

9. februar 2023

Borgere i botilbud

Indhold

| | |
|--|----|
| Resumé..... | 2 |
| Hovedkonklusioner..... | 2 |
| Baggrund..... | 3 |
| Sådan har vi gjort..... | 3 |
| Midlertidige og længerevarende botilbud..... | 4 |
| Antal borgere i botilbud | 5 |
| Tilgang og afgang blandt beboere i botilbud..... | 8 |
| Psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud..... | 11 |
| Udvalgte handicap blandt borgere i botilbud..... | 15 |
| Forekomst af flere samtidige psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud..... | 17 |
| Borgere med psykisk udviklingshæmning i botilbud..... | 21 |
| Borgere med autisme i botilbud | 23 |
| Borgere med skizofreni i botilbud | 25 |
| Borgere med spiseforstyrrelser i botilbud..... | 29 |
| Nyindflyttede borgere i botilbud..... | 31 |
| Fraflyttere fra botilbud | 34 |
| Voldsdomme, foranstaltningsdomme og afsoning blandt borgere i botilbud..... | 37 |
| BILAG 1 – Liste over inkluderede kommuner i datagrundlaget | 39 |
| BILAG 2 – Andel i botilbud i aldersgrupper | 40 |
| BILAG 3 – Diagnoseafgrænsning | 41 |
| BILAG 4 – Psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud | 44 |
| BILAG 5 – Psykiatriske diagnoser og handicap i botilbud og i den generelle befolkning..... | 46 |
| BILAG 6 – Forekomst af <i>andre</i> psykiatriske diagnoser blandt borgere med udvalgte diagnoser/handicap i botilbud..... | 48 |

Resumé

I 2020 bor der ca. 28.000 borgere i botilbud eller botilbudslignende tilbud, midlertidige eller længerevarende. Antallet har været stigende i en årrække, men de seneste år har det været nogenlunde stabilt. Stigningen kan især henføres til en stigende antal ældre i botilbud (delvist grundet demografisk forskydning i befolkningen) og til en stigende andel af borgere under 40 år, der bor i botilbud. Der er sket et fald i antallet af indflyttede beboere årligt – men antallet af fraflyttere årligt har været lavere, hvorfor det samlede antal beboere er steget. Dette vil dog ændre sig de kommende år, hvis tendenserne fortsætter.

Tre ud af fire borgere i botilbud har (haft) en psykiatrisk diagnose. De hyppigste diagnoser er skizofreni, autisme og misbrugsrelaterede diagnoser samt mental retardering/psykisk udviklingshæmning. Der er samlet set sket en lille stigning i forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud (som i den generelle befolkning). ADHD, autisme og angst er steget meget, mens personlighedsforstyrrelser er blevet mindre udbredt.

Hovedkonklusioner

- Der er 28.000 borgere i botilbud på landsplan i 2020, svarende til 0,5 pct. af befolkningen. Der er sket en stigning i antallet af borgere i botilbud på 11 pct. siden 2015. Antallet har dog været stort set stagnerende fra 2018-2020.
- Stigningen ses især blandt ældre over 60 år (længerevarende botilbud), unge under 30 år (midlertidige botilbud) og blandt de 30-39-årige (begge typer). Stigningen i antallet af ældre i botilbud kan delvist forklares demografisk.
- Stigningen i antallet af beboere kan ikke forklares med en stigning i antallet af nyvisiterede. Antallet af nyindflyttede beboere hvert år har nemlig været faldende i en årrække, men dog større end antallet af fraflyttere, hvilket forklarer tilvæksten.
- Tre ud af fire borgere i botilbud har haft en psykiatrisk diagnose, og halvdelen har aktuelt mindst én ud af 12 udvalgte diagnoser. Andelen er højest blandt borgere i midlertidige botilbud. De hyppigste psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud er skizofreni, autisme og misbrugsrelaterede diagnoser.
- Siden 2015 er andelen af borgere på midlertidige botilbud med psykiatriske diagnoser steget, mens der ikke er sket nogen ændring blandt borgere i længerevarende botilbud. Stigningen er størst, hvad angår ADHD, autisme og angst (ligesom i den generelle befolkning). Forekomsten af personlighedsforstyrrelser i botilbud er samtidig blevet lidt mindre.
- Knap halvdelen af borgere i botilbud er psykisk udviklingshæmmede eller intelligensmæssigt udfordret i en eller anden grad. Og omkring halvdelen af dem er mentalt retarderede i moderat til svær grad. Andelen er langt højere i længerevarende end midlertidige botilbud, men har begge steder været uændret siden 2015.

- Hver femte beboer i botilbud har mindst to af de 12 udvalgte psykiatriske diagnoser samtidigt. Hver tredje beboer med skizofreni har også misbrugsrelaterede diagnoser, hver fjerde med psykisk udviklingshæmning har også autisme, hver fjerde med autisme har også ADHD, og hver femte med misbrugsrelaterede diagnoser har også personlighedsforstyrrelser.
- Der er siden 2015 sket en stigning i forekomsten af *flere* samtidige diagnoser blandt beboere i midlertidige botilbud men ikke i længerevarende botilbud. Blandt borgere med autisme er der generelt sket en stor stigning i andelen, der også har ADHD, og blandt borgere med udviklingshæmning er der sket en stor stigning i andelen, der også har autisme. Samtidig er der sket et fald i andelen med personlighedsforstyrrelser eller depression som komorbiditet i de fleste diagnosegrupper.
- Nyindflyttede beboere og fraflyttere på længerevarende botilbud har i højere grad psykiatriske diagnoser end øvrige beboere på længerevarende botilbud, mens der ikke ses nogen forskel mellem nye og øvrige beboere i midlertidige botilbud. Især misbrugsrelaterede diagnoser er mere udbredt blandt til- og fraflytterne. Handicap er derimod mindre udbredt blandt til- og fraflytterne. Siden 2015 er der sket en stigning i forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt nye beboere i længerevarende botilbud, men ikke blandt nye beboere i midlertidige botilbud.
- Mellem 1 og 2 pct. af borgere i botilbud får en voldsdom i løbet af et år. Omrent samme andel har enten fået en foranstaltningsdom eller for nylig afsonet i fængsel. Voldsdomme og foranstaltningsdomme er mere udbredt i midlertidige end i længerevarende botilbud og mere udbredt blandt beboere med misbrugsrelaterede diagnoser eller skizofreni end blandt andre beboere. Der er sket en stigning i antallet af voldsdomme i 2020, men den kan ikke direkte tolkes som en stigning i voldeligheden blandt beboerne pga. ændret sigtelsespraksis.

Baggrund

Udgifterne på det specialiserede socialområde i kommunerne har været stigende over en årrække. Som led i en afdækning af årsagerne hertil kortlægges i denne analyse udviklingen i antallet af borgere i botilbud samt forekomsten af psykiatriske diagnoser, udviklingshæmning og andre handicap, samt omfanget af voldsdomme i denne målgruppe.

Sådan har vi gjort

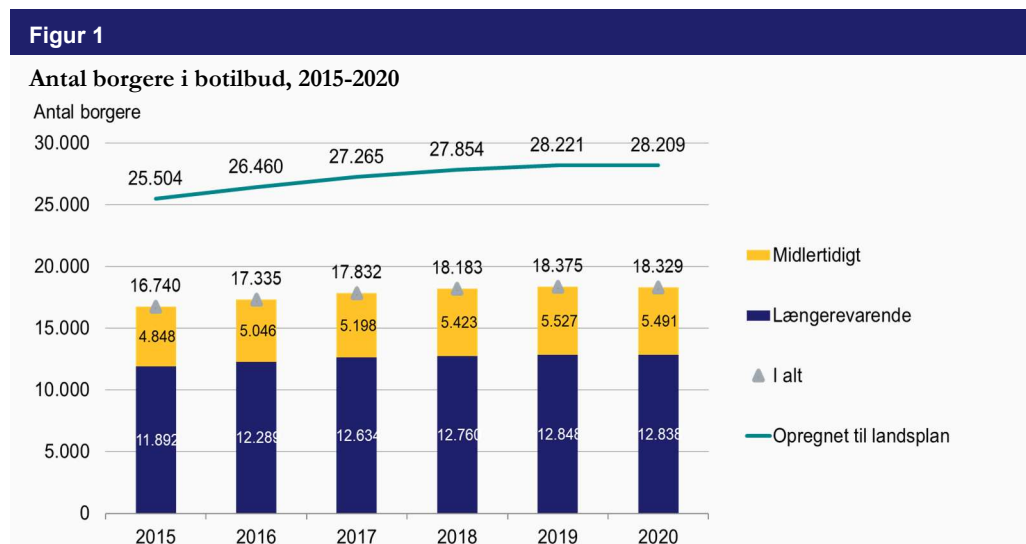
Borgere i botilbud er afgrænset til borgere i enten midlertidige botilbud eller længerevarende botilbud (se boks 1). Datagrundlaget omfatter 69 kommuner med komplet registrering i alle årene 2015-2020. Oplysninger om borgere i botilbud er koblet til oplysninger om diagnoser stillet i hospitalssektoren (landspatientregisteret) samt voldsdomme i kriminalitetsstatistikken.

Boks 1**Midlertidige og længerevarende botilbud**

I denne analyse opdeles botilbud i to typer: Midlertidige og længerevarende botilbud. Midlertidige botilbud er botilbud efter Servicelovens §107, mens længerevarende botilbud både omfatter botilbud efter Servicelovens §108 ~~og~~ botilbudslignende tilbud med bostøtte efter Servicelovens §85 kombineret med en bolig efter Almenboliglovens §105. Denne sammenlægning af længerevarende botilbud (SEL §108) og botilbudslignende botilbud skyldes, at målgruppen for de to er meget ens (se evt. [Velfærdspolitiske Analyse](#), SÆM, 2021).

Antal borgere i botilbud

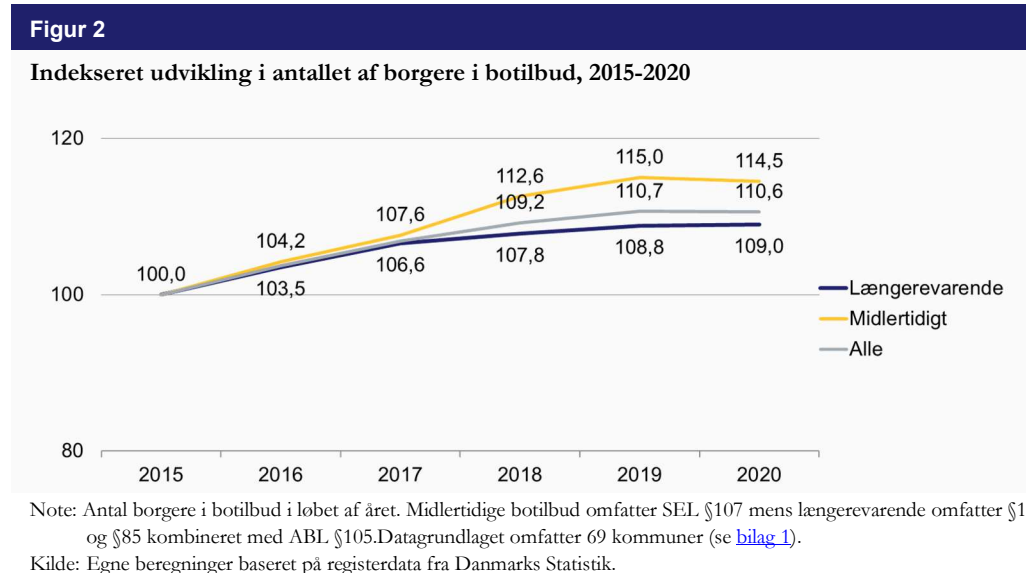
Denne analyse er foretaget på baggrund af et datagrundlag af indberetninger fra 69 kommuner. I disse 69 kommuner er der i alt 18.300 borgere i botilbud i løbet af 2020, enten midlertidige eller længerevarende. Opregnet til landsplan svarer det til ca. 28.200 borgere, jf. figur 1. For beskrivelse af repræsentativitet og opregningsmetode, se [bilag 1](#).



Note: Antal borgere i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)). Opregningen til landsplan er baseret på aldersfordelte befolkningstal i de 69 kommuner sammenlignet med hele af landet.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Siden 2015 er der sket en stigning på 10,6 pct. i antallet af borgere i botilbud samlet set, jf. figur 2. Stigningen har været størst for midlertidige botilbud og størst frem til 2018 (9,2 pct. stigning). Fra 2018 til 2019 steg det samlede antal borgere i botilbud dog også med 1,3 pct, mens antallet fra 2019 til 2020 er faldet en anelse (<0,1 pct.).



Note: Antal borgere i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)).

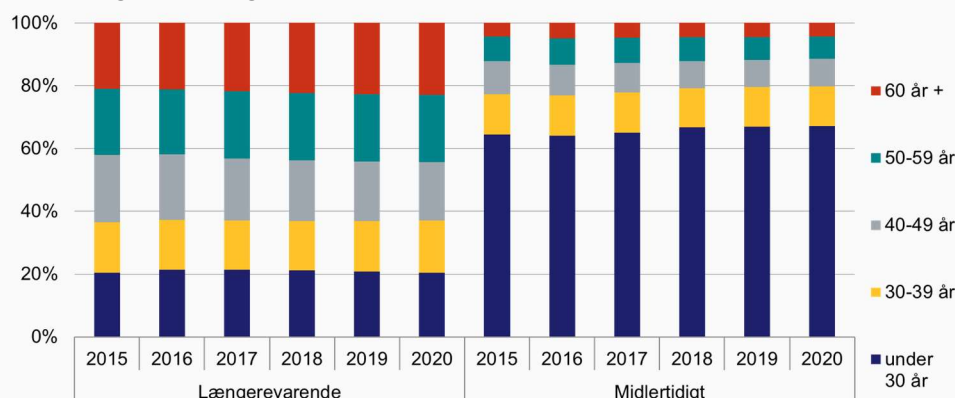
Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Antallet af borgere i botilbud svarer til 0,5 pct. af hele befolkningen. Der er sket en lille stigning i andelen af borgere, som bor i botilbud, fra 0,45 pct. af befolkningen i 2015 til 0,48 pct. af befolkningen i 2018-2020.

Borgere i midlertidige botilbud er langt yngre end borgere i længerevarende botilbud. To ud af tre borgere i midlertidige botilbud er under 30 år, mens det kun gælder hver femte borger i længerevarende botilbud jf. figur 3. Siden 2015 er der sket en lille stigning i andelen af borgere i længerevarende botilbud, der er ældre (60 år eller derover), mens der er sket en lille stigning i andelen af unge borgere under 30 år i midlertidige botilbud.

Figur 3

Aldersfordeling blandt borgere i botilbud, 2015-2020



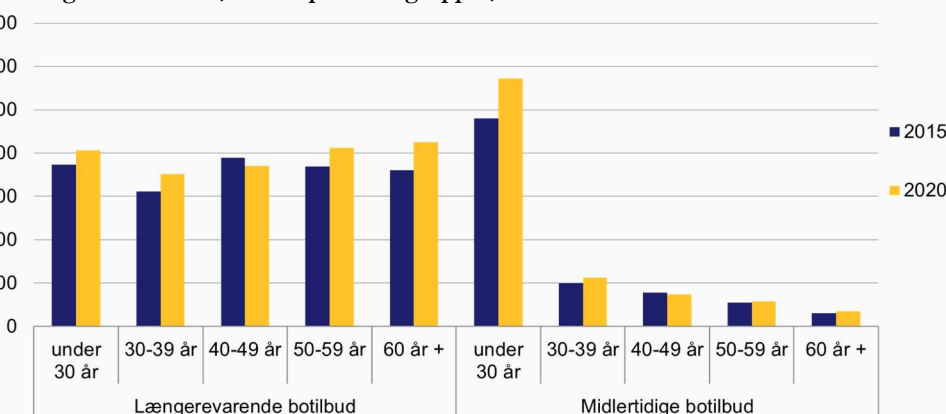
Note: Antal borgere i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se bilag 1).

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

I perioden 2015-2020 er der især sket en stigning i antallet af borgere i midlertidige botilbud i aldersgruppen under 30 år og i antallet af borgere over 60 år i længerevarende botilbud. I begge tilfælde er der tale om stigninger på 18 pct. i perioden. Antalmæssigt svarer det ca. 930 borgere under 30 år på midlertidige botilbud og ca. 660 borgere over 60 år på længerevarende botilbud mere end i 2015. Blandt de 40-49 årige er antallet derimod faldet i begge typer botilbud (6 pct. fald), jf. figur 4.

Figur 4

Antal borgere i botilbud, fordelt på aldersgrupper, 2015-2020



Note: Antal borgere i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner. Opregningen til landsplan er baseret på aldersfordelte befolkningstal i de 69 kommuner sammenlignet med hele af landet.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Udviklingen i de absolutte antal beboere kan både skyldes ændret behov i befolkningen eller ændret visitationspraksis, men det kan også dække over demografiske forskydninger i befolkningen generelt. Fx er antallet af 40-49 årige i befolkningen

faldet med 6 pct. i perioden svarende til faldet i antallet af beboere. Tilsvarende kan knap halvdelen af stigningen i antallet af ældre i botilbud forklares demografisk, dvs. af en generel stigning i antallet af ældre i befolkningen. Stigningen i antallet af borgere under 30 år i botilbud kan derimod ikke forklares demografisk, da der i perioden kun er sket en stigning på 2 pct. i aldersgruppen generelt i befolkningen. Det samme gælder stigningen i antallet af beboere i botilbud i alderen 30-39 år. Se evt. [bilag 2](#) som indeholder en opgørelse af *andelen* af borgere i hver aldersgruppe, der bor i botilbud.

Tilgang og afgang blandt beboere i botilbud

Udviklingen i antallet af beboere i botilbud hænger naturligvis sammen med dels hvor mange nye beboere, der kommer til, og hvor mange, der flytter fra botilbudene. Hvert år er der omkring 2.500-3.000 nye beboere i botilbuddene, og omtrent samme antal, der fraflytter jf. figur 5 og 6. Det svarer til, at omkring hver tiende beboer skiftes ud i løbet af et år.

