

Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser

April 2024



Indenrigs- og
Sundhedsministeriets
BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

1 Ledelsesresumé	3
2 Indledning	10
3 Metode	12
3.1 Opbygning af rapporten og analysens populationer	12
3.2 Datagrundlag	13
3.3 Afgrænsning af kommune	14
3.4 Afgrænsning af psykiatrisk kontakt	15
3.5 Analyseperiode	15
3.6 Sammenhængsanalyser	16
4 Voksne i psykiatrien, der modtager sociale indsatser	17
5 Voksne med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien	24
6 Overlapsgruppen på landsplan	33
6.1 Psykiatriske diagnoser blandt overlapsgruppen	34
6.2 Sociale indsatser blandt overlapsgruppen	35
6.3 Aktivitet i psykiatrien i overlapsgruppen	37
7 Forskelle i overlapsgruppen på tværs af landet	44
7.1 Psykiatriske diagnoser i overlapsgruppen	46
7.2 Sociale indsatser i overlapsgruppen	48
7.3 Aktivitet i psykiatrien	51

1 Ledelsesresumé

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 "Regionsspecifikke 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.

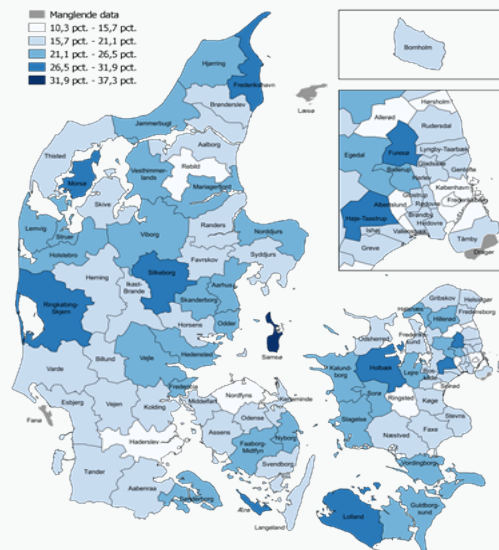
Ser vi på tværs af de diagnoser, som er den væsentligste årsag til kontakten til psykiatrien (aktionsdiagnose), så ser vi, at næsten 90 pct. af personer i kontakt med psykiatrien med aktionsdiagnosen mental retardering også modtager sociale indsatser i kalenderåret. Blandt personer med diagnoserne psykiske 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.

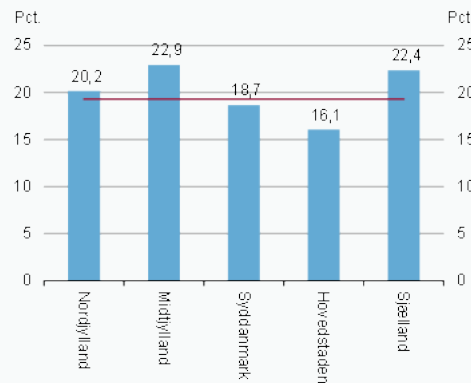
På tværs af landet er der stor variation i, hvor stor en andel af de voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser. Ser vi bort fra ø-kommunerne, varierer andelen af voksne med kontakt til psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser fra hver 10. i Hørsholm og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

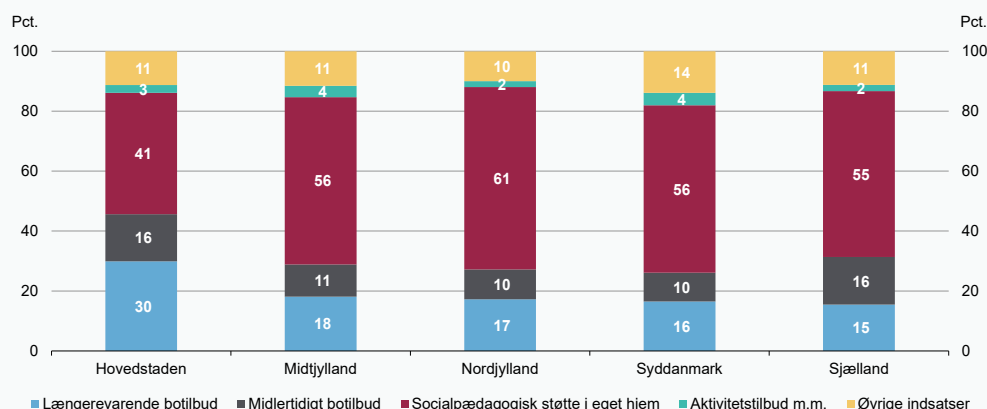
52 pct. i overlapsgruppen modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Det er også det generelle billede på diagnoseniveau. Dog ser vi, at for aktionsdiagnosen mental retardering er det indsatsen længerevarende botilbud, der optræder hyppigst. Her er det 66 pct. af voksne, der bor på længerevarende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

Personer i overlapsgruppen fordelt i forhold til sociale indsatser på regionsniveau, 2020-2022



Anm: I figur 1.3 er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsatsstige, 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 indsatsstige 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

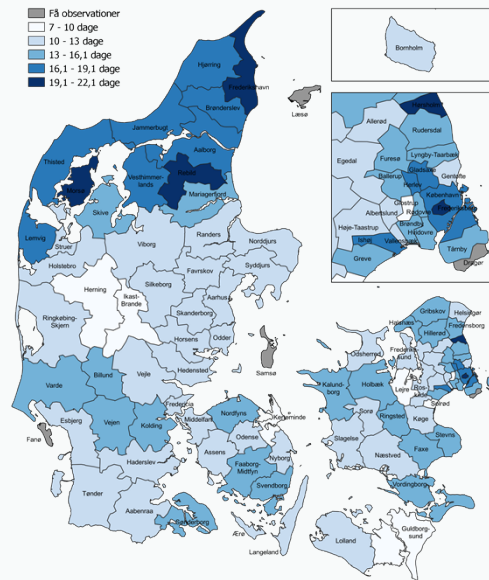
Vi ser mest ambulant aktivitet i overlapsgruppen i Region Hovedstaden, mens den største andel af overlapsgruppen er indlagt i Region Sjælland og færrest i Region Syddanmark. De længste indlæggelser finder vi i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor en indlæggelse i overlapsgruppen i gennemsnit 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-Brande kommuner.

⁶ På diagnoseniveau 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.

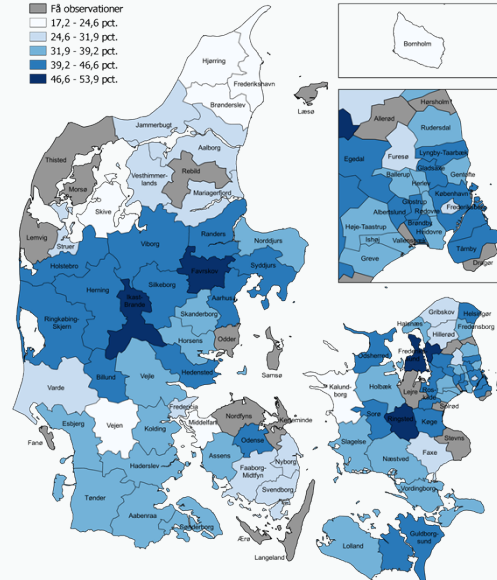
Figur 1.4

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, Løjre, 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.

2 Indledning

Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har i denne analyse sat fokus på overlappet mellem voksne i kontakt med psykiatrien og voksne, der modtager sociale indsatser i kommunen. En del borgere med psykisk lidelse har behov for både psykiatrisk behandling og sociale indsatser og støtte i forhold til at få det bedre og tilstræbe at opretholde et almindeligt hverdagsliv. Det er dog et område, hvor vi ikke har et klart billede af, hvor mange voksne der både modtager sociale indsatser i kommunen og behandling i den regionale psykiatri dels på landsplan, men især på tværs af landet. Der er derfor behov for at få et sådan overblik.

I regionerne arbejder man med at tilrettelægge den psykiatriske behandling, så personer med psykisk sygdom så vidt muligt helbredes eller får det bedre. Kommunerne arbejder på den anden side gennem sociale indsatser med at forebygge og afhjælpe sociale problemer eller kompensere for funktionsnedsættelser og mindske problemerne afledt af borgerens sociale problemer. Der er en gruppe af borgere, hvor det både er nødvendigt med regional psykiatrisk behandling og kommunale sociale indsatser. Det er denne gruppe, vi i denne analyse sætter fokus på, og som vi betegner som *overlapsgruppen*.

I 2018 udarbejdede Socialministeriet en analyse, der så på dette overlap på landsplan baseret på data fra 2016 for 52 kommuner. I nærværende analyse er fokus på overlappet i perioden 2020-2022 med udgangspunkt i data for alle 98 kommuner⁷. Udover at se på overlappet på landsplan, viser vi også variationen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

Formålet med denne analyse er at sætte fokus på overlappet mellem den regionale psykiatri og de kommunale sociale indsatser – både på landsplan, men især på variationen på tværs af landet: Hvor stor en andel voksne er i overlapsgruppen, samt hvilke diagnoser, indsatser og aktivitetsmønstre i psykiatrien, ser vi blandt denne gruppe af borgere? Vi belyser området fra tre vinkler: Vi viser både andelen i overlapsgruppen med udgangspunkt i voksne, der er i kontakt med psykiatrien, og andelen med udgangspunkt i voksne, der modtager sociale indsatser, og endelig ser vi i analysens to sidste kapitler nærmere på overlapsgruppen, og hvilke diagnoser, indsatser og aktivitetsmønstre vi ser blandt denne gruppe af borgere.

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

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. i hvilket omfang voksne med aktuelle psykiatriske udfordringer støttes af sociale indsatser i kommunerne? Om behandlingsforløbene i psykiatrien for denne gruppe borgere vurderes 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 den psykiatriske aktivitet, og i hvor høj grad det vurderes at kunne tilskrives overlapsgruppens sammensætning i det

⁷ Vi kan medtage alle kommuner, da kommunerne nu har godkendt sociale data for hele perioden 2018-2022 ("Statistikdokumentation for Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne 2022", Danmarks Statistik).

givne område, eller i højere grad skyldes geografiske forskelle i borgeres forløb på tværs af sektorer?

Læsevejledning

I kapitel 3 gennemgås de vigtigste afgrænsninger og definitioner, ligesom der er et overblik over analysepopulationen i de enkelte kapitler. Analysen kan være kompliceret, det er derfor vigtigt at læse kapitel 3 grundigt.

I kapitel 4 er fokus på voksne i psykiatrien og i hvor høj grad, de også modtager kommunale sociale indsatser som socialpædagogisk støtte i eget hjem, har ophold på botilbud m.m. Vi ser på andelen på landsplan, men også på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

I kapitel 5 tager vi udgangspunkt i voksne, der modtager kommunale sociale indsatser og ser på, i hvor høj grad de er i kontakt med psykiatrien. Også her ser vi både på tendenserne på landsplan, men også på tværs af landet.

I kapitel 6 ser vi på de voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser – det, vi kalder overlapsgruppen. I dette kapitel ser vi på, hvor meget de forskellige diagnoser og indsatser optræder i overlapsgruppen, samt aktiviteten i psykiatrien på landsplan.

I kapitel 7 ser vi også på overlapsgruppen. Her ser vi på variationen på tværs af landet: i regioner, kommuner og sundhedsklynger. Her ser vi på variationen i hvor meget de forskellige diagnoser og indsatser optræder i overlapsgruppen, samt forskelle i kontaktmønstrene i psykiatrien.

Udover selve analysen har vi udarbejdet syv bilag. I bilag 1-3 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.

3 Metode





I dette kapitel beskrives de mest centrale afgrænsninger og definitioner, som vi anvender i analysen. I kapitlet er der fokus på datagrundlaget i analysen, analysens populationer, og den betragtede periode. I bilag 7: "Metode" er der en mere detaljeret gennemgang af analysens datagrundlag og metode. I analysen benytter vi data fra Landspatientregistret (LPR) til at identificere kontakter i psykiatrien og Danmarks Statistiks register for Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne til at identificere de kommunale sociale indsatser.

3.1 Opbygning af rapporten og analysens populationer

I analysen ser vi på overlappet mellem den regionale sygehuspsykiatri og kommunale sociale indsatser. Vi ser på overlappet fra forskellige vinkler, hvilket også betyder, at vi igennem rapporten arbejder med forskellige populationer.

Vi tager i rapporten udgangspunkt i voksne med kontakt til psykiatrien, og voksne der modtager sociale indsatser, men analysepopulationen ændrer sig altså undervejs i rapporten. I kapitel 4 ser vi med udgangspunkt i voksne i kontakt med psykiatrien på, hvor stort overlappet er til de kommunale sociale indsatser. I kapitel 5 vender vi blikket og ser med udgangspunkt i voksne, der modtager kommunale sociale indsatser, på hvor stor en andel, der er i kontakt med psykiatrien, og endelig ser vi i kapitel 6 og 7 på de voksne, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser – det er den gruppe, vi kalder *overlapsgruppen*.

Nedenfor er der en lidt mere detaljeret oversigt over populationen i rapportens hovedkapitler.

	Population	Beskrivelse
Kapitel 4		I kapitel 4 er fokus på voksne i psykiatrien og i hvor høj grad, de også modtager kommunale sociale indsatser som socialpædagogisk støtte i eget hjem, har ophold på botilbud m.m. Vi ser på andelen på landsplan, men også på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.
Kapitel 5		I kapitel 5 tager vi udgangspunkt i voksne, der modtager kommunale sociale indsatser og ser på, i hvor høj grad de er i kontakt med psykiatrien i en eller anden form. Også her ser vi både på tendenserne på landsplan, men også på tværs af landet.
Kapitel 6		I kapitel 6 ser vi på de voksne, der <i>både</i> er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser – det, vi kalder overlapsgruppen . I dette kapitel ser vi på hvilke diagnoser og indsatser, der fylder i overlapsgruppen, samt aktiviteten i psykiatrien på landsplan.
Kapitel 7		I kapitel 7 ser vi også på overlapsgruppen . Her ser vi på variationen på tværs af landet: regioner, kommuner og sundhedsklynger. Her ser vi på variationen i hvilke diagnoser og indsatser, der fylder i overlapsgruppen, samt forskelle i kontaktmønstrene i psykiatrien.

Voksne er i analysen afgrænset til personer på 18 år eller ældre primo kalenderåret.

Vi har desuden medtaget alle, der har aktivitet i løbet af kalenderåret i analysepopulationen. Også de, der dør i løbet af kalenderåret. Det betyder selvfølgelig, at ikke alle er eksponeret lige meget for kontakt på tværs af sektorer. Vi vurderer dog, at der vil være en større skævhed i opgørelserne, hvis vi ikke medtager de, der dør i løbet af året, da deres forløb og aktivitetsmønstre dermed ikke indgår i opgørelserne.

Når vi i kapitel 6 og 7 ser på akutte genindlæggelser, så inkluderer vi dog kun indlæggelser i opgørelsen, hvor personerne ikke dør indenfor 30 dage efter hovedindlæggelsen.

3.2 Datagrundlag

Når vi ser på psykiatrien, afgrænser vi til sygehuspsykiatrien og tager dermed udgangspunkt i data fra Landspatientregistret (LPR). Her afgrænser vi til aktivitet på specialerne "Psykiatri" og "Børne- og ungdomspsykiatri", samt kontakter med aktionsdiagnoser med ICD10-koderne DF*.

Når vi ser på kommunale sociale indsatser, er der tale om udvalgte sociale indsatser baseret på registret Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne fra Danmarks Statistik. Indsatserne kan ses beskrevet i boks 5.2 i kapitel 5.

3.3 Afgrænsning af kommune

I denne analyse tager vi udgangspunkt i handlekommunen indberettet til Danmarks Statistiks register Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne. Til registret indberettes både handlekommune og betalingskommune, ligesom vi vha. befolkningsregistret kender personens bopælskommune, se boks 3.1 for definition af de forskellige kommunebegreber.

Boks 3.1

Analysens kommunebegreber

Bopælskommune: Er den kommune, hvor den voksne har adresse primo kalenderåret. Kommunen er identificeret via Befolkningsregistret.

Handlekommune: Den kommune, der har pligt til at yde hjælp til den voksne. Handlekommune er identificeret via indberetninger til Danmarks Statistik register Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne.

Betalingskommune: Er den kommune, der betaler for ydelsen. Betalingskommune er identificeret via indberetninger til Danmarks Statistik register for Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne.

Kilde: Danmarks Statistik og Social-, Bolig- og Ældreministeriet

I analysen benytter vi handlekommune, som den kommune benchmarkinganalysen tager udgangspunkt i. Findes der ingen handlekommune benyttes betalingskommune. Der er dog stor overensstemmelse mellem handle- og betalingskommune.

Når vi ser på personer, der ikke modtager sociale indsatser benyttes bopælskommunen (fx når vi i kapitel 4 ser på alle voksne med kontakt til psykiatrien, benytter vi bopælskommunen, når personer ikke modtager sociale indsatser). Overensstemmelsen mellem handle- og betalingskommune er relativ stor og noget mindre mellem handle- og bopælskommune. Læs mere om overensstemmelse mellem handlekommune, betalingskommune og bopælskommune i Bilag 7: Metode.

Vi benytter handlekommunen, fordi det er handlekommunen, der har pligt til at give hjælp til borgeren. Og dermed handlekommunen der i sidste ende har ansvar for, at borgeren får den rigtige hjælp. Ligesom det er handlekommunen, der validerer data vedrørende ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne indberettet til Danmarks Statistik. Det kan man læse mere om i Bilag 7: Metode.

I Bilag 7: Metode kan man også se, hvordan vi har gjort i forhold til afgrænsning af indsatser.

Endelig er Den socialpsykiatriske trappe, som vi benytter som hierarki til at placere indsatserne, beskrevet i kapitel 5 (boks 5.2).

Gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og støtte (§ 82 a), er ikke indberetningspligtig, men kan indberettes af hver enkelt kommune⁸. Det vurderes dog ikke at kunne forklare variationen mellem kommunerne, da denne indsats typisk udgør en mindre del af de samlede indsatser indenfor den enkelte kommune.

⁸ " Statistikdokumentation for Ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne 2022", Danmarks Statistik

3.4 Afgrænsning af psykiatrisk kontakt

Når vi ser på voksne med kontakt i psykiatrien, så ser vi på dem, der har haft kontakt med psykiatrien i kalenderåret – enten i form af en fysisk kontakt på sygehuset som fx en indlæggelse eller i form af en kontakt uden fysisk kontakt på sygehuset fx i form af et hjemmebesøg eller en virtuel kontakt. Vi afgrænser kontakt i psykiatrien til kontakter på en afdeling med hovedspecialerne Psykiatri eller Børne- og ungdomspsykiatri. Derudover indgår kontakter udenfor disse specialer, men hvor aktionsdiagnosen er psykiatrisk (en DF-kode i ICD-10-klassificeringen). Se diagnoseafgrænsningen i Bilag 7: Metode.

Når vi ser på aktiviteten i psykiatrien skelner vi mellem ambulante kontakter og indlæggelser. En indlæggelse er defineret som et sygehusophold på 12 timer eller derover, mens ambulante kontakter er sygehusophold på under 12 timer. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende kontakter i psykiatrien, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder. Definitionen benyttes også af Sundhedsdatastyrelsen⁹.

Der er forskellige typer af ambulante kontakter i boks 2.1 beskriver vi den afgrænsning og terminologi, vi benytter i rapporten.

Boks 2.1

Afgrænsning af ambulant kontakt i psykiatrien

Ambulante kontakter: Ambulante kontakter er i analysen defineret som sygehusophold (med eller uden fysisk fremmøde) af under 12 timers varighed.

Ambulante ophold: Ambulante kontakter med fysisk fremmøde på sygehuset.

Udekontakter: Ambulante kontakter uden fysisk fremmøde (fx hjemmebesøg og udebesøg).

Virtuelle kontakter: Ambulante kontakter uden fysisk fremmøde, men med virtuel kontakt (fx telemedicin).

3.5 Analyseperiode

I denne analyse ser vi på den årlige aktivitet hovedsageligt i årene 2020-2022 under ét, som er denne analyses hovedperiode¹⁰. 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 u hensigtsmæssig måde. Når vi opgør overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser, samt aktiviteten i psykiatrien på tværs af tre år, vil resultatet i højere grad være et udtryk for den reelle praksis.

