pct. af alle i områder med boligsociale helhedsplaner.

² Se kriterier i Almenboliglovens §61a.

3.1 Geografisk fordeling af almene og udsatte boligområder

De forskellige typer af boligområder er ikke jævnt fordelt geografisk i landet. I nogle kommuner, fx Brøndby og Albertslund Kommune, udgør de almene boliger over halvdelen af boligmassen, mens de i andre, fx Gentofte og Rebild Kommune, udgør få procent, jf. figur 3.2. I syv kommuner bor under 5 pct. af borgerne i almene boligområder, og i 36 kommuner bor under 10 pct. af borgerne i almene boligområder. I alt 43 kommuner har almene boligområder, som er omfattet af en boligsocial helhedsplan, mens kun 16 kommuner har særligt udsatte almene boligområder, som er inkluderet på listen over ghettoområder i 2015, jf. figur 3.3-3.4.

Dato: 29. november 2016

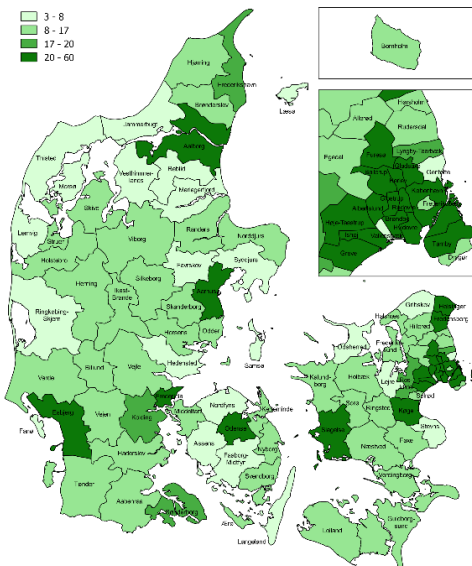
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

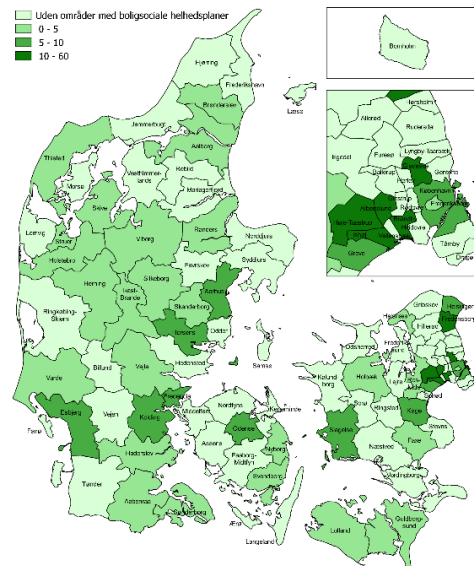
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 43

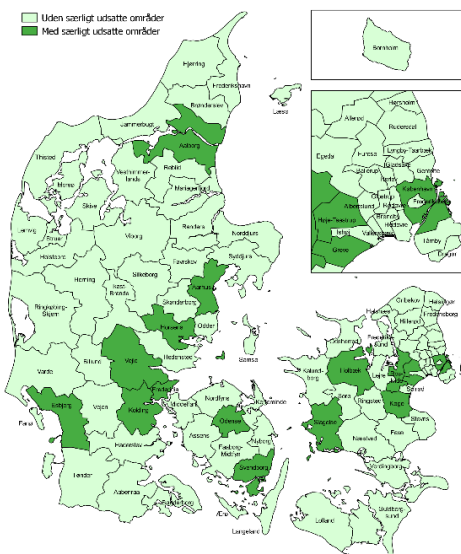
Figur 3.2 Andel borgere i almene boliger, 2015 (pct.)



Figur 3.3 Andel borgere i områder med boligsociale helhedsplaner, 2015 (pct.)



Figur 3.4 Kommuner med særligt udsatte boligområder, 2015



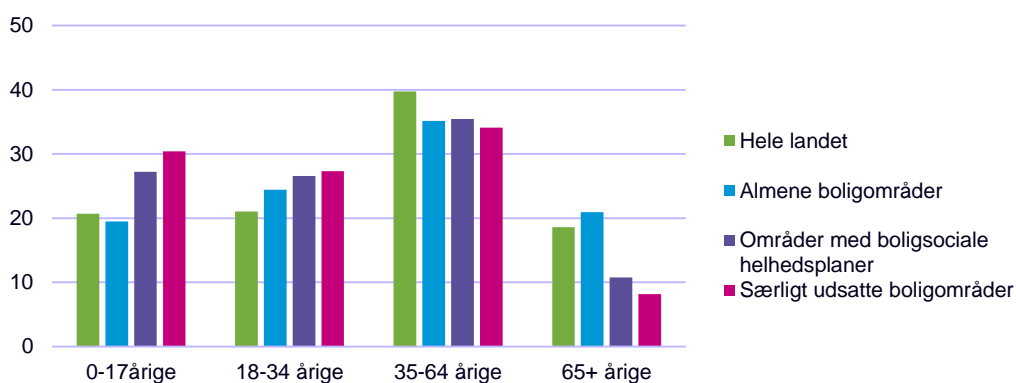
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

3.2 Beboerne i almene og udsatte boligområder

Aldersprofilen i boligområdetyperne er forskellige. I almene boligområder er der generelt en højere andel af ældre over 65 år, og en højere andel af unge i alderen 18-34 år sammenlignet med resten af landet. I almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og især i særligt udsatte boligområder er der en markant højere andel af børn og unge og langt færre ældre end i andre områder. I særligt udsatte boligområder er 30 pct. af beboerne under 18 år, jf. figur 3.5.

Dato: 29. november 2016
 Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455
 E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 9 af 43

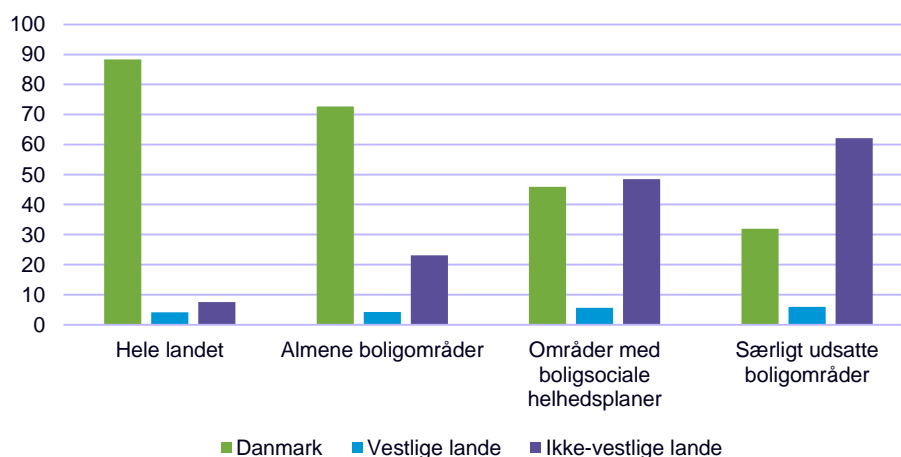
Figur 3.5 Aldersfordeling blandt beboere i forskellige typer boligområder (pct.)



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Almene boligområder adskiller sig fra øvrige boligområder ved at have en markant højere andel af indvandrere og borgere med ikke-vestlig etnisk baggrund. Denne forskel er særligt udpræget i særligt udsatte boligområder, hvor 59 pct. har en ikke-vestlig etnisk baggrund (som naturlig følge af kriterierne for disse områder), jf. figur 3.6. Andelen af beboere med ikke-vestlig baggrund i særligt udsatte boligområder er særligt høj blandt børn og unge under 18 år. Syv til otte ud af ti børn i disse områder har ikke-vestlig baggrund.

Figur 3.6 Etnisk baggrund blandt beboere i forskellige typer boligområder (pct.)



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Udskiftningen i beboere er større i særligt udsatte områder end i almene boligområder generelt. Sammenlignet med andre almene boligområder er en større andel af beboerne i særligt udsatte områder nytilflyttere, en mindre andel har boet i området i mange år og en større andel fraflytter i løbet af et år. Dette kan både hænge sammen med, hvor attraktive områderne er, men også med alderssammensætningen i områderne. Der er en større andel af unge i særligt udsatte områder end i almene boligområder generelt, og udskiftningen i beboere i både almene boligområder og særligt udsatte boligområder er størst blandt unge. Der er en tendens til, at nytilflyttere og fraflytterne i særligt udsatte boligområder især har dansk baggrund, mens langtidsbeboerne i højere grad har ikke-vestlig baggrund.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 43

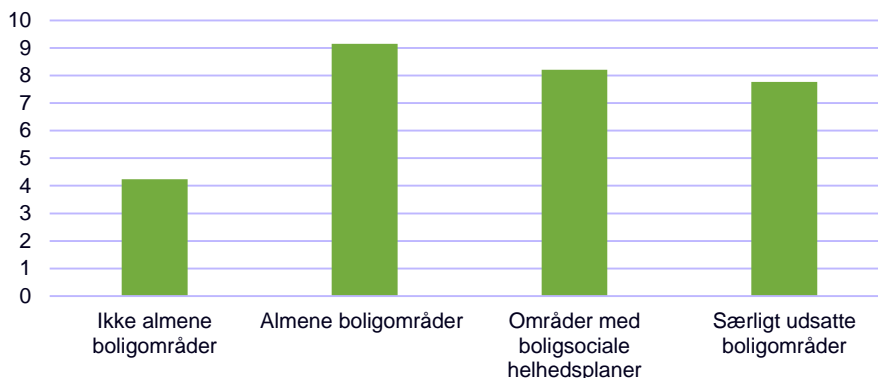
4 Psykiske problemer i almene og udsatte boligområder

4.1 Brug af hospitalspsykiatrien

Beboere i almene boligområder bruger psykiatrien langt mere end resten af befolkningen. Selvom beboere i almene boligområder kun udgør en sjettedel af befolkningen (17 pct.), står de for en tredjedel (36 pct.) af alle kontakter med hospitalspsykiatrien.

I løbet af de seneste 5 år har knap hver tiende beboer i et alment boligområde (9,1 pct.) været i kontakt med hospitalspsykiatrien, mens det kun gælder 4,2 pct. af beboerne i øvrige boligområder. Hospitalspsykiatrien bruges mindre i de særligt udsatte boligområder og områder med helhedsplaner end i de øvrige almene boligområder. Mønsteret gør sig gældende for alle typer af psykiatrikontakter. Blandt beboere i almene boligområder har en signifikant højere andel været indlagt, været på skadestue, været til planlagt ambulante behandling på en psykiatrisk hospitalafdeling end blandt beboere i andre boligområder. Billedet er uændret, når der justeres for forskelle i køns- og aldersfordelingen mellem områderne, jf. figur 4.1.

Figur 4.1: Andel med kontakt til hospitalspsykiatrien fra 2010 til 2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder (pct.)



Note: 'Kontakt' betyder hhv. mindst én indlæggelse/ét besøg (skadestue eller ambulante) på psykiatrisk hospitalafdeling i perioden 1/1 2010 -31/12 2014.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Det kan virke overraskende, at forbruget af psykiatrydelser ikke er højere i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder givet de særlige udfordringer disse områder er karakteriseret af. Det er dog vigtigt at understrege, at forskelle i forbruget af sundhedsydelser i forskellige boligområder ikke nødvendigvis afspejler forskelle i behovet for sundhedsydelser (indikator for psykiske problemer), forskelle i efterspørgslen efter ydelser og forskelle i adgangen til ydelserne (herunder barrierer relateret til økonomi, kultur, praksis m.m.). Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt det mindre forbrug af psykiatrien blandt beboerne i disse boligområder kan

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

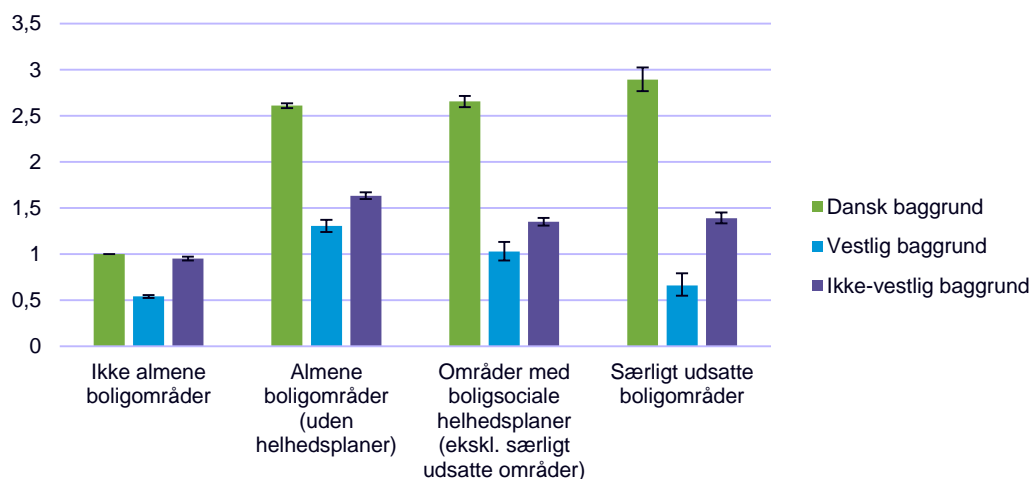
www.kl.dk
Side 11 af 43

tolkes som et mindre behov for psykiatrydelser/ lavere grad af psykiske problemer, og/eller om der kan være barrierer i adgangen til ydelser eller kulturforskelle, som kan forklare forskellene. Opsøger beboere i særligt udsatte boligområder i mindre grad hjælp? Henvises de i mindre grad fra deres egen læge til hospitalspsykiatrien? Og oftere til privatpraktiserende psykiatere i stedet for til hospitalspsykiatrien?

