

Unge og førtidspension

- Hvem er de unge, og har de et alternativ til førtidspension?

Baggrundsnotat

"Hvis udviklingen fortsætter, får vi en større gruppe af unge, der bliver dømt helt ude af arbejdslivet. Det vil ganske enkelt være en katastrofe."

(Beskæftigelsesminister Inger Støjberg i "Rundt om førtidspension" – august 2009)

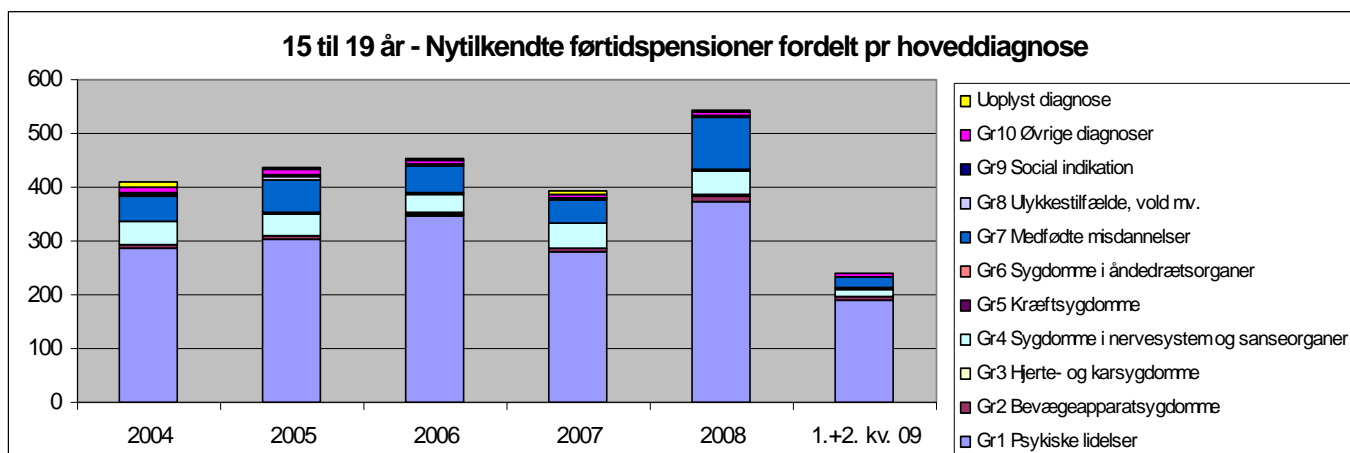
DEL 1 - FAKTA om unge førtidspensionister

En bekymrende udvikling

Som det ofte fremhæves, får 80 procent af de nye unge førtidspensioner deres pension tilkendt på baggrund af en psykisk lidelse. Denne andel har været svagt stigende de sidste år, og udviklingen kalder på opmærksomhed. Men langt mere bekymrende er det faktum, at antallet af unge, der får tilkendt førtidspension, er vokset eksplosivt de seneste år, og at udviklingen næppe alene skyldes større årgange.

Tal fra Ankestyrelsen¹ taler deres eget sprog: Både for de helt unge (under 20 år) og for unge mellem 20 og 29 år, er tendensen den samme: Flere og flere unge får tilkendt førtidspension². Stigningen er især tydelig blandt de unge, der får tilkendt førtidspension på grund af en psykisk lidelse, men tendensen går i samme retning i forhold til de andre diagnosegrupper, især blandt de helt unge under 20 år.

Antal nytilkendte førtidspension (15-19 år)	1. & 2. kv.					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gr1 Psykiske lidelser	287	302	346	281	375	191
Gr2 Bevægeapparatsygdomme	5	8	4	6	8	6
Gr3 Hjerter- og karsygdomme	1	1	2	1	4	1
Gr4 Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	44	39	36	45	43	13
Gr5 Kræftsygdomme	1	5	2	2	4	1
Gr6 Sygdomme i åndedrætsorganer	0	0	0	0	0	0
Gr7 Medfødte misdannelser	44	58	49	42	95	22
Gr8 Ulykkestilfælde, vold mv.	6	7	3	3	4	0
Gr9 Social indikation	2	2	1	0	1	0
Gr10 Øvrige diagnoser	9	13	7	8	6	7
Uoplyst diagnose	12	3	4	4	4	0
I alt	411	438	454	392	544	241
Andel med psykisk lidelse som hoveddiagnose	70 %	69 %	76 %	72 %	69 %	79 %

