



Opgaveudvikling på psykiatriområdet

Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger

Marie Henriette Madsen

Anne Hvenegaard

Eskild Klausen Fredslund

Dansk Sundhedsinstitut

Januar 2011

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2011

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-664-8 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3032

Design: DSI

Forord

Kortere indlæggelser på landets sygehuse har over en årrække ført til en debat, om hvorvidt, hvilke og hvor mange opgaver der overgår fra det regionale sundhedsvæsen til kommunerne. Kommunerne har dog vanskeligt ved at dokumentere denne udvikling og mangler derfor viden om, hvilke tilbud og kompetencer der er nødvendige i kommunerne for at overtage opgaverne.

En undersøgelse fra 2009 peger på, at den kommunale hjemmesygepleje har fået flere og nye opgaver på det somatiske område. Denne rapport fokuserer på opgaveudviklingen i kommunerne på det psykiatriske område.

Rapporten bidrager til Kommunernes Landsforenings arbejde med at udvikle en strategi for, hvordan kommunerne skal håndtere, at der kommer flere og nye opgaver på psykiatriområdet, herunder hvordan kommunerne samlet set kan dokumentere denne udvikling.

Dansk Sundhedsinstitut vil gerne rette en tak til alle, som har deltaget i interview og bidraget med deres erfaringer og indsigt i området samt til Psykiatrisk Centralregister for at stille data til rådighed.

Undersøgelsen er finansieret af Kommunernes Landsforening. Internt review er foretaget af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Forord | 3 |
| Resumé | 7 |
| 1. Indledning | 11 |
| 1.1 Formål | 12 |
| 1.2 Læsevejledning | 12 |
| 2. Aktører i psykiatrien | 15 |
| 2.1 Psykiatrien i regionerne | 15 |
| 2.2 Psykiatrien i kommunerne | 16 |
| 2.3 Opsamling på aktører i psykiatrien | 19 |
| 3. Opgaveudviklingen: De store linjer | 21 |
| 3.1 Resultater fra registeranalysen: Aktivitetsudvikling i behandlingspsykiatrien | 21 |
| 3.2 Hvorfor denne udvikling? | 24 |
| 3.3 Opgaveudviklingen i kommunerne | 26 |
| 3.4 Sammenfatning | 29 |
| 4. Borgere med ikke-psykotiske lidelser | 31 |
| 4.1 Resultater fra registeranalysen: Udviklingen i ikke psykotiske lidelser | 31 |
| 4.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne i relation til ikke-psykotiske lidelser | 33 |
| 4.3 Sammenfatning | 37 |
| 5. Psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser | 39 |
| 5.1 Resultater fra registeranalysen: Udviklingen i skizofreni og personlighedsforstyrrelser | 39 |
| 5.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne i relation til borgere med psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser | 42 |
| 5.3 Sammenfatning | 45 |
| 6. Dobbelt diagnoser | 47 |
| 6.1 Resultater fra registeranalysen: Patienter med dobbelt diagnoser | 47 |
| 6.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne som følge af flere brugere med misbrug | 48 |
| 6.3 Sammenfatning | 49 |
| 7. Borgere med sindslidelse og dom til behandling | 51 |
| 7.1 Resultater fra registeranalysen: Patienter med dom til behandling | 51 |
| 7.2 Udfordringer og opgaver i relation til borgere med behandlingsdomme | 53 |
| 7.3 Sammenfatning | 54 |
| 8. Kompetencebehov i kommunerne – resultater fra interviewundersøgelsen | 57 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 8.1 | Opdateret og specialiseret viden | 57 |
| 8.2 | Psykiastrifaglige kompetencer | 58 |
| 8.3 | Kompetencer i relation til brugerinddragelse | 60 |
| 8.4 | Sammenfatning | 61 |
| 9. | Sammenfatning og diskussion | 63 |
| 9.1 | Flere med psykiske problemstillinger | 63 |
| 9.2 | Kortere indlæggelser og flere i ambulat behandling | 64 |
| 9.3 | Opgaveudviklingen i kommunerne | 64 |
| 9.4 | Uklare begreber og sektorgrænser | 65 |
| 9.5 | Organisatorisk gennemsigtighed og koordinering af en samlet indsats | 67 |
| 9.6 | Dokumentation i kommunerne | 67 |
| 9.7 | Konklusion: Udfordringerne og bud på løsninger | 68 |
| | Litteratur | 71 |
| | Bilag 1: Metode | 73 |
| | Bilag 2: Diagnosekoder | 75 |
| | Bilag 3: Oversigtstabeller – landsplan | 77 |
| | Bilag 4: Oversigtstabeller – regionsopdelt | 81 |
| | Bilag 5: Supplerende figurer | 95 |
| | Bilag 6: Udvikling i antal normerede senge | 99 |
| | Bilag 7: Sengedagsforbrug, færdigbehandlede patienter | 101 |
| | Bilag 8: Udvikling i antal tildelte førtidspensioner | 103 |

Resumé

Formålet med denne rapport er at bidrage med viden om opgaveudviklingen inden for psykiatriområdet i kommunerne med henblik på kommunernes planlægning af egen indsats på området nu og i fremtiden.

Rapporten besvarer nærmere bestemt følgende spørgsmål:

1. Hvad karakteriserer opgaveudviklingen indenfor det psykiatriske område i regioner og kommuner?
2. Hvilke udfordringer giver det kommunerne nu og på sigt?

Rapporten konkluderer følgende:

- ◆ Antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget
- ◆ Kortere indlæggelser og mere ambulante behandling giver kommunerne nye opgaver
- ◆ Mange aktører giver et stort behov for koordinering
- ◆ Der er behov for at afklare centrale begreber og sektorgrænser
- ◆ Der er behov for en samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommunerne.

Antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget

Antallet af borgere i kontakt med den regionale psykiatri (dvs. psykiatriske hospitaler, ambulatorier, distriktskykiatrien mm.) er steget med godt 40 procent i perioden 2000-2008. Denne udvikling afspejler bl.a. et skærpet fokus på ikke-psykotiske lidelser (fx stress, angst og depression), og at flere borgere henvender sig til sundhedsvæsenet med psykiske problemstillinger. Desuden er antallet af borgere med dobbeltdiagnoser (dvs. samtidig psykisk lidelse og misbrug) og antallet af patienter med retslige forhold steget i perioden.

Kommunerne oplever også, at antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget inden for de seneste ti år. Udover dem, som er i berøring med det behandlingspsykiatriske system og dermed fremgår af tilgængelige registerdata, oplever kommunerne at have fået flere opgaver i relation til borgere som fx er sygemeldt på grund af stress og depression. Derudover er kommunerne i kontakt med borgere, som lider af en endnu ikke erkendt eller udiagnosticeret psykisk lidelse.

Kortere indlæggelser og mere ambulante behandling giver kommunerne nye opgaver

Andelen af patienter, som bliver indlagt, er faldet med ca. 30 procent i perioden 2000-2008. I samme periode er det samlede antal sengedage faldet 20 procent, og antallet af ambulante besøg er steget 43 procent. Patienter med skizofreni og affektive lidelser er nogle af de patientgrupper, hvor der er sket et markant fald i forbruget af sengedage.

De kortere indlæggelser giver flere opgaver i kommunerne i relation til borgere med svære psykiske lidelser (herunder skizofreni), især i socialpsykiatrien. Denne gruppe kan ofte ikke klare sig i eget hjem, og der er derfor et behov for at skabe midlertidige og døgnbemandede botilbud og støtte- og kontaktpersonordninger til borgere, som bliver udskrevet fra de psykiatriske hospitaler.

Der er behov for at afklare centrale begreber og sektorgrænser

Kommuner og regioner er i store træk enige om, at bevægelsen væk fra lange hospitalsindlæggelser er god, og at det dermed må betyde, at nogle opgaver flytter fra den regionale psykiatri til kommunerne. Alligevel peger undersøgelsen på, at kommunerne oplever, at opgaveglidningen bliver uhen-sigtsmæssig, når arbejdsdelingen primært bliver defineret af regionerne. Regioner og kommuner er ikke fuldstændigt enige om, hvilke dele et samlet forløb for borgere med psykiske problemstillinger skal bestå af. Der fx uenighed om definitionen på pleje, behandling og rehabilitering/recovery, hvad består de enkelte opgaver af, og hvilke kompetencer skal til for at løfte dem? Desuden peger undersøgelsen på et behov for at overveje, om kommunerne i højere grad skal dele ansvaret – evt. i samarbejde med regionerne – for nogle typer af opgaver, fx rehabilitering og udslusningstilbud for de sværest psykisk syge i overgangen fra indlæggelse til et liv i eget hjem.

Mange aktører giver et stort behov for koordinering

Den regionale psykiatri består af sengeafdelinger, distriktspsykiatri, ambulatorier, opsøgende psykose-teams mm., og i kommunerne er socialpsykiatrien, jobcentre, ældreområdet, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet osv. væsentlige medspillere i relation til borgere med psykiske problemstillinger. Borgere med psykiske problemstillinger er altså i kontakt med op til flere aktører i både kommuner og regioner. Aktører, hvis opgaver er defineret af både Sundhedsloven, Serviceloven og Beskæftigelsesloven.

Det stiller krav til koordinering af den samlede indsats både internt i kommunerne og imellem aktører i kommuner og regioner. Undersøgelsen peger på, at der er behov for at skabe overblik over ansvarsfordelingen mellem de mange aktører og den enkelte borgers forløb. I sundhedsaftalerne er noget af dette overblik givet, men i praksis bliver grænserne mellem aktørernes ansvarsområder udfordret, fx når både den regionale psykiatri og socialpsykiatrien arbejder opsøgende i borgernes nærmiljø og hjem.

Der er behov for en samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommunerne

Undersøgelsen peger på, at opgaveudviklingen i kommunerne både er præget af opgaveglidning, opgaveændring og opgaveøgning. Kommunernes dokumentation af denne udvikling er desværre mangelfuld. Det er derfor ikke muligt at dokumentere omfanget af opgaver i kommunerne på psykiatriområdet. Det hænger bl.a. sammen med, at den kommunale dokumentation er spredt over mange forvaltninger. En samlet opgørelse vil dog kunne komplementere de regionale registerdata og belyse, hvilke og hvor mange opgaver kommunerne løser og i relation til hvilke borgere.

På baggrund af disse konklusioner giver undersøgelsen anledning til at pege på følgende løsninger:

- ◆ Tydelige aftaler om sektoransvar: Sundhedsaftalerne skal virke også blandt frontmedarbejdere.
- ◆ Flere tilbud til borgere, som bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital: Midlertidige/akutte botilbud, døgnbemandede tilbud (botilbud, væresteder, krisetelefoner).
- ◆ Flere specialistkompetencer i kommunerne: Viden om sygdomme, medicinsk behandling, rehabilitering, borgere med komplekse problemstillinger mm.
- ◆ Kommunal udviklingsstrategi, herunder:
 - Hvordan kan kommunerne organisere sig på en måde, som afspejler borgernes behov for koordinering og sammenhæng?

- Kan og skal kommunerne alene påtage sig ansvaret for alle grupper af borgere med psykiske problemstillinger eller i højere grad udvikle tilbud flere kommuner sammen eller i samarbejde med regionerne?
- ◆ Samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommuner og kommunale forvaltninger som kan belyse, hvilke og hvor mange opgaver kommunerne løser, og hvem der løser opgaver i relation til borgere med psykiske problemstillinger.

Metode

Rapporten er baseret på registerdata og interview. Registerdata beskriver kapaciteten og aktiviteten på de psykiatriske hospitaler, i ambulatorier, distriktskykiatri mm. i perioden 2000-2008. Disse data bidrager ikke direkte til at belyse opgaveudviklingen i kommunerne, men medvirker til at opstille hypoteser om bl.a. opgaveglidning fra regioner til kommuner. Data er trukket via det Psykiatriske Centralregister.

Der er gennemført i alt fire fokusgruppeinterview med henholdsvis læger og sygeplejersker i sygehus og distriktskykiatri, ledere af den kommunale socialpsykiatri og ledere af kommunale jobcentre. Interviewene medvirker til at belyse, hvilke typer af opgaver kommunen aktuelt løser, hvad der karakteriserer og har drevet opgaveudviklingen i regioner og kommuner, og hvilke udfordringer det giver kommunerne nu og i fremtiden. Interviewene blev gennemført i august 2010.

1. Indledning

Kommunerne har fået mange nye opgaver på psykiatriområdet og oplever et voldsomt pres på bl.a. de kommunale væresteder, støtte- og kontaktpersonordninger og botilbud. Sådan lyder konklusionen på en rundspørge foretaget blandt kommunale psykiatrichefer af KL's nyhedsbrev Momentum. Årsagerne er formentlig mange, men flere sindslidende med et større behov for omsorg og hjælp er nogle af de forhold, som medvirker til, at kommunernes budgetter stiger (3;4). Samtidig må kommunernes opgaver på psykiatriområdet ses som en del af et større hele, hvor flere aktører løser forskellige opgaver i relation til borgere med psykiske lidelser, og hvor alle parter oplever, at opgaverne vokser, uden at flere penge følger med.

Der har i den seneste tid også været en del debat om kapaciteten, om de økonomiske ressourcer på landets psykiatriske sygehuse er tilstrækkelig, og om denne udvikling betyder dårligere behandling for de psykiatriske patienter. Selvom antallet af borgere, som er i kontakt med de psykiatriske hospitaler, er stigende, er antallet af psykiatriske sengepladser blevet reduceret igennem en længere årrække. Det er ofte udgangspunkt for en debat om, hvorvidt kapaciteten i psykiatrien er tilstrækkelig stor, og om patienterne får den nødvendige behandling. I et notat om fremtidens psykiatri argumenterer Danske Regioner for, at det er vigtigere at diskutere, om sengepladserne bliver brugt til det rigtige. Ambulant behandling får en fremtrædende plads i dette notat, idet patienter, som ikke har behov for intensiv og specialiseret behandling, som udgangspunkt skal indgå i ambulante forløb (5). Omvendt er der inden for den seneste tid flere eksempler på, at psykiatere gør opmærksom på, at smertegrænsen nu er nået (6;7). En gruppe læger fra Risskov Universitetshospital skrev fx i en kronik i Jyllands-Posten i sommeren 2010, at kapaciteten på landets psykiatriske hospitaler er for lille. De vurderer, at det fører til forcerede behandlingsforløb, og at det øger patienternes risiko for genindlæggelser, unødige kroniske sygdomsforløb og social deroute (6).

Ifølge både politikere og fagpersoner i kommunerne er spørgsmålet altså ikke kun, om kapaciteten på de psykiatriske hospitaler er tilstrækkelig, og om kommunerne kan følge med en stigende efterspørgsel efter deres ydelser, men også hvordan opgaverne bliver fordelt mellem regioner og kommuner. Herunder hvilke og hvor mange opgaver kommunerne nu og i fremtiden kommer til at løse på psykiatriområdet, og hvilke kompetencer det kræver i kommunerne (8). Det er med andre ord et spørgsmål om, at der i kommunerne er et behov for at få indsigt i den udvikling, som området gennemlever med henblik på fremtidig planlægning.

Opgaveudviklingen på psykiatriområdet i kommunerne er imidlertid vanskelig at dokumentere, da der mangler tilstrækkeligt valide data. Der savnes derfor dokumenteret viden om, hvilke udfordringer de står over for nu og i fremtiden, hvilke tilbud der skal være til stede i kommunerne, og hvilke kompetencer der er nødvendige, hvis kommunerne skal imødekomme udviklingen på området.

I foråret 2009 gennemførte Dansk Sundhedsinstitut (DSI) en undersøgelse for KL med fokus på, hvordan opgaverne i hjemmesygeplejen har udviklet sig over en periode på ti år. Denne undersøgelse beskæftiger sig primært med somatisk sygdom, men peger også på, at opgaverne på det psykiatriske område er forandret. De 21 hjemmesygeplejersker, som blev interviewet til undersøgelsen, fortalte bl.a., at de havde fået flere opgaver med at tilse og pleje borgere udskrevet fra psykiatriske sygehuse, give dem medicin og følge op på, om borgere med psykiske problemstillinger fik den relevante hjælp (9). Undersøgelsen af opgaveudviklingen i hjemmesygeplejen beskriver dog kun et hjørne af kommunernes opgaver på psykiatriområdet. KL har derfor bedt DSI gennemføre en tilsvarende undersøgelse med eksplicit fokus på opgaveudviklingen inden for det psykiatriske område.

Denne undersøgelse skal bidrage til KL's arbejde for at udvikle en strategi for, hvordan kommunerne skal håndtere, at der kommer nye og flere opgaver på psykiatriområdet, og hvordan kommunerne samlet set kan dokumentere udviklingen.

1.1 Formål

Formålet med denne rapport er at belyse:

1. Hvad karakteriserer opgaveudviklingen indenfor det psykiatriske område i regioner og kommuner?
2. Hvilke udfordringer giver det kommunerne nu og på sigt?

Disse spørgsmål er besvaret igennem analyse af registerdata og fokusgruppeinterview.

Registerundersøgelsen havde til formål at beskrive udviklingen i aktivitet og kapacitet inden for behandlingspsykiatrien, dvs. hospitaler, ambulatorier, distriktskykiatri mm. Disse data kan ikke fastlægge omfanget af kommunernes opgaver på området, men medvirke til at opstille hypoteser for, om der er sket en opgaveglidning fra region til kommune. Data til denne undersøgelse er trukket via Det Psykiatriske Centralregister.

Interviewundersøgelsen havde til formål at belyse, hvad der driver opgaveudviklingen på psykiatriområdet, og hvilke udfordringer det giver kommunerne nu og på sigt, herunder relevante fokusområder i fremtiden. Der er gennemført fokusgruppeinterview med læger og sygeplejersker i sygehus- og distriktskykiatri, ledere fra den kommunale socialpsykiatri og ledere af kommunale jobcentre.

Se bilag 1 for en mere udførlig metodebeskrivelse.

1.2 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver henholdsvis regionale og kommunale aktører på psykiatriområdet. **Kapitel 3** beskriver, hvordan opgaverne har udviklet sig i henholdsvis regioner og kommuner, samt interviewpersonernes vurdering af hvad der driver denne udvikling.

Kapitel 4-7 beskriver opgaveudviklingen inden for de målgrupper og opgaveområder, som interviewpersonerne fremhævede i interviewene. I interviewene blev der skelnet mellem psykotiske og ikke-psykotiske lidelser, og denne skelnen er søgt bevaret. Herefter følger kapitler, der omhandler retspsykiatriske diagnoser og dobbeltdiagnoser (dvs. samtidig psykiatrisk diagnose og misbrug).

Så vidt muligt starter hvert kapitel med en præsentation af tilgængeligt talmateriale, primært registerdata¹, og herefter følger interviewpersonernes vurdering af, hvilke opgaver og udfordringer det giver i kommunerne nu og i fremtiden.

¹ Registerdata er enkelte steder suppleret med andet talmateriale. I disse tilfælde fremgår det med tydelig kildeangivelse. Hvor andet ikke er anført, stammer data altså fra registerundersøgelsen gennemført til dette formål.

Registerdataene kan præsenteres på mange måder, hvor hver måde bidrager til at fortælle en side af en samlet historie. For at sikre et vist overblik for læseren, har vi valgt at fokusere på den samlede udvikling i aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri opdelt på centrale diagnoser. I teksten er registerdata derfor som udgangspunkt præsenteret i to figurer, der viser væksten i **antal patienter** inden for de enkelte diagnoser, **antal sengedage** (dvs. antal dage patienter samlet set har været indlagt) og **antal ambulante besøg** (dvs. samlet antal besøg til fx distriktspsykiatri og sygehusambulatorier). Disse tal giver en indsigt i, hvordan aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri har udviklet sig over en årrække og inden for nogle forskellige behandlingstyper.

Derudover ses der på udviklingen i forbruget af sengedage og ambulante besøg for den enkelte patient, dvs. **gennemsnitlig indlæggelsestid og antal ambulante besøg pr. patient**² (tabeller i bilag 3). Disse tal giver i højere grad en indsigt i de forløb, som den enkelte patient modtager. Et fald i det gennemsnitlige antal sengedage og/eller ambulante besøg pr. patient kan enten være udtryk for en effektivisering af behandlingen eller en ændret prioritering mellem patienter eller patientgrupper (diagnoser). Sidstnævnte kan være udtryk for, at der er kommet flere patienter, og der har været nødt til at ske en prioritering, eksempelvis af hvem der indlægges og hvor længe.

Ved at opgøre udviklingen dels i den samlede aktivitet, dels i det gennemsnitlige forbrug pr. patient, kan vi se, hvorvidt de psykiatriske hospitaler har øget deres aktivitet (og evt. kapacitet), samtidig med at forløbet for den enkelte er blevet kortere i form af eksempelvis kortere indlæggelsestid, færre indlæggelser eller færre ambulante besøg. De to måder at fremstille data på komplementerer således hinanden, og de bidrager til at fortælle flere sider af samme historie.

Det samlede antal sengedage, ambulante besøg og skadestuebesøg opdelt på diagnose samt antal sengedage (gennemsnitlig indlæggelsestid) og antal ambulante besøg pr. patient for hver diagnose fremgår af bilag 3 og 4 (opdelt på regioner for 2007-2008) og refereres i teksten for at give et samlet billede af den information, som data kan bidrage med.

Af bilag 5 fremgår **antallet af færdigbehandlede sengedage**, dvs. antallet af dage, som færdigbehandlede patienter er indlagt på et psykiatrisk sengeafsnit, og **antal skadestuebesøg**. Antal skadestuebesøg kan være et udtryk for, at flere borgere bliver akut dårlige, fordi de øvrige psykiatriske tilbud ikke er tilstrækkelige. Sengedagsforbruget til færdigbehandlede patienter kan være udtryk for, at kommunerne har problemer med at tage borgere hjem, fordi de mangler de rette kommunale tilbud (fx midlertidige og døgnbemandede boliger).