Figur 5

Nyindflyttere i botilbud, 2016-2020

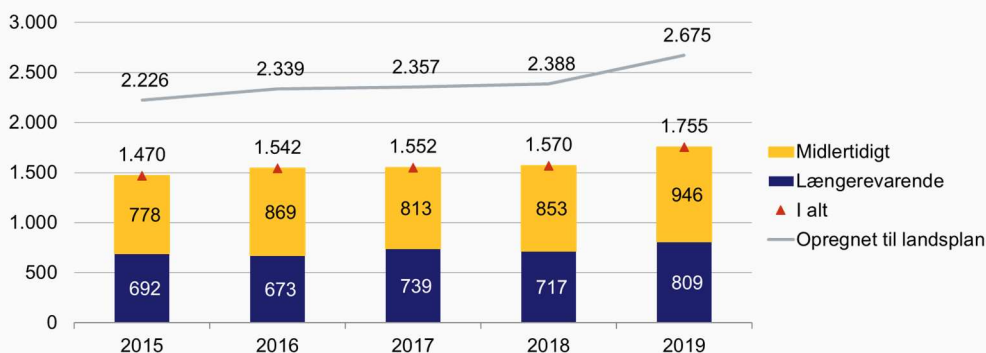


Note: Nyindflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af det pågældende år, og som ikke boede i botilbud året før. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)).

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

Figur 6

Fraflyttere i botilbud, 2015-2019



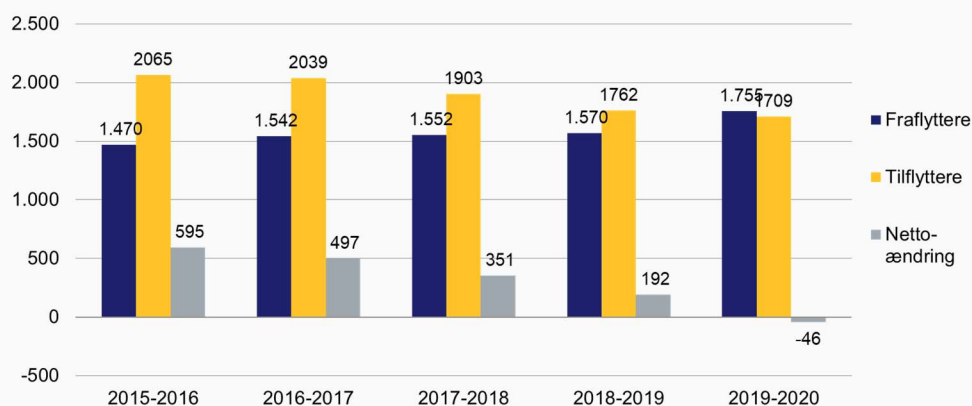
Note: Fraflyttere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af det pågældende år, og som ikke bor i botilbud året efter. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)).

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

Antallet af nyindflyttere er dog faldet med 17 pct. siden 2016, mens antallet af fraflyttere er steget med 20 pct. På trods af denne udvikling, er det samlede antal beboere steget, jf. figur 1. Det skyldes, at der hvert år er lidt flere nyindflyttede end fraflyttere, jf. figur 7. Antallet af nyindflyttede og fraflyttere har dog nærmet sig hinanden, og i det seneste år var der faktisk lidt flere fraflyttere end nyindflyttede.

Figur 7

Udvikling i antal nyindflyttede og fraflyttere, 2015-2020, (69 kommuner)



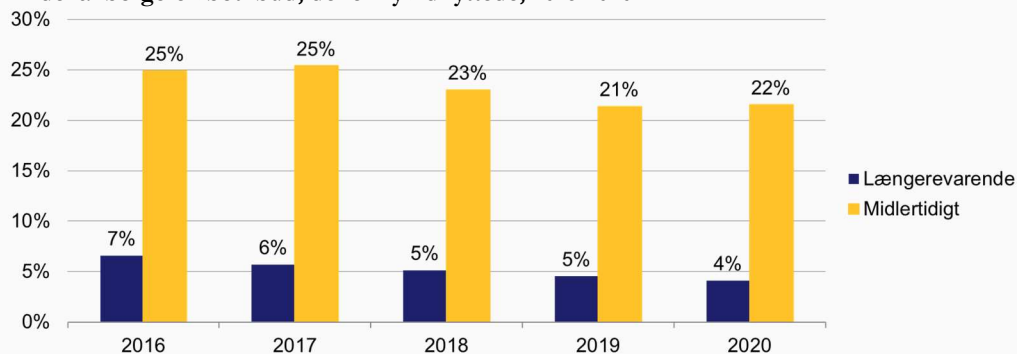
Note: Nyindflyttede beboere defineres som borgere, der ikke bor i botilbud i året, men som gør det året efter, mens fraflyttere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i året, men som ikke bor i botilbud året efter. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)).

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

Udskiftningen i beboere er størst på midlertidige botilbud, hvor nye beboere udgør mellem hver fjerde og femte beboer jf. figur 8.

Figur 8

Andel af borgere i botilbud, der er nyindflyttede, 2016-2020



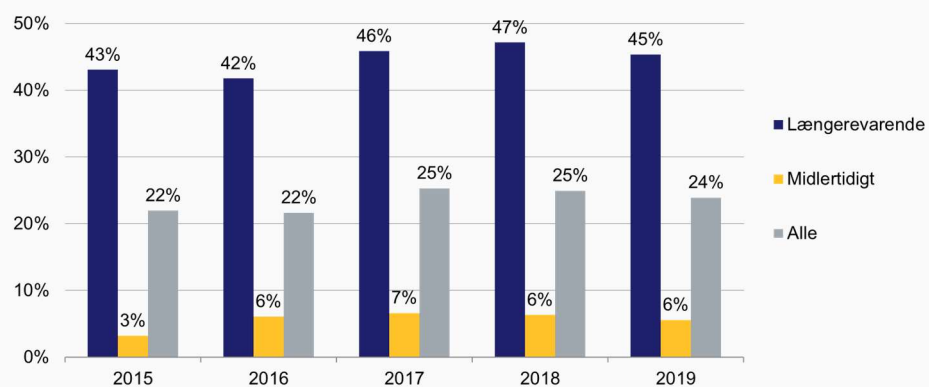
Note: Nyindflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af det pågældende år, og som ikke boede i botilbud året før. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner (se [bilag 1](#)).

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

En fjerdedel af fraflytterne er beboere, der dør. Blandt fraflyttere fra længerevarende botilbud gælder det næsten halvdelen, mens det kun gælder ca. hver tyvende fraflytter fra midlertidige botilbud, jf. figur 9.

Figur 9

Andel af fraflyttere, der dør



Note: Fraflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af året, og som ikke boede i botilbud året efter.

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

Psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud

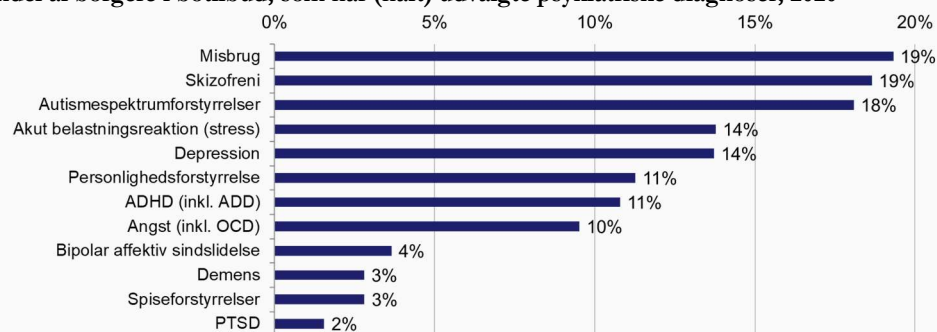
Tre ud af fire borgere i botilbud (77 pct.) har fået registreret en psykiatrisk diagnose¹ i forbindelse med hospitalsbesøg på et tidspunkt i løbet af deres liv. Det svarer til ca. 21.650 borgere i botilbud på landsplan. Blandt borgere i midlertidige botilbud er andelen højere (85 pct.) end blandt borgere i langvarige botilbud (74 pct.). I den generelle befolkning gælder det 16 pct. (18+ årige). Disse opgørelser er baseret på diagnoseregistreringer i forbindelse med hospitalsbesøg og vil således ikke omfatte personer med udiagnosticerede psykiatriske lidelser samt personer, som *udelukkende* er i kontakt med praksissektoren eller kommunerne.

De hyppigste diagnoser, som er registreret blandt borgere i botilbud, er misbrugsrelaterede diagnoser (alkohol eller stoffer), skizofreni og autisme, jf. figur 10.

Knap hver femte borger i botilbud (19 pct.) har fået registreret en misbrugsrelateret diagnose i forbindelse med hospitalsbesøg på et tidspunkt i løbet af deres liv. Andelen med en skizofreni eller autisme-diagnose ligger på samme niveau. Akutte belastningsreaktioner (stress) og depression er også hyppigt forekommende (14 pct.) efterfulgt af personlighedsforstyrrelser og ADHD (11 pct.). For diagnoseopgørelse specifikt for borgere i hhv. midlertidige og langvarige botilbud se bilag 4. I den generelle befolkning er de mest udbredte diagnoser misbrugsrelaterede diagnoser, depression og akutte belastningsreaktioner (stress).

Figur 10

Andel af borgere i botilbud, som har (haft) udvalgte psykiatriske diagnoser, 2020



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt på et tidspunkt i løbet af deres liv (frem til 1/1 2020). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

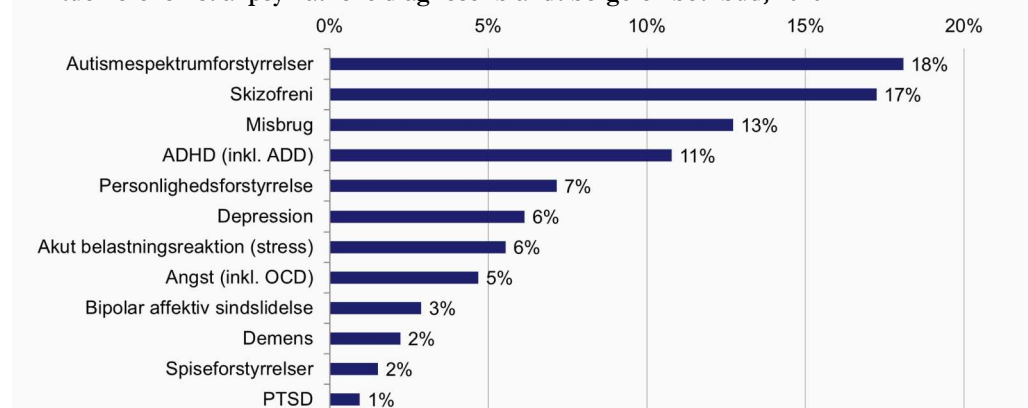
Den *aktuelle* forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud er dog lavere end angivet i figur 10, som angiver alle som *på et tidspunkt* har haft diagnosen. Nogle psykiatriske lidelser er ”kroniske”, fx udviklingsforstyrrelser som autisme og ADHD, mens andre typisk er midlertidige, fx depression og angst. I figur 11 er andelen af borgere med ”aktuelle” psykiatriske diagnoser opgjort på baggrund af forskellig periodeafgrænsning afhængig af diagnosens karakter (se boks

¹ ”Psykiatriske diagnoser” omfatter i denne analyse diagnoser inden for kapitel 5 i ICD-10 klassifikationen (F-diagnoser). Begrebet er bredt omfatter både emotionelle lidelser, udviklingsforstyrrelser, psykotiske lidelser m.m.

2). I alt har knap halvdelen af borgerne i botilbud mindst én ud af de 12 psykiatriske diagnoser (48 pct.). Det svarer på landsplan til ca. 13.350 borgere i botilbud. Forekomsten af psykiatriske diagnoser er væsentlig højere blandt beboere i midlertidige botilbud (68 pct.) end blandt beboere i længerevarende botilbud (39 pct.). Skizofreni, autisme og misbrugsrelaterede diagnoser er fortsat de tre hyppigste psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud, men misbrugsrelaterede diagnoser er mindre udbredt som aktuell udfordring, og akutte belastningsreaktioner, depression og angst er rykket ned på listen, mens ADHD og personlighedsforstyrrelser er rykket op på listen ift. figur 11.

Figur 11

Aktuel forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud, 2020



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år, 10 år eller hele livet. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Der er lidt forskel på hvilke diagnoser, der er mest udbredt blandt borgere i hhv. længerevarende og midlertidige botilbud. I midlertidige botilbud er forekomsten af autisme, skizofreni, ADHD og misbrugsrelaterede diagnoser omtrent på samme niveau (alle med prævalens omkring 20-25 pct.), mens skizofreni og autisme klart dominerer blandt borgere med diagnoser i længerevarende botilbud, jf. [bilag 4](#). Forekomsten af alle psykiatriske diagnoser er dog langt mindre i længerevarende end i midlertidige botilbud. Dette modsvarer dog af en større andel med (fysiske) handicap på de længerevarende botilbud jf. figur 14 i næste afsnit.

Boks 2

Afgrensning af *aktuel* forekomst af psykiatriske diagnoser

I nogle tilfælde medtages diagnoser de **seneste 5 år**. Det gælder, hvis sygdommen typisk er midlertidig og/eller typisk kræver relativ hyppig psykiatrikontakt (fx angst, depression og spiseforstyrrelser).

I andre tilfælde medtages diagnoser **seneste 10 år**. Det gælder særligt, hvis diagnosen typisk er langvarig og/eller ikke nødvendigvis medfører hyppig psykiatrikontakt (fx skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse og personlighedsforstyrrelser).

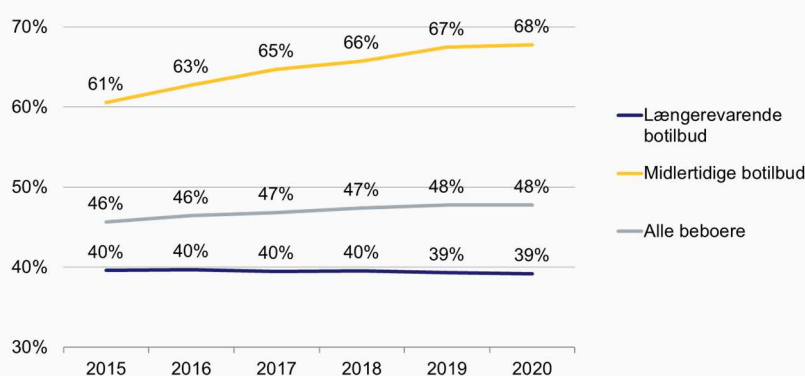
Endelig medtages i nogle tilfælde alle diagnoseregistreringer i **hele borgerens liv** (frem til 1/1 2020) som i figur 10. Det gælder særligt, hvis diagnoserne primært diagnosticeres i barndommen, normalt er livsvarige, men ikke nødvendigvis fører til løbende psykiatrikontakt (fx udviklingsforstyrrelser som autisme og ADHD). Se også [bilag 3](#).

Samlet set er der sket en lille stigning i andelen af borgere i botilbud, som har mindst én af de 12 udvalgte psykiatriske diagnoser. I 2015 var andelen 46 pct., mens den i 2020 var 48 pct.². Det dækker dog over modsatrettede tendenser på de to typer af botilbud, jf. figur 12. Andelen med psykiatriske diagnoser på de længevarende botilbud er stabil eller let faldende, mens andelen med de udvalgte diagnoser på midlertidige botilbud stiger fra 61 pct. til 68 pct. i perioden.

Stigningen i forekomsten af psykiatriske diagnoser blandt beboere i botilbud skal ses i lyset af, at der generelt er sket en stigning i forekomsten af psykiatriske diagnoser i befolkningen. Denne stigning kan være et udtryk for en reel stigende sygdomsforekomst i befolkningen men den kan også være påvirket af stigende udredning i psykiatrien (bl.a. pga. udredningsgarantien) samt det generelle stigende fokus på diagnosticering af psykiske lidelser i samfundet. Diagnoseregistreringerne afspejler dog hvilke udfordringer, borgerne har en forventning om, skal håndteres i den kommunale indsats. Ændringer i forekomsten af de enkelte diagnoser er også relevante i forståelsen af hvordan udfordringsbilledet i kommunerne ændrer sig.

Figur 12

Udvikling i andelen af borgere i botilbud, som har mindst én af 12 udvalgte psykiatriske diagnoser



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret mindst én af de 12 udvalgte psykiatriske diagnoser: Autisme, ADHD, depression, skizofreni, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrugsrelaterede diagnoser, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens og PTSD. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

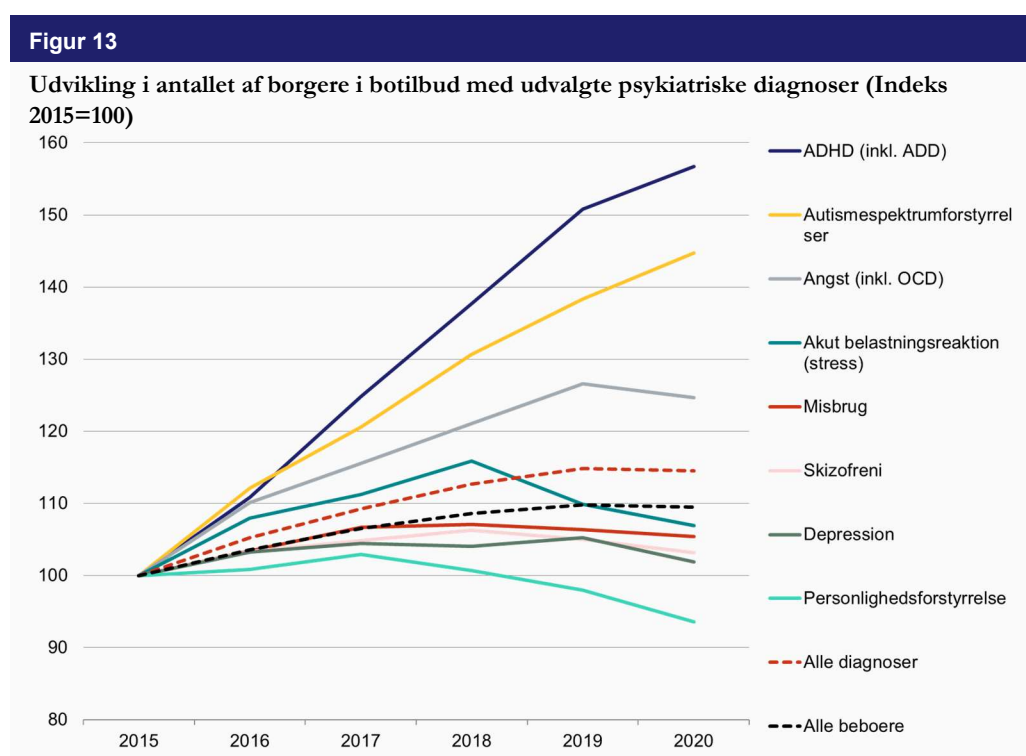
Der er forskel på udviklingen i forekomsten af forskellige *typer* af psykiatriske diagnoser blandt beboere i botilbud. Antallet af borgere i botilbud med ADHD er steget med over 50 pct. på 5 år, mens antallet med autisme er steget med over 40 pct. jf. figur 13. Antallet af borgere med angst er steget med 25 pct. Disse ændringer skal ses i lyset af den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud. Det bemærkes også, at der har været en markant stigning i forekomsten af de tre diagnoser i befolkningen generelt (se [bilag 5](#)). En mulig forklaring kan være, at den stigende

² Til sammenligning er der også i den generelle befolkning (18+ årige) i samme periode sket en stigning i andelen med en psykiatrisk diagnose (3 pct. stigning).

diagnosticering i befolkningen generelt især medfører diagnosticering af flere mindre tilfælde, som ikke er den relevante målgruppe for botilbud.

