

Børns diagnoser og skoletyper

Af Lasse Vej Toft, lvt@kl.dk

Formålet med dette analysenotat er at vise de aktuelle tendenser i tildeling af diagnoser til børn og unge i hospitalspsykiatrien og at koble tendenserne til udviklingen i de skoletyper, som de diagnosticerede unge går i.

Analysens hovedkonklusioner

Dato: 12. februar 2018

Sags ID: SAG-2016-02488
Dok. ID: 2486071

E-mail: LVT@kl.dk
Direkte: 3370 3512

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 15

Udviklingen i diagnoser blandt børn og unge.

- En større andel af børn og unge får en psykiatrisk diagnose i hospitalspsykiatrien. I 2016 blev 0,79 pct. førstegangsdagnosticeret mod 0,49 pct. i 2009. Drengene diagnosticeres oftere end piger.
- Dobbelt så stor en andel af de 15-årige har i 2017 en psykiatrisk hospitalsdiagnose (8,9 pct.) ift. i 2010 (4,4 pct.).
- Fortsætter diagnosemønsteret fra 2016, vil det på langt sigt være ca. 12 pct. af de 15-årige unge, som har en psykiatrisk hospitalsdiagnose.
- Stigningen i andelen af diagnosticerede ses især ift. lidelserne ADHD og Autismespektrumforstyrrelser. De to diagnoser gives i væsentlig højere grad til drenge end piger.
- Forskellen på diagnosemønstrene i regionerne er mindsket fra 2009 til 2016. Der er dog fortsat forskelle. Eksempelvis diagnosticeres færre med autismespektrumforstyrrelser og ADHD i Syddanmark, selvom regionen generelt diagnosticerer forholdsvis mange unge.
- Der er et stort ukendt antal diagnosticerede. Det skyldes, at diagnoser givet af privatpraktiserende speciallæger ikke registres centralt. Tidligere opgørelser ift. ADHD indikerer, at det reelle antal diagnosticerede kan være 80 pct. højere, end hvad der er registreret centralt.

Udviklingen i skoletyper blandt unge med diagnoser

- Segregeringsgraden, altså andelen af elever der går i specialklasse, er mere end tyve gange højere blandt hospitalsdiagnosticerede elever (38 pct.) end blandt ikke-hospitalsdiagnosticerede elever (1,7 pct.).
- I de senere år er der sket et fald i segregeringsgraden blandt unge med psykiatrisk hospitalsdiagnose fra 43 pct. i 2014 til 38 pct. i 2017. Antallet af segregerede elever med diagnose er dog øget.
- Segregeringsgraden er primo 2017 højest blandt elever med autismespektrumforstyrrelser (59 pct.), mens den er lavere blandt elever med ADHD (41 pct.), og lavest blandt øvrige diagnoser (23 pct.).
- Fastholdelsesgraden, forstået som andelen af elever som er i samme skoletype i året efter diagnose, som i året før diagnose, er højest ved specialklasse (81 pct.), lavere ved folkeskolen (74 pct.) og lavest i privatskolerne (68 pct.).

Indhold

1	Metode og data.....	3
1.1	Udvalgte psykiske lidelser blandt børn og unge.....	3
1.2	Et stort diagnose-mørketal	3
2	Resultater	5
2.1	Andel børn og unge med psykiatriske diagnoser	5
2.2	Udviklingen i udvalgte psykiatriske lidelser	6
2.3	Psykiatriske diagnoser og skoletype	12
2.4	Skoletype ved diagnose givet før skolealderen.....	13
2.5	Skoletype ved diagnose givet i skolealderen	14

1 Metode og data

1.1 Udvalgte psykiske lidelser blandt børn og unge

For at få et indblik i typen og tyngden af psykiske helbredsproblemer blandt børn og unge anvendes diagnoseregistreringen for udvalgte diagnoser ved kontakt med hospitalspsykiatrien ift. både ambulante kontakter, skadestuebesøg og indlæggelser. Både aktionsdiagnoser og bi-diagnoser tages med, da det ikke er kontaktens årsag (aktionsdiagnosen), men nærmere tilstedeværelsen af en given psykisk lidelse, som ønskes kortlagt. Opgørelsen er baseret på diagnosekoder i ICD-10 diagnose-klassifikationssystemet, som er registreret i landspatientregisteret indberettet fra psykiatriske hospitaler/afdelinger. Det er ikke muligt at opgøre sværhedsgraden af de psykiske lidelser ud fra diagnoseregistreringen, kun tilstedeværelsen af dem på tidspunkt for kontakt med hospitalspsykiatrien.

Tabel 1.1: Oversigt over diagnoser for udvalgte psykiske lidelser

Psykisk lidelse	Diagnosekode (ICD-10)
Depression* (enkeltepisode og periodisk)	F32-33
Angst (fobier, panikangst, generaliseret angst, OCD mv.)	F40-42, F930-F932, F9380
Tilpasnings- og belastningsreaktioner (Reaktioner på stress og andre belastninger, herunder PTSD)	F43
Personlighedsforstyrrelser	F6
Spiseforstyrrelser (anorexi, bulimi og overspisning)	F50
ADHD (hyperkinetisk forstyrrelse) inkl. ADD	F90, F988C
Autismespektrumforstyrrelser	F840, F841, F845, F848, F849

* Omfatter mild, moderat og svær depression

1.2 Et stort diagnose-mørketal

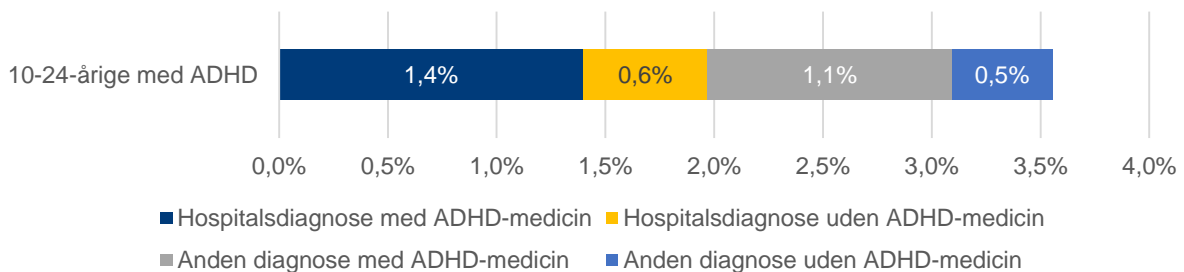
Antallet af unge med psykiatriske diagnoser i denne analyse baserer sig, jf. ovenstående, alene på diagnoser givet i hospitalspsykiatrien. Der gives dog også psykiatriske diagnoser til børn og unge af privatpraktiserende speciallæger, og i disse tilfælde sker der ikke en central registrering af diagnosen. Der er således en undervurdering af antallet af børn med diagnoser – et såkaldt mørketal.