Sengedagsforbruget til færdigbehandlede patienter kan være udtryk for, at kommunerne har problemer med at tage borgere hjem, fordi de mangler de rette kommunale tilbud (fx midlertidige og døgnbemandede boliger).

Kapitel 8 beskriver de kompetencebehov, som bliver fremhævet i interview med repræsentanter fra både den kommunale og regionale psykiatri.

Notatets sidste afsnit – **kapitel 9** – opsummerer og perspektiverer rapportens vigtigste pointer.

I selve teksten bliver der kun præsenteret talmateriale for de diagnoser, som er nævnt i interviewene. Registerdata for de øvrige diagnoser findes i **bilag 3**. I **bilag 4** er data for de enkelte diagnoser uden opgjørt pr. region, dog kun for 2007-2008.

² Antallet af ambulante patienter i alt vil formentlig være overvurderet, da patienter, der har modtaget behandling for to diagnoser, tæller hver gang de har været behandlet med en ny eller anden diagnose.

2. Aktører i psykiatrien

I dette kapitel opsummerer vi kort, hvordan tilbud til borgere med psykiske lidelser er organiseret i henholdsvis kommuner og regioner, herunder deres primære målgrupper og ansvarsområder.

2.1 Psykiatrien i regionerne³

Regionerne varetager overordnet set diagnostik og psykiatrisk behandling af patienter med psykiske lidelser. De psykiatriske hospitaler er typisk organiseret i et antal sengeafdelinger, ambulatorier, distriktskykiatriske enheder og i nogle tilfælde også psykiatriske skadestuer. Alle de regionale behandlingseenheder er organiseret som en del af et psykiatrisk hospital, dvs. med samme overordnede ledelse. De enkelte enheder kan dog være spredt geografisk, og behandlingsansvaret er fordelt på de enkelte enheders overlæger.

2.1.1 De psykiatriske hospitaler

De **psykiatriske sengeafsnit** står for diagnostik, behandling og pleje af psykiatriske patienter. Målgruppen er primært patienter, som er til fare for sig selv eller andre og har behov for observation og behandling døgnet rundt. Behandlingen på sengeafdelingerne består af medicinsk behandling, evt. suppleret med forskellige former for samtalerapi, ergoterapi og fysioterapi.

Udover sengeafdelinger råder de psykiatriske afdelinger også over forskellige former for ambulante behandling. Ambulant behandling kan foregå i **psykiatriske ambulatorier** eller **dagklinikker**, som er fysisk placeret på de psykiatriske hospitaler. Ambulatorier og dagklinikker udfører diagnostik og psykiatrisk behandling af patienter, som ikke er indlæggelseskrævende, men alligevel i en periode har behov for at være i intensiv kontakt med behandlingssystemet. Det kan fx være personer med angst, depression, ADHD, spiseforstyrrelser osv. Et ambulante forløb ligger enten i forlængelse af en indlæggelse eller en henvisning fx fra den praktiserende læge. Afhængig af diagnose består ambulante behandling af medicinering, samtaler og psykoterapi, undervisning i psykisk sygdom, kontakt med socialrådgiver mm.

Til regionernes ambulante tilbud hører også **distriktskykiatrien**. Distriktskykiatrien er tilbud, som er etableret lokalt, dvs. uden fysisk sammenhæng med de psykiatriske hospitaler. Formålet er, at distriktskykiatrien udover at levere medicinsk behandling, samtaler, terapi mm. også har mulighed for at være i tæt kontakt med de lokale aktører omkring den enkelte patient, fx den praktiserende læge, hjemmeplejen, socialforvaltningen, støtte- og kontaktpersoner, botilbud mm. Distriktskykiatrien har med den lokale placering også mulighed for at arbejde opsøgende og i patientens eget hjem. Målgruppen er primært personer med langvarige og svære psykiske lidelser, som er socialt isolerede og har svært ved at indgå i almindelige ambulante forløb, fx på grund af manglende sygdomserkendelse og dermed ringe motivation for behandling. Patienter kan som ved de øvrige ambulante tilbud blive henvist til distriktskykiatrien, fx via praktiserende læge eller et sengeafsnit.

³ Indholdet i dette kapitel er et sammendrag af den tekst, som fremgår af landets psykiatriske hospitalers hjemmesider, samt interview med repræsentanter fra behandlingspsykiatrien.

Som en del af nogle distriktspsykiatriske centre er også etableret **opsøgende psykoseteams**. I et opsøgende psykoseteam indgår forskellige fagligheder, fx psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere, ergoterapeuter mm. i et behandlingsteam. Formålet med et opsøgende psykoseteam er, at teamet skal kunne hjælpe patienten med løsning af et meget bredt spektrum af problemstillinger, og teamet arbejder opsøgende, frem for at patienten selv skal henvende sig. Som i distriktspsykiatrien er målgruppen personer med svær psykisk sygdom med samtidige sociale problemstillinger.

I alle regioner (men ikke på alle psykiatriske hospitaler) er der en eller flere **psykiatriske skadestuer**. En psykiatrisk skadestue er en særlig skadestue med mulighed for psykiatrisk udredning og visitation. Nogle er åbne, hvor alle kan henvende sig, mens andre kræver henvisning fra fx den praktiserende læge, socialforvaltning eller andre.

Endelig har den regionale psykiatri forskellige former for **udgående funktioner** i kommunerne, fx konsulentfunktioner.

2.1.2 Praktiserende læger og praktiserende speciallæger i psykiatri

Til de regionale aktører med opgaver i relation til personer med psykiske lidelser hører også de praktiserende læger og praktiserende psykiatere.

Udover at de **praktiserende læger** selv kan diagnosticere og behandle lettere psykiske sygdomme (fx stress og depression), er de også den primære indgang til det øvrige sundhedsvæsen. Praktiserende læger kan henvise patienter til både praktiserende psykiatere, psykologer og behandlingspsykiatriske tilbud. De praktiserende læger kan også være patientens indgang til og en væsentlig samarbejdspartner med den kommunale psykiatri.

Patienter med psykiske lidelser kan blive henvist til undersøgelse og behandling hos en **praktiserende psykiater**. Målgruppen er primært patienter med ikke-psykotiske lidelser uden samtidige sociale problemer, fx milde til moderate depressions- eller angstlidelser.

2.2 Psykiatrien i kommunerne

Kommunernes opgaver i relation til personer med psykiatriske lidelser er primært af social karakter og er bestemt af Serviceloven. Heraf fremgår det, at kommunalbestyrelserne har ansvaret for:

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,*
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte,*
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. (10)*

På psykiatriområdet har den kommunale **socialpsykiatri** det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for disse opgaver.

Socialpsykiatrien opstod i kølvandet på, at behandlingspsykiatrien i slutningen af 1980'erne begyndte at nedlægge mange sengepladser med det formål at give borgere med psykiske lidelser en mulighed for at blive inkluderet i samfundet. Dermed fik amter og kommuner ansvaret for at støtte borgere med psykiske lidelser i at fungere i samfundet, drage omsorg for dem, tilbyde aktiviteter og beskæftigelse samt hjælpe dem til at skabe en hverdag.

Socialpsykiatrien følger Servicelovens formålsbestemmelser og læner sig desuden op ad FN's handicapkonvention, der bl.a. vægter fysisk og psykisk handicappede borgeres ret til et så normalt liv som muligt og med fokus på borgerens personlige autonomi og selvbestemmelse. Derudover lægger socialpsykiatrien vægt på at betone, at der er tale om borgere eller brugere med funktionsvanskeligheder, og ikke patienter med diagnoser (11). Borgerens funktionsniveau er udgangspunkt for at tildele socialpsykiatriske ydelser, og funktionsniveauet er ikke kun betinget af diagnosen, men også af fx socialt netværk og personlige ressourcer.

Indtil strukturreformen i 2007 havde amter og kommuner fordelt opgaverne, så amterne primært (og med stor lokal variation) havde ansvaret for tilbud til de sværest psykisk syge, herunder personer med et permanent behov for omsorg og støtte og samtidigt misbrug og psykisk sygdom (dobbeltdiagnose). Amternes tilbud bestod derfor af særlige botilbud, beskyttet beskæftigelse og misbrugstilbud. Kommunerne havde derimod primært ansvaret for lokale botilbud, være- og aktivitetstilbud og forskellige former for støtte- og kontaktpersonordninger (11).

Kommunerne fik med strukturreformen det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for hele socialområdet og overtog driften af langt de fleste af de socialpsykiatriske tilbud. Kommunerne har altså i dag ansvaret for alle former for botilbud, være- og aktivitetssteder, beskyttet beskæftigelse og kontaktpersonordninger (se boks 1) (11).

Boks 1: Kommunale opgaver efter strukturreformen relateret til psykiatriområdet

Med strukturreformen overtog kommunerne (1):

- ◆ Det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for det sociale område
- ◆ Udvalgte opgaver på sundhedsområdet, herunder behandling af alkohol og misbrug
- ◆ Den aktive beskæftigelsesindsats for alle arbejdsledige (forsikrede og ikke-forsikrede).

Socialpsykiatriens målgruppe er borgere over 18 år med eller uden diagnosticeret psykisk lidelse, som i kortere eller længere perioder har brug for støtte til at få hverdagen til at fungere. Der i dag tale om en relativt bred målgruppe, som både rummer borgere i risiko for at udvikle en sindslidelse og borgere med komplekse problemstillinger relateret til både en psykisk problemstilling og fx misbrug og/eller kriminalitet (11).

Den kommunale socialpsykiatri er organiseret forskelligt i kommunerne. I nogle kommuner er psykiatriområdet organiseret i en adskilt enhed, andre steder er psykiatriområdet slået sammen med handicapområdet, sundhedsområdet eller misbrugsområdet, ligesom der er stor variation i, hvordan hjemmesygeplejen samarbejder med socialpsykiatrien. Erfaringsgrundlaget i de enkelte kommuner varierer også, idet nogle kommuner allerede før strukturreformen havde ansvaret for flere specialiserede socialpsykiatriske tilbud, mens det for andre kommuner er en ny opgave.

Derudover giver interviewene med socialpsykiatricheferne indtryk af, at flere kommuner aktuelt er i gang med at udvikle deres organisation. I de nye organiseringer er der bl.a. særlig fokus på samspillet mellem myndighed og leverandør – de såkaldte modificerede BUM-modeller.

Boks 2: Serviceloven om personlig hjælp, omsorg og pleje, kontaktpersonordninger, beskyttet beskæftigelse, være- og aktivitetssteder og botilbud (10).

Personlig hjælp, omsorg og pleje

§83: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

- 1) personlig hjælp og pleje
- 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
- 3) madservice.

Stk. 2: Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3: Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.

Stk. 4: Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

Kontaktpersonordninger

§ 85: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

§ 99: Kommunen sørger for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.

Beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud

§ 103: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, jf. § 1 a i Lov om social pension, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb til personer med særlige sociale problemer.

§ 104: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene.

Botilbud

§107: Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidig ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

§108: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydeligt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

2.2.1 Øvrige kommunale aktører med opgaver indenfor det psykiatriske område

Socialpsykiatrien har en stor rolle som kommunal medspiller på psykiatrimrådet, men jobcentrene, børne- og ungeforvaltningerne, hjemmesygeplejen og misbrugscentrene er også eksempler på kommunale aktører, som arbejder med særlige tilbud for borgere med psykiske problemstillinger. Heraf er kun jobcentrene i fokus for denne undersøgelse.

Jobcentrenes formål er at hjælpe arbejdsledige borgere til beskæftigelse og selvforsørgelse, herunder at støtte personer, der på grund af begrænsninger i arbejdsevnen har særlige behov for hjælp til at få arbejde (12). Der er i lovgivningen ikke defineret særlige opgaver inden for det psykiatriske område, men en del af de borgere, som jobcentrene er i kontakt med, har psykiske problemstillinger, og et særligt fokus på psykiske problemstillinger er derfor både relevant og nødvendigt. Samtidig er lovgivningen på området blevet skærpet, så alle ledige og sygedagpengemodtagere skal udarbejde en jobplan i samarbejde med jobcentrene og meget tidligt i forløbet indgå i en eller anden form for beskæftigelsesrettede tilbud⁴, hvis de vil bevare retten til dagpenge eller kontanthjælp (12).

Folketinget besluttede i forbindelse med kommunalreformen, at kommunerne skulle adskille beskæftigelsesindsatsen fra den sociale indsats i kommunerne (13). På trods af sammenfald mellem fx socialområdet (herunder socialpsykiatrien) og jobcentrenes målgrupper er de to parter altså adskilt med separate budgetter, personale og ledelse.

2.3 Opsamling på aktører i psykiatrien

På det psykiatriske område er ansvaret for det samlede borgerforløb fordelt på mange aktører. I regionerne står de psykiatriske hospitaler for den medicinske behandling, enten ved indlæggelse eller i ambulante forløb, og kommunerne har ansvaret for at hjælpe borgere med psykiske problemstillinger til at få en hverdag til at fungere og forebygge sociale problemer. Derudover er misbrugsbehandling, hjemmesygepleje, beskæftigelse og uddannelse kommunale opgaver, som også kan indebære et ansvar for borgere med psykiske problemstillinger og et samarbejde med både socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Samtidig er aktørerne på området underlagt forskellig lovgivning, herunder Sundhedsloven, Serviceloven og beskæftigelseslovgivningen.

⁴ Der her tale om individuelle forløb justeret efter den enkelte borgers ønsker og forudsætninger samt arbejdsmarkedets behov. Forløbene kan bestå af vejledning, opkvalificering, virksomhedspraktik, job med løntilskud eller fleksjob med henblik på at borgeren opnår en tættere tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er ikke krav om, at de svageste borgere skal gennemføre egentligt jobsøgende aktiviteter, men dog et krav om, at de følger det planlagte individuelle forløb (12).

3. Opgaveudviklingen: De store linjer

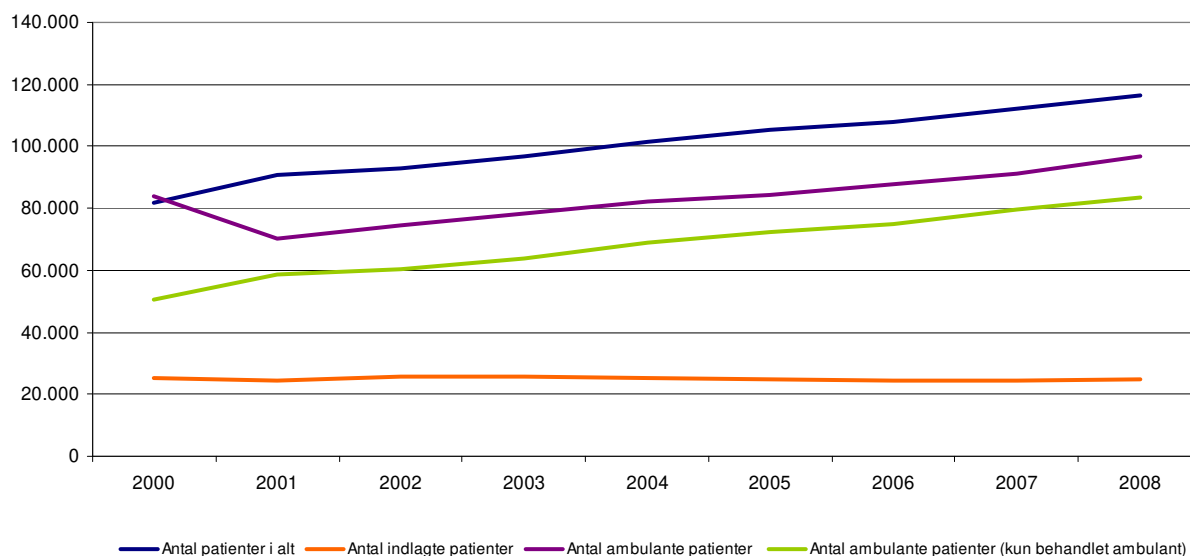
I dette kapitel beskriver vi den udvikling i aktivitet og opgaver, som tegner sig i henholdsvis den regionale og kommunale psykiatri for den samlede gruppe af borgere med psykiske problemstillinger. I de senere kapitler konkretiserer vi udviklingen inden for udvalgte grupper.

3.1 Resultater fra registeranalysen: Aktivitetsudvikling i behandlingspsykiatrien

De anvendte registerdata beskriver aktiviteten i den regionale psykiatri, dvs. på de psykiatriske hospitaler og dertil knyttede ambulante enheder, skadestuer mm. Eftersom det ikke er alle borgere med psykiske problemstillinger, der er i kontakt med den regionale psykiatri, er der formentlig en restgruppe, som hovedsagelig er i kontakt med det primære sundhedsvæsen (fx praktiserende læger, psykologer eller praktiserende psykiatere) og med kommunerne og derfor ikke fremgår af disse data.

Antallet af patienter i behandlingspsykiatrien er steget markant i perioden 2000 til 2008 (ca. 40 procent), jf. figur 1. Antallet af indlagte patienter har været nogenlunde konstant gennem perioden, mens antallet af ambulante patienter er steget med godt 15 procent, og antallet af patienter, der kun modtager behandling er steget ca. 65 procent (jf. figur 1).

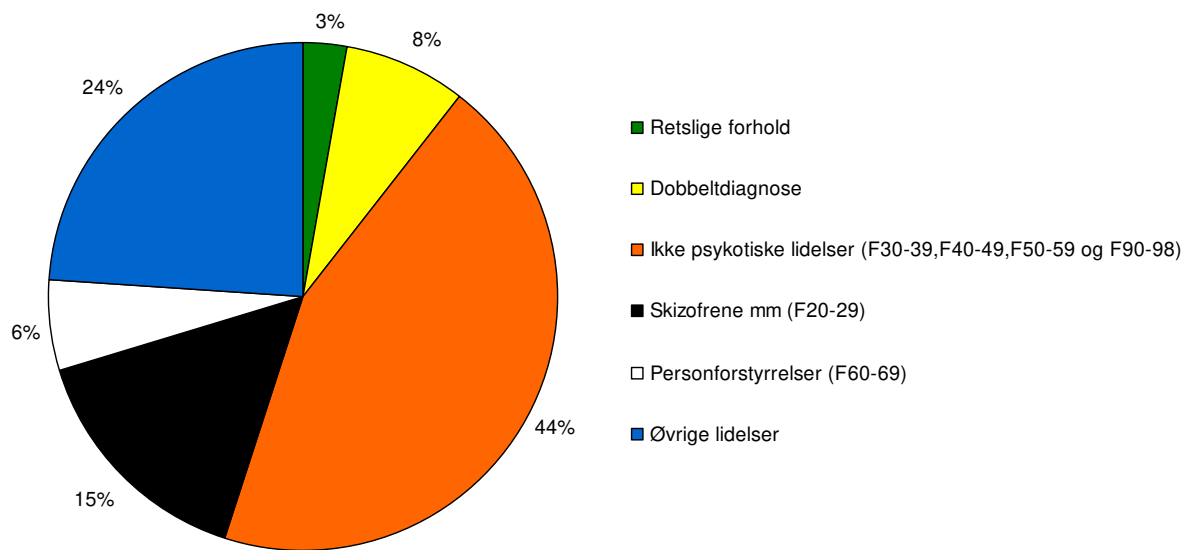
Figur 1: Antal patienter i behandling med psykiatriske diagnoser



Note: Antal ambulante patienter (den lilla graf) er formentlig overvurderet, da patienter, der har modtaget behandling for flere diagnoser, vil tælle flere gange. Den grønne graf viser antallet af patienter, som *kun* modtager ambulant behandling.

Figur 2 viser, at den største patientgruppe er patienter med ikke-psykotiske lidelser. Den anden største patientgruppe er de psykotiske patienter. Patienter med retlige forhold udgør en mindre andel af det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser (ca. 4 procent), mens patienter med misbrugsproblemer udgør ca. en tiendedel af alle patienter med en psykiatrisk diagnose.

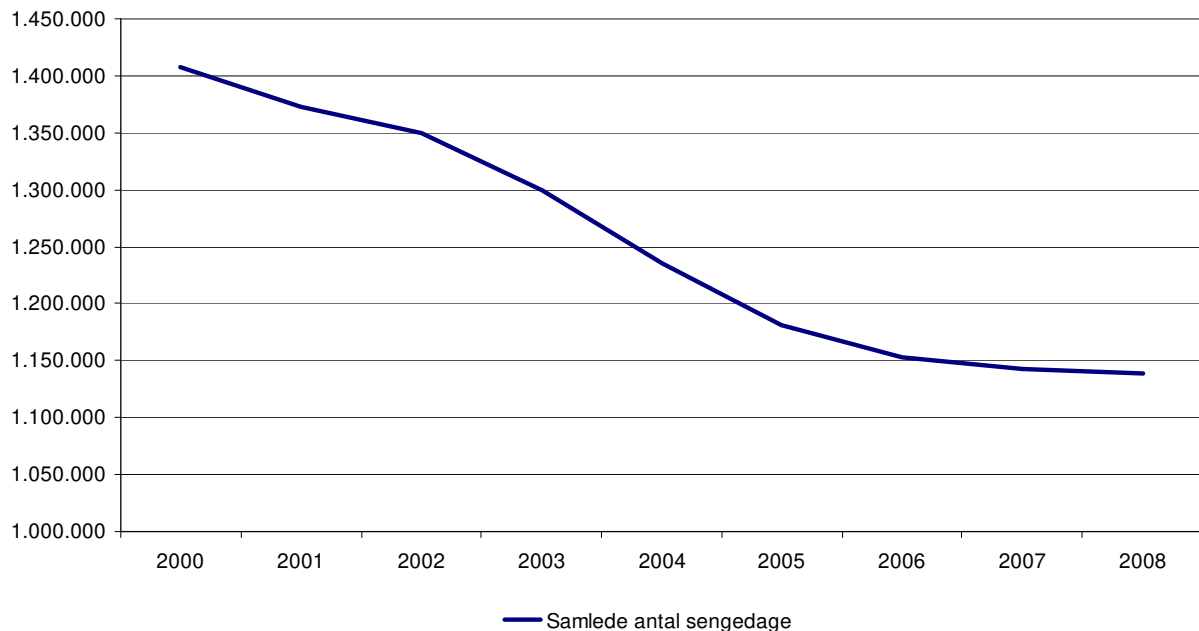
Figur 2: Fordeling af antal patienter på diagnosegrupper



Note: Figurens kategorier svarer til den inddeling, der er brugt i afsnit 4-7. Det skal bemærkes, at de procentsatser, som fremgår af figuren, ikke svarer fuldstændigt til bilagene. En patient med flere diagnoser er talt med flere gange, og diagnoserne summer derfor sammenlagt til mere end 100 procent. Dette kan man ikke vise i et lagkagediagram.