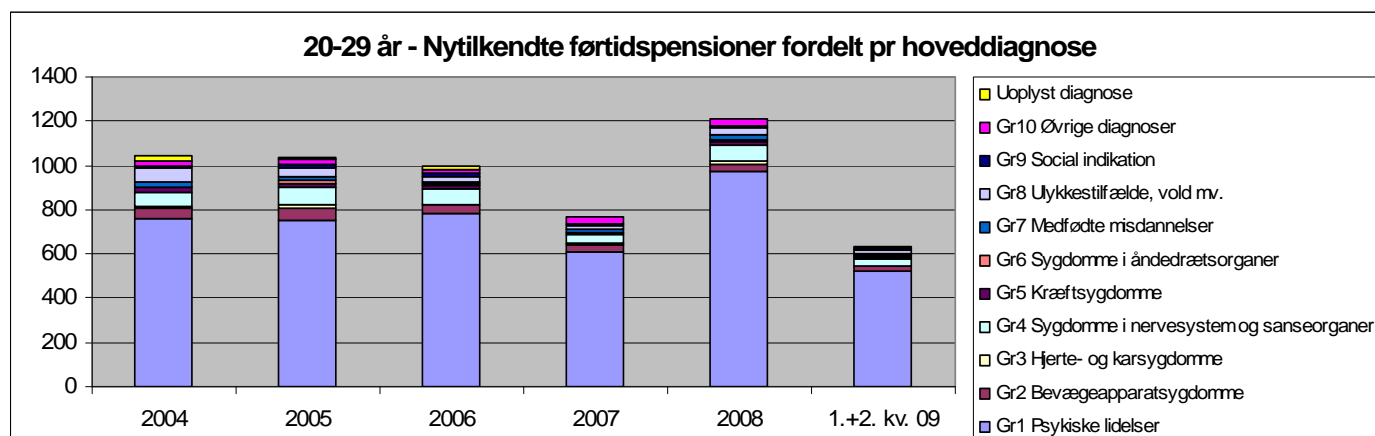


Kilde: Ankestyrelsens databank og egne beregninger

¹ Ankestyrelsens database

² Nedgang i 2007 kan formentlig tilskrives "produktionsnedgang" som følge af kommunesammenlægning og jobcenteroprettelse pr 01.01.07

Antal nytilkendte førtidspension 20-29 år						1. & 2. kv. 2009
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gr1 Psykiske lidelser	757	755	784	608	972	523
Gr2 Bevægeapparatsygdomme	49	53	35	30	35	22
Gr3 Hjerter- og karsygdomme	10	16	7	14	14	3
Gr4 Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	62	74	68	38	68	32
Gr5 Kræftsygdomme	22	23	18	5	21	5
Gr6 Sygdomme i åndedrætsorganer	3	9	2	1	4	6
Gr7 Medfødte misdannelser	25	17	10	14	23	7
Gr8 Ulykkestilfælde, vold mv.	57	45	29	20	35	15
Gr9 Social indikation	13	9	10	5	5	2
Gr10 Øvrige diagnoser	26	29	20	29	30	13
Uoplyst diagnose	20	4	12	7	5	3
I alt	1044	1034	995	771	1212	631
Andel med psykisk lidelse som hoveddiagnose	73 %	73 %	79 %	79 %	80 %	83 %



Kilde: Ankestyrelsens databank og egne beregninger

Psykisk syge - hvordan?

Hvad kan man gøre for at forhindre at unge kommer på førtidspension? Alle synspunkter kastes frem i den debat, som Beskæftigelsesministeriet inviterer til. Her er blot nogle enkelte synspunkter:

- Depressions- og angstsyge får ikke tilstrækkelig behandling
- Mange er født med en nedsat arbejdsevne eller har været syge så længe, at deres prognose er meget dårlig
- Der er gode helbredelsesmuligheder for mange af dem med depression
- Midlertidig pension kunne være en løsning

Synspunkter og holdninger er selvfølgelig nødvendige for at få noget til at ske. Men det er også nødvendigt at fokusere på det faktuelle for at kvalificere håndteringen af den stigende udfordring. Det er for det første vigtigt at gøre sig klart, hvad betegnelsen "psykiske lidelser" egentlig dækker over i førtidspensionsverdenen. Og for det andet skal planlægningen og dimensioneringen af en førtidspensionsforebyggende indsats kunne tage højde for de forskellige diagnoser respektive omfang.

Hvem er de unge, og hvad lider de af?

Ankestyrelsens data baseres på kommunernes indberetninger af bl.a. en hoveddiagnose for de personer, der får tilkendt en førtidspension. Unge med en psykisk lidelse som hoveddiagnose, sådan som det hedder i henhold til Ankestyrelsens rubricering, udgør en gruppering bestående af hele 34 forskellige diagnoser, som fx skizofreni, angst, PTSD, osv.

Det samlede antal nytilkendelser er som tidligere nævnt i kraftigt vækst, men hvilke af disse 34 diagnoser fylder mest og hvilke fylder mindst i statistikken, når der er tale om unge?³

De helt unge (under 20 år) står med 375 nytilkendelser i 2008 for en god fjerdedel af målgruppen "unge under 30 år, der får tilkendt førtidspension på grund af psykisk lidelse".

- Af disse 375 unge, fik to ud af tre tilkendt førtidspension med hoveddiagnose: "mental retardering". Det vil sige først og fremmest en gruppe af unge med medfødt handicap (udviklingshæmmede, sent udviklede, mv.), som i forbindelse med overgangen til voksentilværelset bliver indstillet til en førtidspension. Kønsfordeling blandt helt unge med denne diagnosestype ligger på 50/50 i 2008.
- Den næststørste gruppe – hver femte – består af unge, der lider af en psykisk udviklingsforstyrrelse (ADHD, Aspergers syndrom). Her er der igen tale om handicap mere end deciderede lidelser. Unge mænd er tydeligt overrepræsenterede (80 procent i 2008).

