

Overgang til ungdomsuddannelse blandt elever med psykisk sygdom

April 2022



Indenrigs- og
Boligministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed:
www.benchmark.dk

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

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning.....	7
3 Afgrænsninger og definitioner	8
3.1 Population og tidsperiode	8
3.2 Overgang til ungdomsuddannelse.....	8
3.3 Segregeret specialundervisning.....	9
3.4 Benchmark med kontrol for rammevilkår	9
4 Overgang til ungdomsuddannelse	11
4.1 Overgang til ungdomsuddannelse på landsplan	11
4.2 Overgang til ungdomsuddannelse på tværs af kommuner.....	13
5 Sammenhæng mellem baggrundsforhold og overgang til ungdomsuddannelse	18
5.1 Elevsammensætning.....	18
5.2 Elevens skoleresultater.....	20
6 Forløbet efter 9. klasse	22
6.1 Uddannelsesstatus 15 måneder efter 9. klasse.....	22
6.2 Status fra 3 til 15 måneder efter 9. klasse.....	26
6.3 Status fra 15 til 27 måneder efter 9. klasse.....	27
7 Segregeret specialundervisning.....	28
7.1 Segregeret specialundervisning på landsplan.....	28
7.2 Segregeret specialundervisning på tværs af kommuner	30
8 Sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse.....	34
8.1 Sammenhæng mellem benchmarkingindikatorer	34
8.2 Sammenhæng på individniveau	35

1 Ledelsesresumé

Over de seneste 10 år har omkring 50 pct. flere børn og unge været en tur forbi sygehuset som følge af psykisk sygdom. Et studie viser, at omkring 15 pct. af alle børn og unge diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose inden de fylder 18 år¹. Samtidigt er der generelt en sammenhæng mellem psykisk lidelse og en række sociale og økonomiske konsekvenser². Psykiske sygdomme i barndommen kan også have store konsekvenser for ungdomsårene og voksenalderen. Blandt andet kommer betragteligt færre elever med psykiske sygdomme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med øvrige elever. Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed undersøger i denne analyse kommunale forskelle på, hvor godt elever med psykisk sygdom klarer sig med hensyn til overgang til ungdomsuddannelse. At tage en ungdomsuddannelse er både vigtigt for den enkelte unge, men det er også vigtigt i et samfundsøkonomisk perspektiv.

For den enkelte kommune giver analysen indsigt i, hvordan den klarer sig i forhold til andre kommuner i relation til ambitionen om, at så mange unge som muligt skal tage en ungdomsuddannelse – herunder også unge med psykisk sygdom. Et væsentligt bidrag med analysen er, at der tages højde for forskelle i kommunernes rammevilkår. Når kommunerne sammenlignes, tages der eksempelvis højde for, at der på tværs af kommunerne er stor forskel på de unges sygelighed og baggrundsforhold som forældrenes uddannelsesniveau. Forhold, som vi ved, har betydning for, hvorvidt de unge tager en ungdomsuddannelse. På den måde sikrer analysen et mere retvisende sammenligningsgrundlag.

Samtidigt giver analysen kommunerne indsigt i, om der er forskelle mellem kommuner i forhold til igangsættelse af segregeret specialundervisning til denne målgruppe, når vi tager højde for forskelle i elevgrundlaget. Segregeret specialundervisning er en af de indsatser, som mange børn og unge med psykiske sygdomme modtager.

Elever med psykisk sygdom er i analysen defineret som 9. klasseselever, der på et tidspunkt i deres liv havde kontakt til psykiatrisk sygehusvæsen.

Udover selve analysen har vi udarbejdet tre bilag. I bilag 1 "Sådan placerer din kommune sig" er centrale figurer fra analysen præsenteret for hver enkelt kommune. I bilag 2 "Kommunespecifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra analysen for hver enkelt kommune. I bilag 3 "Metode" er metoden bag opgørelser og modeller i analysen præsenteret.

Markante forskelle mellem kommuner i overgang til ungdomsuddannelse

Omkring 65 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom kommer i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Det tilsvarende gælder omkring 90 pct. af elever uden psykisk sygdom. Der er imidlertid stor forskel mellem kommuner i andelen psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Andelen varierer fra 55 pct. til 82 pct., blandt afgangsårgange 2016-2019. Dermed er der en forskel på hele 27 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel. I 12 kommuner var andelen under 60 pct., mens andelen i 16 kommuner var over 70 pct.

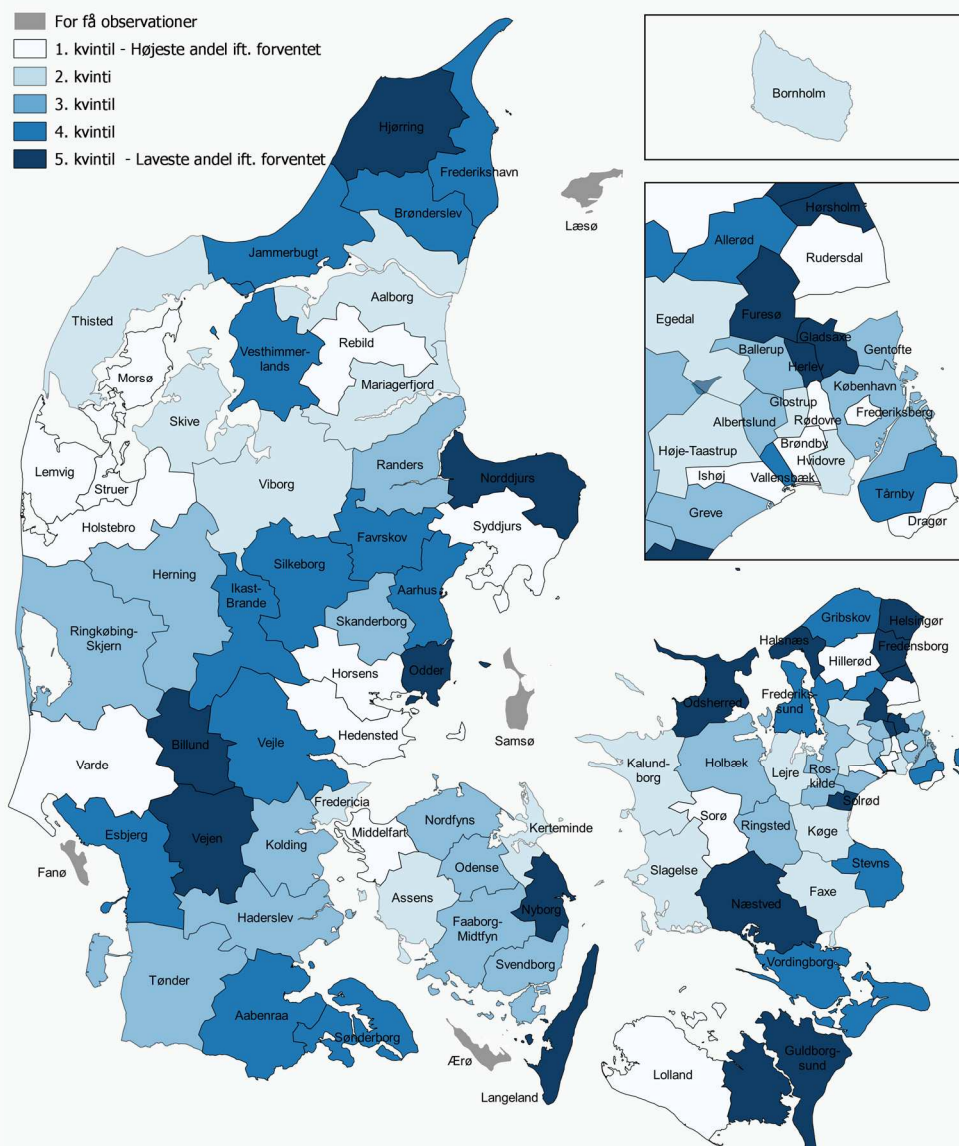
¹ Dalsgaard S et al (2020): Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence.

² Sundhedsministeriet (2018): Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønstret til psykiatrien.

I analysen har vi beregnet en såkaldt benchmarkingindikator, der viser forskellen mellem den enkelte kommunes faktiske andel elever, der kommer i gang med ungdomsuddannelse, og den andel man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag. Selv efter der er taget højde for rammevilkår, er der stadig forskel i andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse på tværs af kommunerne, jf. figur 1.1.

Figur 1.1

Benchmarkingindikator for andel psykisk syge elever i gang med en ungdomsuddannelse, afgangsårgange 2016-2019



Anm.: Pga. for få observationer indgår de fire små ø-kommuner ikke i figuren. 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, som har den højeste andel af elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. classes afgangseksamen i forhold til, hvad man kan forvente på baggrund af elevgrundlaget. 5. kvintil dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, der har den laveste andel i forhold til, hvad man kan forvente på baggrund af elevgrundlaget.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Benchmarkingindikatoren varierer fra -6,3 til 6,3. Det vil sige, at de to kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator har en andel, der er henholdsvis 6,3 pct.-point lavere og 6,3 pct.-point højere, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag.

Tidlig psykiatrisk debut og gode skoleresultater øger chancerne for ungdomsuddannelse

Analysen viser, at der er sammenhæng mellem en række socioøkonomiske faktorer vedrørende barnet og familien samt chancerne for, at eleven med psykisk sygdom kommer i gang med ungdomsuddannelse. Blandt andet finder vi, at chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse er større, hvis eleven havde tidlig psykiatrisk debut, mindre sygdomsbyrde i årene op til 9. klasse, hvis eleven havde et fritidsjob i 9.klasse, og når forældrene har et højt uddannelsesniveau.

Vi finder også en række sammenhænge mellem elevens skoleresultater og chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Chancerne er større, når eleven havde lavt fravær, høj trivsel, klaret sig godt i nationale test i 6. klasse, taget afgangsprøver i 9. klasse og opnået gode resultater i folkeskolens afgangseksamen.

Forløbet fra 3 måneder efter 9. klasse til 27 måneder efter 9. klasse

Langt hovedparten af psykisk syge elever, der ikke er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse er ikke i gang med nogen form for uddannelse – det vil sige, at de heller ikke er i gang med forberedende grunduddannelse (FGU), eller fortsat i grundskolen.

Forløbsanalysen viser, at der er en betragtelig gruppe elever med psykisk sygdom, der hverken er i gang med en ungdomsuddannelse 3, 15 eller 27 måneder efter 9. klasse. Det er dermed særligt vigtigt for kommunerne at være opmærksom på de elever, der ikke er i gang med nogen former for uddannelse umiddelbart efter 9. klasse – en stor del af dem kommer slet ikke i gang med en ungdomsuddannelse, hverken efter et eller to år efter 9. klasse.

Forløbsanalysen viser også, at relativ stor del af eleverne med psykisk sygdom, hele 27 pct., bliver i grundskolen efter afsluttet 9. klasse. Lidt over halvdelen af disse kommer i gang med en uddannelse 15 måneder efter 9. klasse, men der er også en stor del, der ikke er i gang med nogen form for uddannelse – det vil sige heller ikke FGU, eller fx 10. klasse 15 måneder efter 9. klasse.

Endeligt er det værd at være opmærksom på psykisk syge elever, der afbryder deres ungdomsuddannelse, det gælder særligt elever der kommer i gang med en erhvervsfaglig uddannelse. Frafaldet på erhvervsuddannelserne 15 måneder efter 9. klasse er 39 pct. blandt psykisk syge elever. Omkring 30 pct. kommer efterfølgende ikke i gang med nogen form for uddannelse, mens de resterende 9 pct. kommer i gang med andre uddannelser.

Store forskelle mellem kommuner i andel der modtager segregeret specialundervisning

Omkring 35 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom har på et tidspunkt efter deres psykiatriske debut modtaget segregeret specialundervisning. Det tilsvarende gælder omkring 4 pct. af elever uden psykisk sygdom.

Der er stor forskel mellem kommuner i andelen af psykisk syge elever, der på et tidspunkt har modtaget segregeret specialundervisning. Andelen varierer fra 13 pct. til 48 pct. Dermed er der en forskel på hele 35 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel.

Også i denne del af analysen har vi beregnet en såkaldt benchmarkingindikator, der viser forskellen mellem den enkelte kommunes faktiske andel elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, og den andel man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag. Selv efter der er taget højde for rammevilkår, er der stadig forskel i andelen psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, klasse på tværs af kommunerne. Benchmarkingindikatoren for segregeret specialundervisning blandt elever med psykisk sygdom varierer fra -11,9 til 9,2. Det vil sige, at de to kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator har en andel af psykisk syge elever, der modtager segregeret specialundervisning, som er henholdsvis 11,9 pct.-point lavere og 9,2 pct.-point højere, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag.

Sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse

I analysen finder vi, at der er forskelle på tværs af kommuner i forhold til hvor godt de klarer sig med hensyn til overgangen til ungdomsuddannelse blandt elever med psykisk sygdom, og vi finder også store kommunale forskelle i forhold til hvorvidt psykisk syge elever bliver visiteret til segregeret specialundervisning eller ej. Det er derfor relevant at vide, om der synes at være en sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgangen til ungdomsuddannelse blandt elever med psykisk sygdom. Vi har dels undersøgt, om vi på kommuneniveau kan spore sammenhænge mellem andel psykisk syge elever, der modtog segregeret specialundervisning, og andelen psykisk syge elever der er i gang med en ungdomsuddannelse, når der er taget højde for kommunale rammevilkår. Dels har vi undersøgt, om specialundervisning på individniveau synes at påvirke en udvalgt gruppe af psykisk syge elevers chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse.

Sammenhænge på kommuneniveau

Vi finder ikke en generel sammenhæng mellem, hvor godt kommunerne klarer sig i forhold til andelen i ungdomsuddannelse, og andelen der modtog segregeret specialundervisning, når man tager højde for kommunernes rammevilkår.

