

Ledelsesresumé

Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har i denne analyse sat fokus på overlappet mellem voksne i kontakt med psykiatrien¹ og voksne, der modtager sociale indsatser i kommunen². Mange med psykisk sygdom har behov for både psykiatrisk behandling og sociale indsatser og støtte i deres hverdag. Det er dog et område, hvor vi ikke har et klart billede af, hvor mange voksne der både modtager indsatser i kommunen og behandling i psykiatrien dels på landsplan, men især på tværs af landet. Der er derfor behov for at få et sådan overblik³.

Formålet med denne analyse er netop at vise overlappet mellem den regionale psykiatri og de kommunale sociale indsatser. Det gør vi for at give en større viden om, hvor mange der modtager indsatser både i psykiatrien og sociale indsatser på landsplan, men især hvor meget det varierer på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Analysen er ikke en egentlig benchmarkinganalyse, men bidrager med deskriptive opgørelser af overlapsgruppen fra tre vinkler: Vi ser først på, hvor stor en andel af voksne i kontakt med psykiatrien, der også modtager sociale indsatser og vender efterfølgende blikket for at undersøge, hvor stor en andel af personer med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien. Endelig sætter vi fokus på den gruppe af voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser. Dem kalder vi *overlapsgruppen*. Her ser vi også på forekomsten af diagnoser og sociale indsatser, samt den psykiatriske aktivitet.

Flere steder undersøger vi, om der er en tendens i resultaterne, og hvilken betydning fx socioøkonomi kan have for disse tendenser. Analysen skal ses som et første dybdegående indblik i variationen på området.

Det gode forløb handler udover de rette indsatser i den enkelte sektor også om dialogen på tværs af sektorerne, og opgørelserne skal bidrage til, at den enkelte kommune og region reflekterer over egne resultater, samt danne grobund for et databaseret og fokuseret samarbejde på tværs i sundhedsklyngerne. Nogle af de spørgsmål, man kan stille sig selv, er bl.a., om voksne med aktuelle psykiatriske udfordringer i tilstrækkelig grad støttes af sociale indsatser i kommunerne? Om behandlingsforløbene i psykiatrien for denne gruppe borgere er hensigtsmæssige, når man sammenligner sig med andre regioner? Ligesom det vil være relevant at se, om der indenfor ens egen kommune, region eller sundhedsklynge er nogle tendenser i forhold til overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien.

Udover selve analysen har vi udarbejdet syv bilag. I bilag 1-3 navngivet henholdsvis "Sådan placerer din region sig", "Sådan placerer din kommune sig" og "Sådan placerer din sundhedsklynge sig" er centrale figurer fra analysen præsenteret for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I bilag 4-6 henholdsvis "Regionspecifikke nøgletal", "Kommunespecifikke nøgletal" og "Sundhedsklyngespecifikke nøgletal" kan man finde de væsentligste tal fra analysen for hver enkelt region, kommune og sundhedsklynge. I bilag 7: "Metode" er analysens afgrænsninger og definitioner præsenteret.

¹ I analysen afgrænset til sygehuspsykiatrien.

² Indsatser som længerevarende og midlertidigt botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem, ledsagerordning, aktivitets- og samværstilbud m.m.

³ I 2018 udarbejdede Socialministeriet en analyse, der så på dette overlap på landsplan baseret på data fra 2016 for 52 kommuner. I denne analyse er fokus på overlappet i perioden 2020-2022, som er den primære analyseperiode, med udgangspunkt i data for alle 98 kommuner. Vi kan medtage alle kommuner, da alle kommuner nu har godkendt data for hele perioden 2018-2022 ("Statistikdokumentation for Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne 2022", Danmarks Statistik).

Resultaterne i analysen baserer sig på data fra Landspatientregistret (LPR) og registret om Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne. Analysen afgrænses til at omhandle voksne borgere (18 år eller ældre).

I analysen har vi hovedfokus på aktiviteten og overlappet mellem psykiatrien og sociale indsatser i perioden 2020-2022. Formålet med at opgøre aktiviteten på tværs af tre år er at mindske risikoen for, at tilfældigheder, særlige omstændigheder eller få enkeltindivider påvirker den enkelte kommunes resultater på en uhensigtsmæssig måde. Når vi opgør resultatet for perioden 2020 til 2022, ser vi på aktiviteten i de enkelte år. Gennemsnittet af aktiviteten i de enkelte år giver resultatet for perioden. Man skal være opmærksom på, at COVID19 kan have betydning for aktivitetsopgørelserne i perioden 2020-2022.