Der er indikationer på, at mørketallet ift. ADHD kan være helt oppe på 80 pct. forstået på den måde, at for hver gang, der er ti diagnosticerede fra hospitalspsykiatrien er der otte andetsteds diagnosticerede. Beregningen af mørketallet ift. ADHD udnytter, at ADHD-medicin relaterer sig relativt direkte til ADHD-lidelsen¹. Der er generelt ikke samme kobling mellem andre diagnoser og anden medicin, hvorfor mørketallet ift. disse diagnoser i højere grad er ukendt.

¹ Methylphenidat (som er det virksomme stof i blandt andet Ritalin) anvendes dog også til behandling af den sjældne sygdom *narkolepsi*, der viser sig ved daglige anfald af kortvarig søvn.

Estimatet på de 80 pct. er baseret på en omregning af tal fra rapporten om børn og unges mentale helbred fra Vidensråd for forebyggelse². Rapporten opgør blandt unge i alderen 10-24 år, at der i 2011 var 2,0 pct. som havde en diagnose fra hospitalspsykiatrien. Blandt disse fik syv ud af ti ADHD-medicin. Derudover fik 1,1 pct. af de 10-24-årige ADHD-medicin uden en kendt ADHD-Diagnose. Hvis fordelingen mellem medicinerede og ikke-medicinerede er den samme, som blandt personer med kendt diagnose, vil der være yderligere 0,5 pct. af de 10-24-årige, som er diagnosticeret med ADHD andetsteds end i hospitalspsykiatrien, og som ikke får ADHD-medicin, jf. figuren nedenfor.

Figur 1.2: Andel 10-24-årige med ADHD fordelt efter diagnoseoprindelse og eventuel ADHD-medicin



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Vidensråd for forebyggelse (2014) "Børn og unges mentale helbred", side 109 tabel 5.1.

Det bemærkes, at der ikke er viden om dels, hvordan mørketallet har udviklet sig siden 2011, eller hvordan situationen er blandt de 0-15-årige, som er målgruppen i denne analyse.

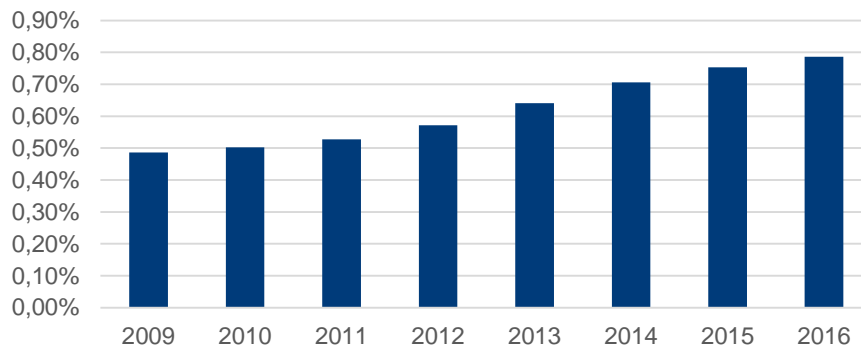
² Kilde: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraadforforebyggelse_boern-og-unges-mentale-helbred_digital_01_0.pdf

2 Resultater

2.1 Andel børn og unge med psykiatriske diagnoser

En større og større andel af børn og unge får en psykiatrisk diagnose i hospitalspsykiatrien. I 2009 fik 0,49 pct. af alle børn og unge under 16 år uden diagnose en psykiatrisk hospitalsdiagnose for første gang. I 2016 var denne andel øget til 0,79 pct.

Figur 2.1: Andel unge, som gives en psykiatrisk diagnose for første gang.

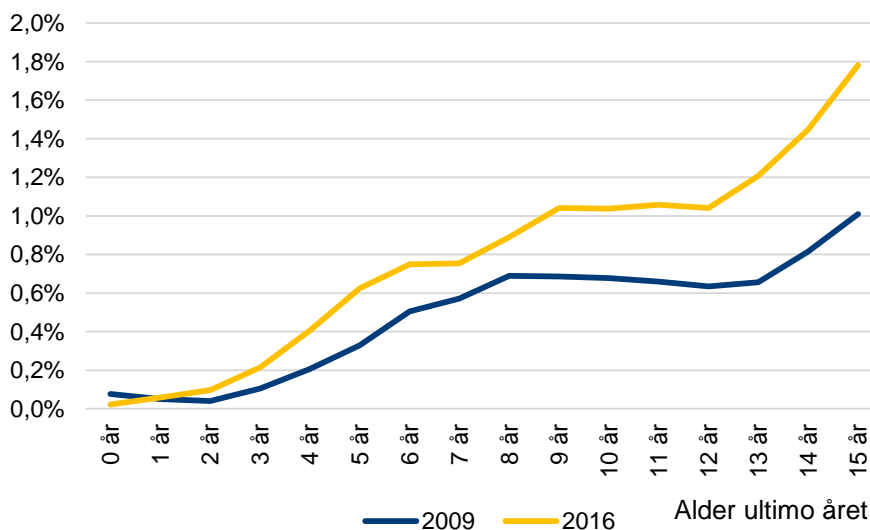


Note: Andelen af børn og unge, som i løbet af året modtager en diagnose i hospitalspsykiatrien for første gang. Eventuelle diagnoser givet hos privatpraktiserende psykiatere indgår ikke. Andelen er udelukkende opgjort blandt unge, som ikke havde en psykiatrisk diagnose i udgangspunktet.

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

Diagnosesandsynligheden er steget blandt alle aldersgrupper af børn under 16 år, bortset fra blandt spædbørn, hvor der gives meget få diagnoser. For de fleste årgange er diagnosesandsynligheden godt og vel 1,5 gange større i 2016 ift. 2009. Diagnosesandsynligheden er generelt stigende med de unges alder – dog er diagnosesandsynligheden nogenlunde konstant i 9-12-års-alderen.

Figur 2.2: Andel unge, som gives en psykiatrisk diagnose for første gang.



Note: Andelen af børn og unge, som i løbet af året modtager en diagnose i hospitalspsykiatrien for første gang. Eventuelle diagnoser givet hos privatpraktiserende psykiatere indgår ikke. Andelen er udelukkende opgjort blandt unge, som ikke havde en psykiatrisk diagnose i udgangspunktet.