Der er dog også andre diagnoser, som er blevet *mindre* almindelige blandt borgere i botilbud. Der ses en stigning i antallet af beboere i botilbud med depression, skizofreni og misbrugsrelaterede diagnoser. Stigningen i antallet af beboere med disse diagnoser er dog lavere end stigningen i det samlede antal beboere i botilbud (den sorte stiplede kurve), og de udgør derfor en mindre andel af den samlede gruppe af beboere i botilbud. Derudover er antallet af borgere i botilbud med personlighedsforstyrrelser faldet med 6 pct. i perioden. Se evt. også [bilag 5](#), hvor forekomsten er opgjort som andel i stedet for antal.

For udvikling i forekomsten blandt borgere i hhv. længerevarende og midlertidige botilbud se [bilag 4](#).



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

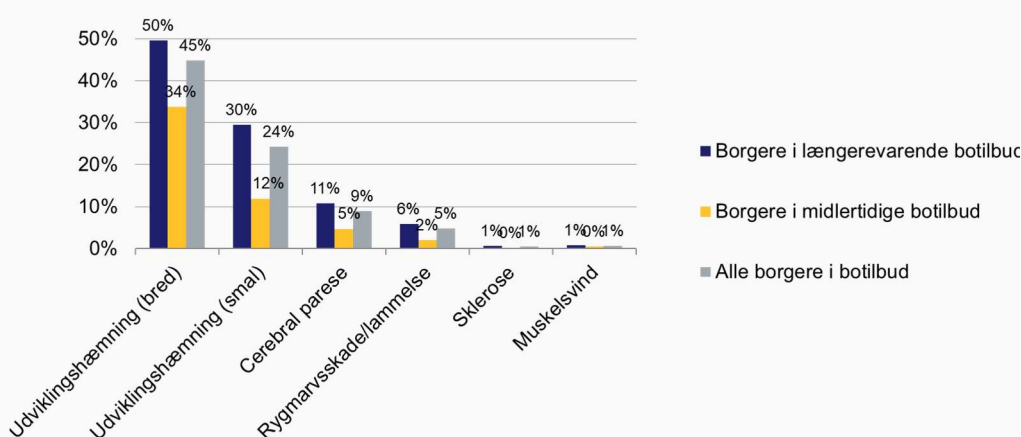
Udvalgte handicap blandt borgere i botilbud

I denne analyse skelnes mellem ”psykiatriske diagnoser” og ”handicap”. Handicap omfatter her udviklingshæmning og udvalgte primært fysiske handicap³. Knap halvdelen af alle borgere i botilbud (45 pct.) er psykisk udviklingshæmmede/ mentalt retarderede i en eller anden udstrækning, jf. figur 14. Denne afgrænsning er dog bred og indeholder også borgere med IQ lavt i normalområdet (IQ på 70-85). Hvis man afgrænser til mental retardering af moderat til svær grad falder andelen til hver fjerde (24 pct.). Det svarer til ca. 6.800 borgere i botilbud på landsplan. Andelen er højere blandt borgere i længerevarende botilbud end blandt borgere i midlertidige botilbud.

Cerebral parese (CP/spastisk lammelse) og rygmarvsskader/lammelse er relativt udbredte handicap blandt borgere i længerevarende botilbud. Muskelsvind og sklerose er derimod meget lidt udbredt i botilbud.

Figur 14

Andel af borgere i botilbud, som har udvalgte handicap, 2020



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt på et tidspunkt i løbet af deres liv (frem til 1/1 2020). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Antallet af borgere i botilbud, som har de udvalgte handicap, er generelt steget med 5-10 pct. siden 2015, jf. figur 15. Sklerose og muskelsvind er dog undtagelser, da antallet af beboere med sklerose er faldet med 10 pct., og antallet med muskelsvind er steget med knap 60 pct. I begge tilfælde er der dog tale om få borgere mindre/mere i 2020 sammenlignet med 2015 (15-50 personers forskel på landsplan).

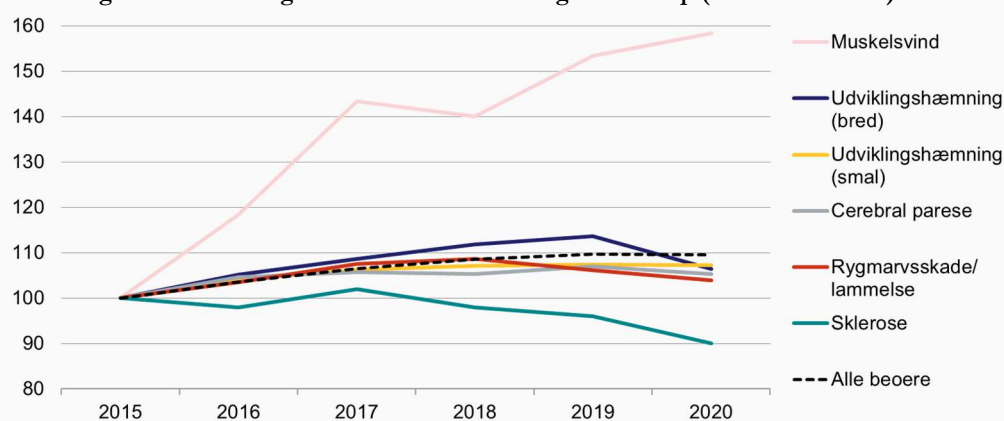
Ændringerne i antallet af beboere med handicap skal ses i lyset af den generelle stigning i antallet af beboere i botilbud (den stiplede kurve). Med undtagelse af

³ Opdelingen af diagnoser i hhv. handicap og psykiatriske diagnoser kan diskuteres. Autisme og ADHD ville fx også kunne placeres under handicap. Hvis man anvender et bredt handicapbegreb, ville stort set alle psykiatriske diagnoser dog kunne betragtes som handicap.

muskelsvind er alle de udvalgte handicap steget *mindre* i antal end antallet af beboere. Handicappene er således blevet mindre udbredt blandt beboere i botilbud, relativt set (se også [bilag 5](#)).

Figur 15

Udvikling i antallet af borgere i botilbud med udvalgte handicap (Indeks 2015=100)



Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. De samme personer kan optræde i flere handicap kategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

I den generelle befolkning (18+ årige) er det under 1 pct., som har hver af de udvalgte handicap. Forekomsten i den generelle befolkning har været stigende siden 2015 (se evt. [bilag 5](#)).

Forekomst af flere samtidige psykiatiske diagnoser blandt borgere i botilbud

Mange kommuner har en oplevelse af at antallet af borgere på botilbud som har meget komplekse udfordringer er stigende, og at det er medvirkende til at drive udgifterne op. Komplexitet kan bl.a. komme til udtryk i flere samtidige udfordringer/diagnoser. Dette og de følgende afsnit indeholder derfor en række opgørelser af antallet af modtagere af botilbud som har flere samtidige udfordringer/diagnoser.

Kompleksitetsbegrebet kan dog ikke fuldt ud beskrives via diagnoser, da hver diagnose indeholder en stor spændvidde i borgernes funktionsniveau. Derudover kan borgerne have udfordringer, som ikke afspejles i diagnoser herunder udadretterende eller dørsøgende adfærd

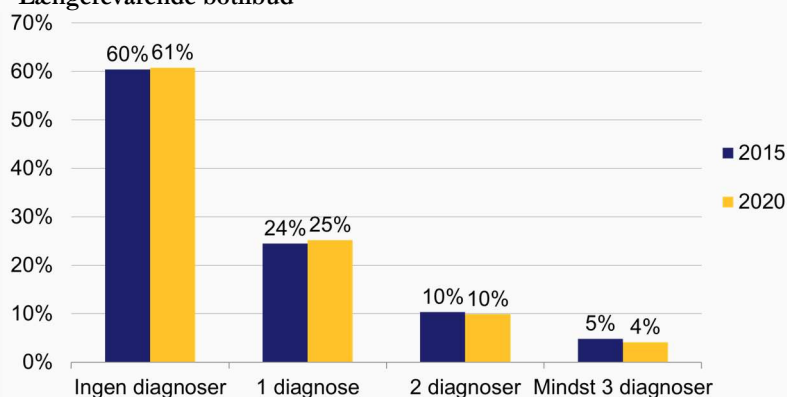
Mere end hver femte beboer i botilbud har mindst to af de 12 udvalgte psykiatiske diagnoser samtidigt (22 pct.), og hver tiende har mindst tre diagnoser (9 pct.). Det svarer til ca. 6.150 beboere på landsplan med mindst to diagnoser, hvoraf ca. 2.500 har mindst tre diagnoser.

Siden 2015 har andelen af beboere med flere diagnoser ligget stabilt på 21-22 pct. men det dækker over forskelligrettede tendenser i de to typer af botilbud jf. figur 16. På midlertidige botilbud er andelen af beboere med mindst to diagnoser steget en del fra 35 pct. i 2015 til 41 pct. i 2020, mens andelen nærmere er faldet lidt i de længerevarende botilbud.

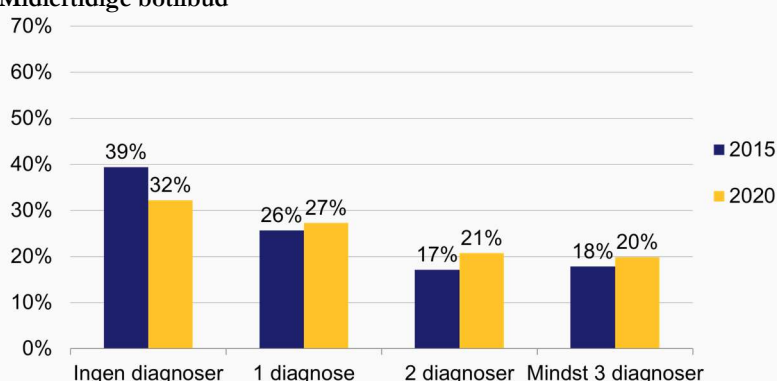
Figur 16

Andel af beboere i botilbud uden eller med én eller flere psykiatriske diagnoser, 2015 og 2020

Længerevarende botilbud



Midlertidige botilbud



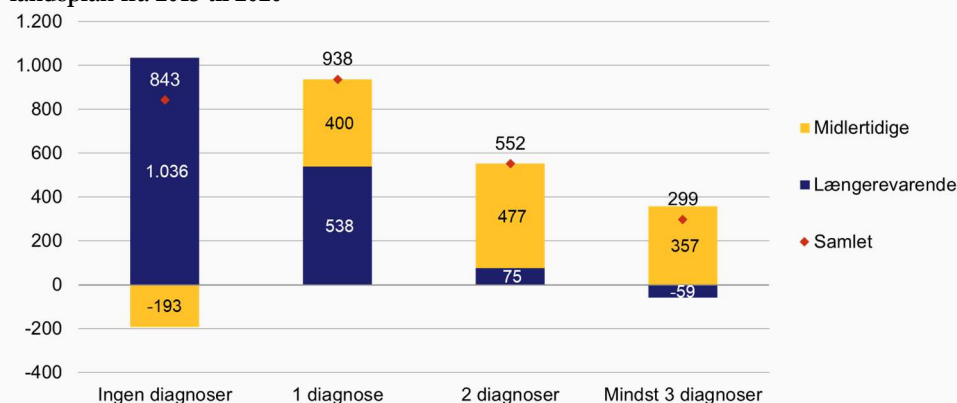
Note: Følgende 12 udvalgte psykiatriske diagnoser er medtaget: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, misbrugsrelaterede diagnoser, bipolar affektiv sindsslidelse, demens, spiseforstyrrelser og PTSD.

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

Siden 2015 har andelen af beboere med flere diagnoser ligget stabilt på 21-22 pct. men det dækker over forskelligrettede tendenser i de to typer af botilbud jf. figur 16. På midlertidige botilbud er andelen af beboere med mindst to diagnoser steget fra 35 pct. i 2015 til 41 pct. i 2020, mens andelen er faldet i de længerevarende botilbud. I absolutte antal er der kommet flere beboere både uden og med en eller flere psykiatriske diagnoser, jf. figur 17. Det hænger sammen med, at det samlede antal beboere er steget med omkring 11 pct. i perioden. Antallet af beboere uden psykiatriske diagnoser er steget med 6 pct. i perioden, antallet med én diagnose er steget med 15 pct., og antallet med mindst to psykiatriske diagnoser er steget med 16 pct. i perioden.

Figur 17

Ændring i antal beboere i botilbud uden eller med én eller flere psykiatriske diagnoser på landsplan fra 2015 til 2020



Note: Følgende 12 udvalgte psykiatriske diagnoser er medtaget: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, misbrugsrelaterede diagnoser, bipolar affektiv sindslidelse, demens, spiseforstyrrelser og PTSD.

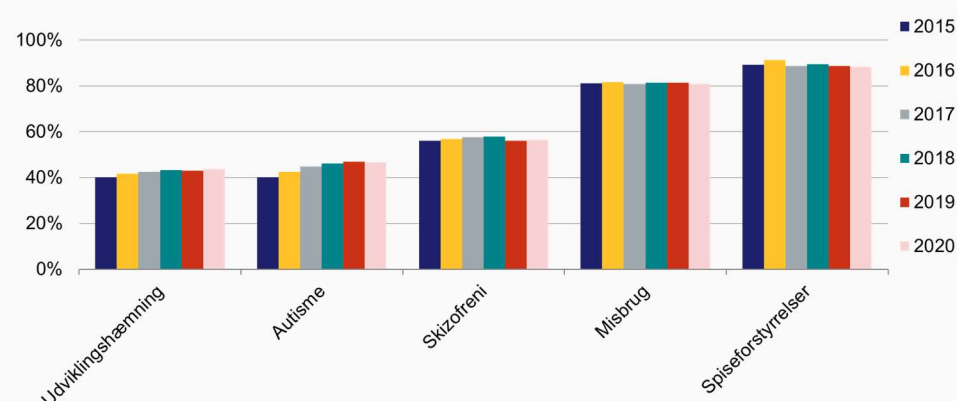
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med flere psykiatriske diagnoser dækker over meget forskelligartede borgerprofiler. Nogle kombinationer af psykiatriske diagnoser er mere hyppige end andre, og nogle er mere udfordrende for kommunerne at håndtere end andre.

I det følgende fokuseres enkeltvist på udvalgte psykiatriske diagnoser og handicap, som enten har et stort omfang, og/eller som kommunerne oplever store/stigende udfordringer med. Det drejer sig om borgere med hhv. udviklingshæmning, autisme, skizofreni, misbrugsrelaterede diagnoser og spiseforstyrrelser. I alle grupper er forekomsten af flere samtidige diagnoser/handicap (komorbiditeten) høj, jf. figur 18.

Figur 18

Andel af beboere botilbud med udvalgte psykiatriske diagnoser /handicap, som har mindst én anden psykiatrisk diagnose, 2015-2020



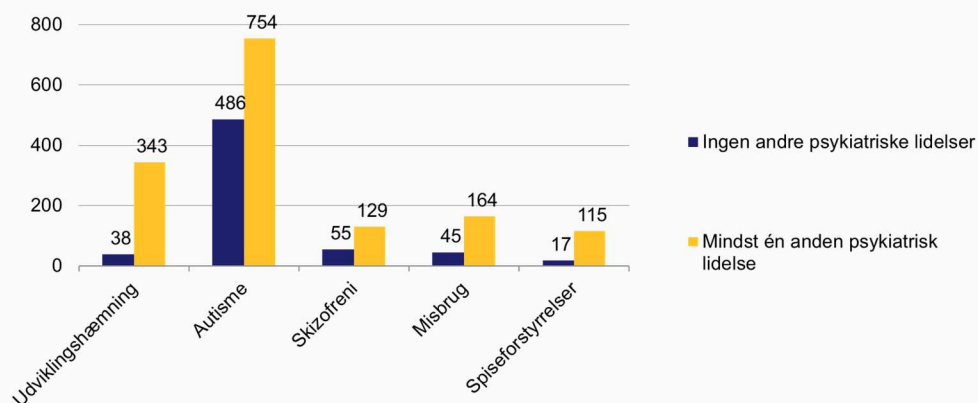
Note: Følgende 12 udvalgte psykiatriske diagnoser er medtaget: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, misbrugsrelaterede diagnoser, bipolar affektiv sindslidelse, demens, spiseforstyrrelser og PTSD. For kategorien "alle borgere i botilbud" vises andelen med mindst 2 af diagnoserne.

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

I absolutte tal er der sket størst stigning i antallet af beboere med flere samtidige diagnoser i gruppen af beboere med autisme, jf. figur 19. Der er ca. 750 flere beboere med autisme og mindst én anden diagnose i 2020 sammenlignet med 2015. Der er dog også sket en stor stigning i antallet af beboere med autisme uden andre diagnoser i perioden.

Figur 19

Absolut ændring i antal beboere i botilbud med udvalgte handicap eller psykiatriske diagnoser, som har andre psykiatriske diagnoser samtidig, 2015-2020 på landsplan



Note: Følgende 12 udvalgte psykiatriske diagnoser er medtaget: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, misbrugsrelaterede diagnoser, bipolar affektiv sindslidelse, demens, spiseforstyrrelser og PTSD.