Del 1: Voksne i psykiatrien, der modtager sociale indsatser.

Denne del af ledelsesresuméet er baseret på resultaterne i Kapitel 4, hvor udgangspunktet er at se på andelen af voksne i kontakt med psykiatrien, der modtager sociale indsatser.

Hver 5. voksen med kontakt til psykiatrien modtager også sociale indsatser i kommunen.

I analysen finder vi, at 19,3 pct. af voksne med kontakt til psykiatrien også modtager sociale indsatser. Andelen har været stigende i perioden 2018-2022.

Andelen varierer noget på tværs af aldersgrupper og diagnoser: Andelen af de voksne med kontakt til psykiatrien, der også modtager sociale indsatser, er størst blandt de 45-54 årige og 55-64 årige. Her er det knap 25 pct., der også modtager sociale indsatser mod godt 6 pct. blandt de 65+ årige.

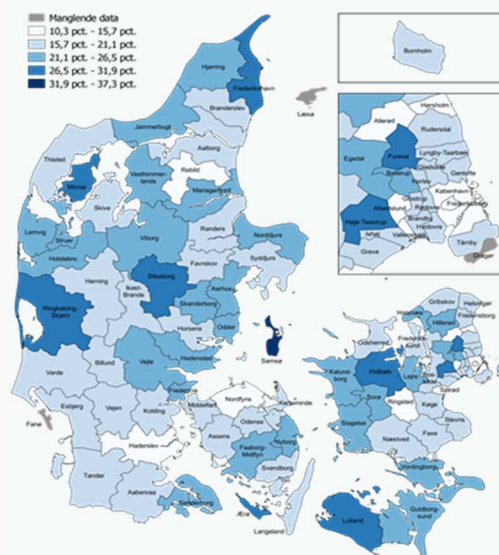
Ser vi på tværs af de diagnoser, som er den væsentligste årsag til kontakten til psykiatrien (aktionsdiagnose), så ser vi, at næsten 90 pct. af personer i kontakt med psykiatrien med aktionsdiagnosen mental retardering også modtager sociale indsatser i kalenderåret. Blandt personer med diagnoserne psykiske udviklingsforstyrrelser og skizofreni er det knap hver anden. I den anden ende ligger personer med aktionsdiagnosen demens – her er det kun omkring 1 ud af 20, der modtager sociale indsatser. Det kan skyldes at disse personer måske i højere grad modtager hjælp på plejehjem eller i hjemmeplejen, hvilket også kan være med til at forklare den lave andel af 65+ årige med kontakt til psykiatrien, der modtager sociale indsatser.

I kommunerne varierer andelen af voksne i psykiatrien, der modtager sociale indsatser fra hver 10. i kommunen med den laveste andel til hver 3. i kommunen med den største andel.

På tværs af landet er der stor variation i, hvor stor en andel af de voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser. Ser vi bort fra ø-kommunerne, varierer andelen af voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser fra hver 10. i Hørsholm og Frederiksberg kommuner til knap hver tredje i Lolland Kommune, jf. figur 1.1.

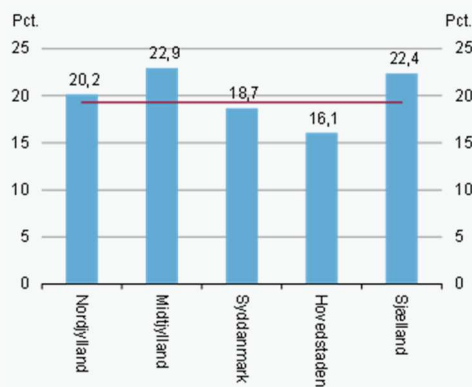
Figur 1.1

Andelen af voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser på kommuneniveau, 2020-2022



Figur 1.2

Andelen af voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser på regionalt niveau, 2020-2022



Anm: Den røde linje i figur 1.2 viser det vægtede landsplangennemsnit.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Også på regionalt niveau er der betydelig variation i andelen af voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager sociale indsatser: fra 16,1 pct. i Region Hovedstaden til 22,9 pct. i Region Midtjylland, jf. figur 1.2. Det er ikke bare den overordnede andel, der varierer på tværs af landet. Tager vi udgangspunkt i aktionsdiagnosen, ser vi fx, at for personer i kontakt med psykiatrien med diagnosen skizofreni er det omkring 35 pct. i Region Hovedstaden, der også modtager sociale indsatser mod 54 pct. i Region Midtjylland.