Sammenhænge på individniveau

For nogle elever med psykisk sygdom er det tydeligt, at de skal visiteres til specialundervisning, mens det for andre elever med psykisk sygdom er tydeligt, at der ikke er behov for specialundervisning. Og så er der en gruppe elever med psykisk sygdom, som man kunne kalde "gråzoneelever" – disse elever ligger i gråzonen i forhold til, om de skal visiteres til segregeret specialundervisning eller forblive i almenundervisningen. I nogle kommuner vil disse "gråzoneelever" modtage segregeret specialundervisning, mens de i andre kommuner vil være i almenundervisningen. For disse gråzoneelever kan vi ikke konkludere, om segregeret specialundervisning fører til højere eller lavere chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.

Det skal bemærkes, at vi i denne analyse kun har undersøgt sammenhænge mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse. Havde vi fx kigget på elevernes trivsel, skolefravær, chancerne for at komme i job som ung person eller andre aspekter, kan det sagtens være, at segregeret specialundervisning påvirker disse aspekter på en anden måde, end det er tilfældet med overgang til ungdomsuddannelse.

Det skal også bemærkes, at ud over segregeret specialundervisning kan der være en lang række andre indsatsområder, der kan påvirke elevernes chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Betydning af disse er ikke undersøgt nærmere i analysen. Dog har vi i beregningerne af, hvordan segregeret specialundervisning påvirker chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse, taget højde til nogle af de faktorer, herunder hvorvidt barnet var anbragt, modtaget forebyggende foranstaltninger samt kontakterne til psykiatrien og det øvrige sundhedsvæsen.

2 Indledning

Over de seneste år har flere og flere børn og unge været en tur forbi sygehuset som følge af psykisk sygdom. Et studie viser, at omkring 15 pct. af alle børn og unge diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose inden de fylder 18 år³. Samtidigt er der generelt en sammenhæng mellem psykisk lidelse og en række sociale og økonomiske konsekvenser, og det gælder både børn og voksne⁴. Børn og unge med psykiske vanskeligheder mistrives oftere i deres skoleforløb og har sværere ved at gennemføre skolegang og uddannelsesforløb end andre børn. Psykiske sygdomme i barndommen kan derudover have store konsekvenser for ungdomsårene og voksenalderen. Analyser viser, at under halvdelen af psykisk syge elever gennemfører grundskolens afgangseksamen⁵. Blandt de 18-29-årige med psykisk sygdom er kun 60 pct. enten i gang med en uddannelse eller i beskæftigelse⁶.

Det er derfor relevant at undersøge, om der er store forskelle på tværs af kommuner i forhold til, hvordan børn og unge med psykiske problemer klarer sig med hensyn til skoleresultater. I denne benchmarkinganalyse har vi valgt at se på, om psykisk syge unge, der afslutter 9. klasse, kommer i gang med en ungdomsuddannelse. Analysen giver kommunerne viden om, hvorvidt de har færre eller flere elever med psykisk sygdom, der kommer i gang med en ungdomsuddannelse i forhold til, hvad man kan forvente ud fra kommunens elevgrundlag.

Én af de indsatser som kommunerne igangsætter til elever med psykiske problemer er segregeret specialundervisning. Omkring 30 pct. af eleverne med psykiske sygdomme er i segregeret specialundervisning to år efter psykiatrisk debut⁷. Visitation til segregeret specialundervisning er en lokal beslutning, og det er derfor relevant at undersøge, om kommunerne har færre eller flere psykisk syge elever i segregeret specialundervisning i forhold til, hvad man kan forvente ud fra kommunens elevgrundlag. I denne analyse undersøger vi derfor også andelen af 9. klasseselever med psykisk sygdom, der i løbet af deres skolegang har modtaget segregeret specialundervisning på tværs af kommuner.

Analysen er inddelt i følgende kapitler: I **kapitel 3** præsenteres de væsentlige afgrænsninger og definitioner. En mere fyldestgørende beskrivelse af analysens afgrænsninger og metode kan læses i bilag 3 "Metode". I **kapitel 4** præsenteres resultater om overgang til ungdomsuddannelse først på landsplan og dernæst opdelt på kommuner, hvor vi har taget højde for forskelle i elevgrundlaget. I **kapitel 5** har vi undersøgt sammenhængen mellem elevens baggrundforhold og skoleresultater samt chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. I **kapitel 6** har vi undersøgt uddannelsesforløbet fra afsluttet 9. klasse og op til to år efter 9. klasse. I **kapitel 7** ser vi nærmere på segregeret specialundervisning til elever med psykisk sygdom på landsplan og kommuneniveau, hvor vi har taget højde for forskelle i elevgrundlaget. I **kapitel 8** har vi set nærmere på sammenhængen mellem kommunernes andel psykisk syge 9. klasseselever, der modtager segregeret specialundervisning, og andel der er i gang med en ungdomsuddannelse, når vi har taget hensyn til forskelle i kommunernes elevgrundlag. Endelig har vi for en udvalgt gruppe af elever med psykisk sygdom undersøgt på individniveau, om segregeret specialundervisning synes at påvirke chancerne for at være i gang med ungdomsuddannelse eller ej.

³ Dalsgaard S et al (2020): Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence

⁴ Sundhedsministeriet (2018): Demografiske og socioøkonomiske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrien.

⁵ KL (2021): Elever med psykiatriske diagnoser og deres afgangsprøve i 9. klasse

⁶ Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2018): Tilknytning til uddannelse og beskæftigelse blandt unge med psykisk sygdom.

⁷ Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2020): Børn og unge med psykiatrisk debut.

3 Afgrænsninger og definitioner

I dette kapitel beskrives de mest centrale afgrænsninger og definitioner, som vi anvender i analysen. I kapitlet er der fokus på analysens population, den betragtede periode, de anvendte indikatorer og benchmarkingmetoden. I bilag 3: "Metode" er der en bredere gennemgang af analysens metode.

3.1 Population og tidsperiode

Populationen i denne analyse er defineret som 9. klasseselever mellem 14 og 17 år, der på et tidspunkt i deres liv har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen. Kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen er defineret på samme måde, som Sundhedsdatastyrelsen definerer psykiatriske kontakter: det er kontakt enten til en sygehusafdeling med et psykiatrisk speciale eller til en sygehusafdeling med et somatisk speciale, men hvor der er registreret en psykiatrisk aktionsdiagnose⁸. Da der kan være forskelle i sygdomsbyrden alt efter, om børnene var i kontakt med psykiatriske eller somatiske sygehusafdelinger, har vi yderligere betinget, at børn, der udelukkende havde somatiske kontakter med en psykiatrisk diagnose, skulle have mindst 2 kontakter, før de blev medtaget i populationen.

Herudover er populationen afgrænset til elever, der afslutter 9. klasse uanset skoletype, det vil sige elever der gik på kommunale grundskoler (folkeskoler, specialskoler for børn, kommunale ungdomsskoler samt dagbehandlingstilbud og behandlingshjem), efterskoler, friskoler og private skoler.

Vi fokuserer primært på elever, som gik i 9. klasse i skoleårene 2015/2016 til 2018/2019. Enkelte steder i analysen ser vi også på elever med psykisk sygdom fra afgangsårgange 2012/2013 til 2014/2015. For at lette formidlingen skriver vi i analysen "afgangsårgange 2016-2019" samt "afgangsårgange 2013-2015".

Generelt kan opgørelsesperioden variere i analysen på tværs af de forskellige delanalyser. Nogle steder har vi fokuseret på den seneste 9. klasse årgang, som i denne analyse er årgang 2018/2019. Andre steder har vi haft brug for at kunne følge individerne i længere tid efter 9. klasse, og i disse tilfælde baseres opgørelsen senest på årgangen 2017/2018. Med henblik på at have et tilstrækkeligt stort antal observationer har vi blandt andet i de kommunale opgørelser opgjort indikatorerne for alle fire afgangsårgange 2016-2019 under ét.

3.2 Overgang til ungdomsuddannelse

Ungdomsuddannelserne er afgrænset som gymnasiale uddannelser, erhvervsfaglige uddannelser samt øvrige ungdomsuddannelser, herunder særligt tilrettelagt uddannelse (STU).

Opgørelsesperiode

Vi fokuserer primært på overgang til ungdomsuddannelse 15 måneder efter afslutningen af 9. klasse. Når "i gang" med ungdomsuddannelse i denne analyse måles 15 måneder efter 9. klasse er det for at give plads til, at de unge først tager 10. klasse, inden de starter på en ungdomsuddannelse.

⁸ Se fx Information om nøgletal for sygehusvæsenet på eSundhed.dk

Enkelte steder i analysen ser vi også på overgang til ungdomsuddannelse i andre perioder. Vi ser på overgang henholdsvis 3 og 27 måneder efter at eleven har afsluttet 9.

Unge der flytter kommune

Såfremt eleven har flyttet kommune fra afslutningen af 9. klasse og 15 måneder frem, kan det være vanskeligt at vurdere, hvilken kommune der har sikret en overgang til en ungdomsuddannelse eller mangel på samme. Derfor har vi valgt at ekskludere elever, der flytter kommune i løbet af analyseperioden fra de kommunale opgørelser. Det gælder både de faktiske opgørelser på kommuneniveau og i forbindelse med beregning af benchmarkingindikatoren, hvor der tages hensyn til kommunens rammevilkår.

3.3 Segregeret specialundervisning

I analysen fokuserer vi også på segregeret specialundervisning blandt psykisk syge elever. Segregerede specialundervisningselever defineres i denne analyse som elever, der modtager undervisning i et segregeret tilbud det vil sige i specialklasser samt på specialskoler, dagbehandlingstilbud og behandlingshjem. Denne afgrænsning følger Styrelsen for IT og Lærings opgørelsesmetode.

Opgørelsesperiode

I en tidligere analyse⁹ viste vi, at andel psykisk syge elever, der modtager segregeret specialundervisning, for alvor stiger i perioden efter den psykiatriske debut. Med det formål at rette fokus på segregeret specialundervisning i perioden efter den psykiatriske debut har vi fokuseret på elever, der har modtaget segregeret specialundervisning på et tidspunkt i løbet af skolegangen fra et år, før eleven debuterede i psykiatrien, og frem til og med 9. klasse.

Unge der flytter kommune

Såfremt eleven har flyttet kommune fra tidspunktet for psykiatrisk debut til afslutningen af 9. klasse, har vi valgt at ekskludere eleven fra de kommunale opgørelser. Det gælder både de faktiske opgørelser på kommuneniveau og i forbindelse med beregning af benchmarkingindikatoren, hvor der tages hensyn til kommunens rammevilkår.

3.4 Benchmark med kontrol for rammevilkår

Nogle af forskellene mellem kommunernes andel psykisk syge elever, der kommer i gang med ungdomsuddannelse, skyldes, at kommunerne har forskelligt elevgrundlag. Tilsvarende vil nogle af forskellene mellem kommuner i andel psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, være påvirket af forskelle i kommunernes socioøkonomiske sammensætning. Det er faktorer, som vi i denne forbindelse anser for kommunernes rammevilkår, og som har vist sig at have betydning for, hvorvidt eleverne med psykisk sygdom henholdsvis kommer i gang med en ungdomsuddannelse og modtager segregeret specialundervisning. For at korrigere for dette har vi udarbejdet en statistisk model, hvor der tages højde for forskelle i rammevilkår.

Rammevilkår er kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af kommunerne på kort eller mellemlangt sigt. Ved at tage højde for disse forskelle i rammevilkår bliver sammenligningen af kommunerne mere retvisende. Vi anvender en logistisk multilevel-model til at tage højde for forskelle i kommunernes rammevilkår. I bilag 3: "Metode" kan man finde de konkrete rammevilkår, vi har taget højde for i analysen, ligesom den statistiske model og metoden bag er beskrevet nærmere.

⁹ Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2021): Børn og unge med psykiatrisk debut.

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

I boks 3.1 fremgår det, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- *Benchmarkingindikator mindre end 0:* Kommunens andel af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse/der har modtaget segregeret specialundervisning, er lavere, end man kunne forvente på baggrund af elevgrundlaget. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på -1, at kommunens andel er 1 pct.-point lavere, end man kunne forvente på baggrund af elevgrundlaget.
- *Benchmarkingindikatoren er lig 0:* Kommunens andel af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse/der har modtaget segregeret specialundervisning, er lig med det forventede niveau.
- *Benchmarkingindikatoren er større end 0:* Kommunens andel af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse/der har modtaget segregeret specialundervisning, er højere, end man kunne forvente på baggrund af elevgrundlaget. For eksempel angiver en benchmarkingindikator på 1, at kommunens andel er 1 pct.-point højere, end man kunne forvente på baggrund af elevgrundlaget.

Opmærksomhedspunkter

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af kommunerne. Ved rangering af kommunerne er de derfor inddelt i kvintiler, således at der kun skelnes mellem kommuner, som ligger i den bedste femtedel, næstbedste femtedel og så videre. Dog vises top 10 og bund 10 også.

Mekanikken ved en statistisk model gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på det generelle niveau af andelen af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse. Man kan således ikke konkludere, at de kommuner, der klarer sig godt i benchmarkinganalysen, ikke potentielt kan øge deres andel yderligere.

På samme måde kan vi ikke konkludere, hvor mange elever med psykisk sygdom, der burde have modtaget segregeret specialundervisning. Det forventede niveau angiver alene, hvor mange elever der ville have modtaget segregeret specialundervisning i kommunen, hvis kommunens praksis fulgte den landsgennemsnitlige praksis. Det kan der være flere årsager til, at man ikke gør. Det kan eksempelvis være en kommunalpolitisk prioritering, at man i en kommune vil henvise enten flere eller færre psykisk syge elever til segregeret specialundervisning relativt til landsgennemsnittet, fordi man mener, at det er bedst for kommunens elever. Benchmarkinganalysen giver netop kommunerne viden om, hvorvidt de har færre eller flere elever, der modtager segregeret specialundervisning i forhold til, hvad man kan forvente ud fra kommunens elevgrundlag.