Helt unge (under 20 år) der fik tilkendt førtidspension af psykiske årsager i 2008, har således i 85 procent af tilfælde et varigt psykisk handicap. Og begge ovennævnte hoveddiagnoser har været i kraftig vækst i løbet af de sidste år.

For de 20-29 år ser billedet noget mere facetteret ud.

Den klart største gruppe rummer unge, der har fået tilkendt førtidspension på grund af skizofreni og andre skizotypiske lidelser (samlet ca. 40 procent i 2008). En gruppe, hvor mænd er lidt overrepræsenteret (ca. 60 procent i 2008). Omfangsmæssigt er det årlige antal nytilkendelser her relativt stabil. Flere af de øvrige diagnoser er derimod i kraftig vækst. Det gælder fx følgende:

- Mental retardering
- Forskellige former for forstyrrelser i personlighedsstrukturen (Bordeline mv.)
- ADHD, Aspergers syndrom

Diagnoser som psykose, PTSD, depression og spiseforstyrrelse fylder betydeligt mindre i det samlede billede.

DEL 2 - Hvad kan udviklingen skyldes? - En række hypoteser

Første forklaringsmodel: Udviklingen skyldes implementeringen af strukturreformen – herunder etableringen af jobcentre

Isoleret set, er der for gruppen 15-29 år registreret en stigning på 50 procent i antal tilkendelser af psykiske årsager alene mellem 2007 og 2008. Men dette kraftige udsving giver ikke et retvisende billede af udfordringen, for det skal primært ses i lyset af følgende:

- En produktionsnedgang fra 2006 til 2007 på grund af kommunalreformen og jobcenteretablering 1.1. 2007
- En afledt oprydningsbølge i ansøgninger om førtidspensioner fra 2007 til 2008.

Niveauet for første halvår i 2009 viser dog tegn på, at udviklingen fortsætter i 2009, hvorfor væksten formentlig ikke kan tilskrives strukturelle ændringer alene.

Anden forklaringsmodel: Kapacitetsudbygning inden for børne- og ungdomspsykiatri

Ser man specifikt på den gruppe af unge, der får tilkendt en førtidspension på grund af en psykisk lidelse, bør man have i mente, at flere års målrettet arbejde for at komme kapacitetsproblemer til livs i børne- og ungdomspsykiatrien, alt andet lige må få indflydelse på, hvor mange unge, der får stillet en diagnose i ungdomspsykiatrisk regi. Det kan nemt have indflydelse på antallet af tilkendte førtidspensioner med hoveddiagnosen psykisk lidelse.

Derudover er der sket betydelige fremskridt i udredningen af unge, der lider af sygdomme som fx ADHD, hvilket flere jobcentre også er begyndt at tage højde for. Det gør de bl.a. ved at systematisere anvendelsen af screeningstest.

³ Se bilagstabeller nederst i notatet

Man kunne håbe på, at de seneste års udvikling kunne skyldes en form for efterslæb i ungdomspsykiatrisk regi, men den seneste rapport fra en opfølgingsgruppe i Sundhedsstyrelsen⁴, tegner et anderledes perspektiv: Børne- og ungdomspsykiatrien modtager fortsat flere henvisninger, og ventelisten vokser fortsat: "Aktuelt er andelen af børn og unge, der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, steget til ca. 0,9 % af børne- og ungepopulationen, uden at der herved ses en stabilisering i udviklingen".

Opfølgingsgruppen vurderede derfor i 2007, at man formentlig burde stille med en kapacitetsopbygning svarende til, at en til to procent af børne- og ungepopulationen kan få et psykiatrisk tilbud.

Der er derfor grund til at tro, at man endnu kun har set toppen af isbjerget, hvilket gør det presserende at finde løsninger, som kan give de unge, der får stillet en psykiatrisk diagnose, ikke blot adgang til et behandlingstilbud, men også muligheder for at kunne bygge sig en fremtid, uanset om deres hidtidige forsørgelse har været forældrenes indtægt, SU, kontanthjælp, dagpenge, sygedagpenge, revalideringsydelse eller for den sags skyld førtidspension.

Desværre sidder hverken Undervisnings- eller Beskæftigelsesministeriet repræsenteret i Sundhedsstyrelsens omtalte opfølgingsgruppe – og det kan mærkes: Der tales om udrednings- og behandlingskapacitet/flow og om udslusning til den kommunalt forankrede socialindsats. Men den indsats, der vedrører de unges uddannelse, job og/eller forsørgelse (fx den kraftige stigning på førtidspension) bliver ikke berørt.