Selvom vi finder en signifikant tendens til, at andelen, der modtager sociale indsatser blandt voksne i psykiatrien, er højere i kommuner med flere socioøkonomiske udfordringer, så synes socioøkonomiske forskelle dog ikke alene at kunne forklare variationen mellem kommunerne. Dette indikerer, at praksisforskelle på tværs af regioner og kommuner fx i forhold til visitation til henholdsvis psykiatrien og sociale indsatser kan være med til at forklare nogle af forskellene i andelen af voksne i kontakt med psykiatrien, der modtager sociale indsatser på tværs af landet.

Del 2: Voksne med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien.

Denne del af ledelsesresuméet baserer sig på resultaterne i kapitel 5. Her vender vi blikket om og tager udgangspunkt i voksne, der modtager sociale indsatser og ser på, i hvor høj grad disse personer er i kontakt med psykiatrien.

30 pct. af voksne, der modtager kommunale sociale indsatser er også i kontakt med psykiatrien.

På landsplan var det 30 pct. af de voksne, der modtog kommunale sociale indsatser som botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem, beskyttet beskæftigelse m.m., der også var i kontakt med psykiatrien i årene 2020-2022.

I de yngste aldersgrupper er andelen af dem, der modtager kommunale sociale indsatser, og samtidig er i kontakt med psykiatrien størst. Blandt de 18-24-årige er det 36 pct. af dem, der modtager sociale

indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien mod 18 pct. blandt de 65+ årige. Ser vi på tværs af de forskellige typer af indsatser, ser vi en betydelig variation i andelen, der er i kontakt med psykiatrien. Det er næsten halvdelen af voksne, der bor på midlertidigt botilbud (46 pct.), der er i kontakt med psykiatrien, mens det kun er 15 pct. af personer, der er i aktivitetstilbud m.m.^{4,5}

Det er under hver 4. voksne modtager af sociale indsatser i Region Nordjylland, der er i kontakt med psykiatrien mod mere end hver 3. i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Også når vi ser på voksne med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien, ser vi stor variation på tværs af landet. På regionsniveau ser vi, at andelen varierer fra, at det er under hver 4. voksne, der modtager sociale indsatser i Region Nordjylland, der er i kontakt med psykiatrien, til at det er over hver tredje i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Også på kommuneniveau og sundhedsklyngeniveau ser vi stor variation. Igen er der en lille, men signifikant tendens til, at kommuner med flere socioøkonomiske udfordringer har en større andel af voksne med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien. Socioøkonomiske forskelle synes dog heller ikke her at kunne forklare al variationen på tværs af landet, hvilket igen indikerer, at forskelle i kommunal og regional praksis i forhold til fx visitation til sociale indsatser og behandling i psykiatrien kan være med til at forklare den betydelige variation, vi ser.

Hvis vi zoomer ind på andelen i kontakt med psykiatrien på indsatsniveau, ser vi da også en del forskelle. Fx er det 39 pct. af personer på et længerevarende botilbud, der er i kontakt med psykiatrien i Region Hovedstaden mod 19 pct. i Region Nordjylland. Ligesom det er 10 pct. af personerne i aktivitetstilbud m.m., der er i kontakt med psykiatrien i Region Nordjylland og Region Sjælland mod 20 pct. i Region Syddanmark.

Del 3: Overlapsgruppen: Diagnoser, indsatser og aktivitet i psykiatrien

Denne del baserer sig på resultaterne i kapitel 6 og 7. Her ser vi på den gruppe af voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager kommunale sociale indsatser – dem vi har valgt at kalde *overlapsgruppen*. I denne del ser vi på gruppens størrelse, hvilke diagnoser og sociale indsatser, der især findes i overlapsgruppen, samt aktivitetsmønstrene i psykiatrien for personer i overlapsgruppen.

På landsplan er det knap 6 ud af 1.000 voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser indenfor samme år.

Når vi ser på, hvor mange voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser i kommunen i løbet af et år, så finder vi, at knap 6 ud af 1.000 voksne på landsplan er i overlapsgruppen. Det varierer noget på tværs af landet. I Region Hovedstaden er det fx knap 5 ud af 1.000 voksne, der er i overlapsgruppen mod over 7 ud af 1.000 voksne i Region Syddanmark. Variationen er endnu større på kommuneniveau.