I sammenligningen af de forskellige typer boligområder skal det dog holdes for øje, at almene boligområder er en bred kategori, som både omfatter almene ungdomsboliger, ældreboliger og boliger, som anvises hjemløse og andre socialt udsatte borgere fx misbrugere og svært psykisk syge. Desuden er de forskellige boligområdetyper ikke geografisk jævnt fordelt i landet jf. afsnit 3.1.

Beboernes etniske baggrund har stor betydning for brugen af psykiatrien. Når der justeres for forskelle i beboersammensætningen hvad angår etnisk baggrund, nærmer brugen af hospitalspsykiatrien i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder sig niveauet i øvrige almene boligområder. Dvs. at forskelle i beboersammensætningen hvad angår etnisk baggrund kan delvist forklare, at hospitalspsykiatrien bruges mindre i særligt udsatte boligområder end i øvrige almene boligområder. Det skyldes, at sandsynligheden for at være i kontakt med psykiatrien generelt er langt højere blandt beboere med dansk baggrund end indvandrere og efterkommere jf. figur 4.2. Der er dog fortsat et markant højere psykiatriforbrug i almene boligområder sammenlignet med ikke-almene boligområder.

Figur 4.2 Betydning af etnisk baggrund på tværs af boligområder for brug af hospitalspsykiatrien (Odds Ratio)



Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til hospitalspsykiatri som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og etnisk baggrund (reference = dansker i ikke almene boligområder), justeret for køn og alder. Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dertil kommer, at betydningen af beboernes etniske baggrund varierer med hvilket boligområde, beboeren bor i. Som dansker er sandsynligheden for at

Dato: 29. november 2016
 Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455
 E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 12 af 43

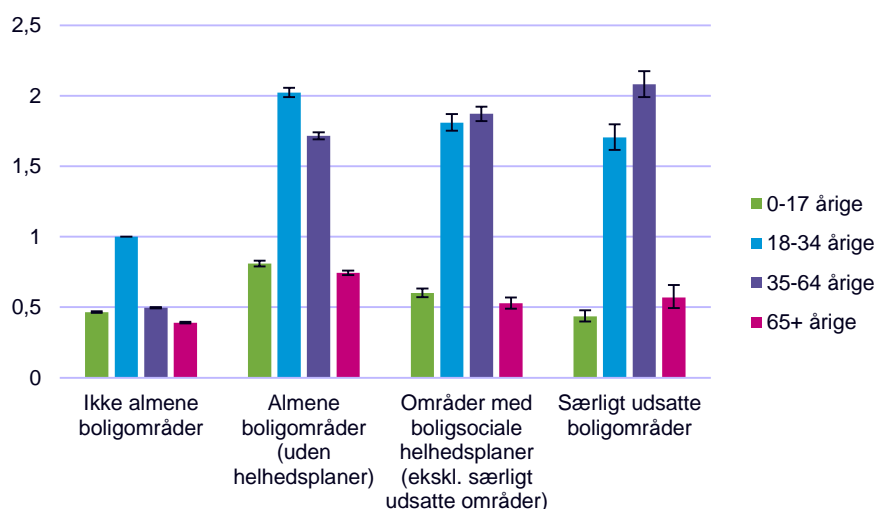
være i kontakt med hospitalspsykiatrien størst i de særligt udsatte boligområder, mens den blandt beboere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund er størst i almene boligområder uden helhedsplaner, og som ikke er på "ghettolisten".

En anden vinkel er, at merforbruget af hospitalspsykiatrien i almene boligområder sammenlignet med ikke-almene områder ses både blandt danskere og indvandrere, men det er størst blandt beboere med dansk baggrund. Uden for almene boligområder har beboere med dansk og ikke-vestlig baggrund næsten samme sandsynlighed for at have været i hospitalspsykiatrien.

Hvad denne forskel skyldes, vides ikke. Måske afspejler det, at beboere med dansk baggrund i almene boligområder og især i særligt udsatte boligområder i højere grad har psykiske problemer eller deciderede psykiatriske lidelser end beboere med ikke-vestlig baggrund, for hvem knappe ressourcer, arbejdsløshed og netværk i området måske spiller en større rolle for deres bosættelse i området? Eller er der flere barrierer for brug af sundhedsvæsenet/psykiatrien blandt beboere med ikke vestlig baggrund?

Hospitalspsykiatrien bruges generelt mest af 18-34 årige. Men betydningen af alder for brugen af hospitalspsykiatrien varierer med hvilket boligområde, beboeren bor i. Uden for almene boligområder bruger unge i alderen 18-34 år hospitalspsykiatrien dobbelt så meget som alle øvrige aldersgrupper, men i almene boligområder med helhedsplaner er brugen af psykiatrien lige høj blandt unge og ældre voksne (18-34 årige og 35-64 årige) og i særligt udsatte områder er brugen af psykiatrien højest blandt 35-64 årige.

Figur 4.3 Betydning af alder på tværs af boligområde for brug af hospitalspsykiatrien (Odds Ratio)



Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til hospitalspsykiatri som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og alder (reference = 18-34 årige i ikke almene boligområder), justeret for køn og etnisk baggrund. Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 13 af 43

Et bemærkelsesværdigt fund er, at brugen af hospitalspsykiatrien blandt børn og unge *ikke* er markant højere i almene boligområder sammenlignet med uden for almene boligområder. Og i de særligt udsatte almene boligområder er brugen af hospitalspsykiatrien blandt børn og unge *lavere* end i andre almene boligområder – på niveau med situationen uden for almene boligområder.

Det kan virke overraskende, at forbruget af psykiatrydelser blandt børn ikke er højere i de særligt udsatte boligområder givet de særlige udfordringer disse områder er karakteriseret af og det høje forbrug af psykiatrydelser i forældregenerationen i områderne. Det rejser spørgsmålet, om der sker en underdiagnosticering og/eller underbehandling af psykiske lidelser blandt børn i udsatte boligområder. Om der er barrierer i forhold til opsporing, udredning eller behandling af børn med psykiske problemer i udsatte boligområder.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

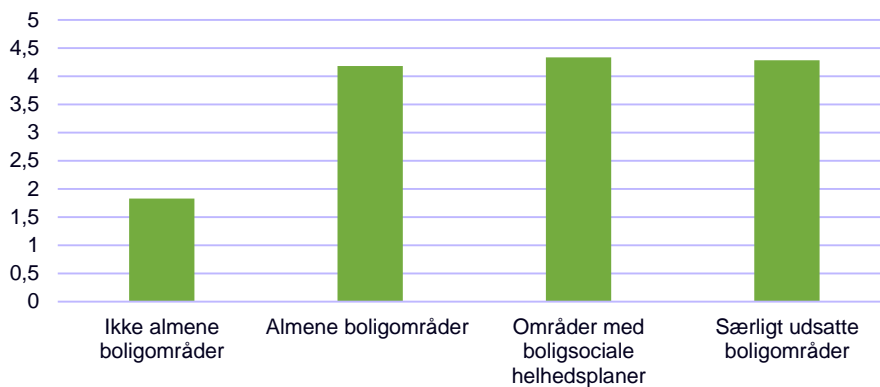
www.kl.dk
Side 14 af 43

4.2 Brug af privatpraktiserende psykiatere

Beboere i almene boligområder bruger også privatpraktiserende psykiatere langt mere end resten af befolkningen. Selvom beboere i almene boligområder kun udgør en sjettedel af befolkningen (17 pct.), står de for knap en tredjedel (32 pct.) af alle kontakter med privatpraktiserende psykiatere.

I løbet af de seneste 5 år har 4-5 pct. af beboerne i almene boligområder været hos en privat psykiater i primærsektoren, mens det gælder under 2 pct. af beboerne i øvrige boligområder, jf. figur 4.4. Der er ikke væsentlige forskelle i brugen af private psykiatere på tværs af almene boligområder hhv. med og uden helhedsplaner og særligt udsatte boligområder. Dette gælder også, når der justeres for forskelle i køns- og aldersfordelingen og den etniske baggrund blandt beboerne i de forskellige områder.

Figur 4.4: Andel med kontakt til privatpraktiserende psykiatere fra 2010 til 2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder (pct.)



Note: 'Kontakt' betyder mindst ét besøg hos privatpraktiserende psykiater i primærsektoren (under sygesikringen) i perioden 1/1 2010 -31/12 2014.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Brug af private psykiatere er omtrent lige udbredt blandt beboere med dansk baggrund og beboere med ikke-vestlig baggrund – uanset hvilket boligområde man bor i, jf. figur 4.5. Omvendt kan man også sige, at merforbruget af psykiatere i almene boligområder både ses blandt danskere og ikke vestlige indvandrere/efterkommere. Borgere med anden vestlig baggrund end dansk bruger generelt psykiatere mindre end andre borgere – især i de særligt udsatte boligområder.

Dato: 29. november 2016

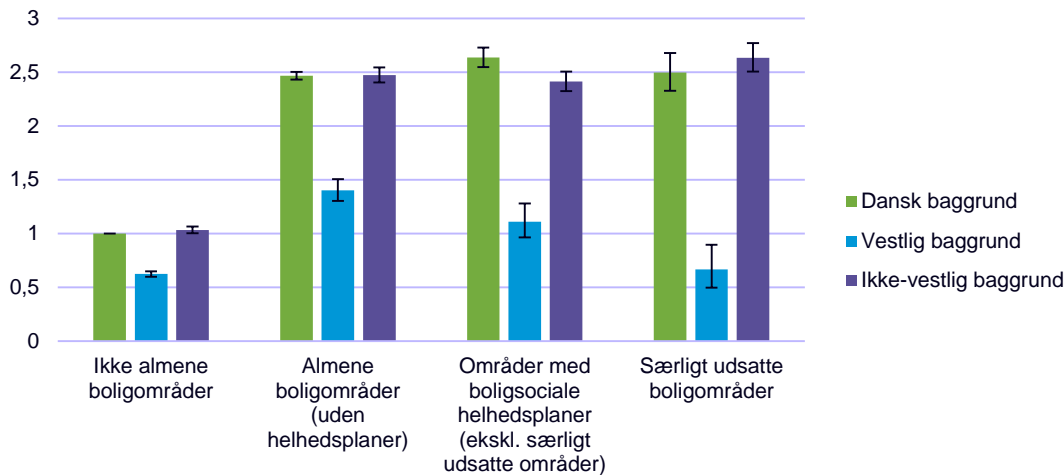
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af 43

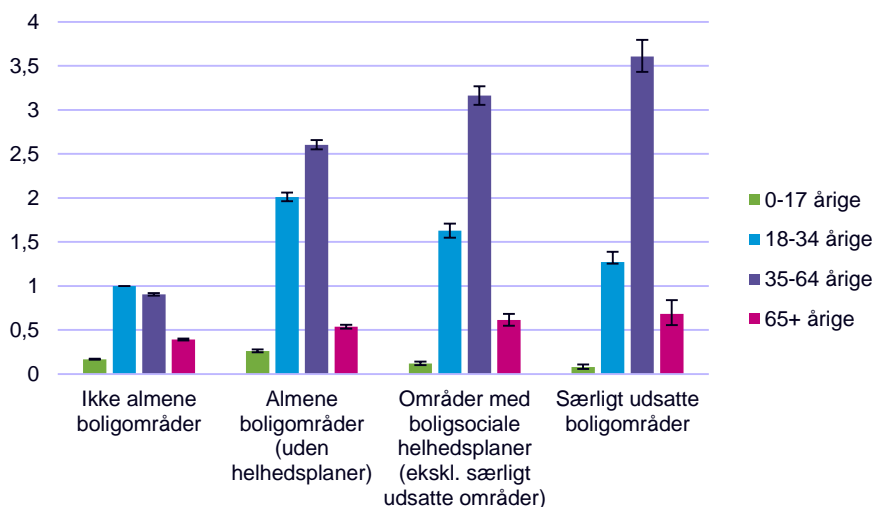
Figur 4.5 Betydning af etnisk baggrund på tværs af boligområder for brug af private psykiatere (Odds Ratio)



Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til private psykiatere som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og etnisk baggrund (reference = dansker i ikke alment boligområde), justeret for køn og alder. Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Private psykiatere bruges generelt lige meget af 18-34 årige og 35-64 årige. Men betydningen af alder varierer med hvilket boligområde, man bor i, jf. figur 4.6. I almene boligområder med helhedsplaner og særligt udsatte boligområder bruges private psykiatere mellem dobbelt og tredobbelt så meget af beboere i alderen 35-64 år sammenlignet med 18-34 årige. Man kunne også sige, at brugen af psykiatere blandt 35-64 årige er størst i særligt udsatte boligområder, mens brugen af psykiatere blandt 18-34 årige er størst i almene boligområder uden helhedsplaner.