Tredje forklaringsmodel – Personer med ikke-vestlig herkomst er overrepræsenterede blandt nye førtidspensionister

Iht. Ankestyrelsens årsstatistik for 2008⁵, havde 18 procent af de personer, der fik tilkendt en førtidspension i 2008, ikke-vestlig herkomst, hvilket også var tilfældet i 2007. Det tyder på en overrepræsentation af personer med ikke-vestlig herkomst, set i forhold til deres andel af befolkningen (ca. syv procent af 16-65-årige i 2008).

Samme rapport viser, at 68 procent af disse 2.942 personer med ikke-vestlig herkomst fik tilkendt førtidspension på baggrund af et sygdomsforløb præget af psykiske lidelser - primært PTSD o.l. Andelen af personer med hoveddiagnosen "psykiske lidelser" er således også markant højere for personer med ikke-vestlig herkomst end for den samlede gruppe af nytilkendte førtidspensionister.

Spørgsmålet er, om denne tendens også gælder blandt unge, der fik tilkendt en førtidspension. CABI's beregninger⁶ viser, at personer af ikke-vestlig herkomst hverken er under- eller overrepræsenteret blandt de unge (16-30 år), der har fået tilkendt en førtidspension på baggrund af en psykisk lidelse i 2008: Ti procent af de unge, der har fået tilkendt en førtidspension af psykiske årsager, har ikke-vestlig herkomst, hvilket svarer til den respektive andel af ungepopulationen i samme aldersgruppe. Der er dog enkelte specifikke diagnoser, hvor herkomst giver tydelige udsving. Det drejer sig i særdeleshed om PTSD, hvor unge af ikke-vestlig herkomst er kraftigt overrepræsenterede (63 procent) og i mindre grad skizofreni (17 procent).

Fjerde forklaringsmodel – Den aktive beskæftigelsespolitik sender flere på førtidspension

Flere uddannelses- og beskæftigelsespolitiske instrumenter er i de senere år blevet implementeret for at modvirke passiv ledighed, og for at fremskynde de unges start på en uddannelse. Alt sammen i en periode præget af højkonjunktur, meget lav arbejdsløshed og stor efterspørgsel på arbejdskraft.

En dominerende argumentation i Velfærdsaftalen gik i samme retning: unge uden gennemført uddannelse havde som udgangspunkt ikke havde noget at gøre i de lediges rækker: De skulle enten stå til rådighed for et rødguldende arbejdsmarked, eller motiveres til at komme i gang med og gennemføre en uddannelse hurtigst muligt.

Beskæftigelsesministeriets program *Ny chance for alle* har fx haft den ambition at give langvarige passive kontanthjælpsmodtagere adgang til aktivering, og ad den vej give adgang til en plan, der kunne føre dem videre frem mod enten arbejde eller uddannelse. Devisen lød: "Ingen skal opgives og parkeres på kontanthjælp. Alle har krav på at få en ny

⁴ Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed – side 60 - Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe

⁵ Førtidspensioner - Årsstatistik 2008 – side 30 - Ankestyrelsen 2009

⁶ Særkørsel fra Ankestyrelsen og CABI's egne beregninger

chance". Programmet har haft succes, og mange langvarige start- og kontanthjælpsmodtagere er kommet ud af offentlig forsørgelse. Men medaljen har formentlig også haft en bagside. Programmet har været med til at styrke aktiverings- og afklaringsindsatsen og bragt en række ledige frem i lyset som kan have vist sig at være kandidater til en førtidspension.

Femte forklaringsmodel – Førtidspension som attraktivt forsørgelsesgrundlag

Ankestyrelsens tal viser med al tydelighed, at diagnoser som ADHD, Aspergers syndrom, angst, PTSD, spiseforstyrrelser, mv. i stigende grad kan føre til førtidspensionering. Men samme diagnoser giver ikke adgang til den forhøjede kontanthjælpsats, der i 2007 blev indført for personer, der lider af visse psykiske sygdomme⁷. Det forekommer paradoksalt, hvis målet altså er at fastholde flest muligt af disse unge inde i arbejdsstyrken.

Indførelsen af den lave ungesats har været tænkt som et element i en incitamentsstruktur, som skulle motivere de unge ledige til at bringe sig ud af ledigheden ved at starte på en uddannelse.

Men kunne det overvejes, at flere af de unge, der er havnet på førtidspension, hverken har været i stand til at starte eller gennemføre en uddannelse, finde og passe et job, eller honorere de aktiveringskrav, som jobcentre har stillet? Og at en fremtid på førtidspension for dem reelt har været det eneste alternativ for at sikre sig en økonomisk selvstændighed?

DEL 3 – Hvad er der brug for?

Spørgsmålet om, hvorvidt den forhøjede ungesats skal være tilgængelig for unge med andre diagnoser end de nuværende, hører til i det politiske rum. Men det bør undersøges nærmere, om den nuværende ydelsesstruktur (kontanthjælp vs. førtidspension) er med til at skubbe nogle ud af arbejdsstyrken.