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

Konsekvensen af de øgede diagnosesandsynlighed er, at dobbelt så mange 15-årige har en diagnose fra hospitalspsykiatrien ved indgangen til 2017 ift. indgangen til 2010. Primo 2017 havde 8,9 pct. af de 15-årige således på et eller andet tidspunkt fået en diagnose, mens det blandt de 15-årige i 2010 var 4,4 pct.

Figur 2.3: Andel unge, som har modtaget en psykiatrisk diagnose.



Note: Kun diagnoser givet i hospitalspsykiatrien.

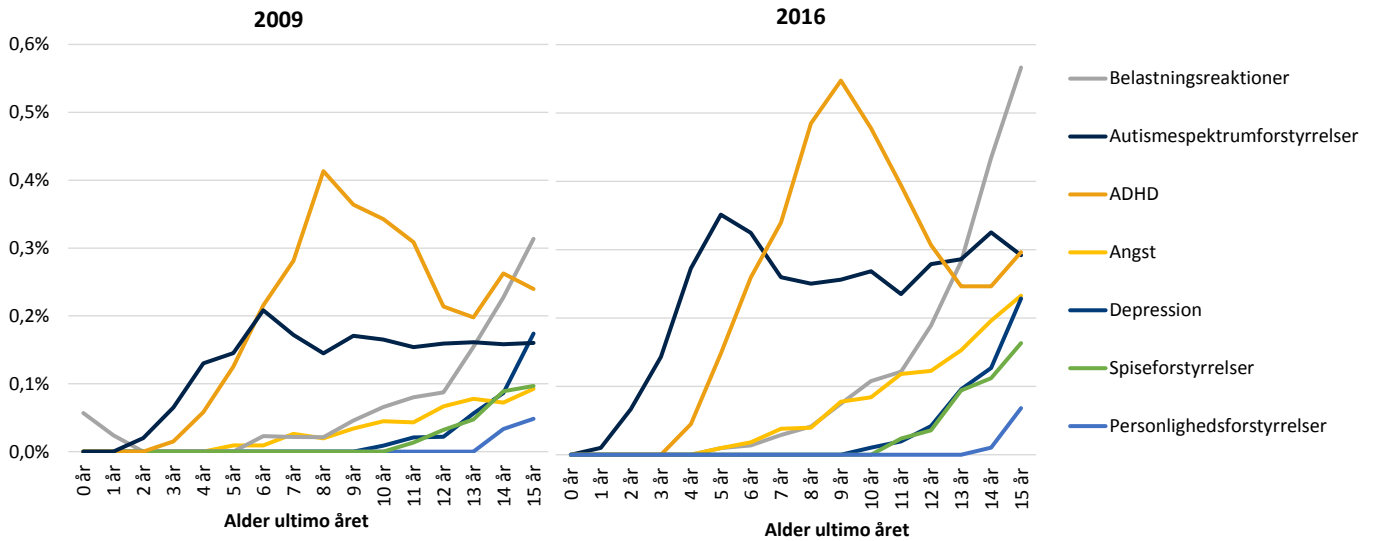
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Hvis diagnosemønsteret fra 2016 fortsætter, dvs. at det løbende er 0,79 pct. af de unge uden diagnose, som får en diagnose, så vil det på lang sigt være ca. 12 pct. af de 15-årige unge, som på et tidspunkt har fået en psykiatrisk diagnose i hospitalspsykiatrien.

2.2 Udviklingen i udvalgte psykiatriske lidelser

Andelen af unge, der førstegangsdagnosticeres med forskellige typer af psykiatriske lidelser er steget fra 2009 til 2016 på tværs af stort set alle alderstrin og lidelser. Det er dog især andelen af unge, som diagnosticeres med autismespektrumforstyrrelser eller ADHD, som er øget. Derudover er andelen af unge som diagnosticeres med belastningsreaktioner ligeledes øget betragteligt blandt de lidt ældre unge.

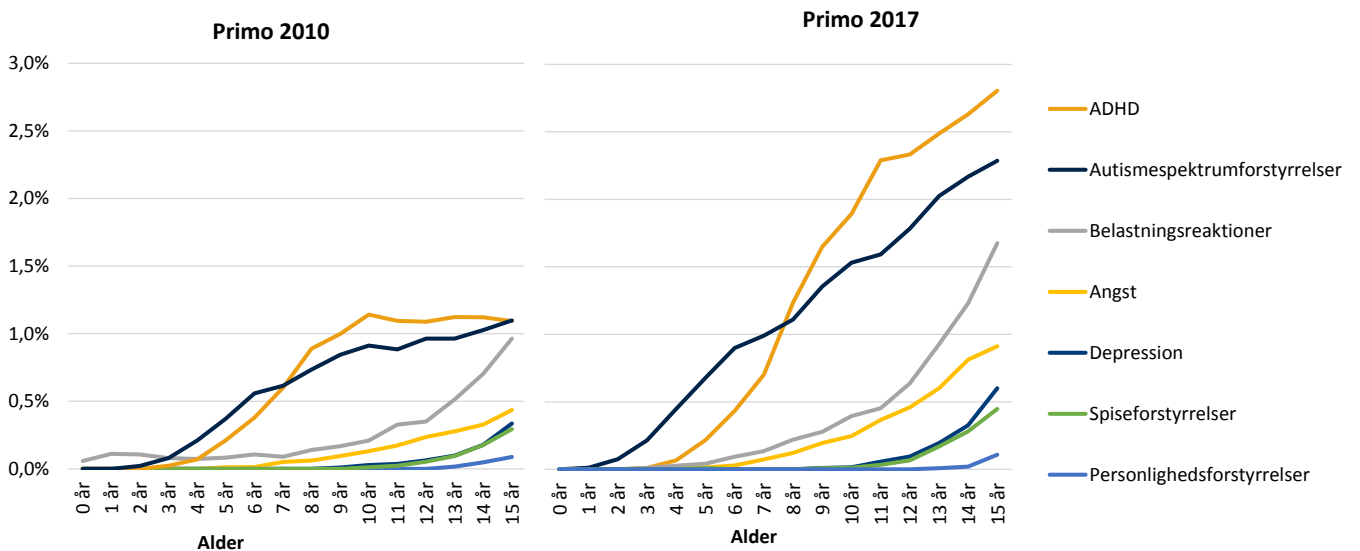
Figur 2.4: Andel unge, som førstegangsdagnosticeres med udvalgte lidelser



Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. Andelen er opgjort blandt unge, som ikke var diagnosticeret med den pågældende psykiske lidelse i udgangspunktet. De unge kan indgå med flere forskellige lidelser.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Udviklingen betyder, at andelen af unge med en psykiatrisk diagnose fra hospitalspsykiatrien er øget kraftigt fra 2010 til 2017. Andelen af femtenårige, som er diagnosticeret med hhv. ADHD, Autismespektrumforstyrrelser eller angst er mere end fordoblet fra 2010 til 2017. De øvrige udvalgte psykiske lidelser er ligeledes steget betragteligt, selvom der ikke er tale om en fordobling, jf. figuren nedenfor.