Figur 4.6 Betydning af alder på tværs af boligområder for brug af private psykiatere (Odds Ratio)



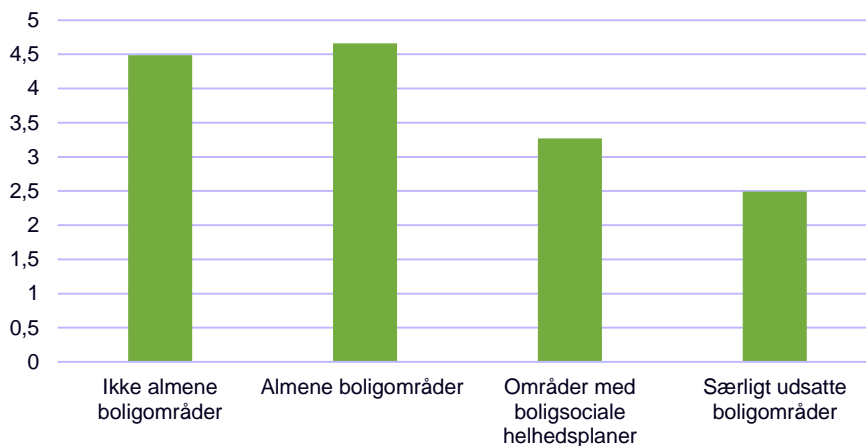
Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til private psykiatere som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og alder (reference = 18-34 årige i ikke alment boligområde), justeret for køn og etnisk baggrund. Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016
 Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455
 E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 16 af 43

4.3 Brug af psykologer

I alt 4,5 pct. af den danske befolkning havde kontakt med en privatpraktiserende psykolog (med tilskud under Sygesikringen) i løbet af en periode på 5 år. For denne type ydelse er billedet anderledes end i psykiatrien. Brug af psykolog er kun en anelse mere udbredt i almene end ikke-almene boligområder, men langt mindre udbredt i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder jf. figur 4.7. Det formodes, at den brugerbetaling, der er på psykologhjælp, også ved henvisning under sygesikringen, kan udgøre en barriere, særligt blandt borgere i særligt udsatte boligområder^{3,4}. Tidligere studier har desuden fundet en tendens til, at etniske minoriteter/indvandrere har færre kontakter til andre ydelser med brugerbetaling fx tandlæge og fysioterapeuter (MESU, 2013; SST, 2010).

Figur 4.7: Andel med kontakt til privatpraktiserende psykologer (under sygesikringen) 2010-2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder (pct.)



Note: 'Kontakt' betyder hhv. mindst ét besøg i perioden 1/1 2014 -31/12 2014. Kun kontakter, der er omfattet af sygesikringen, dvs. med henvisning, er inkluderet.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Når der justeres for betydningen af køn, alder og etnisk baggrund, er brug af psykolog omtrent lige udbredt blandt beboere uden for almene boligområder og i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder, mens beboere i øvrige almene boligområder bruger psykologer ca. 30 pct. mere.

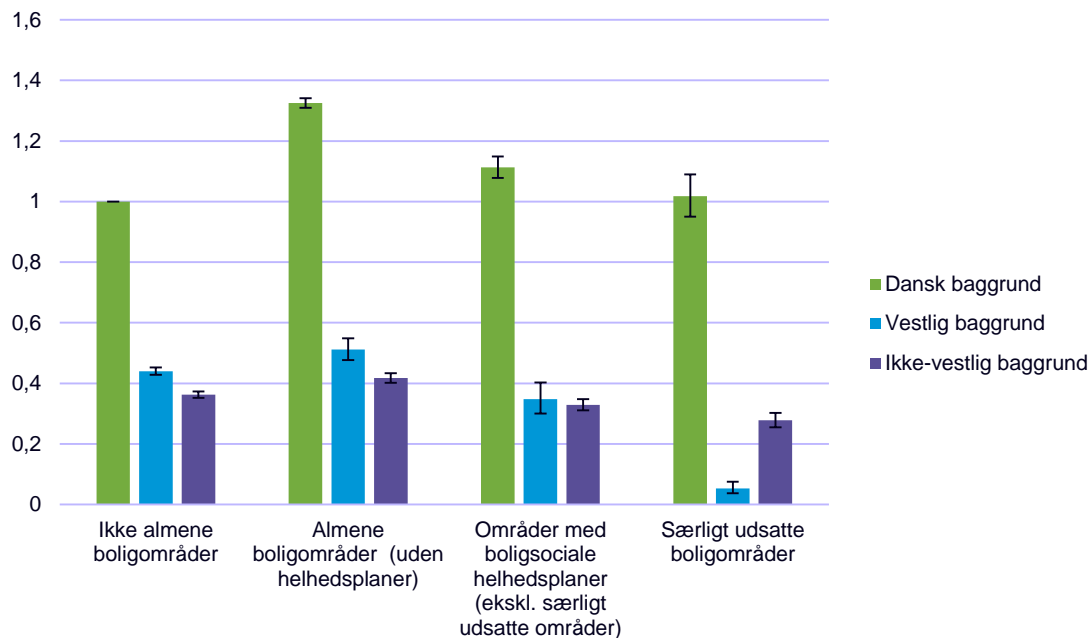
³ Der kan efter henvisning ydes tilskud til psykologhjælp i forskellige tilfælde, herunder til personer over 18 år med let til moderat depression og personer på 18-38 år med let til moderat angst, herunder OCD. Der er dog stadig egenbetaling på ca. 3-400kr. pr. konsultation. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at mennesker med angst og depression behandles med psykoterapi.

⁴ Den gennemsnitlige årlige disponible indkomst efter skat pr. person (for personer over 18 år) er signifikant ($p < 0,0001$) lavere i særligt udsatte områder (146.400 kr.) end i øvrige almene boligområder (166.500 kr.). I ikke-almene boligområder er den årlige disponible indkomst på 235.600 kr. i gennemsnit.

Sandsynligheden for at være i behandling hos psykologer er langt højere blandt beboere med dansk baggrund end blandt indvandrere og efterkommere. Merforbruget af psykologer i almene boligområder uden helhedsplaner, som ikke er på listen over særligt udsatte skyldes især større brug af psykologer blandt etniske danskere jf. figur 4.8. Det er desuden interessant at bemærke, at beboere med anden vestlig baggrund end dansk generelt bruger psykologer mere eller lige så meget som ikke vestlige beboere – med mindre de bor i særligt udsatte boligområder. Her bruger ikke vestlige indvandrere og efterkommere psykologer mere end de vestlige indvandrere/efterkommere.

Dato: 29. november 2016
 Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455
 E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 18 af 43

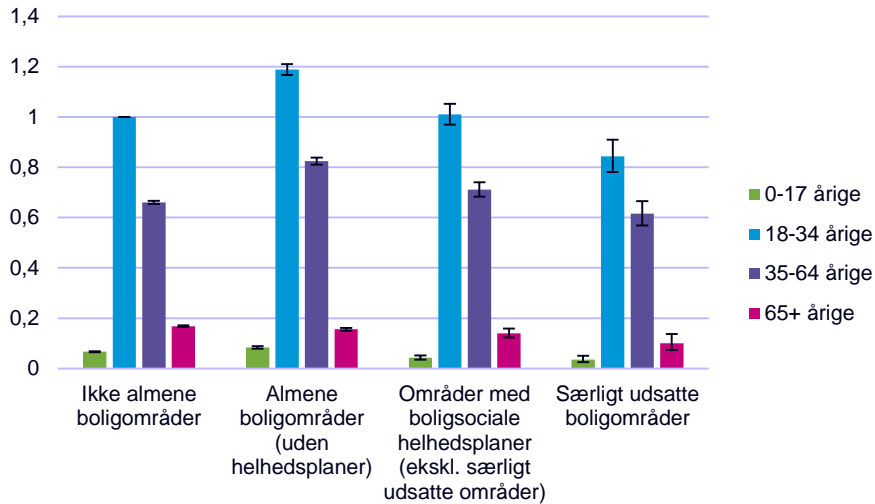
Figur 4.8 Betydning af etnisk baggrund på tværs af boligområder for brug af psykologer (Odds Ratio)



Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til private psykologer (med tilskud under sygesikringen) som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og etnisk baggrund (reference = dansker i ikke alment boligområde), justeret for køn og alder.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Psykologer bruges generelt mere af 18-34 årige end 35-64 årige og det gælder i alle typer af boligområder, jf. figur 4.9.

Figur 4.9 Betydning af alder på tværs af boligområder for brug af psykologer (Odds Ratio)



Note: Logistisk regressionsmodel med kontakt til psykologer som udfald (ja/nej). Interaktion mellem boligområde og alder (reference = 18-34 årige i ikke almene boligområder), justeret for køn og etnisk baggrund.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

www.kl.dk
 Side 19 af 43

4.4 Psykiske lidelser

I dette afsnit undersøges forskelle mellem patienter i hospitalspsykiatrien fra forskellige boligområder, hvad angår hvilke og hvor mange psykiske lidelser de udredes og behandles for. Det er desværre ikke muligt at opgøre typer af lidelser blandt patienter i primærsektoren, da diagnosekoder ikke registreres og indberettes systematisk til nationale registre.

Blandt alle psykiatripatienter har otte ud af ti (78 pct.) en af følgende 11 diagnoser: depression, angst, akut belastnings-/tilpasningsreaktion, posttraumatisk stress, spiseforstyrrelse, personlighedsforstyrrelse, bipolar affektiv sindslidelse, skizofreni, autismespektrumforstyrrelse, ADHD eller misbrugsrelateret diagnose, jf. figur 4.10. Blandt patienter med disse diagnoser har 39 pct. mindst to af lidelserne og 12 pct. har mindst tre. Blandt psykiatripatienter fra almene boligområder er disse andele lidt højere: 42 pct. har mindst to lidelser og 14 pct. har mindst tre lidelser. Der er ikke store forskelle mellem almene boligområder hhv. med og uden boligsociale helhedsplaner.

Dato: 29. november 2016

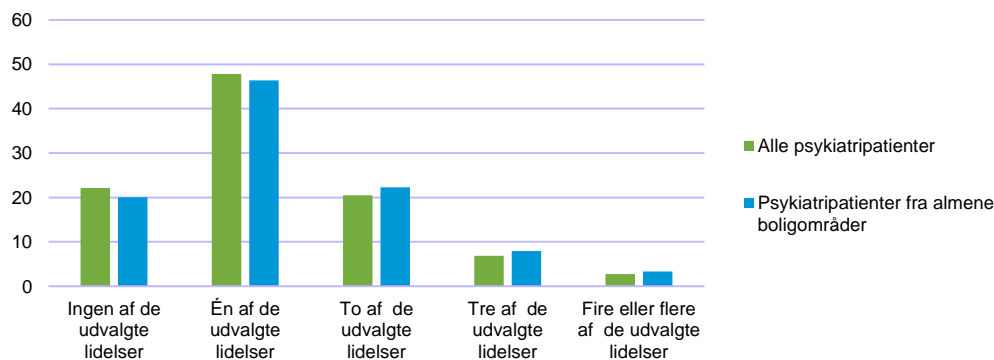
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 20 af 43

Figur 4.10: Andel med forskellige typer af psykiske lidelser blandt psykiatriske patienter fra forskellige typer af boligområde (pct.)



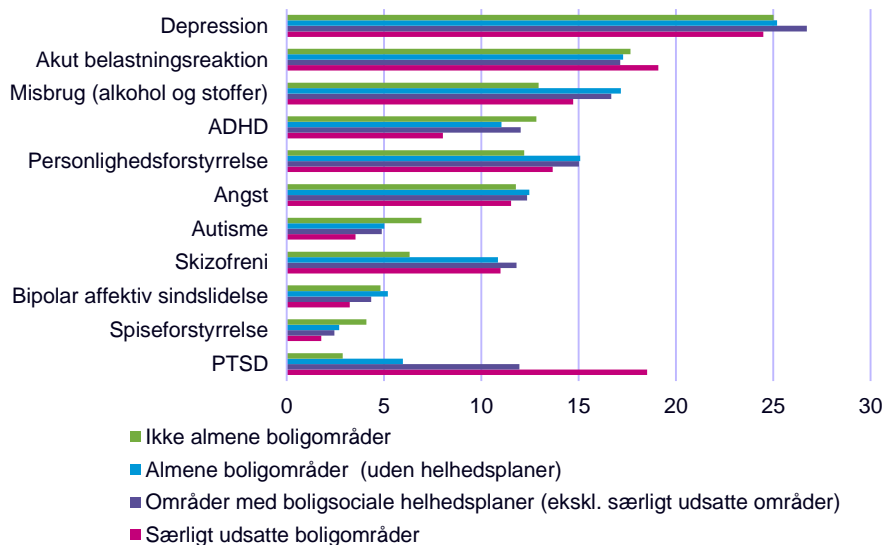
Note: Summen af følgende elleve udvalgte typer af lidelser under kontakt med hospitalspsykiatrien i perioden 1/1 2010 -31/12 2014: Misbrug/afhængighed/-forgiftning, depression, angst og fobier, akut belastningsreaktion/tilpasningsreaktion, skizofreni, bipolar affektiv lidelse, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, PTSD, ADHD, autismespektrumforstyrrelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

Den hyppigste psykiske lidelse blandt patienter i hospitalspsykiatrien er depression, uanset hvilket boligområde patienten bor i jf. figur 4.11.