At vi ser på den *årlige aktivitet*, betyder, at vi ser på, i hvor høj grad der er overlap mellem personer i kontakt med psykiatrien og personer med sociale indsatser indenfor de enkelte kalenderår. Når vi fx i kapitel 4 ser på, hvor stor en andel af de personer, der er i kontakt med psykiatrien, som også modtager sociale indsatser, så ser vi altså på dette indenfor det samme kalenderår. Hvis en person

⁹ "Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål", Sundhedsdatastyrelsen (2021)

¹⁰ I figur 4.1, 4.2, 5.1 og 5.2 viser vi dog årlige resultater på landsplan i perioden 2018-2022.

fx er i kontakt med psykiatrien i 2021, så ser vi på, hvorvidt personen også modtager sociale indsatser i 2021. Hvis det er tilfældet indgår man i overlapsgruppen i 2021. Man tæller altså her kun med, som at have modtaget sociale indsatser, hvis man modtager sociale indsatser i 2021 (og ikke hvis man modtager dem i 2020 og/eller 2022, men ikke 2021).

Man indgår i overlapsgruppen, hvis man indenfor et eller flere af årene 2020-2022 både har kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser. Det betyder også, at man kan indgå i analysen med op til tre observationer: Hvis en person fx er i kontakt med psykiatrien i alle årene 2020-2022 og modtager sociale indsatser i alle tre år, så indgår personen både med en observation for 2020, 2021 og 2022.

Når vi i kapitel 6 og 7 ser på aktivitetsmønstrene i psykiatrien blandt personer i overlapsgruppen, så ser vi på aktiviteten i det/de kalenderår, hvor personen er en del af overlapsgruppen. Dvs. hvis en person både modtager sociale indsatser og er i kontakt med psykiatrien indenfor et givent kalenderår, så indgår aktiviteten i det givne kalenderår i opgørelsen af overlapsgruppens aktivitet. Det betyder også, at hvis en person fx både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser i 2020, men ikke i 2021 og 2022, så indgår personens aktivitet i psykiatrien i 2020 i opgørelsen af overlapsgruppens aktivitet i 2020-2022, men ikke for årene 2021 og 2022.

3.6 Sammenhængsanalyser

I analysen laver vi flere steder simple bivariate sammenhængsanalyser på kommunalt niveau i forhold til at se, om der på kommuneniveau er nogle mønstre på tværs af forskellige karakteristika og aktivitetsmål. Der er tale om simple korrelationer mellem udvalgte variable på kommuneniveau. Vi kan ikke p.ba. disse analyser udtale os om kausalitet og effekt. Men analyserne kan give en indikation af den samvariation, der er mellem forskellige kommunale karakteristika. Fx ser vi i kapitel 7 en sammenhæng mellem andelen af voksne, der er i overlapsgruppen på tværs af kommunerne, og det kommunale socioøkonomiske indeks. Analysen viser, at der er en tendens til at jo større en andel af voksne, der både modtager sociale indsatser og er i kontakt med psykiatrien, des mere socioøkonomisk udfordret er kommunen. Vi kan ikke p.ba. denne sammenhæng entydigt fastslå, at socioøkonomi har betydning for behandlings- og indsatsbehovet i kommunerne, men bare fastslå, at der er en tendens til, at mere socioøkonomisk udfordrede kommuner generelt har en større andel voksne borgere, der modtager indsatser i kommunen og er i kontakt med psykiatrien.

I kapitel 7 ser vi desuden på sammenhængen mellem udvalgte aktivitetsmål for overlapsgruppen. Denne analyse består af partielle korrelationer, hvor vi i de bivariate sammenhænge mellem aktivitetsmålene på kommunalt niveau kontrollerer for betydningen af forskelle i socioøkonomi, andelen af de voksne i kommunen, der er i overlapsgruppen, andelen af de voksne i overlapsgruppen, der er 60+ år, samt forskellen i forekomsten af de fem hyppigste diagnoser i overlapsgruppen på landsniveau (skizofreni, angst, affektive sindslidelser, personlighedsforstyrrelser og psykoaktive stoffer (misbrug)).

4 Voksne i psykiatrien, der modtager sociale indsatser

I dette kapitel sætter vi fokus på de voksne, der er i kontakt med psykiatrien i 2020-2022¹¹. Vi ser på i hvor høj grad de samtidig med kontakten i psykiatrien modtager kommunale sociale indsatser som fx socialpædagogisk støtte i eget hjem, bor på botilbud m.m. Vi ser både på landsplanstendenser, men viser også variationen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Andelen af de voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser, var 19,3 pct. i 2020-2022. Generelt har der i perioden 2018-2022 været en stigning i andelen af voksne i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser.
- Andelen af de, der er i kontakt med psykiatrien, der også modtager sociale indsatser, er størst blandt de 45-54 årige og 55-64 årige. Her var det knap 25 pct. i psykiatrien, der også modtog sociale indsatser i kommunen i 2020-2022 mod knap 6 pct. blandt de 65+ årige. Blandt voksne i kontakt med psykiatrien med aktionsdiagnosen mental retardering var det 88 pct., der også modtog en social indsats mod godt 6 pct. af dem i psykiatrien i behandling pga. demens. For personer i behandling pga. diagnoserne psykiske udviklingsforstyrrelser og skizofreni er det omkring halvdelen, der modtog sociale indsatser i kommunen.
- På tværs af landet er der stor variation i andelen af personer i kontakt med psykiatrien, der også modtager sociale indsatser. I kommunerne varierede andelen i 2020-2022 fra omkring hver 10. i Hørsholm og Frederiksberg kommuner til næsten hver tredje i Lolland Kommune. I simple bivariate sammenhængsanalyser finder vi en tendens til, at andelen der modtager sociale indsatser blandt voksne i psykiatrien, er højere i kommuner med flere socioøkonomiske udfordringer. Socioøkonomiske forskelle ser dog langt fra ud til at kunne forklare al variationen mellem kommunerne.

I boks 4.1 visualiseres kapitlets analysepopulation.

¹¹ Vi ser i analysen på aktiviteten i 2020-2022, men vi ser på den årlige aktivitet. Dvs. når vi fx i dette kapitel ser på andelen af personer med sociale indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien, så ser vi på det indenfor det samme kalenderår. Hvis en person fx modtog sociale indsatser i 2020, så ser vi på, om vedkommende også var i kontakt med psykiatrien i 2020 (og ikke 2020-2022). Det gør vi for at sikre, at vi har et rimeligt antal observationer på kommuneniveau.

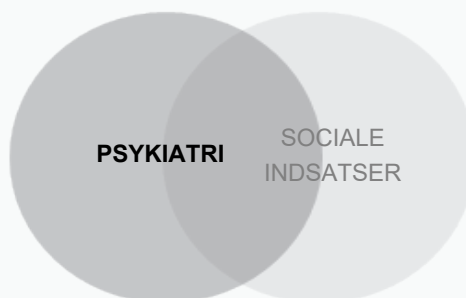
Boks 4.1

Analysepopulation i kapitel 4

I analysen ser vi på overlappet mellem voksne der er i kontakt med psykiatrien og dem, der modtager sociale indsatser i 2020-2022. I dette kapitel tager vi udgangspunkt dem, der er i kontakt med psykiatrien. Dvs. analysepopulationen i dette kapitel er voksne der i 2020-2022 er i kontakt med psykiatrien, hvor nogle modtager sociale indsatser og andre ikke illustreret i figur a nedenfor.

Figur a

Illustration af analysepopulationen i kapitel 4



I denne del fokuseres på andelen af voksne i psykiatrien på landsplan, der modtager kommunale sociale indsatser. På side 20 ses seks figurer, der hver især siger noget om billedet på landsplan. Det er beskrevet nedenfor, hvad figurerne viser i hovedtræk.

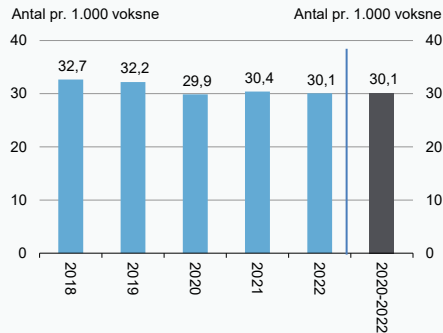
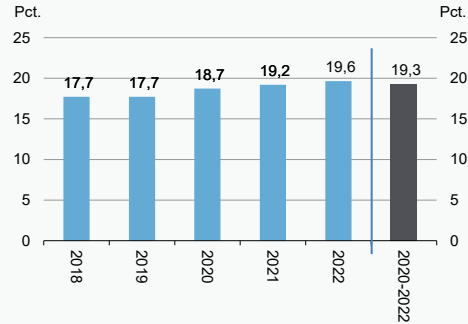
- *Figur 4.1:* Siden 2018 er antallet af voksne med kontakt til psykiatrien faldet en smule fra omkring 32,7 pr. 1.000 voksne i 2018 til 30,1 pr. 1.000 i 2022. Det skal nævnes, at de seneste år kan være præget af COVID-19, hvilket kan have haft betydning for antallet med kontakt til psykiatrien, da der i forbindelse med nedlukningerne også var ændringer i kontaktmønstrene i psykiatrien¹².
- *Figur 4.2:* I samme periode som vi ser et lille fald i antallet af voksne med kontakt til psykiatrien, ser vi en stigning i andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser. Andelen steg fra 17,7 pct. i 2018 til 19,6 pct. i 2022. I analyseperioden 2020-2022 var andelen 19,3 pct.
- *Figur 4.3:* Andelen af voksne i kontakt med psykiatrien, der modtog sociale indsatser, var i 2020-2022 højst blandt de 45-54 årige og 55-64-årige. Her var det knap 25 pct. af voksne i kontakt med psykiatrien, der også modtog en social indsats. Lavest var andelen blandt de 65+ årige, hvor det var godt 6 pct., der modtog en social indsats.
- *Figur 4.4:* Det varierer meget på tværs af diagnoser¹³, i hvor høj grad voksne, der er i kontakt med psykiatrien, modtager sociale indsatser. I 2020-2022 var andelen højst blandt voksne i kontakt med psykiatrien med diagnosen mental retardering, hvor næsten 9 ud af 10 også modtog sociale indsatser. For personer i behandling for psykiske udviklingsforstyrrelser og skizofreni var det knap halvdelen, der også modtog sociale indsatser i kommunen. Andelen

¹² Se fx "Coronas afledte konsekvenser for psykisk sygdom og mental sundhed", <https://www.regioner.dk/media/15438/coronas-afledte-konsekvenser-paa-psykisk-sygdom-og-mental-sundhed.pdf>

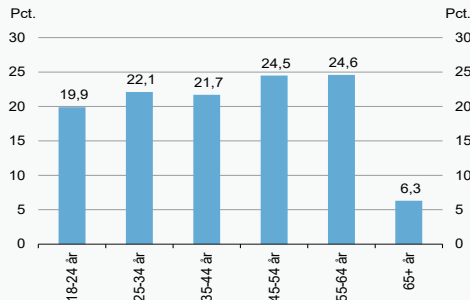
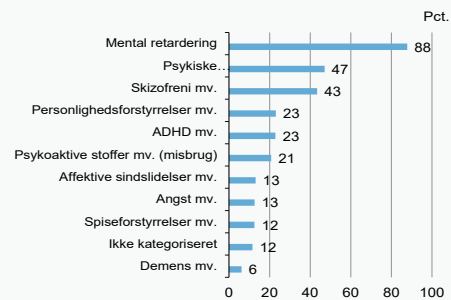
¹³ Vi tager her udgangspunkt i kontakternes aktionsdiagnoser.

var lavest blandt personer med demens. Det sammenholdt med resultatet for de 65+ årige i figur 4.3 kan skyldes, at demensramte ledes over i andre tilbud (som fx plejehjem).

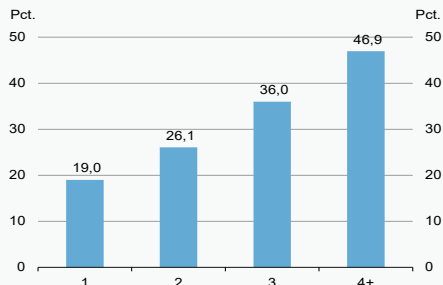
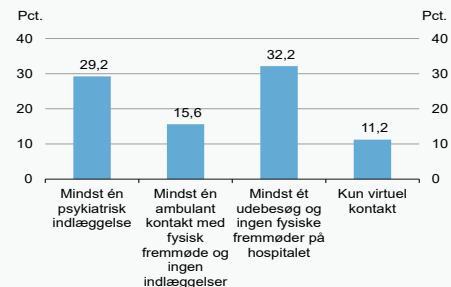
- *Figur 4.5:* Generelt ser vi, at jo flere psykiatriske diagnoser man var i kontakt med psykiatrien med indenfor kalenderåret, des større var sandsynligheden for, at man også havde en kommunal social indsats. Hver femte voksen i psykiatrien med kun én psykiatrisk diagnose modtog sociale indsatser, mens næsten halvdelen af dem med kontakt til psykiatrien med 4 eller flere psykiatriske diagnoser også modtog sociale indsatser.
- *Figur 4.6:* 29 pct. af de, der var indlagt i psykiatrien i 2020-2022, modtog også en kommunal social indsats, mens det var knap 16 pct. af dem, der havde haft mindst ét ambulantly besøg (og ikke nogen indlæggelse), der også modtog en social indsats. Kigger vi på dem, der ikke havde fysisk fremmøde på sygehuset, men havde mindst én udekontakt (herunder udebesøg og hjemmebesøg), er det knap hver tredje, der også modtog en kommunal social indsats. Gruppen der havde udekontakter, men ingen fysiske fremmøder i psykiatrien, udgør 6 pct. af alle voksne, der var i kontakt med psykiatrien i 2020-2022. Ser vi på dem, der udelukkende havde virtuel kontakt med psykiatrien (omkring 4 pct. af de voksne i psykiatrien), var det lidt mere end hver tiende, der modtog en social indsats.

Figur 4.1**Voksne med kontakt til psykiatrien, 2018-2022****Figur 4.2****Andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser, 2018-2022**

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 4.3**Andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser opgjort på aldersgrupper, 2020-2022****Figur 4.4****Andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser opgjort på diagnosegrupper, 2020-2022**

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 4.5**Andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser opgjort i forhold til antallet af diagnoser, 2020-2022****Figur 4.6****Andelen af voksne i psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser opgjort på kontakttpe i psykiatrien, 2022**

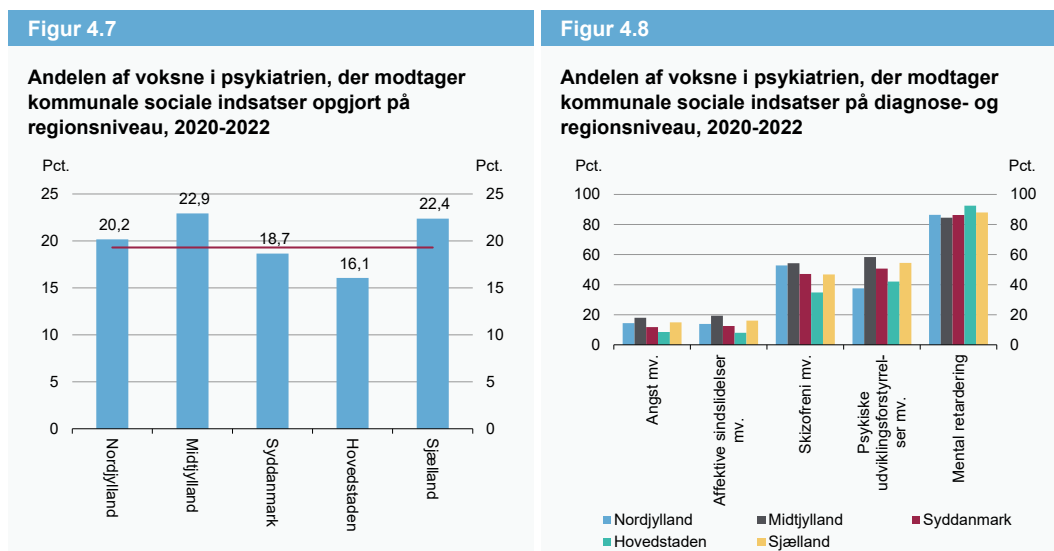
Anm: I figur 4.5 ser vi på antallet af aktionsdiagnoser indenfor det enkelte kalenderår. Det er altså ikke antallet af diagnoser på tværs af alle kalenderårene.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Variation på tværs af landet

I denne del af kapitlet ser vi på variationen i andelen af voksne i psykiatrien, der modtager en social indsats på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Det kan give et billede af, hvor stor variationen er i forhold til, om de patienter, der arbejdes med i psykiatrien, også modtager hjælp og støtte i kommunen i form af sociale indsatser som socialpædagogisk støtte i eget hjem, en botilbudsindsats osv.

Ser vi på tværs af regionerne, så er der nogle markante forskelle i, hvor stor en andel af de patienter, der er i kontakt med den regionale psykiatri, også modtager kommunale sociale indsatser. I Region Midtjylland er det næsten hver fjerde af de voksne i psykiatrien, der også modtog sociale indsatser i kommunen i årene 2020-2022, mens det var færre end hver sjette i Region Hovedstaden¹⁴, jf. figur 4.7.



Anm.: Den røde linje i figur 4.7 viser den vægtede andel på landsplan. I figur 4.8 vises andelen af personer med kontakt til psykiatrien, der også modtager en social indsats, for de tre hyppigste diagnoser blandt voksne i psykiatrien (angst, affektive lidelser og skizofreni), samt de to diagnosegrupper, hvor andelen, der modtager sociale indsatser, er højest på landsplanniveau (psykyiske udviklingsforstyrrelser og mental retardering). Opgørelsen er lavet med udgangspunkt i aktionsdiagnoser.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Også på diagnoseniveau er der forskel mellem regionerne i forhold til, hvor stor en andel af dem, der var i kontakt med psykiatrien, også modtog sociale indsatser. Fx var det for gruppen, der var i kontakt med psykiatrien for skizofreni omkring hver tredje i Region Hovedstaden, der også modtog sociale indsatser, mens det er mere end hver anden i Region Nordjylland og Region Midtjylland, jf. figur 4.8. Tilsvarende ser vi, at i Region Nordjylland og Region Hovedstaden er det omkring 2 ud af 5 voksne i behandling for psykiske udviklingsforstyrrelser mv. i psykiatrien, der modtager sociale indsatser, mens det er omkring 3 ud af 5 i Region Midtjylland.

På kommunalt niveau er variationen i hvor stor en andel der modtager sociale indsatser blandt voksne i psykiatrien endnu større. Ser vi bort fra ø-kommunerne varierer det fra, at det er ca. hver

¹⁴ I denne analyse har vi kun medtaget resultater for sygehuspsykiatrien. Man kunne også have inddraget de praktiserende psykiatere og psykologer. Det er dog kun en lille del af de personer, der er i kontakt med de praktiserende psykiatere eller psykologer, og som ikke er i kontakt med psykiatrien, der modtager sociale indsatser. En baggrundsanalyse viser, at det er godt 4 pct. Ser vi udelukkende på praktiserende psykiatere er andelen omkring 7 pct., og i Region Hovedstaden – hvor flest har kontakt til praktiserende psykiatere – er andelen helt nede på under 6 pct. Det ændrer derfor ikke ved det generelle billede i figur 4.7.

tredje voksne i psykiatrien i Lolland Kommune, der også modtager kommunale sociale indsatser, mens det er omkring hver 10. i Hørsholm og Frederiksberg kommuner, jf. figur 4.9.

Når man ser på hvilke kommuner, hvor det er henholdsvis en stor del og en lille del af de voksne i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser, kan man godt få den tanke, at andelen er relateret til de socioøkonomiske forhold i kommunen. I en simpel bivariat sammenhængsanalyse, hvor vi ikke kan udtale os om kausalitet, finder vi da også en mindre tendens til, at andelen af voksne i psykiatrien, der modtager sociale indsatser er højere i kommuner med flere socioøkonomiske udfordringer. Tendensen er signifikant på et 5 pct. signifikansniveau, men forskelle i socioøkonomi synes langt fra at kunne forklare al variationen¹⁵.

Vi har også set på sammenhængen mellem andelen, der modtager sociale indsatser, blandt voksne i kontakt med psykiatrien og antallet af voksne i kontakt med psykiatrien i alt på kommunalt niveau. Man kan forestille sig, at i kommuner, hvor en relativ stor andel af de voksne i kommunen er i kontakt med psykiatrien, der er andelen, der også modtager sociale indsatser, mindre, da en stor andel i psykiatrien kan betyde, at sværhedsgraden af den psykiatriske diagnose gennemsnitligt er mindre end i områder, hvor færre visiteres til behandling i psykiatrien. Vi finder da også en lille tendens til en sådan sammenhæng, men tendensen er som sagt lille og ikke signifikant på et 5 pct. signifikansniveau¹⁶.