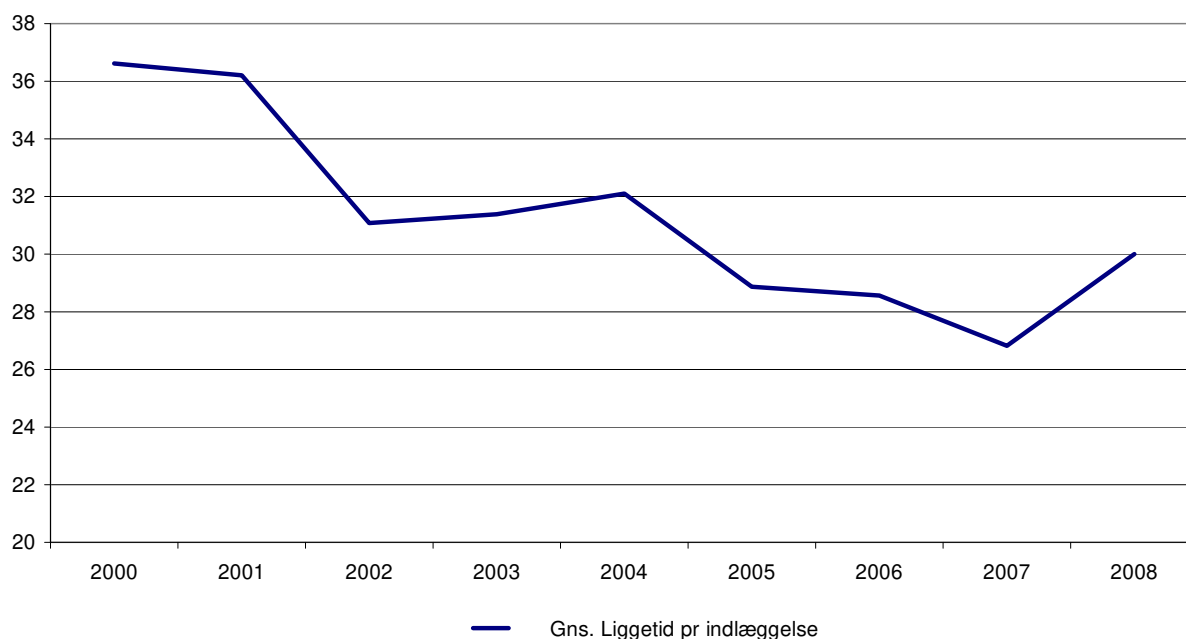
På trods af, at antallet af patienter steget, er antallet af forbrugte sengedage faldet med ca. 20 procent fra 2000 til 2008 (jf. figur 3). Faldet i antallet af sengedage skyldes dels et fald på ca. 20 procent i den gennemsnitlige indlæggelsestid (dvs. fra ca. 37 dage til 30 dage, jf. figur 4)⁵, dels et fald (30 procent) i andelen af patienter, som indlægges (se bilag 3).

Figur 3: Antal sengedage – alle psykiatriske diagnoser



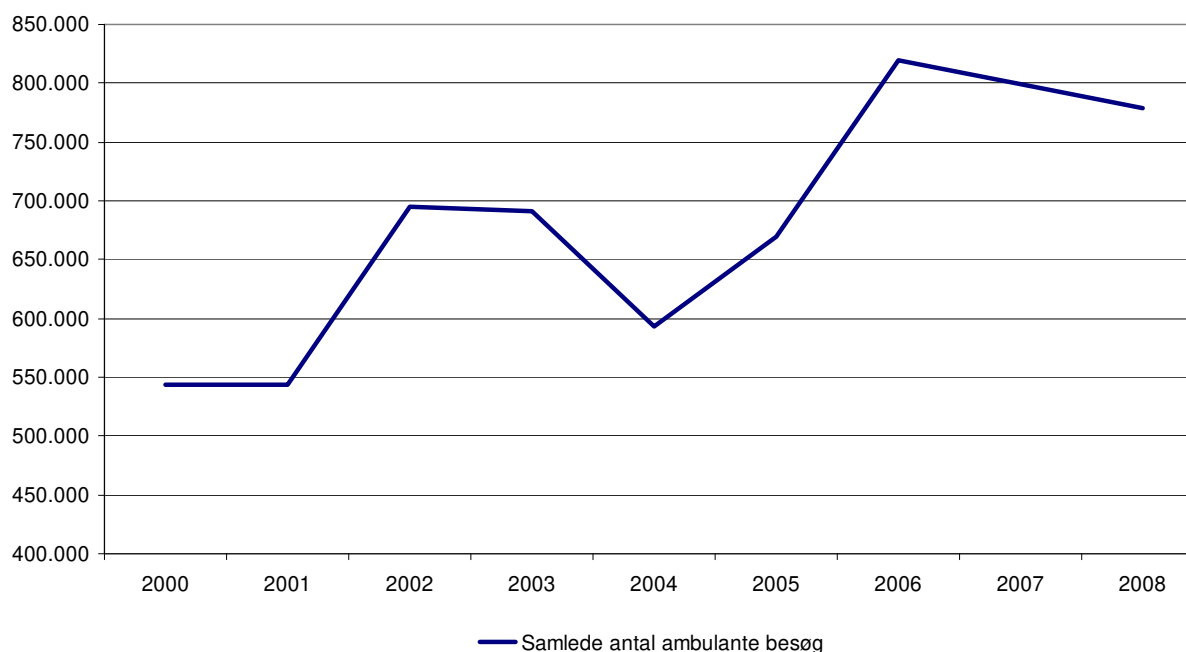
⁵ I figuren har vi opgjort liggedage pr. indlæggelse. Tallene i denne figur afviger fra tallene i bilag 3, hvor vi har opgjort liggedage pr. indlagt patient. Dette tal skal være højere, da nogle patienter indlægges flere gange.

Figur 4: Udvikling i den gennemsnitlige indlæggelsestid, 2000-2008



En del af den stationære aktivitet er blevet erstattet af ambulante aktivitet, idet antallet af ambulante besøg er steget med ca. 40 procent (jf. figur 5). Der dog tale om store variationer i perioden, idet antallet af ambulante besøg faldt med 17 procent i perioden fra 2003 til 2004. Det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient i ambulante behandling er således steget fra ca. 6 besøg om året til 8 pr. år (jf. tabel 1, bilag 3). Antallet af skadestuebesøg er steget med 14 procent (jf. tabel 1, bilag 3).

Figur 5: Antal ambulante besøg – alle psykiatriske diagnoser



På trods af et øget antal patienter i behandling er antallet af normerede sengepladser blevet reduceret med ca. 21 procent (jf. bilag 6). På landsplan er der sket et beskedent fald i sengedagsforbruget til færdigbehandlede patienter fra 2007 til 2009 (bilag 7).

Udover udviklingen i aktiviteten i behandlingspsykiatrien er der overordnet set flere andre indikationer på, at der kan være sket en udvikling eller ændring i opgaverne på psykiatriområdet. Der er fx sket en markant stigning (79 procent) i antallet af borgere, der modtager førtidspension på grund af en psykisk lidelse fra 1999 til 2006 (jf. bilag 8). Hovedparten af disse førtidspensioner findes i aldersgruppen 30-59 år. En stigning i antallet af borgere, der modtager førtidspension på grund af en psykisk lidelse, kan både være et tegn på, at flere borgere har en psykisk lidelse, og at flere end tidligere får en diagnose, som berettiger dem til førtidspension.

3.1.1 Regionale variationer

Registeranalyserne peger på, at der ved vurdering af udvikling eller ændring i kommunernes opgavebyrde eller type af opgaver bør skeles til regionale variationer. Udviklingen inden for de enkelte regioner fra 2007 til 2008 viser, at der er variationer mellem de enkelte regioner både i det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser og inden for de enkelte patientgrupper (jf. bilag 4).

Overordnet set – dvs. for alle diagnoser under ét – er der forskelle, dels i væksten i antal patienter i behandling, dels om antallet af sengedage i alt er steget eller faldet og tilsvarende for det samlede antal ambulante besøg:

- ◆ I Region Nordjylland er antallet af patienter i behandling for psykiske lidelser steget med 10 procent, mens forbruget af sengedage er steget med 3 procent, og antallet af ambulante besøg er konstant.
- ◆ Den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer også en del mellem regionerne og er således længst i Region Hovedstaden.
- ◆ I Region Midtjylland og Syddanmark er antallet af patienter steget (henholdsvis 4 procent og 2 procent), samtidig med at antallet af sengedage er steget (med henholdsvis 5 procent og 3 procent), og antallet af ambulante besøg er faldet (med henholdsvis 3 og 4 procent).
- ◆ I Region Hovedstaden og Region Sjælland er antallet af patienter steget, mens både antallet af sengedage og ambulante besøg er faldet.
- ◆ Region Hovedstaden har ca. en tredjedel af alle patienter i Danmark, mens de lægger beslag på 40 procent af det samlede antal sengedage og 40 procent af det samlede antal ambulante besøg.

Udviklingen i antallet af skadestuebesøg varierer også mellem regionerne, idet der overordnet (for alle regioner under ét) er tale om en stigning i antal skadestuebesøg, men for Region Sjælland og Region Syddanmark har der været et fald. Det er dog værd at bemærke, at det ikke er muligt at opgøre antallet af skadestuebesøg for alle regioner.

I relation til antallet af sengedage til færdigbehandlede patienter er der ikke noget tydeligt mønster regionerne imellem, idet der er tale om et lille fald i tre regioner, mens der i to andre regioner er sket en lille stigning (jf. bilag 6).

3.2 Hvorfor denne udvikling?

Repræsentanterne for behandlingspsykiatrien vurderer i interviewet, at udviklingen mod flere personer i behandling for psykiske lidelser skal ses i lyset af, at psykiatrien tidligere primært har haft fokus på de psykotiske sygdomme, men over en årrække også har fået fokus på at behandle de ikke-psykotiske

sygdomme⁶. Man har opnået større viden om de ikke-psykotiske sygdomme og udviklet nye og mere effektive behandlingsmuligheder – og dermed en øget behandlingsoptimisme. Der er altså ikke nødvendigvis tale om, at flere lider af psykiske sygdomme, men om at flere er i kontakt med de psykiatriske hospitaler.

At flere søger hjælp i det psykiatriske system skal – ifølge repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien – også ses i sammenhæng med et større fokus på tidlig opsporing og en samfundsmæssig udvikling, hvor det er blevet mere almindeligt at søge hjælp:

”Vi har en anden holdning til, hvornår borgere har brug for hjælp, og borgerne har også en anden holdning til, hvornår man opsøger hjælp. Det er heller ikke så tabubelagt længere. Man finder ud af, at folk har et behov for hjælp i større omfang, end man troede”. (Psykiater)

Det betyder, at flere psykiske lidelser bliver opdaget, og at flere er i kontakt med de psykiatriske hospitaler.

Inden for de seneste ti år har der været et massivt fokus på børne- og ungdomspsykiatri, og flere diagnoser bliver stillet i børne- og ungdomsårene. Det har oparbejdet en pukkel af aktivitet, som langsomt overgår til det voksenpsykiatriske område, i takt med at børn og unge med psykiske problemstillinger bliver voksne.

Udover at det øgede fokus på ikke-psykotiske lidelser fører til, at flere er i kontakt med det psykiatriske system, beskriver repræsentanter fra behandlingspsykiatrien også, at der sker et skred i forhold til den behandling, som man kan tilbyde psykiatriens ’gamle’ målgruppe, nemlig de psykotiske patienter:

”Tidligere så man måske kun de dårligste. Nu har vi taget en større gruppe med. Det betyder, at de dårligste bliver ladet lidt i stikken”. (Psykiater)

De kortere forløb på sygehusene, som gør sig gældende for langt de fleste patientgrupper, bliver altså ifølge interviewene særligt tydeligt i relation til de sværest psykisk syge, som har størst behov for behandling, hjælp, pleje og omsorg. Samtidig er udviklingen mod kortere indlæggelser også en konsekvens af bedre og mere effektive behandlingsforløb:

”Vi har også udviklet vores behandlingsmuligheder meget. Vi er blevet mere effektive. Vi har lært noget af somatikken. Vi er blevet meget bedre til at hjælpe patienterne igennem et afgrænset behandlingsforløb”. (Psykiater)

Interviewpersonerne vurderer, at det primært er den medicinske behandling, som medvirker til at stabilisere den psykiske lidelse hurtigere, så borgeren ikke længere er indlæggelseskrævende. Borgere har dog fortsat stort behov for hjælp til at få en hverdag til at fungere (se afsnit 3.2 og 5.2).

I interview med repræsentanter fra behandlingspsykiatrien blev behandlingsretten⁷ også nævnt som et forhold, der påvirker behandlingspsykiatriens aktivitet. Der er primært tale om en øget aktivitet i relation borgere med fx angstlidelser, depression, ADHD og spiseforstyrrelser⁸. For at overholde behandlingsretten er behandlingspsykiatrien nødt til at afgrænse sig fra at behandle tilstande, som aktører i det primære sundhedsvæsen kan varetage. Til gengæld stiger aktiviteten i relation til behandling af de tilstande, som kun behandlingspsykiatrien kan varetage:

⁶ De ikke-psykotiske lidelser omfatter en lang række diagnoser, herunder affektive lidelser (fx depression), nervøse og stressrelaterede tilstande (fx angst, fobi og belastningsreaktioner/stress), spiseforstyrrelser og ADHD (se kapitel 4).

⁷ Psykiatriske patienter har ret til behandling inden for to måneder efter henvisning til et psykiatrisk hospital (det udvidede frie sygehusvalg). Hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for to måneder, er borgeren berettiget til behandling på et privat sygehus (14).

⁸ Målgruppen for behandlingsretten er de borgere, som har ikke akutte behov. For borgere med akut behov for hjælp er der naturligvis ikke tale om ventetid til behandling.

"Der er også det her med behandlingsretten, der betyder, at vi skal definere meget nøje, hvad det er for tilstande, vi skal behandle. Hvis vi vælger at sige, at vi behandler nogle tilstande, som egentlig er af lettere art, så har de også ret til at blive henvist til et privathospital, hvis vi ikke har plads. På en gang har behandlingsretten udvidet og begrænset vores arbejdsopgaver. (...) Vi har pligt til at behandle flere sygdomsgrupper, til gengæld kan vi ikke længere give tilbud til de lettere angstlidelser, men vi har pligt til at have tilbud til ADHD'erne, spiseforstyrrelserne osv." (Psykiater)

Denne psykiater forudser desuden, at der vil opstå et behov for yderligere at definere, hvilke psykiske lidelser der er omfattet af behandlingsretten, og hvilke psykiske lidelser som praktiserende læger mm. skal tage sig af. En diskussion, som formentlig vil foregå i relation til sundhedsaftalerne.

3.3 Opgaveudviklingen i kommunerne

Der er ikke muligt at sige noget direkte om udviklingen i kommunernes opgavebyrde på baggrund af registerdata fra den regionale psykiatri. Registeranalyserne peger dog på et øget antal borgere med en psykiatrisk diagnose og en væsentlig reduceret indlæggelsestid kombineret med en markant stigning i den ambulante aktivitet. Forhold som understøtter kommunernes oplevelse af, at de har fået ansvaret for flere borgere med et større behov for omsorg og hjælp.

Socialpsykiatrichefer og jobcenterchefer beskriver parallelt med både registerdata og behandlingspsykiatriens vurderinger, at antallet af borgere med psykiske problemstillinger, som har behov for hjælp i det kommunale system, er vokset meget de seneste ti år. Af interviewene fremgår det, at der både er tale om, at der er flere borgere med psykiske problemstillinger, at de har et stigende behov for hjælp, og at kommunerne har fået flere opgaver, bl.a. som følge af strukturreformen.

3.3.1 Flere borgere med psykiske problemstillinger

Både jobcenter og socialpsykiatrichefer beskriver en stigende sårbarhed i befolkningen og mange, som lider af det, de kalder 'ondt i livet'. Der er ikke nødvendigvis påhæftet en egentlig diagnose til denne gruppe, men den er alligevel præget af psykiske problemstillinger, som gør det svært at håndtere et helt almindeligt liv. På beskæftigelsesområdet giver den stigende sårbarhed sig fx udslag i unge kvinder, som har svært ved at håndtere både fuldtidsarbejde og børn, som sygemelder sig på grund af stress og er svære at få tilbage på arbejdsmarkedet igen. Denne gruppe er for så vidt ikke ny i jobcentre, men de interviewede jobcenterchefer vurderer, at den er vokset, i takt med at det er blevet sværere for en familie at klare sig uden to fuldtidsindtægter. I socialpsykiatrien giver denne udvikling sig primært udslag i en større gruppe af unge, som er dårligt rustet til de krav, som samfundet stiller, og fx har svært ved at gennemføre en uddannelse eller fastholde et arbejde:

"Det er de her curlingbørn, der slet ikke er forberedt på voksenlivet. Og når de så begynder at opleve krav, kan de slet ikke klare det. Vi møder dem typisk, når de falder fra deres uddannelser, og hvis vi ikke får dem hjulpet op på hesten igen, så ender de måske ovre hos mig på en førtidspension". (Socialpsykiatrichef)

Gruppen af unge med psykiske problemstillinger er en af de grupper, som socialpsykiatricheferne og jobcentre især fremhævede som stigende. Her både er tale om unge, som kortvarigt har behov for hjælp, og unge med mere komplekse og længerevarende problemstillinger:

"Vi oplever, at der kommer mange flere unge. Der er en stigning i unge, der har svært ved at få fat, eller hvad man skal sige". (Socialpsykiatrichef)

"Det er, som om de massive problemer er rykket ned af aldersstigen. Det er jo katastrofalt i et samfundsperspektiv, vi mister en hel generation. De starter livet kaotisk. De får aldrig en uddannelse eller et job. De har ofte massive problemer". (Jobcenterchef)

Et eksempel er de utilpassede unge – "rødderne" – som fx får diagnosen ADHD og dermed bliver en del af det psykiatriske system. Desuden nævnes diagnoser som borderline og personlighedsforstyrrelser som nogle af de diagnoser, der følger gruppen af unge.

En del af den opgavetilvækst, som kommunerne oplever, er også en konsekvens af en ændret demografi, fx i form af flere ældre med psykiske problemstillinger og behov for social- og behandlingspsykiatriske ydelser. Mange af de ældre borgere med psykiske problemstillinger ender på et tidspunkt i plejesektoren. For socialpsykiatrien betyder det opgaver i relation til løbende supervision af og et tæt samarbejde med plejesektoren, når kommunen vælger at overføre en borger til plejehjem. Socialpsykiatricheferne oplever dog, at det kan være svært at få plejesektoren til overtage ældre fra socialpsykiatrien:

"Vi kan jo godt, på det specialiserede område, synes, at når sindslidelsen brænder ud, og når plejeopgaverne bliver det mest dominerende, så skal de over i plejeregi. Det er ikke det, vi skal. Men det er lidt sådan, at når borgerne en gang har været i socialpsykiatrien, så synes de [plejecentre mm] ikke rigtig, at de kan tage dem. Og det kan jo godt være af ren uvidenhed eller bekymring, og at de mener, der er flere ressourcer på det specialiserede område".

"Der er kommet flere ældre, og vi kan ikke komme af med dem. Der er simpelthen sat en prop i". (Dialog under interview med socialpsykiatrichef)

Socialpsykiatricheferne erkender, at psykisk sygdom hverken er hjemmesygeplejerskernes eller plejehjemmenes kerneområde. For dem er det dog et spørgsmål om at bruge ressourcerne i de specialiserede områder bedst muligt, og et spørgsmål om at sikre et fokus på det væsentligste hos denne gruppe, nemlig plejebehovet. Samtidig opstår der et kapacitetsproblem i de kommunale botilbud, som bliver fyldt op af ældre, som ikke har (og formentlig aldrig får) kompetencerne til at klare sig i egen bolig. Derfor overvejer flere kommuner at oprette særlige seniorbofællesskaber og/eller plejehjem til ældre med psykiske problemstillinger.

En af de målgrupper, som både jobcenterchefer og socialpsykiatrichefer også forudser, vil vokse og generere flere opgaver i kommunerne, er gruppen af indvandrere med posttraumatisk stresssyndrom (PTSD). Gruppen fylder endnu ikke meget i antal, men har ofte meget dramatiske forløb. Desuden er der formentlig flere indvandrere med psykiske problemstillinger, end kommunerne lige nu har kendskab til. En jobcenterchef beskriver bl.a. eksempler på indvandrerkvinder, som er meget svære at få i job. Ofte relaterer jobcentrene problemerne til kulturelle og sproglige forhold, hvor det viser sig, at mange har alvorlige psykiske problemer.