Angst og depression er omtrent lige hyppigt blandt patienter fra almene og øvrige boligområder. Blandt borgere i almene boligområder, som er i kontakt med hospitalspsykiatrien, er der en overvægt af patienter med misbrug, personlighedsforstyrrelser, skizofreni og posttraumatisk stres sammenlignet med patienter fra andre boligområder. Patienter, som bor uden for almene boligområder har derimod i højere grad spiseforstyrrelser, autisme og ADHD sammenlignet med andre patienter. I særligt udsatte boligområder er der en markant overvægt af patienter med posttraumatisk stres, hvilket sandsynligvis hænger sammen med den etniske sammensætning i disse områder og en højere andel af flygtninge og indvandrere fra krigshærgede områder. Langt de fleste af de øvrige diagnoser er derimod mindre udbredt blandt patienter fra særligt udsatte boligområder sammenlignet med øvrige almene boligområder.

Figur 4.11: Andel af psykiatriske patienter med udvalgte typer af psykiske lidelser efter patientens boligområde (pct.)



Note: Udvalgte typer af lidelser under kontakt med hospitalspsykiatrien i perioden 1/1 2010 -31/12 2014. Kun psykiatriske patienter i nævneren. For diagnoseafgrænsning se bilag 1.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Da ovenstående analyser viser udbredelsen af psykiske lidelser *blandt psykiatripatienter*, siger det ikke noget om *den samlede forekomst* af de forskellige lidelser i befolkningen eller i bestemte boligområder. Det vides ikke, om forskellene mellem boligområder skyldes forskelle i forekomst af de forskellige lidelser og/eller forskelle i hvilke lidelser, der fører til hospitalskontakt på tværs af boligområder.

Når man justerer for køn og alder, ses det, at sandsynligheden for at være PTSD-patient er ca. 6 gange så høj, hvis patienten er fra et særligt udsat boligområde sammenlignet med en patient, der bor uden for almene boligområder, jf. figur 4.12.

Dato: 29. november 2016

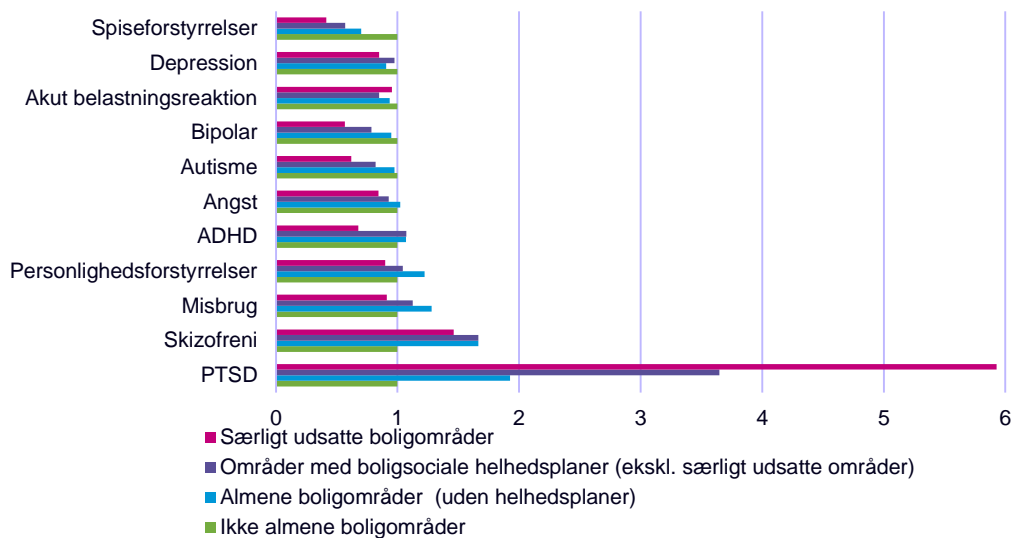
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 22 af 43

Figur 4.12: Sandsynlighed for udvalgte typer af psykiske lidelser blandt psykiatriske patienter efter patientens boligområde, justeret for køn og alder (Odds ratio)



Note: Logistiske regressionsmodeller med udvalgte diagnoser som udfald (ja/nej) Reference = ikke-almene boligområder. Justeret for køn og alder.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

5 Misbrug i almene og udsatte boligområder

I dette afsnit kortlægges omfanget af behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug blandt borgere bosat i de forskellige typer af boligområder. Det er vigtigt at understrege, at der ikke er tale om en opgørelse af forekomsten af alkoholafhængighed og stofmisbrug, men om omfanget af *behandling* for afhængighed/misbrug. Analyserne er baseret på data om offentligt betalte alkoholbehandlinger fra Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) og stofmisbrugsbehandlinger fra registeret over Stofmisbrugere i Behandling (SiB).

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 23 af 43

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) omfatter informationer fra alle alkoholbehandlinger, som det offentlige har henvist til og betalt for, uanset om behandlingen er udført af private eller offentlige behandlingsinstitutioner. Behandlingen omfatter både planlagt og akut behandling, inkl. afrusning og abstinensbehandling. Private behandlingsinstitutioner kan også vælge frivilligt at indberette behandlinger fra privat betalte behandlinger (fx gennem private forsikringer, arbejdsplads m.m.), men dette er ikke obligatorisk, og derfor er registeret ikke dækkende for denne type af behandlinger. Af denne grund ekskluderes de ikke offentligt betalte behandlinger. Desuden kan klienterne vælge anonym behandling, hvor CPR-nummer ikke registreres (14 pct. af behandlingerne var anonyme i 2014). Disse personer indgår derfor heller ikke i analyserne. Dertil kommer, at personer som behandles udelukkende medicinsk (fx antabus) i primærsektoren fx hos almen praktiserende læge eller psykiatere og behandling under afsoning ikke indgår. Analysen er derfor ikke dækkende for alle i alkoholbehandling.

Registeret over Stofmisbrugere i Behandling (SiB) dækker personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling efter Sundhedslovens §142, dvs. den behandling kommunerne har haft ansvaret for siden 2007¹. Behandling i fængsler og arresthuse er ikke med.

5.1 Alkoholmisbrugere i behandling

Beboere i almene boligområder er oftere i alkoholbehandling end borgere bosat uden for almene boligområder. Omkring en procent af beboere i almene boligområder har været i alkoholbehandling i perioden 2009-2013, mens det samme gælder en halv procent uden for almene boligområder. Selvom beboere i almene boligområder kun udgør en sjettedel af befolkningen (17 pct.), står de for en tredjedel (32 pct.) af alle offentligt betalte alkoholbehandlinger. Det er især mænd over 45 år, som bliver indskrevet i alkoholbehandling, jf. bilag 3.

Dato: 29. november 2016

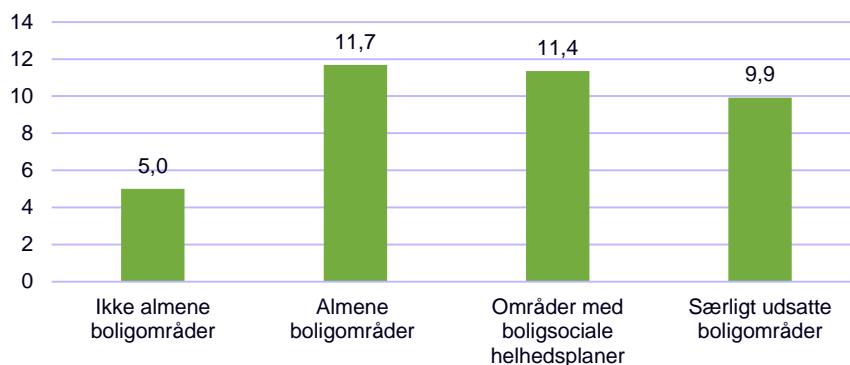
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 24 af 43

Figur 5.1 Andel 18+ årige i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013 efter boligområde (antal pr. 1.000)



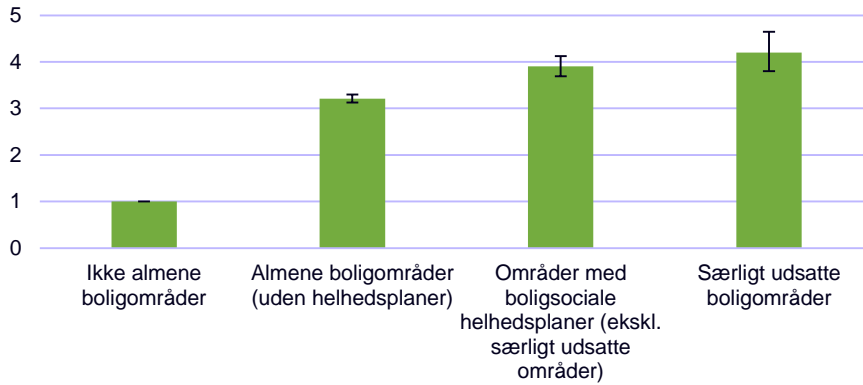
Note: I alt 30.750 personer har været indskrevet i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013. Pr. 1/1 2015 er 27.650 af disse stadig i live og bosiddende i Danmark (18+ årige). Figuren viser antallet af personer i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 pr. 1.000 beboere i hver type boligområde pr. 1/1 2015. Personer i alkoholbehandling i perioden, som er døde eller udvandret før 2015, er ikke med i denne opgørelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

I særligt udsatte boligområder er alkoholbehandling lidt mindre udbredt end i øvrige almene boligområder, hvilket kan hænge sammen med, at alkoholproblemer er mindre udbredt blandt ikke-vestlige indvandrere. Denne forskel bliver endnu mere udtalt, når der justeres for forskelle i køn og alder.

Det lavere brug af alkoholbehandlinger i særligt udsatte boligområder kan imidlertid forklares af beboernes etnisk baggrund. Når der justeres for forskelle i etnisk baggrund mellem boligområderne, er alkoholbehandling *mest* udbredt i netop de særligt udsatte boligområder.

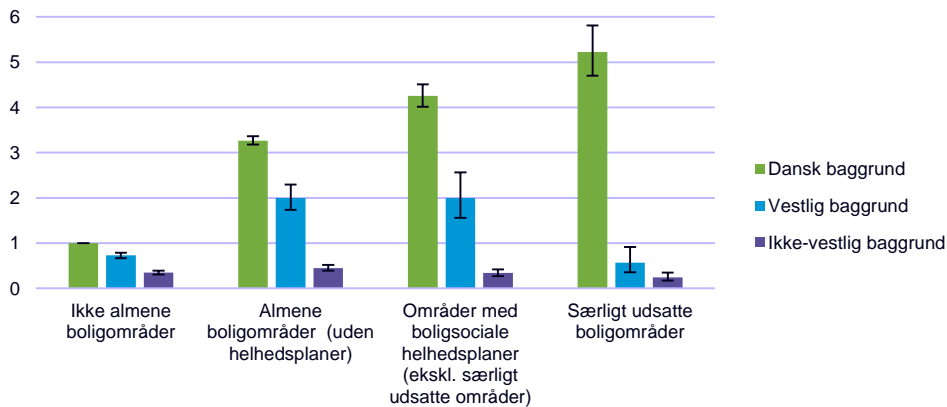
Figur 5.2 Sandsynlighed for offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013 blandt 18+ årige efter boligområder – justeret for køn, alder og etnisk baggrund (Odds Ratio)



Note: Logistisk regression med offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 som udfald (ja/nej) og boligområde som primær forklarende variabel justeret for køn, alder og etnisk baggrund. Ikke almene boligområder som reference.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Alkoholbehandling er langt mere udbredt blandt danskere end borgere med anden etnisk baggrund – især i særligt udsatte boligområder, hvor sandsynligheden for at være i alkoholbehandling som dansker er godt fem gange så stor som uden for almene boligområder.