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

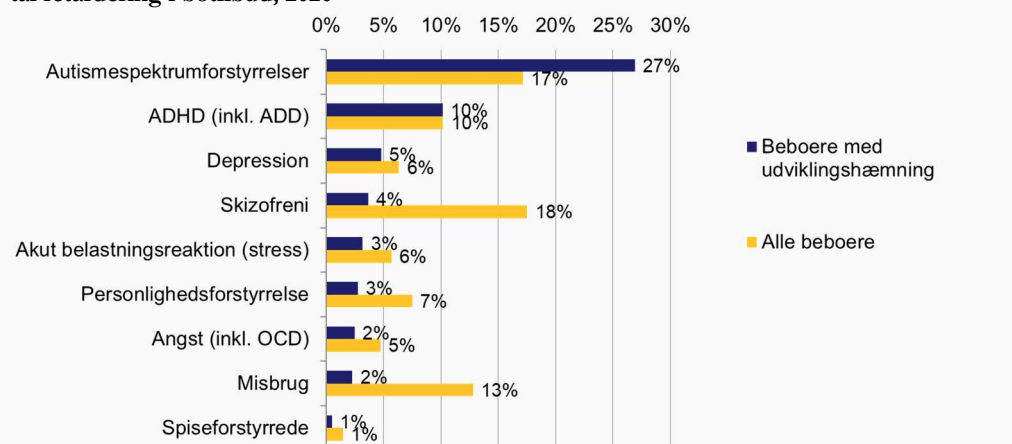
I de følgende afsnit undersøges det, *hvilke* andre specifikke psykiatriske diagnoser og handicap, som forekommer hyppigt samtidig med de pågældende diagnoser, og hvorledes udviklingen i disse kombinationer har været siden 2015.

Borgere med psykisk udviklingshæmning i botilbud

Blandt borgere i botilbud har hver fjerde psykisk udviklingshæmning/ mental retardering af moderat til svær grad (24 pct.). Blandt disse har mere end fire ud af ti også (andre) psykiatriske diagnoser⁴. Mere end hver fjerde har også autisme, og hver tiende har ADHD (jf. figur 20). Det svarer til hhv. ca. 1.350 med autisme og ca. 500 med ADHD på landsplan (der kan dog være overlap mellem de to). Forekomsten af de øvrige udvalgte psykiatriske diagnoser er derimod lavere blandt borgere med udviklingshæmning end blandt alle borgere i botilbud.

Figur 20

Forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere med psykisk udviklingshæmning/ mental retardering i botilbud, 2020



Note: Borgere med psykisk udviklingshæmning/mental retardering er borgere, der har fået registreret en diagnose med moderat til svær mental retardering/udviklingshæmning (smal definition) i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

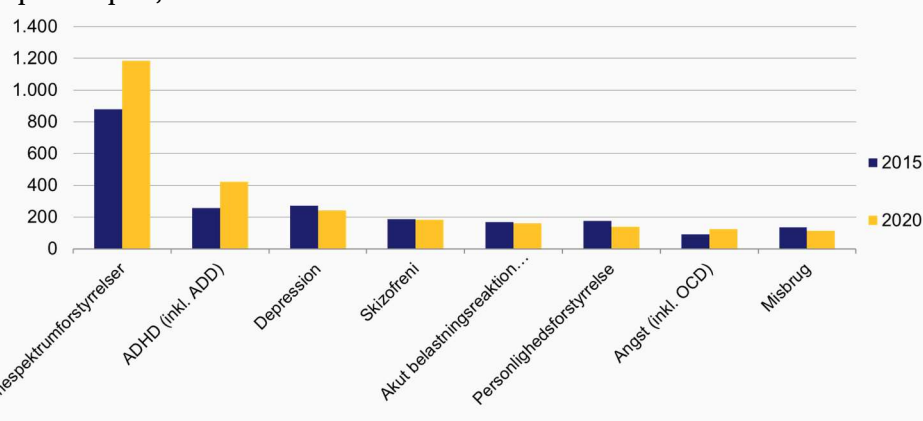
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Siden 2015 er andelen af borgere med udviklingshæmning i botilbud med psykiatriske diagnoser steget fra 40 pct. til 44 pct. Samlet set er der tale om en stigning på ca. 340 beboere med både udviklingshæmning og psykiatriske diagnoser på landsplan. Det er især antallet af beboere med udviklingshæmning og autisme eller ADHD, der er steget jf. figur 21. Antallet af beboere, som også har autisme er steget med 35 pct., og antallet som også har ADHD er steget med 65 pct. (svarende til stigninger på hhv. ca. 310 og 170 borgere på landsplan). *Andelen* af borgere med udviklingshæmning, som har autisme eller ADHD, er steget med 3-5 procentpoint (se også [bilag 6](#)). Stigningerne skal ses i lyset af, at forekomsten af netop autisme og ADHD generelt er steget i perioden. De fleste øvrige psykiatriske diagnoser blandt borgere med udviklingshæmning er derimod blevet lidt mindre udbredte, især depression og personlighedsforstyrrelser.

⁴ Mindst én ud af følgende 12 udvalgte psykiatriske lidelser: Autisme, ADHD, depression, skizofreni, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrug, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindsslidelse, demens eller PTSD.

Figur 21

Udvikling i antal borgere i botilbud med udviklingshæmning og udvalgte psykiatriske diagnoser på landsplan, 2015-2020



Note: Borgere med psykisk udviklingshæmning/mental retardering er borgere, der har fået registreret en diagnose med moderat til svær mental retardering/udviklingshæmning (smal definition) i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. yderligere komorbiditet. Ændringen i de absolutte antal skal ses i sammenhæng med den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud. En stigning i antal vil således ikke nødvendigvis også korrespondere med en stigning i andelen med den pågældende kombination. Se også [bilag 6](#).

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

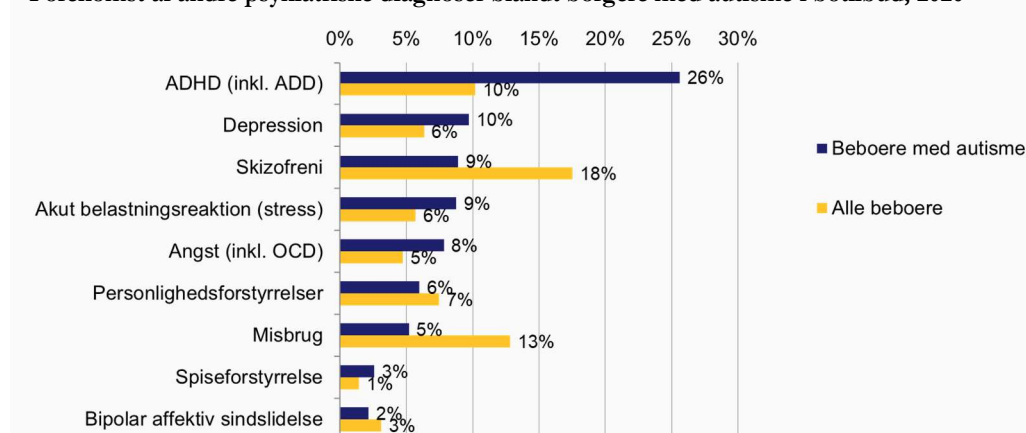
I alt 13 pct. af beboere med psykisk udviklingshæmning har også cerebral parese mod 9 pct. blandt alle beboere i botilbud. Forekomsten af cerebral parese er faldet med omkring 1 procentpoint siden 2015 (ca. 30 borgere på landsplan). De øvrige handicap kan ikke opgøres på grund af for lille datagrundlag.

Borgere med autisme i botilbud

Blandt borgere i botilbud har knap hver femte autismespektrumforstyrrelser (18 pct.). Det svarer til ca. 5.050 beboere i botilbud med autisme på landsplan. Blandt disse har knap halvdelen også andre psykiatriske diagnoser⁵. Særligt ADHD er udbredt. Hver fjerde beboer med autisme har også ADHD, svarende til ca. 1.000 beboere på landsplan (jf. figur 22). Det er to til tre gange så høj en andel som blandt beboere i botilbud generelt. Forekomsten af skizofreni og misbrugsrelaterede diagnoser er derimod kun halvt så udbredt blandt beboere med autisme som blandt beboere i botilbud generelt.

Figur 22

Forekomst af andre psykiatriske diagnoser blandt borgere med autisme i botilbud, 2020



Note: Borgere med autisme er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

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

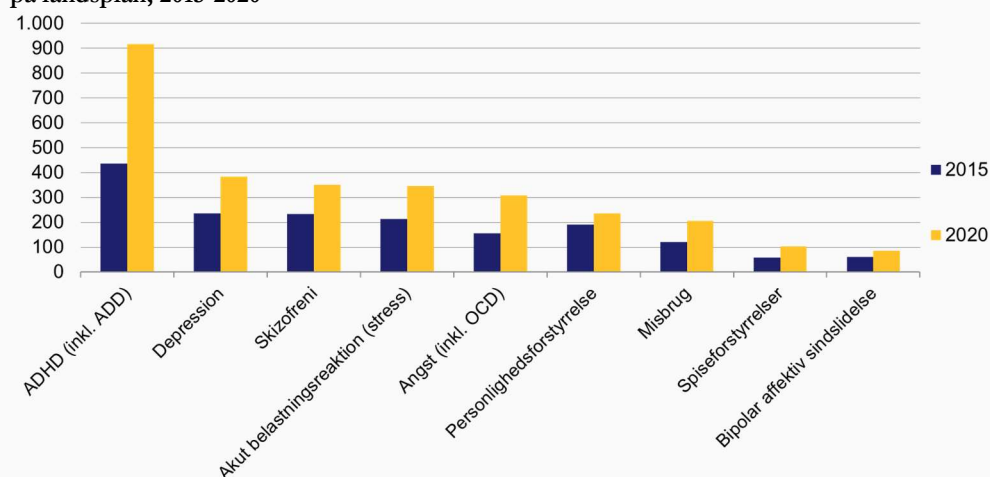
Siden 2015 er andelen af beboere med autisme, som også har andre psykiatriske diagnoser steget fra 40 pct. til 47 pct. Samlet set er der tale om en stigning på ca. 750 beboere med både autisme og andre psykiatriske diagnoser på landsplan (69 pct. stigning i antallet). Der er sket en stigning i antallet af beboere med autisme og hver af de øvrige udvalgte diagnoser, jf. figur 23. Stigningen er størst hvad angår kombinationen af autisme og ADHD, hvor antallet er mere end fordoblet (stigning på ca. 480 borgere). Stigningerne skal ses i lyset af dels den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud, men især at antallet af borgere med autisme er steget, i botilbud og generelt i befolkningen. Andelen af beboere med autisme, som også har ADHD, er dog også steget (se evt. [bilag 6](#)).

Resultatet vedr. personlighedsforstyrrelser skal ses i samme lys. Selvom antallet af beboere med autisme og personlighedsforstyrrelser er steget jf. figur 30, er *andelen* af beboere med autisme, som også har personlighedsforstyrrelser, dog faldet lidt på grund af den generelle stigning i antallet af beboere med autisme (se evt. [bilag 6](#)).

⁵ Mindst én ud af følgende 11 udvalgte psykiatriske lidelser: ADHD, depression, skizofreni, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrug, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens eller PTSD.

Figur 23

Udvikling i antal borgere i botilbud med autisme og udvalgte andre psykiatiske diagnoser på landsplan, 2015-2020



Note: Borgere med autisme er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatiske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. yderligere komorbiditet. Ændringen i de absolutte antal skal ses i sammenhæng med den store stigning i antallet af beboere med autisme i sig selv. En stigning i antal vil således ikke nødvendigvis også korrespondere med en stigning i andelen med den pågældende kombination. Se også [bilag 6](#).
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

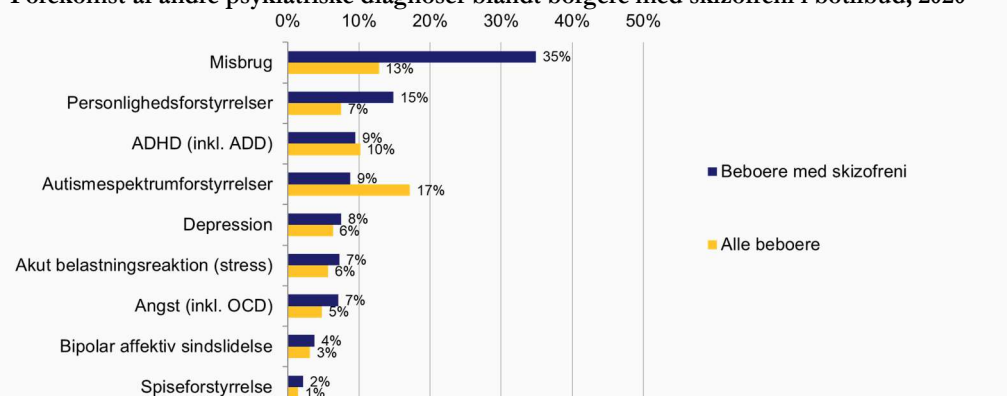
Hver tredje beboer med autisme (34 pct.) har også psykisk udviklingshæmning/mental retardering af moderat til svær grad. Det svarer til ca. 1.350 beboere på landsplan. Antallet af beboere med udviklingshæmning og autisme er steget med ca. 310 personer siden 2015. Dog er *andelen* af borgere med autisme, som også har udviklingshæmning, faldet med to procentpoint.

Borgere med skizofreni i botilbud

Blandt borgere i botilbud har hver mere end hver sjette skizofreni (17 pct.). Det svarer til ca. 4.800 beboere i botilbud med skizofreni på landsplan. Mere end halvdelen af disse har også andre psykiatriske diagnoser (57 pct.)⁶. Særligt misbrugsrelaterede diagnoser er udbredt. Mere end hver tredje borger med skizofreni i botilbud – svarende til ca. 1.700 beboere på landsplan – har også haft en misbrugsrelateret hospitalskontakt seneste 5 år (alkohol eller stoffer). Det er en langt højere andel end blandt borgere i botilbud generelt jf. figur 24. Forekomsten af personlighedsforstyrrelser er også højere blandt beboere med skizofreni (15 pct. vs. 7 pct.), mens forekomsten af autisme er lavere (9 pct. vs. 17 pct.).

Figur 24

Forekomst af andre psykiatriske diagnoser blandt borgere med skizofreni i botilbud, 2020



Note: Borgere med skizofreni er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år (remission frasorteret). For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for alle psykiatriske diagnoser se [bilag 3](#). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

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

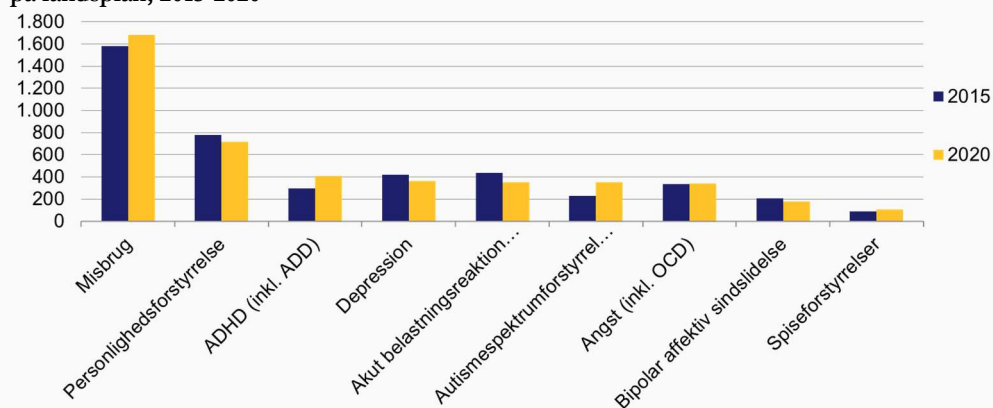
Samlet set har andelen af borgere med skizofreni i botilbud, som også har andre psykiatriske diagnoser ikke ændret sig siden 2015 (57 pct.). På trods af det er *antallet* af beboere med både skizofreni og andre psykiatriske diagnoser steget med omkring 130 personer på landsplan. Det skyldes den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud (ikke stigning i andelen af beboere med skizofreni).

Der er samtidig sket lidt forskydninger i forekomsten af de enkelte diagnosekombinationer. Der er sket en stigning i antallet af beboere med skizofreni og hhv. misbrugsrelaterede diagnoser, ADHD og autisme, mens der er sket fald i antallet af borgere med skizofreni og hhv. personlighedsforstyrrelser, belastningsreaktioner og depression, jf. figur 25. Antallet af borgere i hver af disse kombinationer har ændret sig med omkring 60-120 personer på landsplan i perioden. For opgørelse af udvikling i *andelen* af beboere med skizofreni, som har de forskellige diagnoser, se også [bilag 6](#).

⁶ Mindst én ud af følgende 11 udvalgte psykiatriske lidelser: Autism, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrug, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens eller PTSD.

Figur 25

Udvikling i antal borgere i botilbud med skizofreni og udvalgte andre psykiatriske diagnoser på landsplan, 2015-2020



Note: Borgere med skizofreni er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. yderligere komorbiditet. Ændringen i de absolutte antal skal ses i sammenhæng med den generelle stigning i antallet af beboere. En stigning i antal vil således ikke nødvendigvis også korrespondere med en stigning i *andelen* med den pågældende kombination. Se også [bilag 6](#).

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

Hver 20. beboer med skizofreni (5 pct.) har også psykisk udviklingshæmning/mental retardering af moderat til svær grad, svarende til ca. 240 personer på landsplan. Det er en langt mindre andel end blandt botilbudsbeboere generelt, hvor det gælder hver fjerde (24 pct.). Forekomsten af udviklingshæmning blandt borgere med skizofreni har ikke ændret sig siden 2015.