Figur 2.5: Andel unge, som er diagnosticeret med udvalgte lidelser.

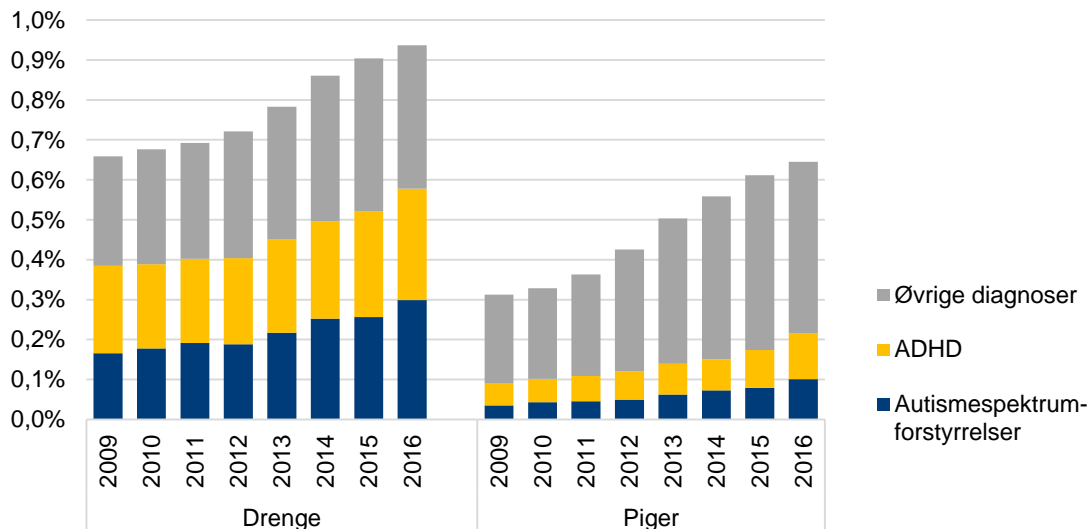


Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. De unge kan indgå med flere forskellige lidelser.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

2.3 Psykiatriske diagnoser blandt drenge og piger

Sandsynligheden for en psykiatrisk diagnose er næsten en halv gange større blandt drenge end blandt piger. I 2016 fik 0,9 pct. af de ikke tidligere diagnosticerede 0-15-årige drenge deres første psykiatriske diagnose mod 0,6 pct. blandt piger. Det er diagnoser for autismespektrumforstyrrelser og ADHD, som gives oftere blandt drenge end blandt piger, mens omfanget af øvrige diagnoser er nogenlunde ens mellem kønnene.

Figur 2.6: Andel 0-15-årige, som førstegangsdagnosticeres i løbet af et år.

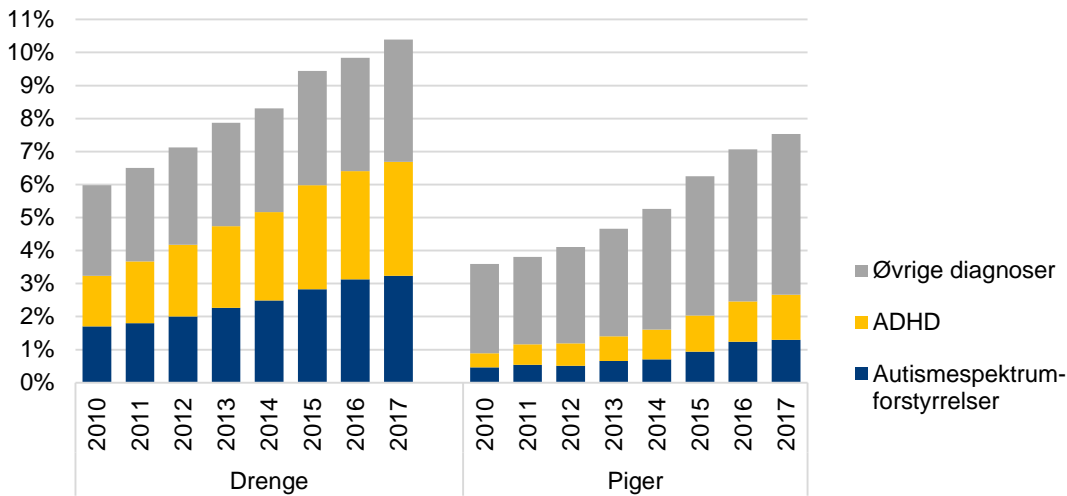


Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. Ved flere diagnoser på samme dato prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og til slut øvrige diagnoser.

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

Diagnosesandsynligheden er øget med ca. 0,3 procentpoint fra 2009 til 2016 blandt både drenge og piger. Qua et lavere udgangspunkt er den relative stigning dog væsentligt kraftigere blandt pigerne (+107 pct.) end blandt drengene (+42 pct.).

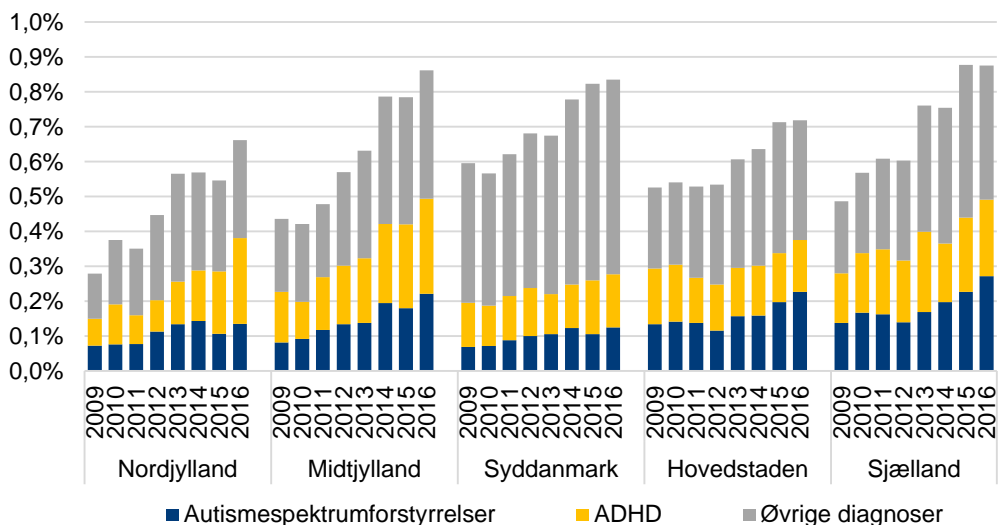
Den stigende diagnosesandsynlighed blandt både drenge og piger betyder naturligvis, at andelen af unge, som har fået en diagnose, når de forlader grundskolen, er steget blandt begge køn. Primo 2017 har 10,4 pct. af de 15-årige drenge en diagnose mod 7,5 pct. blandt de 15-årige piger. Autisme- og ADHD fylder meget blandt drengene, mens øvrige diagnoser fylder meget blandt pigerne.