⁴ Aktivitetstilbud m.m. dækker bl.a. over aktivitets- og samværstilbud og beskyttet beskæftigelse, se også boks 5.2.

⁵ Når vi i analysen laver opgørelser på indsatsniveau følger vi i næsten alle opgørelser den socialpsykiatriske indsatsstrappe udviklet i Social- og Boligstyrelsen. Læs mere i kapitel 5 om indsatsstrappen og operationaliseringen af denne i denne analyse.

Personer i behandling for skizofreni er generelt overrepræsenterede i overlapsgruppen og i særlig høj grad på botilbuddene.

Ser vi på hvilke diagnoser og sociale indsatser, der hyppigst optræder i overlapsgruppen, så ser vi, at den hyppigste diagnose i overlapsgruppen klart er skizofreni: Omkring 40 pct. af personerne i overlapsgruppen er i kontakt med psykiatrien med en skizofrenidiagnose mod 18 pct. blandt alle voksne i psykiatrien. Det er især på de midlertidige og længerevarende botilbud, at personer med skizofreni udgør en stor andel: omkring halvdelen af personer i overlapsgruppen, der bor på længerevarende og midlertidigt botilbud, er i behandling i psykiatrien med skizofreni mod 38 pct. blandt personer i overlapsgruppen, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem.

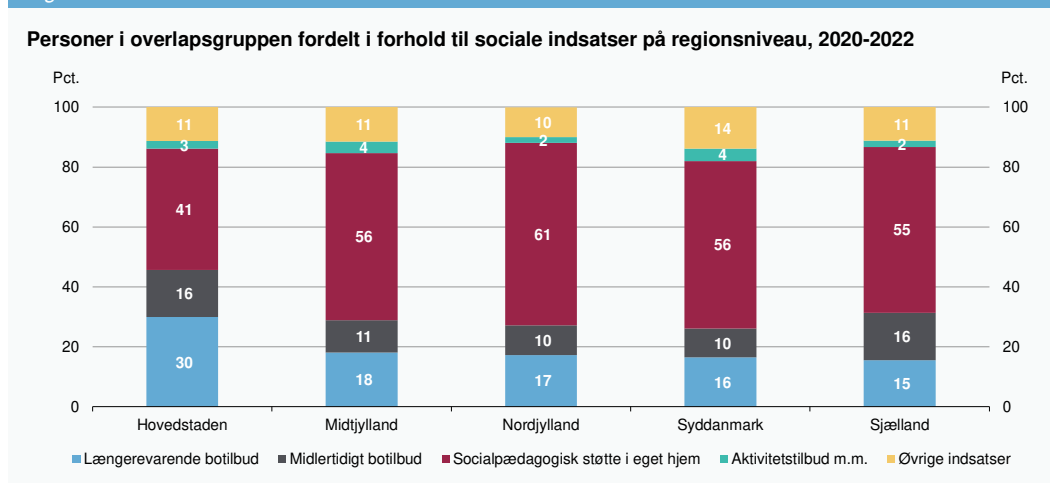
Socialpædagogisk støtte i eget hjem er den største indsats i overlapsgruppen.

52 pct. i overlapsgruppen modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Det er også det generelle billede på diagnoseniveau. Dog ser vi, at for aktionsdiagnosen mental retardering er det indsatsen længerevarende botilbud, der optræder hyppigst. Her er det 66 pct. af voksne, der bor på længerevarende botilbud mod 17 pct., der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem.

Der er betydelig variation på tværs af landet i, hvor meget de forskellige diagnoser og sociale indsatser optræder i overlapsgruppen

Der er noget variation i sammensætningen af diagnoser og sociale indsatser i overlapsgruppen på tværs af landet. Fx er det halvdelen af overlapsgruppen i Region Hovedstaden, der er i kontakt med psykiatrien for skizofreni mod omkring hver tredje i Region Syddanmark og Region Midtjylland. Også på indsatsniveau ser vi en del forskelle. Fx bor næsten halvdelen (46 pct.) af personerne i overlapsgruppen i Region Hovedstaden på enten et længerevarende eller et midlertidigt botilbud, mens det er tættere på hver fjerde (26 pct.) i Region Syddanmark, jf. figur 1.3. Variationen på kommuneniveau og sundhedsklyngeniveau er endnu større.