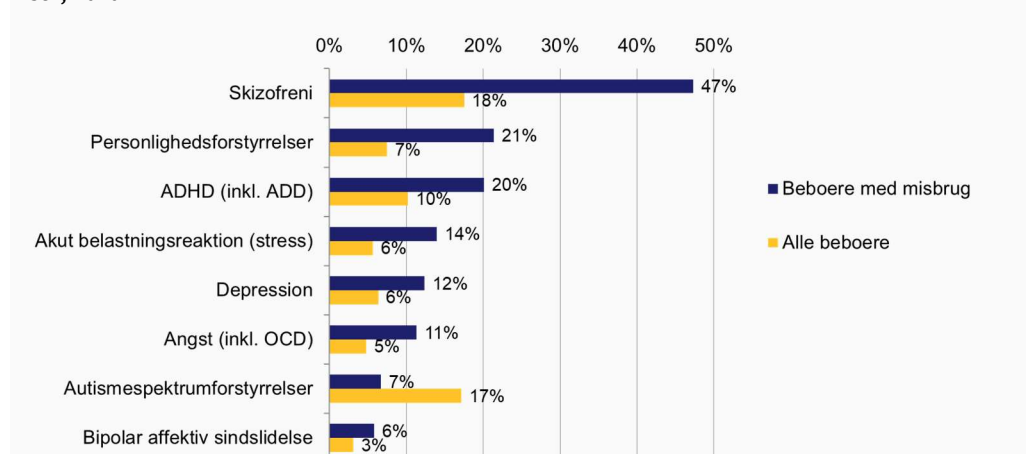
Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser i botilbud

Blandt borgere i botilbud har hver ottende (13 pct.) fået registreret en misbrugsrelateret diagnose i løbet af de seneste 5 år. Det svarer til ca. 3.550 borgere i botilbud med misbrugsrelaterede diagnoser på landsplan. Forekomsten af andre psykiatriske diagnoser er langt højere blandt beboere med misbrugsrelaterede diagnoser sammenlignet med andre beboere. Samlet set har fire ud af fem borgere med misbrugsrelaterede diagnoser i botilbud også andre psykiatriske diagnoser (81 pct.), og mere end hver tredje har mindst to andre psykiatriske diagnoser ud over misbruket (37 pct.).⁷ Det svarer til, at ca. 2.900 beboere på landsplan har både misbrugsrelaterede diagnoser og mindst én anden psykiatriske diagnose, mens ca. 1.350 af disse har mindst to andre diagnoser.

Blandt beboere med misbrugsrelaterede diagnoser har næsten halvdelen skizofreni, svarende til ca. 1.700 beboere på landsplan. Derudover har hver femte personlighedsforstyrrelser, og hver femte har ADHD (der er overlap mellem kombinationerne). Også emotionelle lidelser som angst, depression og stress er mere udbredt blandt beboere med misbrugsrelaterede diagnoser, jf. figur 26.

Figur 26

Forekomst af andre psykiatriske diagnoser blandt beboere med misbrugsrelaterede diagnoser, 2020



Note: Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser er personer, der har fået registreret misbrugsrelaterede diagnoser (alkohol eller stoffer) i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for alle psykiatriske diagnoser se [bilag 3](#). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

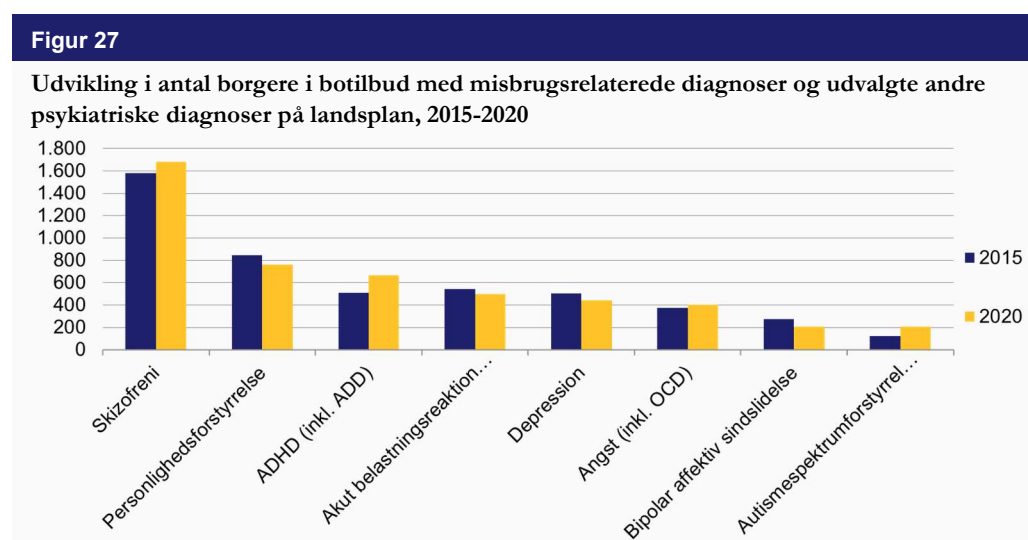
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Autisme er derimod en undtagelse. Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser har en lavere forekomst af autisme end botilbudsbeboere generelt. Det samme gælder psykisk udviklingshæmning/ mental retardering af moderat til svær grad, som kun 4 pct. af beboerne med misbrugsrelaterede diagnoser har mod 24 pct. af alle beboere i botilbud.

⁷ Mindst én ud af følgende 11 udvalgte psykiatriske lidelser: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens eller PTSD.

Samlet set har andelen af borgere med misbrugsrelaterede diagnoser i botilbud, som også har andre psykiatriske diagnoser ikke ændret sig siden 2015 (81 pct.). På trods af det er *antallet* af beboere med både misbrugsrelaterede diagnoser og andre psykiatriske diagnoser steget med omkring 160 personer på landsplan. Det skyldes den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud (ikke stigning i andelen af beboere med misbrugsrelaterede diagnoser).

Der er samtidig sket lidt forskydninger i forekomsten af de enkelte diagnosekombinationer. Der er sket en stigning i antallet af beboere med misbrugsrelaterede diagnoser og hhv. ADHD, skizofreni og autisme, mens der er sket fald i antallet af beboere, som også har personlighedsforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse og depression, jf. figur 27. Antallet af borgere i hver af disse kombinationer har ændret sig med mellem 50 og 160 personer på landsplan i perioden. For opgørelse af udvikling i *andelen* af beboere med skizofreni, som har de forskellige diagnoser, se også [bilag 6](#).



Note: Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. yderligere komorbiditet. Ændringen i de absolutte antal skal ses i sammenhæng med den generelle stigning i antallet af beboere. En stigning i antal vil således ikke nødvendigvis også korrespondere med en stigning i *andelen* med den pågældende kombination. Se også [bilag 6](#).

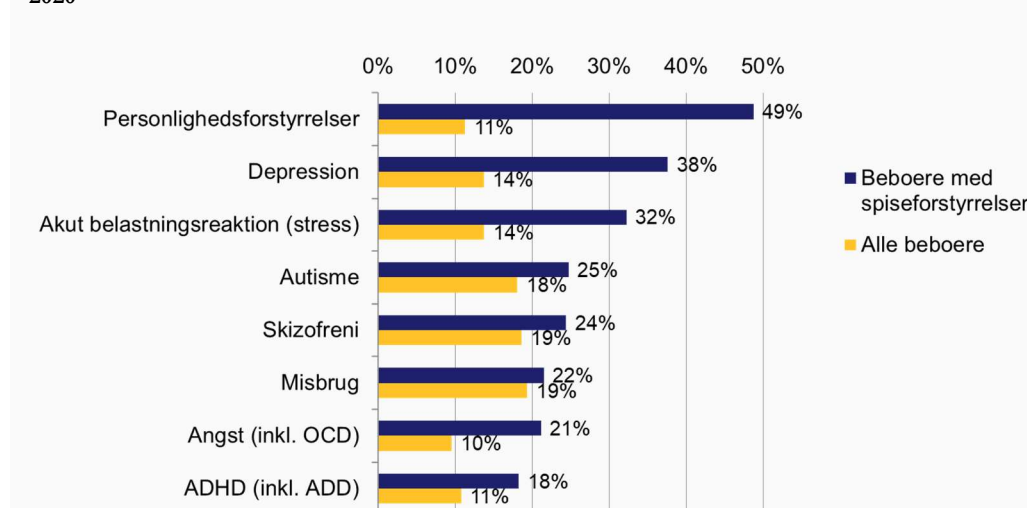
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med spiseforstyrrelser i botilbud

Spiseforstyrrelser er sjældne blandt borgere i botilbud, men de som har en spiseforstyrrelse, er massivt udfordret af andre psykiatriske diagnoser samtidig. Kun 1 pct. af borgere i botilbud (ca. 430 personer på landsplan) har fået registreret en spiseforstyrrelse i løbet af de seneste 5 år. Men blandt dem har ni ud af ti også andre psykiatriske diagnoser, og hver anden har mindst tre andre diagnoser⁸. De hyppigste er personlighedsforstyrrelser, depression og akutte belastningsreaktioner. Halvdelen af borgere med spiseforstyrrelser i botilbud har også en personlighedsforstyrrelse, mere end en tredjedel har (haft) en depression i løbet af de seneste 5 år, og en tredjedel har haft en akut belastningsreaktion (stress), jf. figur 28. Psykisk udviklingshæmning/ mental retardering er derimod langt mindre udbredt blandt borgere med spiseforstyrrelser (6 pct.) end blandt beboere i botilbud generelt (24 pct.).

Figur 28

Forekomst af andre psykiatriske diagnoser blandt borgere med spiseforstyrrelser i botilbud, 2020



Note: Borgere med spiseforstyrrelser er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for alle psykiatriske diagnoser se bilag 3. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet.

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

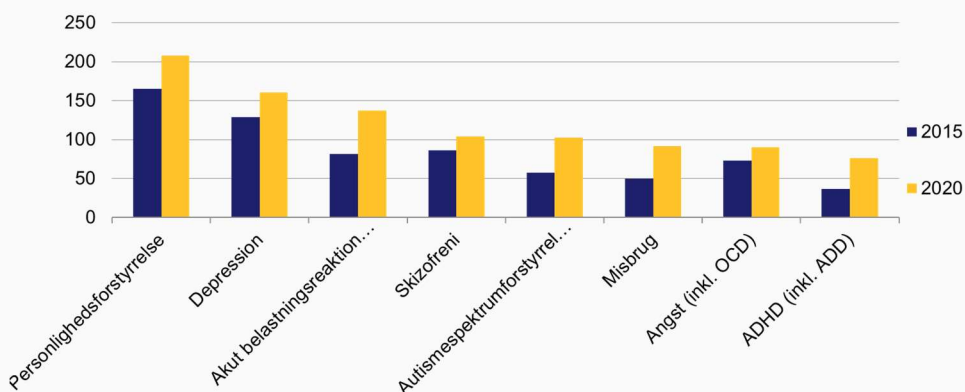
Samlet set har andelen af borgere med spiseforstyrrelser i botilbud, som også har andre psykiatriske diagnoser ikke ændret sig siden 2015 (89 pct.). På trods af det er *antallet* af beboere med både spiseforstyrrelser og andre psykiatriske diagnoser steget med omkring 110 personer på landsplan. Det skyldes både den generelle stigning i antallet af borgere i botilbud, men især en stigning andelen af beboere med spiseforstyrrelser. Der er sket stigninger i antallet af borgere med spiseforstyrrelser med alle de udvalgte kombinationer af psykiatriske diagnoser jf. figur 29. Stigningerne ligger på mellem 20 og 60 personer på landsplan. Hvis man tager højde for stigningen i det samlede antal af beboere med spiseforstyrrelser, ser man dog, at

⁸ Mindst én ud af følgende 11 udvalgte psykiatriske lidelser: Autisme, ADHD, depression, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, misbrug, bipolar affektiv sindslidelse, demens eller PTSD.

forekomsten af flere af diagnoserne i denne målgruppe, relativt set, er faldet i perioden, særligt personlighedsforstyrrelser, angst, skizofreni og depression, jf. [bilag 6](#).

Figur 29

Udvikling i antal borgere i botilbud med spiseforstyrrelser og udvalgte andre psykiatriske diagnoser på landsplan, 2015-2020



Note: Borgere med spiseforstyrrelser er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. yderligere komorbiditet. Ændringen i de absolutte antal skal ses i sammenhæng med den generelle stigning i antallet af beboere. En stigning i antal vil således ikke nødvendigvis også korrespondere med en stigning i *andelen* med den pågældende kombination. Se også [bilag 6](#).

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

Der er i alle tilfælde tale om relativt få borgere med de forskellige kombinationer af diagnoser, hvorfor opgørelsen svinger noget fra år til år. Udviklingen i denne målgruppe skal derfor tolkes med forbehold.

Nyindflyttede borgere i botilbud

Ændringer i målgruppen for botilbud vil slå tydeligere/hurtigere igennem blandt nyindflyttede beboere end blandt den samlede population af modtagere. Dette afsnit fokuserer der derfor på gruppen af nyindflyttede beboere (kaldet nye beboere).

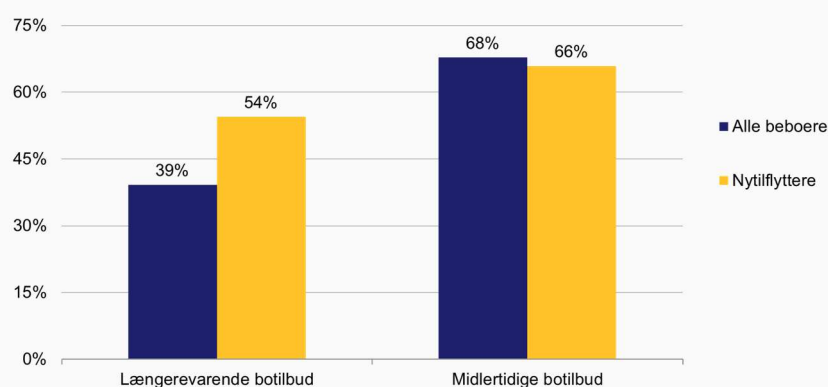
Selvom det kun er 30 pct. af alle beboere i botilbud, der bor i midlertidige botilbud, udgør beboere i midlertidige botilbud næsten to tredjedele af *alle nye beboere* i botilbud. Det skyldes, at udskiftningen i de midlertidige botilbud er størst. I det følgende skelnes derfor mellem nye beboere i hhv. midlertidige og længerevarende botilbud.

Blandt nye beboere i længerevarende botilbud er forekomsten af psykiatiske diagnoser højere end blandt *alle* borgere i længerevarende botilbud. Samlet set har 54 pct. af nye beboere i længerevarende botilbud mindst én af de 12 udvalgte psykiatiske diagnoser mod 39 pct. blandt alle borgere i længerevarende botilbud, jf. figur 30. Andelen af nye beboere i længerevarende botilbud med de udvalgte psykiatiske diagnoser er desuden steget siden 2016 (48 pct.).

I midlertidige botilbud er der derimod stort set ikke forskel på forekomsten af psykiatiske diagnoser blandt hhv. nye beboere og alle beboere (66 vs. 68 pct.). Andelen blandt nye beboere har desuden ikke ændret sig siden 2016.

Figur 30

Andel med mindst én ud af 12 udvalgte psykiatiske diagnoser blandt nye beboere i hhv. midlertidige og længerevarende botilbud, 2020

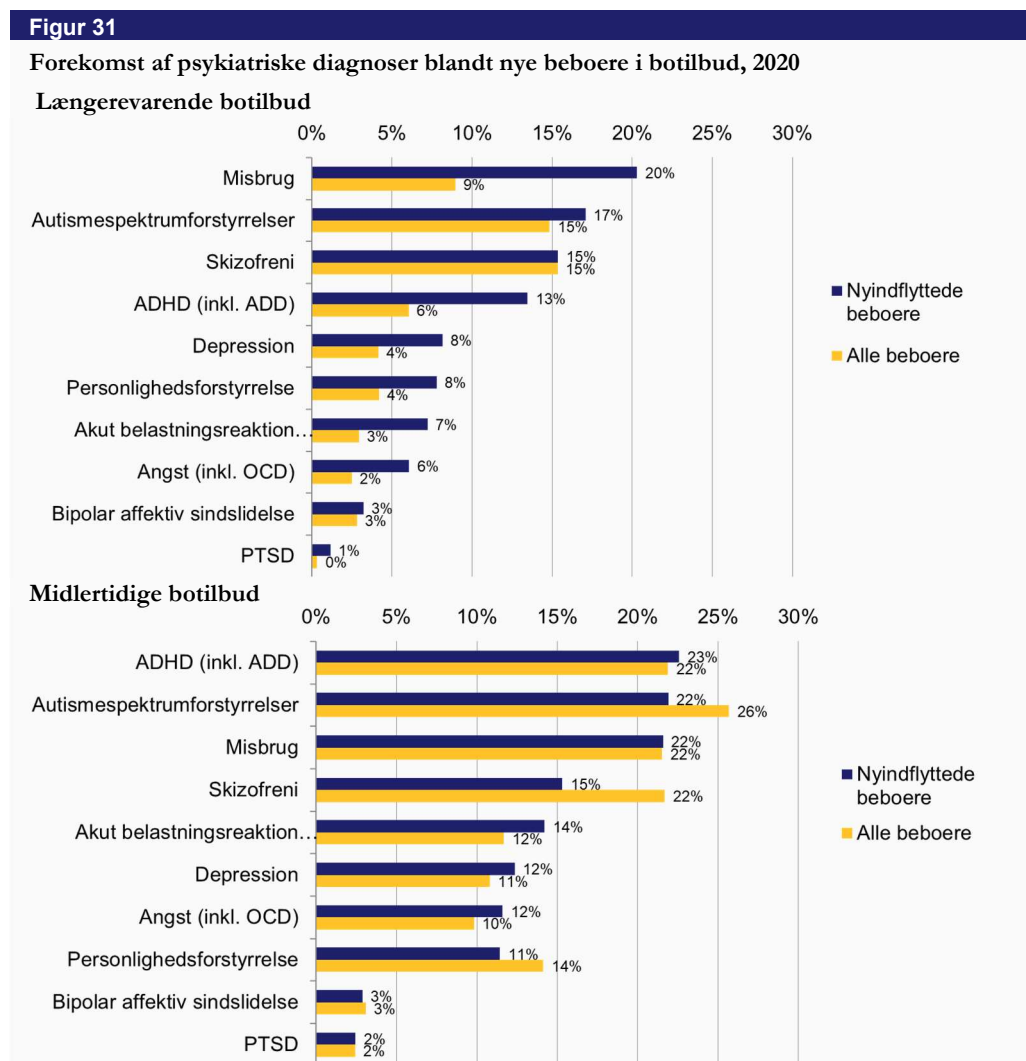


Note: Nyindflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2020, og som ikke boede i botilbud året før. Note: Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret mindst én af de 12 udvalgte psykiatiske diagnoser: Autisme, ADHD, depression, skizofreni, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrugsrelaterede diagnoser, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens og PTSD. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Den øgede forekomst af psykiatiske diagnoser blandt nye beboere i de længerevarende botilbud ses på tværs af mange diagnoser jf. figur 31. Overhyppigheden blandt nye beboere er dog tydeligst hvad angår misbrugsrelaterede diagnoser og ADHD. Siden 2016 er forekomsten af især ADHD og misbrugsrelaterede diagnoser blandt nye beboere i længerevarende botilbud desuden steget markant.

Skizofreni er den eneste diagnose, som er lige udbredt blandt nye beboere som blandt øvrige beboere i længerevarende botilbud.