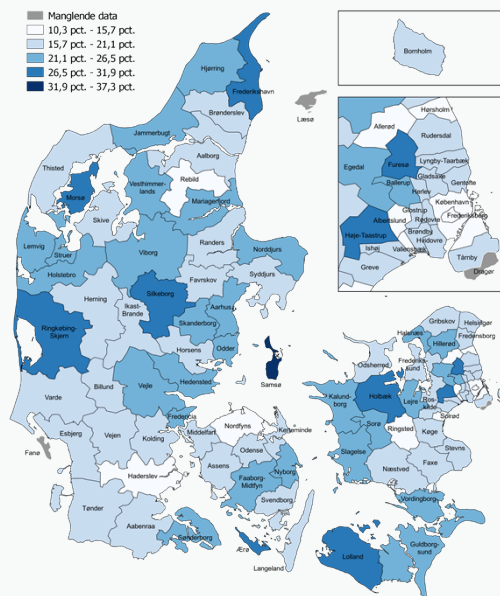
Der er altså ikke noget i denne analyse, der indikerer, at kommunens socioøkonomiske udfordringsniveau eller antallet af personer, der er i kontakt med psykiatrien alene kan forklare den store kommunale variation i andelen af voksne i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser. Det kan skyldes, at der er flere ting på spil i forhold til denne andel, herunder fx forskelle i kommunal praksis i forhold til visitation til sociale indsatser, ligesom også forskelle i regional henvisnings- og visitationspraksis til behandling i psykiatrien på tværs af landet kan have betydning.

¹⁵ Korrelationen mellem andelen der modtager sociale indsatser blandt voksne i kontakt med psykiatrien på kommunalt niveau og socioøkonomisk indeks er beregnet til 0,23 (P-værdi = 2,5 pct.). Her skal vi være opmærksom på, at der kan være nogle endogenitetsproblemer i forhold til denne bivariante sammenhængsanalyse og socioøkonomisk indeks, fordi én af de faktorer, der indgår i beregningen af socioøkonomisk indeks, er antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter i kommunen (i Indenrigs- og Sundhedsministeriets publikation "Kommunal Udligning og Generelle Tilskud 2008" kan man læse den præcise definition af socioøkonomisk indeks).

¹⁶ Korrelationen mellem andelen der modtager sociale indsatser blandt voksne i kontakt med psykiatrien på kommunalt niveau og antallet af voksne, der er i kontakt med psykiatrien, er beregnet til -0,18 (P-værdi = 8,0 pct.).

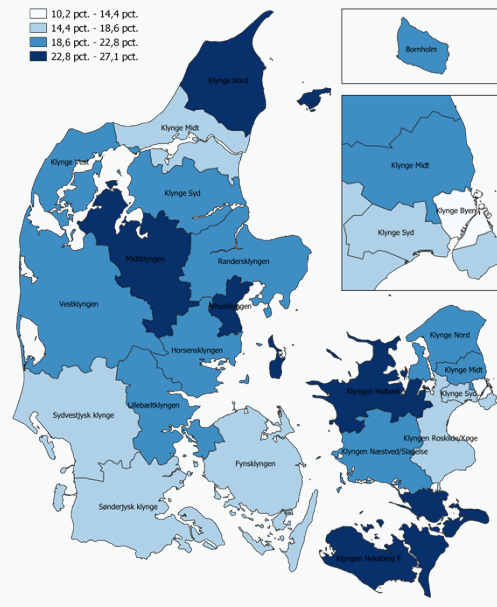
Figur 4.9

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



Figur 4.10

Andelen af voksne i kontakt med psykiatrien, der modtager kommunale sociale indsatser opgjort på sundhedsklyngeniveau, 2020-2022



Anm.: I figur 4.10 indgår Københavns Kommune visuelt i Klynge Byen, men kommunen er i beregningerne fordelt mellem Klynge Byen (Hovedstaden) og Klynge Syd (Hovedstaden). Middelfart Kommune indgår visuelt i Lillebæltklyngen (Syddanmark), Billund Kommune og Vejen Kommune indgår visuelt i Sydvestjysk klynge (Syddanmark), og endelig indgår Rødovre Kommune visuelt i Klynge Midt (Hovedstaden). Læs mere om sundhedsklyngefordelingen i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På sundhedsklyngeniveau er der også markante forskelle i andelen af voksne i psykiatrien i 2020-2022, der modtog sociale indsatser. I Klynge Byen (Hovedstaden) er det omkring hver 10. af de voksne i psykiatrien i 2020-2022, der modtog sociale indsatser, mens det er over hver fjerde i Klyngen Nykøbing F. (Sjælland), jf. figur 4.10.

Se flere resultater på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau i bilag 1-6.

5 Voksne med sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien

I dette kapitel vender vi blikket så vi i stedet for at tage udgangspunkt i dem, der er i kontakt med psykiatrien (som vi gjorde i kapitel 4), sætter fokus på de voksne, der modtager kommunale sociale indsatser i 2020-2022¹⁷. Og så ser vi på, i hvor høj grad de er i kontakt med psykiatrien. Vi ser både på landsplanstendenser, men viser også variationen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger. Kapitlet skulle gerne give et billede af, dels hvor stor en del af de personer, kommunerne har iværksat sociale indsatser i forhold til, der også er i berøring med den regionale psykiatri, og dels hvor meget dette varierer på tværs af landet.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Andelen af de voksne, der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien, var 30 pct. i 2020-2022. Over hele perioden 2018-2022 har vi set et fald i denne andel på knap 3 procent point.
- 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. På indsatsniveau er andelen størst blandt de, der bor i midlertidigt botilbud (46 pct.) og lavest blandt de, der er i aktivitetstilbud m.m. (15 pct.)¹⁸.
- På tværs af landet er der stor variation i andelen af dem, der modtager sociale indsatser, som er i kontakt med psykiatrien. Fx varierer andelen på regionsniveau fra under hver fjerde i Region Nordjylland til over hver tredje i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

I boks 5.1 kan man finde en visualisering af kapitlets analysepopulation.

¹⁷ Vi ser i analysen på aktiviteten i 2020-2022, men vi ser på den årlige aktivitet. Dvs. når vi fx i dette kapitel ser på andelen af personer med sociale indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien, så ser vi på det indenfor det samme kalenderår. Hvis en person fx modtog sociale indsatser i 2020, så ser vi på, om vedkommende også var i kontakt med psykiatrien i 2020 (og ikke 2020-2022). Det gør vi for at sikre, at vi har et rimeligt antal observationer på kommuneniveau.

¹⁸ Indsatsgrupperne er grupperet efter den socialpsykiatriske indsatsstape. Læs mere om dette i boks 5.2.

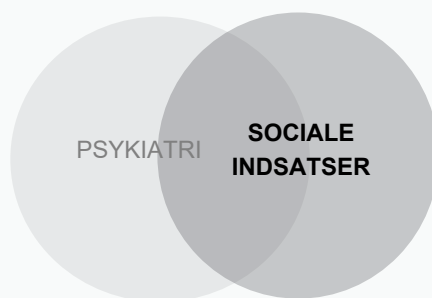
Boks 5.1

Analysepopulation i kapitel 5

I analysen ser vi på de voksne der er i kontakt med psykiatrien og/eller modtager sociale indsatser i 2020-2022. I kapitel 5 tager vi udgangspunkt den gruppe af voksne, der modtog kommunale sociale indsatser, hvoraf nogle også var i kontakt med psykiatrien og andre ikke. Populationen er illustreret i figur a nedenfor.

Figur a

Illustration af analysepopulationen i kapitel 5



I denne del fokuseres på andelen af voksne der modtager sociale indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien på landsplan. På side 26 ses 4 figurer, der hver især siger noget om billedet på landsplan. Det er beskrevet nedenfor, hvad figurerne viser i hovedtræk.

- *Figur 5.1:* Antallet af voksne, der modtager kommunale sociale indsatser, er steget fra omkring 17,7 pr. 1.000 voksne i 2018 til omkring 19,9 pr. 1.000 voksne i 2022. En stigning på omkring 12 pct. I 2020-2022 var antallet 19,3 pr. 1.000 voksne.
- *Figur 5.2:* Andelen af de voksne, der modtager sociale indsatser, som også har kontakt med psykiatrien, er faldet fra 32,6 pct. i 2018 til 29,7 pct. i 2022. I analyseperioden 2020-2022 er andelen 30,0 pct. Samtidig så vi, at antallet af personer, der modtager sociale indsatser er steget i den samme periode. Det kan ikke udelukkes, at COVID19 har betydning både for antallet af voksne, der modtager sociale indsatser i årene 2020-2022, men også andelen af dem, der er i kontakt med psykiatrien.
- *Figur 5.3:* Andelen i kontakt med psykiatrien blandt voksne modtagere af sociale indsatser er højest for de yngste aldersgrupper: Blandt de 18-24-årige modtagere af sociale indsatser, er det mere end hver tredje, der også er i kontakt med psykiatrien i 2020-2022¹⁹. For de 65+ årige der modtager en social indsats, er det under hver femte, der er i kontakt med psykiatrien.

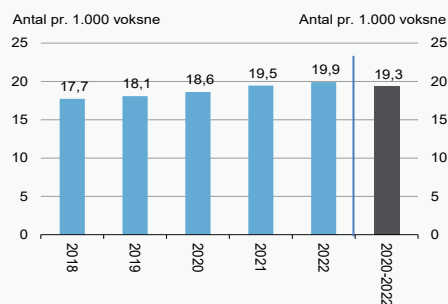
Figur 5.4: Til hver indsats skal der ved indberetning af ydelserne knyttes mindst én målgruppe (dvs. type af handicap eller udsathed). Kigger vi på målgrupperne knyttet til de sociale indsatser i 2020-2022, ser vi, at for personer, der modtager sociale indsatser indenfor målgruppen "Sindslidelse", er det hver anden, der har kontakt til psykiatrien. Men

¹⁹ Vi i rapporten ser på, hvorvidt en person både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser i 2020-2022, så ser vi på aktiviteten indenfor de enkelte kalenderår. Det betyder, at når vi fx her ser, at hver tredje 18-24-årige, der modtog sociale indsatser også var i kontakt med psykiatrien, så er det baseret på hvorvidt den 18-24-årige med sociale indsatser og så er i kontakt med psykiatrien indenfor samme kalenderår eller ej, og ikke om en 18-24-årige med sociale indsatser i løbet af 2020-2022 også har kontakt med psykiatrien i løbet af årene 2020-2022. læs evt. mere i kapitel 3.

andelen, der er i kontakt med psykiatrien, er næsten lige så høj for målgrupperne "socialt problem" og "uoplyst og øvrige" ("uoplyst og øvrige" er den mindste målgruppe i datasættet). Blandt personer, der modtager indsatser indenfor målgruppen "kognitivt handicap" er det under hver 5., der er i kontakt med psykiatrien.

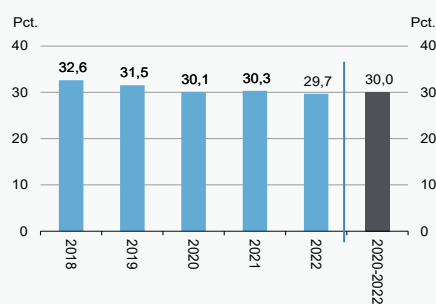
Figur 5.1

Voksne, der modtager sociale indsatser 2018-2022



Figur 5.2

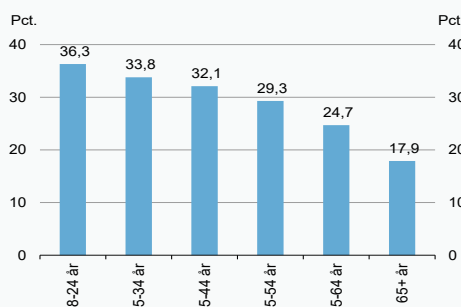
Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, som er i kontakt med psykiatrien, 2018-2022



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

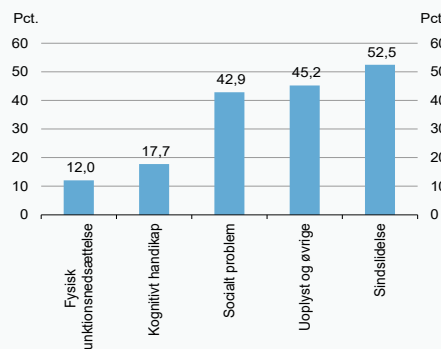
Figur 5.3

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, som er i kontakt med psykiatrien opgjort på alder, 2020-2022



Figur 5.4

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, som er i kontakt med psykiatrien opgjort på målgruppe, 2020-2022



Anm: Målgruppeinddelingen i figur 5.4 skal tages med et vist forbehold, da det ikke nødvendigvis giver et dækkende billede af borgeren problematikker (Socialpolitisk Redegørelse 2022, Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2023)). Se målgruppeafgrænsningen i Bilag 7 - Metode. Man kan bl.a. se, at 45,2 pct. af personerne der modtager sociale indsatser med målgruppen "Uoplyst og øvrige" er også i kontakt med psykiatrien i perioden 2020-2022. Det er kun omkring 6 pct., der modtager indsatser indenfor denne målgruppe.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I hovedparten af analysen ser vi på sociale indsatser med udgangspunkt i kategoriseringen i den socialpsykiatriske indsatstrappe udviklet af Social- og Boligstyrelsen i et partnerskab med en række kommuner²⁰. Her placeres borgerne efter et indsatshierarki, der beskriver, hvor tæt borgeren vurderes at være på et almindeligt hverdagsliv. Vi benytter denne gruppering, fordi en borger sagtens kan modtage flere indsatser i den samme periode, hvilket betyder, at det for nogle ydelsesgrupper kan være tale om en heterogen gruppe borgere, hvis vi ser isoleret på ydelsen uden at tage hensyn til, hvilke andre ydelser borgeren modtager. Fx er der eksempler på personer,

²⁰ Se fx Nøgletalskatalog for Socialpsykiatriens Nøgletal, Social- og Boligstyrelsen (2023)

der både er i beskyttet beskæftigelse og samtidig bor på et længerevarende botilbud, ligesom der er eksempler på personer, der udelukkende er i beskyttet beskæftigelse. Disse to eksempler vil ikke være sammenlignelige i forhold til behovet for støtte m.m. Når vi benytter hierarkiet i Den socialpsykiatriske trappe placeres personen, der både modtager beskyttet beskæftigelse og bor på et længerevarende botilbud, i indsatsgruppen længerevarende botilbud, mens personen, der kun er i beskyttet beskæftigelse, placeres i indsatsgruppen aktivitetstilbud m.m. Læs mere om analysens placeringen af borgerne i forhold til sociale indsatser i boks 5.2.

Boks 5.2

Opgørelse af sociale indsatser

Danmarks Statistiks register for Ydelser til handicap og udsatte voksne benyttes i analysen. Dette data indeholder oplysninger på personniveau om, hvilke sociale ydelser borgerne har modtaget, i hvor lang en periode ydelsen har været tildelt, samt handle- og betalingskommune mm. I tabel a ses ydelserne på paragrafniveau i søjlen længst til venstre ("Ydelser").

I denne analyse vil vi hovedsageligt gruppere indsatserne i et hierarki, der lægger sig tæt op af hierarkiet i Socialpsykiatriens indsatsstrappe²¹. Vi har dog for overskuelighedens skyld samt for at kunne lave opgørelser på kommuneniveau slået nogle trin sammen: Længerevarende botilbud (SEL §108) og botilbudslignende tilbud (ABL §105) er slået sammen i trinnet Længerevarende botilbud; aktivitets- og samværstilbud (SEL §104) og beskyttet beskæftigelse (SEL §103) er slået sammen i Aktivitetstilbud m.m. Endelig har vi lagt indsatser - der ikke indgår i den socialpsykiatriske indsatsstrappe (og som der er få af i overlapsgruppen) - sammen med de forebyggende indsatser i Øvrige indsatser. Se mere i Bilag 7: Metode. Socialpsykiatriens Indsatsstrappe er tænkt som illustration af, hvor langt borgeren er fra et almindeligt hverdagsliv.

På det nederste trin i Den socialpsykiatriske indsatsstrappe, hvor borgeren bor i eget hjem og udelukkende modtager forebyggende indsatser (Øvrige indsatser), er borgeren relativt tæt på et almindeligt hverdagsliv, mens de, der befinder sig på det øverste trin og bor på længerevarende botilbud, er langt fra et almindeligt hverdagsliv. Søjlen længst til højre illustrerer hierarkiet, således at man nederst ("Øvrige indsatser") vurderes at være tættest på et almindeligt hverdagsliv, mens man øverst ("Længerevarende botilbud") vurderes at være længst fra et almindeligt hverdagsliv.

Det, der er særligt vigtigt at holde sig for øje i denne sammenhæng, er, at hvis man indenfor samme kalenderår modtager forskellige indsatser, så vil man i analysen udelukkende optræde indenfor den indsats, som er højest placeret i hierarkiet. Hvis en person fx både har modtaget socialpædagogisk støtte i eget hjem og boet på midlertidigt botilbud, så vil personen i denne analyse (undtagen i figur 5.5) udelukkende indgå i opgørelserne for midlertidigt botilbud.

I kolonnen "Indsats" vises den kategorisering, som er benyttet i figur 5.5. Den er i store træk sammenfaldende med den opdeling, der tidligere er blevet benyttet i andre opgørelser af indsatserne i aktivitetsdata²².

Tabel a

Ydelses- og indsatsoversigt

Ydelser	Indsats	Indsathierarki (Den socialpsykiatriske trappe)
Længerevarende botilbud inkl. tilknyttede ydelser fx §§83, 85, SEL §108	Længerevarende botilbud	Længerevarende botilbud
Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud (omfattet af §4, stk. 1, nr. 3 i lov om socialtilsyn), fx botilbud efter lov om almene boliger §105/115, SEL §85		
Midlertidige botilbud inkl. tilknyttede ydelser fx §§83, 85, SEL §107	Midlertidigt botilbud	Midlertidigt botilbud (uden ophold på længerevarende botilbud)
Øvrig socialpædagogisk støtte (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgeren hjem), SEL §85	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Socialpædagogisk støtte i eget hjem (uden ophold på hverken længerevarende eller midlertidigt botilbud)
Beskyttet beskæftigelse, SEL (§103)	Beskyttet beskæftigelse	Aktivitetstilbud m.m. (uden ophold på hverken længerevarende eller midlertidigt botilbud eller socialpædagogisk støtte i eget hjem)
Aktivitets- og samværstilbud, SEL (§104)	Aktivitets- og samværstilbud	
Ledsagerordning, SEL §97	Ledsagerordning	Øvrige indsatser (uden ophold på botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem eller aktivitets- og samværstilbud /beskyttet beskæftigelse)
Gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og støtte, SEL §82 a (frivilligt at indberette)	Øvrige	
Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte, SEL §82 b		
Borgerstyret personlig assistance, SEL §96		
Kontant tilskud efter §95 til ansættelse af hjælpere, SEL §95		
Kontaktperson for døvblinde, SEL §98		
Behandling, SEL §102		

²¹ Se fx "Nøglekatalog for Socialpsykiatriens nøgletal", Social- og Boligstyrelsen (2023) eller <https://social.dk/tvaergaende/analyse-og-vidensarbejde/redskaber-til-styring-og-udvikling/noegletalsredskaber-og-indsatsstrapper/socialpsykiatriens-indsatsstrappe>.

²² Se fx Socialpolitisk redegørelse 2022, Social- og Ældreministeriet (2022), samt Overlap mellem modtagere af indsatser efter serviceloven og patienter i sygehuspsykiatrien, Social- og Indenrigsministeriet (2018)

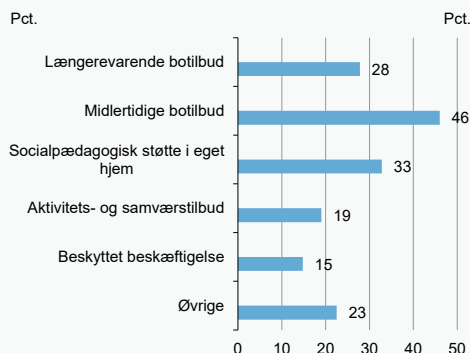
I figur 5.5 og 5.6 ser vi på andelen af voksne i psykiatrien opgjort i forhold til sociale indsatsgrupper. Som beskrevet i boks 5.2 ser vi i figur 5.5 på andelen af voksne i kontakt med psykiatrien, der modtager sociale indsatser opgjort for alle, der modtager indsatsen, mens vi i figur 5.6 opgør andelen i forhold til den indsats man grupperes til p.ba. hierarkiet i den socialpsykiatriske trappe .