Figur 1.3



Anm: I figur 1.3 er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsatsstrappe, jf. boks. 5.2
Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I simple bivariate sammenhængsanalyser, hvor vi ikke kan drage konklusioner omkring kausalitet, finder vi, at i kommuner, hvor en relativ lille andel af de voksne både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser, der er der en signifikant tendens til, at andelen af personer med aktionsdiagnosen skizofreni er særlig høj, ligesom vi finder en tendens til at andelen af personer i overlapsgruppen, der bor på et længerevarende botilbud er høj. Netop personer der bor på et længerevarende botilbud vurderes ifølge den socialpsykiatriske indsatsstrappe at være længst fra et almindeligt hverdagsliv.

Tilsvarende vurderes skizofreni at være en svær psykiatrisk diagnose. Disse resultater kan indikere, at i kommuner, hvor en relativ lille andel af voksne er i overlapsgruppen, der er overlapsgruppen generelt mere udfordret, hvilket fx kan skyldes forskelle i visitationspraksis. Udover forskelle i sygdomsbilledet, kan det dog ikke udelukkes, at der også kan være lokale forskelle i diagnosticerings- og registreringspraksis, som kan være med til at forklare nogle af forskellene i forekomsten af skizofreni i overlapsgruppen, ligesom der kan være forskelle i, hvordan og hvornår man visiterer til sociale indsatser i kommunerne.

Personer i overlapsgruppen har generelt mere aktivitet i psykiatrien end de øvrige patienter.

I 2020-2022 var det over hver tredje i overlapsgruppen, der havde en psykiatrisk indlæggelse mod omkring hver femte blandt de øvrige patienter i psykiatrien. Derudover er der også flere og længere indlæggelser⁶, samt flere genindlæggelser og flere ambulante kontakter i overlapsgruppen end blandt de øvrige i kontakt med psykiatrien. Fx er det 19 pct. af de voksne i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser (er i overlapsgruppen), men de står for 28 pct. af alle kontakter i psykiatrien og hele 44 pct. af indlæggelserne. Det kan indikere, at overlapsgruppen er forholdsvis udfordret og har behov for mere behandling end de resterende patienter i psykiatrien, eller at samarbejdet og praksis omkring overlapsgruppen ikke i tilstrækkelig grad imødekommer overlapsgruppens behov.

Det er især personer i overlapsgruppen på botilbud og særligt dem på midlertidigt botilbud, der har meget indlæggelsesaktivitet i psykiatrien

Som beskrevet ovenfor, så har personer i overlapsgruppen generelt mere aktivitet i psykiatrien end de øvrige patienter i psykiatrien, og det gælder i store træk også indenfor alle de forskellige indsatsgrupper. Fokuserer vi på indlæggelsesaktiviteten, er det dog især personer i overlapsgruppen, der bor på botilbud og særligt dem på midlertidigt botilbud, hvor aktiviteten er høj: Næsten halvdelen af dem i overlapsgruppen, der bor på midlertidigt botilbud i kalenderåret, er indlagt mindst én gang i løbet af året. Og det er næsten hver anden indlæggelse, der efterfølges af en akut genindlæggelse. Alt i alt er personer på midlertidigt botilbud, der er indlagt i psykiatrien, indlagt næsten 4 gange i løbet af kalenderåret i gennemsnit. I den anden ende ser vi personer i overlapsgruppen, der er i aktivitetstilbud m.m. Her er det kun knap hver fjerde, der er indlagt i psykiatrien i løbet af kalenderåret.

Vi finder de længste indlæggelser i overlapsgruppen i Region Nordjylland, men det er også regionen med færrest akutte genindlæggelser