Note: Nyindflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2020, og som ikke boede i botilbud året før. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved at personen har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år, 10 år eller hele livet. De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

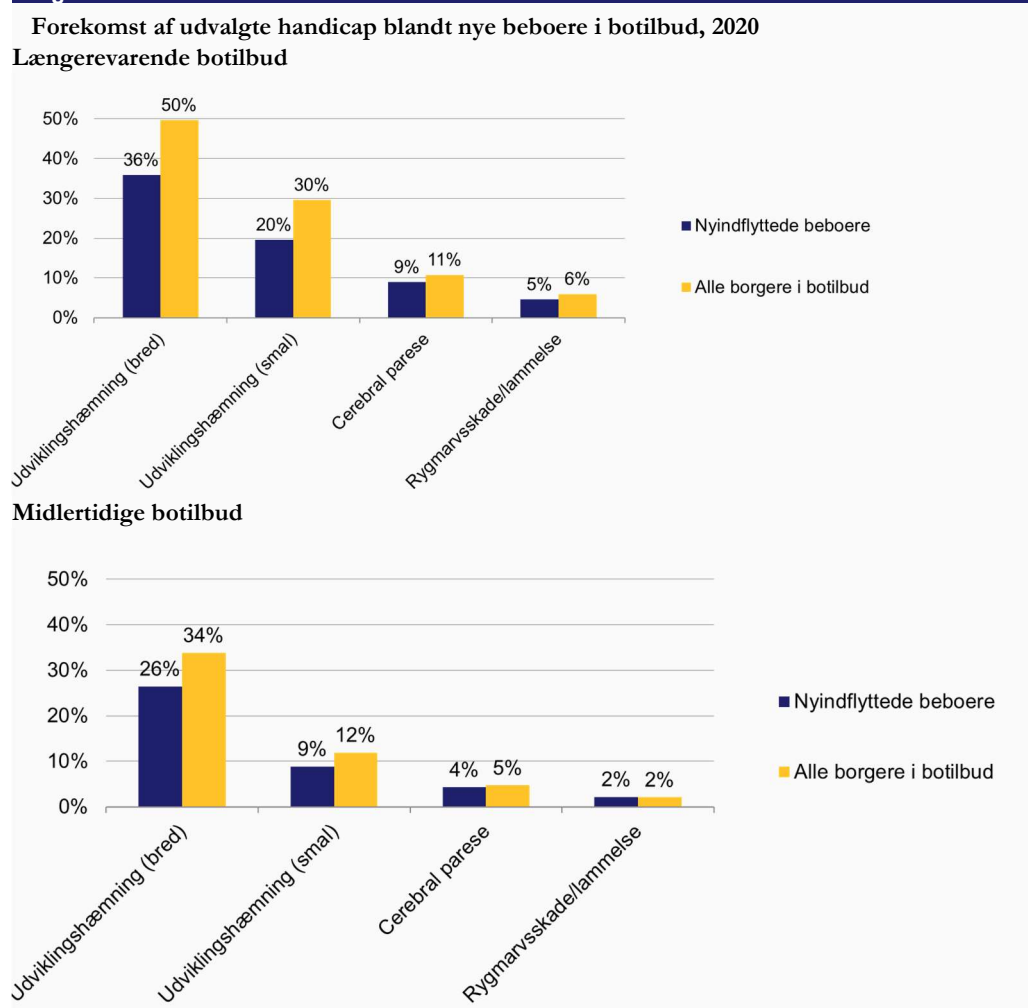
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

I midlertidige botilbud, hvor den samlede forekomst af psykiatriske diagnoser er den samme blandt nye beboere og øvrige beboere, er der dog også nogle forskelle i forekomsten af de *enkelte* diagnoser. Skizofreni og autisme er eksempelvis mindre udbredt blandt nye beboere, mens de emotionelle lidelser (angst, depression og belastningsreaktioner) er lidt mere udbredt blandt nye beboere, jf. figur 31. Siden 2016 er der sket en stigning i især forekomsten af autisme og ADHD blandt nye beboere i midlertidige botilbud, mens der er sket et fald i forekomsten af især personlighedsforstyrrelser, skizofreni og misbrugsrelaterede diagnoser.

Handicap er mindre udbredte blandt nye beboere i botilbud end blandt øvrige beboere, jf. figur 32. Det gælder både på længerevarende og midlertidige botilbud.

Forekomsten af udviklingshæmning er omkring 30 pct. mindre udbredt blandt nye beboere end alle beboere i botilbud.

Figur 32



Note: Nyindflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2020, og som ikke boede i botilbud året før. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Handicap er afgrænset ved at personen har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt på et tidspunkt i løbet af deres liv (frem til 1/1 2020). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Fraflyttere fra botilbud

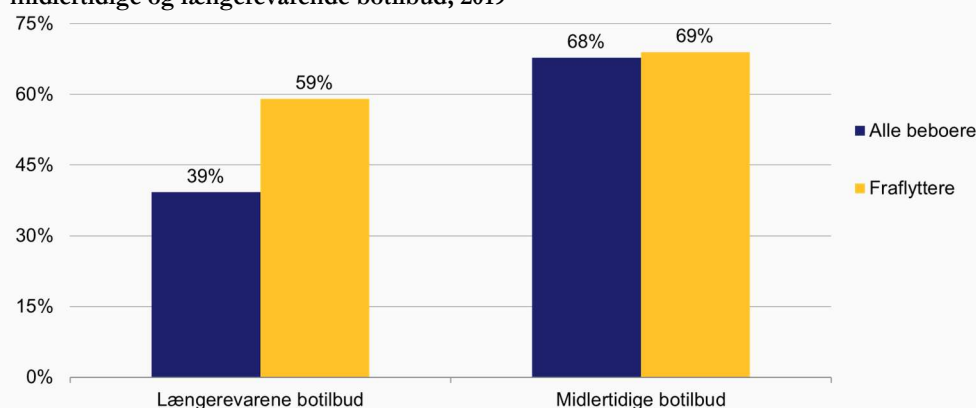
Hvert år er der ca. 2.700 borgere, som flytter fra et botilbud (uden at flytte ind i et andet botilbud). Hver fjerde af disse fraflytter pga. død (halvdelen blandt fraflyttere i længerevarende botilbud). I det følgende fokuseres på fraflyttere fra botilbud, som *ikke* dør i løbet af fraflytningsåret (kaldes blot fraflyttere). To tredjedele af fraflytterne flytter fra midlertidige botilbud, og en tredjedel flytter fra længerevarende botilbud.

Blandt fraflyttere fra længerevarende botilbud er forekomsten af psykiatiske diagnoser højere end blandt *alle* borgere i længerevarende botilbud. Samlet set har 59 pct. af fraflytterne i længerevarende botilbud mindst én af de 12 udvalgte psykiatiske diagnoser mod 39 pct. blandt alle borgere i længerevarende botilbud, jf. figur 33.

I midlertidige botilbud er der derimod stort set ikke forskel på forekomsten af psykiatiske diagnoser blandt hhv. fraflyttere og alle beboere (69 vs. 68 pct.). Fraflytterne ”ligner” således i høj grad de nye beboere jf. forrige afsnit. På midlertidige botilbud er der tilsyneladende ikke nogen særlig forskel på forekomsten af psykiatiske diagnoser blandt hhv. nye beboere, fraflyttere og de øvrige beboere, mens både nye beboere og fraflyttere på længerevarende botilbud i højere grad har psykiatiske diagnoser, end de øvrige beboere. Det kunne tyde på, at nye beboere og fraflyttere på langvarige botilbud, i højere grad ”ligner” borgere på midlertidige botilbud, end de mere ”stationære” beboere i langvarige botilbud.

Figur 33

Andel med mindst én ud af 12 udvalgte psykiatiske diagnoser blandt fraflyttere fra hhv. midlertidige og længerevarende botilbud, 2019



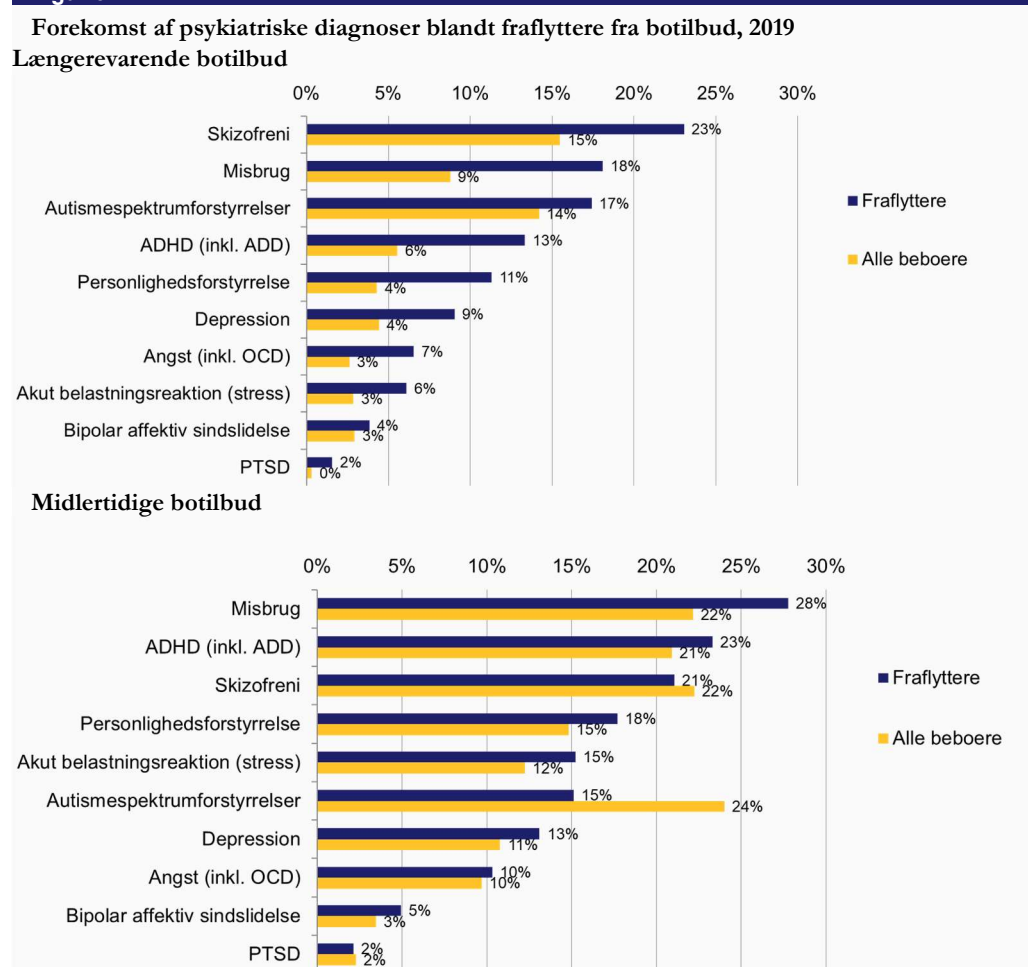
Note: Fraflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2019, og som ikke boede i botilbud året efter, og som ikke dør i løbet af 2019. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Omfatter alle borgere i botilbud, som har fået registreret mindst én af de 12 udvalgte psykiatiske diagnoser: Autisme, ADHD, depression, skizofreni, akut belastningsreaktion, angst, personlighedsforstyrrelser, misbrugsrelaterede diagnoser, spiseforstyrrelser, bipolar affektiv sindslidelse, demens og PTSD. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Den øgede forekomst af psykiatiske diagnoser blandt fraflyttere i de længerevarende botilbud ses på tværs af mange diagnoser, dog mest markant hvad angår misbrugsrelaterede diagnoser, jf. figur 34. I midlertidige botilbud, hvor den sam-

lede forekomst af psykiatriske diagnoser er den samme blandt fraflytterne og øvrige beboere, er der dog nogle forskelle i forekomsten af de *enkelte* diagnoser. Autisme er eksempelvis langt mindre udbredt blandt fraflytterne, mens misbrugsrelaterede diagnoser er mere udbredt blandt fraflytterne, jf. figur 34. Det tyder på at der er meget udskiftning i beboere med misbrugsrelaterede diagnoser i midlertidige botilbud, mens beboere med autisme gennemsnitligt set bor længere tid i botilbuddet.

Figur 34



Note: Fraflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2019, og som ikke boede i botilbud året efter, og som ikke dør i løbet af 2019. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved at personen har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år, 10 år eller hele livet. De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

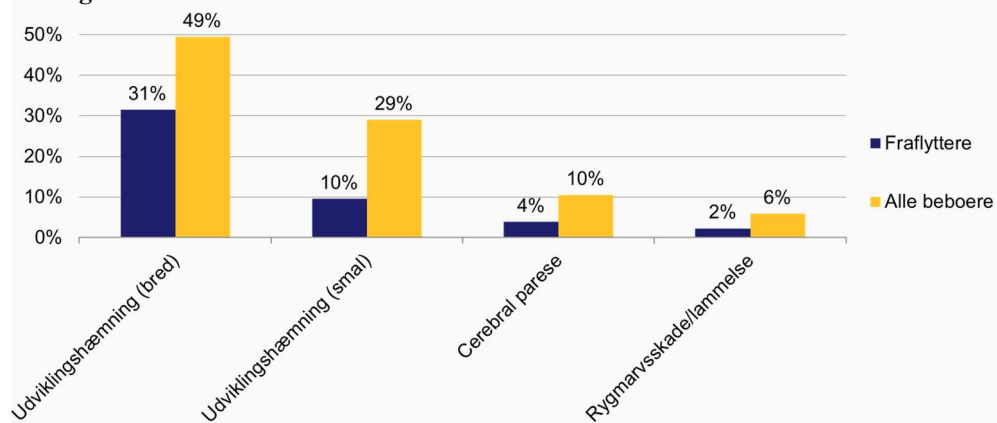
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Handicap er mindre udbredt blandt fraflyttere end blandt øvrige beboere, både i midlertidige og længerevarende botilbud, jf. figur 35. Eksempelvis har kun hver tiende fraflytter fra langvarige botilbud moderat til svær, mens det gælder næsten hver tredje af alle beboere i langvarige botilbud.

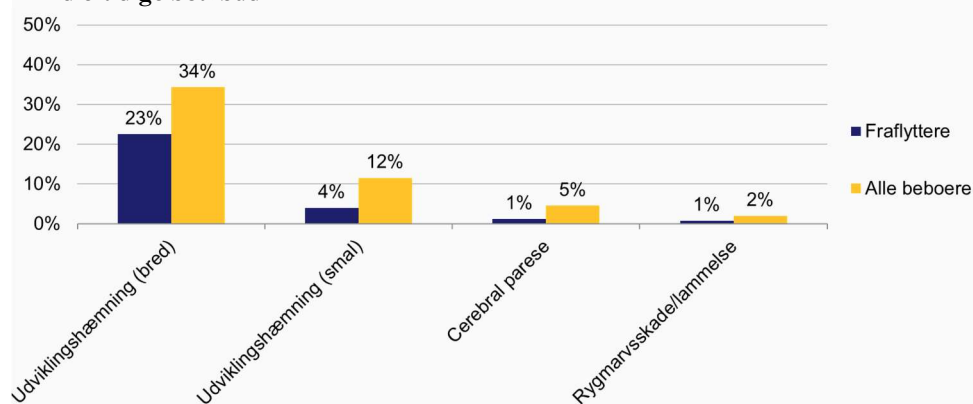
Figur 35

Forekomst af udvalgte handicap blandt fraflyttere, 2019

Længerevarende botilbud



Midlertidige botilbud



Note: Fraflyttede borgere i botilbud defineres som borgere der bor i botilbud i løbet af 2019, og som ikke boede i botilbud året efter, og som ikke dør i løbet af 2019. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Handicap er afgrænset ved at personen har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt på et tidspunkt i løbet af deres liv (frem til 1/1 2020). De samme borgere kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Voldsdomme, foranstaltningsdomme og afsoning blandt borgere i botilbud

Kommunerne oplever i stigende omfang problemer med udadreagerende borgere i botilbud ([VIVE, 2022](#)). Da der ikke findes dækkende data vedr. ”udadreagerende adfærd”, undersøges i dette afsnit omfanget af voldsdomme blandt beboere i botilbud, hvilket naturligvis kun afslører ”toppen af isbjerget”.

Blandt borgere i botilbud får 1-2 pct. en voldsdom i løbet af et år (samme år), mens knap 1 pct. får en foranstaltningsdom jf. figur 36. Omkring tre ud af fire foranstaltningsdomme skyldes en voldsforbrydelse (voldsdom).

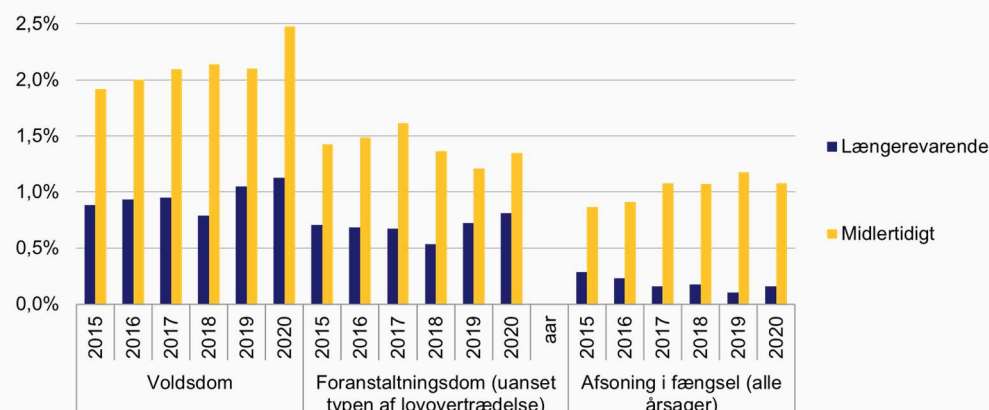
Omkring en halv procent af borgere i botilbud har afsonet en straf i fængsel i løbet af samme eller forrige år (alle typer af lovovertrædelse). Der er stort set ikke overlap mellem borgere i botilbud, som har hhv. en foranstaltningsdom, og dem, som har afsonet i fængsel. Under hver tiende med en voldsdom har afsonet i fængsel i løbet af samme eller forrige år.

Andelen med domme og afsoning er højere blandt borgere i midlertidige botilbud sammenlignet med borgere i længerevarende botilbud.