4 Overgang til ungdomsuddannelse

I dette kapitel sætter vi fokus på andelen af elever med psykisk sygdom, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Vi undersøger både de faktiske tal på landsplan og på kommuneniveau, udviklingen i disse og ser på andelen, når der tages højde for forskelle i kommunernes elevgrundlag.

I bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" kan du finde figurer med de mest centrale nøgletal fra dette kapitel for hver enkelt kommune. I bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" fremgår alle disse nøgletal i kommunefordelte tabeller.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Omkring 65 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom kommer i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Det gælder 90 pct. af elever uden psykisk sygdom.
 - Der er stor forskel mellem kommuner i andelen af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Andelen varierer fra 55 pct. til 82 pct. Dermed er der en forskel på hele 27 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel. I 12 kommuner var andelen under 60 pct., mens andelen i 16 kommuner var over 70 pct.
 - Selv efter der er taget højde for rammevilkår, er der stadig forskelle i andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse, på tværs af kommunerne. Benchmarkingindikatoren varierer fra -6,3 til 6,3. Det vil sige, at de to kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator har en andel, der er henholdsvis 6,3 pct.-point lavere og 6,3 pct.-point højere, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag.
-

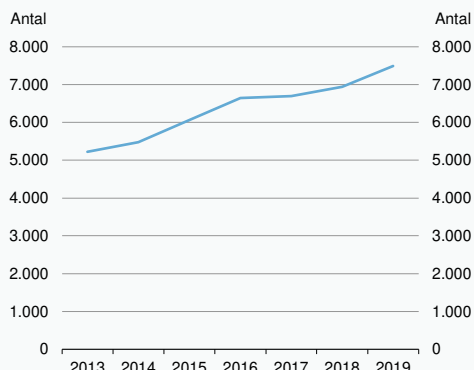
4.1 Overgang til ungdomsuddannelse på landsplan

I 2019 havde ca. 7.490 9. klasseselever på et tidspunkt af deres liv været forbi sygehuset som følge af en psykisk sygdom som ADHD, autisme, angst, stress og andre sygdomme, jf. figur 4.1. Det svarer til ca. 11 pct. af 9. klasseårgangen, eller ca. 2 elever fra hver klasse.

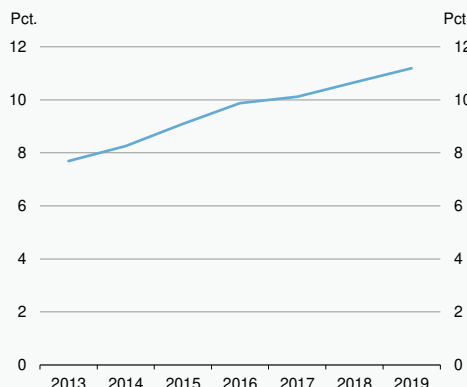
Antallet af 9. klasseselever med psykisk sygdom er steget fra ca. 5.220 blandt afgangsårgangen 2013 til ca. 7.490 blandt afgangsårgangen 2019, jf. figur 4.1, svarende til en stigning på 43 pct. Det indebærer, at andelen af 9. klasseselever med psykisk sygdom er steget fra knap 8 pct. til 11 pct., jf. figur 4.2

Figur 4.1

Antal 9. klasseselever med psykisk sygdom, afgangsårgange 2013-2019

**Figur 4.2**

Andel 9. klasseselever med psykisk sygdom, afgangsårgange 2013-2019

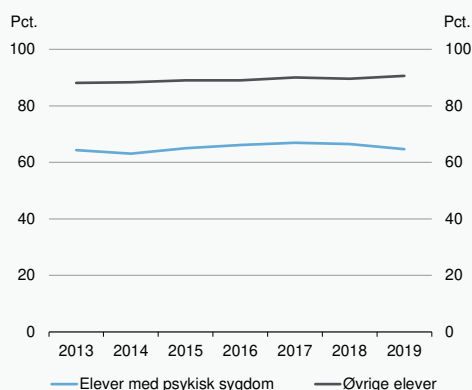


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

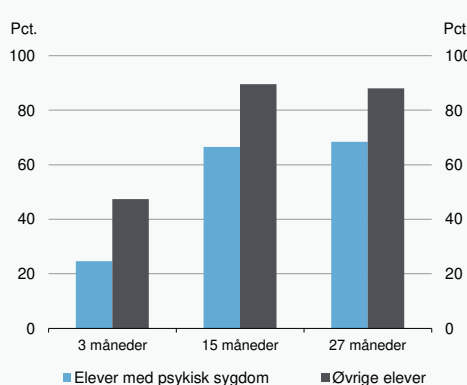
Omkring 65 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse, jf. figur 4.3. Til sammenligning er 90 pct. af elever uden psykisk sygdom i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Blandt elever med psykisk sygdom er andelen i gang med en ungdomsuddannelse lavest for afgangsårgangen 2014, hvor 63 pct. var i gang med en ungdomsuddannelse, mens den var højest for årgangen 2017, hvor 67 pct. var i gang.

Figur 4.3

Andel i gang med ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse fordelt på psykisk syge elever og øvrige elever, afgangsårgange 2013-2019

**Figur 4.4**

Andel i gang med en ungdomsuddannelse i forskellige tidsperioder efter 9. klasse fordelt på psykisk syge samt øvrige elever, afgangsårgang 2018



Anm.: For at kunne følge eleverne 2 år efter afsluttet 9. klasse bygger opgørelsen i højre figur på elever, som gik i 9. klasse i skoleåret 2017/2018.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Den nogenlunde konstante andel psykisk syge elever med overgang til ungdomsuddannelse skal ses i lyset af, at antallet af børn og unge, der har psykiske lidelser eller adfærdsmæssig forstyrrelser, har været stigende. Dette forhold synes umiddelbart ikke at have påvirket andelen, der kommer i gang med en ungdomsuddannelse.

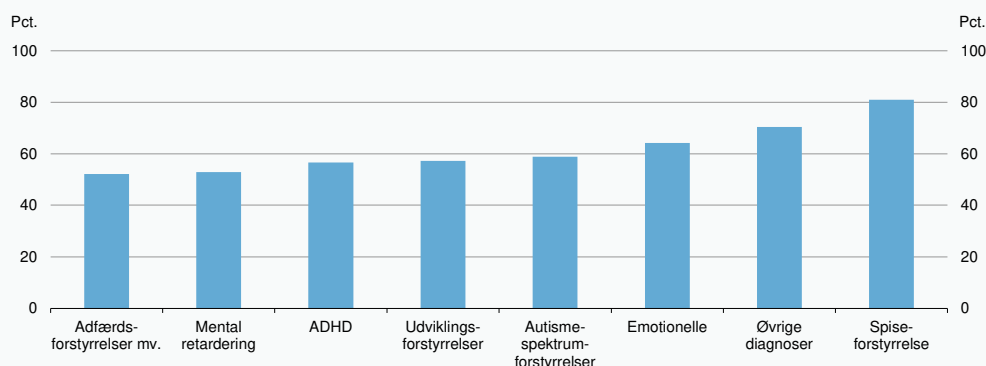
Det er derudover værd at bemærke, at andelen, der er i gang med en ungdomsuddannelse både blandt psykisk syge elever og øvrige elever, synes at være nogenlunde ens på tværs af 9. klasse årgange til trods for, at der fra skoleåret 2014/2015 blev indført et karakterkrav til bl.a. erhvervsuddannelserne og gymnasiale uddannelser. Tidligere havde der ikke været krav om, at eleverne skulle opnå bestemte karakterer for at få adgang til erhvervsuddannelserne og gymnasiale uddannelser.

Retter man fokus på andel elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 3 måneder efter 9. klasse, er dette tilfældet for hver fjerde elev med psykisk sygdom, jf. figur 4.4. Til sammenligning er næsten halvdelen af de øvrige elever i gang med en ungdomsuddannelse lige efter afsluttet 9. klasse. Generelt er andelen af elever i gang med en ungdomsuddannelse 27 måneder efter afsluttet 9. klasse på omtrent samme niveau som andelen 15 måneder efter 9. klasse. Det gælder både elever med psykisk sygdom og de øvrige elever.

De hyppigste diagnoser blandt 9. klasseselever er ADHD, emotionelle sygdomme som stress og angst, autismspektrumforstyrrelser, samt specifikke udviklingsforstyrrelser. På tværs af de enkelte psykiatriske diagnoser er der store forskelle på hvor mange børn, der kommer i gang med en ungdomsuddannelse, jf. figur 4.5. Mens blot lidt over halvdelen af børn og unge med adfærdsforstyrrelser og mental retardering er i gang med en ungdomsuddannelse et år efter 9. klasse, er dette tilfældet for 60 pct. af børn og unge med autismspektrumforstyrrelser og 80 pct. af børn og unge med spiseforstyrrelser.

Figur 4.5

Andel i gang med ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse fordelt på udvalgte diagnoser, afgangsårgang 2019



Anm.: Adfærdsforstyrrelser mv. omfatter diagnoserne adfærdsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, skizofreni eller anden psykotisk lidelse. Emotionelle sygdomme omfatter diagnoserne angst, tilpasnings- og belastningsreaktioner (stress) og depression. Øvrige diagnoser omfatter bl.a. tics, misbrugsdiagnoser, blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, og psykisk lidelse eller forstyrrelse uden nærmere specifikation.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

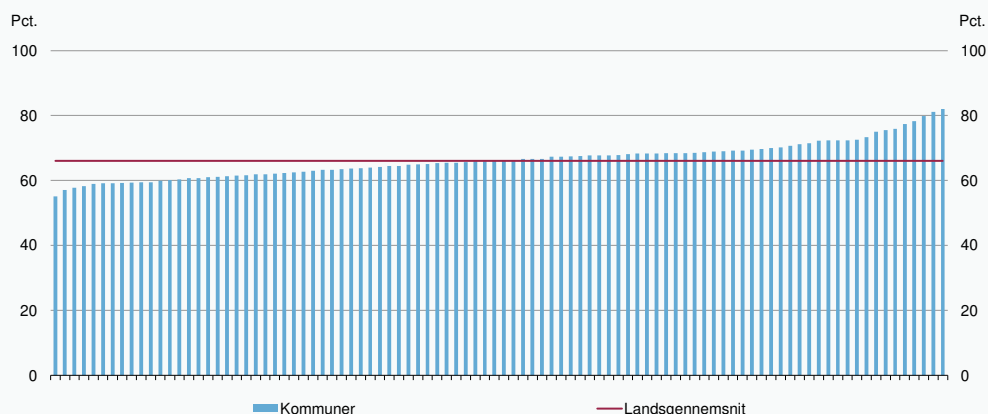
4.2 Overgang til ungdomsuddannelse på tværs af kommuner

For kommunerne er det i høj grad relevant at forholde sig til andelen af unge med psykisk sygdom, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse. For at have et tilstrækkeligt antal observationer i de enkelte kommuner har vi i det følgende set på 9. classes afgangsårgange 2016-2019 under ét. Det omfatter ca. 27.730 elever.

Der er store forskelle mellem kommuner i andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Andelen varierer fra 55 pct. til 82 pct., jf. figur 4.6. Dermed er der en forskel på hele 27 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel. I 12 kommuner var andelen under 60 pct., mens andelen i 16 kommuner var over 70 pct.

Figur 4.6

Andel psykisk syge elever i gang med ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse fordelt på kommuner, afgangsårgange 2016-2019

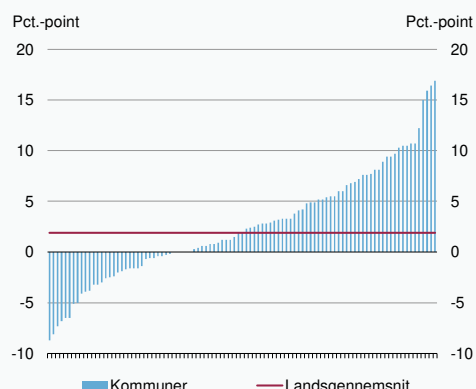


Anm.: Pga. for få observationer indgår de fire små ø-kommuner ikke i figuren.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Der er også store forskelle på tværs af kommunerne i udviklingen i andelen af psykisk syge elever i gang med en ungdomsuddannelse over tid. Figur 4.7 viser udviklingen fra afgangsårgange 2013-2015 til afgangsårgange 2016-2019. I de 10 kommuner med den største stigning er andelen øget med mere end 10 pct.-point, mens i de 10 kommuner med det største fald er andelen reduceret med mere end 4 pct.-point.

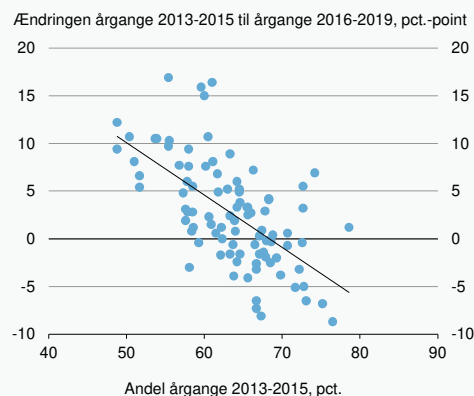
Figur 4.7

Ændringen i andel psykisk syge elever i gang med ungdomsuddannelse fordelt på kommuner, årgange 2013-2015 til 2016-2019



Figur 4.8

Sammenhæng mellem niveauet blandt årgange 2013-2015 og ændringen fra årgange 2013-2015 til årgange 2016-2019 på tværs af kommuner



Anm.: Pga. for få observationer indgår de fire små ø-kommuner ikke i figurerne. I figuren til venstre repræsenterer hver kommune en søjle, mens i figuren til højre repræsenterer hver kommune en prik. I figuren til højre er korrelation mellem de to indikatorer på -0,61, og den er signifikant på 5 pct.-niveau.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Forskelle i udviklingen på tværs af kommuner skal blandt andet ses i lyset af det niveau, de enkelte kommuner havde blandt årgange 2013-2015. Der er tale om en stærk negativ korrelation mellem andelen i gang med en ungdomsuddannelse blandt årgange 2013-2015 og udviklingen fra årgange 2013-2015 til årgange 2016-2019, jf. figur 4.8. Det betyder, at der er en generel tendens til, at kommuner med lav andel elever i gang med en ungdomsuddannelse blandt årgange 2013-2015, havde en større stigning fra årgange 2013-2015 til årgange 2016-2019 og omvendt.

Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Nogle af forskellene mellem kommunernes andel psykisk syge elever, der kommer i gang med en ungdomsuddannelse, skyldes, at kommunerne har forskelligt elevgrundlag. På individniveau drejer det sig om sygelighed og forældres baggrund målt i årene op til eleven gik i 9. klasse. På skole- og kommuneniveau drejer det sig fx om den gennemsnitlige velstand blandt forældrene. Da antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser varierer betydeligt på tværs af kommuner, har vi på kommuneniveau også kontrolleret for en række faktorer vedrørende psykisk sygdom blandt børn og unge i kommunen. Noget af forskellen mellem kommuner i andelen af børn og unge med psykiatriske diagnoser afhænger blandt andet af regional visitationspraksis til udredning på psykiatrisk sygehus. Derfor har vi også kontrolleret for andelen af børn og unge med psykiatriske diagnoser i bopælsregionen.

Det er alle faktorer, som vi i denne forbindelse anser for kommunernes rammevilkår, og som har vist sig at have betydning for, hvorvidt eleverne med psykisk sygdom kommer i gang med en ungdomsuddannelse. I kapitel 5 har vi undersøgt sammenhængen mellem disse faktorer og chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse.

I denne del af analysen tages der højde for forskelle i rammevilkår mellem kommuner ved at udregne en benchmarkingindikator ved hjælp af en statistisk model. Vi har beregnet den andel af 9. klasseselever med psykisk sygdom i hver enkelt kommune, der på baggrund af elevgrundlaget i kommunen forventes at være i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Den forventede andel anvender vi til at beregne en såkaldt benchmarkingindikator, som er forskellen mellem hver kommunes faktiske andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse, og den forventede andel.

Benchmarkingindikatoren viser dermed, hvorvidt en kommune har en højere eller lavere andel af elever med psykisk sygdom, der er i gang med en ungdomsuddannelse, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag. Fortolkningen af benchmarkingindikatoren fremgår af afsnit 3.4

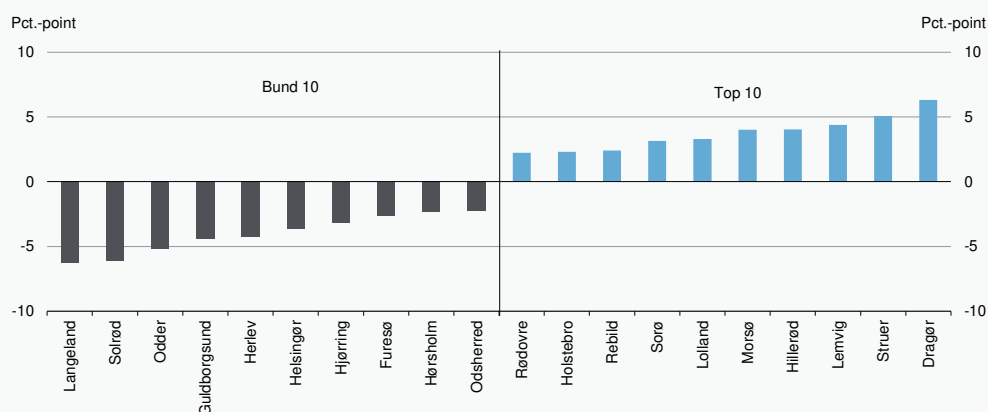
I figur 4.9 er kommunernes benchmarkingindikator for andelen af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse blandt afgangsårgangen 2016-2019, vist i kvintiler.

1. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har den højeste andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse, i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag. 5. kvartil er den femtedel af kommunerne, der har den laveste andel psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag.

I de 10 kommuner, der har de laveste benchmarkingindikatorer, er der gennemsnitligt 4 pct.-point færre elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse, end man kunne forvente ud fra elevgrundlaget, jf. figur 4.10. I de 10 kommuner, der har de højeste benchmarkingindikatorer, er der gennemsnitligt 3,7 pct.-point flere, der er i gang med en ungdomsuddannelse.

Figur 4.10

De ti kommuner med hhv. højest og lavest andel psykisk syge elever i gang med ungdomsuddannelse ift. forventet, afgangsårgange 2016-2019



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 2 "Kommunespecifikke nøgletal" kan du blandt andet se hver enkelt kommunes faktiske og forventede andel samt benchmarkingindikatoren.

5 Sammenhæng mellem baggrundsforhold og overgang til ungdomsuddannelse

I dette kapitel undersøger vi, hvilke sammenhænge der er mellem baggrundsforhold som elevsammensætning og skoleresultater på den ene side og på den anden side andelen af psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse et år efter afsluttet 9. klasse.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Analysen viser sammenhænge mellem en række socioøkonomiske faktorer vedrørende barnet og familien, og chancerne for at en psykisk syg elev kommer i gang med en ungdomsuddannelse et år efter afsluttet 9. klasse. Blandt andet finder vi, at chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse er større, hvis eleven havde tidlig psykiatrisk debut, mindre sygdomsbyrde i årene op til 9. klasse, hvis eleven havde et fritidsjob i 9. klasse, samt hvis forældrene har et højt uddannelsesniveau.
 - Vi finder også en række sammenhænge mellem elevens skoleresultater og chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Chancerne er større, når eleven havde lavt skolefravær, høj trivsel, klaret sig godt i nationale test i 6. klasse, taget afgangsprøver i 9. klasse og opnået gode resultater på afgangseksamen.
 - Elevens chancer til at komme i gang med en ungdomsuddannelse er større, når eleven går på en skole, hvor mange forældre har en erhvervskompetencegivende uddannelse. Omvendt er chancerne mindre, hvis der er en høj andel socialt udsatte elever blandt årgangen. Jo bedre afgangskarakter i dansk og matematik blandt skolens årgang, jo større er chancerne for at eleven kommer i gang med en ungdomsuddannelse.
-

5.1 Elevsammensætning

I det følgende undersøger vi hvilken sammenhæng, der er mellem henholdsvis elevsammensætning og skoleresultater på individ-, skole-, kommune- og regionsniveau på den ene side og overgangen til ungdomsuddannelse blandt psykisk syge elever på den anden side.

Analysen er foretaget på baggrund af den samme statistiske model som i benchmarkinganalysen i kapitel 4, hvor der netop blev taget højde for forskelle i elevgrundlag. Den statistiske model gør det muligt at tage højde for alle baggrundsforhold på samme tid. Det betyder, at når vi ser på resultaterne for fx forældrenes uddannelsesniveau, er der samtidigt taget højde for andre individuelle baggrundsforhold som elevens sygelighed samt elevsammensætningen på skolens 9. klasse årgang.

I boks 5.1 har vi fremhævet udvalgte resultater fra analysen. Resultaterne fra den fulde model kan ses i bilag 3 "Metode".

Boks 5.1

Sammenhæng mellem mest betydningsfulde rammevilkår og overgang til ungdomsuddannelse

Socioøkonomiske faktorer	Boligtype	▼	Når eleven bor i en lejlighed fremfor i ejerbolig, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
	Fritidsjob	▲	Når eleven har et fritidsjob, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse større
	Forældres uddannelsesniveau	▲	Jo højere uddannelsesniveau, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Morens arbejdsmarkedstilknnytning	▼	Når moren er arbejdsløs eller uden for arbejdsmarkedet frem for beskæftiget, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre. Vi fandt ingen sammenhæng med farens arbejdsmarkedstilknnytning og overgang til ungdomsuddannelse.
	Huller i tænderne	▼	Når eleven havde huller i tænderne tidligt i barndommen, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
Barnets helbred og udfordringer	Alder ved psykiatrisk debut	▲	Jo tidligere psykiatrisk debut, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Psykiatrisk speciale	▼	Når eleven var i kontakt med det psykiatriske speciale frem for det somatiske speciale på sygehuset, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
	Seneste psykiatriske sygehuskontakt	▲	Jo flere år der er gået siden den seneste psykiatriske sygehuskontakt, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Indlagt på psykiatrisk afdeling	▼	Når eleven inden for seneste 3 år var indlagt på en psykiatrisk afdeling, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
	Akut psykiatrisk kontakt	▼	Når eleven inden for seneste 3 år havde mindst én akut psykiatrisk kontakt, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
	Planlagte psykiatriske kontakter	▼	Jo flere planlagte psykiatriske ambulante kontakter inden for seneste 3 år, jo lavere er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Praktiserende psykiatri	▼	Når eleven inden for seneste 3 år havde mindst én kontakt hos praktiserende børne- og ungepsykiater, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
	Almen praksis	▼	Når eleven inden for seneste 3 år havde mere end 20 kontakter frem for 1 til 10 kontakter til almen praksis, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre.
	Antidepressive lægemidler	▼	Når eleven inden for seneste 3 år havde modtaget antidepressive lægemidler, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre
		▼	Når eleven har en specifik udviklingsforstyrrelse, autismespektrumforstyrrelse eller en adfærdsforstyrrelse frem for ADHD er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre.
	Psykiatriske diagnoser	▲	Når eleven har en spiseforstyrrelse frem for ADHD er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse større.
		▲ ▼	Der er derimod ikke fundet nogen sammenhænge for elever med emotionelle sygdomme som angst, tilpasnings- og belastningsreaktioner og depression eller for elever med mental retardering og chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Jo flere diagnoser, jo lavere er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Dog er chancerne mindre, når eleven har været i kontakt med det psykiatriske system uden at blive diagnosticeret sammenlignet med elever, der har én psykiatrisk diagnose.
Skoleårgang	Ordblindhed	▼	Når eleven er ordblind, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse mindre.
	Andel socialt udsatte	▼	Jo højere andel af skolens 9.klasse årgang der er socialt udsatte det vil sige har enten en anbringelse eller forebyggende foranstaltning, jo mindre er chancerne for at eleven komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Forældres uddannelsesniveau	▲	Jo højere forældrenes gennemsnitlige uddannelsesniveau blandt skolens 9. klasse årgang, jo større er chancerne for at eleven kommer i gang med en ungdomsuddannelse

Anm.: De udvalgte faktorer er signifikante på mindst 5 pct.-niveau.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Øvrige forhold

Ud over de forhold, der fremgår i tabel 5.1, har vi også kontrolleret for en række forhold, som ikke viste sig at være signifikante eller hvor sammenhænge ikke var så stærke. På individniveau er det faktorer som afstand til nærmeste erhvervsuddannelse og nærmeste gymnasiale uddannelse.

Herudover har vi også kontrolleret for en række faktorer på kommuneniveau. Det er blandt andet faktorer omkring kommunens sammensætning af befolkningen, herunder forældrene og børnene i kommunen. Baggrunden herfor er, at en mere udfordret befolkning i en kommune kan kræve flere ressourcer og øget faglighed i kommunen. Hertil kommer, at der er forskel mellem kommuner i, hvor stor en andel børn og unge har psykiatriske diagnoser. Det kan enten være, fordi der i nogle kommuner henvises flere børn og unge end i andre, men det kan også være, fordi forekomst af de forskellige diagnoser varierer mellem kommuner eller en kombination af disse. Disse forskelle kan medføre, at populationen af elever med psykisk sygdom kan være mere sygdomsmæssig udfordret end i andre kommuner. Vi fandt imidlertid ikke så mange signifikante sammenhænge mellem de forskellige faktorer på kommuneniveau og elevens chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse, når vi samtidigt har kontrolleret for en lang række faktorer på individniveau. Der er signifikante sammenhænge mellem andel socialt udsatte børn og unge i kommunen, andel børn med emotionelle psykiske sygdomme, autisme og mental retardering og en række øvrige diagnoser, således, at jo højere disse andele i kommunen, jo lavere chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse.

5.2 Elevens skoleresultater

Denne del af analysen er foretaget på baggrund af den samme statistiske model som i benchmarkinganalysen, hvor der så også er tilføjet en række faktorer vedrørende elevens egen skolegang og gennemsnitlige resultater fra 9. klasse årgangen på den enkelte elevs grundskole. Den statistiske model gør det muligt at tage højde for baggrundsforhold og skoleresultater på samme tid. Det betyder, at når vi ser på resultaterne for fx elevens afgangresultater, er der samtidigt taget højde for andre individuelle baggrundsforhold, øvrige individuelle forhold som elevfravær og trivsel samt elevsammensætningen og skoleresultaterne på skolens 9. klasse årgang.

De resultatindikatorer, vi undersøger i denne del af analysen indgår ikke i den model, som vi anvender i benchmarkinganalysen og sammenhænge med baggrundsforhold, fordi afgangresultaterne, trivsel, testresultater fra nationale test og elevens fravær kan ses som mål for skolens og kommunens performance på linje med overgangen til ungdomsuddannelse. Det er vigtigt at bemærke, at resultaterne i delanalysen her blot viser, om der er en sammenhæng mellem de enkelte variable og elevens chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Vi kan ikke ud fra denne analyse drage nogle konklusioner om effekten eller kausalitet af de enkelte resultatindikatorer.

I boks 5.2 har vi fremhævet udvalgte resultater fra analysen. Resultaterne fra den fulde model kan ses i bilag 3 "Metode".