- *Figur 5.5:* Det varierer meget på tværs af indsatstyper, i hvor høj grad personer, der modtager sociale indsatser, er i kontakt med psykiatrien. Næsten halvdelen af alle dem, der har boet på et midlertidigt botilbud i 2020-2022, var også i kontakt med psykiatrien, mens det er omkring hver 7. af dem, der er i beskyttet beskæftigelse.
- *Figur 5.6:* Indsatserne i figuren er ordnet efter den socialpsykiatriske indsatstrappe, fra længst væk fra et almindeligt hverdagsliv (Længerevarende botilbud) til tættest på et almindeligt hverdagsliv (Øvrige indsatser). Det er tydeligt, at det ikke nødvendigvis er sådan, at jo højere et trin en person er på, des større er kontakten med psykiatrien. Fx er det omkring 27,7 pct. på trinnet "længerevarende botilbud", der er i kontakt med psykiatrien i 2020-2022, mens det er 46,1 pct. på "midlertidigt botilbud". Forskellen på visitation til længerevarende og midlertidige botilbud er, at man ved visitation til et midlertidigt tilbud vurderer, at borgerens behov for botilbud ikke er varigt²³. Det kan fx betyde, at en større del af de, der bor på et længerevarende botilbud, har varige fysiske funktionsnedsættelser, og det derfor ikke er lige så relevant med psykiatrisk kontakt og behandling. Det er også sådan at blandt de personer, der kun modtog "øvrige indsatser" (herunder tidsbegrænset socialpædagogisk støtte) er det 24,6 pct., der er i kontakt med psykiatrien – samme niveau som for de, der er på et længerevarende botilbud. Omvendt er det kun omkring 15 pct., af de, der var i aktivitetstilbud m.m., der også var i kontakt med psykiatrien. Der altså ikke en en-til-en sammenhæng mellem, hvor tæt på et almindeligt hverdagsliv en person er og sandsynligheden for kontakt med psykiatrien.

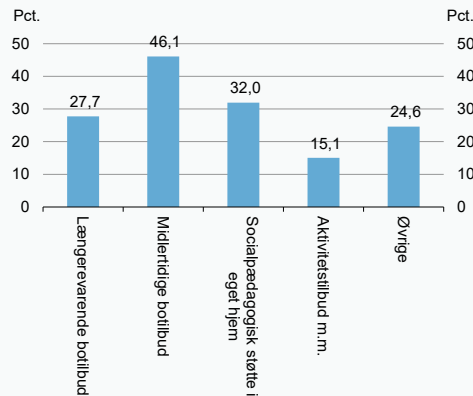
²³ Se fx "Nyt fra Ankestyrelsen nr. 3 april 2015", Ankestyrelsen (2015)

Figur 5.5

Andelen, der er i kontakt med psykiatrien, blandt voksne der modtager sociale indsatser, opgjort på indsats typer, 2020-2022

**Figur 5.6**

Andelen, der er i kontakt med psykiatrien, blandt voksne der modtager sociale indsatser, opgjort i forhold til den socialpsykiatriske indsats trappe, 2020-2022



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

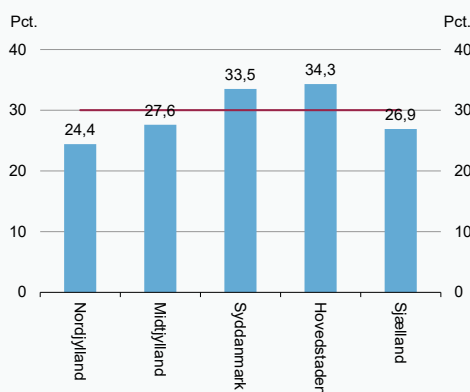
Variation på tværs af landet

I denne del af rapporten ser vi på variationen i andelen, der modtager sociale indsatser blandt voksne, der også er i kontakt med psykiatrien, på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

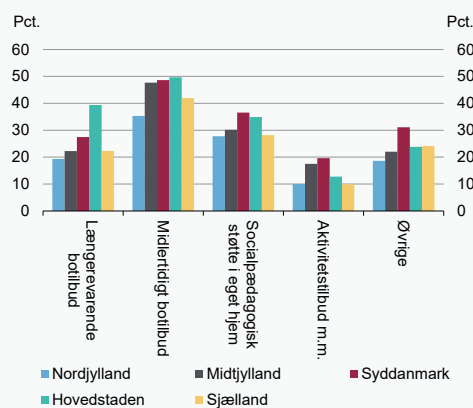
Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, og samtidig er i kontakt med psykiatrien, varierer en del mellem regionerne: fra under hver fjerde i Region Nordjylland (24 pct.) til over hver tredje i Region Hovedstaden (34 pct.) og Region Syddanmark (34 pct.), jf. figur 5.7.

Figur 5.7

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien opgjort på regionsniveau, 2020-2022

**Figur 5.8**

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien opgjort på regions- og indsatsniveau, 2020-2022



Anm.: Den røde linje i figur 5.7 viser den vægtede andel på landsplan. I figur 5.8 er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsats trappe, jf. boks. 5.2

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Der er stor variation i andelen af dem, der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien indenfor de enkelte indsatsgrupper. Fx er det næsten 40 pct. af personer på et

længerevarende botilbud i Region Hovedstaden, der havde kontakt med psykiatrien, mens det er under 20 pct. i Region Nordjylland, jf. figur 5.8²⁴. Vi ser også, at knap 28 pct. af dem, der modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem i Region Nordjylland og Region Sjælland i 2020-2022 var i kontakt med psykiatrien, mens det var knap 37 pct. i Region Syddanmark. Det gælder i alle regioner – som vi også så for hele landet – at en mindre andel af de, der bor på et længerevarende botilbud er i kontakt med psykiatrien end de, der har haft ophold på et midlertidigt botilbud.

På kommuneniveau er der også stor variation i andelen af voksne, der modtager kommunale sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien, jf. figur 5.9. Ser vi bort fra ø-kommunerne varierer det fra, at omkring 20 pct. dem, der modtog sociale indsatser i Lemvig og Solrød kommuner, også var i kontakt med psykiatrien i 2020-2022 til omkring 42 pct. i Københavns Kommune.

Vi har også her undersøgt, om der er en sammenhæng mellem andelen af personer, der modtager sociale indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien og det kommunale socioøkonomiske indeks. Også her skal vi understrege, at der er tale om simple bivariate sammenhængsanalyser, der ikke kan bruges til at drage konklusioner omkring kausalitet. Vi finder en tendens til, at i kommuner, der er socioøkonomisk udfordrede, er andelen, der er i kontakt med psykiatrien blandt voksne, der modtager sociale indsatser, også højere end i kommuner, der ikke er ligeså socioøkonomisk udfordrede. Tendensen er signifikant på et 5 pct. signifikansniveau, men socioøkonomi kan langt fra forklare alle de kommunale forskelle²⁵. Vi har også undersøgt, om der er en sammenhæng mellem andelen af voksne i kommunen, der modtager sociale ydelser og andelen af denne gruppe, der er i kontakt med psykiatrien. Vi finder ikke nogen signifikant sammenhæng²⁶.

Det ser altså hverken ud til at være forskelle i socioøkonomi eller andelen af voksne med sociale indsatser generelt på kommunalt niveau, der alene kan forklare de store forskelle mellem kommunerne i forhold til andelen, der er i kontakt med psykiatrien blandt voksne med sociale indsatser. Der kan således også være andre ting på spil, fx kan forskelle i kommunal praksis i forhold til visitation til sociale indsatser, samt forskelle i regional henvisnings- og visitationspraksis til behandling i psykiatrien have betydning.

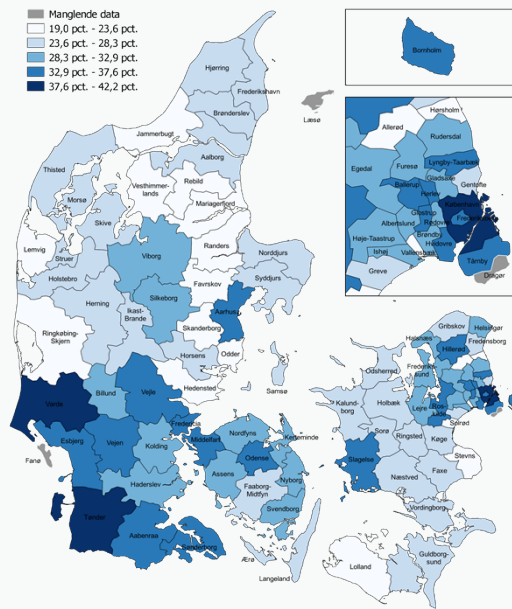
²⁴ Selvom der er en stor forskel på, hvor stor en andel af de, der bor på et længerevarende botilbud, der er i kontakt med psykiatrien, så er det de samme diagnoser, der optræder oftest indenfor indsatsgruppen: Både i Nordjylland og Hovedstaden er skizofreni mv. og mental retardering de diagnoser, der optræder hyppigst på de længerevarende botilbud. Se mere i bilag 1 omkring diagnosefordelingen indenfor de forskellige sociale indsatser.

²⁵ Korrelationen mellem andelen der er i kontakt med psykiatrien blandt voksne, der modtager sociale indsatser på kommunalt niveau og det socioøkonomiske indeks er beregnet til 0,218 (P-værdi = 3,4 pct.).

²⁶ Korrelationen mellem andelen der er i kontakt med psykiatrien blandt voksne, der modtager sociale indsatser på kommunalt niveau og andelen af voksne i kommunen, der modtager sociale indsatser, er beregnet til -0,104 (P-værdi = 31,7 pct.).

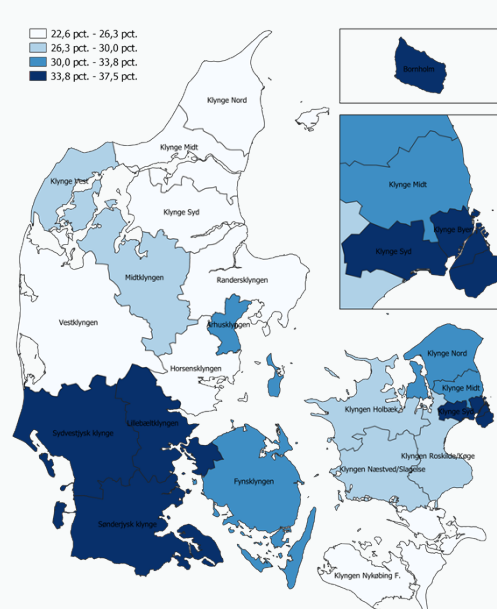
Figur 5.9

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien opgjort på kommuneniveau, 2020-2022



Figur 5.10

Andelen af voksne der modtager sociale indsatser, der er i kontakt med psykiatrien opgjort på sundhedsklyngeniveau, 2020-2022



Anm.: I figur 5.10 indgår Københavns Kommune visuelt i Klynge Byen, men kommunen er i beregningerne fordelt mellem Klynge Byen (Hovedstaden) og Klynge Syd (Hovedstaden). Middelfart Kommune indgår visuelt i Lillebælt-Klyngen (Syddanmark), Billund Kommune og Vejen Kommune indgår visuelt i Sydvestjysk klynge (Syddanmark), og endelig indgår Rødovre Kommune visuelt i Klynge Midt (Hovedstaden). Læs mere om sundhedsklyngefordelingen i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ser vi på mønstret på sundhedsklyngeniveau finder vi også en del variation. Her ser vi, at knap 23 pct. af de voksne, der modtog sociale indsatser i Klynge Syd (Nordjylland) i 2020-2022 var i kontakt med psykiatrien, mens det var knap 38 pct. i Klynge Syd (Hovedstaden).

Se flere resultater på regions-, kommune- og sundhedsklyngeniveau i bilag 1-6.

6 Overlapsgruppen på landsplan

I denne del af analysen ser vi på overlapsgruppen, dvs. de voksne, der både modtager behandling i psykiatrien og kommunale sociale indsatser. Vi ser her på, hvor meget de forskellige diagnoser og sociale indsatser optræder i overlapsgruppen, men også hvor meget aktivitet overlapsgruppen har i psykiatrien i 2020-2022²⁷. I dette kapitel er der fokus på overlapsgruppen på landsplan, mens der i det efterfølgende kapitel vil være fokus på variationer på tværs af landet.

4 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Når vi ser på hvilke diagnoser og sociale indsatser, der fylder blandt personer der både er i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser (overlapsgruppen) i 2020-2022, så ser vi, at 40 pct. af overlapsgruppen er i behandling for skizofreni (mod omkring 18 pct. i psykiatrien generelt) og 17 pct. i overlapsgruppen modtager behandling for mere end én psykiatrisk diagnose. Samtidig ser vi, at 52 pct. af overlapsgruppen får socialpædagogisk støtte i eget hjem, mens 20 pct. bor på et længerevarende botilbud.
- Socialpædagogisk støtte i eget hjem er den indsats, der optræder mest i overlapsgruppen på tværs af stort set alle diagnoser undtagen mental retardering, her var den største indsats længerevarende botilbud. Vender vi blikket rundt og tager udgangspunkt i hvilke diagnoser, der optræder hyppigst indenfor de forskellige indsatser, er det halvdelen af dem i overlapsgruppen, der boede på længerevarende og midlertidigt botilbud, og hver tredje (38 pct.) af dem, der modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem, der var i kontakt med psykiatrien med en skizofrenidiagnose. Det betyder, at skizofreni er den hyppigste diagnose i overlapsgruppen generelt, men er især hyppig på botilbuddene.
- Generelt ser vi en tendens til, at personer i psykiatrien, der også modtager sociale indsatser (er i overlapsgruppen), har mere aktivitet i psykiatrien end de øvrige patienter i psykiatrien (de, der ikke modtager sociale indsatser). Fx var det i 2020-2022 hver tredje i overlapsgruppen der havde en psykiatrisk indlæggelse mod knap hver femte blandt de øvrige patienter i psykiatrien. Derudover er der også flere indlæggelser, samt flere genindlæggelser og flere ambulante kontakter i overlapsgruppen end blandt de øvrige i kontakt med psykiatrien. Det kan indikere, at overlapsgruppen er forholdsvis udfordret og har behov for mere behandling, end de resterende med kontakt til psykiatrien, eller at samarbejdet og praksis omkring overlapsgruppen ikke i tilstrækkelig grad imødekommer overlapsgruppens behov.
- Især blandt personer i overlapsgruppen, der bor på midlertidigt botilbud, er der en stor andel, der er indlagt i psykiatrien, og det er også i denne indsatsgruppe, vi ser den største andel genindlæggelser, da næsten hver anden indlæggelse blandt personer i overlapsgruppen, der boede på midlertidigt botilbud, blev efterfulgt af en akut genindlæggelse i 2020-2022. Næsten alle i overlapsgruppen havde ambulante kontakter i psykiatrien i 2020-2022, men det var især personer, der modtog socialpædagogisk støtte

²⁷ Også i dette kapitel er overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser opgjort indenfor de enkelte kalenderår. Det betyder, at en person indgår i overlapsgruppen, hvis personen indenfor samme kalenderår både har været i kontakt med psykiatrien og modtaget sociale indsatser. Vi kigger på aktiviteten i flere kalenderår for at sikre, at der er et rimeligt antal observationer på kommuneniveau.

i eget hjem og personer i behandling for skizofreni, der havde mange ambulante kontakter i psykiatrien.

I boks 6.1 finder man en visualisering af analysepopulationen i dette kapitel.

Boks 6.1

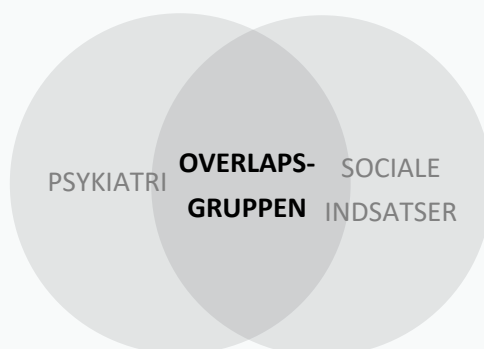
Analysepopulation i kapitel 6

I dette kapitel sætter vi fokus på de voksne, der både modtager sociale indsatser og er i kontakt med psykiatrien. Vi kalder gruppen for *overlapsgruppen*, se illustrationen i figur a. Dvs. i denne del af analysen er det udelukkende de personer, som både regionen (via borgerens kontakt med og behandlingsforløb i psykiatrien) og kommunen (via de sociale indsatser borgeren modtager) er i kontakt med i 2020-2022, vi ser på. I dette kapitel er fokus på overlapsgruppen på landsplan, mens vi i kapitel 7 vil se på variationen i overlapsgruppen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger.

At vi i dette kapitel har fokus på overlapsgruppen betyder også, at når vi her fx taler om andelen i kontakt med psykiatrien for skizofreni, så er det udelukkende dem i overlapsgruppen, der var i behandling for skizofreni, hvor det i kapitel 4 var alle i psykiatrien i kontakt med psykiatrien med diagnosen skizofreni. Tilsvarende når vi her taler om andelen, der fx modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem, så er det her blandt de personer, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser (overlapsgruppen), hvor det i kapitel 5 var blandt alle, der modtog sociale indsatser.

Figur a

Illustration af analysepopulationen i kapitel 6



I dette kapitel har vi altså alene fokus på overlapsgruppen, og hvor vi i kapitel 4 og kapitel 5 så, at det i 2020-2022 var 30,1 pr. 1.000 voksne, der var i kontakt med psykiatrien og 19,3 pr. 1.000 voksne, der modtog sociale indsatser, så er det kun 5,8 pr. 1.000 voksne, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser (er i overlapsgruppen) på landsplan i 2020-2022²⁸.

6.1 Psykiatriske diagnoser blandt overlapsgruppen

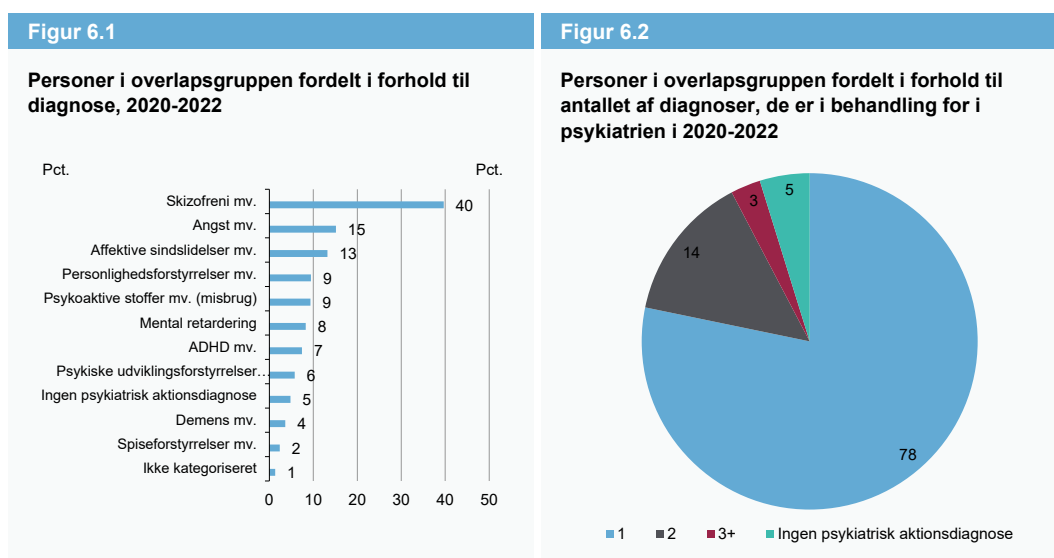
Ser vi på, hvilke diagnoser personer i overlapsgruppen er i kontakt med psykiatrien for, er det bemærkelsesværdigt, at 40 pct. var i behandling for skizofreni mv.²⁹ i 2020-2022, jf. figur 6.1. Det er klart den diagnose, der optræder hyppigst i overlapsgruppen. Godt 15 pct. var i kontakt med

²⁸ Når vi ser på antallet af borgere i, der er i overlapsgruppen, så ser vi indenfor det enkelte kalenderår. Det betyder, at antallet af borgere i overlapsgruppen i 2020-2022 kan betragtes som et vægtet gennemsnit af antallet af borgere i de enkelte kalenderår.

²⁹ Skizofreni mv. dækker udover skizofreni også over skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser m.m. Se diagnoseafgrænsningen i Bilag 7 – Metode.

psykiatrien for angst mv.³⁰, mens 13 pct. var i behandling for affektive sindslidelser mv.³¹ Ser vi på alle voksne, der er i kontakt med psykiatrien i 2020-2022, så var de tilsvarende andele henholdsvis knap 18 pct. for skizofreni, 23 pct. for angst og 19 pct. for affektive sindslidelser. Voksne i kontakt med psykiatrien med aktionsdiagnosen skizofreni er derfor overrepræsenterede i overlapsgruppen.