3.3.2 Flere borgere med behov for omsorg støtte og pleje

Især socialpsykiatricheferne vurderer, at de kortere indlæggelsestider og mere ambulante behandling på hospitalerne giver kommunerne flere opgaver. De oplever, at de borgere, som bliver udskrevet fra de psykiatriske hospitaler, er mere syge og dermed mere omsorgs- og plejekrævende. En socialpsykiatrichef påpeger bl.a.:

"Der er kommet rigtig mange af dem⁹, også af de meget syge. De kom jo ikke for ti år siden. Da var de jo indlagt. Nu kommer de meget hurtigt ud til os og er meget syge, også med psykotiske tilstande". (Socialpsykiatrichef)

Der er derfor et øget behov for at håndtere overgangen fra hospital til kommune for en større gruppe af borgere. Denne pointe bakker repræsentanterne for behandlingspsykiatrien op om og siger bl.a.:

"... de [kommunerne] kommer hurtigere på, og får nogle dårligere patienter ud".

"Hos os betyder det, at færdigbehandlet ikke er det samme som rask. På den måde giver det jo nogle vældige problemstillinger ude i kommunerne". (Dialog under interview med repræsentanter fra behandlingspsykiatrien)

Af dette interview fremgår også, at behandlingspsykiatrien oplever, at kommunalreformen har medvirket til, at arbejdsdelingen mellem kommuner og regioner er blevet meget tydelig. Behandling og symptomlindring hører til i regionerne, alt andet er en kommunal opgave.

"Som jeg ser det, er der sket en meget markant opdeling af opgaverne efter reformen. Vi er blevet mere optagede af den del, der hedder symptomer, og den anden, den der handler om at vende tilbage til det normale liv, den har kommunerne overtaget. Omsorgsdelen og den sociale træning er blevet minimeret [på hospitalerne]. Vi har ikke patienter indlagt på grund af omsorg mere. Så jeg kan godt forstå, de mærker et øget pres. Det er nogle store opgaver, de har fået". (Psykiater)

Med strukturereformen overtog kommunernes som nævnt i afsnit 2.2 det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for socialpsykiatrien (dvs. også for den specialiserede del, som før primært lå i amterne) og for langt de fleste af de socialpsykiatriske tilbud. Denne ændring er naturligvis et af de forhold, som har ført til flere og nye opgaver i kommunerne. Strukturereformen medførte dog ikke ændringer i forhold til, at behandlingspsykiatrien har behandlingsansvaret. Interviewet kan dog tyde på, at opgaveflytningen af det specialiserede socialområde fra amterne til kommunerne har bidraget til at skærpe regionernes opfattelse af en mere klar snitflade mellem behandlings- og socialpsykiatri.

Begge parter beskriver, hvordan udviklingen mod flere meget syge borgere i kommunerne primært er sket for borgere med psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser. Hospitalernes og socialpsykiatriens primære opgavefællesskab handler om et samarbejde og en dialog mellem kommuner og regioner om denne gruppes overgang fra hospitalsindlæggelse til kommunale botilbud.

I den forbindelse var det en central pointe i interviewene med socialpsykiatricheferne, at adgangen til socialpsykiatrien er blevet skærpet, i takt med at kommunerne har overtaget et stadigt større ansvar for de meget syge borgere med mere akutte problemstillinger. De beskriver bl.a., hvordan de er nødt til at prioritere at hjælpe borgere med flere psykiske lidelser og/eller samtidigt misbrug, og at adgangen for borgere med kun én psykisk lidelse og mindre akut behov for hjælp er blevet begrænset:

"... hullet til socialpsykiatrien bliver mindre. Det betyder, at der er en stor gruppe, der ikke kommer igennem. Hvor man før skulle have så mange problematikker [viser en afstand med hænderne], skal man nu have så mange problematikker [viser en længere afstand mellem hænderne]".

⁹ Dette citat er taget ud af en diskussion om, at kommunerne oplever, at der er kommet flere unge med psykiske problemstillinger, herunder de meget syge med massivt behov for hjælp til at klare hverdagen. Der er dog generelt i interviewene en opfattelse af, at sindslidende borgere i alle aldersgrupper, som bliver udskrevet fra hospitalerne, er mere syge end tidligere.

"Hele § 85-området [støtte, omsorg og hjælp] bliver sat voldsomt under pres. Og kvaliteten og antallet af timer til den enkelte bliver også nedjusteret meget". (Dialog under interview med socialpsykiatrichefer)

En psykisk lidelse er altså ikke uden videre adgangsbillet til socialpsykiatrien, og det stiller – ifølge socialpsykiatricheferne – derfor også større krav til kommunernes øvrige sektorer, som må håndtere flere borgere med psykiske problemstillinger.

3.3.3 Nye og flere opgaver i kommunerne

I interviewene blev både jobcenterchefer og socialpsykiatrichefer bedt om at konkretisere opgaveudviklingen i kommunerne. Denne udvikling skal som nævnt både ses i lyset af, at antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget, og at kommunerne har fået et større ansvar for flere borgere med flere og større behov. Derudover er nogle opgaver drevet af strukturelle ændringer relateret til fx strukturreformen og en mere restriktiv beskæftigelseslovgivning.

I boks 3 opsummeres de opgaver, som fremgik af interviewene¹⁰.

Boks 3: Kategorier af opgaver under forandring ifølge interview med socialpsykiatrichefer og jobcenterchefer

- ◆ Organisatoriske og administrative opgaver, fx nye organisationsformer, ny lovgivning (særligt på beskæftigelsesområdet), BUM-modeller, samarbejde mellem sektorer.
- ◆ Opgaver relateret til særlige psykiske lidelser, fx ADHD, personlighedsforstyrrelser, psykotiske lidelser, ikke-psykotiske lidelser.
- ◆ Opgaver relateret til forskellige grupper af borgere, fx ældre, unge og etniske grupper.
- ◆ Nye indsats typer, fx akutte indsatser, indsatser til borgere i eget hjem og medicinsk behandling i kommunerne, screening for psykiske problemstillinger.

3.4 Sammenfatning

Interview og registerdata peger på, at antallet af borgere med psykiske problemstillinger er steget inden for de seneste ti år, mens kapaciteten målt ved antal normerede senge er faldet. Både i kommuner og regioner medvirker det i sig selv til flere opgaver, men målgruppen har også forandret sig, fx i relation til et større fokus på unge, nydiagnosticerede og borgere med ikke-psykotiske lidelser. Det genererer både flere opgaver og et behov for at udvikle nye typer af indsatser.

Derudover har strukturelle forhold som strukturreformen og en ny beskæftigelsespolitik ført til, at opgaverne i kommunerne er blevet flere, og at nogle opgaver og ansvarsområder er blevet fordelt på en anden måde. Det giver nye samarbejdsflader og stiller nye krav til koordinering både internt i kommunerne og mellem kommunerne og behandlingspsykiatrien.

På trods af en stor tilgang af patienter med psykiatriske diagnoser er der ikke sket nogen ændring i antallet af patienter, som indlægges, men derimod en stigning i antallet af patienter, som behandles ambulant (en stigning på 17 procent) samt en stigning i antallet af skadestuebesøg (14 procent). Pati-

¹⁰ Boksen er baseret på de opgavetyper og arbejdsopgaver, som fremgik af interviewene, jf. bilag 1.

enter, som indlægges, indlægges til gengæld lidt flere gange i 2008 i forhold til i 2000 (en stigning på 6 procent).

Aktiviteten i behandlingspsykiatrien har de seneste ti år udviklet sig mod kortere indlæggelser (17 procents reduktion) og mere ambulans behandling (stigning på 43 procent). De kortere indlæggelser er dels et udtryk for et større pres på behandlingspsykiatrien i form af flere borgere med psykiske lidelser, dels mere effektiv medicinsk behandling. De kortere indlæggelser er særligt tydelige for kommunerne i relation til de sværest syge borgere, dvs. primært borgere med psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser. Interviewene har vist, at både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri er enige i, at kommunerne har fået en stor opgave i relation til at drage omsorg for og støtte til gruppe af borgere, som har det meget dårligt.

4. Borgere med ikke-psykotiske lidelser

Ikke-psykotiske lidelser udgør en bred gruppe af lidelser omfattende lette til moderate affektive tilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer. De ikke-psykotiske lidelser er karakteriseret ved, at der ikke er psykotiske symptomer så som vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser og styringsoplevelser (15). I dette afsnit er der kun præsenteret registerdata for affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, adfærdsændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (boks 4). Data for de øvrige diagnoser fremgår af bilag 3 og 4.

Boks 4: Ikke-psykotiske lidelser i dette afsnit

Affektive lidelser

De affektive lidelser (stemningssygdommene) omfatter tilstande, hvor den mest fundamentale forstyrrelse er forandringer i stemningslejet, enten i retning af depression eller opstemthed. De fleste affektive lidelser er tilbøjelige til episodisk optræden, som særlig tidligt i sygdomsforløbet har en sammenhæng med belastende ydre forhold. Depression er den hyppigst forekommende sygdom i det affektive spektrum (2).

Nervøse og stressrelaterede tilstande

Nervøse og stressrelaterede tilstande omfatter fobiske tilstande, angsttilstande, stressrelaterede og somatoforme tilstande (symptombilledet er præget af somatiske symptomer, men det antages, at psykiske faktorer ligger til grund for tilstanden) (2).

Adfærdsændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer

Adfærdsændringer forbundet med fysiske og fysiologiske faktorer dækker over tilstande som fx spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, seksuelle funktionsforstyrrelser og forstyrrelser forbundet med barsel. Den mest kendte er spiseforstyrrelser, som omfatter anoreksi og bulimi.

Anoreksi er karakteriseret ved forstyrret legemsopfattelse, tilsigtet væggtab, undgåelse af fedende føde, overdreven fysisk aktivitet, selvfræmkaldte opkastninger samt anvendelse af afmagringsmidler, afføringsmidler eller vanddrivende midler. Bulimi er karakteriseret ved tilbagevendende spiseanfald og efterfølgende opkastninger eller indtagelse af afføringsmidler (2).

Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst

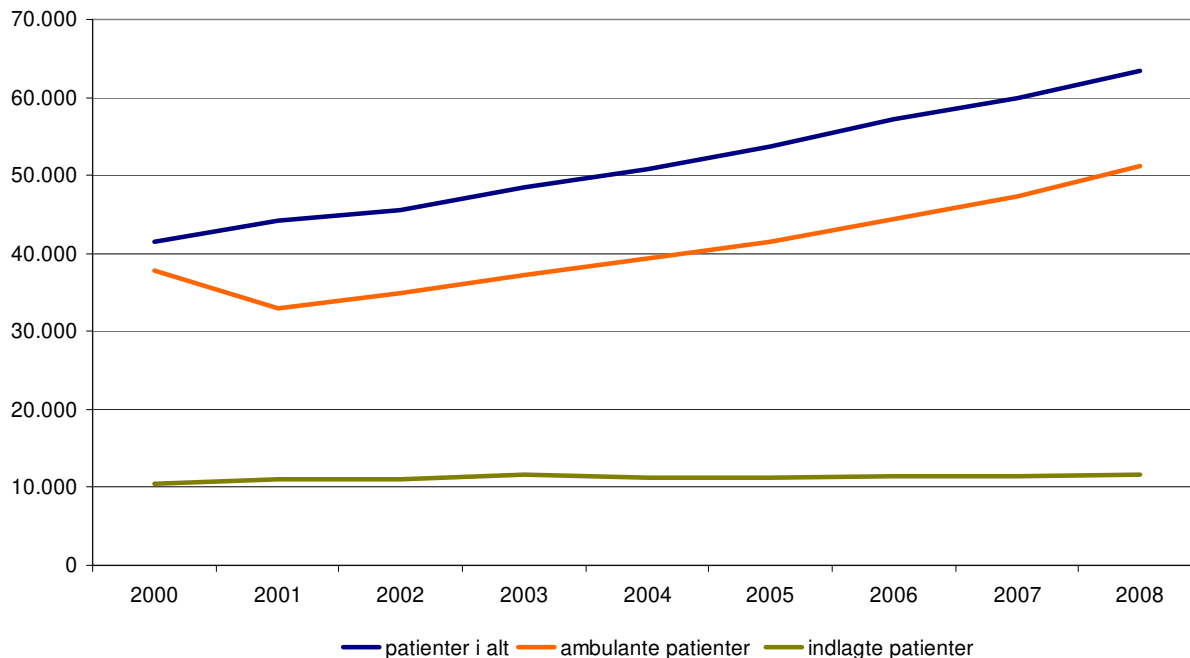
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller under opvæksten dækker over flere tilstande, hvoraf ADHD (tidligere kaldet DAMP) er den mest kendte (<http://www.netdoktor.dk/sygdomme/fakta/damp.htm>). I interviewene blev der primært talt om ADHD, men registerdata skelner ikke mellem denne og øvrige diagnoser i denne kategori.

4.1 Resultater fra registeranalysen: Udviklingen i ikke psykotiske lidelser

Antallet af patienter med ikke psykotiske lidelser er steget fra ca. 41.000 til ca. 64.000 fra år 2000 til 2008 – en stigning på 53 procent, jf. figur 6. Der er tale om en relativ stor patientgruppe, og de ikke-psykotiske patienter i 2008 udgør 52 procent af alle patienter med en psykiatrisk diagnose. Samtidig lægger disse patientgrupper beslag på henholdsvis 33 procent af alle sengedage og knap halvdelen af

alle ambulante besøg (46 procent), jf. bilag 1, tabel 5-7 og 11. Antallet af patienter med ikke-psykotiske diagnoser i ambulant behandling er steget med 35 procent, mens antallet af patienter, som indlægges, er steget med 12 procent, jf. figur 6.

Figur 6: Udvikling i antal ikke psykotiske patienter, 2000-2008

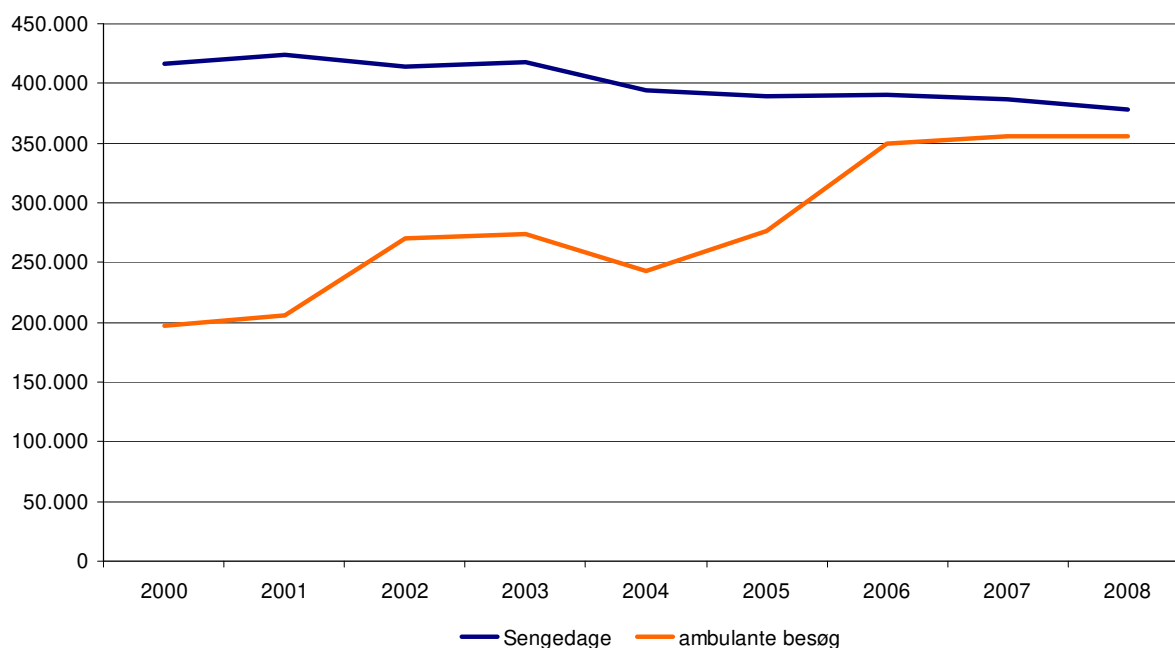


Af figur 7 fremgår, at det samlede antal sengedage er faldet med ca. 9 procent for gruppen af patienter med ikke-psykotiske lidelser, samtidig med at antallet af ambulante besøg er steget markant (80 procent). For patienter med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller under opvæksten og patienter med adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer er der dog både tale om en stigning i antallet af sengedage og i antal ambulante besøg, jf. bilag 3, tabel 11.

De tre patientgrupper (inden for ikke-psykotiske lidelser), som er steget mest i antal, er patienter med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (F90-F99), patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande (F40-F49) og patienter med affektive lidelser (F30-39). Fælles for de tre patientgrupper er, at andelen af patienter, som indlægges, og de gennemsnitlige indlæggelsestider er faldet markant, jf. tabel 5, 6 og 11 i bilag 3. For patienter med affektive lidelser og patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande er en del af den stationære behandling blevet substitueret med ambulant behandling, idet der er sket et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid, men en større stigning i antal ambulante besøg (30 procent).

Patienter med affektive lidelser beslaglægger langt hovedparten af forbrugte sengedage i forhold til de andre patienter med ikke-psykotiske lidelser, jf. bilag 5, figur 2.

Figur 7: Udvikling i antal sengedage og ambulante besøg for ikke-psykotiske patienter, 2000-2008



4.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne i relation til ikke-psykotiske lidelser

4.2.1 Ikke-psykotiske lidelser i socialpsykiatrien

Som reaktion på væksten i opgaver og kompleksitet er socialpsykiatrien, som nævnt i afsnit 3.3, blevet mere opmærksom på at prioritere borgere, som har flere og meget svære psykiske problemstillinger. Socialpsykiatrien forsøger i reglen at afgrænse sig fra borgere med få og milde psykiske problemstillinger, herunder de lettere ikke-psykotiske lidelser (fx mildere former for stress og depression). Denne gruppe fylder derfor ikke meget i interviewene med socialpsykiatricherne, men derimod mere i interviewene med jobcentercheferne. Dermed ikke være sagt, at borgere med ikke-psykotiske lidelser ikke fylder i socialpsykiatrien og ikke er en målgruppe, som genererer nye og flere opgaver. En socialpsykiatrichef sagde bl.a.:

"Generelt oplever vi en meget stor tilgang, men især i forhold til retspsykiatrien og dobbelt-diagnoser, angst, depression, personlighedsforstyrrelser, som man tidligere ikke har opfattet som hørende under socialpsykiatrien." (Socialpsykiatrichef)

Flere borgere med ikke psykotiske lidelser medfører bl.a. et øget pres på det, som en socialpsykiatrichef kalder 'de matrikelløse tilbud', fx kontaktpersonordninger og bostøtte.

Samtidig er der også i denne gruppe sket en udvikling mod, at flere har mere end én diagnose og/eller en sindslidelse kombineret med misbrug og kriminalitet. ADHD er en af diagnoser, som ifølge interviewene med socialpsykiatricherne har medført flere opgaver i socialpsykiatrien. Især i relation til borgere med samtidigt misbrug, udadreagerende adfærd og/eller behandlingsdomme. Denne gruppe borgere med flere samtidige og dermed komplekse problemstillinger er svær at håndtere, og flere socialpsykiatricher konstaterer, at de mangler viden om gruppen:

"Vi har haft nogle rigtig svære borgere med ADHD, hvor vi har haft VISO¹¹ på for at finde ud af, hvad vi skal gøre ved dem. De så ud til at være lige til højrebenet, men det var de bare ikke. Det har vi brugt rigtig meget tid på. Det er jo noget med, at vi må uddanne nogle medarbejdere til at få noget ekstra viden på området." (Socialpsykiatrichef)

I og med at der primært er tale om unge mennesker, giver socialpsykiatricherne udtryk for, at det er en gruppe af borgere, hvor de ser et stort potentiale i udvikle en tidligere indsats, dvs. før de unge er blevet afsondret fra uddannelse og arbejdsmarked, og før de ender på førtidspension.

Opgaver i relation til ungegruppen

Gruppen af unge borgere med psykiske problemstillinger var i begge interview med socialpsykiatricher et tema, som fyldte meget. For det første fordi gruppen er vokset i antal (jf. afsnit 3.2.3), for det andet fordi gruppen af unge borgere har andre krav, forventninger og behov, end socialpsykiatriens målgruppe før har haft, hvilket fordrer at kommunerne udvikler en ny type af indsatser.

Socialpsykiatricherne beskriver, at socialpsykiatrien i flere kommuner har indledt samarbejde med børne- og ungeområdet om sammenhængende tilbud. Det er der flere grunde til, herunder at der er stor risiko for, at de unge allerede er hægtet af uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, hvis den psykiske lidelse først bliver opdaget, når de er fyldt 18 år. Derudover er der et behov for at skabe sammenhæng i overgangen fra børne- og ungeområdet til voksenområdet:

"En samlet indsats er nødvendigt i forhold til den her gruppe. Det handler om at vi skal ned og have fat i dem når de er helt unge, en 15-16 år. Det betyder at vi er nødt til at samarbejde med børn og unge. Vi kan ikke bare dele det op i børn og voksne. Den del er der jo ikke noget nyt i."

"For os er det meget nyt. Vi er først lige begyndt at se på dem nu, og det er en stor udfordring. Vi laver det her ungeprojekt for øjeblikket, hvor vi ser dem fra 16 til 25 år, og for os er det meget nyt at se dem, når de er under 18 år. På alle måder – etisk, juridisk, økonomisk – er det den magiske grænse, og det er en kæmpe udfordring at skulle lave noget for dem, når de er under 18. Det må jeg sige. Og det er jo så på tværs af flere forvaltninger." (Dialog under interview med socialpsykiatricher)

Som citaterne antyder, er der stor forskel på, hvor langt kommunerne er i arbejdet med at lave sammenhængende tilbud til unge på tværs af socialpsykiatrien og børne- og ungeområdet. Dog fremgår det af interviewene, at der er en generel opmærksomhed på gruppen, og på hvordan kommunerne kan hjælpe dem, før det er for sent.