Der er sket en stigning i andelen af borgere i botilbud, som har fået en voldsdom. Særligt fra 2019 til 2020 sås en markant stigning. Vær dog opmærksom på, at der er tale om relativt få personer i alt (3-400 på landsplan), hvorfor der ikke skal mange nye domme til at få andelen til at stige. Stigningen i omfanget af voldsdomme kan ikke direkte tolkes som en stigning i omfanget af voldelige beboere på botilbud. Udviklingen skal ses i lyset af, at vold og trusler mod offentligt ansatte generelt i højere grad anmeldes til politiet i dag end tidligere ([Statistikbanken.dk](#)). Det kan hænge sammen med en ændret praksis i Erstatningsnævnet, som siden 2014 har krævet politianmeldelse inden for 72 timer for at tildele erstatning i en sag ([Socialpædagogen](#)).

Figur 36

Andel af borgere i botilbud med voldsdomme, foranstaltningsdomme eller fængsling, 2015-2020



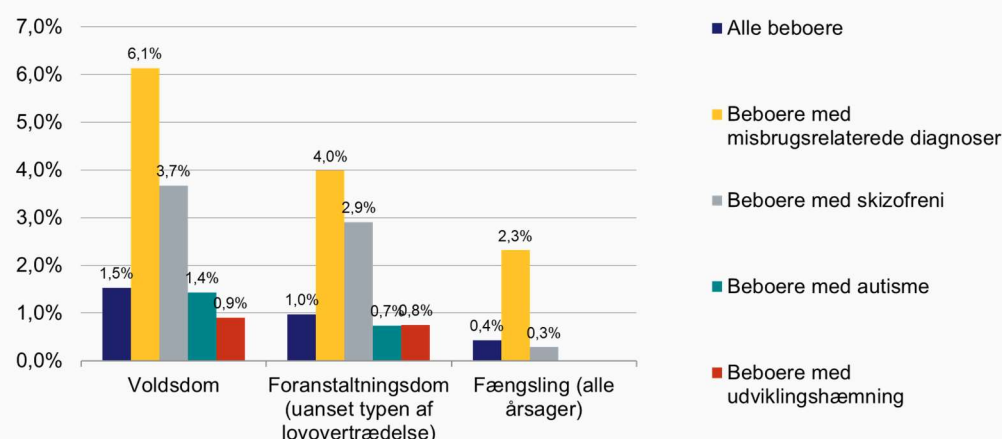
Note: Voldsdomme og foranstaltningsdomme er afgrænset til afgørelser i samme kalenderår (som opgørelse af borgere i botilbud). Afsoning i fængsel omfatter indsættelse i fængsel i året eller året før. Følgende afgørelsestyper er frasorteret: Personen frifundet, sigtelse grundløs, påtale opgivet, påtale undladt og tiltalefravald.

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

Beboere i botilbud med misbrugsrelaterede diagnoser får i langt højere grad voldsdomme og foranstaltningsdomme og afsoner oftere i fængsel end andre beboere. På bare et år får 6 pct. af beboere med misbrugsrelaterede diagnoser en voldsdom, mens 4 pct. får en foranstaltningsdom jf. figur 37. Blandt alle botilbudsbeboere er andelen 1-2 pct. Beboere med skizofreni ligger også højt i statistikken. Voldsdomme og foranstaltningsdomme er to til tre gange mere udbredt blandt borgere med skizofreni end blandt andre borgere i botilbud. Beboere med autisme eller udviklingshæmning ligger omkring eller under gennemsnittet af alle beboere i botilbud, hvad angår omfanget af voldsdomme og foranstaltningsdomme.

Figur 37

Andel af beboere med udvalgte diagnoser, som har voldsdomme, foranstaltningsdomme og fængselsafsoning, 2020



Note: Voldsdomme og foranstaltningsdomme er afgrænset til afgørelser i samme kalenderår (som opgørelse af borgere i botilbud). Afsoning i fængsel omfatter indsættelse i fængsel i året eller året før. Følgende afgørelsestyper er frasorteret: Personen frifundet, sigtelse grundløs, påtale opgivet, påtale undladt og tiltalefravald. Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser, skizofreni eller udviklingshæmning er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

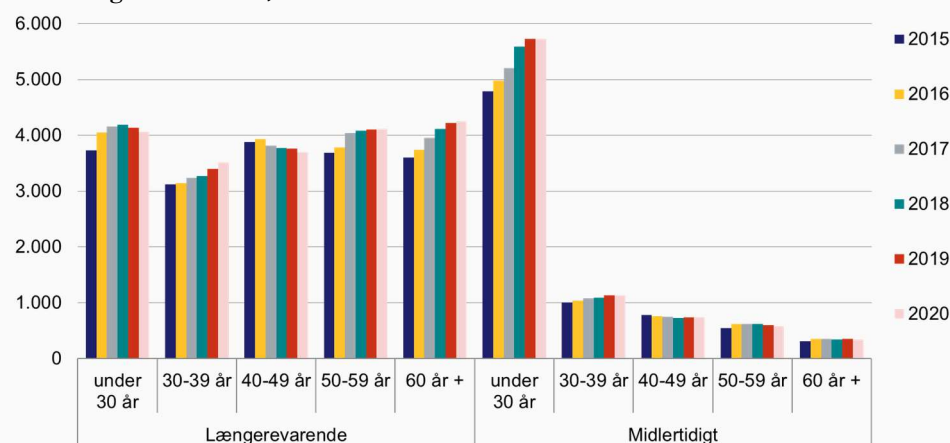
BILAG 1 – Liste over inkluderede kommuner i datagrundlaget

Nedenstående 69 kommuner er inkluderet i datagrundlaget. Antallet af beboere i botilbud er opregnet til landsplan ud fra befolkningstal i de 69 versus alle 98 kommuner. I det samlede antal beboere i botilbud (første afsnit) opregnes på baggrund af aldersfordelte vægte (5 aldersgrupper), mens der i det resterende bruges én samlet vægt pr. år.

| | | |
|-----------------|---------------|-------------------|
| Allerød | Herlev | Odense |
| Assens | Herning | Odsherred |
| Ballerup | Hillerød | Randers |
| Billund | Hjørring | Rebild |
| Bornholm | Holstebro | Ringkøbing-Skjern |
| Brøndby | Horsens | Roskilde |
| Dragør | Høje-Taastrup | Rudersdal |
| Esbjerg | Hørsholm | Solrød |
| Fano | Ikast-Brande | Stevns |
| Favrskov | Jammerbugt | Struer |
| Faxe | Kalundborg | Svendborg |
| Fredensborg | Kerteminde | Syddjurs |
| Frederiksberg | Kolding | Tårnby |
| Frederikshavn | Lejre | Varde |
| Frederikssund | Lemvig | Vejen |
| Faaborg-Midtfyn | Lolland | Vesthimmerlands |
| Gentofte | Læsø | Vordingborg |
| Gladsaxe | Mariagerfjord | Ærø |
| Glostrup | Middelfart | Aabenraa |
| Guldborgsund | Morsø | Aalborg |
| Haderslev | Norddjurs | Aarhus |
| Halsnæs | Nordfyns | |
| Hedensted | Næstved | |
| Helsingør | Odder | |

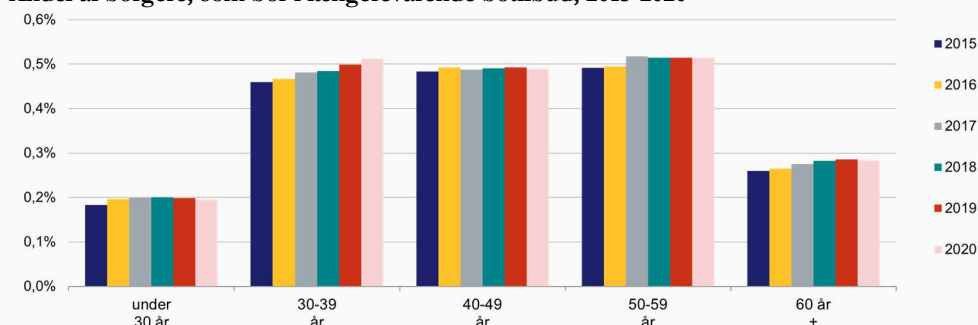
I november 2022 blev data opdateret hos Danmarks Statistik, hvor alle 98 kommuner nu har godkendt data fra 2018 og frem. Det giver mulighed for at undersøge repræsentativiteten af nedenstående kommuner og præcisionen af opregningsmetoden. Ifølge de nye data for alle 98 kommuner er antallet af beboere i 2020 i alt 27.738. Det er knap 500 personer (eller 1,7 pct.) lavere end det opregnede tal i denne analyse. Dette kan dog både skyldes rettelser bagud i registeret og opregningsmetoden. Hvis man lægger samme opregningsmetode ned over de nye data (dvs. begrænser datagrundlaget til udvalgte kommuner), viser det sig at opregningsmetoden i sig selv giver en afvigelse i antallet af beboere på knap 400 personer (eller 1,4 pct.) i 2020 ift. det fulde datagrundlag.

BILAG 2 – Andel i botilbud i aldersgrupper

Figur 39
Antal borgere i botilbud, 2015-2020


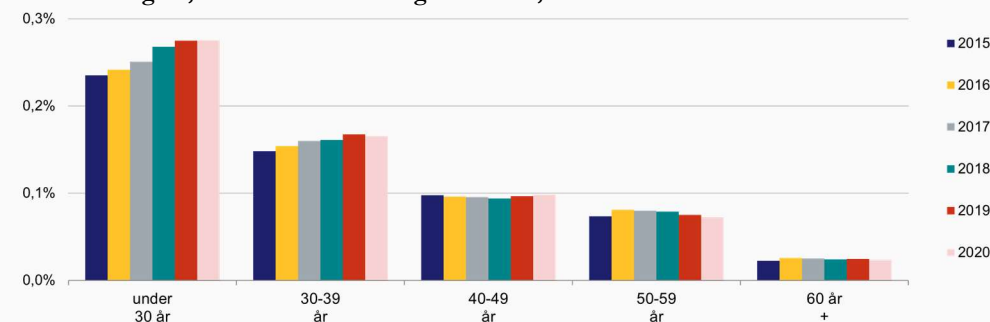
Note: Antal borgere i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107 mens længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner. Opregningen til landsplan er baseret på aldersfordelte befolkningstal i de 69 kommuner sammenlignet med hele af landet.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Figur 40
Andel af borgere, som bor i længerevarende botilbud, 2015-2020


Note: Andel af borgere, der bor i botilbud i løbet af året som andel af alle borgere i aldersgruppen. Længerevarende omfatter §108 og §85 kombineret med ABL §105. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Figur 41
Andel af borgere, som bor i midlertidige botilbud, 2015-2020


Note: Andel af borgere, der bor i botilbud i løbet af året. Midlertidige botilbud omfatter SEL §107. Datagrundlaget omfatter 69 kommuner.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

BILAG 3 – Diagnoseafgrænsning

Data vedr. diagnoser er hentet fra Landspatientregisteret (LPR2 og LPR3). I LPR er alle kontakter med hospitalssektoren (somatikken og psykiatrien, inkl. distriktspsykiatri) forsynet med en aktionsdiagnose, der beskriver den væsentligste årsag til kontakten, samt eventuelle bidiagnoser. Det er disse diagnoseregistreringer koblet med kontaktdatoen, som anvendes til at opgøre forekomsten af psykiatriske diagnoser og handicap. Diagnoseregistreringer i LPR dækker dog ikke den fulde forekomst af psykiatriske lidelser i befolkningen. Dels er en del lidelser slet ikke opdaget/diagnosticeret, og dels behandles nogle udelukkende hos privatpraktiserende psykiatere, som ikke indberetter diagnoser centralt eller håndteres i kommunerne. Denne opgørelse skal derfor ikke betragtes som en opgørelse af den fulde prævalens af psykiatriske lidelser i befolkningen, men som det nærmeste vi kan komme det med det eksisterende datagrundlag. Forekomsten vil være tættest på det "sande" ved diagnoser og aldersgrupper, hvor langt størstedelen håndteres i den regionale hospitalspsykiatri. Tilsvarende vil *udviklingen* i diagnoseregistreringerne i LPR ikke direkte kunne tolkes som en ændring i den tilgrundliggende forekomst af lidelserne i befolkningen. Stigninger i forekomsten af psykiatriske diagnoser, registreret i LPR, vil både kunne afspejle en reel stigning i sygdomsforekomsten i befolkningen, den generelle stigning i aktiviteten i psykiatrien (især i 10'erne) og/eller en øget opmærksomhed på og diagnosticering af psykiske lidelser i hele samfundet.

Diagnoseregistreringen i LPR er baseret på det europæiske klassifikationssystem ICD10, som blev indført i 1995. Der findes derfor ikke sammenlignelige diagnoseregistreringer før 1995. I februar-marts 2019 overgik Landspatientregisteret til en ny version (fra LPR2 til LPR3). Dette har medført et databrud. Blandt andet skal diagnoser nu registreres i forbindelse med *alle* planlagte ambulante besøg, hvor de tidligere kun skulle registreres på det planlagt ambulante *forløb*, som besøgene indgik i. Det kan teoretisk set give en anelse flere forskellige diagnoseregistreringer. Det vurderes dog, at databrudet generelt er lille ([Sundhedsdatastyrelsen, 2020](#)), hvilket resultaterne i nærværende og andre KL-analyser på området også understøtter.

I opgørelsen af forekomsten af psykiatriske diagnoser og handicap kan anvendes forskellige periodeafgrænsninger. Enten kan man medtage alle personer med en diagnoseregistrering på et tidspunkt siden 1995, hvor diagnoseregistreringen blev indført, og frem til opgørelsesdatoen. Man kan også vælge kun at medtage personer, med en diagnoseregistrering de seneste fx 5 eller 10 år. De forskellige metoder har forskellige fordele og anvendes til forskellige formål jf. oversigten herunder. Ved at tage alle diagnoser med siden 1995 får man den største andel, nemlig dem som på et tidspunkt har haft den pågældende diagnose. I nogle tilfælde vil det være retvisende, fx ved kroniske/varige lidelser, forstyrrelser og handicap. Særligt hvis der er tale om lidelser, som ikke kræver løbende kontakt med /behandling i psykiatrien efter udredning, hvilket fx ofte er tilfældet ved udviklingsforstyrrelser som autisme og ADHD, som typisk udredes i barndommen. Dog vil der også her være større risiko for at fejlregistreringer medfører misklassifikation. I andre tilfælde, hvor lidelserne typisk er midlertidige, vil være mere relevant at afgrænse opgørelsen til nyere diagnoseregistreringer, for at undgå at overvurdere den aktuelle forekomst af lidelserne.

Endelig er der det forhold, at opgørelse af udvikling i forekomst af psykiatriske diagnoser over tid i alle tilfælde kræver periodeafgrænsning (5 eller 10 år) – uanset om lidelserne/forstyrrelserne er varige. Det skyldes, at diagnoseregistreringen først startede i 1995, hvorfor en større og større andel af befolkningen pr. automatik vil have registreret en diagnose over tid, hvis man medtager alle diagnoser siden 1995. Det ville give en skævhed i vurderingen af udviklingen.

| | ICD-10 diagnose-kode | Periodeafgrænsning: | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| | | Alle som har (haft) diagnosen | Aktuel forekomst | Til opgørelse af udvikling |
| Psykiatrisk lidelse | | | | |
| Mindst én psykiatrisk diagnose: | Alle F-diagnoser | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | | Seneste 5 år |
| Autismespektrum-forstyrrelser (inkl. Aspergers, Retts m.m.) | F84* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år |
| ADHD (inkl. ADD) | F90* og F988C | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år |
| Depression (alle sværhedsgrader) | F32*, F33* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| Angst (herunder fobier, generaliseret angst, panikangst, OCD og særlige angstilstande blandt børn) | F40*, F41*, F42* og F93* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| Akutte belastnings- og tilpasningsreaktioner (stress) | F430* og F432* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| PTSD | F431* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| Spiseforstyrrelser (herunder anoreksi, bulimi m.m.) | F50* og F982* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| Bipolar affektiv sindslidelse | F31* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år | Seneste 10 år |
| Personlighedsforstyrrelser | F6* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år | Seneste 10 år |
| Skizofreni | F20*, dog fraserteret personer med remission (F2005, F2015, F2025, F2035, F2045, F2055, F2065, F2085, F2095) | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år | Seneste 10 år |
| Misbrugsrelaterede diagnoser (stoffer og alkohol) | F1* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 5 år | Seneste 5 år |
| Demens | F00*, F01*, F02*, F03* | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år | Seneste 10 år |

* Inkl. alle underkoder. Se evt. [SKS-browseren](#) for yderligere info.

| | ICD-10 diagnose-kode | Alle som har (haft) diagnosen | Aktuel forekomst | Til opgørelse af udvikling |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Udviklingshæmning /mental retardering** | | | | |
| Psykisk udviklingshæmning med moderat og svær mental retardering (smal afgrænsning) | F71*, F72*, F73*, F842*, Q90*, Q91*, Q860*, Q871B, Q871E, Q933, Q934, Q935C, Q938A, Q992. | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år |
| Psykisk udviklingshæmning og mental retardering (alle grader), herunder lettere mental retardering og inferior intellektualis (IQ 70-85) (bred afgrænsning) | F7*, F842, R418, Q90*, Q91*, Q860, Q871B, Q871E, Q933, Q934, Q935C, Q938A, Q992. | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Alle, dvs. fra 1/1 1995 til 1/1 2022 | Seneste 10 år |

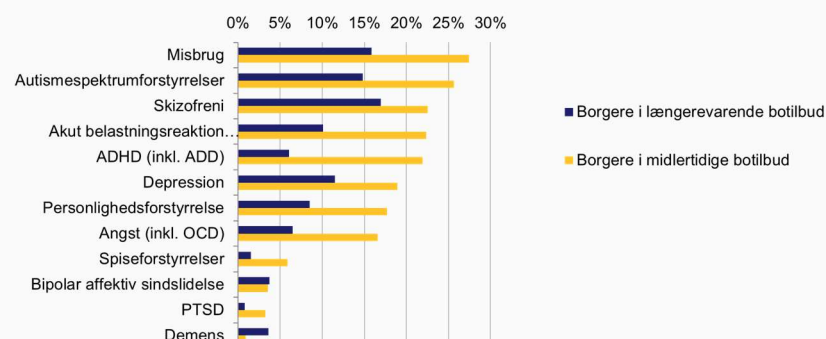
* Inkl. alle underkoder. Se evt. [SKS-browseren](#) for yderligere info.

** Omfatter også Downs og andre (kromosom)syndromer med udviklingshæmning, herunder føtalt alkoholsyndrom, Retts syndrom, fragilt X-kromosom, Prader willis syndrom m.fl.