Spørgsmålet om, hvorvidt det stigende antal af unge med psykiske lidelser og handicap som ADHD kan henføres til fx det stigende antal meget tidlige fødsler, et øget stressniveau blandt unge eller helt tredje forhold, kan ikke besvares af beskæftigelsesystemet. Men hvis jobcentre og kommuner skal håndtere udfordringen, får de brug for kvalificeret bistand fra behandlingssystemet på regionalt plan.

Spørgsmålet om, hvorvidt det er tilgangen til førtidspension, eller om det er den stigende gruppe af unge med psykiske problemer, der er hovedproblemet, er i og for sig mindre relevant. For uden kvalificerede svar på de specifikke faglige og organisatoriske udfordringer, vil resultatet være det samme - uanset de unges forsørgelse: De får ualmindeligt svært ved at kunne øjne en fremtid med en plads i det fællesskab, som arbejdsmarkedet repræsenterer.

Beskæftigelsesindsatsen står over for en række udfordringer, hvis udviklingen skal vendes. CABI vil på baggrund af de frembragte argumenter særligt påpege to overordnede strategier:

1. Opbygning af specialiseret beredskab på nationalt, regionalt og lokalt niveau

Beskæftigelsesregionerne i Nordjylland, Hovedstaden og Sjælland udgav for nylig analyserapporten "Mulige veje til uddannelse og job for unge med psykiske barrierer"⁸. Analysen viser med al tydelighed, at indsatsen kræver både udbygning og differentiering i tilbudsviften og især koordinering mellem flere sektorer: Beskæftigelsesindsatsen over for unge med psykiske barrierer bør drage nytte af social- og sundhedssektorernes viden og tilbud.

Enkelte initiativer er allerede i gang på projektbasis. Det drejer sig fx om initiativet "Unge med ADHD - fastholdelse i job", som gennemføres i samarbejde mellem Social Udviklingscenter (SUS), ADHD-foreningen og tre jobcentre. To af pilot-virksomhedscentre (projekt 4K i hhv. Gladsaxe og Randers) har ligeledes arbejdet målrettet med unge, der hører til

⁷ Lov L91 af den 25. januar 2007 vedr. kontanthjælpsatsen til unge under 25 år med visse alvorlige psykiske lidelser (skizofreni, skizotypisk sindslidelse, vedvarende psykotisk tilstand, korterevarende psykotisk tilstand, skizoaffektiv lidelse, uspecificeret ikke organisk betinget psykose og emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderlinetype)

⁸ "Mulige veje til uddannelse og job for unge med psykiske barrierer" - New Insight for Beskæftigelsesregionerne Nordjylland og Hovedstaden & Sjælland – sept. 2009. Kan downloades på <http://www.brnordjylland.dk>

målgruppen. I Esbjerg samarbejder jobcentret, SOSU-skolen og Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling omkring projektet "ung på arbejdsmarkedet" for unge med psykiatriske diagnoser eller særlige psykiske vanskeligheder.

Den type initiativer kan være med til at vise mulige veje. Det være sig i form af metodedifferentiering, organisering af indsatsen omkring de unge, og kompetenceudvikling blandt jobcentermedarbejdere, behandlere i psykiatrien, mentorer, undervisere, osv. Deres erfaringer bør derfor indsamles og forsøges omsat på en større skala.

2. Udvikling af en beskæftigelsesrettet indsats for unge, der er kommet på førtidspension

At udtale, at for mange unge kommer på førtidspension af psykiske årsager, svarer egentlig til at sige, at man fra samfundets side er parat til at støtte dem, der gerne vil et voksent liv med aktiv deltagelse på arbejdsmarkedet. Set i det lys er det derfor ikke tilstrækkeligt at forebygge tilgangen af unge til førtidspension. Der skal også udvikles og afprøves modeller for at reintegrere nogle af de unge, som er kommet på førtidspension. Især dem, der har haft den nødvendige tid til at lære at håndtere et hverdagsliv med en alvorlig psykisk lidelse eller handicap. Fokus for disse initiativer kunne fx ligge på: virksomhedsforlagt beskyttede job, skånejob, hvilende pension + fleksjob/revalidering, EGU, erhvervsuddannelser på særlige vilkår, osv.