Lang de fleste i overlapsgruppen – næsten 4 ud af 5 – var i løbet af 2020-2022 i kontakt med psykiatrien med en enkel diagnose. Dog viser en baggrundsanalyse, at medtager vi diagnoser, som er registreret over de seneste 10 år, så har 2 ud af 3 i overlapsgruppen 2 eller flere psykiatriske diagnoser. Det kan indikere, at selvom aktiviteten i overlapsgruppen i analysens aktivitetsår for langt de flestes vedkommende kan tilskrives en enkelt aktionsdiagnose, så tegner der sig et billede af nogle mere komplicerede sygdomsforløb, når man ser tilbage i tid.



Anm.: Andelene i figur 6.1 summer ikke til 100 pct., da flere er i behandling for mere end én psykiatrisk diagnose i kalenderårene 2020-2022.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

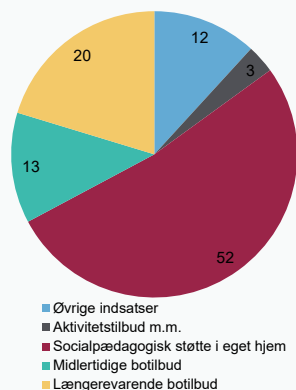
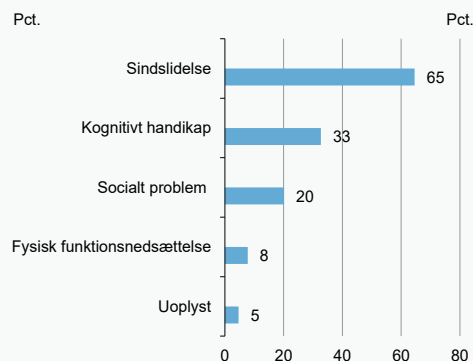
6.2 Sociale indsatser blandt overlapsgruppen

Når vi ser på, hvilke sociale indsatser der optræder hyppigst i overlapsgruppen, så ser vi, at 52 pct. af personerne i overlapsgruppen modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem i 2020-2022, jf. figur 6.3³², mens 20 pct. boede på enten et længerevarende botilbud og 13 pct. et midlertidigt botilbud. Når vi en baggrundsanalyse ser på indsatsfordelingen blandt alle, der modtager sociale indsatser, ser vi, at de tilsvarende andele er henholdsvis 49 pct., 22 pct. og 8 pct. Vi ser altså, at socialpædagogisk støtte i eget hjem og især midlertidige botilbud er overrepræsenterede i overlapsgruppen, sammenlignet med alle, der modtager sociale indsatser.

³⁰ Angst dækker her over nervøse og stressrelaterede tilstande, samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer. Se ICD10-afgrænsningen i Bilag 7 – Metode.

³¹ Affektive sindslidelser mv. dækker over let, moderat og svær depression, samt andre affektive sindslidelser. Se ICD10-afgrænsningen i Bilag 7 – Metode.

³² De sociale indsatser er også i dette kapitel grupperet efter hierarkiet beskrevet i kapitel 5, hvor en person grupperes til den indsats, der ifølge den socialpsykiatriske trappe vurderes at ligge længst væk fra et almindeligt hverdagsliv. Se også boks 5.2 i kapitel 5.

Figur 6.3**Sociale indsatser blandt personer i overlapsgruppen, 2020-2022 (pct.)****Figur 6.4****Målgrupper blandt personer i overlapsgruppen, 2020-2022**

Anm.: Andelen i figur 6.3 summer til 100 pct., da de sociale indsatser er grupperet efter hierarkiet beskrevet i kapitel 5, hvor en person grupperes til den indsats, der ifølge den socialpsykiatriske trappe vurderes at ligge længst væk fra et almindeligt hverdagsliv. Øvrige indsatser i figur 6.3 er bl.a. individuel tidsbegrænset støtte og ledsagerordning. Andelen i figur 6.4 summer til over 100 pct., da en borger, der modtager sociale indsatser kan være i flere målgrupper.

Målgruppeafgrænsningen er nærmere beskrevet i Bilag 7 – Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

To ud af tre er i målgruppen "sindslidelse", når vi ser på de sociale indsatser, de modtog i 2020-2022, jf. figur 6.4. Det er ikke overraskende, da denne målgruppe dækker over psykiatriske diagnoser som angst, depression, personlighedsforstyrrelse m.m. Én ud af tre i overlapsgruppen var altså ikke i målgruppen "sindslidelse". Hver tredje modtog en indsats med målgruppen "kognitivt handicap". En nærmere undersøgelse viser, at især diagnoserne mental retardering og skizofreni fyldte indenfor denne indsatsmålgruppe³³. Hver femte i overlapsgruppen modtog en social indsats pga. sociale problemer. En bagvedliggende undersøgelse viste, at det især er personer i behandling for skizofreni og misbrugsdiagnoser, der fyldte i denne indsatsmålgruppe³⁴.

I figur 6.5 ser vi på overlappet mellem de seks diagnoser og de tre sociale indsatser, der optræder hyppigst i overlapsgruppen. Vi har valgt at fremhæve nogle resultater nedenfor:

- Hver fjerde (25 pct.) i overlapsgruppen, der var i behandling for skizofreni i 2020-2022, boede på et længerevarende botilbud, mens knap hver 7. (16 pct.) boede på et midlertidigt botilbud. Halvdelen (50 pct.) modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem.
- Skizofreni er den diagnose flest personer i overlapsgruppen, der bor på botilbud eller modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem, er i kontakt med psykiatrien for. Personer med kontakt i psykiatrien med skizofreni udgør halvdelen af beboerne på både længerevarende og midlertidige botilbud (henholdsvis 49 pct. og 50 pct.), og lidt mere end hver tredje (38 pct.) blandt dem i overlapsgruppen, der modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem.
- For de fleste diagnoser i overlapsgruppen var socialpædagogisk støtte i eget hjem den indsats, der fyldte mest. Lige med undtagelse af personer i behandling for mental

³³ Baggrundsanalysen viser, at 24,8 pct. af personer i overlapsgruppen med målgruppen "kognitivt handicap" er i kontakt med psykiatrien med diagnosen mental retardering og 22,3 pct. med diagnosen skizofreni.

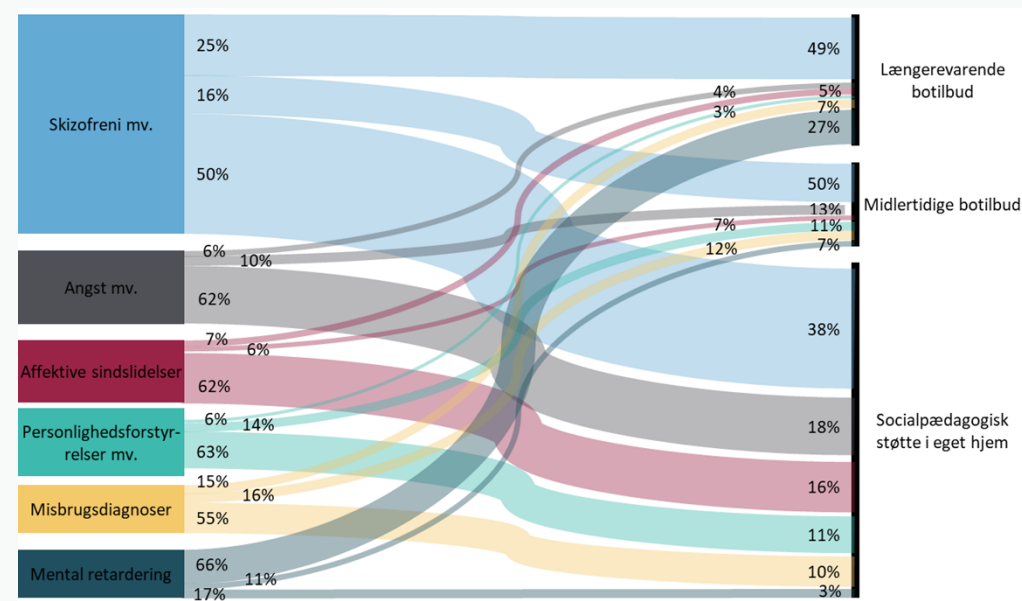
³⁴ Baggrundsanalysen viser, at 40,4 pct. af personer i overlapsgruppen med målgruppen "Socialt problem" er i kontakt med psykiatrien med diagnosen skizofreni og 23,3 pct. med misbrugsdiagnoser.

retardering, her boede 66 pct. på et længerevarende botilbud i 2020-2022, mens 17 pct. modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem.

- Blandt diagnoserne angst, personlighedsforstyrrelser mv.³⁵ og misbrugsdiagnoser fyldte midlertidige botilbud mere end længerevarende botilbud.

Figur 6.5

Overlap mellem diagnoser og sociale indsatser i overlapsgruppen, 2020-2022



Anm.: Andelen ved diagnoserne (venstre side af figuren) viser, hvor stor en andel af de personer i overlapsgruppen med en given diagnose, der har modtaget en specifik indsats i 2020-2022. Andelen ved de sociale indsatser (højre side af figuren) viser, hvor stor en andel af dem, der modtog en given social indsats, der også var i behandling for en specifik diagnose. Andelen indenfor de enkelte indsatser (højre side af figuren) kan summere til mere end 100 pct., da en del i overlapsgruppen var i kontakt med psykiatrien for mere end én diagnose, og andelen i figuren er beregnet på alle diagnoser – ikke kun de, der vises i figuren. Andelen indenfor hver indsats summerer dog ikke til mere end 100 pct., da der kun vises andele for de seks største diagnoser i figuren. Indenfor diagnoserne (venstre side af figuren) summerer alle andelen (inkl. de, der ikke vises i figuren fx aktivitetstilbud m.m.) til 100 pct., da indsatserne opgøres efter hierarkiet i den socialpsykiatriske trappe. Da det kun er de tre største indsatser, der indgår i figuren, betyder det, at andelen i figuren indenfor hver diagnose summerer til under 100 pct. Kun de diagnoser og indsatser, der fylder mest i overlapsgruppen, er medtaget i figuren, men andelen er altså beregnet på den samlede overlapsgruppe.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

I bilag 1 kan man se en tilsvarende opgørelse over overlappet mellem diagnoser og sociale indsatser for hver region.

6.3 Aktivitet i psykiatrien i overlapsgruppen

I dette afsnit fokuserer vi på aktiviteten i sygehuspsykiatrien blandt personer i overlapsgruppen. I den første del ser vi på, hvor meget aktivitet personer i overlapsgruppen har i psykiatrien i 2020-2022³⁶ sammenlignet med resten af personerne med kontakt til psykiatrien. Derefter ser vi på kontaktmønstrene fordelt på sociale indsatser og diagnoser i overlapsgruppen.

³⁵ Personlighedsforstyrrelser mv. dækker over forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen. Se ICD10-afgrænsningen i bilag 7 – Metode.

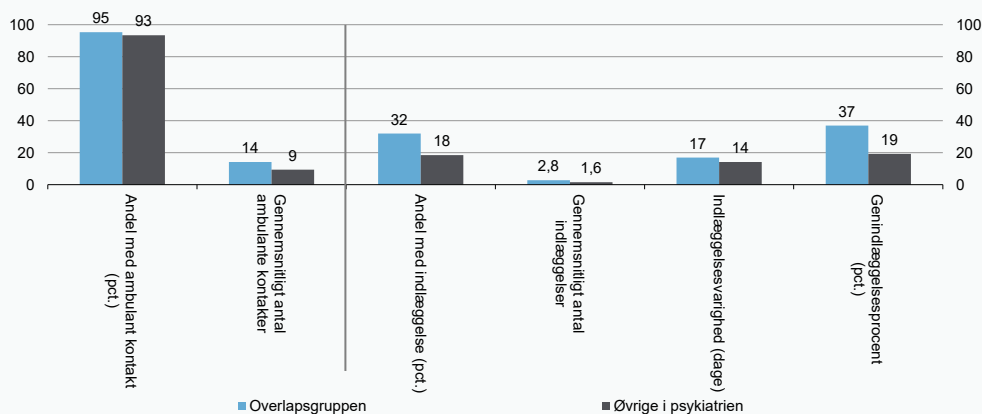
³⁶ Vi ser på aktiviteten i det kalenderår, hvor personen indgår i overlapsgruppen. Dvs. hvis en person både har kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser i fx 2020, så indgår personen i overlapsgruppen i dette år, og personens aktivitet i 2020 i psykiatrien er en del af opgørelsen af overlapsgruppens aktivitet i 2020-2022. Se evt. mere i kapitel 3 omkring analyseperiode.

Overlapsgruppen set i forhold til de øvrige i kontakt med psykiatrien

Fokuserer vi på kontaktmønstrene i psykiatrien blandt personer i overlapsgruppen og de øvrige med kontakt til psykiatrien, så ser vi, at personer i overlapsgruppen generelt har mere aktivitet i psykiatrien end de øvrige i psykiatrien, jf. figur 6.6. Fx er det hver tredje i overlapsgruppen, der har en indlæggelse i 2020-2022, mod knap hver femte blandt de øvrige med kontakt til psykiatrien. Ikke nok med at flere er indlagt, personer i overlapsgruppen har også flere indlæggelser end de øvrige i psykiatrien, og de varer i længere tid: En gennemsnitlig indlæggelse i overlapsgruppen varer knap 17 dage mod 14 dage blandt de øvrige i psykiatrien. Derudover genindlægges personer i overlapsgruppen også oftere: Her er det mere end hver tredje indlæggelse, der efterfølges af en akut genindlæggelse indenfor 30 dage mod knap hver femte indlæggelse blandt de øvrige patienter i psykiatrien.

Figur 6.6

Aktiviteten i psykiatrien opgjort for personer i overlapsgruppen og for de øvrige i psykiatrien, 2020-2022



Anm.: "Øvrige i psykiatrien" er voksne i psykiatrien, der ikke modtager sociale indsatser. Den gennemsnitlige indlæggelsestid og det gennemsnitlige antal indlæggelser er opgjort for de, der har mindst én indlæggelse, ligesom det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er opgjort for de, der har ambulante kontakter. Læs mere om afgrænsning af ambulante kontakter i Bilag 7: Metode. Linjen markerer, at der til højre for den ses på indlæggelsesaktivitet og til venstre ses på ambulante aktiviteter. Når vi i denne opgørelse ser på ambulante kontakter, så indgår både fysiske fremmøder og ambulante kontakter uden fysisk fremmøde (fx udekontakter og virtuelle kontakter), læs evt. mere i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen egne beregninger.

Figur 6.6 efterlader indtrykket af, at der er mere psykiatrisk aktivitet i overlapsgruppen end blandt de øvrige patienter i psykiatrien. For at nuancere billedet, har vi i tabel 6.1 lavet en opgørelse over den ambulante aktivitet og indlæggelsesaktiviteten i henholdsvis overlapsgruppen og blandt de øvrige patienter opgjort for de fire største aktionsdiagnoser i overlapsgruppen. Ser vi på variationen indenfor de enkelte diagnoser, så ser vi helt overordnet det samme billede som i figur 6.6. Dog kan der være en tendens til, at indlæggelserne indenfor den enkelte aktionsdiagnose er kortere i overlapsgruppen end blandt de øvrige patienter. Fx ser vi, at en gennemsnitlig indlæggelse med aktionsdiagnosen skizofreni varer godt 23 dage i overlapsgruppen, mens de varer 28 dage blandt de øvrige patienter i psykiatrien. Tendensen til en kortere indlæggelsestid indenfor den enkelte diagnosegruppe kan jo fx skyldes, at de i hurtigere kan komme hjem, fordi der er et socialt tilbud til dem i kommunen. Der er dog stadig både en tendens til flere indlæggelser og en højere genindlæggelsesprocent i overlapsgruppen end blandt de øvrige patienter i psykiatrien indenfor de enkelte aktionsdiagnoser.

Tabel 6.1

Aktiviteten i psykiatrien for fire udvalgte diagnoser opgjort for personer i overlapsgruppen og for de øvrige i psykiatrien, 2020-2022

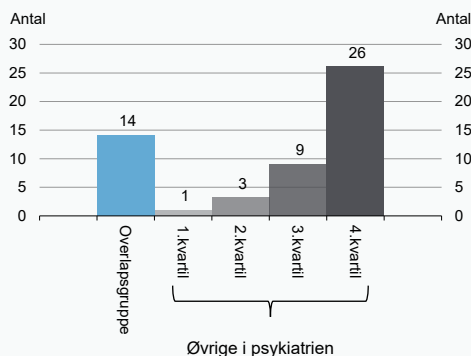
	Skizofreni mv.		Angst mv.		Affektive sindslidelser		Personlighedsforstyrrelser mv.	
	Overlapsgruppen	Øvrige i psykiatrien	Overlapsgruppen	Øvrige i psykiatrien	Overlapsgruppen	Øvrige i psykiatrien	Overlapsgruppen	Øvrige i psykiatrien
Andel med ambulante kontakt (pct.)	97,1	95,6	88,4	94,9	95,1	97,0	94,4	98,3
Gennemsnitligt antal ambulante kontakter	17,3	15,8	8,8	7,4	13,4	10,0	15,0	14,0
Andel med indlæggelse (pct.)	35,8	23,2	27,1	11,0	29,5	15,9	28,7	7,3
Gennemsnitligt antal indlæggelser	2,7	1,5	1,7	1,2	2,0	1,4	3,7	1,7
Indlæggelsestid (dage)	23,1	28,1	10,6	8,5	21,0	22,5	10,1	13,2
Akutte genindlæggelser (pct.)	38,0	19,7	31,9	14,5	25,6	15,5	49,6	23,7

Anm.: Opgørelserne er lavet pba. kontakter i psykiatrien med de pågældende aktionsdiagnoser.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

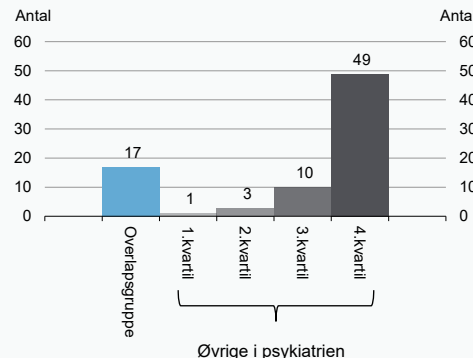
I figur 6.7 sammenligner vi det gennemsnitlige antal ambulante kontakter i overlapsgruppen med det gennemsnitlige antal ambulante kontakter i de fire kvartiler blandt de øvrige i psykiatrien med henholdsvis færrest ambulante kontakter (1.kvartil), næstfærrest kontakter (2.kvartil), næstflest kontakter (3.kvartil) og flest kontakter (4.kvartil). Det gør vi for at få et lidt mere nuanceret billede af de øvrige patienter i psykiatrien (ikke i overlapsgruppen) og deres aktivitetsmønstre sammenlignet med aktivitetsmønstret i overlapsgruppen. Her ser vi, at antallet af ambulante kontakter pr. person er væsentligt lavere i overlapsgruppen end blandt den fjerdedel af de øvrige i psykiatrien, der har flest (4.kvartil). I overlapsgruppen er det gennemsnitlige antal ambulante kontakter 14, mens det er helt oppe på 26 blandt den fjerdedel med flest ambulante kontakter blandt de øvrige i psykiatrien. Samtidig ser vi dog også, at antallet af ambulante kontakter i overlapsgruppen er højere end for de resterende 3 kvartiler af de øvrige patienter med ambulante kontakt i psykiatrien.