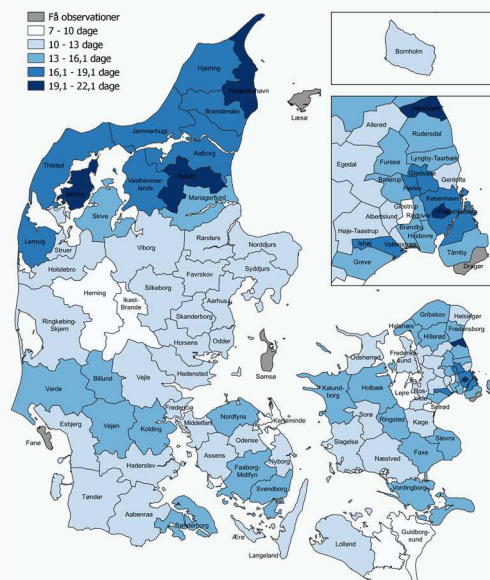
Vi ser mest ambulansaktivitet i overlapsgruppen i Region Hovedstaden, mens den største andel af overlapsgruppen er indlagt i Region Sjælland og færrest i Region Syddanmark. De længste indlæggelser finder vi i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor en indlæggelse i overlapsgruppen i gennemsnit varede omkring 3 uger mod omkring 2 uger i de tre andre regioner. I Region Nordjylland er det 26 pct. af indlæggelserne blandt overlapsgruppen, der efterfølges af en akut genindlæggelse mod omkring 40 pct. i Region Midtjylland.

De kommunale forskelle i indlæggelsesvarighed og genindlæggelsesprocent er endnu større, jf. figur 1.4 og 1.5. Fx varierer andelen af indlæggelser i overlapsgruppen, der efterfølges af en akut genindlæggelse, fra under hver femte i Brønderslev og Frederikshavn kommuner til mere end halvdelen i Frederikssund og Ikast-Brandeborg kommuner.

⁶ På diagnosniveau er der dog en tendens til, at indlæggelserne indenfor den enkelte aktionsdiagnose er kortere i overlapsgruppen end blandt de øvrige patienter. Se mere om dette i kapitel 6.

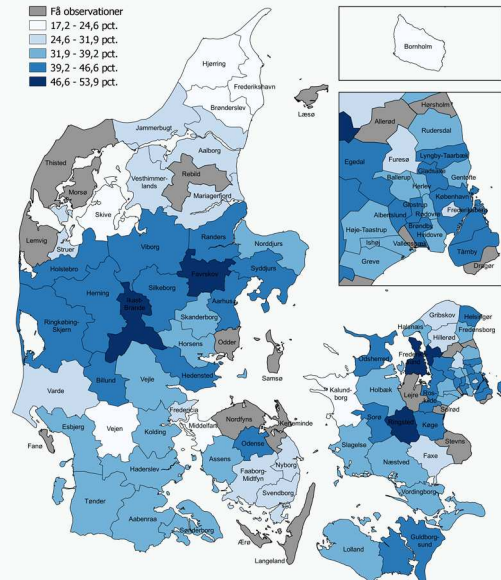
Figur 1.4

Indlæggelsesvarigheden for de psykiatriske indlæggelser i overlapsgruppen opgjort på kommuneniveau, 2020-2022



Figur 1.5

Andelen af akutte genindlæggelser i psykiatrien i overlapsgruppen opgjort på kommuneniveau, 2020-2022



Anm.: Når vi opgør indlæggelsesvarigheden på kommuneniveau, har vi valgt at sætte indlæggelsesvarigheder over 100 dage til 100 dage. Det har vi gjort for at undgå, at en enkelt meget lang indlæggelse skulle skævvride det generelle kommunale billede. I figur 1.4 er der af diskretionshensyn ikke data for Læsø, Fanø, Samsø og Dragør kommuner, mens der i figur 1.5 af samme grund ikke er data for Læsø, Dragør, Allerød, Hørsholm, Vallensbæk, Kerteminde, Samsø, Fanø, Ærø, Rebild, Stevns, Thisted, Lemvig, Odder, Lejre, Solrød, Nordfyns, Langeland og Morsø kommuner
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ser vi på tværs af kommunerne finder vi en stærk tendens til, at i kommuner, hvor de psykiatriske indlæggelser i overlapsgruppen varer længst, er andelen, der blev genindlagt akut, også lavere. Vi har i denne bivariate sammenhængsanalyse på kommuneniveau taget højde for generelle forskelle i socioøkonomi mellem kommunerne (socioøkonomisk indeks), forskelle i forekomsten af de fem hyppigste diagnoser i overlapsgruppen generelt m.m. Det er dog ikke uproblematisk at tage højde for alle relevante faktorer, fx har vi ikke kunne tage højde for forskelle i sværhedsgraden af sygdommen indenfor den enkelte psykiatriske diagnosegruppe. Det er derfor vigtigt at holde sig for øje, at billedet er kompliceret, og udover forskelle i praksis i kommune og region kan der være andre ting på spil, når vi ser forskelle i kontaktmønstrene i overlapsgruppen på tværs af landet.