Figur 5.3 Betydning af etnisk baggrund på tværs af boligområder for offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013 blandt 18+ årige (Odds Ratio)



Note: Logistisk regression med offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 som udfald (ja/nej) og interaktion mellem boligområde og etnisk baggrund, justeret for køn og alder.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

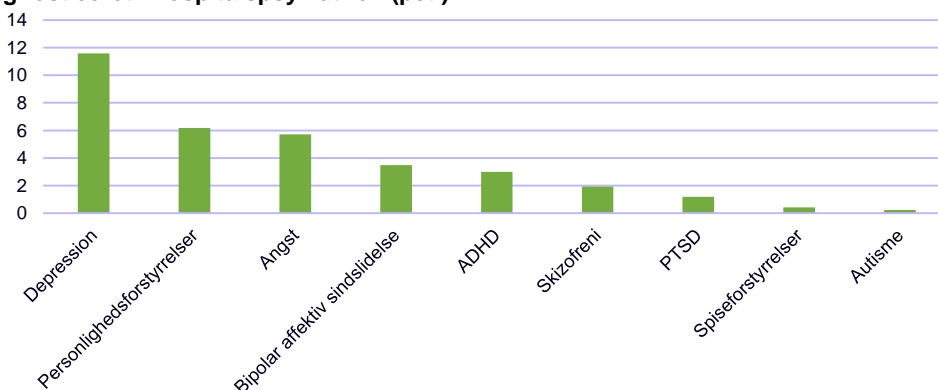
www.kl.dk
 Side 25 af 43

5.1.1 Psykiske lidelser og kontakt til psykiatrien blandt alkoholpatienter

Borgere indskrevet i offentligt finansieret alkoholbehandling har ofte også andre psykiske lidelser. Blandt alkoholpatienter har 40 pct. også været i kontakt med hospitalspsykiatrien i løbet af de seneste 5 år, og 27 pct. har i den forbindelse fået stillet en psykiatrisk diagnose (som ikke er deres afhængighed/misbrug). Depression er den hyppigste samtidige psykiske lidelse blandt alkoholpatienter, jf. figur 5.4.

Vær opmærksom på, at hyppigheden af de forskellige diagnoser i hospitalspsykiatrien ikke repræsenterer den fulde forekomst af de udvalgte psykiske lidelser blandt misbrugere. Personer, der behandles i primærsektoren fx hos egen læge eller privatpraktiserende psykiater, er ikke med.

Figur 5.4 Andel alkoholpatienter, som har udvalgte andre psykiske lidelser diagnosticeret i hospitalspsykiatrien (pct.)



Note: Diagnosticeret under kontakt til hospitalspsykiatrien i perioden 1/1 2010 -31/12 2014. Kun opgjort blandt personer i alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Blandt alkoholpatienter bosat i almene boligområder er der flere, som også har været i kontakt med psykiatrien og lidt flere, som også har en anden lidelse end alkoholpatienter uden for almene boligområder, jf. figur 5.6.

Dato: 29. november 2016

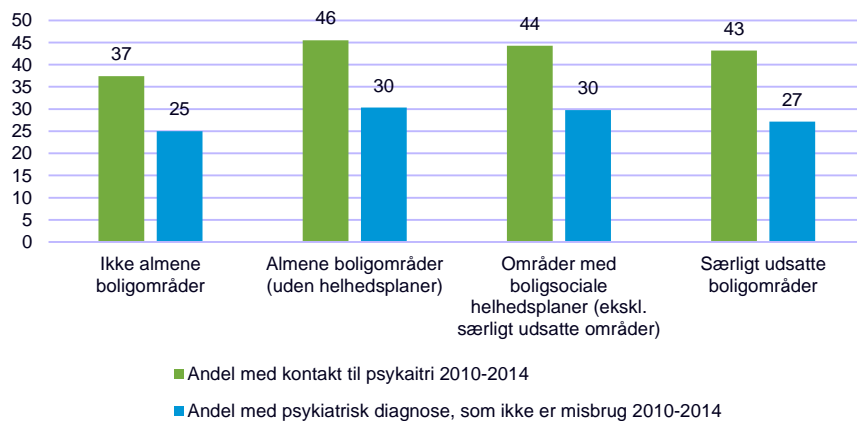
Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

www.kl.dk
 Side 26 af 43

Figur 5.6 Andel 18+ årige i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013, som også har kontakt til hospitalspsykiatrien og har andre psykiatriske diagnoser (pct.)



Note: Mindst én kontakt til hospitalspsykiatrien i perioden 1/1 2010 -31/12 2014 og mindst én af følgende typer af lidelser under kontakt: depression, angst og fobier, skizofreni, bipolar affektiv lidelse, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, PTSD, akut belastningsreaktion, ADHD, autismespektrumforstyrrelser. Begge dele kun opgjort blandt personer i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2015.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

5.1.2 Henvisning til alkoholbehandling

Over halvdelen (56 pct.) af alle indskrivninger til alkoholbehandling i perioden 2009-2013 sker på eget initiativ ved, at personen selv henvender sig i alkoholbehandlingen, uanset hvilket boligområde personen kommer fra. Der er derimod forskel på, hvor de øvrige henvisninger til alkoholbehandling kommer fra blandt borgere i almene boligområder og øvrige boligområder. Henvisninger fra Socialforvaltningen er den hyppigste årsag til indskrivning i alkoholbehandling i almene boligområder, mens opfordring fra familie eller venner er den hyppigste årsag blandt alkoholpatienter, som bor uden for almene boligområder, jf. figur 5.7.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036

Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk

Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10

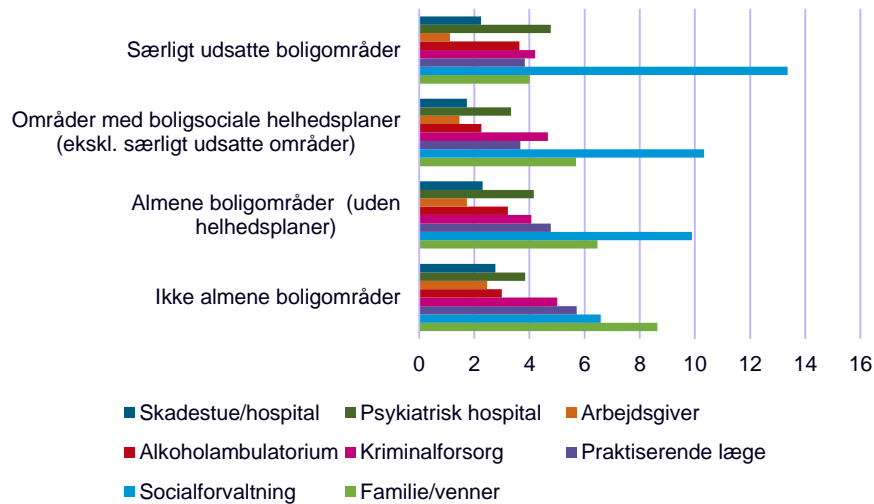
Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 27 af 43

Figur 5.7 Henvisning til offentligt finansierede alkoholbehandlinger i perioden 2009-2013 efter (pct.)



Note: Person/instans som har henvist/opfordret til indskrivning til alkoholbehandling for alle offentligt finansierede alkoholbehandlinger i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2014. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring. Personer, som er "selvhenvendte", er ikke med. De udgør 56-57 pct. af alle indskrevne i alle boligområder.
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

5.1.3 Tidligere behandling for alkoholmisbrug

To tredjedele (64 pct.) af alle indskrivninger til alkoholbehandling fra 2009-2013 er blandt personer, som også tidligere har været i behandling for alkoholmisbrug. En højere andel af beboere fra almene boligområder (med eller uden helhedsplaner og særligt udsatte boligområder) har tidligere været i behandling, når de indskrives til alkoholbehandling (68-70 pct.) end beboere fra ikke almene boligområder i alkoholbehandling (62 pct.).

5.1.4 Afslutning af behandling

Kun omkring hver fjerde alkoholbehandling afsluttes med, at borgeren er færdigbehandlet. Knap halvdelen af alle alkoholbehandlinger afsluttes, fordi borgeren enten udebliver fra behandlinger eller selv ønsker at afslutte behandlingen mod behandlingsinstitutionens råd. Resten er afsluttet pga. andre forhold, herunder udskrivning til behandling på anden institution, hos egen læge eller på hospital. Der er flest færdigbehandlede alkoholpatienter uden for almene boligområder og færrest i særligt udsatte boligområder, mens der er flest udeblivelser blandt borgere fra almene boligområder med helhedsplaner, jf. figur 5.8.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 28 af 43

Dato: 29. november 2016

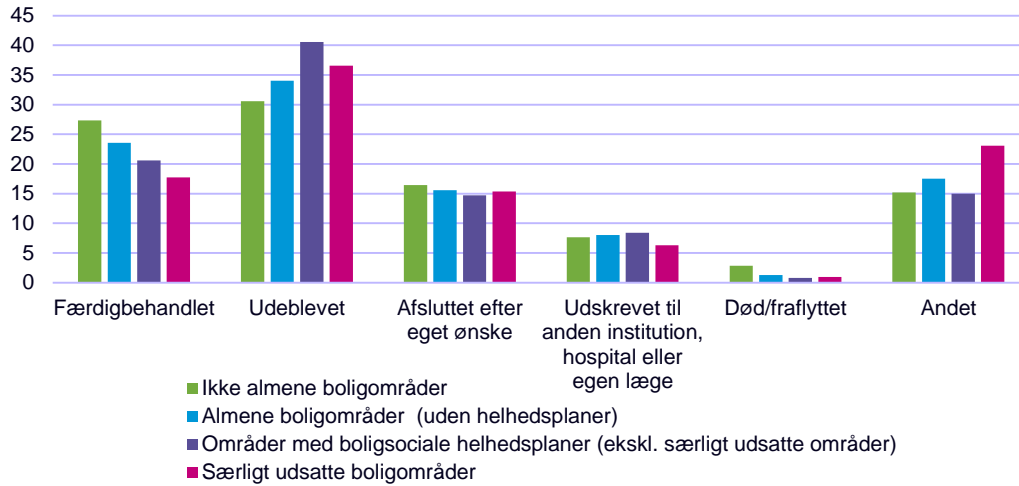
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 29 af 43

Figur 5.8 Afslutningsårsag ved offentligt finansierede alkoholbehandlinger afsluttet i perioden 2009-2013 (pct.)



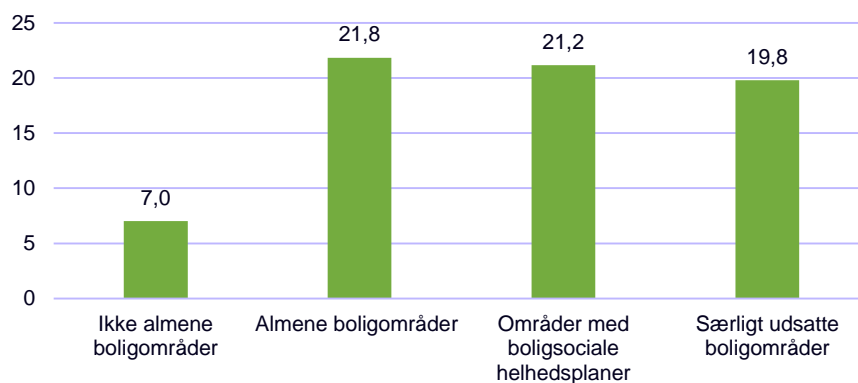
Note: Afslutningsårsag for alle offentligt finansierede alkoholbehandlinger afsluttet i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2014. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik

5.2 Stofmisbrugere i behandling

Beboere i almene boligområder er oftere i behandling for stofmisbrug end borgere bosat uden for almene boligområder. Omkring to procent af beboere i almene boligområder har været i stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013, mens det samme gælder godt en halv procent uden for almene boligområder. Selvom beboere i almene boligområder kun udgør en sjettedel af befolkningen (17 pct.), står de for næsten halvdelen (44 pct.) af alle stofmisbrugsbehandlinger. Det er især mænd i alderen 18-24 år, som bliver indskrevet i misbrugsbehandling, jf. bilag 4.

Figur 5.9 Andel 18-64 årige i stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013 (antal pr. 1.000) efter boligområde

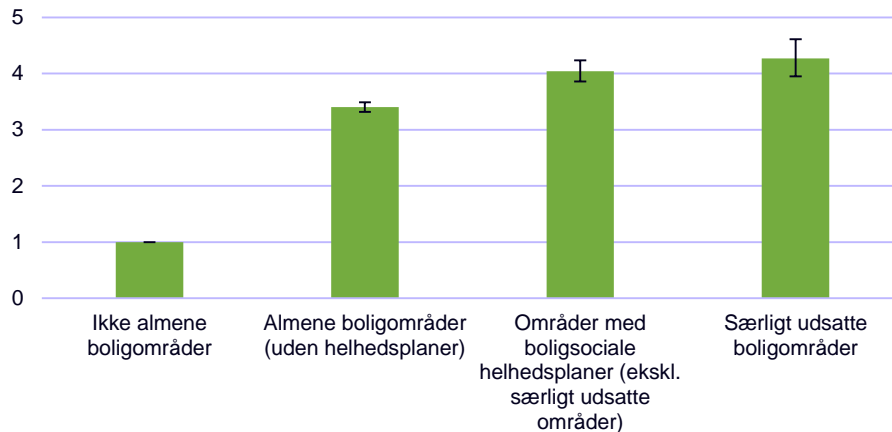


Note: I alt 36.390 personer har været i stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013. Pr. 1/1 2015 er 32.745 af disse stadig i live og bosiddende i Danmark (18-64 årige). Figuren viser antallet af personer i stofmisbrugsbehandling i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 pr. 1.000 beboere (18-64 år) i hver type boligområde pr. 1/1 2015. Personer i misbrugsbehandling i perioden, som er døde er udvandret før 2015, er ikke med i denne opgørelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

I særligt udsatte boligområder er stofmisbrugsbehandling lidt mindre udbredt end i øvrige almene boligområde. Denne forskel bliver endnu mere udtalt, når der justeres for forskelle i køn og alder. Den lavere brug af misbrugsbehandling i særligt udsatte boligområder kan imidlertid forklares af beboernes etniske baggrund. Når der justeres for forskelle i etnisk baggrund mellem boligområderne, er misbrugsbehandling mest udbredt i netop de særligt udsatte boligområder – mere end 4 gange så hyppigt som uden for almene boligområder, jf. figur 5.10.