Figur 6.7

Det gennemsnitlige antal ambulante kontakter i psykiatrien i overlapsgruppen, samt for 1.-4-kvartil blandt de øvrige i psykiatrien, 2020-2022

**Figur 6.8**

Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed i psykiatrien i overlapsgruppen, samt for 1.-4-kvartil blandt de øvrige i psykiatrien, 2020-2022

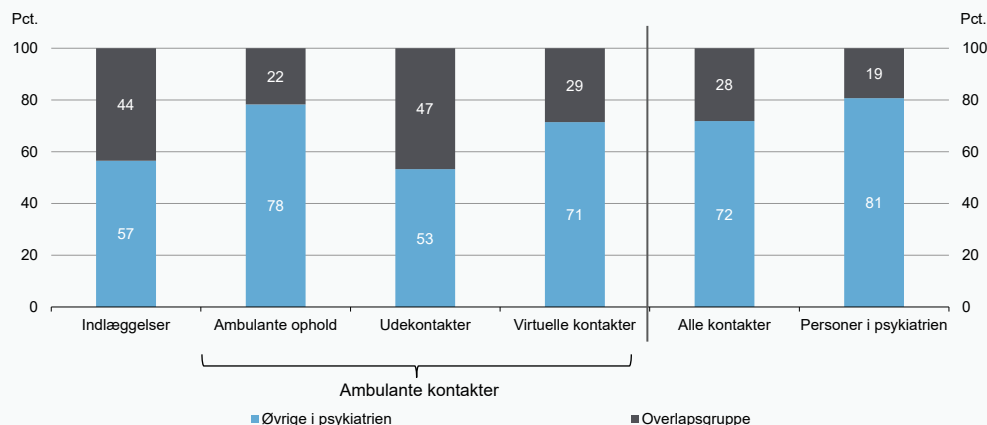


Anm.: Kvartilerne i figur 6.7 og 6.8 er opgjort i forhold til henholdsvis antallet af ambulante kontakter og den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed på individniveau. Både ambulante kontakter og den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed er opgjort for personer, der har den type af aktivitet både i overlapsgruppen og blandt de øvrige i psykiatrien. Dvs. personer i kontakt med psykiatrien, men uden ambulant kontakt indgår ikke i figur 6.7 ligesom personer i kontakt med psykiatrien, men uden indlæggelse ikke indgår i figur 6.8. I figur 6.7 indgår både fysiske fremmøder, udekontakter og virtuelle kontakter i opgørelsen af ambulante kontakter.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Et tilsvarende billede får vi, når vi ser på den gennemsnitlige indlæggelsestid i figur 6.8. Også her er der et større gennemsnitligt antal indlæggelsesdage i den fjerdedel blandt de øvrige med indlæggelser i psykiatrien, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid er længst end i overlapsgruppen, mens det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage i de tre kvartiler med næstflest, næstfærrest og færrest indlæggelsesdage er lavere end i overlapsgruppen. Det kan være værd at bemærke for figur 6.8, at den gennemsnitlige indlæggelsestid kun er opgjort på baggrund af de personer, der har en indlæggelse. Det betyder, at den for overlapsgruppen er baseret på de 32 pct., der har en indlæggelse i psykiatrien i 2020-2022, mens den for de øvrige i psykiatrien er baseret på de kun 18 pct., der har en indlæggelse.

Tager vi udgangspunkt i kontakttypen har personer i overlapsgruppen også nogle lidt andre kontaktmønstre i psykiatrien end de øvrige patienter. Ca. hver femte voksne med kontakt til psykiatrien i 2020-2022 modtog også sociale indsatser (overlapsgruppen), men gruppen stod for mere end hver fjerde kontakt i psykiatrien. Særligt ser vi, at overlapsgruppen stod for 44 pct. af indlæggelserne og 47 pct. af udekontakterne (fx hjemmebesøg), jf. figur 6.9. En baggrundsanalyse viser, at udekontakter især var hyppige blandt personer på botilbud: 66 pct. af personer i overlapsgruppen, der boede på et længerevarende botilbud og 48 pct. af personerne på midlertidigt botilbud havde en udekontakt.

Figur 6.9**Voksnes kontakt med psykiatrien fordelt på overlapsgruppen og øvrige i psykiatrien, opgjort for forskellige kontakttyper, 2020-2022**

Anm.: I denne opgørelse har vi fordelt de ambulante kontakter på henholdsvis fysiske ambulante besøg, udekontakter (fx hjemmebesøg) og virtuelle kontakter.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Figur 6.6-6.9 viser samlet et billede af, at overlapsgruppen har mere aktivitet i psykiatrien, sammenlignet med de øvrige i psykiatrien. Endvidere ser vi, at især i forhold til det samlede antal indlæggelser og udekontakter (fx hjemmebesøg) står overlapsgruppen for en forholdsvis stor del af den samlede aktivitet blandt voksne i psykiatrien. Det kan indikere, at overlapsgruppen generelt er mere udfordret eller har nogle andre behov end de øvrige patienter i psykiatrien, men det kan også være et udtryk for at samarbejdet og praksis omkring overlapsgruppen ikke er tilstrækkelig til at imødekomme overlapsgruppens behov for behandling og støtte, hvilket fx kan være en medvirkende faktor i forhold til det væsentligt større andel akutte genindlæggelser i overlapsgruppen.

Overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien opgjort i forhold til sociale indsatser

I tabel 6.2 viser vi den gennemsnitlige aktivitet i psykiatrien blandt personer i overlapsgruppen på tværs af sociale indsatser. Helt overordnet ser vi, at det især er personer i overlapsgruppen, der boede på botilbud og særligt de, der boede på et midlertidigt botilbud i løbet af 2020-2022, der havde meget indlæggelsesaktivitet og akut aktivitet i psykiatrien. Det er – med udgangspunkt i den socialpsykiatriske trappe – også de, der bor på midlertidigt botilbud, der én af de grupper, der er længst væk fra at have et almindeligt hverdagsliv, og derfor ikke urimeligt at antage, at der er tale om personer med et stort behandlingsbehov. Vi ser ikke helt det samme mønster for dem i overlapsgruppen, der boede på et længerevarende botilbud i 2020-2022, selvom denne gruppe vurderes at være længst væk fra et almindeligt hverdagsliv givet hierarkiet i Den Socialpsykiatriske trappe. Det kan dels skyldes, at der kan være forskel i sygdomsbilledet indenfor de to grupper – fx optræder diagnosen mental retardering hyppigere på de længerevarende end de midlertidige botilbud. Dels kan det skyldes, at der måske netop er en mere vedvarende kommunal indsats rettet mod dem i overlapsgruppen, der bor på et længerevarende botilbud, end blandt de, der i en periode har boet på et midlertidigt botilbud – en baggrundsanalyse viser bl.a., at opholdene generelt er længere på de længerevarende botilbud end på de midlertidige botilbud. Dette kan have betydning for behovet for fx indlæggelse og akut kontakt med psykiatrien.

Nedenfor ses en lidt mere detaljeret opsummering af resultaterne i tabel 6.2:

- Når vi ser på den ambulante aktivitet i overlapsgruppen, så ser vi, at der er noget variation på tværs af indsatserne: Antallet af ambulante kontakter er lavest blandt personer på længerevarende botilbud og ligger omkring 9,5 årlige ambulante kontakter i gennemsnit mod 15,9 blandt personer, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem. Indenfor alle indsatser er det gennemsnitlige antal ambulante kontakter dog højere end blandt de øvrige patienter (se figur 6.6).
- Ser vi på indlæggelsesaktiviteten er det især blandt personer på botilbud og især dem på midlertidigt botilbud, der har høj indlæggelsesaktivitet: Næsten halvdelen var indlagt i løbet af kalenderåret mod hver fjerde i aktivitetstilbud m.m. Personer på midlertidigt botilbuds psykiatriske indlæggelser var også blandt de længste med et gennemsnit på 17,8 dage - kun personer på et længerevarende botilbud havde længere indlæggelser – ligesom de sammen med personer på længerevarende botilbud havde flest genindlæggelser. Sammenligner vi med opgørelserne for de øvrige patienter i psykiatrien (se figur 6.6), så ser vi, at indenfor alle indsatsgrupper er andelen, der har en indlæggelse højere, ligesom også det gennemsnitlige antal indlæggelser er højere end blandt de øvrige patienter.

Tabel 6.2

Overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien opgjort i forhold til sociale indsatser, 2020-2022

		Længerevarende botilbud	Midlertidigt botilbud	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Aktivitetstilbud m.m.	Øvrige indsatser	Alle indsatser
Ambulant kontakt	Andel med kontakt (pct.)	96,1	95,4	95,0	95,8	94,8	95,3
	Gennemsnitligt antal ambulante kontakter	9,5	14,9	15,9	12,7	14,0	14,1
Indlæggelser	Andel med kontakt (pct.)	29,1	45,5	31,1	23,1	28,5	31,9
	Gennemsnitligt antal indlæggelser	3,2	3,8	2,5	2,1	2,0	2,8
	Indlæggelsestid (dage)	18,2	17,8	16,4	12,9	14,9	16,9
Akut Aktivitet	Andelen af de psykiatriske kontakter, der starter akut (pct.)	8,2	8,9	5,0	5,3	4,7	5,9
	Akutte genindlæggelser (pct.)	42,2	47,4	31,3	23,9	25,9	36,9

Anm: I tabel 6.2 er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsatstrappe, jf. boks. 5.2. Når vi i denne opgørelse ser på ambulante kontakter, så indgår både fysiske fremmøder og ambulante kontakter uden fysisk fremmøde (fx udekontakter og virtuelle kontakter), læs evt. mere i Bilag 7: Metode. Når vi ser på det gennemsnitlige antal ambulante kontakter/indlæggelser, så er det pr. person med ambulante kontakt/indlæggelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien opgjort på psykiatriske diagnoser

I tabel 6.3 ser vi på aktiviteten opgjort i forhold til, hvilke diagnoser personerne i overlapsgruppen modtog behandling for i psykiatrien i 2020-2022. Nogle af opgørelserne for diagnoserne skizofreni, angst-, affektive sindslidelser og personlighedsforstyrrelser. kan også ses i tabel 6.1. Formålet med denne del er at blive klogere på, hvordan kontakten i psykiatrien ser ud for de personer, som både region og kommune er i kontakt med (overlapsgruppen), når vi ser på tværs af de forskellige diagnoser, de var i behandling for i psykiatrien. Det er naturligt, at der er forskel på aktivitetsmønstrene på tværs af diagnoser, men det kan være et udgangspunkt for den tværsektorielle dialog om borgerne i overlapsgruppen at kunne tage udgangspunkt i forskellige relevante segmenter, herunder diagnosegrupper.

Overordnet ser vi, at personer i overlapsgruppen i behandling for skizofreni generelt havde meget aktivitet i psykiatrien sammenlignet med de øvrige diagnoser, mens personer i behandling pga. mental retardering havde relativt lidt kontakt med psykiatrien.

Herunder følger en mere detaljeret gengivelse af resultaterne i tabel 6.3:

- Når vi ser på tværs af diagnoser i overlapsgruppen, så er der som nævnt meget forskel på kontaktmønstrene, indenfor overlapsgruppen. Fx ser vi, at der er noget variation i antallet af ambulante besøg – fra 4,4 årlige ambulante besøg med personer i overlapsgruppen, der er i kontakt med psykiatrien for en misbrugsdiagnose til 17,3 blandt personer i behandling for skizofreni.
- Det er omkring hver tredje i overlapsgruppen, der var indlagt i psykiatrien i 2020-2022. Det varierer fra omkring hver 8. blandt dem, der modtog behandling pga. aktionsdiagnosen mental retardering til næsten 2 ud af 3 af dem med en misbrugsdiagnose som aktionsdiagnose.
- Nok er der mange indlæggelser blandt personer i overlapsgruppen, der er i kontakt med psykiatrien med en misbrugsdiagnose, men indlæggelserne er de korteste på tværs af diagnosegrupperne i overlapsgruppen (6,3 dage). De længste indlæggelser ser vi blandt personer med aktionsdiagnosen skizofreni. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var her over tre uger (23,1 dage). Det er ikke overraskende, at personer i kontakt med psykiatrien pga. en skizofreni-diagnose er indlagt i lang tid, da der er tale om en svær psykiatrisk diagnose.
- Overordnet er det mere end hver tredje indlæggelse i overlapsgruppen, der efterfølges af en akut genindlæggelse, men igen ser vi stor variation mellem diagnosegrupperne: Fra hver fjerde af indlæggelserne med diagnosen affektive sindslidelser til halvdelen af indlæggelserne med personlighedsforstyrrelser.

Tabel 6.3

Overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien opgjort i forhold til diagnoser, 2020-2022

		Skizofreni mv.	Angst mv.	Affektive sindslidelser	Personlighedsforstyrrelser mv.	Misbrugsdiagnoser	Mental retardering	Alle diagnoser
Ambulant kontakt	Andel med kontakt (pct.)	97,1	88,4	95,1	94,4	62,3	96,4	95,3
	Gennemsnitligt antal ambulante kontakter	17,3	8,8	13,4	15,0	4,4	5,1	14,1
Indlæggelser	Andel med kontakt (pct.)	35,8	27,1	29,5	28,7	63,9	12,2	31,9
	Gennemsnitligt antal indlæggelser	2,7	1,7	2,0	3,7	2,2	1,9	2,8
	Indlæggelsestid (dage)	23,1	10,6	21,0	10,1	6,3	9,7	16,9
Akut aktivitet	Andelen af de psykiatriske kontakter, der starter akut (pct.)	4,4	6,2	4,8	5,5	31,9	6,9	5,9
	Akutte genindlæggelser (pct.)	38,0	31,9	25,6	49,6	42,7	41,7	36,9

Anm: Når vi ser på det gennemsnitlige antal ambulante kontakter/indlæggelser, så er det pr. person med ambulante kontakter/indlæggelse. Når vi i denne opgørelse ser på ambulante kontakter, så indgår både fysiske fremmøder og ambulante kontakter uden fysisk fremmøde (fx udekontakter og virtuelle kontakter), læs evt. mere i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

7 Forskelle i overlapsgruppen på tværs af landet

I denne del af analysen ser vi på variationen i sammensætningen af overlapsgruppen – dvs. personer, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser. Populationen i dette kapitel er altså den samme som i kapitel 6, men her er fokus på forskelle på tværs af landet. Vi ser på variation i overlapsgruppen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger³⁸.

3 CENTRALE KONKLUSIONER FRA KAPITLET

- Der er store forskelle på tværs af landet i forhold til både, hvor mange voksne borgere, der både er i kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser (er i overlapsgruppen), samt hvilke sociale indsatser de modtager, og hvilke diagnoser de er i kontakt med psykiatrien for. Fx er andelen af borgere i overlapsgruppen lavest i Region Hovedstaden i 2020-2022, og der er indikationer på, at de er mere udfordrede end i de andre regioner (opgjort ved andelen, der bor på længerevarende botilbud³⁹ og andelen i kontakt med psykiatrien med aktionsdiagnosen skizofreni⁴⁰). Dette billede understreges af, at vi ved simple bivariate sammenhængsanalyser på kommuneniveau finder indikationer på, at hvis overlapsgruppen er relativt lille, er den også mere udfordret, hvilket kan skyldes fx forskelle i henvisnings- og visitationspraksis både i forhold til sociale indsatser og i forhold til behandling i psykiatrien.
- Når vi fokuserer på kontaktmønstrene i psykiatrien blandt personer i overlapsgruppen, ser vi flest ambulante kontakter i Region Hovedstaden i 2020-2022⁴¹. Ser vi på indlæggelsesaktiviteten er det i Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Hovedstaden, at flest i overlapsgruppen er indlagt i psykiatrien, og vi finder de længste indlæggelser i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor en indlæggelse i overlapsgruppen i gennemsnit varede omkring 3 uger mod omkring 2 uger i Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark.
- I Region Nordjylland, hvor de psykiatriske indlæggelser i overlapsgruppen varede længst, var andelen af akutte genindlæggelser lavest – her var det knap 26 pct. af de psykiatriske indlæggelser, der blev efterfulgt af en akut genindlæggelse mod knap 35-40 pct. i de andre regioner. Ser vi på tværs af kommunerne, finder vi da også en stærk tendens til, at i kommuner, hvor de psykiatriske indlæggelser i overlapsgruppen varede længst, var andelen, der blev genindlagt akut også lavere. Det skal igen understreges, at der alene er tale om en simpel sammenhæng på kommuneniveau og ikke en undersøgelse af årsag-virkning eller effekt. Og selvom vi i den bivariate sammenhængsanalyse bl.a. tager højde for forskelle i socioøkonomi (socioøkonomisk indeks) og forekomsten af udvalgte diagnoser, så kan der være andre ting på spil som fx

³⁸ Vi ser i analysen på aktiviteten i 2020-2022, men vi ser på den årlige aktivitet. Dvs. når vi fx i dette kapitel ser på andelen af personer med sociale indsatser, der også er i kontakt med psykiatrien, så ser vi på det indenfor det samme kalenderår. Hvis en person fx modtog sociale indsatser i 2020, så ser vi på, om vedkommende også var i kontakt med psykiatrien i 2020 (og ikke 2020-2022). Det gør vi for at sikre, at vi har et rimeligt antal observationer på kommuneniveau.

³⁹ Givet Den Socialpsykiatriske indsatsstrappe, så er personer der bor på botilbud længst væk fra et almindeligt hverdagsliv.

⁴⁰ Skizofrenidiagnoser betegnes som en svær psykiatrisk diagnose ("Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet", VIVE (2018)).

⁴¹ Vi ser på aktiviteten i det kalenderår, hvor personen indgår i overlapsgruppen. Dvs. hvis en person både har kontakt med psykiatrien og modtager sociale indsatser i fx 2020, så indgår personen i overlapsgruppen i dette år, og personens aktivitet i psykiatrien i 2020 er en del af opgørelsen af overlapsgruppens aktivitet i 2020-2022. Se evt. mere i kapitel 3 omkring analyseperiode.

forskelle i sværhedsgraden af den psykiatriske diagnose. Billedet er altså kompliceret, når vi ser forskellen i kontaktmønstrene i overlapsgruppen på tværs af landet.

I boks 7.1 kan man se en visualisering af kapitlets analysepopulation.

Boks 7.1

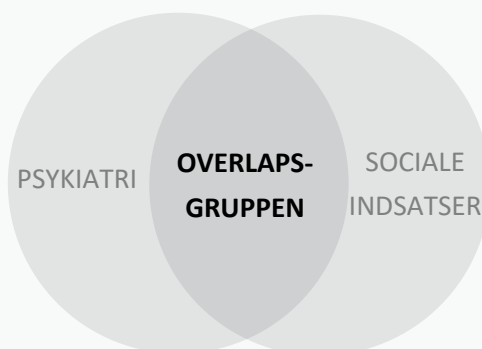
Analysepopulation i kapitel 7

I dette kapitel sætter vi fokus på de voksne, der både modtager sociale indsatser, samt modtager behandling i psykiatrien i 2020-2022. Vi kalder gruppen for *overlapsgruppen*, se illustrationen i figur a. Dvs. i denne del af analysen er det udelukkende de personer, som både regionen (via borgerens kontakt og behandlingsforløb i psykiatrien) og kommunen (via de sociale indsatser borgeren modtager) er i kontakt med i 2020-2022, vi ser på. Modsat kapitel 6 er det i dette kapitel variationerne i overlapsgruppen på tværs af regioner, kommuner og sundhedsklynger, vi har fokus på.

At vi i dette kapitel har fokus på overlapsgruppen betyder også, at når vi her fx taler om andelen i kontakt med psykiatrien for skizofreni, så er det udelukkende dem, i overlapsgruppen, der var i behandling for skizofreni, hvor det i kapitel 4 var alle i psykiatrien i kontakt med psykiatrien med diagnosen skizofreni. Tilsvarende når vi her taler om andelen, der modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem, så er det her blandt de personer, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser (overlapsgruppen), hvor det i kapitel 5 var blandt alle, der modtog sociale indsatser.

Figur a

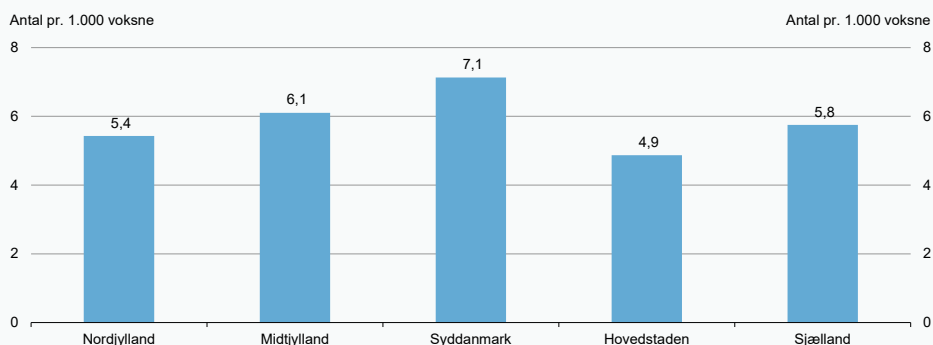
Illustration af analysepopulationen i kapitel 7



I 2020-2022 var det i gennemsnit 5,8 pr. 1.000 voksne, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser (overlapsgruppen). Ser vi på tværs af landet var der flest i overlapsgruppen i Region Syddanmark (7,1 pr. 1.000 voksne) og færrest i Region Hovedstaden (4,9 pr. 1.000 voksne), jf. figur 7.1. I Region Hovedstaden ser den lille overlapsgruppe især ud til at være drevet af, at der er en relativ lille andel af de voksne i regionen, der modtager kommunale sociale indsatser, mens der i Region Syddanmark især ses en stor andel voksne i psykiatrien, jf. bilag 4 – Regionspecifikke nøgletal.

Figur 7.1

Antallet af voksne i overlapsgruppen pr. 1.000 voksne på tværs af regionerne, 2020-2022



Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

7.1 Psykiatriske diagnoser i overlapsgruppen

Det er hver anden i overlapsgruppen i Region Hovedstaden, der var i kontakt med psykiatrien for skizofreni mv. mod hver tredje i Region Midtjylland, jf. figur 7.2. Det skal ses i lyset af, at Region Hovedstaden er den region, hvor den største andel af alle voksne i kontakt med psykiatrien, var i kontakt med diagnosen skizofreni⁴². Selvom der er regionale forskelle i hvor stor en andel af overlapsgruppen, der var i behandling for skizofreni, så er det den diagnose, som flest personer i overlapsgruppen var i kontakt med psykiatrien for på tværs af alle regioner.