BILAG - referencetabeller

15-19 år - Hoveddiagnose psykisk lidelse - fordelt på underdiagnoser	2004	2005	2006	2007	2008	1.+2.kv 09
Demens u. spec. (Præsenil og senil demens, demens ved Alzheimers sygd. samt former for org. demens)	1	0	0	0	0	0
Disordum personalis (Organisk personligheds- eller adfærdsforstyrrelser)	3	1	4	4	1	3
Skadeligt brug af alkohol	0	1	0	0	0	0
Alkoholafhængigheds- syndrom	0	0	0	0	0	0
Psykisk lidelse uden specifikation som følge af alkoholbrug	0	0	0	1	0	0
Opioidafhængighedssyndrom (Opium, morfin, kodein, heroin mv)	0	0	0	0	0	0
Hashmisbrug, afhængighed af cannabismisbrug	0	0	0	0	0	0
Skadelig brug af psykoaktive stoffer, blandingsmisbrug	0	0	0	0	0	0
Schizophrenia (Skizofreni)	12	11	15	18	15	12
Disordo schizotypica (Skizotypisk sindslidelse)	1	4	0	3	1	1
Psychosis paranoides (Paranoid psykose u. specifikation, sindsygdomme med forfølgelsesforstilling)	0	0	3	1	0	3
Psychosis non-organica, typus alius (Anden psykose, ikke organisk)	1	0	1	0	0	0
Psychosis affektiva bipolaris (Stemningslejeænd., bipolar affektiv sindslidelse (fx mani/depres.))	0	0	0	0	0	1
Depressio mentis recurrens (Periodisk depression (alle sværhedsgrader))	0	0	0	0	0	0
Kronisk forstemningstilstand uden specifikation	0	0	0	0	0	0
Anden affektiv sindslidelse eller tilstand	3	1	1	1	1	0
Disordo anxiosus phobicus (Fobisk angst, social fobi, angst i veldefinerede situationer u. fare)	0	0	0	1	0	0
Disordo anxiosus (Angsttilstand uden specifikation, panikangst, generaliseret angst)	0	0	0	0	0	0
Obsessiv-kompulsiv tilstand (Tvangstanker, tvangshandlinger)	1	0	0	2	2	3
Reactio tarda e traumate gravis (Posttraumatisk belastningsreaktion, kronisk belastningssyndrom)	0	1	0	0	0	0
Reactio maladaptiva (Reaktion på svær belastning el.livsændring, tilpasningsreaktion)	1	0	2	0	0	0
Belastningsreaktion (Maladaptation)	0	0	0	0	0	0
Somatoform tilstand	0	0	0	0	1	0
Neurasthenia (Nervesvækkelse, stærk træthæd)	0	0	0	0	0	0
Disordo neuroticus (Andre nervøse tilstande, neurotisk reaktion)	0	0	0	0	0	0
Anorexia nervosa (Nervøs spisevægring, anoreksi)	0	0	0	0	0	0
Bulimia nervosa (Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed, bulimi)	0	0	0	0	0	0
Dyssocial personlighedsstruktur (Svær karakterafvigelse)	3	1	1	1	0	2
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (Grænsetilfælde, Borderline)	0	2	1	2	3	4
Forstyr. i personlighedsstruktur og adfærd, anden type (And. form for forstyrret pers.struktur)	5	7	8	4	7	5
Mental retardering (Alle grader af åndssvaghed, debilitet, imbecilitet)	193	209	247	187	252	107
Psykisk udviklingsforstyrrelse (organisk betinget, DAMP, Aspergers syndrom)	48	55	54	43	71	41
Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i barndom og opvækst	14	7	5	8	9	4
Andre psykiske lidelser eller forstyrrelser, herunder psykiske lidelser som følge af misbrug	1	2	4	5	12	5
i alt i aldersgruppen med hoveddiagnose psykisk lidelse	287	302	346	281	375	191
I alt i aldersgruppen (alle hoveddiagnoser)	411	438	454	392	544	241

Kilde: Ankestyrelsens databank og egne beregninger

20-29 år - Hoveddiagnose psykisk lidelse - fordelt på underdiagnoser	2004	2005	2006	2007	2008	1.+2.kv 09
Demens u. spec. (Præsenil og senil demens, demens ved Alzheimers sygd. samt former for org. demens)	1	0	1	0	0	1
Disordum personalis (Organisk personligheds- eller adfærdsforstyrrelser)	13	19	13	10	12	7
Skadeligt brug af alkohol	1	0	0	0	0	0
Alkoholafhængigheds- syndrom	0	0	0	3	4	0
Psykisk lidelse uden specifikation som følge af alkoholbrug	0	1	0	1	1	1
Opioidafhængighedssyndrom (Opium, morfin, kodein, heroin mv)	0	1	0	6	4	1
Hashmisbrug, afhængighed af cannabismisbrug	2	0	3	0	1	3
Skadelig brug af psykoaktive stoffer, blandingsmisbrug	6	6	10	4	8	5
Schizophrenia (Skizofreni)	258	233	237	186	241	126
Disordo schizotypica (Skizotypisk sindslidelse)	32	51	39	33	56	29
Psychosis paranoides (Paranoid psykose u. specifikation, sindsygdomme med forfølgelsesforstilling)	21	21	28	20	31	27
Psychosis non-organica, typus alius (Anden psykose, ikke organisk)	10	4	5	3	7	4
Psychosis affektiva bipolaris (Stemningslejeænd., bipolar affektiv sindslidelse (fx mani/depres.))	9	10	13	9	9	8
Depressio mentis recurrens (Periodisk depression (alle sværhedsgrader))	13	14	11	8	17	15
Kronisk forstemningstilstand uden specifikation	2	1	1	2	3	1
Anden affektiv sindslidelse eller tilstand	4	8	8	9	14	4
Disordo anxiosus phobicus (Fobisk angst, social fobi, angst i veldefinerede situationer u. fare)	5	0	9	9	6	1
Disordo anxiosus (Angsttilstand uden specifikation, panikangst, generaliseret angst)	10	5	4	3	9	9
Obsessiv-kompulsiv tilstand (Tvangstanker, tvangshandlinger)	5	5	15	8	9	9
Reactio tarda e traumate gravis (Posttraumatisk belastningsreaktion, kronisk belastningssyndrom)	8	11	13	25	32	10
Reactio maladaptiva (Reaktion på svær belastning el.livsændring, tilpasningsreaktion)	3	1	1	3	2	2
Belastningsreaktion (Maladaptation)	0	0	1	1	3	2
Somatoform tilstand	1	3	1	3	2	0
Neurasthenia (Nervesvækkelse, stærk træthed)	1	0	1	0	1	2
Disordo neuroticus (Andre nervøse tilstande, neurotisk reaktion)	1	2	2	1	0	0
Anorexia nervosa (Nervøs spisevægring, anoreksi)	8	2	3	4	4	3
Bulimia nervosa (Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed, bulimi)	1	1	2	0	1	0
Dyssocial personlighedsstruktur (Svær karakterafvigelse)	20	21	30	13	29	7
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (Grænsetilfælde, Borderline)	33	46	49	48	62	30
Forstyr. i personlighedsstruktur og adfærd, anden type (And. form for forstyrret pers. struktur)	46	61	54	37	56	25
Mental retardering (Alle grader af åndssvaghed, debilitet, imbecilitet)	155	141	142	93	220	129
Psykisk udviklingsforstyrrelse (organisk betinget, DAMP, Aspergers syndrom)	70	57	62	54	99	48
Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i barndom og opvækst	11	18	17	4	17	9
Andre psykiske lidelser eller forstyrrelser, herunder psykiske lidelser som følge af misbrug	7	12	9	8	12	5
i alt i aldersgruppen med hoveddiagnose psykisk lidelse	757	755	784	608	972	523
I alt i aldersgruppen (alle hoveddiagnoser)	1044	1034	995	771	1212	631