Boks 5.2

Sammenhæng mellem mest betydningsfulde skoleresultater og overgang til ungdomsuddannelse

Egne skoleresultater	Resultater fra nationale test	▲	Jo højere resultater i de nationale test i dansk og matematik i 6. klasse, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Karaktermæssige adgangskrav	▲	Når eleven opfylder det karaktermæssige adgangskrav til en erhvervsuddannelse, er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse større
	Antal 9. klasseprøver	▲	Jo flere prøver eleven har taget i 9. klasse, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Gennemsnit ved folkeskolens afgangseksamen	▲	Jo bedre snit i 9. klasse blandt elever, der har aflagt 9. klassens afgangsprøve, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Gennemsnit i dansk	▲	Jo bedre karakter i dansk i 9. klasseprøverne, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Gennemsnit i matematik	▲	Jo bedre karakter i matematik i 9. klasseprøverne, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Elevtrivsel	▲	Jo højere generel trivsel i 9. klasse, jo større er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
	Elevfravær	▼	Jo højere fravær i 9. klasse, jo lavere er chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse
Årgangens resultater	Gennemsnit i dansk	▲	Jo bedre karakter i dansk i 9. klasseprøverne blandt skolens årgang, jo større er chancerne for, at eleven kommer i gang med en ungdomsuddannelse
	Gennemsnit i matematik	▲	Jo bedre karakter i matematik i 9. klasseprøverne blandt skolens årgang, jo større er chancerne for, at eleven kommer i gang med en ungdomsuddannelse

Anm.: De udvalgte faktorer er signifikante på mindst 5 pct.-niveau.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

6 Forløbet efter 9. klasse

I det følgende har vi undersøgt nærmere, hvilket forløb eleverne med psykisk sygdom har haft fra 9. klasse og frem til to år efter 9. klasse. Helt konkret dykker vi ned i status 3, 15 og 27 måneder efter afsluttet 9. klasse. For at kunne følge elever i to år efter 9. klasse baseres denne del af analysen på afgangsårgange 2016-2018.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Langt hovedparten af psykisk syge elever, der ikke er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse er ikke i gang med nogen form for uddannelse – det vil sige, at de heller ikke er i gang med en forberedende grunduddannelse (FGU), eller fortsat i grundskolen. Det kan dermed være relevant for kommunerne at være særligt opmærksom på disse elever – en stor del af dem kommer slet ikke i gang med en ungdomsuddannelse, heller ikke to år efter 9. klasse.
 - Analysen viser også, at en relativ stor del af eleverne med psykisk sygdom, hele 27 pct., bliver i grundskolen efter afsluttet 9. klasse. Lidt over halvdelen af disse kommer i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse, mens knap halvdelen ikke kommer i gang med nogen form for uddannelse – det vil sige heller ikke FGU.
 - Endelig er det værd at være opmærksom på psykisk syge elever, der afbryder deres ungdomsuddannelse. Det gælder særligt elever, der kommer i gang med en erhvervsfaglig uddannelse. Frafaldet på erhvervsuddannelserne 15 måneder efter 9. klasse er 39 pct. blandt psykisk syge elever.
-

6.1 Uddannelsesstatus 15 måneder efter 9. klasse

Analysen viser, at elever, der ikke er i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse, typisk heller ikke er i gang med andre former for uddannelse. Således er omkring 30 pct. af elever med psykisk sygdom ikke i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter 9. klasse, jf. figur 6.1. En nærmere analyse af elever, der ikke er i gang med nogen form for uddannelse, viser, at 77 pct. af disse heller ikke var i job.

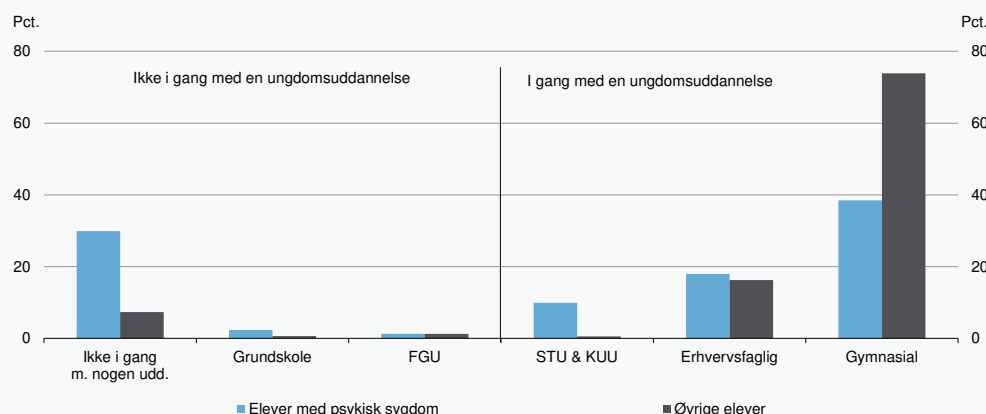
Omkring 4 pct. af eleverne er i gang med en forberedende grunduddannelse (FGU) eller stadig er i grundskolen. Det skal hertil bemærkes, at der i 2019 blev etableret ny FGU-uddannelse, som er målrettet de unge, der ikke umiddelbart er klar til en ungdomsuddannelse. Den nye FGU erstattede blandet andet de gamle produktionsskoler¹⁰. Opgøres uddannelsesstatus kun på baggrund af 2018/2019 afgangsårgangen, viser det sig, at knap 6 pct. af elever med psykisk sygdom er i gang med FGU 15 måneder efter afsluttet ungdomsuddannelse. Andelen af elever der ikke er i gang med nogen former for uddannelse udgør 26 pct. blandt 2018/2019 afgangsårgangen.

¹⁰ Af datamæssige årsager er det ikke muligt at opføre, hvorvidt en ung var i gang med en produktionsskoleuddannelse, og de indgår derfor i gruppen af unge der ikke er i gang med nogen form for uddannelse.

Blandt psykisk syge elever, der er i gang med en ungdomsuddannelse, er flertallet i gang med en gymnasial uddannelse. I alt er 39 pct. af psykisk syge elever i gang med en gymnasial uddannelse 15 måneder efter 9. klasse – dog er det næsten kun halvt så mange, som elever uden psykisk sygdom.

Figur 6.1

Status 15 måneder efter 9. klasse fordelt på psykisk syge elever og øvrige elever, afgangsårgange 2016-2018



Anm.: I 2019 blev KUU nedlagt og FGU etableret.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omvendt er en større andel af elever med psykisk sygdom i gang med en erhvervsfaglig uddannelse og STU sammenlignet med elever uden psykisk sygdom. Omkring 18 pct. af de psykisk syge elever er i gang med en erhvervsfaglig uddannelse, mens det tilsvarende gælder 16 pct. af elever uden psykisk sygdom. Omkring 10 pct. af elever med psykisk sygdom er i gang med særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU)¹¹. Til sammenligning er under 1 pct. af elever uden psykisk sygdom i gang med STU.

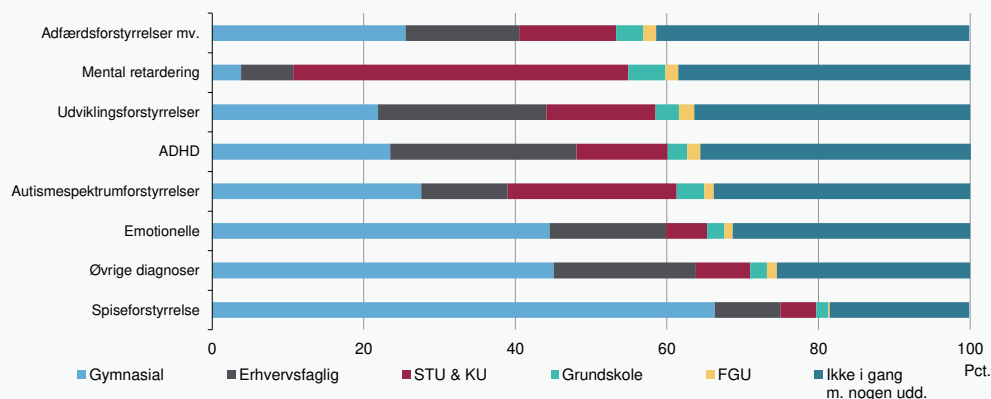
Der er store forskelle på, hvorvidt eleven er i gang med en uddannelse og i givet fald hvilken type uddannelse alt efter den psykiatriske diagnose, jf. figur 6.2.

Fx er 66 pct. af elever med spiseforstyrrelse i gang med en gymnasial uddannelse, mens det tilsvarende gælder 45 pct. af elever med emotionelle sygdomme som angst, stress og depression, og 24 pct. af elever med ADHD. Til gengæld er 25 pct. af elever med ADHD i gang med en erhvervsfaglig ungdomsuddannelse, mens denne andel er lavere for elever med alle andre diagnoser.

Omkring 44 pct. af elever med mental retardering er i gang med særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU), og tilsvarende gælder 22 pct. af eleverne med autismspektrumforstyrrelser.

Den højeste andel af elever, der ikke er i gang med nogen form for uddannelse, findes for elever med adfærdsforstyrrelser mv., hvor det er gældende for 41 pct. af disse elever.

¹¹ STU henvender sig til unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov, herunder bl.a. unge med ADHD og andre psykiske lidelser. STU er kun for unge, der ikke har mulighed for at gennemføre en anden ungdomsuddannelse. Med i denne opgørelse indgår også elever, der har taget en Kombineret Ungdomsuddannelse (KUU). KUU har været en toårig uddannelse for unge under 25 år, der ikke er parat til en erhvervsuddannelse, og som ikke har forudsætningerne for at gennemføre en erhvervsuddannelse eller en gymnasial uddannelse. KUU er nedlagt og fra den 1. august 2019 blevet en del af Forberedende grunduddannelse (FGU).

Figur 6.2**Status 15 måneder efter 9. klasse fordelt på udvalgte psykiatriske diagnoser, årgange 2016-2018**

Anm.: I 2019 blev KUU nedlagt og FGU etableret. Adfærdsforstyrrelser mv. omfatter diagnoserne adfærdsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, skizofreni eller anden psykotisk lidelse. Emotionelle sygdomme omfatter diagnoserne angst, tilpasnings- og belastningsreaktioner (stress) og depression. Øvrige diagnoser omfatter bl.a. fx tics, misbrugsdiagnoser, blandede adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser, og psykisk lidelse eller forstyrrelse uden nærmere specifikation.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I figur 6.3 og 6.4 har vi nærmere undersøgt forløbet fra 3 måneder efter 9. klasse til 27 måneder efter 9. klasse. Efter figurene beskrives resultaterne fra de to figurer.

SÅDAN LÆSES FIGURERNE

Figurene viser både status på et bestemt tidspunkt og bevægelser mellem uddannelsesstatus på forskellige tidspunkter. Yderst til venstre og yderst til højre i figurene vises status på et bestemt tidspunkt. Yderst i den venstre side af figur 6.3 ses status 3 måneder efter afsluttet 9. klasse, mens yderst i den højre side af figuren ses status 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. På samme vis kan man yderst til venstre i figur 6.4 se status 15 måneder efter 9. klasse og yderst til højre kan man se status 27 måneder efter 9. klasse.

I midten af figurene vises bevægelserne mellem de to perioder. Figurene giver både information om, hvilken uddannelsesstatus eleverne bevæger sig hen til – det vil sige bevægelsen fra venstre til højre del af figuren, men også fra hvilket uddannelsesstatus eleverne kom fra – det vil sige bevægelsen fra højre til venstre side af figuren.

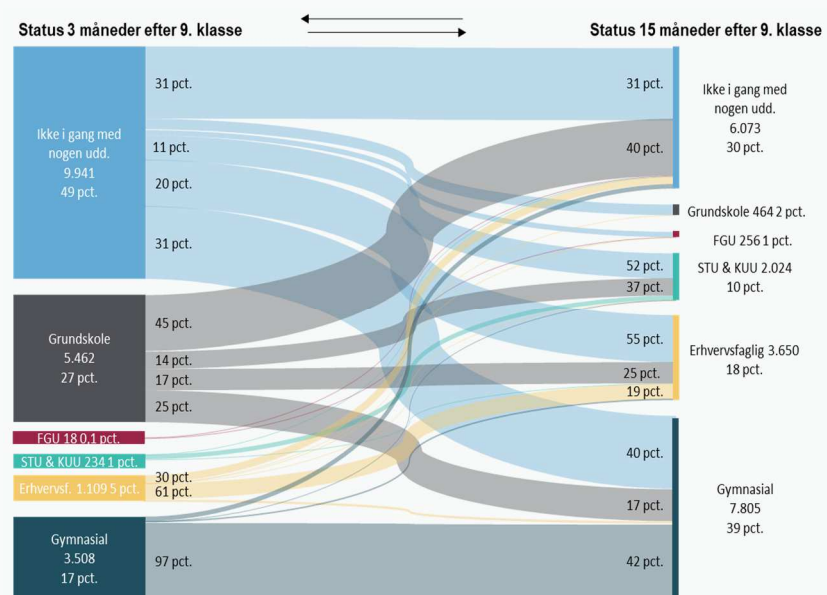
Eksempel på status: Figur 6.3 viser, at 49 pct. af eleverne med psykisk sygdom ikke var i gang med nogen form for uddannelse 3 måneder efter 9. klasse (illustreret ved den første kasse yderst til venstre i figuren). 15 måneder efter 9. klasse var 30 pct. af eleverne ikke i gang med nogen form for uddannelse (illustreret ved den første lodrette streg yderst til højre i figuren).

Eksempel på hvilken uddannelsesstatus eleverne bevæger sig hen til? Figur 6.3 viser, at ud af de elever, der ikke var i gang med nogen form for uddannelse 3 måneder efter 9. klasse, var 31 pct. heller ikke i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter 9. klasse (illustreret ved den første bjælke i midten af figuren). Andel er beregnet ud af bestanden af elever, der ikke var i gang med en uddannelse 3 måneder efter 9. klasse).