Figur 5.10 Sandsynlighed for stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013 blandt 18-64 årige efter boligområder – justeret for køn, alder og etnisk baggrund (Odds Ratio)

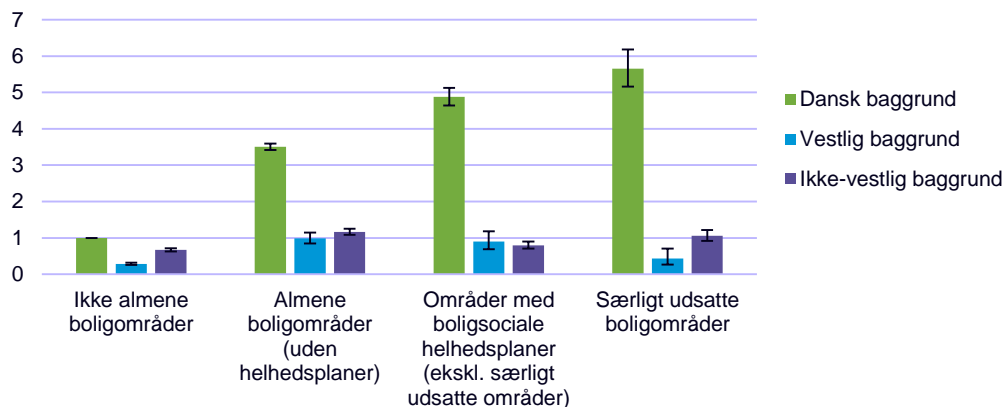


Note: Logistisk regression med stofmisbrugsbehandling i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 som udfald (ja/nej) og boligområde som primær forklarende variabel justeret for køn, alder og etnisk baggrund. Ikke almene boligområder som reference.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Behandling for stofmisbrug er langt mere udbredt blandt danskere end borgere med anden etnisk baggrund – især i særligt udsatte boligområder, hvor sandsynligheden for at være i misbrugsbehandling som dansker er fem til seks gange større så stor som uden for almene boligområder.

Figur 5.11 Betydning af etnisk baggrund på tværs af boligområder for stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013 blandt 18-64 årige (Odds Ratio)



Note: Logistisk regression med stofmisbrugsbehandling i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 som udfald (ja/nej) og interaktion mellem boligområde og etnisk baggrund, justeret for køn og alder.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Der er ikke den samme markante forskel på stofmisbrugsbehandling blandt danskere og ikke-vestlige indvandrere/efterkommere som, der er ved alkoholbehandling, jf. bilag 3 og 4. Ikke-vestlige indvandrere og efterkommere er dog også sjældnere i stofmisbrugsbehandling end danskere, men oftere end indvandrere og efterkommere fra vestlige lande.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 31 af 43

5.2.1 Psykiske lidelser og kontakt til psykiatrien blandt misbrugspatienter

Borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandling har ofte også haft kontakt til psykiatriske hospitalsafdelinger. I alt 42 pct. af misbrugspatienterne har også været i kontakt med hospitalspsykiatrien i løbet af de seneste fem år, og en tredjedel (32 pct.) har fået en psykiatrisk diagnose, som ikke er en afhængigheds-/misbrugsdiagnose. ADHD og personlighedsforstyrrelser er de hyppigste samtidige psykiske lidelser blandt misbrugspatienter, jf. figur 5.12. Andelen af misbrugspatienter med psykiatrisk kontakt og andre psykiske lidelser er stort set den samme på tværs af boligområder.

Dato: 29. november 2016

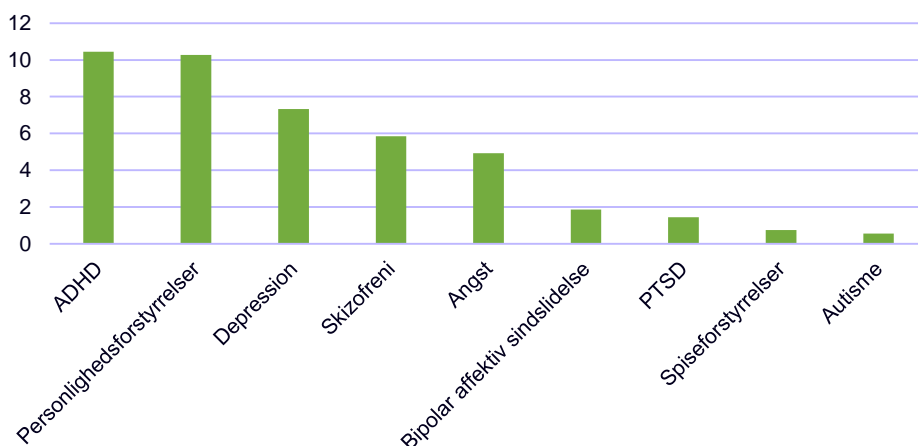
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 32 af 43

Figur 5.12 Andel stofmisbrugspatienter, som har udvalgte andre psykiske lidelser diagnosticeret i hospitalspsykiatrien (pct.)



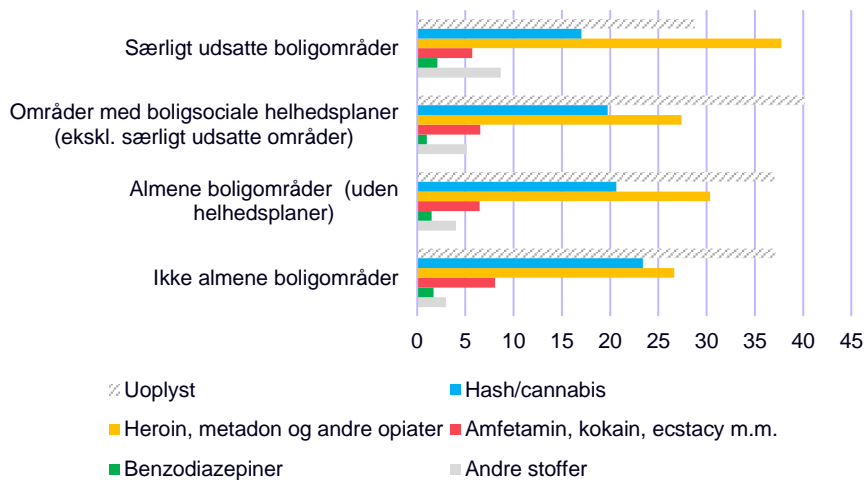
Note: Diagnosticeret under kontakt til hospitalspsykiatrien i perioden 1/1 2010 -31/12 2014. Kun opgjort blandt personer i misbrugsbehandling i perioden 1/1 2007 -31/12 2013.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

5.2.2 Type af stofmisbrug

De mest udbredte stoffer at være i misbrugsbehandling for er heroin og andre opiater og hash/cannabis, jf. figur 5.13. Der er forskel på udbredelsen af forskellige typer misbrug på tværs af boligområder. Heroinmisbrug er mest udbredt i særligt udsatte boligområder, mens hash, amfetamin og kokain er mest udbredt uden for almene boligområder.

Figur 5.13 Hovedstof for stofmisbrugsbehandlinger i perioden 2007-2013 efter boligområder (pct.)



Note: Andel af alle stofmisbrugsbehandlinger i perioden 1/1 2007 -31/12 2013, som er med forskellige typer hovedstof. Se også bilag 5 for opgørelse af omfanget af individuelle hovedstoffer. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring. Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

5.2.3 Tidligere behandling for stofmisbrug

Tre ud af fire indskrivninger til stofmisbrugsbehandling (73 pct.) fra 2007-2013 er blandt personer, som også tidligere har været i behandling for stofmisbrug. En højere andel af beboere fra almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder har også tidligere været i behandling, når de indskrives til stofmisbrugsbehandling (78-80 pct.) end personer i alkoholbehandling, som ikke bor i almene boligområder (70 pct.).

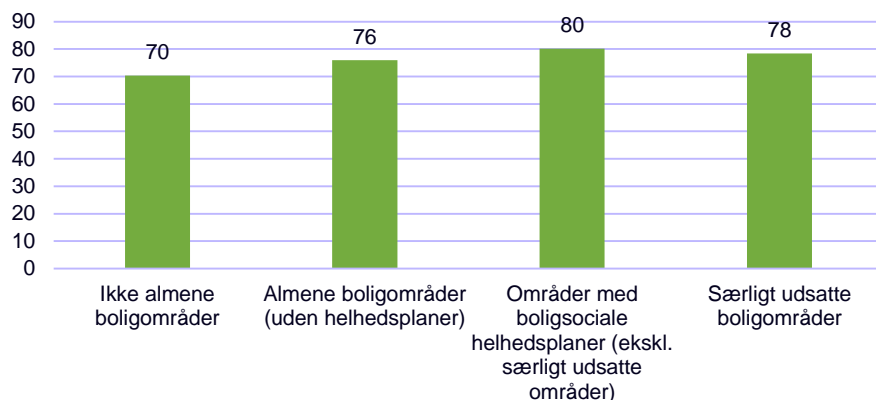
Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

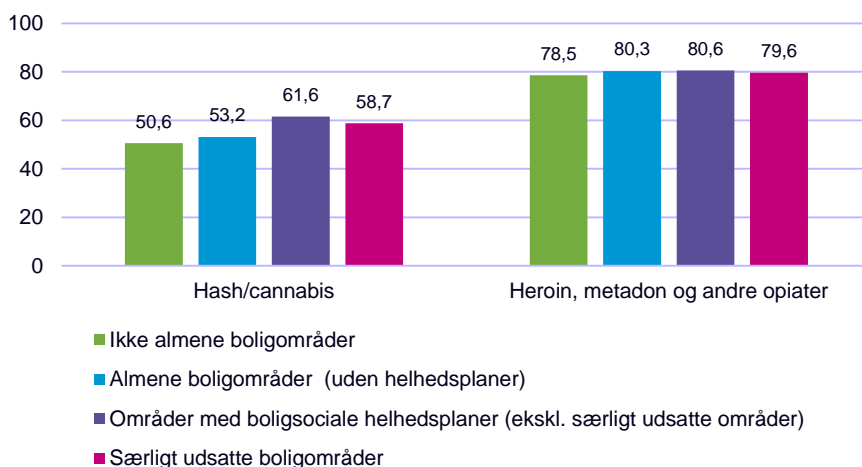
Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 33 af 43

Figur 5.14 Andel stofmisbrugsbehandlinger, som er blandt personer, som også tidligere har været i stofmisbrugsbehandling (pct.)


Note: Alle misbrugsbehandlinger i perioden 1/1 2007 -31/12 2013. Behandlinger uden registrering af evt. tidligere behandling indgår ikke i nævneren (7 pct.). Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Sandsynligheden for, om personen tidligere har været i behandling, svinger med hvilket stof, misbruget drejer sig om. Blandt personer i behandling for et heroinmisbrug har 79 pct. tidligere været i behandling, mens det "kun" gælder ca. halvdelen af hashmisbrugere i behandling. Da der er flere heroinmisbrugsbehandlinger i særligt udsatte boligområder (jf. figur 5.13), kan dette være med til at forklare, hvorfor flere af misbrugerne fra særligt udsatte boligområder også tidligere har været i behandling. Men blandt hashmisbrugere er der en tendens til, at personer i almene boligområder med boligsociale helhedsplaner og særligt udsatte boligområder i højere grad også tidligere har været i misbrugsbehandling, end blandt hashmisbrugspatienter uden for almene boligområder, jf. figur 5.15.

Figur 5.15 Andel stofmisbrugsbehandlinger, som er blandt personer, som også tidligere har været i stofmisbrugsbehandling – efter hovedstof (pct.)


Note: Alle misbrugsbehandlinger i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 med hhv. hash eller heroin som hovedstof. Behandlinger uden registrering af evt. tidligere behandling indgår ikke i nævneren (7 pct.). Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036

Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk

Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 34 af 43



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 35 af 43

5.2.4 Afslutning af behandling

Knap hver fjerde stofmisbrugsbehandling (22 pct.) afsluttes med, at borgeren er færdigbehandlet. Hver tredje (32 pct.) afsluttes, fordi borgeren udebliver fra behandlinger eller selv ønsker at afslutte behandlingen mod behandlingsinstitutionens råd. Resten er afsluttet pga. andre forhold, herunder udskrivning til behandling på andet tilbud, hospital eller kriminalforsorg. Der er flest færdigbehandlede stofmisbrugspatienter i almene boligområder uden helhedsplaner, mens der er flest udeblivelser blandt borgere fra særligt udsatte boligområder, jf. figur 5.16.