Gruppen af unge stiller også andre krav til socialpsykiatriens tilbud end den øvrige målgruppe. Mange unge opfatter sig ikke som syge, og de vil det samme som andre unge – dvs. uddannelse, job, familie osv. Derudover ønsker de ofte ikke at være en del af det sociale system, men hjælp til at fungere i det 'normale system':

"Det kommer sig af en brugertilfredshedsundersøgelse vi har lavet blandt de unge brugere, hvor vi spurgte ind til, hvad det var for tilbud, de synes der manglede, og der fandt vi ud af, at de unge faktisk ikke vil have nye tilbud. De vil være der, hvor andre unge er og integreres i"

¹¹ Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation under Servicestyrelsen. VISO kan hjælpe med rådgivning eller udredning i personsager. Herudover tilbyder VISO generel opkvalificering til kommunerne med afsæt i en konkret gruppe af borgere med samme problemstilling (<http://www.servicestyrelsen.dk/viso>).

det 'normale' system. Det, de synes der manglede, var hjælp til at blive integreret der, hvor de andre unge er." (Socialpsykiatrichef)

Samtidig beskriver socialpsykiatricheferne, hvordan de er nødt til at prioritere de unge, som har flere psykiske lidelser, og derfor også har en interesse i at holde langt de fleste unge med en psykisk problemstilling ude af socialpsykiatrien. Det giver også en større snitflade til jobcentrene, og det er derfor især for denne gruppe af borgere (de unge med ikke-psykotiske lidelser, som endnu står til rådighed for arbejdsmarkedet), at socialpsykiatrien og jobcentrene oplever et opgavefællesskab.

Socialpsykiatricheferne beskriver dog også, hvordan de unge og deres pårørende stiller store krav til de kommunale tilbud. Socialpsykiatricheferne beskriver, hvordan flere unge med psykiske problemstillinger har en forventning om, hvilke tilbud kommunen kan stille til rådighed:

"De [unge og deres pårørende] har været vant til at stille krav til børnehave, SFO og folkeskole hele vejen op igennem systemet. Det synes jeg sådan set er godt. De er vant til at stille krav, og det gør de så også når de kommer i kontakt med os."

Det er også en generation, der går på nettet og kender deres rettigheder og måske har en helt urealistisk forventning om, hvad kommunen kan tilbyde. Forventninger om psykologer, der så ikke findes osv." (Dialog under interview med socialpsykiatrichef)

De unge er generelt mindre autoritetstro end de tidligere brugere af socialpsykiatrien, og de vil meget gerne have indflydelse på deres eget behandlings- og rehabiliteringsforløb. Det er ifølge socialpsykiatricheferne en god udvikling, men det stiller krav til medarbejderne, som skal have opdateret viden om specifikke diagnoser samt gode kommunikationsevner (se kapitel 8).

4.2.2 Ikke-psykotiske lidelser i jobcentrene

Jobcentrenes målgruppe er arbejdsledige borgere. Der eksisterer meget få opgørelser over antallet af borgere med psykiske problemstillinger blandt arbejdsledige. En undersøgelse udgivet af Regionspsykiatrien i Herning anslår på baggrund af en screening af langtidssygemeldte i seks midtjyske kommuner, at en psykiatrisk diagnose forekommer hos 48 procent i denne gruppe. Heraf var depression og angst de psykiatriske lidelser, som forekom oftest (16). Der findes ikke tilsvarende undersøgelser på kontanthjælpsområdet, men jobcentercheferne vurderer, at flere af de borgere, som de er i kontakt med på kontanthjælpsområdet, sandsynligvis også er plaget af en psykisk problemstilling, uden at det fremgår af statistikkerne.

I interviewet skelner jobcentercheferne mellem borgere over eller under 30 år, og borgere som modtager henholdsvis kontanthjælp og sygedagpenge, når de skal tilrettelægge deres tilbud.

Opgaver i relation til sygedagpengemodtagere

Jobcentercheferne vurderer, at gruppen af sygedagpengemodtagere med psykiske problemstillinger primært er plaget af mildere former for fx stress og depression. Denne gruppe er ofte ikke så syge, at de bliver indlagt, og fremgår derfor ikke af de tal, som er præsenteret ovenfor i behandlingspsykiatrien. Jobcentercheferne vurderer dog, at gruppen er vokset i antal over de seneste ti år (se afsnit 3.3).

Ofte kan borgere med lettere stress eller depression indgå i de samme forløb, som borgere sygemeldt på grund af somatiske sygdomme, og behøver med andre ord ikke specialiserede tilbud i jobcentrene. Der er dog fokus på, at psykiske problemstillinger kan være årsag til mange sygemeldinger – også i tilfælde, hvor en fysisk lidelse formelt er årsagen til en sygemelding. Jobcentercheferne fortæller, at mange jobcentre gennemfører eller planlægger at gennemføre systematiske screeninger af de borge-

re, som de får kontakt med via sygedagpengesystemet. Det handler først og fremmest om at få sat de rette tilbud i værk:

"Så kan vi bruge vores energi på dem, som reelt er syge, og få skilt dem fra, som måske ikke vil tilbage på deres gamle arbejdsplads, men godt kan bestride en funktion på en anden arbejdsplads. Vi skal have skilt tingene ad, så vi ikke bruger så meget energi på dem alle sammen". (Jobcenterchef)

Screening eller en faglig vurdering fra en psykiater er ifølge jobcentercheferne et redskab til hurtigere at finde et tilbud, der matcher borgerens behov. Denne tilgang gør flere jobcentre allerede brug af på sygedagpengeområdet og overvejer at overføre det til kontanthjælpsområdet også.

Opgaver i relation til kontanthjælpsmodtagere

På kontanthjælpsområdet oplever jobcentrene også, at der er en gruppe af borgere med udiagnosticerede psykiske lidelser, som kræver en ekstra indsats¹². I og med at de er udiagnosticerede, starter de ofte i jobcentrenes beskæftigelsestilbud på lige fod med raske borgere. Deres psykiske lidelse harmonerer dog dårligt med beskæftigelseslovgivningens krav om, at kontanthjælp kun udløses, hvis borgeren følger de fastlagte forløb for løbende samtaler mm.:

"De fylder, alle de her unge mennesker, som sandsynligvis har en personlighedsforstyrrelse, men som ikke er diagnosticerede. Man medicinerer jo ikke [i jobcentrene], man arbejder ud fra en konsekvenspædagogisk tankegang, som jo desværre sjældent virker på den her slags mennesker, som ikke rigtigt kan forholde sig til, hvad konsekvenserne er, når de handler i nu-et. Problemet er jo, at Jobcenterloven ikke er gearret til, at der fandtes den her slags mennesker. Dem, der har lavet den her lov, havde jo nok regnet med, at det bare handlede om pisk eller gulerod, og så kunne man få alle til at indse nødvendigheden af at få et arbejde". (Jobcenterchef)

Det bekymrer jobcentercheferne, om man med den eksisterende lovgivning – som de øvrigt på mange måder beskriver som fornuftig – lader en gruppe af borgere i stikken, hvis man ikke også håndterer, at der er tale om en psykisk problemstilling. De oplever et behov for at udvikle muligheder for at opspore de unge med psykiske lidelser og dernæst kombinere beskæftigelsesindsatsen med et samtidigt fokus på medicinering og/eller en socialfaglig indsats. En jobcenterchef fortæller om et projekt, hvor jobcentret har haft succes med at screene for ADHD og herefter henvise til udredning og behandling i behandlingspsykiatrien. Jobcenterchefen beskriver ikke de nærmere detaljer om, hvordan dette projekt var organiseret, men det er et eksempel på en tilgang til at håndtere, at psykiske problemstillinger er et skjult problem blandt mange af de borgere, som jobcentrene er i kontakt med.

Ifølge jobcentercheferne fylder en lidelse som ADHD også mere og mere blandt kontanthjælpsmodtagerne. Det fremgår af interviewet, at der formentlig er tale om en gruppe borgere, som også tidligere har haft behov for en indsats fra beskæftigelsesområdet. Jobcentercheferne oplever dog, at borgere, som har en specifik diagnose, har en forventning om, at jobcentrene har et tilbud, som matcher diagnosen. Jobcentrene har imidlertid blandede erfaringer med specialiserede tilbud til unge med ADHD, og vil – som en af jobcentercheferne formulerer det – hellere have de unge med ADHD i et aktiveringstilbud end samle dem i 'skolebænkstilbud' med fokus på den psykiske problemstilling:

¹² Disse indgår i sagens natur ikke i de tilgængelige statistikker, da mistanken om den psykiske problemstilling opstår blandt jobcentrenes medarbejdere, og denne gruppe borgere har ikke været i kontakt med den regionale psykiatri.

"Vi har lavet nogle tilbud til dem, hvor vi samler dem [unge med ADHD], og det er jo nok heller ikke vejen frem. At sætte 12 borgere mellem 22 og 25 år med ADHD i samme rum, det må jo nødvendigvis gå galt. Det handler jo om at sætte dem i aktivering – at de laver et eller andet – i stedet for at have fokus på, hvad der er galt". (Jobcenterchef)

Jobcentercheferne beskriver desuden, at det er en stor udfordring i jobcentrene at udvikle tilbud til gruppen af borgere med en psykisk lidelse kombineret med misbrug og i nogle tilfælde også en kriminel løbebane. Om denne gruppe siger en jobcenterchef:

"De [borgere med massive psykiske problemer, truende adfærd, misbrug mm.] kan fylde utroligt meget, ikke nødvendigvis økonomisk, men i forhold til hvad det lige er, man gør ved dem. Der har vi rigtig mange medarbejdere, der løber rundt i cirkler af godt hjerte". (Jobcenterchef)

Det er ofte komplicerede sager, hvor også socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien er inde over. Selvom den ikke fylder meget lige nu, er der formentlig – ifølge både repræsentanterne for behandlingspsykiatriens og jobcenterchefernes vurdering – flere af denne type sager i vente.

4.3 Sammenfatning

Ikke-psykotiske lidelser udgør en bred gruppe af lidelser, som omfatter affektive lidelser som depression, angsttilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, spiseforstyrrelser mm. Registeranalysen viser, at denne gruppe er vokset med ca. 50 procent i antal de seneste ti år. Antallet af forbrugte senge dage er faldet med knap 10 procent, hvilket til dels skyldes et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid. En del af dette fald er imidlertid substitueret med en stigning i antallet af ambulante besøg med 80 procent.

Både socialpsykiatricher og jobcenterchefer beskriver i tråd med registerdata, at gruppen af borgere med ikke-psykotiske lidelser er vokset markant de seneste ti år. Det er her væsentligt at holde sig for øje, at registerdata kun beskriver væksten i antallet af borgere med ikke-psykotiske lidelser, som har været i kontakt med behandlingspsykiatrien, og derfor ikke tæller de borgere med, som modtager behandling fra fx egen læge, privatpraktiserende psykologer eller psykiatere. Desuden peger jobcentercheferne på, at de er i kontakt med borgere, hvor de mistænker en psykisk problemstilling for at være en skjult årsag til arbejdsledigheden.

Der er stor bredde i gruppen af borgere med ikke-psykotiske lidelser og dermed også i gruppens behov. Nogle skal bare have et skub i den rigtige retning og er kun i kontakt med fx socialpsykiatrien i kort tid, mens andre har behov for længerevarende forløb.

I relation til borgere med ikke-psykotiske lidelser peger interviewene på en opgaveudvikling i kommunerne karakteriseret ved:

- ◆ At gruppen er vokset i antal.
- ◆ Flere med behov for bostøtte og støtte- og kontaktpersonordninger (de 'matrikelløse' tilbud).
- ◆ Flere med flere samtidige og komplekse problemstillinger (fx sindslidelser, misbrug, udadreagerende adfærd og/eller kriminalitet) og et deraf følgende behov for at udvikle bedre tilbud både i socialpsykiatrien og i jobcentrene.
- ◆ Et behov for og et arbejde med at udvikle særlige tilbud i socialpsykiatrien til unge med fokus på:
 - en tidlig og opsøgende indsats
 - en koordineret overgang fra børne- og ungeområdet til voksenområdet

- at de unge ønsker hjælp til at mestre en normal tilværelse – job, uddannelse etc. – og et heraf følgende opgavefællesskab med jobcentrene
- at de unge ønsker at påvirke deres eget forløb, er velinformede og stiller krav til de kommunale tilbud.
- ◆ Screening/udredning af borgere med henblik på at opspore ikke erkendte eller udiagnosticerede psykiske lidelser i jobcentrene. Aktuelt foregår det primært på sygedagpengeområdet, men der er også et behov på kontanthjælpsområdet.

5. Psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser

I dette kapitel indgår patienter med diagnoser inden for det skizofrene spektrum samt personlighedsforstyrrelser. Personlighedsforstyrrelser hører til de ikke-psykotiske lidelser, men i interviewene beskriver deltagerne et sammenfald af opgaver og udfordringer, og vi har derfor valgt at præsentere dem sammen.

Boks 5: Diagnoserne i dette afsnit

Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser og skizoaffektive psykoser

Skizofreni er den hyppigste og mest alvorlige sygdom blandt de tilstande, der er beskrevet i det skizofrene spektrum. Skizofreni er en episodisk sindslidelse, der kan forløbe meget forskelligt. I nogle tilfælde er forløbet ret gunstigt, mens der i andre tilfælde er tale om en kronisk lidelse med gentagne psykotiske episoder eller vedvarende psykose. Sygdommen kan være præget af gennemgribende forstyrrelser af såvel tænkning som social funktionsevne og kan være ledsaget af vrangforestillinger samt hallucinationer. Hos mange patienter ses såkaldte negative symptomer i form af bl.a. tiltagende isolationstendens, passivitet, initiativløshed og indsynken i sig selv (2).

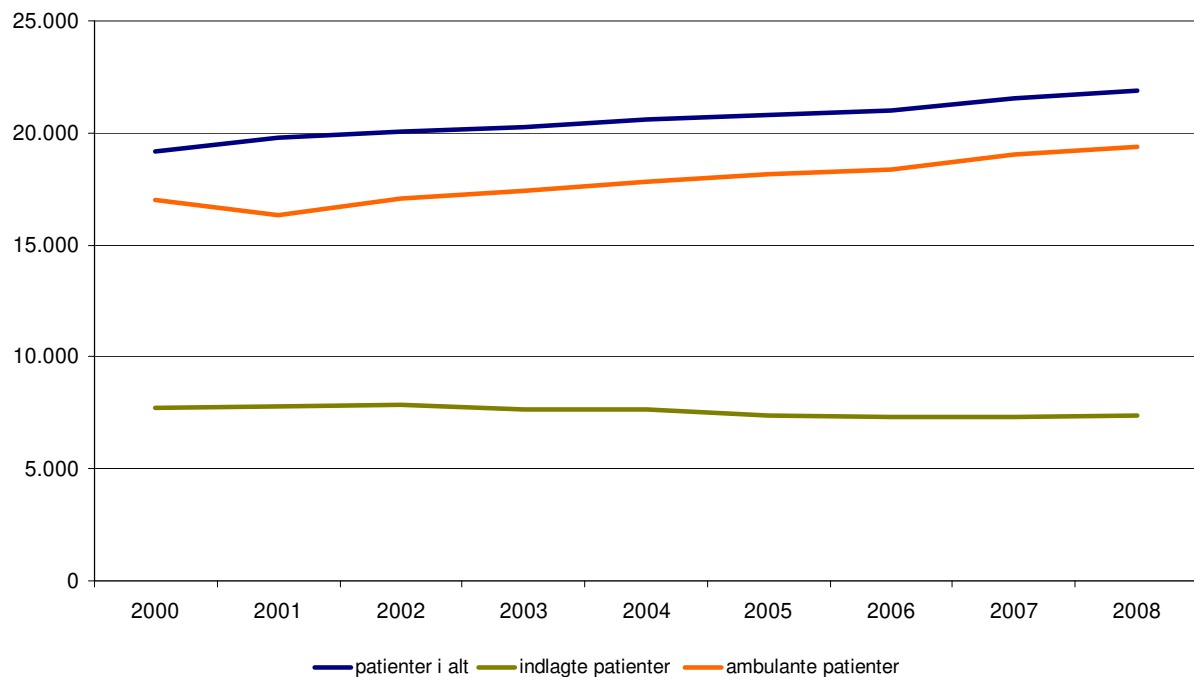
Forstyrrelser i personlighedsstruktur

Personlighedsforstyrrelser omfatter tilstande og adfærdsmønstre af klinisk betydning, som oftest er vedvarende og fremtræder som udtryk for patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre. Personlighedsforstyrrelser kan være dybt gennemgribende og vedvarende adfærdsmønstre, som manifesterer sig som unuancerede reaktioner på en række personlige og sociale forhold. Adfærdsmønstrene er oftest stabile og er hyppigt forbundne med subjektivt ubehag og nedsat social funktion (2).

5.1 Resultater fra registeranalysen: Udviklingen i skizofreni og personlighedsforstyrrelser

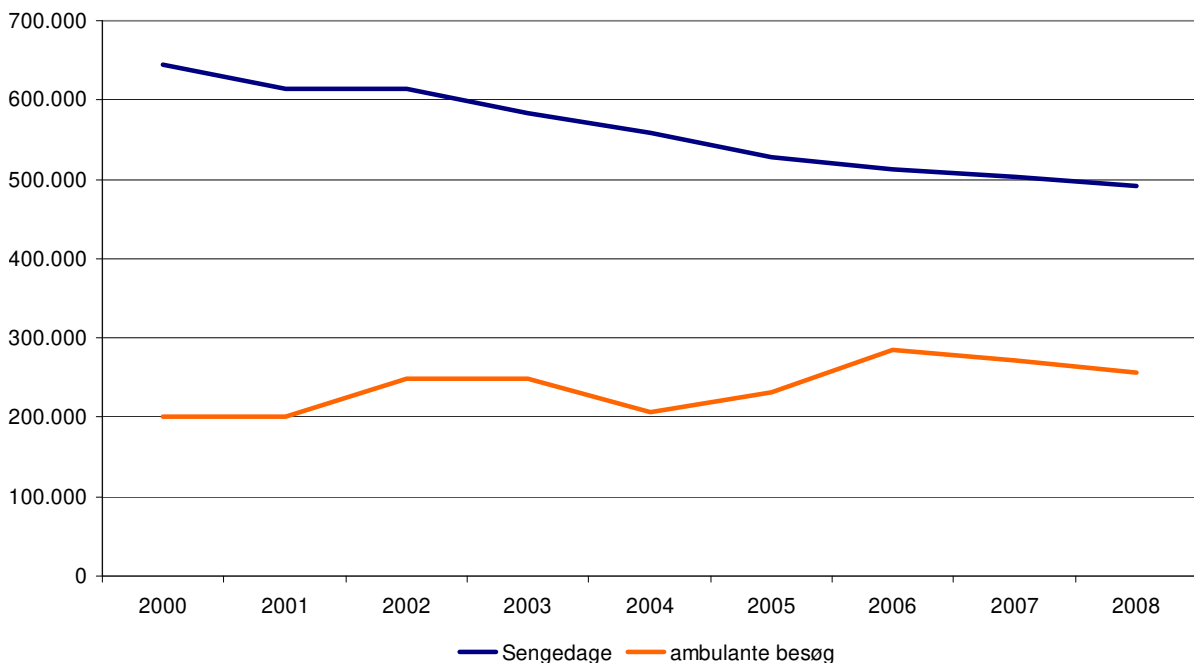
Antallet af patienter med psykotiske lidelser (F20-29) er steget med 14 procent i perioden 2000 til 2008 (figur 8). En tilsvarende stigning er sket for antallet af patienter i ambulant behandling, mens der er sket et lille fald i antallet af patienter, som indlægges (bilag 3, tabel 4).

Figur 8: Udvikling i antal patienter med psykotiske lidelser, 2000-2008



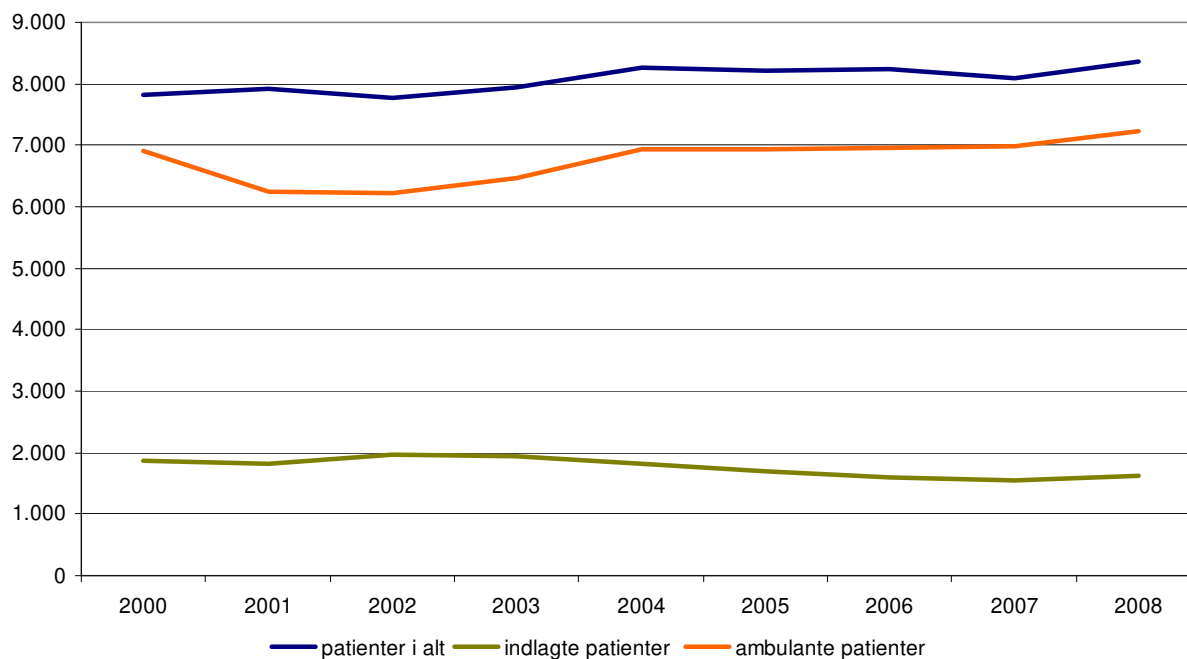
Det samlede antal sengedage er faldet med 24 procent, mens det samlede antal ambulante besøg er steget med ca. 27 procent (figur 9). Samtidig er patienter med psykotiske lidelser en af de patientgrupper, hvor der er sket det største fald i indlæggelsestiden (21 procent) samtidig med en stigning i antal indlæggelser pr. patient på 10 procent (jf. bilag 3, tabel 4). Denne patientgruppe har i perioden 2000 til 2008 forbrugt mellem 45 og 43 procent af alle sengedage for patienter med psykiatriske diagnoser (jf. bilag 3, figur 4).