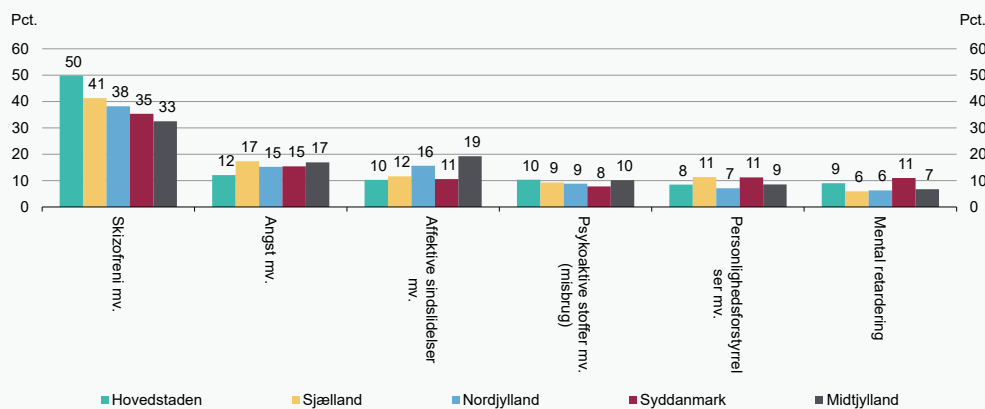
Vi ser også store regionale forskelle i, hvor hyppigt andre aktionsdiagnoser optræder i overlapsgruppen på tværs af regionerne. Fx varierer andelen af overlapsgruppen, der var i behandling for affektive sindslidelser fra 10 pct. i Region Hovedstaden til 19 pct. i Region Midtjylland.

Der kan være forskellige årsager til forskellen i diagnosebilledet i overlapsgruppen på tværs af landet. Udover forskelle i sygdomsbilledet, kan det ikke udelukkes, at der også kan være lokale forskelle i diagnosticerings- og registreringspraksis, som kan være med til at forklare nogle af forskellene, ligesom der kan være forskelle i, hvordan og hvornår man visiterer til sociale indsatser i kommunerne.

⁴² En baggrundsanalyse viser, at knap 23 pct. af alle voksne i Region Hovedstaden, der var i kontakt med psykiatrien, var i kontakt med aktionsdiagnosen skizofreni mv., mod omkring 21 pct. i Region Sjælland og omkring 14 pct. i de tre andre regioner.

Figur 7.2

Personer i overlapsgruppen fordelt i forhold til diagnose på regionsniveau, 2020-2022



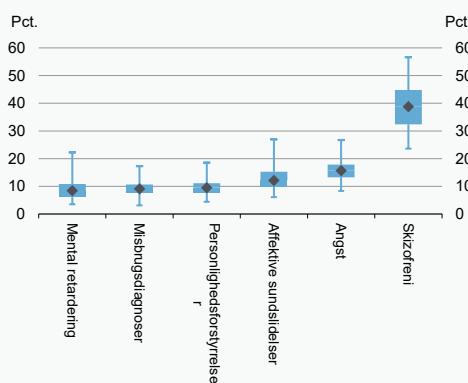
Anm.: I figur 7.2 vises andelen for de 6 hyppigste diagnoser i overlapsgruppen på landsplan. Diagnoseandelene kan summe til mere end 100 pct., da næsten hver fjerde i overlapsgruppen er i kontakt med psykiatrien for mere end 1 psykiatrisk diagnose i kalenderåret.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

På kommune- og klyngeniveau er der også en stor variation i de diagnoser, der dominerer overlapsgruppen. I figur 7.3 viser vi, hvor stor variation der er på tværs af kommunerne i forhold til, hvor stor en andel de seks udvalgte diagnoser hver især udgør af overlapsgruppen. Fx varierer andelen af personerne i overlapsgruppen, der er i kontakt med psykiatrien med diagnosen angst mv. fra, at det er færre end hver 10. person til, at det er mere end hver fjerde; ser vi på andelen med diagnosen skizofreni mv. varierer det fra 24 pct. til 57 pct., mens andelen i kontakt med psykiatrien for mental retardering varierer fra omkring 4 pct. til 22 pct., jf. figur 7.3.

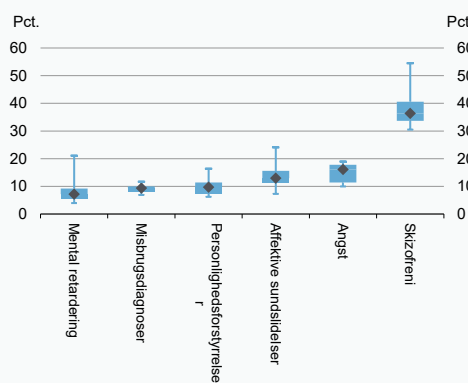
Figur 7.3

Variationen på tværs af kommuner i andelen af personer i overlapsgruppen, der var i kontakt med psykiatrien for seks udvalgte diagnoser, 2020-2022



Figur 7.4

Variationen på tværs af sundhedsklynger i andelen af personer i overlapsgruppen, der var i kontakt med psykiatrien for seks udvalgte diagnoser, 2020-2022



Anm.: Figurene aflæses således, at boksen dækker den midterste halvdel af kommunerne, prikken illustrerer kommunernes median og streger øverst og nederst angiver hhv. minimum og maksimum. I figur 7.3 er der af diskretionshensyn ikke data for 4 kommuner i forhold til skizofreni, for 6 kommuner i forhold til angst, for 11 kommuner i forhold til affektive sindslidelser, for 14 kommuner for personlighedsforstyrrelser, for 13 kommuner for misbrugsdiagnoser og for 14 kommuner i forhold til mental retardering. I forhold til figur 7.4 kan man i Bilag 7: Metode læse mere om sundhedsklyngefordelingen.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ser vi på sundhedsklyngerne er der også her stor variation i hvor meget de enkelte diagnoser optræder i overlapsgruppen, jf. figur 7.4. Fx varierer andelen i overlapsgruppen i kontakt med psykiatrien for affektive sindslidelser fra 7 pct. til 24 pct., hvilket er næsten en lige så stor variation som på kommuneniveau, hvor det varierer fra 6 pct. til 27 pct., jf. figur 7.3.

7.2 Sociale indsatser i overlapsgruppen

Vender vi blikket mod de sociale indsatser⁴³, så ser vi, at der også her er nogle ret markante forskelle i hvor meget de forskellige indsatser optræder blandt de, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog kommunale sociale indsatser i 2020-2022.

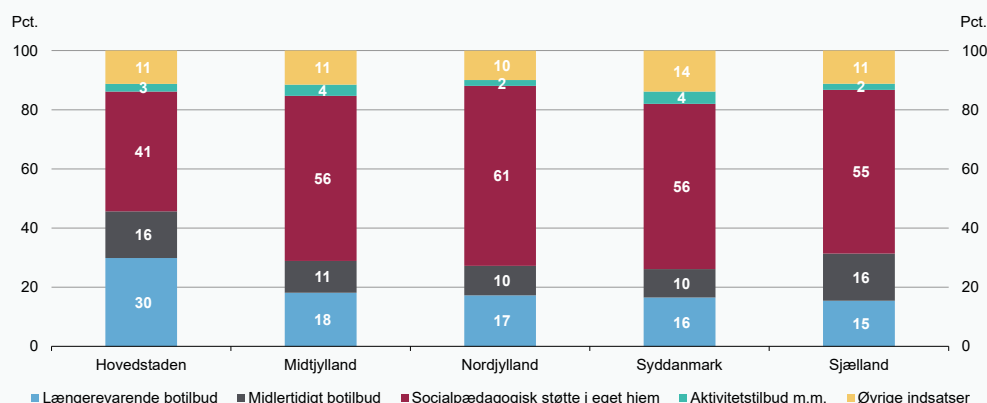
Når vi ser på variationen i, hvilke sociale indsatser personerne i overlapsgruppen modtog i 2020-2022, så er det særligt Region hovedstaden, der skiller sig ud. Her er andelen i overlapsgruppen der bor på længerevarende botilbud højest: 30 pct. i overlapsgruppen i Region Hovedstaden boede på et længerevarende botilbud mod 15 pct. i Region Sjælland, jf. figur 7.5.

Følger vi logikken i den socialpsykiatriske indsatsrække, så er de to indsatser, hvor man er længst væk og næst længst væk fra et almindeligt hverdagsliv henholdsvis længerevarende og midlertidigt botilbud. I Region Hovedstaden er det altså næsten halvdelen af de voksne i overlapsgruppen, der er længst eller næstlængst væk fra et almindeligt hverdagsliv, mens det er hver fjerde i Region Syddanmark.

I Region Nordjylland er det 3 ud af 5 af personerne, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog sociale indsatser, der modtog socialpædagogisk støtte i eget hjem i 2022, mod 2 ud af 5 i Region Hovedstaden.

Figur 7.5

Personer i overlapsgruppen fordelt i forhold til sociale indsatser på regionsniveau, 2020-2022



Anm: I figur 7.5 er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsatsrække, jf. boks 5.2
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

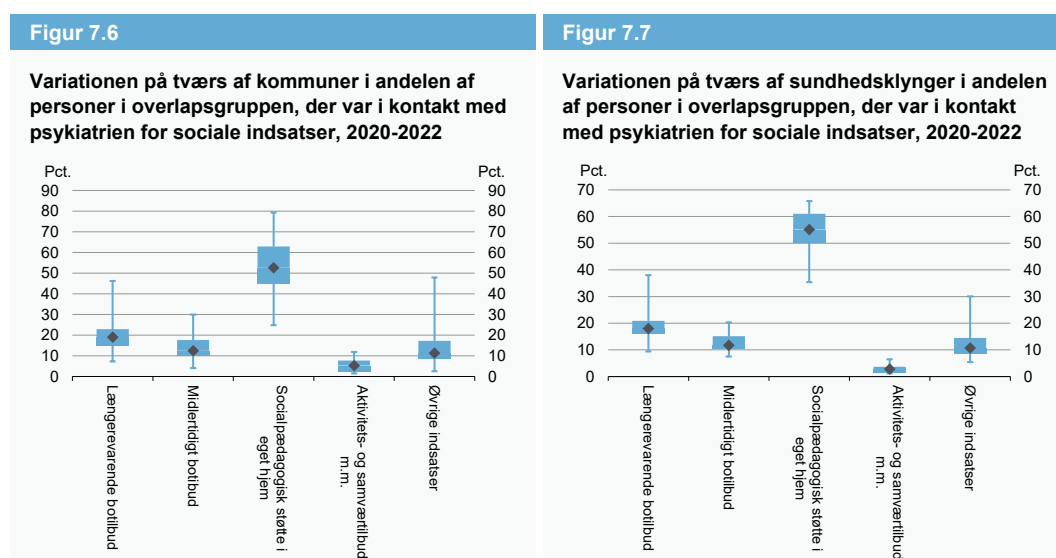
Der ses stor variation på tværs af kommuner og sundhedsklynger i, hvilke indsatser personer i overlapsgruppen modtager, jf. figur 7.6 og 7.7. Fx varierer andelen i overlapsgruppen, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem på kommuneniveau fra, at det er hver fjerde i

⁴³ De sociale indsatser er grupperet efter den socialpsykiatriske trappe. Se også boks 5.2.

kommunen med den mindste andel til, at det er 4 ud af 5 i kommunen med den største andel, jf. figur 7.6.

Vi ser en markant og næsten ligeså stor variation på sundhedsklyngeniveau i forhold til hvilke indsatser, der fylder i overlapsgruppen. Fx varierer andelen, der bor på længerevarende botilbud i 2020-2022, på sundhedsklyngeniveau fra 9 pct. til 38 pct. og på kommuneniveau fra 7 pct. til 46 pct. og, jf. figur 7.7 og 7.6.

Da det ikke bare er overlapsgruppens udfordringsniveau, men også kommunal praksis i forhold til visitation til sociale indsatser, der har betydning for, hvilke indsatser, der fylder i overlapsgruppen, har vi undersøgt, om der er en tendens til, at det er de indsatser, der optræder meget i kommunen generelt, der også optræder meget i overlapsgruppen. Vi finder ingen signifikant tendens i forhold til længerevarende og midlertidigt botilbud, samt socialpædagogisk støtte i eget hjem, som er de store indsatser i overlapsgruppen og også de indsatser, hvor man ifølge den socialpsykiatriske trappe er længst fra et almindeligt hverdagsliv⁴⁴.



Anm.: Figurene aflæses således, at boksen dækker den midterste halvdel af kommunerne, prikken illustrerer kommunernes Median og stregen øverst og nederst angiver hhv. minimum og maksimum. I figurene er de sociale indsatser grupperet efter hierarkiet i den socialpsykiatriske indsats-trappe, jf. boks. 5.2. I figur 7.6 indgår der i forhold til længerevarende botilbud 93 kommuner, for midlertidige botilbud 89 kommuner, for socialpædagogisk støtte i eget hjem 95 kommuner, for aktivitetstilbud m.m. 30 kommuner og for øvrige indsatser 71 kommuner. Frasorterede kommuner er ikke med af diskretionshensyn. I figur 7.7 indgår ikke oplysninger for 3 sundhedsklynger i forhold til aktivitetstilbud m.m. og for 2 sundhedsklynger i forhold til øvrige indsatser. De ikke-inkluderede sundhedsklynger er ikke med af diskretionshensyn. Læs mere om sundhedsklyngefordelingen i Bilag 7: Metode.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

⁴⁴ Vi har lavet simple korrelationer på indsatsniveau i forhold til, om der er en tendens til, at kommune med en relativ stor andel af en bestemt indsats generelt også har en stor andel af denne indsats i indsatsgruppen. Vi finder ikke en sådan tendens generelt. Korrelationerne kan ses i Bilag 7: Metode.

Opsamling i forhold til variation i forekomsten af forskellige sociale indsatser og psykiatriske diagnoser i overlapsgruppen på tværs af landet

I simple bivariate sammenhængsanalyser, som vi ikke kan drage nogle konklusioner om kausalitet på baggrund af, finder vi en tendens til, at jo færre personer i kommunen, der både er i kontakt med region og kommune (overlapsgruppen), jo større er andelen i overlapsgruppen, der bor på et længerevarende botilbud, samt andelen, der er i behandling for skizofreni, jf. tabel 7.1. Følger man logikken i den socialpsykiatriske trappe, er længerevarende botilbud den indsats, hvor man er længst væk fra et almindeligt hverdagsliv, ligesom skizofreni betegnes som en svær psykiatrisk diagnose⁴⁵. Ud fra den logik synes der at være en tendens til, at i de kommuner, hvor relativt få borgere modtager indsatser både i kommune og region (overlapsgruppen), der er disse borgere generelt også mere udfordrede end i kommuner, hvor flere er i overlapsgruppen.

Her er det dog værd at huske på, at selvom logikken i den socialpsykiatriske trappe tilsiger, at personer på botilbud generelt er længere fra et almindeligt hverdagsliv, end personer, der modtager andre indsatser, så kan der være lokale forskelle i, hvornår man benytter forskellige indsatser, som udover at tage udgangspunkt i borgerens behov og udfordringsniveau også kan være påvirket af kommunens generelle brug af sociale indsatser. Vi ser dog ikke umiddelbart nogle indikationer på det sidstnævnte⁴⁶.

Med ovenstående in mente er det værd at bemærke, at i Region Hovedstaden – som er den region, hvor den mindste andel voksne borgere er i overlapsgruppen – ser vi i overlapsgruppen både en høj forekomst af personer, der bor på et længerevarende botilbud, og personer i kontakt med psykiatrien med en skizofrenidiagnose. Region Sjælland har den næsthøjeste andel i overlapsgruppen, der er i kontakt med psykiatrien for skizofreni (41 pct.), og selvom andelen der bor på et længerevarende botilbud er mindst sammenlignet med de andre regioner, så er andelen, der bor på midlertidigt botilbud så høj, at regionen har den næsthøjeste andel i overlapsgruppen, der bor på en eller anden form for botilbud (samlet 31 pct.). Ligeledes er antallet af borgere i overlapsgruppen i regionen mindre end både i Region Midtjylland og Region Syddanmark på trods af, at regionen med udgangspunkt i det socioøkonomiske indeks er mere socioøkonomisk udfordret end disse regioner⁴⁷.

Disse tendenser kan indikere, at overlapsgruppen generelt både udgør en mindre andel af den voksne befolkning og er mere udfordret i Østdanmark end i Vestdanmark. Dog kan der være mange ting på spil, som kan være med til at forklare forskelle i indsatser og diagnoser i overlapsgruppen, fx forskellig visitations- eller registreringspraksis, så vi skal passe på med ikke at lave for håndfaste konklusioner på baggrund af ovenstående resultater.

Vi har derfor også på kommuneniveau set på den bivariate sammenhæng mellem overlapsgruppens størrelse og hvor socioøkonomisk udfordret kommunen er (p.ba. socioøkonomisk indeks). Her finder vi en markant og signifikant tendens til, at i kommuner, hvor overlapsgruppen er relativt stor, der er befolkningen generelt også mere socioøkonomisk udfordret⁴⁸, jf. tabel 7.1.

⁴⁵ "Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet", VIVE (2018).

⁴⁶ Ovenfor undersøgte vi, om der på kommuneniveau var en bivariat sammenhæng mellem, hvor meget indsatserne længerevarende botilbud, midlertidigt botilbud og socialpædagogisk støtte i eget hjem fylder blandt alle, der modtager sociale indsatser i kommunen, og hvor meget de fylder i overlapsgruppen. Vi fandt ingen tendens til en sådan sammenhæng.

⁴⁷ Baseret på en beregning af det vægtede regionsgennemsnit af det kommunale socioøkonomiske indeks.

⁴⁸ Her skal vi være opmærksom på, at der kan være nogle endogenitetsproblemer i forhold til disse sammenhængsanalyser og socioøkonomisk indeks, fx fordi én af de faktorer, der indgår i beregningen af socioøkonomisk indeks, er antallet af diagnosticerede psykiatriske patienter i kommunen (i Indenrigs- og Sundhedsministeriets publikation "Kommunal Udigning og Generelle Tilskud 2008" kan man læse den præcise definition af socioøkonomisk indeks).

Der er altså noget der tyder på, at der kan være flere ting på spil på kommuneniveau i forhold til overlapsgruppen og dens størrelse. Dels tyder det på, at jo mindre overlapsgruppen er, jo mere udfordret og længere fra et almindeligt hverdagsliv er overlapsgruppen generelt. Der ser dog også ud til at være en modsatrettet tendens i forhold til, at jo mere socioøkonomisk udfordret borgerne i kommunen generelt er, des større er overlapsgruppen, jf. tabel 7.1.

Tabel 7.1

Sammenhængen mellem overlapsgruppens størrelse, andelen i overlapsgruppen, der boede i længerevarende botilbud og andelen, der var i kontakt med psykiatrien for diagnosen skizofreni på kommuneniveau, 2020-2022

	Antal i overlapsgruppen pr. 1.000 voksne borgere	Andel i længerevarende botilbud	Andel med skizofreni	Socioøkonomisk indeks
Antal i overlapsgruppen pr. 1.000 voksne borgere	1	-	-	-
Andel i længerevarende botilbud	-0,47***	1	-	-
Andel med skizofreni	-0,28***	0,31***	1	-
Socioøkonomisk indeks	0,46***	-0,16	0,14	1

Anm.: *** angiver at sammenhængen er signifikant på et 1 pct. signifikansniveau, ** angiver at sammenhængen er signifikant på et 5 pct. signifikansniveau og * angiver at sammenhængen er signifikant på et 10 pct. signifikansniveau. Hvis der ingen stjerner er, er korrelationen ikke signifikant. I disse bivariate sammenhængsanalyser er der medtaget data for 88 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

7.3 Aktivitet i psykiatrien

Ser vi på aktiviteten i psykiatrien for overlapsgruppen på tværs af landet ser vi også betydelig variation heri. Vi har valgt nedenfor at fokusere på variationer i aktiviteten på tværs af regioner og kommuner. I bilagene 1-6 er der supplerende opgørelser for hver region, og kommune, og derudover også aktivitetstal for overlapsgruppen på sundhedsklyngeniveau.

Regionsniveau

I tabel 7.2 har vi beregnet udvalgte aktivitetsmål i psykiatrien for personer, der både var i kontakt med psykiatrien og modtog kommunale sociale indsatser (overlapsgruppen) i 2020-2022, på regionsniveau. Nedenfor findes en gengivelse af udvalgte resultater fra tabellen.