Dato: 29. november 2016

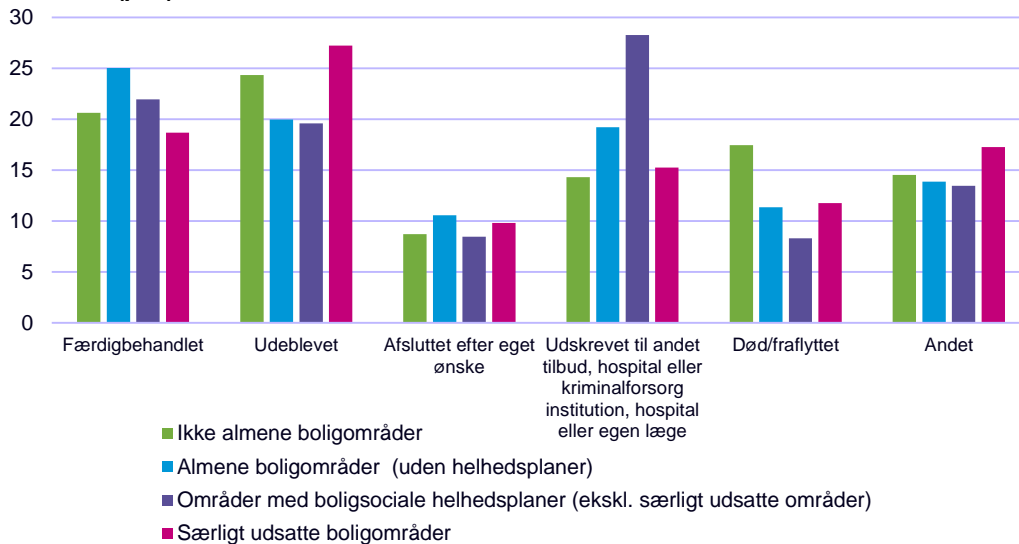
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 36 af 43

Figur 5.16 Afslutningsårsag ved stofmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 2007-2013 (pct.)

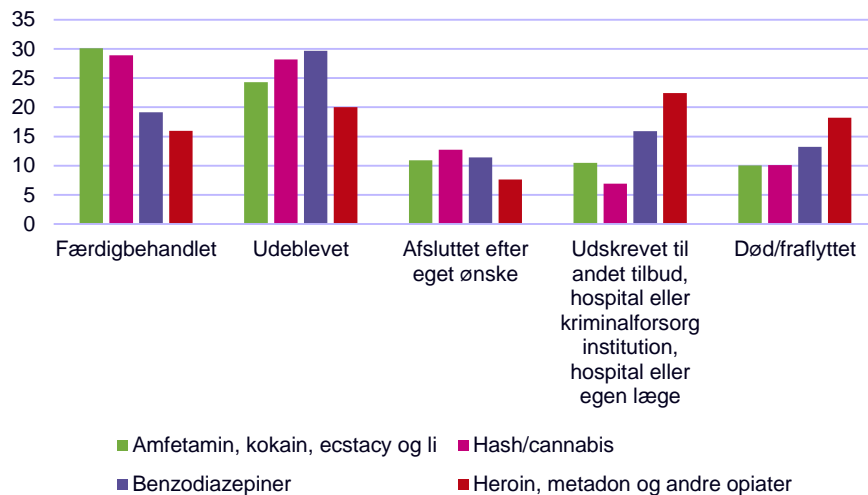


Note: Afslutningsårsag for alle stofmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2014. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring. Behandlinger med uoplyst afslutningsårsag er ikke med i nævneren.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Hyppigheden af de forskellige afslutningsårsager svinger med hvilket stof, misbruget drejer sig om. Blandt behandlinger for heroinmisbrug er kun 16 pct. afsluttet som færdigbehandlet, mens det gælder 29-30 pct. af misbrugsbehandlinger for hash, kokain og amfetamin. Denne forskel skal dog ses i lyset af, at en stor del af heroinmisbrugerne er blevet udskrevet til en anden institution eller døde, jf. figur 5.17.

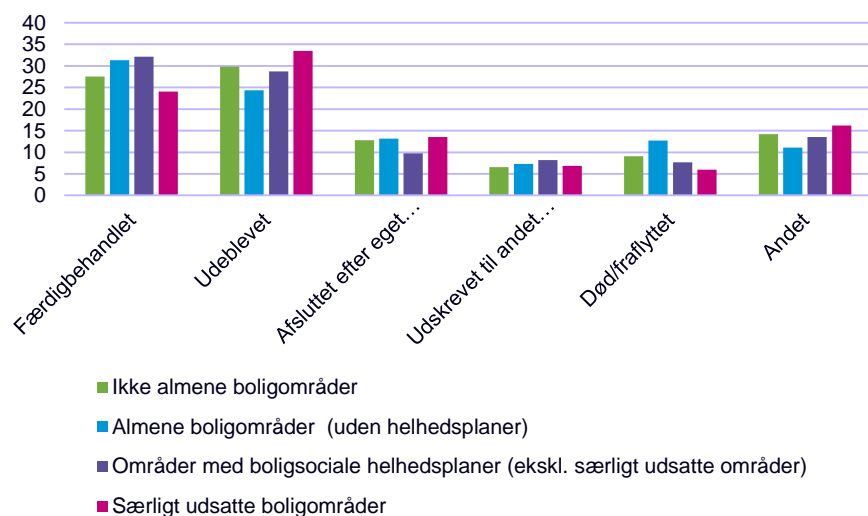
Figur 5.17 Afslutningsårsag efter hovedstof ved misbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 2007-2013 (pct.)



Note: Afslutningsårsag for alle stofmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 for hvert hovedstof. Behandlinger med uoplyst afslutningsårsag er ikke med i nævneren.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Pga. forskellene i afslutningsårsager mellem forskellige stoffer undersøges også afslutningsårsagerne for udvalgte stoffer på tværs af boligområder, hhv. hash og heroin. Der er flere af hashmisbrugerne i almene boligområder med eller uden helhedsplaner, som færdigbehandles, både sammenlignet med hashmisbrugere uden for almene boligområder og i særligt udsatte boligområder, jf. figur 5.18. Der er færrest, som udebliver fra behandling, blandt hashmisbrugere i almene boligområder, som ikke har en boligsocial helhedsplan eller er på listen over særligt socialt udsatte områder.

Figur 5.18: Andel af hashmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 2007-2013 efter afslutningsårsag (pct.)



Dato: 29. november 2016
 Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455
 E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876
 Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S
 www.kl.dk
 Side 37 af 43

Note: Afslutningsårsag for alle heroinmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2014. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring. Behandlinger med uoplyst afslutningsårsag er ikke med i nævneren.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Blandt heroinmisbrugerne i almene boligområder, som ikke er særligt udsatte, er der flere, som udskrives til et andet tilbud, og færre som dør eller fraflytter, sammenlignet med heroinmisbrugspatienter i både særligt udsatte almene boligområder og uden for almene boligområder, jf. figur 5.19.

Dato: 29. november 2016

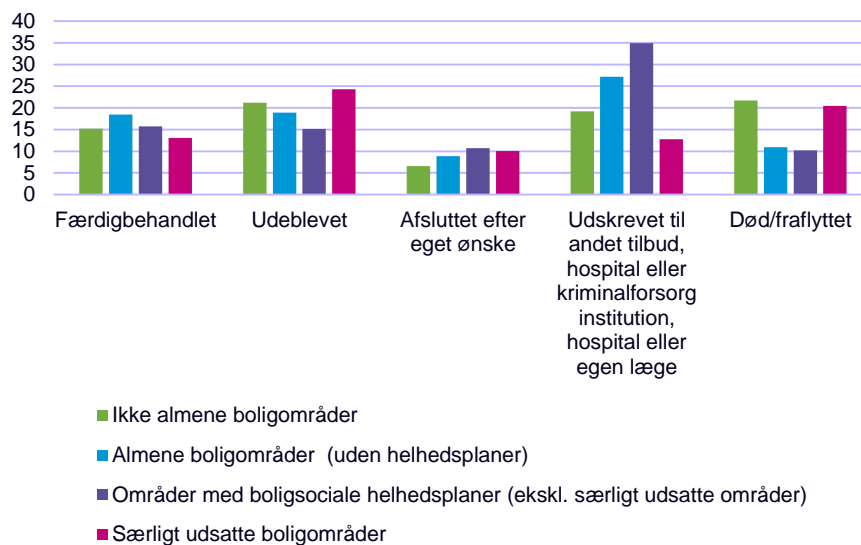
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 38 af 43

Figur 5.19: Andel af heroinmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 2007-2013 efter afslutningsårsag (pct.)



Note: Afslutningsårsag for alle heroinmisbrugsbehandlinger afsluttet i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 i hver type boligområde pr. 1/1 2015. Personer i behandling, som er døde eller udvandret i løbet af perioden er opgjort i det boligområde, de boede i før deres død/udvandring. Behandlinger med uoplyst afslutningsårsag er ikke med i nævneren.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

- Behandlingstype: stoffri, buprenorphin, metadon= Behandlingstype-

Bilag 1. Afgrænsning af psykiske lidelser i hospitals-psykiatrien

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036

Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk

Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 39 af 43

Table B1.1 Oversigt over ICD-10 diagnoser for udvalgte psykiske lidelser

Psykisk lidelse	Beskrivelse	Diagnosekode (ICD-10)
Depression	Omfatter både mild, moderat og svær. Både enkeltepisoder og periodisk.	F32-33
Angst	Fobier, panikangst, generaliseret angst mm.	F40-41
Skizofreni	Skizofreni, alle undertyper fx paranoid skizofreni, kataton skizofreni, hebefren skizofreni.	F20
Bipolar affektiv sindslidelse	Manio-depressive.	F31
Personlighedsforstyrrelser	Fx borderline/emotionel ustabil, paranoid, dyssocial, skizoid, dependent og ængstelig personlighedsforstyrrelse.	F60-69
Akutte belastningsreaktioner	Akutte belastningsreaktioner og tilpasningsreaktioner.	F43.0, F43.2
PTSD	Posttraumatisk belastningsreaktion.	F43.1
Spiseforstyrrelser	Anorexi, bulimi og overspisning.	F50
ADHD	Hyperkinetisk forstyrrelse	F90
Autisme	Autismespektrumforstyrrelser (inkl. Aspergers)	F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9
Misbrug	Misbrug, afhængighed og forgiftning (alkohol og stoffer) og skadelige følger heraf	F1

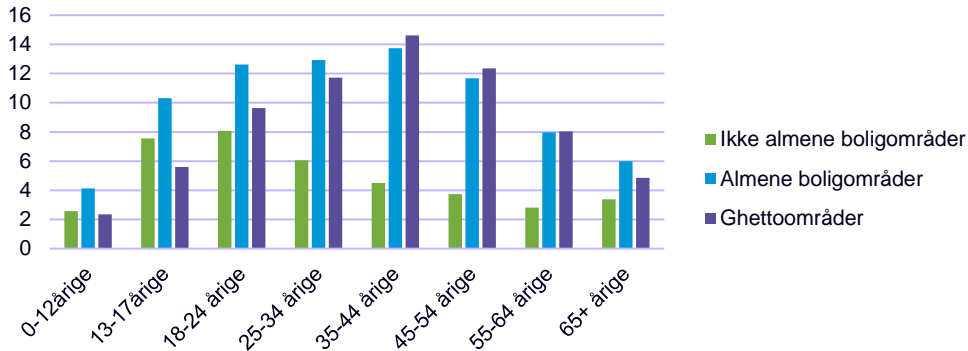
* Omfatter mild, moderat og svær depression.

Note: Diagnosekoderne omfatter alle undergrupper/-typer, hvis ikke andet er angivet.

Bilag 2. Forbrug af ydelser efter alder

Dato: 29. november 2016

Figur B2.1: Andel med kontakt til hospitalspsykiatrien 2010-2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder – efter alder (pct.)