Figur 9: Udvikling i antal sengedage og ambulante besøg for patienter med psykotiske lidelser, 2000-2008



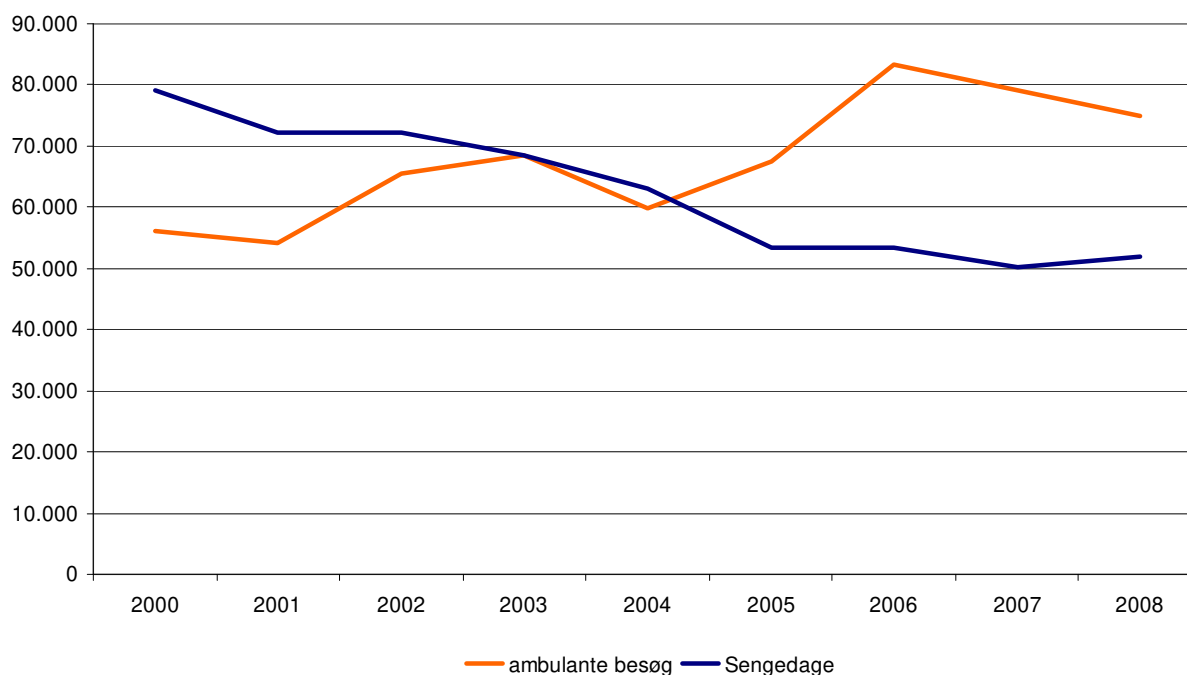
Antallet af patienter med forstyrrelser i personlighedsstruktur er steget meget lidt (7 procent) i forhold til de andre diagnosegrupper i perioden 2000 til 2008 (jf. figur 10).

Figur 10: Udvikling i antal patienter med personlighedsforstyrrelser, 2000-2008



Der er for denne patientgruppe sket en ændring i behandlingsmønsteret, i det antallet af patienter i ambulant behandling er steget med 7 procent, mens antallet af patienter, som indlægges, er faldet med 13 procent. Derfor er forbruget af sengedage da også faldet med 34 procent, mens antallet af ambulante besøg er steget med 34 procent (jf. figur 11).

Figur 11: Udvikling i sengedage og antal ambulante besøg for patienter med personlighedsforstyrrelser, 2000-2008



5.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne i relation til borgere med psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser

Som det er beskrevet i afsnit 3.3.2, er kortere indlæggelsesforløb og mere ambulante behandling en udvikling, som i særlig grad berører borgere med svære psykiske lidelser, herunder skizofreni og personlighedsforstyrrelser. Denne gruppe af borgere er især i kontakt med den kommunale socialpsykiatri, hvor døgntilbud, mere støtte i hverdagsaktiviteter og hjælp til at håndtere ambulante behandlingsforløb er nogle af de opgaver, som kommunerne mærker en større efterspørgsel efter.

5.2.1 Akutte og døgnbemandede tilbud

Både socialpsykiatrichefer og repræsentanter for behandlingspsykiatrien er enige om, at det er helt afgørende, at der eksisterer forskellige former for akutte og døgnbemandede tilbud i kommunerne. Socialpsykiatricheferne oplever både et øget behov for midlertidige botilbud og for at borgere, som bliver udskrevet til eget hjem, kan få hjælp og støtte døgnet rundt:

"Vi skal stille op på nogle flere skæve tidspunkter end tidligere. Vi har brug for meget døgnbemanding og flere akutte tilbud og døgntilbud, fordi de kommer tidligere hjem og er i dårligere stand". (Socialpsykiatrichef)

Nogle kommuner har oprettet såkaldte 'hotelpladser', der fungerer som mellemstationer mellem hospitalet og eget hjem, hvor borgere kan modtage intensiv hjælp og støtte i en kortere periode, indtil de er klar til at bo i eget hjem igen. I relation til borgere i eget hjem arbejder nogle kommuner på forskellige former for fleksibel døgndækning, fx en nattevagt som kan tage ud til borgeren, når alle andre tilbud er lukket, eller en døgnbemandet telefonlinje:

"... det at de [borgerne] lige har muligheden for at ringe eller tilkalde hjælp de der 20 minutter om dagen, hvor det er nødvendigt, det gør, at så klarer de det faktisk alligevel i egen bolig. Det er der altså økonomi i ud over alle grænser, og der er livskvalitet i det".

"Det er meget det med trygheden, det er der mange brugere, der siger. Det er med at have et nummer, man kan ringe til, hvis det brænder på". (Dialog under interview med socialpsykiatrichef)

Socialpsykiatricheferne pointerer også i dette interview, at de anser det for at være en del af deres ansvar at forebygge unødige genindlæggelser på baggrund af, hvad de kalder sociale kriterier eller ensomhedskriterier. Dog siger de samtidig, at det kræver ressourcer at opruste i nattetimerne og et højt kompetenceniveau hos de medarbejdere, som er i kontakt med borgerne.

Repræsentanterne for behandlingspsykiatrien oplever også, at socialpsykiatrien har en vigtig rolle i overgangen fra indlæggelse til eget hjem. De efterspørger specifikt midlertidige botilbud som et led i overgangen fra indlagt til eget hjem og socialpædagogiske indsatser i egen bolig. Behandlingspsykiatrien oplever især, at de midlertidige botilbud er en mangelvare i kommunerne. De beskriver, hvordan nogle patienter er indlagt meget lang tid, fordi der ikke er plads i de kommunale tilbud, som de ellers er visiteret til:

"Der har vi faktisk nogen, der har ventet i 7-10 måneder. Det er ikke anstændigt. Vi kunne selvfølgelig bare udskrive dem, men til hvad"? (Psykiatrisk oversygeplejerske)

Omvendt fremgår det af interviewene med socialpsykiatricheferne, at de oplever, at det er regionerne, der sætter dagsordenen for opgavefordelingen på området, og at kommunerne har svært ved at følge med. En socialpsykiatrichef formulerer det på denne måde:

"... vi kan jo ikke gøre andet end at tage de opgaver, der kommer over til os. Der må man sige, at der dirigerer regionen, hvad de løser, og så må vi tage resten. Når de udskriver en borger, så kan vi jo ikke sige, at vi ikke vil tage dem, fordi vi synes, de skulle have været indlagt tre dage mere. Det er det samme med akutpladserne. Vi må jo bare oprette nogle flere". (Socialpsykiatrichef)

Samtidig beskriver socialpsykiatricheferne, at de har svært ved at få budgetterne til at hænge sammen, fordi opgaverne bliver flere, uden at økonomien følger med.

5.2.2 Samarbejde om overgange og borgere som følger flere forløb

Gruppen af borgere med psykotiske lidelser er ofte i kontakt med både behandlingspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri. Dermed er det også en gruppe, som i særlig grad udfordrer sektorgrænserne. Ingen af parterne ønsker at efterlade borgere i et ingenmandsland og bruger en del kræfter på at sikre, at aftaler om opgavefordeling. Det fremgår af interviewene med både socialpsykiatrichefer og behandlingspsykiatrien, at viljen til samarbejde er til stede, og at der i store træk er dialog mellem de to parter:

"Jeg oplever grundlæggende, at samarbejdet mellem kommuner og behandlingspsykiatrien er bedre i dag end tidligere. Det betyder ikke, at der ikke er nogen problemer, men grundlæggende er det godt. Jeg synes, at man er meget indstillet på det her arbejde. Det betyder også noget, at vi kender hinandens vilkår og betingelser". (Socialpsykiatrichef)

Dette udsagn repræsenterer holdningen hos begge parter, men de beskriver også, at strukturreformen, hvor opgaver er blevet fordelt på nye måder, og det store arbejde med at udarbejde sundhedsaftaler har løftet dialogen om samarbejdet væk fra medarbejderniveauet til ledelsesniveauet:

"Og så er der det med kommunikationen. Den skulle sundhedsaftalerne jo forestille at gøre noget ved, men det er, som om der er blevet et hul, hvor der ikke er nogen, der tør lave noget, der hvor det ikke er beskrevet. Det er et meget fint forkromet samarbejde, men det forbliver på ledelsesplan. Det flyder slet ikke ud i systemet, og det skal vi have gjort noget ved. Ledelsesplanet er for højt". (Psykiater)

Flere af de interviewede peger på, at der er et behov for at føre dialogen tilbage til medarbejderne og genetablere et mere personligt kendskab til hinandens opgaver og kompetencer blandt det personale, som er i direkte kontakt med borgerne. Samarbejdet mellem den ambulante behandling og socialpsykiatrien er især et af de områder som – ifølge en psykiater – kan blive bedre:

"Vi har en meget decentral psykiatri, hvor vi skal lave behandling i eget hjem, men der er en opgave i at finde ud af, hvem der laver hvad, for der bliver nogle snitflader, der kommer meget tæt på". (Psykiater)

Både socialpsykiatri og behandlingspsykiatri løser fx begge opgaver i borgerens hjem, og selvom behandlingspsykiatrien primært har ansvaret for den medicinske behandling og kommunerne for den socialfaglige del, så er grænserne i praksis mere flydende.

Repræsentanter for behandlingspsykiatrien giver udtryk for, at kommunernes søjlestruktur, hvor fx beskæftigelse og socialpsykiatri er adskilte forvaltninger, er svær at gennemskue både for medarbejdere i behandlingspsykiatrien og for borgerne:

"Det, jeg synes har skabt meget forvirring, er den nye opdeling i jobforvaltning og socialforvaltning. Vi har oplevet den opsplittning meget, meget svær at håndtere set fra vores perspektiv. Der er overordentligt svært at orientere sig i. Også for borgeren. Det har gjort kommunikationen meget mere vanskelig". (Psykiater)

Det er ikke ualmindeligt, at borgere med psykiske lidelser følger parallelle forløb i både behandlingspsykiatrien og i flere af de kommunale forvaltninger. De kommunale forvaltninger varetager forskellige behov, og derfor er samarbejde, koordinering og gensidig dialog en grundlæggende præmis i kommunerne.

5.2.3 Hverdagsaktiviteter og hjælp i borgerens eget hjem

I takt med at borgere med psykiske lidelser bliver udskrevet tidligere, oplever kommunerne, at flere borgere har brug for hjælp til at mestre hverdagsaktiviteter. Socialpsykiatricheferne beskriver, hvordan behandlingspsykiatrien helt er holdt op med at levere terapi under indlæggelse og i de ambulante behandlingsforløb. En socialpsykiatrichef talte især om miljøterapi¹³ som en af de terapiformer, som behandlingspsykiatrien har forladt. Borgerne har dog fortsat behov træning i hverdagsituationer, fx at lave mad, købe ind, betale regninger, indgå i fællesskaber, opbygge venskaber osv. Kommunerne reagerer på dette nye behov ved – i det omfang det er muligt – at levere individuel støtte til borgerne inden for rammerne af § 85.

Det er væsentligt at holde sig for øje, at hverken behandlings- eller socialpsykiatrien tror på, at mennesker bliver raske af at være indlagt på en hospitalsafdeling, men tror på, at inklusion i samfundet er en vigtig målsætning i moderne psykiatri. Når flere af rehabiliteringsaktiviteter er flyttet ud i kommunerne, er det altså også en fagligt begrundet udvikling. Desuden skal opgaveudviklingen i kommunerne inden for de seneste ti år også ses som en konsekvens af, at kommunernes aktiviteter udvikler og vokser på deres egne præmisser, til dels uafhængigt af behandlingspsykiatriens aktivitet:

"Vi har fået en anden vinkel på vores opgave. Tidligere var det kaffe og smøger på værestedene. I dag er det altså kost og motion og den slags. Vi har både løbegrupper og tager i motionscenter, og det synes jeg er meget positivt."

"Det er svært at definere, hvor der er tale om opgaveglidning. Der er nogle opgaver, der er forsvundet, og i stedet er der opstået nye. Der er også kommet en hel masse fokus på beskæftigelse generelt. Og vi synes jo, vi kan se, at der er noget af det her, der virker, og det er jo ikke en opgaveglidning, men nogle nye opgaver". (Dialog under interview med socialpsykiatrichef)

Socialpsykiatricheferne er dog ikke fuldstændigt enige om, hvor grænsen mellem opgaveglidning og opgaveudvikling går, og de interviewede socialpsykiatrichefer udtrykker også forskellige holdninger til, i hvor høj grad de skal udvikle egne metoder og tilgange og dermed fjerne sig fra eller nærme sig behandlingspsykiatrien. Til gengæld er alle dog enige om, at der ikke er kommet nye penge til de mange nye opgaver, uanset om der er tale om opgaver, som har flyttet hænder, eller nye opgaver.

5.2.4 Støtte til ambulante forløb i behandlingspsykiatrien og støtte til medicinering

Ambulante forløb i behandlingspsykiatrien stiller krav til borgeren om at kunne møde op på det rigtige sted og på det rigtige tidspunkt. En socialpsykiatrichef stiller spørgsmålstejn ved, om de svageste borgere kan håndtere et ambulante behandlingsforløb, og hvilken rolle socialpsykiatrien skal påtage sig i den forbindelse:

¹³ Miljøterapi er en behandlingsform, hvor patienten bliver trænet i daglige gøremål med henblik på at patienten skal lære at klare sig selv og indgå i sociale relationer, så overgangen fra indlagt til eget hjem bliver lettere (17).

"Når de [borgerne] bliver udskrevet hurtigere og hurtigere og skal til ambulans behandling, så har vi nogle meget svage borgere, som ikke rigtigt kan klare det der med at skulle tage til behandling eller magte selve behandlingssituationen. Vi stiller faktisk nogle store krav til de her meget svage borgere, når vi beder dem selv at deltage i deres behandling og tage ansvar. Hvad skal vi gøre med de borgere, som ikke magter, at komme i behandlingspsykiatrien? Der ligger der måske en ny opgave i det kommunale felt. Skal vi så sørge for behandling til dem?" (Socialpsykiatrichef)

Udover at pege på en opgave, som potentielt vil opstå i kommunerne, berører dette citat også spørgsmålet om, hvilken rolle kommunerne skal have i relation til den medicinske behandling. Skal de primært støtte borgere i et behandlingsforløb, eller skal de påtage sig en mere aktiv rolle med et større ansvar for den behandling, som foregår når borgeren ikke længere er indlagt? Nogle kommuner er allerede gået meget mere aktivt ind i at vurdere, hvilken medicin borgeren får, hvorfor de får den, om de får for meget eller forkert medicin. En årsag til dette nye fokus er bl.a. en erfaring med, at mange borgere er forkert eller uhensigtsmæssigt medicineret.

"Vi lavede en gennemgang, der viste, at rigtig mange af vores borgere fik en masse medicin, og som ingen vidste, hvorfor de fik. Hverken borgeren selv eller personalet". (Socialpsykiatrichef)

Kommunernes interesse i at fokusere på og forholde sig kritisk til borgernes medicinske behandling handler også om hensynet til borgerens samlede livskvalitet og mulighed for at leve et så normalt liv som muligt. Nogle typer medicin giver meget voldsomme fysiske bivirkninger og reducerer dermed muligheden for at fungere normalt ("det kan de jo ikke, hvis de savler eller er helt væk", som en socialpsykiatrichef formulerede det). Det handler altså om at sikre en fornuftig balance mellem de medicinske virkninger og bivirkninger. En balance, som nogle af socialpsykiatricheferne ikke mener, at behandlingspsykiatrien har øje for i tilstrækkelig grad, og som de derfor har påtaget sig ansvaret for. Andre giver udtryk for, at de og deres medarbejdere er mere tilbageholdende i relation til at påtage sig et ansvar for den medicinske behandling.

Nogle socialpsykiatrichefer giver udtryk for, at de nødtigt ser kommunen som en del af den medicinske behandling, men at behovet for at yde støttende samtaler til borgerne er steget. Sammenfattende giver interviewene altså indtryk af, at den behandlingsfaglige del er rykket tættere på den kommunale virkelighed, og at det er noget, som kommunerne forholder sig til. Socialpsykiatricheferne er dog ikke enige i, hvor stort et ansvar de vil og kan påtage sig.

5.3 Sammenfatning

Stigningen i antallet af borgere med skizofrene lidelser og personlighedsforstyrrelser er knap så udtalt som ved de ikke-psykotiske lidelser (jf. kapitel 4). Til gengæld er der for begge diagnosegrupper sket et markant fald i indlæggelsestiden. Der er for begge patientgrupper også tale om, at færre patienter indlægges, og flere patienter behandles ambulant. Antallet af skadestuebesøg er faldet for begge patientgrupper (med henholdsvis 4 og 13 procent).

Selvom gruppen af borgere med psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser ikke er vokset meget i antal, så giver gruppen flere opgaver især i socialpsykiatrien. Denne gruppe af borgere er mere syge, når kommunerne kommer i kontakt med dem, og der er et øget behov for akutte og midlertidige bo-tilbud, døgnbemandede tilbud, et øget behov for hjælp i egen bolig og hjælp til hverdagsaktiviteter mm. Der er desuden et behov for tæt kontakt mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien i samarbejdet om overgangen fra indlagt til kommunale tilbud, og om at koordinere de to parter tilbud på de områder, hvor ansvarsfordelingen er uklar, eller hvor opgaver er sammenfaldende. For borgere

med flere og mere komplekse problemstillinger foregår behandling fx både i borgerens hjem og i hospitalsregi, og det samme kan gøre sig gældende i relation til den socialfaglige del, om end socialpsykiatrien oplever, at behandlingspsykiatrien i stigende grad forlader denne del.

I relation til psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser peger interviewene på en opgaveudvikling i kommunerne karakteriseret ved:

- ◆ At indlæggelsestiderne for er faldet, og kommunerne kommer i kontakt med denne gruppe borgere tidligere.
- ◆ Et stigende behov for akutte tilbud, døgnbemandede tilbud og botilbud.
- ◆ Et stigende behov for bostøtte og støtte- og kontaktpersonordninger (de 'matrikelløse' tilbud).
- ◆ Et stigende behov for hjemmetræning, støtte til hverdagsaktiviteter mm. og for udvikling af eksisterende tilbud og metoder.
- ◆ Et stigende behov for koordinering med behandlingspsykiatrien om borgeres overgang fra hospitalsindlæggelse til kommunens tilbud.
- ◆ En større snitflade mellem behandlingspsykiatriens ambulante tilbud tæt på borgernes hjem og socialpsykiatrien – et behov for at koordinere og fordele opgaver.
- ◆ Et stigende behov for at støtte borgere i ambulante behandlingsforløb og forholde sig til, hvilken rolle kommunen vil påtage sig i relation til den medicinske behandling.