Figur 2.7: Andel 15-årige, som har en diagnose fra hospitalspsykiatrien.


Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. I tilfælde af flere diagnoser prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og endelig øvrige diagnoser. Alderen er opgjort primo året.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

2.4 De regionale udviklinger i diagnosemønstre

Diagnosesandsynligheden har overordnet set udviklet sig efter samme mønstre på tværs af de fem regioner. I alle regioner ses stigninger i diagnose-sandsynligheden. De regioner, som lå relativt lavt i 2009, har oplevet de største stigninger. Dermed er regionerne ift. andelen af førstegangsdagnosticerede unge blevet mere ens end tidligere. Eksempelvis var diagnose-sandsynligheden i 2009 hele 114 pct. højere i den mest diagnosticerende region (Syddanmark) ift. den mindst diagnosticerende (Nordjylland). I 2016 var forskelle kun 32 pct. mellem mest og mindst diagnosticerende region (Sjælland ift. Nordjylland).

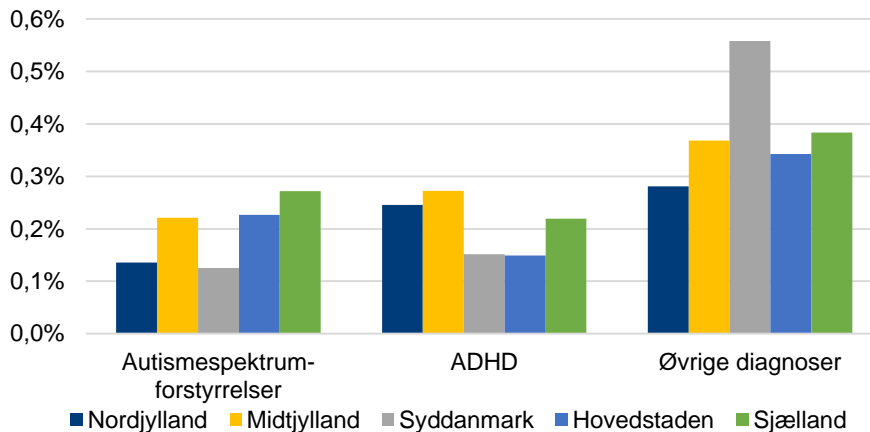
Figur 2.8: Andel 0-15-årige, som førstegangsdagnosticeres i løbet af et år.


Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. Ved flere diagnoser på samme dato prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og til slut øvrige diagnoser. Regionsopdeling opgjort efter de unges bopæl ultimo året.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Især udviklingen ift. ADHD har været forskellig regionerne imellem. Der ses forholdsvis store stigninger i især Nordjylland, men også i Midtjylland og tildeles i Region Sjælland, mens der kun ses mindre stigning i Syddanmark og tilbagegang i Hovedstaden. Der ses en mere ens udvikling ift. autismespektrumforstyrrelser, selvom andelen er steget relativt kraftigt især i Midtjylland.

Udviklingerne betyder, at der er reelle forskelle på, hvilke lidelser unge diagnosticeres med i de forskellige regioner. I 2016 var der eksempelvis mindre sandsynlighed for at blive diagnosticeret med autismespektrumforstyrrelser i Nordjylland og Syddanmark end i de øvrige regioner. Ift. ADHD var diagnosesandsynligheden mindre i Syddanmark og i Hovedstaden end i de øvrige regioner. Ift. øvrige diagnoser var sandsynligheden særligt høj i Syddanmark og særligt lav i Nordjylland.

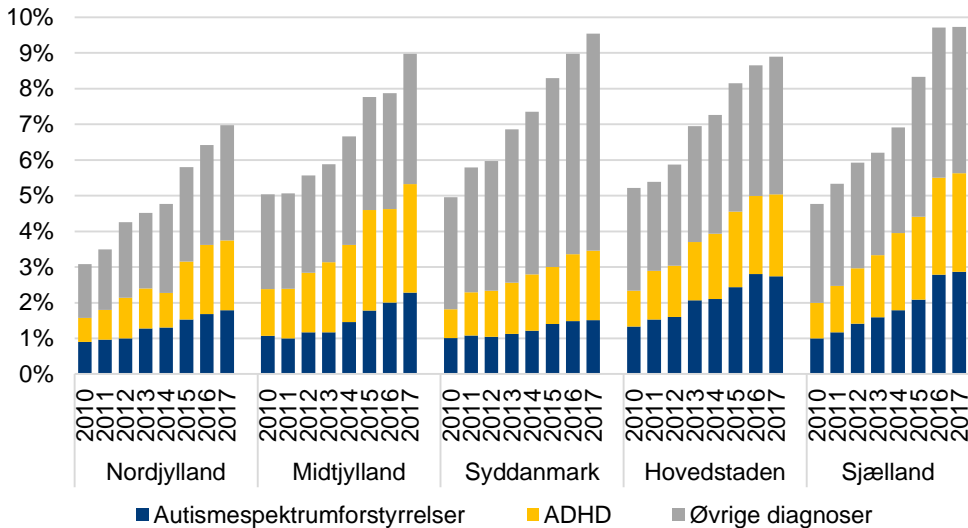
Figur 2.9: Andel 0-15-årige som blev førstegangsdagnosticeret i 2016.



Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. Ved flere diagnoser på samme dato prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og til slut øvrige diagnoser. Regionsopdeling opgjort efter de unges bopæl ultimo 2016.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Mønstrene i andelen af 15-årige, som har en diagnose fra hospitalspsykiatrien, er nogenlunde identiske med mønstrene ift. førstegangsdagnosticeringerne ovenfor. Andelen med diagnose primo 2017 er nogenlunde sammenlignelig i de fire af regionerne (ca. 9 pct.), mens andel er lavere i Nordjylland (7 pct.), jf. figuren nedenfor.