- På tværs af alle regioner er det noget over 90 pct. af overlapsgruppen, der har ambulante kontakt med psykiatrien indenfor kalenderåret. Det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er højest i Region Hovedstaden (16,1) og lavest i Region Sjælland (12,4) i 2020-2022.
- Ser vi på indlæggelser, så er det i alle regioner undtagen Region Syddanmark omkring hver tredje i overlapsgruppen, der er indlagt indenfor et kalenderår. I Region Syddanmark er det tættere på hver fjerde. Her kan det være værd at huske, at Region Syddanmark er den region, hvor den største andel voksne er i overlapsgruppen, ligesom andelen, der bor på botilbud, og andelen i kontakt med psykiatrien pga. en skizofrenidiagnose i

overlapsgruppen er relativt lav. Det kan indikere, at overlapsgruppen er mindre udfordret i Region Syddanmark sammenlignet med andre regioner⁴⁹.

- De længste psykiatriske indlæggelser i overlapsgruppen ser vi i Region Nordjylland og Region Hovedstaden, hvor en indlæggelse varede omkring 3 uger (henholdsvis 22,7 og 20,0 dage), mod tættere på 2 uger i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland (henholdsvis 14,3, 15,4 og 15,3 dage). Region Nordjylland er den region med færrest akutte genindlæggelser. Her er det 25,5 pct. af de psykiatriske indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse mod mellem 35,6 pct. og 39,5 pct. i de andre regioner. Generelt ser vi, at personer i overlapsgruppen med psykiatrisk indlæggelse har færrest indlæggelser i Region Nordjylland. Her er de i gennemsnit indlagt 2,1 gange mod minimum 2,6 gange i de andre regioner.
- Der er også noget forskel i den akutte aktivitet generelt på tværs af regionerne: I Region Midtjylland startede hver 10. kontakt med psykiatrien i overlapsgruppen akut i 2020-2022, mens det var under hver 30. kontakt i Region Nordjylland og Hovedstaden.

Tabel 7.2

Overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien opgjort i forhold til regioner, 2020-2022

		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Landsplan
Ambulant kontakt	Andel med kontakt (pct.)	93,0	94,8	96,2	95,8	94,7	95,3
	Gennemsnitligt antal ambulante kontakter	14,7	14,3	12,7	16,1	12,4	14,1
Indlæggelser	Andel med kontakt (pct.)	33,5	33,1	27,5	33,5	34,0	31,9
	Gennemsnitligt antal indlæggelser	2,1	3,1	2,9	2,8	2,6	2,8
	Indlæggelsestid (dage)	22,7	14,3	15,4	20,0	15,3	16,9
Akut aktivitet	Andelen af de psykiatriske kontakter, der starter akut (pct.)	3,2	10,7	5,8	3,5	5,1	5,9
	Akutte genindlæggelser (pct.)	25,5	39,5	35,6	37,9	38,0	36,9

Anm: Det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er opgjort for personer, med ambulant kontakt, ligesom det gennemsnitlige antal indlæggelser og den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed er opgjort for dem, der har en indlæggelse.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Ovenfor er det overordnede billede i overlapsgruppen på tværs af regionerne beskrevet. I bilag 1 viser vi aktivitetsopgørelser for udvalgte indsatser og diagnoser på regionsniveau.

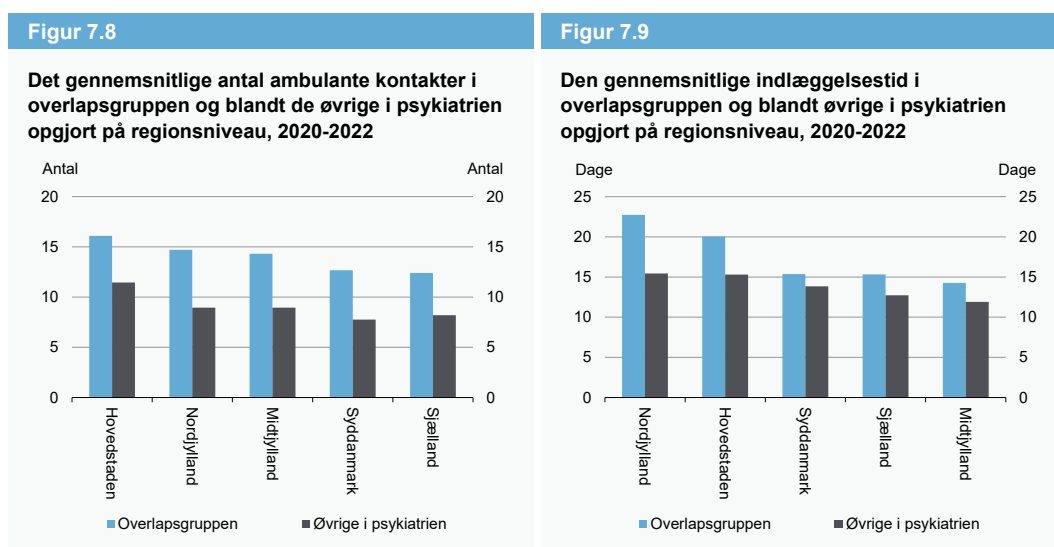
I figur 7.8 og 7.9 ser vi på nogle aktivitetsforskelle mellem overlapsgruppen og øvrige patienter i psykiatrien i regionerne. Vi har valgt at fokusere på forskellen i det gennemsnitlige antal ambulante kontakter og den gennemsnitlige indlæggelsestid mellem personer i overlapsgruppen og øvrige patienter i psykiatrien.

Når vi ser på det gennemsnitlige antal ambulante kontakter, ser vi for alle regioner et lavere antal kontakter blandt de øvrige patienter i psykiatrien end i overlapsgruppen, jf. figur 7.8. Vi ser dog

⁴⁹ Dog gælder det også indenfor de enkelte diagnoser og de fleste sociale indsatser, at færre er indlagt i Region Syddanmark end på landsplan (se Bilag 1).

også en tendens til, at i regioner, hvor det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er højt, der er det også relativt højt blandt de øvrige i psykiatrien.

Når vi ser på forskellen i indlæggelsestiden mellem indlæggelser i overlapsgruppen og blandt de øvrige i psykiatrien, så ser vi, også en tendens til, at i regioner med relativt lange indlæggelser i overlapsgruppen, der er de også relativt lange blandt de øvrige i behandling i psykiatrien, jf. figur 7.9. Dog er det også ret tydeligt, at forskellen i indlæggelsesvarigheden i overlapsgruppen og blandt de øvrige i psykiatrien er størst i Region Hovedstaden og Region Nordjylland, som har de længste indlæggelser i overlapsgruppen⁵⁰. Region Hovedstaden og Region Nordjylland er samtidig også de to regioner med færrest personer i overlapsgruppen.



Anm: Øvrige patienter i psykiatrien dækker over øvrige patienter over 17 år.
 Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

De to opgørelser i figur 7.8 og 7.9 viser dermed det samme billede på tværs af regionerne, som vi så på landsplan – at personer i overlapsgruppen på tværs af alle 5 regioner har mere aktivitet i psykiatrien end de øvrige patienter i behandling i psykiatrien.

Kommuneniveau

Kommunerne kan både være med til at henvise borgere til behandling i psykiatrien, ligesom de i arbejdet med de sociale indsatser kan være med til at opspore og forebygge forværringer af borgerens psykiske helbred. Derfor kaster vi i denne del et blik på variationen i overlapsgruppens aktivitet i psykiatrien på tværs af kommunerne.

På næste side viser vi variationen på kommuneniveau i antallet af ambulante kontakter og indlæggelser i overlapsgruppen, samt indlæggelsesvarigheden og andelen af akutte genindlæggelser. Nedenfor beskrives desuden det geografiske mønster i hovedpunkter:

- *Figur 7.10:* Den ambulante aktivitet er især høj i hovedstadsområdet og i de nordjyske kommuner, hvor antallet af ambulante kontakter pr. person i overlapsgruppen for en god

⁵⁰ I Bilag 1 kan man se indlæggelsestiden i overlapsgruppen opgjort på tværs af sociale indsatser og diagnoser på regionsniveau. Også når vi ser indenfor de enkelte diagnose- og indsatsgrupper, ser vi, at indlæggelsestiden generelt er længere i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.

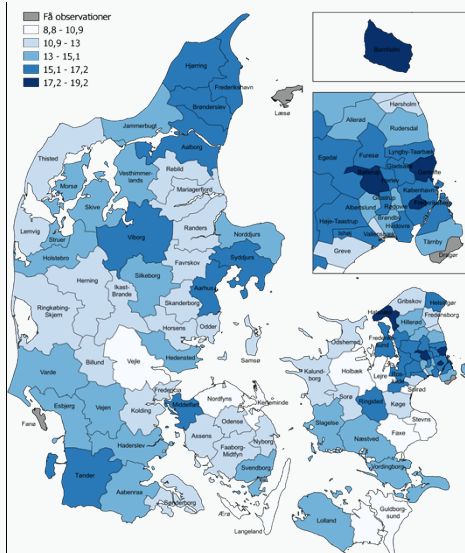
del af kommunerne ligger over 15 om året, mens det kun er i Region Sjælland og Region Syddanmark, der er kommuner med under 10.

- *Figur 7.11:* Når vi ser på det gennemsnitlige antal indlæggelser, ser vi især få indlæggelser i Region Nordjylland og til dels Region Sjælland. Der er dog stor variation mellem kommunerne i flere regioner. Fx varierer det gennemsnitlige antal indlæggelser blandt overlapsgruppen i Region Sjælland fra knap 1,8 indlæggelser årligt i Stevns Kommune til godt 3,3 i Odsherred Kommune.
- *Figur 7.12:* Ser vi på den gennemsnitlige indlæggelsestid i overlapsgruppen, er der stor variation på tværs af kommunerne: Fra knap en uge i Ikast-Brande Kommune til over 3 uger i Rebild, Frederikshavn og Hørsholm kommuner. I forhold til den gennemsnitlige indlæggelsestid er der dog nogle klare regionale variationer. Fx er der kun én kommune i Region Midtjylland, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid i overlapsgruppen er længere end for kommunen med den korteste indlæggelsestid blandt kommunerne i Region Nordjylland.

Figur 7.13: På kommuneniveau ser vi, at andelen af indlæggelser i overlapsgruppen, der efterfølges af en akut genindlæggelse, varierer fra under hver femte i Brønderslev Kommune og Frederikshavn Kommune til mere end halvdelen i Frederikssund Kommune og Ikast-Brande Kommune. Når vi ser på andelen af indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse, ser vi generelt blandt kommunerne i Nordjylland, at andelen er lav, mens andelen er relativ høj i alle kommuner i Region Midtjylland. Dog ser vi stor variation indenfor nogle regioner. Fx varierer andelen af psykiatriske indlæggelser, der efterfølges af en akut genindlæggelse blandt overlapsgruppen i Region Hovedstaden fra 22 pct. i Bornholms Kommune til over 50 pct. i Frederikssund Kommune.

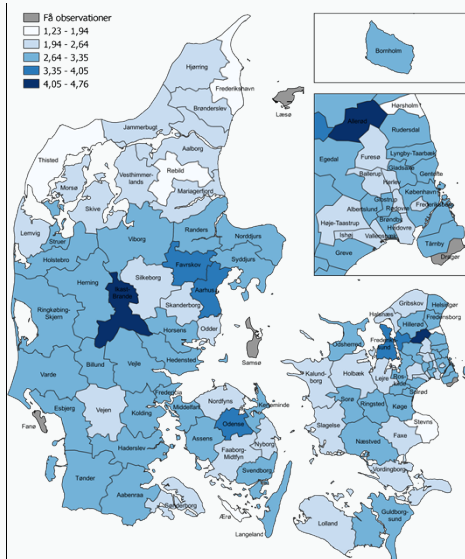
Figur 7.10

Antallet af ambulante kontakter i psykiatrien pr. person i overlapsgruppen på kommuneniveau, 2020-2022



Figur 7.11

Antallet af indlæggelser i psykiatrien pr. person i overlapsgruppen på kommuneniveau, 2020-2022

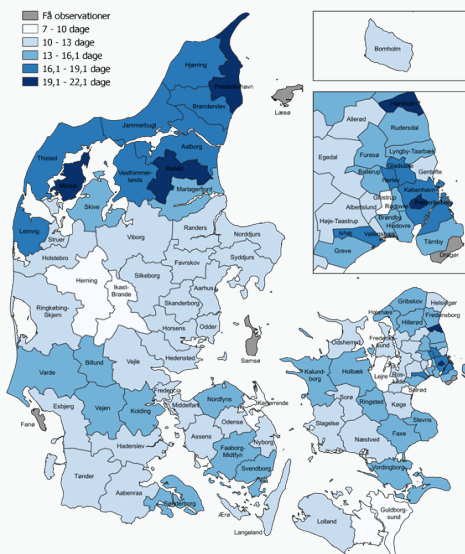


Anm.: I figur 7.10 og 7.11 er der af diskretionshensyn ikke data for Læsø, Fanø og Dragør kommuner, og i figur 7.11 er derudover ikke data for Samsø Kommune.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

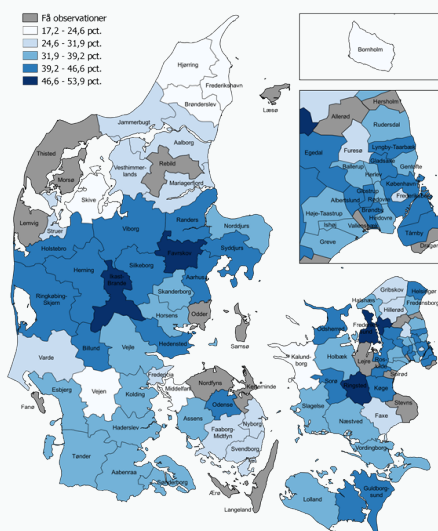
Figur 7.12

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



Figur 7.13

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 7.12 er der af diskretionshensyn ikke data for Læsø, Fanø, Samsø og Dragør kommuner, mens der i figur 7.13 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.

Sammenhæng mellem forskellige aktivitetsmål i psykiatrien i overlapsgruppen

I det følgende ser vi på, hvorvidt der er sammenhænge i aktivitetsmønstrene i psykiatrien i overlapsgruppen på kommunalt niveau. Det gør vi for at få en indikation af, hvorvidt der er nogle tendenser i de forskelle, vi ser på tværs af landet. Er der fx en tendens til, at i de områder, hvor der er en relativ kort indlæggelsestid, der ser vi også en tendens til flere indlæggelser osv. Specifikt ser vi på, om der er en bivariat sammenhæng mellem følgende aktivitetsmål: Antallet af ambulante besøg, antallet af indlæggelser, indlæggelsesvarighed, andelen af genindlæggelser, samt andelen af overlapsgruppen der har en indlæggelse i psykiatrien.

Der kan være mange ting på spil, når vi ser forskelle i aktiviteten i psykiatrien, og vi kan ikke tage højde for dem alle. I denne analyse har vi foretaget partielle korrelationer, hvor vi har kontrolleret for en række faktorer på kommuneniveau: Kommunale forskelle i socioøkonomisk indeks; andelen af voksne i kommunen, der indgår i overlapsgruppen; andelen af personerne i overlapsgruppen, der er 60+ år, samt andelen af personer i overlapsgruppen der er i kontakt med psykiatrien med de fem hyppigste diagnoser på landsplan⁵¹. Det er dog ikke alt, vi kan kontrollere for. Fx er det svært at vurdere sværhedsgraden indenfor den enkelte diagnosegruppe i et givent område, som også kan have betydning for fx indlæggelsesvarigheden, risikoen for genindlæggelse osv. Man skal se sammenhængsanalyserne i tabel 7.3 i det lys, og derfor være forsigtig i ikke at være for håndfast i tolkningen af disse sammenhænge.

Vi kan her udelukkende se på, om der kan være nogle tendenser på tværs, men vi kan ikke med sikkerhed sige noget om, hvad der ligger til grund for en eventuel tendens. Vi kan heller ikke sige noget om eventuel kausalitet, da der udelukkende er tale om simple bivariante sammenhænge og ikke effektstudier.

- Man kunne forestille sig, at der er sammenhæng mellem antallet af ambulante kontakter pr. person i overlapsgruppen og antallet af indlæggelser pr. person i overlapsgruppen – fx at de kommuner, hvor der er en tendens til, at personer i overlapsgruppen har mange ambulante kontakter pr. person undgår nogle indlæggelser, og at vi dermed kunne finde en signifikant negativ sammenhæng på kommuneniveau. Denne tendens finder vi ikke. Vi kan dog ikke udelukke, at indlæggelser kan forebygges med ambulante aktiviteter, da både antallet af ambulante besøg og indlæggelser også kan bestemmes af forskelle i visitationspraksis m.m.
- Fokuserer vi på indlæggelsesvarigheden og antallet af indlæggelser, ser vi, at der er en tendens til, at i områder med relativt korte indlæggelser, er der også flere indlæggelser, end i områder med længere indlæggelser. Det kan fx skyldes, at i de områder, hvor psykiatrisk indlæggelse er mere tilgængeligt, der kan der være en tendens til, at man oftere "tillader" de lidt lettere og derfor kortere indlæggelser, hvilket kan trække den gennemsnitlige indlæggelsestid ned. Omvendt kan det også være udtryk for, at man i nogle områder hellere vil have flere, korte indlæggelser end få, men langvarige indlæggelser. Det kan både være ud fra et hensyn til patienten eller af kapacitetsmæssige hensyn. Vi kan heller ikke udelukke, at der kan være andre ting på spil, som vi ikke har kontrolleret for i denne analyse.

⁵¹ Aktionsdiagnoserne skizofreni, angst, affektive sindslidelser, personlighedsforstyrrelser og psykoaktive stoffer (misbrug).

- Vi finder også en tendens til, at der i områder med korte indlæggelser er en større andel af indlæggelserne, der efterfølges af en akut genindlæggelse indenfor 30 dage⁵², hvilket kan indikere, at kortere indlæggelser resulterer i flere genindlæggelser
- Endelig finder vi en tendens til, at i kommuner, hvor der er relativt mange indlæggelser i overlapsgruppen, der er der også en større andel af indlæggelserne, der efterfølges af en akut genindlæggelse⁵³. Denne tendens ser vi også, når vi tager højde for indlæggelsesvarigheden.

Tabel 7.3

Partielle korrelationer på kommunalt niveau mellem aktivitetsmål, 2020-2022¹⁾

	Gns. antal ambulante kontakter	Gns. antal indlæggelser	Indlæggelsesvarighed	Genindlæggelsesprocent	Andel i overlapsgruppen, der har en indlæggelse
Gns. antal ambulante kontakter	1	-	-	-	-
Gns. antal indlæggelser	-0,08	1	-	-	-
Indlæggelsesvarighed	0,31**	-0,66***	1	-	-
Genindlæggelsesprocent	-0,18	0,72***	-0,61***	1	-
Andel i overlapsgruppen, der har en indlæggelse	-0,09	-0,01	0,01	-0,03	1

Anm.: 1) I alle bivariate sammenhænge er der taget højde for socioøkonomisk indeks, størrelsen på overlapsgruppen, hvor stor en andel af overlapsgruppen, der er 60+ år, samt andelen af personer i overlapsgruppen, der er i behandling for henholdsvis skizofreni mv., angst, affektive sindslidelser, personlighedsforstyrrelser og misbrugsdiagnoser. *** angiver at sammenhængen er signifikant på et 1 pct. signifikansniveau, ** angiver at sammenhængen er signifikant på et 5 pct. signifikansniveau og * angiver at sammenhængen er signifikant på et 10 pct. signifikansniveau. Hvis der ingen stjerner er, er korrelationen ikke signifikant. Der er medtaget data for 68 kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Man kan se flere aktivitetsopgørelser på regions- sundhedsklynge- og kommuneniveau i bilag 1-6.

⁵² Her er det vigtigt at holde sig for øje, at genindlæggelserne også indgår i beregningen af indlæggelsesvarigheden, og der er en tendens til, at genindlæggelserne er kortere end de foregående indlæggelser. Men også når vi fjerner genindlæggelserne fra beregningen af indlæggelsesvarigheden, finder vi en signifikant sammenhæng mellem indlæggelsesvarigheden og genindlæggelsesprocenten. Korrelationen er beregnet til -0,44 (P-værdi=0,0 pct.).

⁵³ Her skal man huske, at genindlæggelserne er en del af det samlede antal indlæggelser. Men selv når vi ser på sammenhængen mellem antallet af indlæggelser og andel genindlæggelser, hvor genindlæggelserne ikke indgår i antallet af indlæggelser (her vil antallet af indlæggelser være antallet af "primære" indlæggelser), så er sammenhængen der stadigvæk. Korrelationen er her beregnet til 0,43 (P-værdi=0,0 pct.).