Note: 'Kontakt til hospitalspsykiatrien' betyder mindst én indlæggelse, skadestuebesøg (akut) eller planlagt ambulans besøg på psykiatrisk hospitalsafdeling i perioden 1/1 2010 -31/12 2014.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

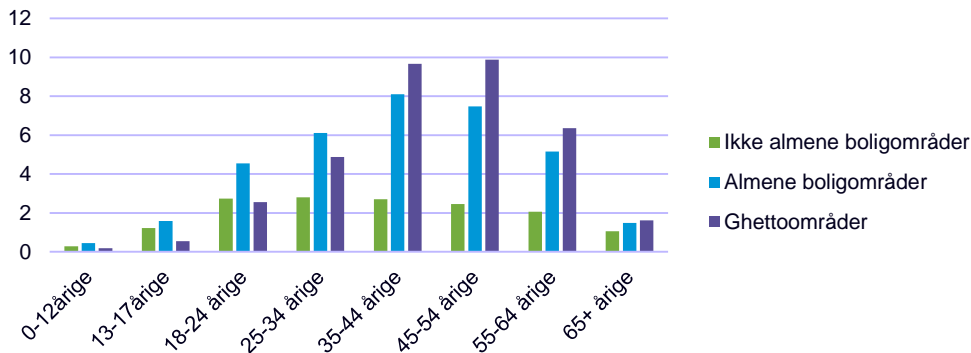
Sags ID: SAG-2016-03036
 Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
 Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
 Postboks 3370
 2300 København S

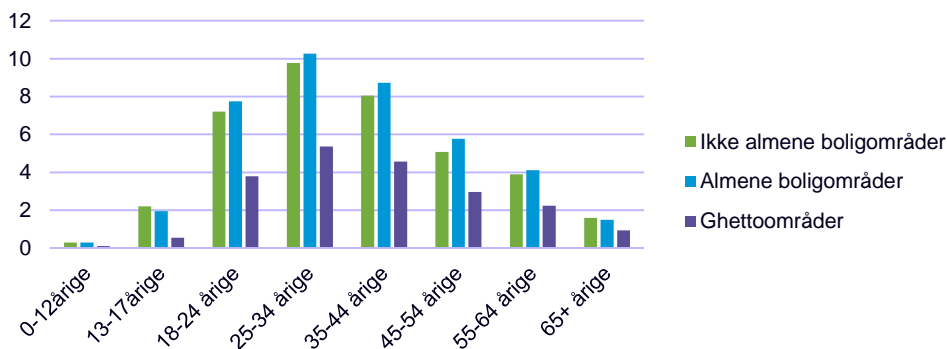
www.kl.dk
 Side 40 af 43

Figur B2.2: Andel med kontakt til psykiatere 2010-2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder – efter alder (pct.)



Note: 'Kontakt' betyder mindst ét besøg i perioden 1/1 2010 -31/12 2014.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Figur 2.3: Andel med kontakt til psykolog 2010-2014 blandt beboere i forskellige typer boligområder – efter alder (pct.)



Note: 'Kontakt' betyder mindst ét besøg i perioden 1/1 2010 -31/12 2014.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 3. Alkoholbehandling efter alder, køn og etnisk baggrund

Dato: 29. november 2016

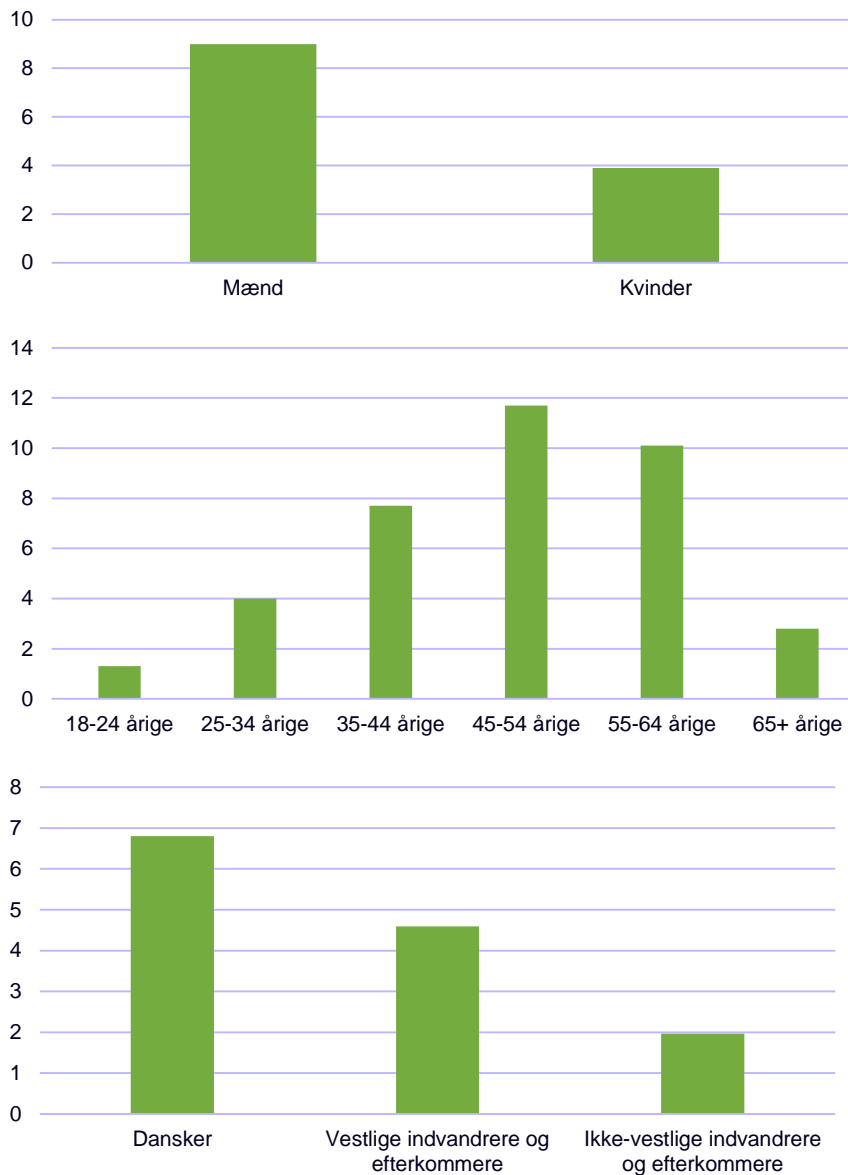
Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 41 af 43

Figur B4.1: Andel 18+ årige i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 2009-2013 (antal pr. 1.000)

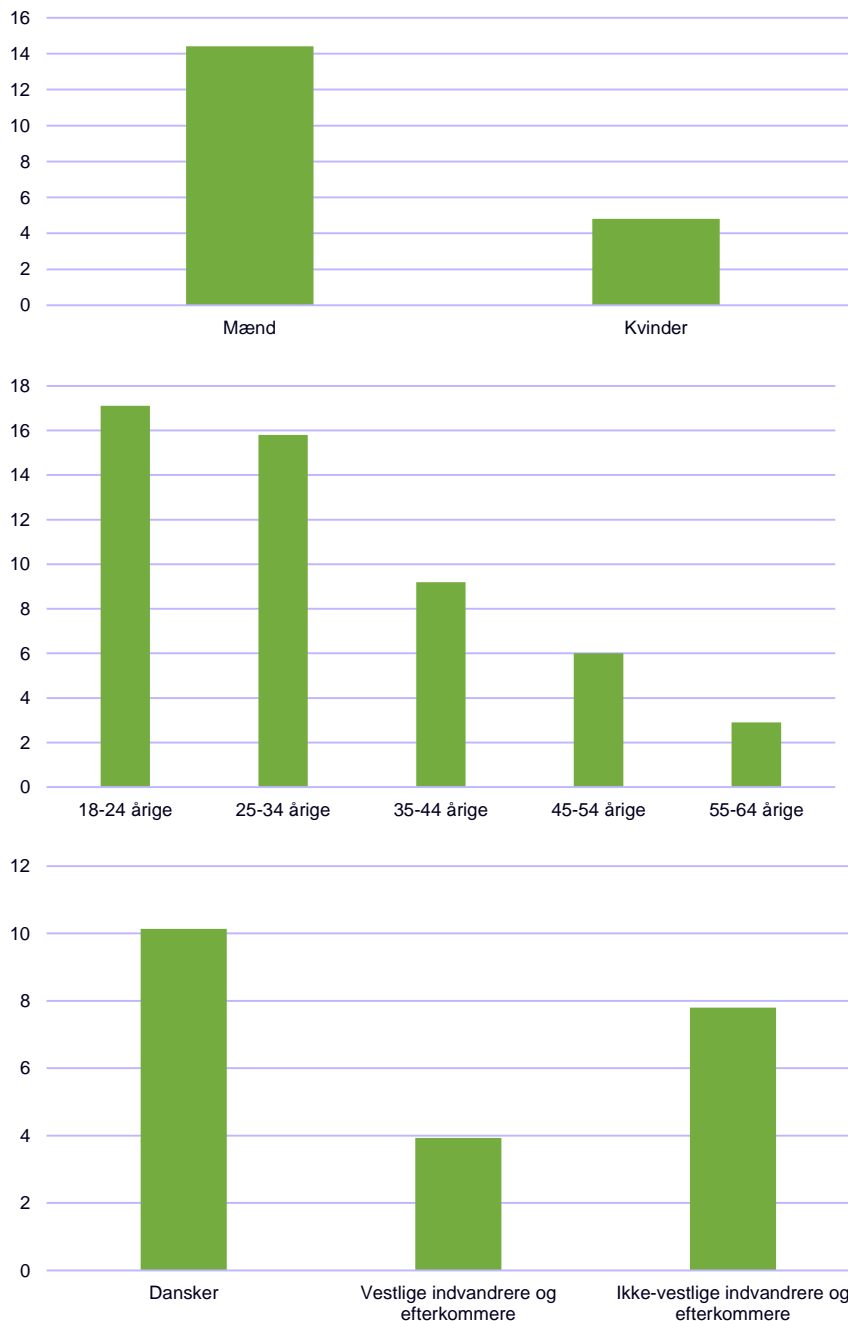


Note: Antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling i perioden 1/1 2009 -31/12 2013 pr. 1.000 beboere på 18 år og derover pr. 1/1 2014.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bilag 4. Stofmisbrugsbehandling efter alder, køn og etnisk baggrund

Figur B5.1: Andel 18-64 årige i stofmisbrugsbehandling i perioden 2007-2013 (antal pr. 1.000)



Note: Antal personer i stofmisbrugsbehandling i perioden 1/1 2007 -31/12 2013 pr. 1.000 beboere på 18 -64 år pr. 1/1 2014.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

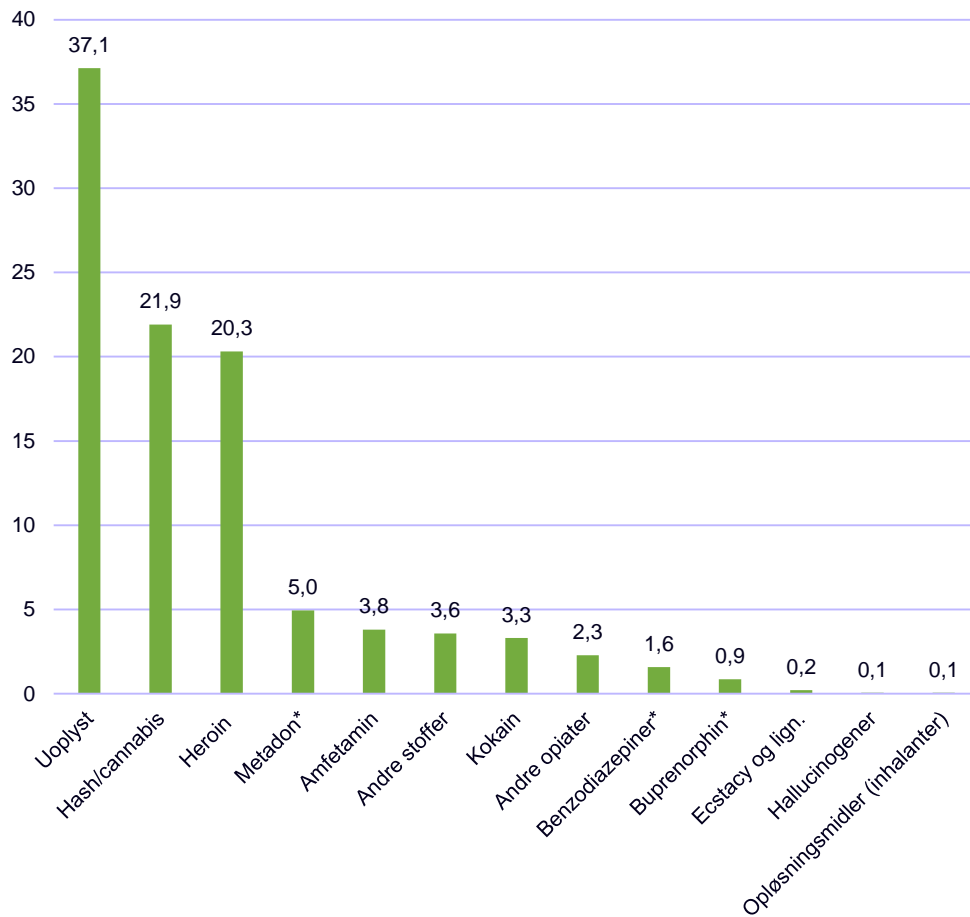
E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 42 af 43

Bilag 5. Hyppighed af forskellige hovedstoffer i stofmisbrugsbehandlingen

Figur B6.1 Andel af alle misbrugsbehandlinger (2007-2013) med forskellige hovedstoffer (pct.)



*Kun illegale.

Note: Stofmisbrugsbehandlinger i perioden 1/1 2007 -31/12 2013.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Dato: 29. november 2016

Sags ID: SAG-2016-03036
Dok. ID: 2252455

E-mail: BHH@kl.dk
Direkte: 3370 3876

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 43 af 43