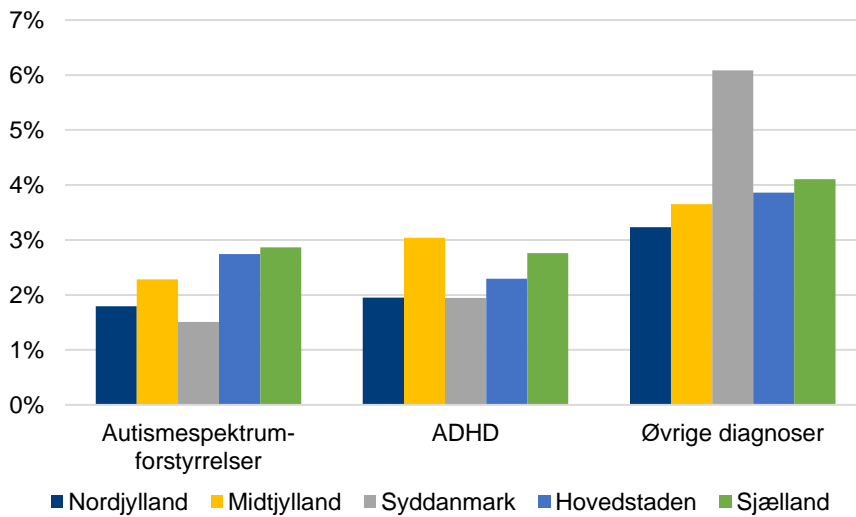
Figur 2.10: Andel 15-årige, som har en diagnose fra hospitalspsykiatrien.



Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. I tilfælde af flere diagnoser prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og endelig øvrige diagnoser. Regionsopdeling opgjort efter de unges bopæl primo året. Alder opgjort primo året.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Der er i højere grad forskelle på, hvilke diagnoser de unge har fået. Syddanmark stikker ud med relativt lave andele med autismespektrumforstyrrelser og ADHD, samt højere andele med øvrige diagnoser.

Figur 2.11: Andel 15-årige i 2017, som har en diagnose fra hospitalspsykiatrien.



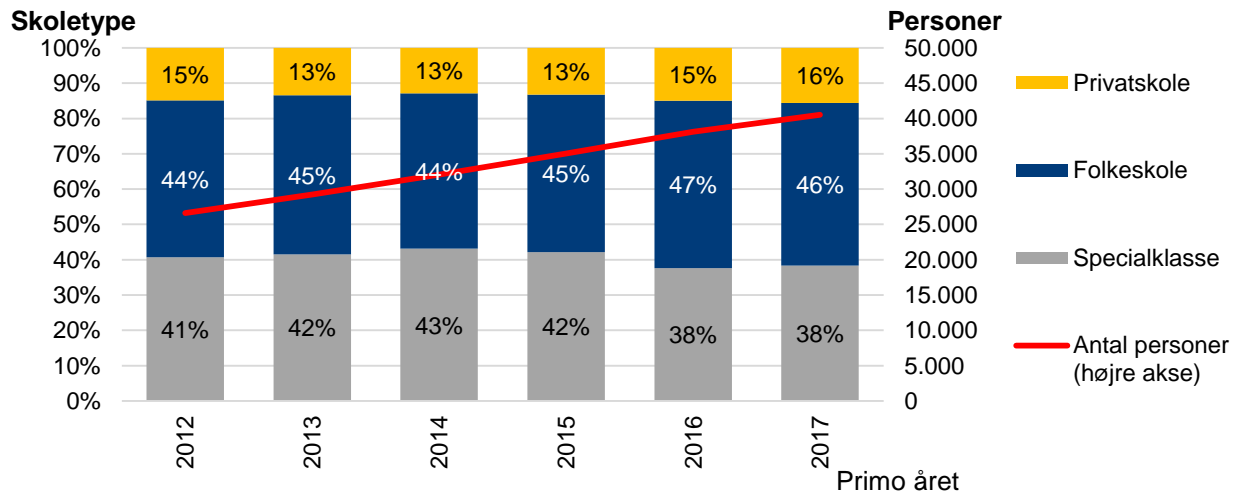
Note: Kun diagnoser i hospitalspsykiatrien. I tilfælde af flere diagnoser prioriteres ASF først efterfulgt af ADHD og endelig øvrige diagnoser. Regionsopdeling opgjort efter de unges bopæl primo 2017.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

2.5 Psykiatriske diagnoser og skoletype

Segregeringsgraden, altså andelen af elever der går i specialklasse, er mere end tyve gange højere blandt hospitalsdiagnosticerede elever end blandt ikke-diagnosticerede. Primo 2017 var segregeringsgraden 38 pct. blandt diagnosticerede elever mod 1,7 pct. blandt ikke-diagnosticerede elever.

I de senere år er der sket et fald i segregeringsgraden blandt unge med psykiatrisk hospitalsdiagnose fra 43 pct. primo 2014 til de 38 pct. primo 2017. Selvom andelen er faldet, betyder den store stigning i antallet af diagnosticerede elever, at antallet af disse, der går i specialklasse, er øget fra ca. 13.800 til ca. 15.500 elever.

Figur 2.12: Skoletype blandt unge med psykiatrisk hospitalsdiagnose.

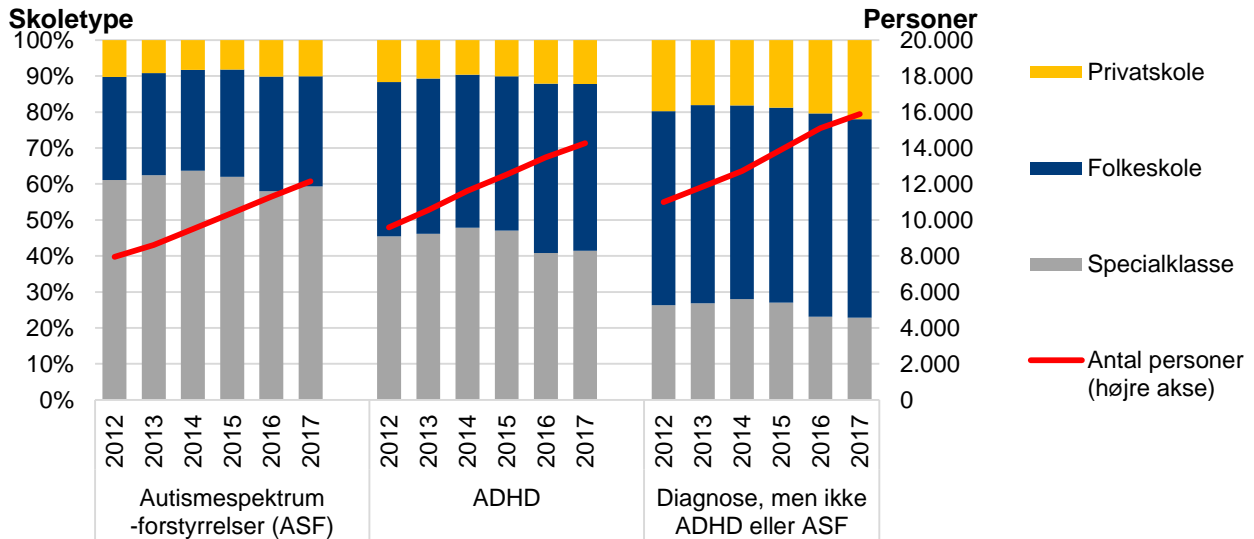


Note: Opgjort primo året blandt grundskoleelever under 16 år. Privatskole inkluderer efterskoler. Specialklasse inkluderer alle typer af specialklasse, dvs. både offentlige og private.