BILAG 4 – Psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud

Figur 4216

Andel af borgere i botilbud som har (haft) udvalgte psykiatriske diagnoser, 2020

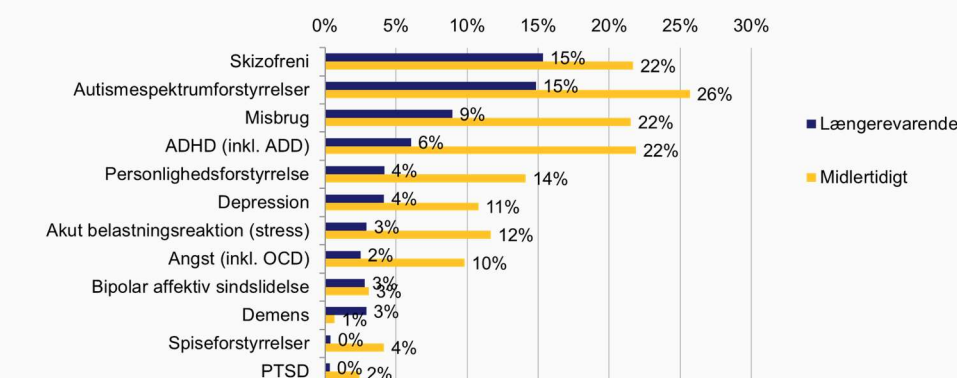


Note: Omfatter alle personer i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt på et tidspunkt i løbet af deres liv (frem til 1/1 2020). De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

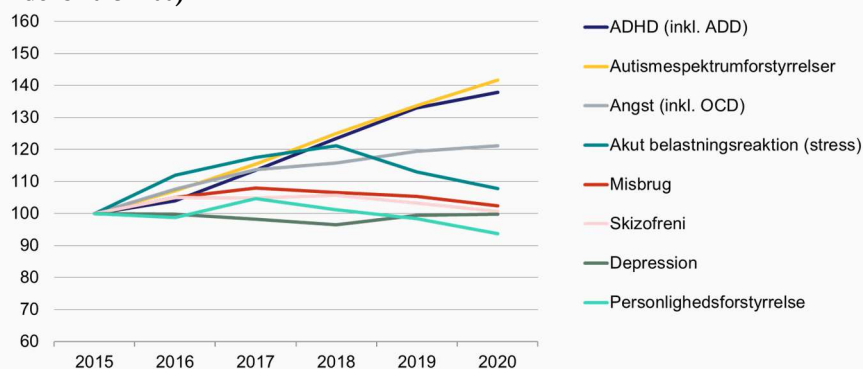
Figur 43

Aktuel forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud, 2020



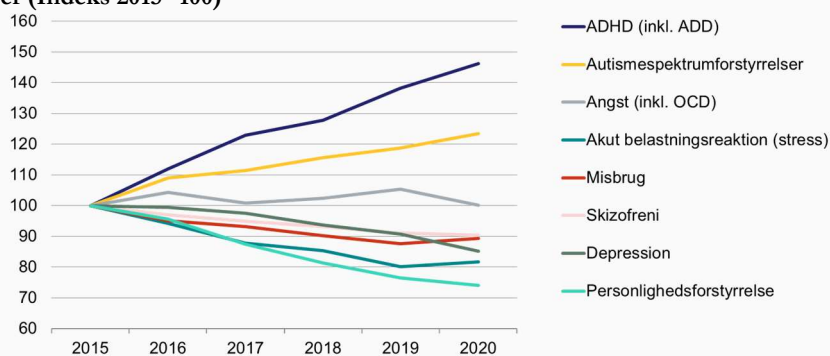
Note: Omfatter alle personer i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 år, 10 år eller hele livet. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Figur 17**Udvikling i andelen af borgere i midlertidige botilbud med udvalgte psykiatriske diagnoser (Indeks 2015=100)**

Note: Omfatter personer i midlertidige botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Figur 45**Udvikling i andelen af borgere i længerevarende botilbud med udvalgte psykiatriske diagnoser (Indeks 2015=100)**

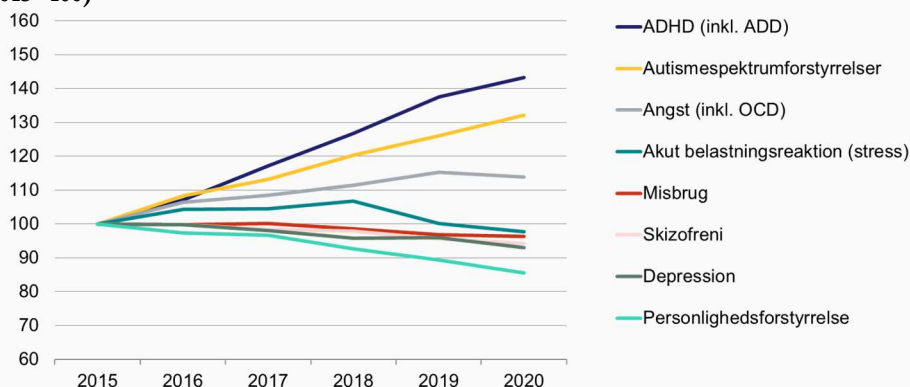
Note: Omfatter personer i længerevarende botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

BILAG 5 – Psykiatriske diagnoser og handicap i botilbud og i den generelle befolkning

Figur 46

Udvikling i andelen af borgere i botilbud med udvalgte psykiatriske diagnoser (Indeks 2015=100)

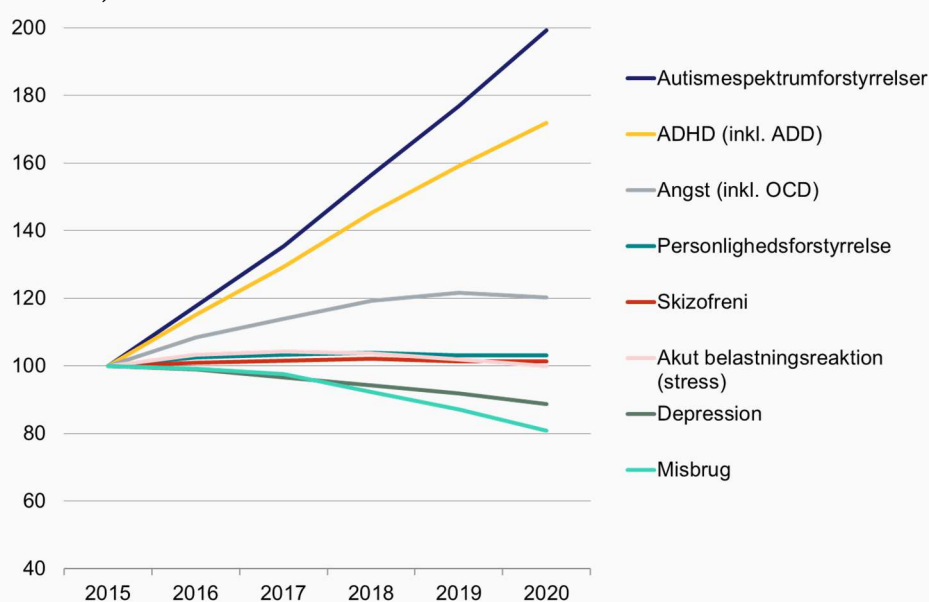


Note: Omfatter alle personer i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Figur 18

Udvikling i andelen af alle borgere (18+ årige) med udvalgte psykiatriske diagnoser (Indeks 2015=100)

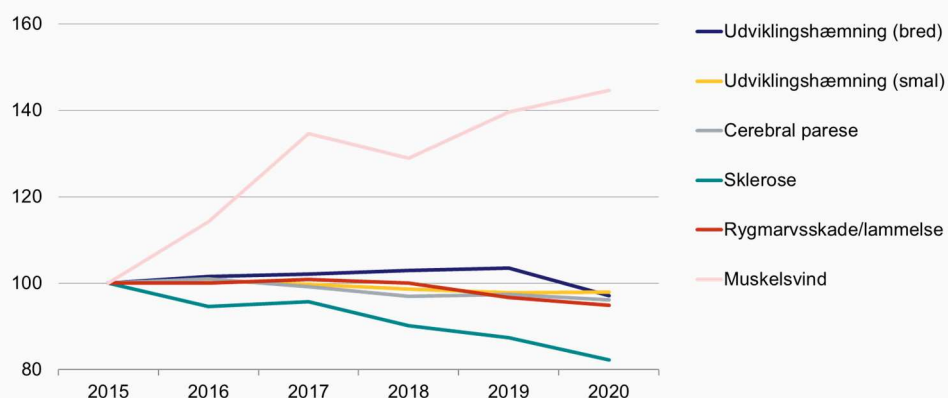


Note: Omfatter alle 18+ årige i befolkningen pr. 1/1 med de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 5 eller 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Figur 48

Udvikling i andelen af borgere i botilbud med udvalgte handicap (Indeks 2015=100)

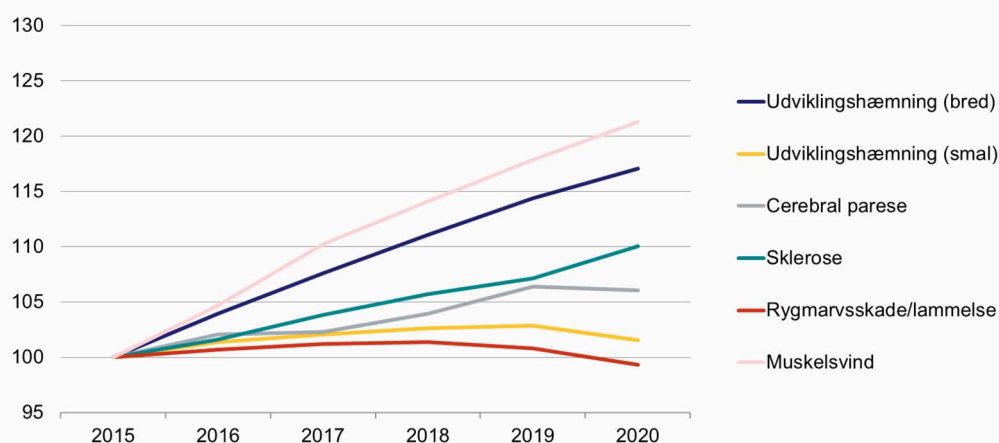


Note: Omfatter alle personer i botilbud, som har fået registreret de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. De samme personer kan optræde i flere handicapkategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning se [bilag 3](#).

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

Figur 49

Udvikling i andelen af alle borgere (18+ årige) med udvalgte handicap (Indeks 2015=100)



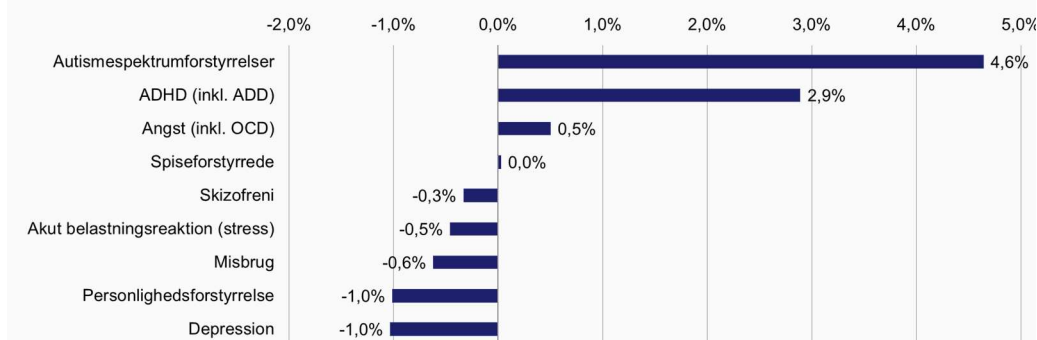
Note: Omfatter alle 18+ årige i befolkningen pr. 1/1 med de pågældende diagnoser i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. De samme personer kan optræde i flere diagnosekategorier pga. komorbiditet. For præcis diagnoseafgrænsning se [bilag 3](#).

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

BILAG 6 – Forekomst af *andre* psykiatriske diagnoser blandt borgere med udvalgte diagnoser/handicap i botilbud

Figur 19

Ændring i forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud med udviklingshæmning (ændring i procentpoint fra 2015 til 2020)

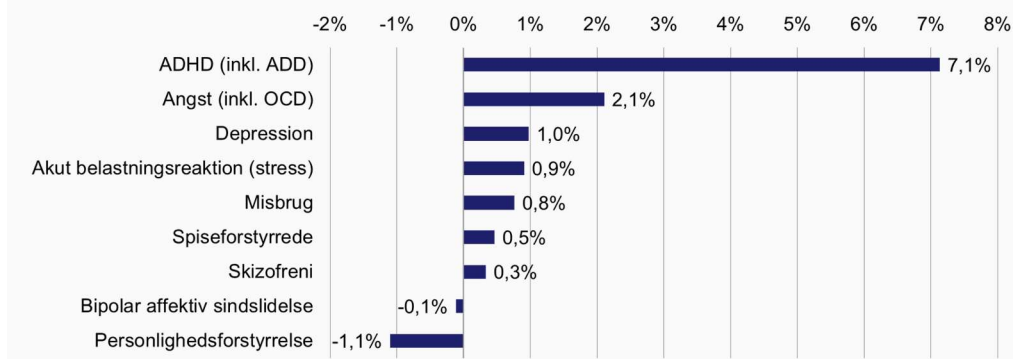


Note: Borgere med psykisk udviklingshæmning/mental retardering er personer, der har fået registreret en diagnose med moderat til svær mental retardering/udviklingshæmning (smal definition) i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. Periodeafgrænsningen for ADHD og autisme er lidt anderledes end i figur 24 pga. udviklingsopgørelse. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#).

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

Figur 51

Ændring i forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud med autisme (ændring i procentpoint fra 2015 til 2020)

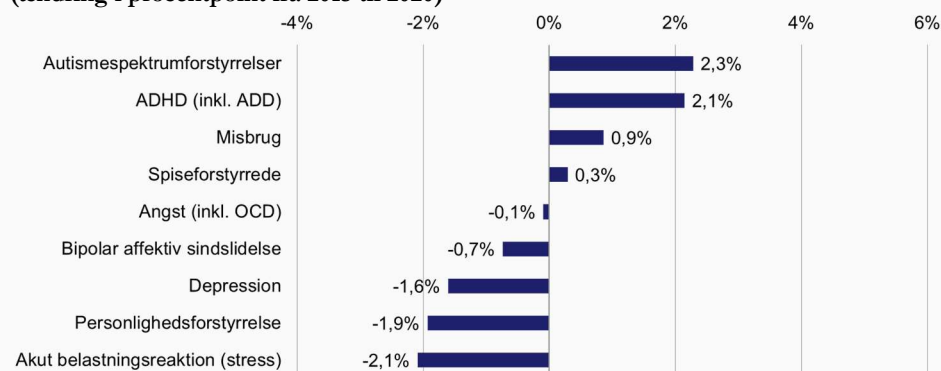


Note: Borgere med autisme er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. Periodeafgrænsningen for ADHD er lidt anderledes end i figur 25 pga. udviklingsopgørelse. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#).

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

Figur 52

Ændring i forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud med skizofreni (ændring i procentpoint fra 2015 til 2020)

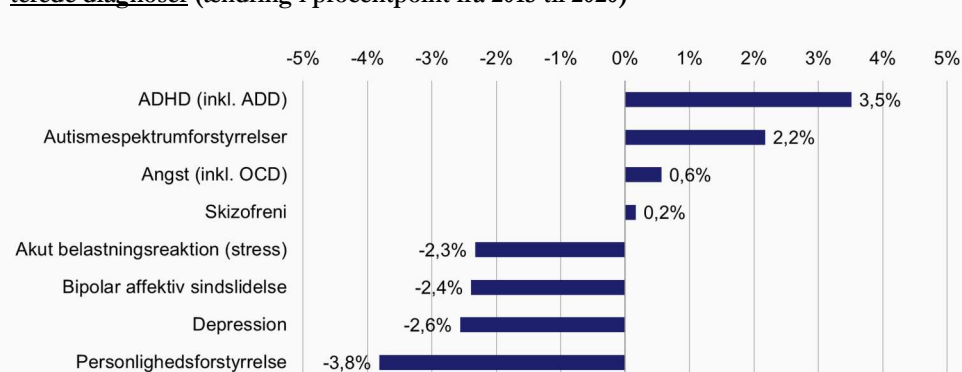


Note: Borgere med skizofreni er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. Periodeafgrænsningen for øvrige sygdomme er lidt anderledes end i figur 26 pga. udviklingsopgørelse. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#).

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

Figur 53

Ændring i forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud med misbrugsrelaterede diagnoser (ændring i procentpoint fra 2015 til 2020)

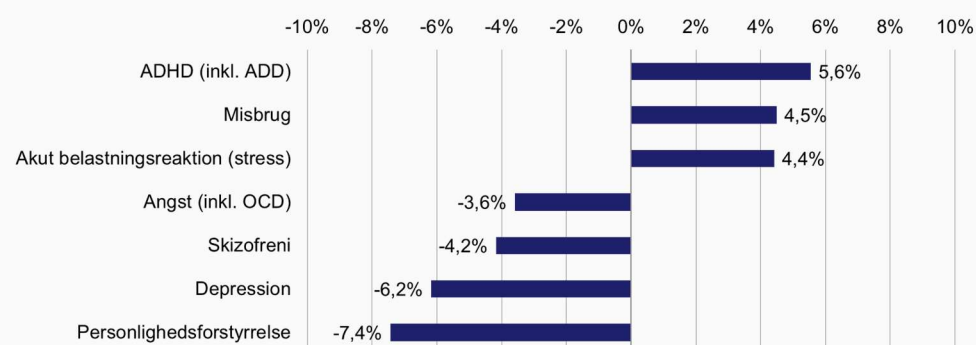


Note: Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser er personer, der har fået registreret misbrugsrelateret diagnose i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. Periodeafgrænsningen for ADHD og autisme er lidt anderledes end i figur 28 pga. udviklingsopgørelse. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#).

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

Figur 54

Ændring i forekomst af psykiatriske diagnoser blandt borgere i botilbud med spiseforstyrrelser (ændring i procentpoint fra 2015 til 2020)



Note: Borgere med misbrugsrelaterede diagnoser er personer, der har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakt de seneste 10 år. Periodeafgrænsningen for ADHD og autisme er lidt anderledes end i figur 30 pga. udviklingsopførelse. For præcis diagnose- og periodeafgrænsning for populationen samt de psykiatriske diagnoser, se [bilag 3](#).

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