Kilde: Ankestyrelsens databank og egne beregninger

15-29 år - Hoveddiagnose psykisk lidelse - fordelt på underdiagnoser	2004	2005	2006	2007	2008	1.+2.kv 09
Demens u. spec. (Præsenil og senil demens, demens ved Alzheimers sygd. samt former for org. demens)	2	0	1	0	0	1
Disordum personalis (Organisk personligheds- eller adfærdsforstyrrelser)	16	20	17	14	13	10
Skadeligt brug af alkohol	1	1	0	0	0	0
Alkoholafhængigheds- syndrom	0	0	0	3	4	0
Psykisk lidelse uden specifikation som følge af alkoholbrug	0	1	0	2	1	1
Opioidafhængighedssyndrom (Opium, morfin, kodein, heroin mv)	0	1	0	6	4	1
Hashmisbrug, afhængighed af cannabismisbrug	2	0	3	0	1	3
Skadelig brug af psykoaktive stoffer, blandingsmisbrug	6	6	10	4	8	5
Schizophrenia (Skizofreni)	270	244	252	204	256	138
Disordo schizotypica (Skizotypisk sindslidelse)	33	55	39	36	57	30
Psychosis paranoides (Paranoid psykose u. specifikation, sindsygdomme med forfølgelsesforstilling)	21	21	31	21	31	30
Psychosis non-organica, typus alius (Anden psykose, ikke organisk)	11	4	6	3	7	4
Psychosis affektiva bipolaris (Stemmingslejeænd., bipolar affektiv sindslidelse (fx mani/depres.))	9	10	13	9	9	9
Depressio mentis recurrens (Periodisk depression (alle sværhedsgrader))	13	14	11	8	17	15
Kronisk forstemningstilstand uden specifikation	2	1	1	2	3	1
Anden affektiv sindslidelse eller tilstand	7	9	9	10	15	4
Disordo anxiosus phobicus (Fobisk angst, social fobi, angst i veldefinerede situationer u. fare)	5	0	9	10	6	1
Disordo anxiosus (Angsttilstand uden specifikation, panikangst, generaliseret angst)	10	5	4	3	9	9
Obsessiv-kompulsiv tilstand (Tvangstanker, tvangshandlinger)	6	5	15	10	11	12
Reactio tarda e traumate gravis (Posttraumatisk belastningsreaktion, kronisk belastningssyndrom) PTSD	8	12	13	25	32	10
Reactio maladaptiva (Reaktion på svær belastning el.livsændring, tilpasningsreaktion)	4	1	3	3	2	2
Belastningsreaktion (Maladaptation)	0	0	1	1	3	2
Somatoform tilstand	1	3	1	3	3	0
Neurasthenia (Nervesvækkelse, stærk træthed)	1	0	1	0	1	2
Disordo neuroticus (Andre nervøse tilstande, neurotisk reaktion)	1	2	2	1	0	0
Anorexia nervosa (Nervøs spisevægring, anoreksi)	8	2	3	4	4	3
Bulimia nervosa (Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed, bulimi)	1	1	2	0	1	0
Dyssocial personlighedsstruktur (Svær karakterafvigelse)	23	22	31	14	29	9
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (Grænsetilfælde, Borderline)	33	48	50	50	65	34
Forstyr. i personlighedsstruktur og adfærd, anden type (And. form for forstyrret pers.struktur)	51	68	62	41	63	30
Mental retardering (Alle grader af åndssvaghed, debilitet, imbecilitet)	348	350	389	280	472	236
Psykisk udviklingsforstyrrelse (organisk betinget, DAMP, Aspergers syndrom)	118	112	116	97	170	89
Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i barndom og opvækst	25	25	22	12	26	13
Andre psykiske lidelser eller forstyrrelser, herunder psykiske lidelser som følge af misbrug	8	14	13	13	24	10
i alt i aldersgruppen med hoveddiagnose psykisk lidelse	1044	1057	1130	889	1347	714
I alt i aldersgruppen (alle hoveddiagnoser)	1455	1472	1449	1163	1756	872