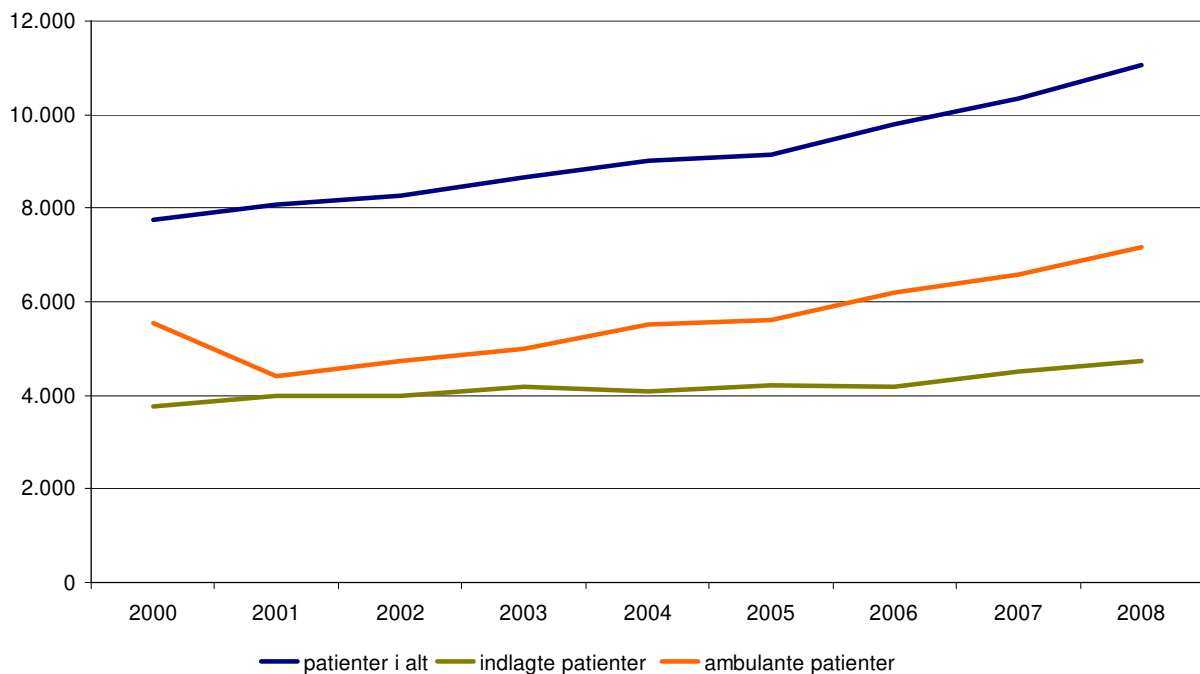
6. Dobbeldiagnoser

I dette kapitel ses der på patienter med dobbeltdiagnoser, dvs. patienter, som har en psykiatrisk diagnose og samtidig et misbrugsproblem.

6.1 Resultater fra registeranalysen: Patienter med dobbeltdiagnoser

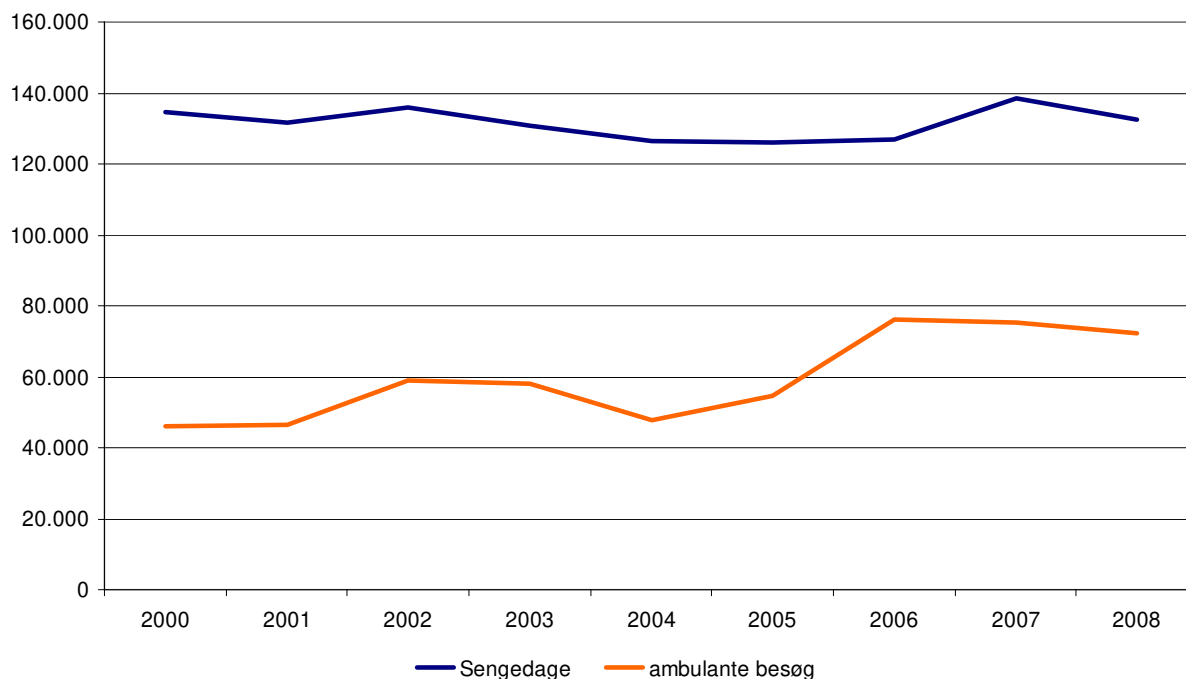
Antallet af patienter med dobbeltdiagnoser er steget fra knap 8.000 til ca. 11.000 i perioden 2000 til 2008, hvilket svarer til en stigning på 43 procent (jf. figur 12). Denne patientgruppe udgør knap 10 procent af det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser.

Figur 12: Antal patienter i behandling for dobbeltdiagnose, 2000-2008



Antallet af sengedage har været næsten uændret set under ét i perioden 2000-2008, mens antallet af ambulante besøg er steget med knap 60 procent (figur 13), og antallet af skadestuebesøg er steget med 43 procent (bilag 3, tabel 14). Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet med 21 procent (jf. bilag 3, tabel 14).

Figur 13: Udvikling i sengedage og antal ambulante besøg for patienter med dobbeltdiagnoser, 2000-2008



6.2 Udfordringer og opgaver i kommunerne som følge af flere brugere med misbrug

Både jobcentercheferne og socialpsykiatricheferne giver udtryk for, at antallet af borgere med både psykisk sygdom og et misbrug er vokset.

"Vi har fået flere, der har et misbrugsproblem med weekendstoffer osv. Og det fordrer, at vores personale kan håndtere det også". (Socialpsykiatrichef)

"Jeg tror, der er en større anerkendelse af, at det at have en psykisk lidelse ofte er forbundet med at have et misbrug. Vi er nødt til at håndtere begge dele". (Socialpsykiatrichef)

Dobeltdiagnoser bliver i interviewene ofte nævnt i sammenhæng med borgere med dom til behandling. De opgaver, som knytter sig til dobbeltdiagnoser er derfor meget lig de opgaver og udfordringer, som er beskrevet under de retspsykiatriske diagnoser, dvs. et øget behov for dobbeltdækning og personale, som er i stand til og villige til at tage sig af en gruppe borgere, som ofte er udadreagerende. Samtidig kræver det nogle særlige kompetencer og en bred viden blandt medarbejderne at håndtere og tilrettelægge tilbud til borgere med dobbelte problemstillinger:

"Det er jo sådan, at hvis en borger har et alkoholisbrug, ADHD og skizofreni på en gang, skal vores medarbejdere have viden om, hvad der er det rigtige at gøre i forhold til hver af de diagnoser og kunne finde ud af at omsætte det til en plan for, hvad vi så gør i praksis. Det er meget store krav". (Socialpsykiatrichef)

Derudover er det en stor udfordring i socialpsykiatrien at tilrettelægge et samlet tilbud, som inkluderer både misbruget og den psykiske problemstilling.

Arbejdsfordelingen mellem regioner og kommuner er velbeskrevet i sundhedsaftalerne, netop fordi gruppen af borgere med dobbelte problemstillinger er i risiko for at falde mellem to stole. Alligevel beskriver socialpsykiatricheferne, hvordan psykisk syge misbrugere bliver afvist i behandlingspsykiatrien, og at socialpsykiatrien står tilbage med en borger, hvor man reelt ikke ved, hvad man skal gøre:

"Vi står ofte tilbage med en psykisk syg misbruger, som der ikke er nogen, der vil have. Det står i sundhedsaftalerne, men trods det kan det være svært at finde ud af". (Socialpsykiatrichef)

Og hvad gør I så for dem?" (Interviewer)

"Jamen så prøver man jo at være ihærdig og banke på, og nogle gang kan man så blive nødt til at løse opgaven i misbrugssystemet. Men nogle gange kan vi jo ikke gøre noget for dem". (Socialpsykiatrichef)

Misbrugsområdet er desuden et selvstændigt område i nogle kommuner, så udover at socialpsykiatrien og jobcentre skal koordinere en indsats med behandlingspsykiatrien, så skal de også koordinere en indsats med en medarbejder fra misbrugsområdet:

"Der er et stort koordineringsbehov med den her gruppe. Der kan være fire forskellige hjælpere ind over forskellige steder fra". (Socialpsykiatrichef)

En jobcenterchef præsenterer i den forbindelse en vision om at samle hele det socialfaglige område i kommunerne under ét, så socialpsykiatrien, misbrugsenhederne og jobcentre i fællesskab kan lave en helhedsorienteret og koordineret plan til borgerens bedste.

6.3 Sammenfatning

Gruppen af borgere med dobbeltdiagnoser (dvs. samtidigt misbrug og sindslidelse) er vokset med 43 procent i perioden 2000-2008. Knap hver tiende patient med en psykiatrisk diagnose har i 2008 også et misbrugsproblem. Også for denne gruppe er det dog væsentligt at være opmærksom på, at der formentlig er flere borgere med sindslidelse og et samtidig misbrug end dem, der fremgår af tallene. Patienter med dobbeltdiagnoser er indlagt i markant kortere tid i 2008 i forhold til 2000, og de går oftere i ambulant behandling (stigning på 23 procent). Derudover er det værd at bemærke, at der også er sket en stor stigning i antallet af skadestuebesøg (43 procent).

Både jobcenterchefer og socialpsykiatrichefer beskriver, at de oplever, at flere borgere med psykiske problemstillinger også har et misbrug. Således er behovet for, at kommunens medarbejdere kan håndtere begge problemstillinger, en markant del af opgaveudviklingen i kommunerne inden for de sidste ti år. Misbrugsbehandling er ofte adskilt fra socialpsykiatrien, og samarbejde og koordination er nøgleord også for denne gruppe. I relation til borgere, som er i berøring med behandlingspsykiatrien, er det en særlig udfordring at sikre, at de aftaler, som er nedfældet i sundhedsaftalerne, bliver overholdt.

I relation til dobbeltdiagnoser/samtidig sindslidelse og misbrug peger interviewene på en opgaveudvikling i kommunerne karakteriseret ved:

- ◆ Et stigende behov for medarbejdere, som har kompetencer i relation til den psykiske problemstilling og misbruget.
- ◆ Et stigende behov for koordination mellem socialpsykiatri, jobcentre, misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri.
- ◆ En uklar ansvarsfordeling mellem kommunerne og behandlingspsykiatri (på trods af sundhedsaftaler).

7. Borgere med sindslidelse og dom til behandling

Ifølge Lov om Retspsykiatrisk behandling mv. har regionerne pligt til at modtage og behandle de patienter, som er dømt til retspsykiatrisk særforanstaltning (se boks 6).

Boks 6: Retspsykiatriske foranstaltninger (18)

Dom til anbringelse

- ◆ Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling. Udskrivning kræver domstolsafgørelse.

Behandlingsdom

- ◆ Dom til behandling på psykiatrisk afdeling. Beslutning om udskrivning og indlæggelse træffes af overlægen. Tilsyn varetages af Kriminalforsorgen. Beslutning om genindlæggelse sker i samarbejde mellem overlæger og Kriminalforsorgen.

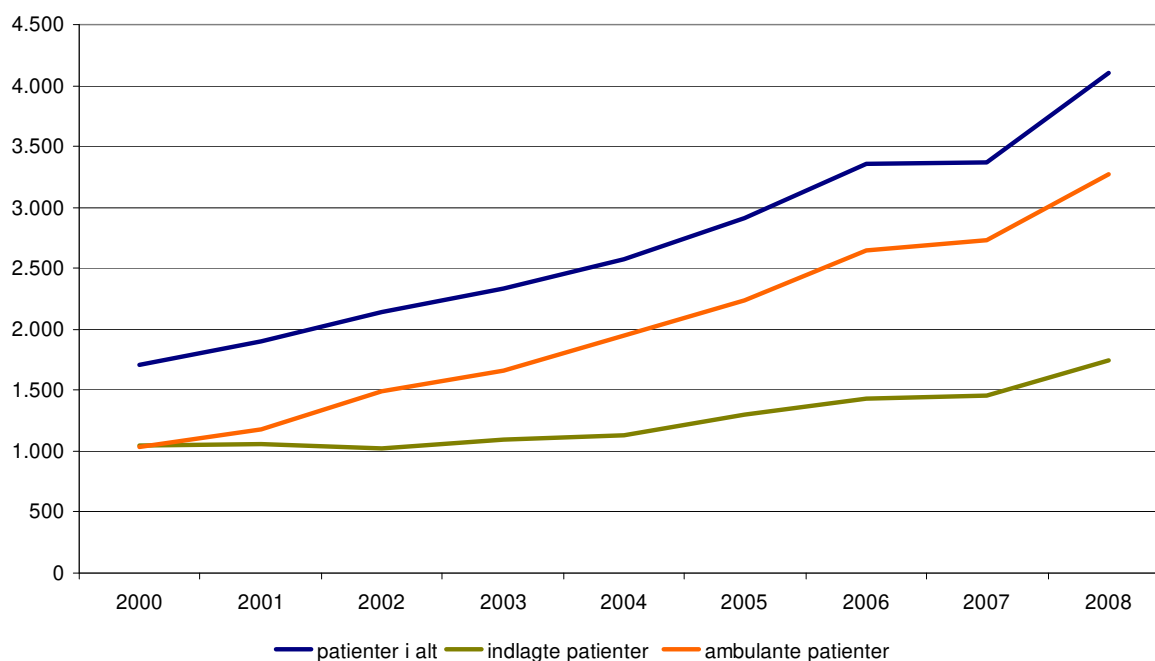
Dom til ambulat behandling

- ◆ Hvis det skønnes, at der ikke er behov for indlæggelse, fx hvis tiltalte allerede frivilligt indgår i et behandlingsforløb og er velmotiveret for behandling.

7.1 Resultater fra registeranalysen: Patienter med dom til behandling

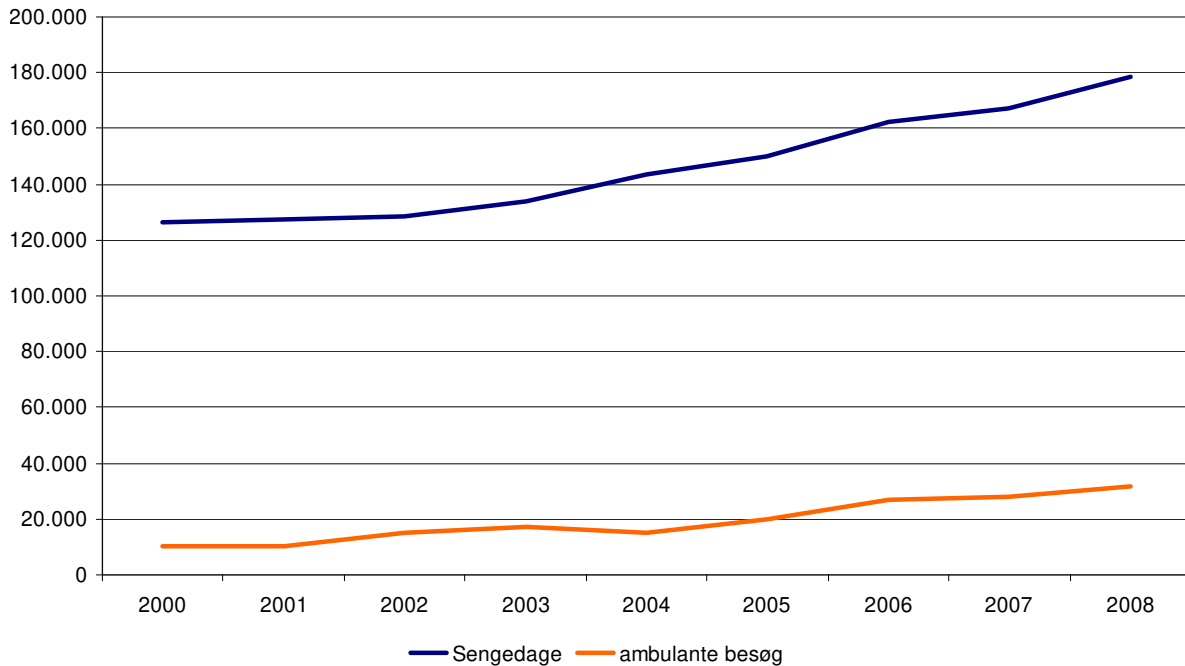
Antallet af patienter med retlige forhold (Z-diagnoser) er steget markant (141 procent). Det bør dog bemærkes, at der er tale om en relativ lille patientgruppe, idet de kun udgør 4 procent af alle patienter med psykiatriske diagnoser. Antallet af patienter i ambulat behandling er mere end fordoblet, mens antallet af patienter, som indlægges, er steget med knap 70 procent (jf. figur 14).

Figur 14: Udvikling i antal patienter med retslig diagnose, 2000-2008



Selv om det er en lille patientgruppe, er der imidlertid tale om en patientgruppe, der lægger beslag på relativt mange sengedage (16 procent af sengedage i alt for patienter med psykiatriske lidelser). Antallet af sengedage i alt er i perioden 2000-2008 steget med ca. 40 procent, mens antallet af ambulante besøg i alt er steget med en faktor to (jf. figur 15). Der er således tale om en lille patientgruppe, hvor der er sket en stor tilgang af patienter, og hvor der modsat mange andre patientgrupper har været tale om en stor stigning i både forbruget af sengedage og ambulante besøg.

Figur 15: Udvikling i sengedage og antal ambulante besøg for patienter med dom til behandling, 2000-2008



Generelt gælder, at med undtagelse af patienter med dom til psykiatrisk anbringelse falder andelen af patienter, som indlægges (bilag 5, figur 4). Der er betydelige variationer i andelen af patienter med retslige forhold, som behandles ambulant (jf. bilag 5, figur 5). I 2008 er andelen af patienter dømt til retspsykiatrisk undersøgelse mere end 2,5 gange så høj som i 2000. Tilsvarende stiger andelen af patienter med domme til psykiatrisk behandling, som behandles ambulant med en faktor 2,5. For patienter dømt til socialretslig psykiatrisk undersøgelse falder andelen af patienter, som behandles ambulant.

Udviklingen i andelen af patienter, som både indlægges og behandles ambulant, varierer for de forskellige patientgrupper med retslige forhold (jf. bilag 5, figur 6). Andelen af patienter dømt til psykiatrisk anbringelse varierer markant mellem de enkelte år med både stigninger og fald i perioden 2000-2008. Tilsvarende er der sket en mindre stigning i andelen af patienter med domme til psykiatrisk behandling. For andre patientgrupper med retslige forhold er andelen af patienter, der både indlægges og modtager ambulant behandling, derimod faldet.

7.2 Udfordringer og opgaver i relation til borgere med behandlingsdomme

Socialpsykiatricheferne beskriver, at mange af de opgaver, som kommunerne har i forhold til borgere med behandlingsdomme, herunder at sikre døgnbemandede botilbud, hjælp i hjemmet og en rehabiliteringsindsats, er sammenfaldende med de opgaver, som er beskrevet i afsnit 5.2 om borgere med psykotiske lidelser. På nogle områder er problemstillingen dog alligevel anderledes, idet en behandlingsdom stiller nogle andre krav til relationen mellem den kommunale medarbejder og borgeren.

7.2.1 Medarbejdernes rolle: sparringspartner eller systemets forlængede arm?

Når en borger med en behandlingsdom ikke følger den medicinske behandling, kan en konsekvens være, at den behandlingsansvarlige læge træffer beslutning om, at borgeren skal indlægges. For denne gruppe er medicinsk behandling er altså ikke på samme måde et frivilligt valg, som det er tilfældet blandt andre sindslidende borgere. Socialpsykiatriens medarbejdere, som ofte er tæt på denne gruppe borgere i hverdagen, oplever derfor et større ansvar for at reagere, når borgerne ikke tager deres medicin som aftalt. Socialpsykiatriens medarbejdere arbejder imidlertid med udgangspunkt i borgernes behov og ønsker at arbejde som borgerens samarbejdspartner, herunder at respektere borgernes egne ønsker og ret til selvbestemmelse. At agere systemets forlængede arm og true med politi og indlæggelse er i modstrid med denne rolle. En socialpsykiatrichef formulerer det sådan her:

"Det er nyt for bostøtten at skulle sige, at det kan godt være, du ikke har lyst, men i henhold til det og det, har du faktisk ikke noget valg, min ven". (Socialpsykiatrien)

Samtidig kan mange af de psykisk syge med dom til behandling have det rigtig dårligt og være udadreagerende. Det kræver, ifølge socialpsykiatricheferne, dobbeltdekning, særligt uddannet personale og en tæt dialog med behandlingspsykiatrien, om borgeren følger behandlingen som aftalt.

7.2.2 En flerstrengt indsats og stort behov for samarbejde

Repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien beskriver, hvordan flere med psykiske lidelser har et samtidigt misbrug, og at denne kombination oftere fører til udadreagerende adfærd og kriminalitet:

"Tidligere var det ikke almindeligt, at vores patienter var misbrugere, men det er det jo i dag. Det er misbruget og ikke psykosen, der er det afgørende i forhold til kriminaliteten. Det er misbrugere, der laver al kriminaliteten generelt, det har ikke noget at gøre med, at de er psykotiske eller ej". (Psykiater)

Derfor mener repræsentanterne for behandlingspsykiatrien, at det er vigtigt at sætte massivt ind overfor misbrugsbehandlingen. Når patienterne ikke er indlagt, så er det som oftest en kommunal opgave og dermed en ekstra aktør, som skal koordinere en indsats med behandlings- og socialpsykiatrien.