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

De generelle tendenser blandt de diagnosticerede unge går igen, når der ses på de to største diagnosegrupper, ADHD og autismespektrumforstyrrelser. Dog er der en væsentlig forskel på, hvor stor en andel af eleverne, som går i specialklasse. Segregeringsgraden er primo 2017 højest blandt elever med autismespektrumforstyrrelser (59 pct.), mens den er lavere blandt elever med ADHD (41 pct.), og lavest blandt øvrige diagnoser (23 pct.).

Figur 2.13: Psykiatriske diagnoser og skoletype, 2016-2017.

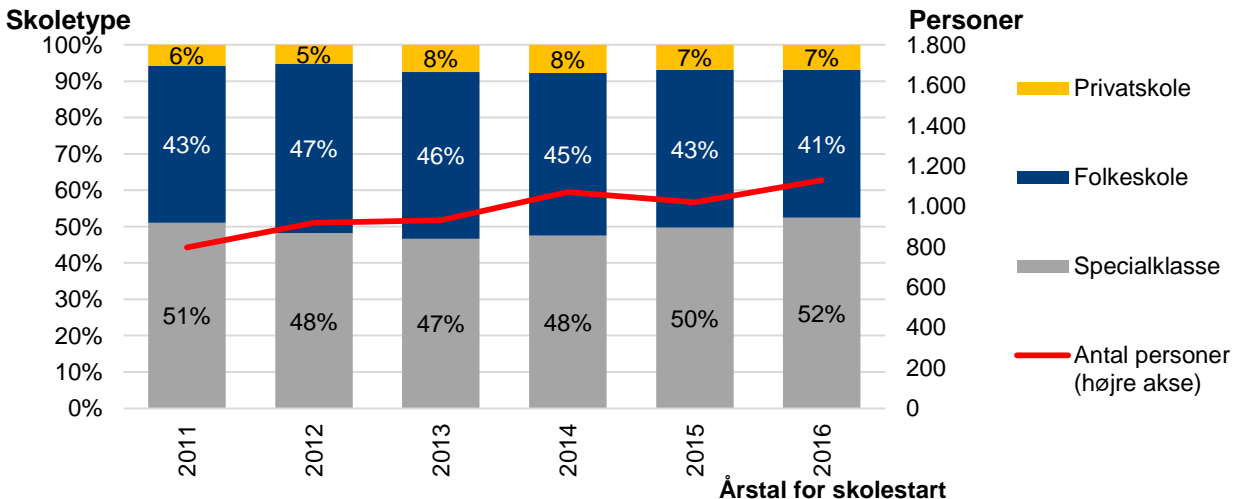


Note: Opgjort primo året blandt grundskoleelever under 16 år. Eleverne kan indgå både ift. ADHD og ASF.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

2.6 Skoletype ved diagnose givet før skolealderen

Ca. halvdelen af de børn, som har fået en psykiatrisk diagnose før første skoledag, starter i en specialklasse. Andelen, der starter i specialklasse har været stigende fra 2013 til 2016 fra 48 pct. til 52 pct. I samme periode er antallet af børn, der starter i skole med en diagnose øget fra ca. 900 til ca. 1100 børn årligt.

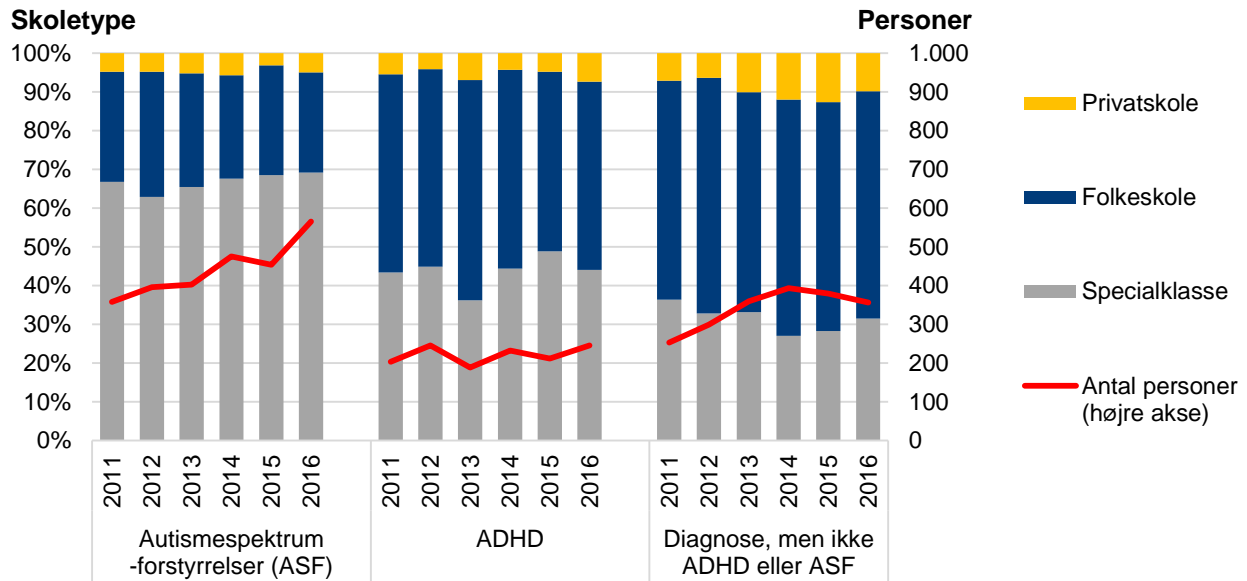
Figur 2.14: Skoletype ved skolestart for diagnosticerede før skolestart



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

Det er især antallet af børn, der er diagnosticeret med autismspektrumforstyrrelser før skolestart, som er øget, mens antallet, der starter skole med ADHD-diagnose, har været nogenlunde konstant. Det er samtidig blandt børn med tidlig diagnosticeret autismspektrumforstyrrelse, at den største andel starter i specialklasse – i 2016 var det 69 pct.