Kilde: Ankestyrelsen og egne beregninger

i alt (alle aldre) - Hoveddiagnose psykisk lidelse - fordelt på underdiagnoser	2004	2005	2006	2007	2008	1.+2.kv 09
Demens u. spec. (Præsenil og senil demens, demens ved Alzheimers sygd. samt former for org. demens)	156	142	131	105	118	75
Disordum personalis (Organisk personligheds- eller adfærdsforstyrrelser)	65	71	80	53	73	47
Skadeligt brug af alkohol	217	246	215	164	226	110
Alkoholafhængigheds- syndrom	234	212	232	169	267	119
Psykisk lidelse uden specifikation som følge af alkoholbrug	40	35	48	32	42	26
Opioidafhængighedssyndrom (Opium, morfin, kodein, heroin mv)	39	34	45	34	40	25
Hashmisbrug, afhængighed af cannabismisbrug	17	10	15	12	19	10
Skadelig brug af psykoaktive stoffer, blandingsmisbrug	84	89	95	58	117	69
Schizophrenia (Skizofreni)	576	535	566	471	612	298
Disordo schizotypica (Skizotypisk sindslidelse)	159	190	154	166	210	110
Psychosis paranoides (Paranoid psykose u. specifikation, sindsygdomme med forfølgelsesforstilling)	149	173	178	127	163	111
Psychosis non-organica, typus alius (Anden psykose, ikke organisk)	36	29	27	18	32	18
Psychosis affektiva bipolaris (Stemningslejeænd., bipolar affektiv sindslidelse (fx mani/depres.))	169	178	157	160	218	99
Depressio mentis recurrens (Periodisk depression (alle sværhedsgrader))	591	546	568	549	726	435
Kronisk forstemningstilstand uden specifikation	100	90	81	87	138	65
Anden affektiv sindslidelse eller tilstand	61	57	78	69	87	24
Disordo anxiosus phobicus (Fobisk angst, social fobi, angst i veldefinerede situationer u. fare)	151	159	165	140	186	73
Disordo anxiosus (Angsttilstand uden specifikation, panikangst, generaliseret angst)	229	246	271	207	317	170
Obsessiv-kompulsiv tilstand (Tvangstanker, tvangshandlinger)	40	41	41	41	56	35
Reactio tarda e traumate gravis (Posttraumatisk belastningsreaktion, kronisk belastningssyndrom)	901	856	972	1070	1469	754
Kraftig vækstReactio maladaptiva (Reaktion på svær belastning el.livsændring, tilpasningsreaktion)	95	126	113	117	174	66
Belastningsreaktion (Maladaptation)	73	69	87	64	117	70
Somatoform tilstand	68	76	66	86	115	53
Neurasthenia (Nervesvækkelse, stærk træthed)	63	51	47	55	79	41
Disordo neuroticus (Andre nervøse tilstande, neurotisk reaktion)	30	31	33	29	17	14
Anorexia nervosa (Nervøs spisevægring, anoreksi)	17	10	13	13	12	9
Bulimia nervosa (Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed, bulimi)	1	3	7	2	5	3
Dyssocial personlighedsstruktur (Svær karakterafvigelse)	139	140	176	155	186	70
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (Grænsetilfælde, Borderline)	199	231	232	229	329	143
Forstyr. i personlighedsstruktur og adfærd, anden type (And. form for forstyrret pers.struktur)	545	528	560	420	650	349
Mental retardering (Alle grader af åndssvaghed, debilitet, imbecilitet)	472	450	559	418	695	378
Psykisk udviklingsforstyrrelse (organisk betinget, DAMP, Aspergers syndrom)	155	150	170	133	282	154
Andre adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i barndom og opvækst	57	67	52	49	81	31
Andre psykiske lidelser eller forstyrrelser, herunder psykiske lidelser som følge af misbrug	70	118	114	100	127	58
i alt i aldersgruppen med hoveddiagnose psykisk lidelse	5998	5989	6348	5602	7985	4112
I alt i aldersgruppen (alle hoveddiagnoser)	15835	14575	14289	11989	16616	8039

Kilde: Ankestyrelsens databank og egne beregninger