Eksempel på hvilken uddannelsesstatus eleverne kommer fra? Figur 6.3 viser, at ud af de elever, der ikke var i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse, var 51 pct. heller ikke i gang med nogen form for uddannelse 3 måneder efter 9. klasse. (illustreret ved den første bjælke i midten af figuren). Andel er beregnet ud af bestanden af elever, der ikke var i gang med en uddannelse 15 måneder efter 9. klasse).

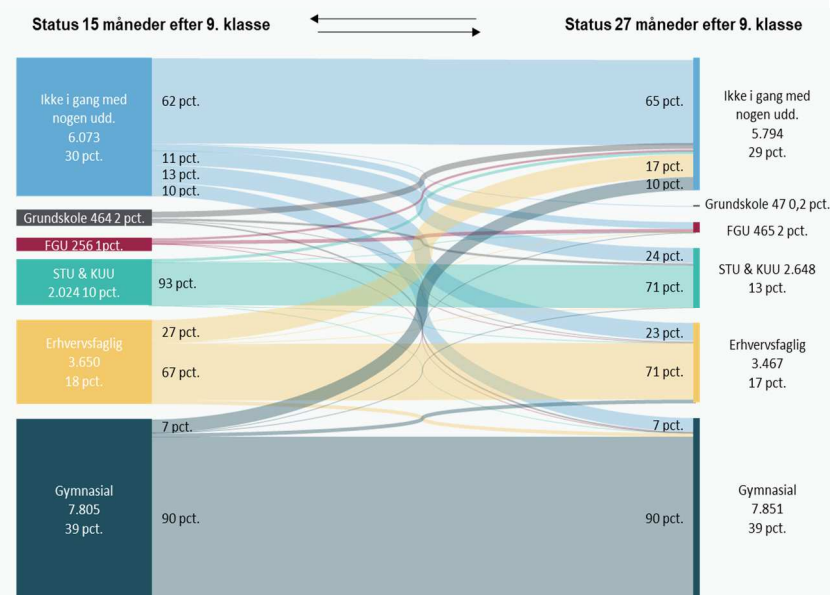
Figur 6.3

Status fra 3 måneder efter afsluttet 9. klasse til 15 måneder efter afsluttet 9. klasse, afgangsårgange 2016-2018



Figur 6.4

Status fra 15 måneder efter afsluttet 9. klasse til 27 måneder efter afsluttet 9. klasse, afgangsårgange 2016-2018



Anm.: I 2019 blev KUU nedlagt og FGU etableret.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.2 Status fra 3 til 15 måneder efter 9. klasse

Figur 6.3 viser status 3 måneder efter 9. klasse til 15 måneder efter samt bevægelsen af eleverne mellem uddannelsesstatus på de to tidspunkter. Yderst i den venstre side af figur 6.3 ses status 3 måneder efter afsluttet 9. klasse, mens yderst i den højre side af figuren ses status 15 måneder efter afsluttet 9. klasse.

Analysen viser, at 49 pct. af eleverne med psykisk sygdom ikke var i gang med nogen form for uddannelse 3 måneder efter 9. klasse. Omkring 27 pct. var fortsat i grundskolen, 17 pct. var i gang med en gymnasial ungdomsuddannelse, mens 5 pct. var kommet i gang med en erhvervsuddannelse, jf. figur 6.3.

I det følgende fokuserer vi på bevægelsen i status fra 3 måneder efter 9. klasse til 15 måneder efter 9. klasse. Vi starter først med at fokusere på bevægelsen af eleverne fra 3 måneder til 15 måneder og ønsker at besvare spørgsmålet om, hvilken uddannelsesstatus eleverne bevæger sig hen til? Derefter undersøger vi den modsatte bevægelse og besvarer spørgsmålet om, hvilken uddannelsesstatus eleverne kommer fra?

Hvilken uddannelsesstatus bevæger eleverne sig hen til?

Figur 6.3 viser, at ud af de elever, der ikke var i gang med nogen form for uddannelse lige efter 9. klasse, var en ganske stor del heller ikke i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter (den første lyseblå bjælke der går fra status 3 måneder efter afsluttet 9. klasse til 15 måneder efter afsluttet 9. klasse i figur 6.3). Mere præcist var 31 pct. af den gruppe heller ikke i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Samme andel, 31 pct., kom i gang med en gymnasial uddannelse 15 måneder efter 9. klasse. Omkring 20 pct. kom i gang med en erhvervsfaglig uddannelse, mens 11 pct. kom i gang med en STU.

Tager vi udgangspunkt i den gruppe af elever med psykisk sygdom, der 3 måneder efter 9. klasse fortsat var i grundskolen, var 45 pct. af dem ikke i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Omkring 25 pct. var i gang med en gymnasial uddannelse, og resten var enten i gang med en erhvervsuddannelse eller STU.

Omkring 60 pct. af eleverne, der var i gang med en erhvervsuddannelse 3 måneder efter 9. klasse var fortsat i gang med erhvervsuddannelsen 15 måneder efter, mens 30 pct. af dem ikke længere var i gang med nogen form for uddannelse. 8 pct. er kommet i gang med en gymnasial uddannelse, mens omkring 1 pct. kom i gang med en af de øvrige uddannelser. Det indebærer, at frafaldet på erhvervsuddannelserne 15 måneder efter 9. klasse blandt psykisk syge elever, der kom i gang med uddannelsen umiddelbart efter 9. klasse er 39 pct.

Stort set alle elever, der kom i gang med en gymnasial uddannelse 3 måneder efter 9. klasse, var stadig i gang med uddannelsen 15 måneder efter 9. klasse.

Hvilken uddannelsesstatus kommer eleverne fra?

I den højre side af figur 6.3 ses uddannelsesstatus 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Fx viser figuren, at 15 måneder efter 9. klasse var 30 pct. af eleverne ikke i gang med nogen form for uddannelse (illustreret ved den første sorte streg yderst til højre i figuren).

For at blive klogere på hvilken uddannelsesstatus eleverne kommer fra, fokuserer vi i det følgende på bevægelsen fra højre side af figuren til venstre. Analysen viser, at omkring halvdelen af elever,

der ikke var i gang med nogen form for uddannelse 15 måneder efter 9. klasse, heller ikke var i gang med nogen form for uddannelse lige efter 9. klasse, og 40 pct. af denne gruppe var fortsat i grundskolen. De resterende knap 10 pct. af dem, der ikke var i gang med en ungdomsuddannelse 15 måneder efter 9. klasse, var i gang med en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse året før og er altså frafaldet fra uddannelserne.

Omkring halvdelen af de elever, der 15 måneder efter 9. klasse var i gang med STU og KUU, var ikke i gang med nogen form for uddannelse året før, mens 37 pct. var i grundskolen.

Mere end halvdelen af eleverne, der 15 måneder efter 9. klasse var i gang med en erhvervsfaglig uddannelse, var ikke i gang med nogen form for uddannelse året før, og 25 pct. var fortsat i grundskolen, mens under 20 pct. også var i gang med erhvervsfaglig uddannelse året før. Samme tendens ses for elever, der 15 måneder efter 9. klasse var i gang med en gymnasial uddannelse, hvor 42 pct. af eleverne også var i gang med en gymnasial uddannelse året før, mens de resterende var enten ikke i gang med nogen form for uddannelse, eller også var de fortsat i grundskolen.

6.3 Status fra 15 til 27 måneder efter 9. klasse

Figur 6.4 viser status 15 måneder efter 9. klasse (yderst til venstre i figuren), status 27 måneder efter 9. klasse (yderst til højre) samt bevægelsen af eleverne mellem de enkelte uddannelser (i midten af figuren). Generelt kan vi konstatere, at der ikke er lige så meget bevægelse i uddannelsesstatus fra 15 måneder efter afsluttet 9. klasse til 27 måneder efter afsluttet 9. klasse, som der var mellem 3 og 15 måneder efter afsluttet 9. klasse. Det kan indikere, at det er vigtigt at sikre en god overgang til ungdomsuddannelse enten lige efter 9. klasse eller senest 15 måneder efter 9. klasse for eleverne med psykisk sygdom. Samtidigt viser analysen, at til trods for en vis bevægelse i uddannelsesstatus, er andele yderst i den venstre side af figur 6.4 stort set uændrede i forhold til andele yderst i den højre side af figuren. Det indebærer, at selvom nogle elever med psykisk sygdom kommer i gang med en ungdomsuddannelse først 27 måneder efter 9. klasse er der omtrent lige så mange der afbryder deres uddannelse.

Hvilken uddannelsesstatus bevæger eleverne sig hen til?

En del af gruppen af elever, der 15 måneder efter 9. klasse ikke var i gang med nogen former for uddannelse, kom i gang med en uddannelse året efter, det vil sige 27 måneder efter 9. klasse, mens flertallet stadig ikke var i gang med en uddannelse. Mere præcist var omkring hver tredje af dem, der ikke var i gang efter 15 måneder, kommet i gang med enten en gymnasial, erhvervsfaglig uddannelse eller STU. Ca. 5 pct. kom i gang med FGU, mens de resterende 62 pct. fortsat ikke var i gang med en uddannelse.

De erhvervsfaglige uddannelser oplever et større frafald af elever med psykisk sygdom. Således var 27 pct. af eleverne, der 15 måneder efter 9. klasse var i gang med en erhvervsfaglig uddannelse, ikke længere i gang med uddannelsen 27 måneder efter 9. klasse. Tilsvarende frafald på gymnasiale uddannelse er på 7 pct. Til gengæld er der ikke så meget frafald på STU.

Hvilken uddannelsesstatus kommer eleverne fra?

Selvom der er et vis frafald fra de erhvervsfaglige og gymnasiale uddannelser, er andelen i gang med henholdsvis en erhvervsfaglig og gymnasial uddannelse nogenlunde ens to år efter 9. klasse som et år efter 9. klasse. Det skyldes, at nye elever er kommet til. Ud af hele gruppen af elever, der var i gang med en erhvervsfaglig uddannelse 27 måneder efter 9. klasse, var 71 pct. også i gang med uddannelsen 15 måneder efter 9. klasse, mens de resterende 29 pct. er nye elever.

7 Segregeret specialundervisning

I dette kapitel retter vi fokus på kommunale forskelle i segregeret specialundervisning på et tidspunkt i løbet af skolegangen blandt 9. klasseselever med psykisk sygdom. Forskellene mellem kommunerne kan blandt andet skyldes forskelle i kommunernes sammensætning af elever med psykisk sygdom. Derfor sammenligner vi kommunernes andel, der modtog segregeret specialundervisning, mens vi tager højde for forskelle i kommunernes elevgrundlag. Elevgrundlaget kan i den forbindelse betragtes som et rammevilkår for den enkelte kommune.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Omkring 35 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom har på et tidspunkt efter deres psykiatriske debut modtaget segregeret specialundervisning. Det tilsvarende gælder omkring 4 pct. af elever uden psykisk sygdom.
- Der er stor forskel mellem kommuner i andelen af psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning. Andel varierer fra 13 pct. til 48 pct. på tværs af kommunerne. Dermed er der en forskel på hele 35 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel.
- Selv efter der er taget højde for rammevilkår, er der stadig forskel i andelen af psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning på tværs af kommunerne. Benchmarkingindikatoren for segregeret specialundervisning varierer fra -11,9 til 9,2. Det vil sige, at de to kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator har en andel af psykisk syge elever, der får specialundervisning, som er henholdsvis 11,9 pct.-point lavere og 9,2 pct.-point højere, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag.

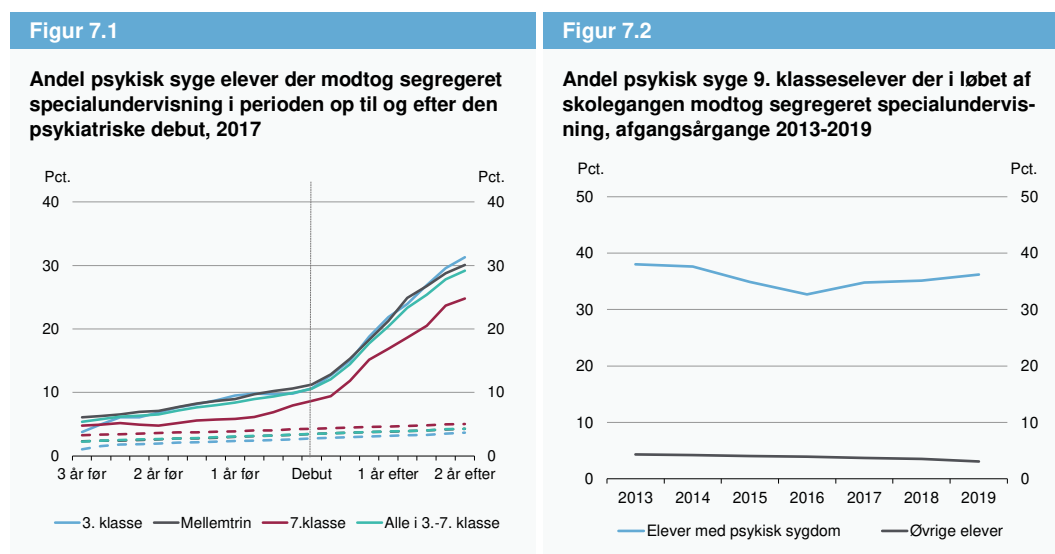
7.1 Segregeret specialundervisning på landsplan

Henvisning til segregeret specialundervisning sker på baggrund af en konkret vurdering af det undervisningsmæssige behov og kan ikke alene ske på baggrund af en diagnose. I en tidligere analyse viste vi dog, at andelen, der modtager segregeret specialundervisning blandt psykisk syge elever, først for alvor stiger et til to år efter den psykiatriske debut¹². Tre år inden den psykiatriske debut modtog 5 pct. af eleverne segregeret specialundervisning stigende til næsten 10 pct. i løbet af det samme kvartal som den psykiatriske debut, mens to år efter debuten var dette gældende for lige knap 30 pct., jf. figur 7.1. Det tyder dermed på, at igangsættelse af segregeret specialundervisning til psykisk syge børn og unge synes at være i høj grad afhængig af, hvornår eleven modtog en psykiatrisk diagnose.