Figur 2.15: Skoletype ved skolestart blandt unge med psykiatrisk diagnose modtaget før skolestart fordelt efter diagnose

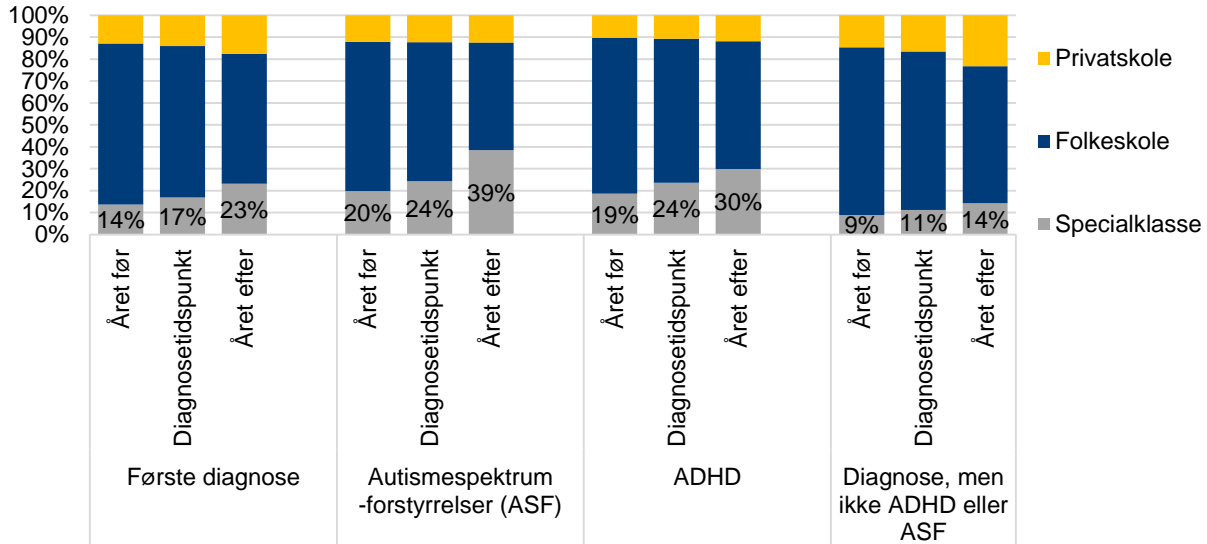


Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

2.7 Skoletype ved diagnose givet i skolealderen

Segregeringsgraden blandt unge, der diagnosticeres i skolealderen stiger både før og efter diagnosen er givet. Det viser, at der reageres på elevernes vanskeligheder, også før de har modtaget en konkret diagnose.

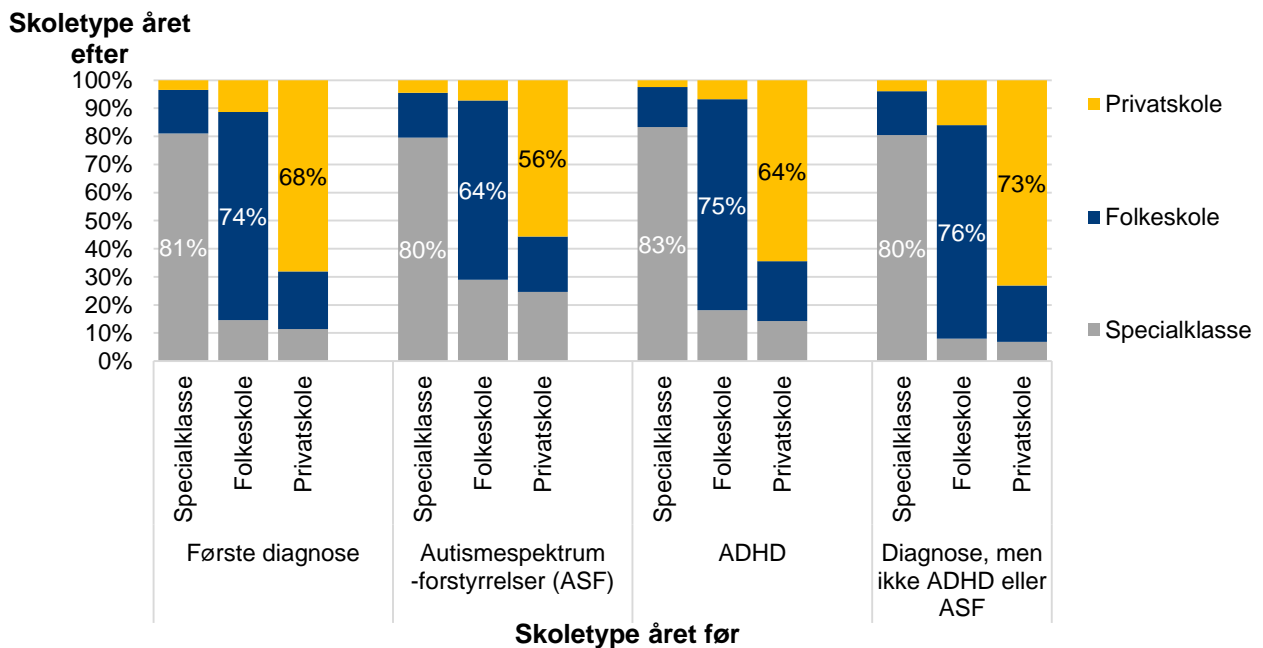
Figur 2.16: Skoletype hhv. året før, året efter og på tidspunktet for modtagelsen af psykiatrisk diagnose.



Note: Blandt skoleelever i 1. til 8. klasse, der diagnosticeres i perioden fra august 2012 til og med juli 2015.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.

Fastholdelsesgraden, forstået som andelen af elever som er i samme skoletype i året efter diagnose, som i året før diagnose, er næppe overraskende højest ved specialklasse, hvor 81 pct. af de diagnosticerede elever forbliver i specialklasse. Derefter følge folkeskolen (74 pct.), mens fastholdelsesgraden er lavest i privatskolerne (68 pct.). Fastholdelsesgraderne i normalklasserne er særligt lave for elever, der diagnosticeres med autismespektrumforstyrrelser.

Figur 2.17: Skoletype året efter tidspunktet for diagnose, fordelt efter skoletype året før diagnose.



Note: Blandt skoleelever i 1. til 8. klasse, der diagnosticeres i perioden fra august 2012 til og med juli 2015.
 Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og sundhedsdatastyrelsen.