I denne del af analysen har vi derfor valgt at undersøge hvorvidt 9. klasseselever med psykisk sygdom har modtaget segregeret specialundervisning på et tidspunkt i løbet af skolegangen, målt omkring den psykiatriske debut og til og med 9. klasse. I nogle tilfælde kan det desuden være, at barnet først startede med at modtage segregeret specialundervisning for derefter at blive henvist til udredning i det psykiatriske sygehusvæsen. Derfor medtages segregeret specialundervisning fra et år

¹² Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2021) – Børn og unge med psykiatrisk debut

inden psykiatrisk debut. Elever, der modtog segregeret specialundervisning mere end et år inden den psykiatriske debut, er ekskluderet af denne del af analysen.



Anm.: Perioden i venstre figur er inddelt kvartalsvis. De stiplede linjer angiver andele for alle øvrige børn og unge i samme aldersgruppe. For disse børn og unge er referencetidspunktet en tilfældig dato i 2017.

Kilde: Danmarks Statistik, Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed (2021) – Børn og unge med psykiatrisk debut og egne beregninger.

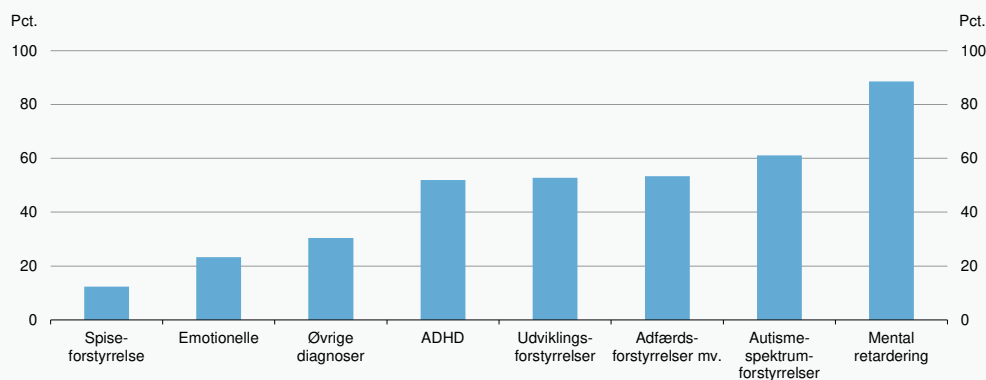
Omkring 35 pct. af 9. klasseselever med psykisk sygdom har på et tidspunkt siden den psykiatriske debut modtaget segregeret specialundervisning, jf. figur 7.2. Der er visse forskelle mellem de forskellige årgange. Højest andel var blandt 2013-årgangen, hvor 38 pct. har modtaget segregeret specialundervisning, og lavest andel var blandt 2016-årgangen, hvor 33 pct. har modtaget segregeret specialundervisning. Til sammenligning har omkring 4 pct. af 9. klasseselever uden psykisk sygdom modtaget segregeret specialundervisning på et tidspunkt i løbet af deres skolegang.

På tværs af de enkelte psykiatriske diagnoser er der store forskelle på hvor stor en andel elever, der modtog segregeret specialundervisning, jf. figur 7.3.

Langt hovedparten af elever med mental retardering modtog segregeret specialundervisning, mens det tilsvarende gjaldt over halvdelen af eleverne med ADHD, specifikke udviklingsforstyrrelser og adfærdsførstyrrelser, og knap hver fjerde elev med emotionelle sygdomme som angst, depression og stress.

Figur 7.3

Andel 9. klasseselever der i løbet af skolegangen modtog segregeret specialundervisning fordelt på diagnoser, afgangsårgange 2016-2019



Anm.: Adfærdsforstyrrelser mv. omfatter diagnoserne adfærdsforstyrrelse, tilknytningsforstyrrelse, skizofreni eller anden psykotisk lidelse. Emotionelle sygdomme omfatter diagnoserne angst, tilpasnings- og belastningsreaktioner (stress) og depression. Øvrige diagnoser omfatter bl.a. tics, misbrugsdiagnoser, blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser, og psykisk lidelse eller forstyrrelse uden nærmere specifikation.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

7.2 Segregeret specialundervisning på tværs af kommuner

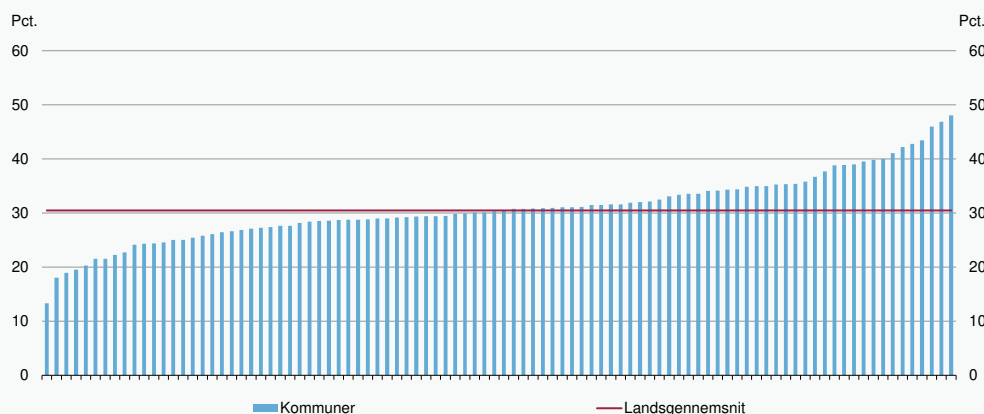
I det følgende har vi set på forskelle mellem kommuner i andelen af psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning i løbet af skolegangen. Elever, der flytter mellem kommuner i perioden fra psykiatrisk debut til 9. klasse, er ekskluderet af denne del af analysen. Det skyldes, at både tilflytter- og fraflytterkommuner kunne have iværksat specialundervisning. Det kan heller ikke udelukkes, at forældrene til børn med psykisk sygdom flytter til kommuner, som de vurderer, har gode tilbud. Det kan derfor være svært at vurdere, hvilken kommune eleverne, der flytter kommune, skulle tilføres¹³. For at have et tilstrækkeligt antal observationer i de enkelte kommuner har vi også i denne del af analysen set på 9.klasses afgangsårgange 2016-2019 under ét. Det omfatter ca. 23.420 elever.

På tværs af kommunerne er der store forskelle på andel, der modtog segregeret specialundervisning. Andelen varierer fra 13 pct. til 48 pct., jf. figur 7.4. Dermed er der en forskel på hele 35 pct.-point mellem den kommune, der havde den laveste andel, og den kommune der havde den højeste andel.

¹³ Andel, der har modtaget segregeret specialundervisning blandt psykisk syge elever, og som ikke har flyttet kommune, er lidt lavere end blandt hele gruppen af elever med psykisk sygdom. På landsplan modtog omkring 30 pct. af elever, der ikke flyttede kommune siden psykiatrisk debut segregeret specialundervisning, jf. figur 7.4, mens andelen for hele gruppen af elever med psykisk sygdom var ca. 35 pct. blandt afgangsårgangene 2016-2019, jf. figur 7.2. Forskellen indebærer, at elever der flyttede kommuner, modtog segregeret specialundervisning i højere grad, end elever der blev i samme kommune.

Figur 7.4

Andel 9. klasses psykisk syge elever der i løbet af skolegangen modtog segregeret specialundervisning fordelt på kommuner, afgangsårgange 2016-2019



Anm.: Pga. for få observationer indgår de fire små ø-kommuner ikke i figuren
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Nogle af forskellene mellem kommunernes andel psykisk syge elever, der modtog segregeret specialundervisning, vil være påvirket af forskelle i kommunernes socioøkonomiske sammensætning. Vi har derfor taget højde for forskelle i en række faktorer på individ-, kommune- og regionsniveau. Det drejer sig på individniveau om demografiske karakteristika, sygelighed, ressourcer og forældres baggrund målt på det tidspunkt, barnet debuterede i psykiatrien. Vi tager også hensyn til, hvilken alder barnet havde på debuttidspunktet, og dermed hvor meget tid kommunen havde til at igangsætte specialundervisning, inden eleven kom i 9. klasse. På kommuneniveau drejer det sig fx om den gennemsnitlige velstand blandt forældrene samt en række faktorer vedrørende psykisk sygdom blandt børn og unge i kommunen. Igen har vi også her kontrollet for andelen af børn og unge med psykiatriske diagnoser i bopælsregionen, da det blandt andet kan afhænge af regional visitationspraksis. Det er alle faktorer, som vi i denne forbindelse anser for kommunernes rammevilkår, og som har vist sig at have betydning for, hvorvidt eleverne med psykisk sygdom har modtaget segregeret specialundervisning.

I denne del af analysen tages der højde for forskelle i rammevilkår mellem kommuner ved at udregne en benchmarkingindikator ved hjælp af en statistisk model. Vi har beregnet den andel af 9. klasseselever med psykisk sygdom i hver enkelt kommune, der på baggrund af elevgrundlaget i kommunen forventes at have modtaget segregeret specialundervisning i løbet af skolegangen. Den forventede andel anvender vi til at beregne en såkaldt benchmarkingindikator, som er forskellen mellem hver kommunes faktiske andel psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, og den forventede andel.

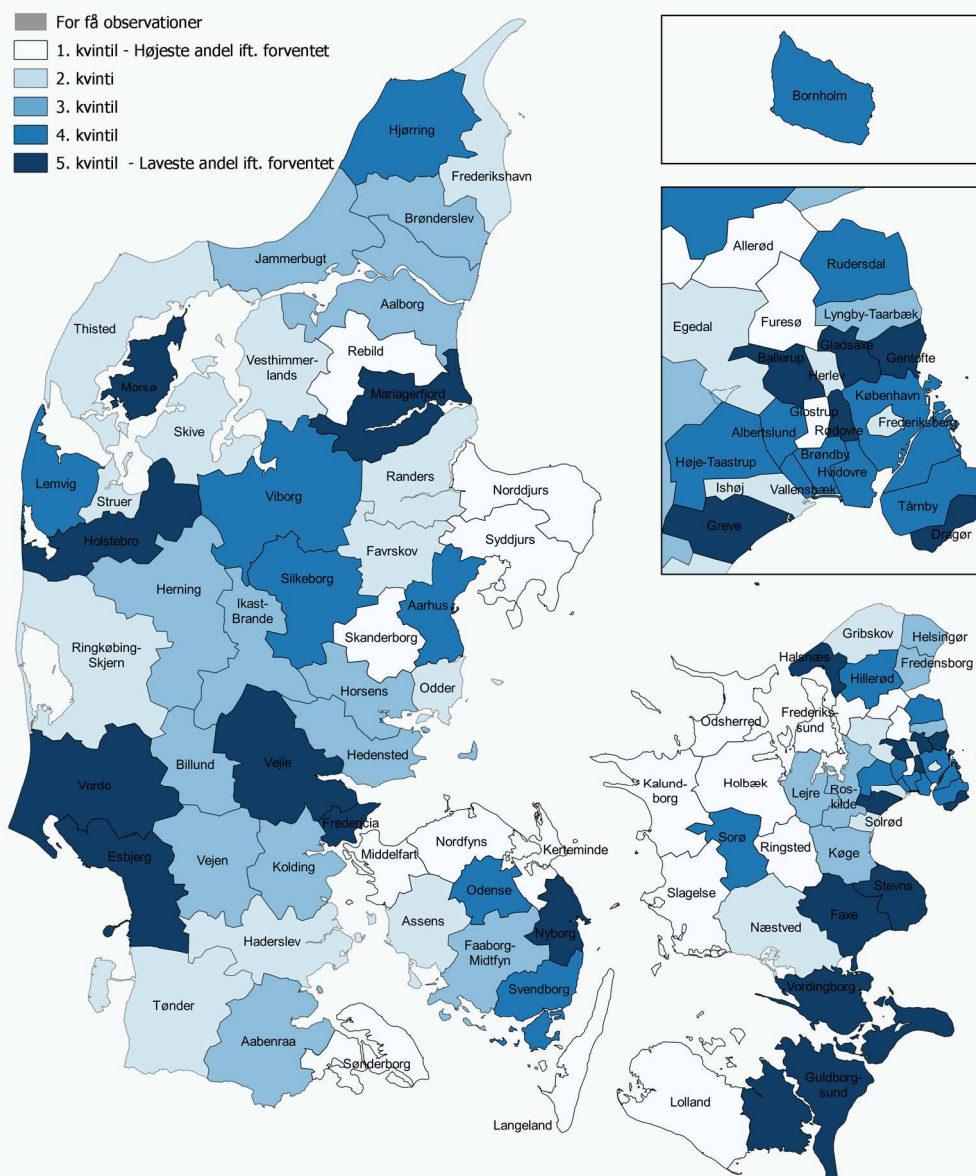
Benchmarkingindikatoren viser dermed, hvorvidt en kommune har en højere eller lavere andel af elever med psykisk sygdom, der har modtaget segregeret specialundervisning, end man kunne forvente ud fra kommunens rammevilkår. Fortolkningen af benchmarkingindikatoren fremgår af afsnit 3.4.

I figur 7.5 er kommunernes benchmarkingindikator for andelen af psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning blandt afgangsårgangene 2016-2019, vist i kvintiler.

1. kvintil er den femtedel af kommunerne, der har den højeste andel psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag. 5. kvintil er den femtedel af kommunerne, der har den laveste andel psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af kommunens elevgrundlag.

Figur 7.5

Benchmarkingindikator for andel psykisk syge elever med segregeret specialundervisning, afgangsårgange 2016-2019



Anm.: Pga. for få observationer indgår de fire små ø-kommuner ikke i figuren 1. kvintil dækker over den femtedel af kommunerne, som har den højeste andel af elever i segregeret specialundervisning i forhold til, hvad man kan forvente på baggrund af elevgrundlaget. 5. kvintil dækker omvendt over den femtedel af kommunerne, der har den laveste andel i forhold til, hvad man kan forvente på baggrund af elevgrundlaget.

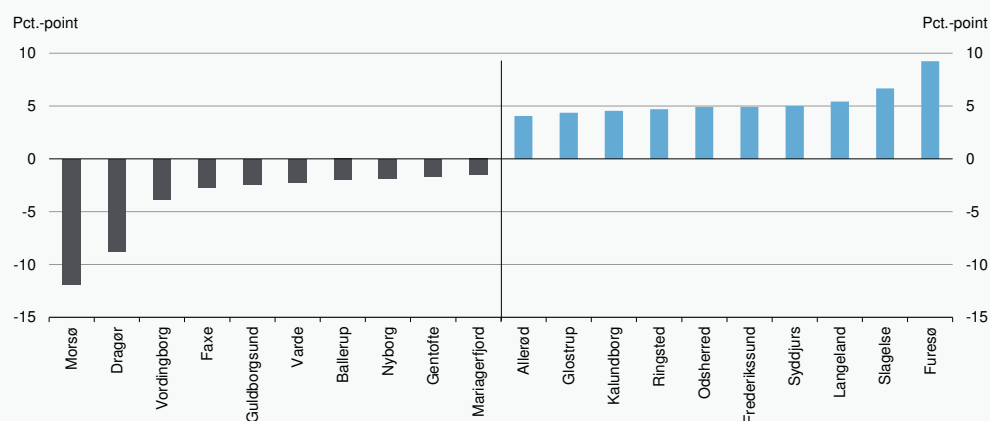
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Benchmarkingindikatoren varierer fra -11,9 til 9,2. Det vil sige, at de to kommuner med den laveste og højeste benchmarkingindikator har en andel af psykisk syge elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, som er henholdsvis 11,9 pct.-point lavere og 9,2 pct.-point højere, end man kunne forvente ud fra kommunens elevgrundlag. Dermed viser benchmarkingindikatoren, at der også er markante forskelle mellem kommunernes andel, når der tages højde for kommunernes elevgrundlag.

I de 10 kommuner, der har de laveste benchmarkingindikatorer, er der gennemsnitligt 3,9 pct.-point færre elever, der har modtaget segregeret specialundervisning, end man kunne forvente ud fra elevgrundlaget, jf. figur 7.6. I de 10 kommuner, der har de højeste benchmarkingindikatorer, er der gennemsnitligt 5,4 pct.-point flere, der har modtaget segregeret specialundervisning, end man kunne forvente.

Figur 7.6

De ti kommuner med hhv. lavest og højest segregeringsprocent ift. forventet blandt psykisk syge elever



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1 "Sådan placerer din kommune sig" og bilag 2 "Kommunespecifikke nøgletal" kan du blandt andet se hver enkelt kommunes faktiske og forventede andel samt benchmarkingindikatoren for andel elever med psykisk sygdom, der modtog segregeret specialundervisning.

8 Sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse

I analysen finder vi, at der er forskelle på tværs af kommuner i forhold til hvor godt de klarer sig med hensyn til overgangen til ungdomsuddannelse blandt elever med psykisk sygdom, og vi finder også store kommunale forskelle i forhold til hvorvidt psykisk syge elever bliver visiteret til segregeret specialundervisning eller ej. Det er derfor relevant at vide, om der synes at være en sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgangen til ungdomsuddannelse blandt elever med psykisk sygdom.

I dette kapitel har vi dels undersøgt, om vi på kommuneniveau kan spore en sammenhæng mellem andel elever, der modtog segregeret specialundervisning og andelen med overgangen til ungdomsuddannelse, når der er taget højde for kommunale rammevilkår. Dels har vi undersøgt, om segregeret specialundervisning på individniveau synes at påvirke psykisk syge elevers overgang til ungdomsuddannelse for udvalgte elever.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Vi finder ikke en generel sammenhæng mellem, hvor godt kommunerne klarer sig i forhold til andelen i ungdomsuddannelse og andelen, der modtog segregeret specialundervisning, når man tager højde for kommunernes rammevilkår.
 - Analysen af sammenhænge på individniveau bekræfter dette fund. Når vi ser på gruppen af elever med psykisk sygdom, der i nogle kommuner vil modtage segregeret specialundervisning og i andre kommuner ikke, - det vil sige "gråzoneelever" - kan vi *ikke* konkludere, om segregeret specialundervisning fører til højere eller lavere chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.
 - Samme konklusion gælder også de udvalgte segmenter af psykisk syge "gråzoneelever". Samlet set finder vi ikke nogen signifikant påvirkning af segregeret specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse blandt "gråzoneelever", hverken for drenge, piger, elever med udvalgte diagnoser, forældres uddannelsesniveau eller andre grupper.
-

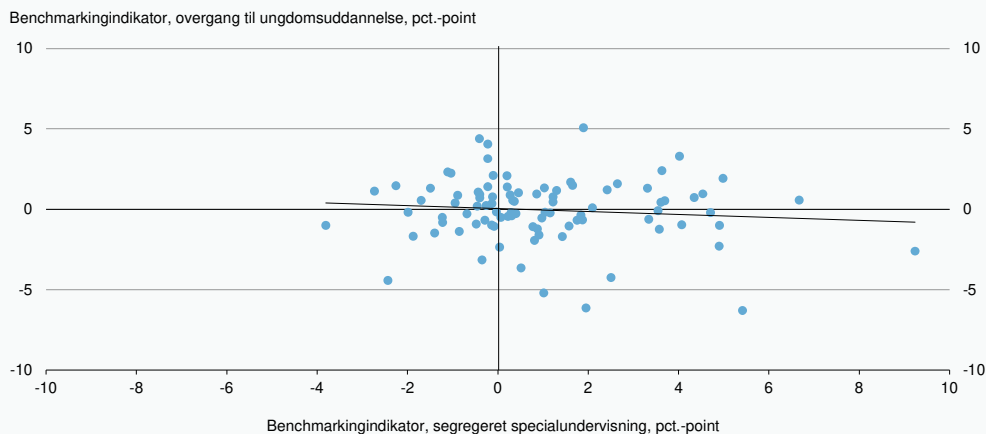
8.1 Sammenhæng mellem benchmarkingindikatorer

I de tidligere kapitler har vi undersøgt, hvor godt kommuner klarer sig i forhold til overgang til ungdomsuddannelse blandt psykisk syge elever, samt om der er forskelle mellem kommuner, i hvor høj grad disse elever modtager segregeret specialundervisning. Det er derfor interessant at undersøge, hvorvidt der er en sammenhæng mellem, i hvor høj grad der er iværksat segregeret specialundervisning til elever med psykisk sygdom, og hvor godt kommunerne har klaret sig med hensyn til overgang til ungdomsuddannelse, når der er taget hensyn til kommunernes rammevilkår. Konkret kigger vi på sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren for segregeret specialundervisning og benchmarkingindikatoren for overgang til ungdomsuddannelse.

Analysen viser, at der på kommuneniveau ikke er en generel sammenhæng mellem, hvor godt kommunerne klarer sig i forhold til andelen i ungdomsuddannelse og andelen, der modtog segregeret specialundervisning, når man tager højde for kommunernes rammevilkår, jf. figur 8.1.

Figur 8.1

Sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren for andelen med overgang til ungdomsuddannelse og benchmarkingindikatoren for andelen der modtog segregeret specialundervisning



Anm.: Eksklusiv de små ø-kommuner samt 2 ekstreme observationer. Hver prik repræsenterer en kommune. Kommunen har klaret sig godt i forhold til andelen i overgang til ungdomsuddannelse, hvis de har en positiv benchmarkingindikator. Hvis andel med segregeret specialundervisning er højere, end man kunne forvente på baggrund af rammevilkår, er benchmarkingindikator positiv. Korrelation mellem de to indikatorer er på -0,10, men ikke signifikant på 5 eller 10 pct.-niveau.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

8.2 Sammenhæng på individniveau

Selvom der ikke kunne findes en generel sammenhæng mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse på kommuneniveau, er det relevant at undersøge, om der er en sammenhæng på individniveau.

Til trods for at vi har rig data om den enkelte elev, kan der dog stadig være forhold, fx elevens motivation, funktionsevne og sociale kompetencer, som vi ikke har data for, og som potentielt kan spille en betydelig rolle med hensyn til både, om eleven modtager segregeret specialundervisning og elevens overgang til ungdomsuddannelse. For også at tillade, at de væsentlige faktorer som vi ikke har data for, påvirker deltagelse i segregeret specialundervisning undersøges betydningen af segregeret specialundervisning ved hjælp af den såkaldte instrumentvariabel-metode (IV), som er en ofte anvendt metode til dette formål.

Ved hjælp af IV-metoden kan vi dog ikke drage nogen form for generelle konklusioner om effekten af specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse for hele gruppen af elever med psykisk sygdom. For nogle elever med psykisk sygdom er det tydeligt, om de skal visiteres til specialundervisning og for andre elever med psykisk sygdom er det tydeligt, at der ikke er behov for specialundervisning. Og så er der en gruppe elever med psykisk sygdom, som man kunne kalde "gråzoneelever" – disse elever ligger i gråzonen i forhold til om de skal visiteres til segregeret specialundervisning eller forblive i almenundervisningen. I nogle kommuner vil disse "gråzoneelever" modtage segregeret specialundervisning, mens de i andre kommuner vil deltage i almenundervisningen. Det skyldes, at der er forskelle i kommunernes tilbøjelighed til at visitere til segregeret specialunder-

visning. Det er kun for denne gruppe af elever med psykisk sygdom, elever i "gråzonen" vi kan undersøge, om segregeret specialundervisning synes at øge eller mindske sandsynligheden for overgang til ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.

Analysen viser, at når vi ser på gruppen af elever med psykisk sygdom, der er i "gråzonen" i forhold til at modtage segregeret specialundervisning, ser vi en negativ, men insignifikant påvirkning af segregeret specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse. Det betyder, at selvom der er et negativt resultat, kan vi ikke konkludere, om segregeret specialundervisning til gråzoneeleverne med psykisk sygdom fører til højere eller lavere chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.

Samme konklusion gælder også de udvalgte segmenter af psykisk syge "gråzoneelever". Samlet set finder vi ikke nogen signifikant påvirkning af segregeret specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse, hverken for drenge, piger, elever med udvalgte diagnoser, forældres uddannelsesniveau og andre grupper.

For piger, elever med henholdsvis emotionelle diagnoser (angst, stress og depression), specifikke udviklingsforstyrrelser og elever med en række øvrige diagnoser samt elever, hvis forældre har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, og igen kun for elever, som er i "gråzonen" for at modtage segregeret specialundervisning, finder vi en negativ påvirkning af segregeret specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse, men resultaterne er ikke signifikante. Det betyder, at selvom der er et negativt resultat, kan vi for disse segmenter af "gråzoneelever" ikke konkludere, om segregeret specialundervisning fører til højere eller lavere chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.

For "gråzoneelever" der er drenge, elever med henholdsvis ADHD, autismspektrumforstyrrelser, elever med mere end én psykiatrisk diagnose, elever med mange psykiatriske kontakter, elever der ud over den psykiske sygdom også har fysiske funktionsnedsættelser samt elever hvis forældre har grundskole ser vi en positiv påvirkning af segregeret specialundervisning på overgangen til ungdomsuddannelse, men resultaterne er ikke signifikante for nogen af segmenterne. Det betyder, at selvom der er et positivt resultat, kan vi heller ikke for disse segmenter af "gråzoneelever" konkludere, om segregeret specialundervisning fører til højere eller lavere chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse sammenlignet med almenundervisning.

I bilag 3 "Metode" fremgår selve regressionsresultaterne, hvor du også kan læse mere om IV-metoden.

Opmærksomhedspunkter

Det skal til sidst bemærkes, at vi i denne analyse kun har undersøgt sammenhænge mellem segregeret specialundervisning og overgang til ungdomsuddannelse for elever der i nogle kommuner ville blive visiteret til specialundervisning og i andre ville ikke. Havde vi fx kigget på elevernes trivsel, skolefravær, chancerne for at komme i job som ung person eller andre aspekter, kan det sagtens være, at segregeret specialundervisning påvirker disse aspekter på en anden måde, end det er tilfældet med overgang til ungdomsuddannelse.

Det skal også bemærkes, at ud over segregeret specialundervisning kan der være en lang række andre indsatsområder, der kan påvirke elevernes chancer for at komme i gang med en ungdomsuddannelse. Som eksempel herpå kan nævnes indsatser i skoleregi som pædagogisk-psykologisk råd-

givning (PPR), sociale indsatser, herunder tidlige forebyggende indsatser, forebyggende foranstaltninger, anbringelser og sundhedsfaglige indsatser i kommunerne, behandling i praksissektoren og i det psykiatriske sygehusvæsen. Betydning af disse er ikke undersøgt nærmere i analysen. Dog skal det bemærkes, at vi i beregningerne af, hvordan segregeret specialundervisning synes at påvirke chancerne for at komme i gang med en ungdomsuddannelse, har taget hensyn til nogle af de faktorer, herunder hvorvidt barnet var anbragt, modtaget forebyggende foranstaltninger, kontakterne til psykiatrien og det øvrige sundhedsvæsen.