Når det er sagt anerkender repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien dog, at stigningen i antallet af borgere med dom til behandling handler om, at der generelt mangler ressourcer i psykiatrien:

"Der er kommet flere retspsykiatriske patienter, men dem der allerede er i retspsykiatrien: Hvorfor er det, at de bliver ved med at lave recidiv kriminalitet? Det er jo nok noget med, at der ikke er ressourcer nok i psykiatrien i det hele taget. Hvis man kigger på kriminalforsorgen i det hele taget er 20 % retspsykiatriske patienter, og så er der alle dem som sidder i fængsel og har ADHD, og de kommer jo nok snart ud til os. Men den store del, det er de skizofrene. Det er jo der, hvor vi hører de der historier med der lige var kommet ud, og så gik han hjem og tog kvælertag på konen, fordi der var en mand efter ham. Det er jo et tegn på, at der er noget galt. Det er fordi vi ikke er nok omkring dem" (Psykiater)

Både kommuner og regioner lider under, at det samlede forløb for borgere med psykiske lidelser er mangelfuldt, og understreger behovet for et tæt samarbejde mellem behandlings- og socialpsykiatri så både behandlingsdelen, overgangsføreløbet og den efterfølgende rehabiliteringsindsats spiller sammen.

En jobcenterchef gjorde desuden opmærksom på, at der også er et uindfriet behov for at samarbejde med kriminalforsorgen både i jobcentre og i socialpsykiatrien:

"Hvor blev samspillet af efter kommunalreformen? Både mellem os og socialsektoren og sundhedssektoren internt i kommunen, og hvor blev samspillet med fængselssektoren af? Man kan sige lidt karikeret, at socialsektoren blev til en beskæftigelsespolitik efter reformen, og i fængslerne lukkede man pladserne. Så nu går de derude. Når de bliver udskrevet fra fængslerne og stadig er rablende skøre, er der ikke nogen, der tager sig af dem. Der er meget lidt koordinering mellem de forskellige sektorer". (Jobcenterchef)

Det er væsentligt at være opmærksom på, at denne jobcenterchef ikke nødvendigvis taler om borgere i kontakt med det retspsykiatriske system, men om kriminelle borgere med en uopdaget psykiatrisk diagnose. Pointen er imidlertid den samme, nemlig at gruppen af borgere med flere problemstillinger, herunder kriminalitet og misbrug, er i berøring med mange aktører, som skal samarbejde om en fælles indsats.

I interviewet med repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien opstod en diskussion af, hvorvidt kommunerne hver især har de fornødne kompetencer og økonomi til at etablere tilbud til de borgere, som bliver udskrevet fra de retspsykiatriske afdelinger og har behov for strukturerede og langvarige forløb. De fortæller, at det især er de retspsykiatriske patienter, som venter længe (jf. afsnit 5.2 og bilag 7) på et relevant botilbud i kommunerne. En psykiater forslår derfor en ny type af institutioner, og evt. at ansvaret for borgere med behandlingsdomme bliver en delt opgave mellem flere kommuner eller mellem kommuner og regioner:

[Fortæller om et studiebesøg på en afdeling for retspsykiatriske patienter i England, som er bemandet af både sundhedspersonale og pædagogisk personale]. "Det interessante er udslusningen. Det er et døgnbemandet kollegieagtigt tilbud. De fleste kommer tilbage i egen bolig, og der er et meget lavt recidiv i forhold til kriminalitet. I forhold til den her udslusningsopgave tror jeg, vi skal tænke lidt anderledes. Det kan godt være, det skal være en kommunal opgave, det kan også være, at man skal tænke anderledes". (Psykiater)

Det udfordrer naturligvis princippet om at give borgere med psykiske problemstillinger støtte til at fungere i samfundet og til at leve et så normalt liv som muligt. Det er et princip, som både socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien går ind for. I interviewet med behandlingspsykiatrien blev diskussionen dog rejst, om man alligevel ville opnå en større kvalitet for nogle grupper af borgere – herunder borgere med retspsykiatriske forløb – hvis de specialiserede kompetencer blev samlet på tværs af kommunerne.

7.3 Sammenfatning

Antallet af borgere med behandlingsdomme er steget markant i perioden 2000-2008, men gruppen er fortsat ikke særlig stor (3 procent af alle patienter med psykiatrisk diagnose). Til gengæld lægger gruppen relativt stort beslag på både sengedage og ambulans behandling, der i perioden 2000-2008 er steget med henholdsvis 40 procent og en faktor to.

Selvom gruppen fylder lidt i antal, forekommer opgaverne i relation til borgere med behandlingsdomme, ifølge interviewene, alligevel stor i kommunerne. Det er ofte borgere, som har det meget dårligt, og borgere med flere og komplekse problemstillinger.

I relation til borgere med behandlingsdomme peger interviewene på en opgaveudvikling i kommunerne karakteriseret ved:

- ◆ At gruppen af borgere med retspsykiatriske forløb er stigende.
- ◆ At der ofte er behov for dobbeltdækning.
- ◆ At arbejdet med denne gruppe borgere fordrer en nye rolle for medarbejdere i kommunerne: mere myndighedsudøvelse.
- ◆ At der et behov for samarbejde og tæt dialog mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri, om borgere med behandlingsdomme følger aftalte behandlingsforløb.
- ◆ At misbrugsbehandling er en væsentlig del af løsningen for denne gruppe. Derfor er samarbejde og koordinering af forløb mellem behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og misbrugsbehandling vigtig.
- ◆ At der er behov for medarbejdere med særlige kompetencer, erfaring og indsigt i relation til denne gruppe. I den forbindelse formulerer behandlingspsykiatrien et behov for at overveje, om specialkompetencerne kan blive samlet i tilbud på tværs af kommuner.

8. Kompetencebehov i kommunerne – resultater fra interviewundersøgelsen

Nye og flere opgaver i kommunerne stiller naturligvis også krav til medarbejdernes kompetencer i de udførende led. I de forrige kapitler er det flere steder beskrevet, hvordan medarbejdere både skal kunne håndtere flere samtidige og mere komplekse problemstillinger samt kunne håndtere at være en del af samlet forløb, hvor flere kommunale og regionale aktører løser forskellige opgaver i relation til den samme borger. I dette kapitel beskriver vi de øvrige typer af nødvendige kompetencer, som blev diskuteret i interviewene.

8.1 Opdateret og specialiseret viden

Både socialpsykiatrichefer og jobcenterchefer oplever, at der hele tiden opstår nye diagnoser, som de som fagpersoner er nødt til at kende og forholde sig til. Det handler bl.a. om, at de bliver mødt med krav fra borgere om, at en konkret diagnose udløser et specifikt tilbud. Nogle socialpsykiatrichefer udtrykker det på denne måde:

"Der bliver flere og flere med alle de her forskellige specialiserede diagnoser, og der er en forventning om, at vi yder kvalificeret bistand til dem alle. Vi har behov for kompetenceøgning. Vi skal have medarbejdere med specialiserede kompetencer". (Socialpsykiatrichef)

I interviewene med socialpsykiatricheferne er der imidlertid ikke enighed om, hvorvidt specialisering, dvs. særlig viden og særlige kompetencer blandt socialpsykiatriens medarbejdere inden for nogle specifikke diagnoser, er en god idé. Nogle af de interviewede socialpsykiatrichefer oplever, at det at give udvalgte medarbejdere et kompetenceløft er en nødvendighed, hvis økonomi og opgaver skal hænge sammen:

"Selvfølgelig har vi socialpsykiatri, men ved siden af har vi også specialiseret os i hjerneskade. Vi kan ikke håndtere alle de her opgaver, hvis vi ikke har kvalificerede medarbejdere. Så vi bruger ressourcer på at uddanne medarbejdere til at varetage de opgaver, så vi ikke skal købe dyre ydelser alle mulige andre steder". (Socialpsykiatrichef)

Andre forholder sig mere kritisk til specialisering i kommunerne og mener, at socialpsykiatriens styrke er et fokus på borgernes funktionsniveau frem for selve den psykiske lidelse.

"Diagnoser er ikke det, der er relevant i socialpsykiatrisk sammenhæng. Vi kigger på, hvad er det, der giver mening i forhold til en socialpsykiatrisk indsats? Det er vi meget optagede af. Vi synes ikke, vi kan bruge det andet til noget. Vi baserer det på, hvad er det for nogle behov man har, hvad er det der mangler, hvad er det for nogle ting, der skal trænes". (Socialpsykiatrichef)

Socialpsykiatriens formål er med andre ord (og ifølge denne socialpsykiatrichef) noget fundamentalt andet end behandlingspsykiatriens, og derfor er specialisering på diagnoseniveau irrelevant.

Behovet for viden om fx nye diagnoser og aktuelle problemstillinger er imidlertid ikke kun relevant for de medarbejdere, som har direkte kontakt med borgerne. Socialpsykiatricheferne beskriver også et behov for opdateret og specialiseret viden blandt de medarbejdere, som visiterer til socialpsykiatriske ydelser:

"Vi har samlet både drift og bevilling samme sted for at udnytte ressourcerne bedre, fordi de mennesker, der skal sidde og lave en kvalificeret udredning, de skal have nøje kendskab til, hvad det er for tilbud, og hvad der er for faglige udviklinger i gang, sådan at de kan hjælpe borgerne på vej og læse behovene og kunne vurdere, om vi skal have nye tilbud til nye borgere". (Socialpsykiatrichef)

Derfor arbejder flere kommuner på at knytte bestiller- og udførerleddet tættere sammen.

8.2 Psykiatrifaglige kompetencer

Repræsentanterne for behandlingspsykiatrien ser også et behov for, at socialpsykiatrien opruster med specialiseret viden, men definerer begrebet anderledes. De efterspørger ikke medarbejdere, som har specialiseret sig inden for bestemte diagnoser, men efterspørger mere sundhedsfaglig viden om psykisk sygdom, dvs. en øget indsigt i de symptomer, som kendetegner psykiske lidelser, viden om lægemidlers virkninger og bivirkninger mm. Behovet for psykiatrifaglig viden hænger, ifølge repræsentanterne for behandlingspsykiatrien, sammen med den skarpe opdeling mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, som er opstået med kommunalreformen (se afsnit 3.2). Behandlingspsykiatrien tager sig af symptomerne, og kommunerne tager sig af 'det levede liv', og de to dele er ikke så integrerede, som de var engang. Det får konsekvenser for borgerens samlede forløb og for antallet af unødige genindlæggelser:

"Det, der sker, er jo, at patienter kommer ind i vores modtagelse, og det er ikke altid nødvendigt. Hvis der var nogen, der kunne tage sig af det derude [i kommunerne], var der overhovedet ingen grund til det". (Psykiatrisk sygeplejerske)

Denne viden er til stede blandt nogle medarbejdere i nogle kommunerne, men repræsentanterne for behandlingspsykiatrien oplever, at den er blevet spredt, efter de tidligere amters specialiserede tilbud er blevet spredt over mange kommuner. De foreslår derfor både et tættere samarbejde mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, og som nævnt at kommunerne ansætter resourcepersoner, fx specialuddannede sygeplejersker, med psykiatrifaglige kompetencer og erfaring.

Som nævnt i afsnit 5.2.4 oplever kommunerne, at de er mere og mere involveret i borgerens medicinske behandling. Nogle kommuner overvejer dog, om de er nødt til at ansætte mere sundhedsfagligt personale i takt med, at flere borgere er i medicinsk behandling udenfor hospitalerne. Om det siger repræsentanter for behandlingspsykiatrien til gengæld, at det er en farlig udvikling at lade kommunerne overtage ansvaret for den psykiatriske behandling, givet risikoen for fejl- og dobbeltbehandling. De anbefaler ikke, at kommunerne opruster deres medarbejdere i relation til at kunne varetage ansvaret for den medicinske behandling:

"Vi skal have noget glidning imellem den viden og kompetence, der er i den sundhedsfaglige psykiatri og ud i den kommunale sektor. Men der, hvor det bliver svært, er der, hvor patienterne jo også skal have lov at være mennesker og borgere, når de er ude i kommunerne. (...) Kommunerne skal bevare det levede liv som det væsentlige. Det behandlingsfaglige skal ikke derud, men de [medarbejdere i socialpsykiatrien] skal have psykiatrifaglig viden". (Psykiater)

Flere borgere med psykiske problemstillinger blandt sygedagpengemodtagere har ifølge jobcentercheferne også ført til, at medarbejdere har efterspurgt mere viden om psykisk sygdom, hvilke krav man kan stille til en borger med en psykisk problemstilling, og ikke mindst hvornår i sygdomsforløbet jobcentrenes medarbejder kan begynde at stille krav til borgeren om at vende tilbage til arbejdsmar-

kedet. Denne erkendelse af manglende viden opstod i kølvandet på et konkret projekt, som havde til formål at få sygedagpengemodtagere hurtigt tilbage i arbejde:

"... det var svært for dem, der arbejdede med det, at finde ud af, hvad man kan overfor sådan en borger. Hvad kan de holde til? Det var svært, og det gav os en faglig udfordring. Vi har søgt nogle penge til at opkvalificere vores medarbejdere på det her område. Det har været godt, men det kan sagtens blive bedre". (Jobcenterchef)

En anden jobcenterchef fortæller, at den samme problemstilling gør sig gældende for borgere med sværere psykiske lidelser, og at de i hans kommune har haft et samarbejde med Psykiatrifonden for at gøre op med:

"... holdningen om, at det [krav om aktivering] kan de nok ikke klare. Det er blevet understreget, at det er vigtigt, at de kommer væk hjemmefra, at de er ude blandt andre mennesker, og det er vigtigt, at der bliver stillet krav". (Jobcenterchef)

Jobcentrenes medarbejdere er i løbende dialog med fx de praktiserende læger om, hvornår en borger er parat til at deltage i et aktivt tilbud, og skal derfor ikke have hverken kompetencer i relation til at diagnosticere eller behandle. Det handler mere om at give jobcentrenes medarbejdere en større sikkerhed i deres arbejde, hvor borgere med psykiske problemstillinger er en større og større del af hverdagen.

8.2.1 Specialiseret viden om rehabilitering

Repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien nævner til specifikt rehabilitering som et område, hvor kommunerne bør have mere specialiseret viden:

"Det er vigtigt, at der ryger nogle kompetencer med, når vi nu slipper [rehabiliteringsindsatsen] i behandlingspsykiatrien. Det er jo ikke bare støtte og omsorg. Det er nødvendigt, at man har viden om psykiatri. Den her gruppe af mennesker har altså nogle særlige behov og reagerer på nogle bestemte måder, som det er vigtigt at vide noget om". (Psykiater)

Denne viden oplever behandlingspsykiatrien er til stede i nogle kommuner, men langt fra i alle, og repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien giver udtryk for, at rehabiliteringsindsatsen er blevet forringet, efter kommunerne har overtaget området. De forklarer bl.a. dette med, at kommunerne primært arbejder med individuelle tilbud, fx i form af støtte og omsorg i eget hjem, og dermed erstatter de større amtslige rehabiliteringsenheder, hvor al ekspertisen før var samlet:

"Rehabilitering er jo ikke bare noget med at sige nogle ord. Det kræver jo nogle institutioner og nogle specialkompetencer. Der havde vi jo før hele afdelinger, der beskæftigede sig med det her. Der er blevet nedlagt nogle ting, som ikke er blevet genetableret i kommunalt regi".

"Jeg synes faktisk kommunerne har fået nogle overordentligt tunge opgaver leveret, men der er sket et videnstab i forbindelse med overdragelsen. Der var nogle strukturer, og de er væk nu, men der er ikke rigtigt kommet noget i stedet. Der er vi et eller andet sted fælles lidende". (Dialog under interview med repræsentanter for retspsykiatrien)

Behandlingspsykiatrien diskuterer, om hver enkelt kommune kan stille med specialiserede kompetencer i relation til rehabilitering, eller om kommunerne burde gå sammen om fælles tilbud, evt. med bistand fra behandlingspsykiatrien. Igen er dilemmaet ifølge behandlingspsykiatrien, at de på den ene side gerne vil imødekomme idealet om at hjælpe borgerne på egne præmisser og med individuelle tilbud i borgerens nærmiljø, og på den anden side gerne vil samle ekspertisen i kommuner og regioner, hvilket formentlig betyder større og mere geografisk spredte tilbud. Det er en faglig udfordring, som kræver at kommunerne og regioner sammen tænker i nye baner.

Desuden beskriver repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien, hvordan de oplever at et begreb som 'recovery' har erstattet rehabiliteringsbegrebet i kommunerne og den samlede viden, som knytter sig til rehabiliteringsbegrebet. De oplever recovery som langt mere værdibaseret end evidensbaseret og anser det som medvirkende til, at kvaliteten på området falder.

Rehabilitering/recovery er dog ikke en ny opgave i kommunerne, og flere socialpsykiatricher fortæller, hvordan rehabilitering indgår i socialpsykiatrien som et særligt fokusområde, fx i særlige rehabiliteringstilbud. Samtidig beskriver socialpsykiatricherne, hvordan de selv oplever, at de er ved at opbygge en type viden om, hvad der virker for borgere med psykiske problemstillinger – hvordan man får dem i gang igen – som efter deres mening sagtens kan stå mål med den viden, som er produceret i behandlingspsykiatrien. Dog nævner socialpsykiatricherne, at tiden til at kvalitetsudvikle og forske i egen praksis er begrænset, og det påvirker selvfølgelig muligheden for at dokumentere effekten af det, de foretager sig.

8.3 Kompetencer i relation til brugerinddragelse

Socialpsykiatricherne beskriver, hvordan flere borgere end tidligere påtager sig et ansvar for deres eget forløb og stiller krav om at blive hørt og inddraget (se afsnit 4.2.1). I Serviceloven er det desuden et eksplicit krav, at kommunerne skal sørge for, at brugerne "... får mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af tilbuddene" (10).

Brugerinddragelse er ikke nyt i socialpsykiatrien, men noget socialpsykiatrien har arbejdet med i en længere årrække. Socialpsykiatricherne giver udtryk for, at brugerinddragelse er positivt, men det kræver en anden dialog mellem medarbejdere og borgere. For den enkelte borger¹⁴ betyder det, at de individuelle handleplaner skal udarbejdes i dialog mellem medarbejderen og borgeren. Medarbejderen skal her være i stand til at skelne mellem den enkelte borgers kompetencer og lyst til at indgå i denne dialog og skal også være i stand til at kommunikere i et sprog, som passer til den enkelte borger:

"Det [brugerinddragelse] stiller krav til medarbejdernes kompetencer. Også kommunikationsmæssigt. At de er bevidste om, hvad de skriver, til hvem osv."

"Det er en opgave at differentiere. Der er meget forskel på, hvad der skal til, afhængigt af om det er en 18-årig eller en 65-årig, man har med at gøre".

*"Det er også nogle helt andre krav de stiller. Den 65-årige har måske været på institution i 30 år, men den 18-årige vil en hel masse ting, og er opmærksom på, hvad der er af muligheder".
(Dialog under interview med socialpsykiatricher)*

En socialpsykiatrichef beskriver et stigende behov, især blandt unge borgere, for at have nem adgang til egne handleplaner, så de kan se "... hvad der står, hvad vurderingen er, hvad der arbejdes med osv." At dømme efter interviewene er det ikke muligt lige nu, men ideen om it-adgang er et udviklingsområde, som kommunerne er bevidste om.

¹⁴ Socialpsykiatricherne beskriver også, hvordan de inddrager borgere på et mere overordnet plan, fx til udvikling af nye kommunale tilbud. En socialpsykiatrichef beskriver fx, hvordan en brugertilfredshedsundersøgelse blandt unge borgere førte til en ny viden om unge borgeres behov.

8.4 Sammenfatning

De kompetencebehov, som bliver diskuteret i interviewene, kredser for det første om medarbejderes behov for at holde sig opdateret på og kunne håndtere nye og flere diagnoser samt flere og samtidige problemstillinger. For det andet diskuterer især behandlingspsykiatrien, om der er gået kompetencer tabt i takt som følge af, at kommunerne har overtaget langt fleste af de socialpsykiatriske tilbud. Til denne diskussion hører også spørgsmålet, om kommunerne hver især kan samle kompetencer til at etablere visse tilbud, herunder specialiserede rehabiliteringstilbud. Det er altså ikke et spørgsmål om, at alle kommunale medarbejdere skal have samtlige kompetencer, men om at sikre, at kompetencerne bliver samlet omkring de relevante grupper af borgere og tilbud.

I relation til kompetencebehov i kommunerne peger interviewene på følgende behov:

- ◆ Overblik over og evne til samarbejde med andre aktører i et samlet borgerforløb.
- ◆ Opdateret viden om nye diagnoser, om misbrugsbehandling mm.
- ◆ Psykiatrifaglig viden, fx om symptomer, lægemidlers virkninger og bivirkninger mm.
- ◆ Opdateret viden om recovery/rehabilitering.
- ◆ Evne til at inddrage og gå i dialog med borgere, så borgeren får indflydelse på eget forløb.

9. Sammenfatning og diskussion

"Kassen er tom fuldstændig tom, og alligevel får vi flere og flere opgaver" (Socialpsykiatrichef)

Sådan siger en socialpsykiatrichef som svar på spørgsmålet om, hvilke problemstillinger der fylder i socialpsykiatrien lige nu. Udsagnet er ikke enestående, hverken i socialpsykiatrien eller psykiatrien i øvrigt, og kendetegner det dilemma alle parter beskriver, at de står i, nemlig at de skal løse flere opgaver for en begrænset pose penge. Begge parter oplever, at de er presset økonomisk, og at der på begge sider af bordet er store opgaver at løfte.

9.1 Flere med psykiske problemstillinger

Analyserne af henholdsvis registerdata og interview viser, at gruppen af borgere med psykiske problemstillinger er vokset med et øget pres på de tilgængelige ressourcer i både behandlingssystemet og i kommunerne til følge.

Registeranalyserne viser bl.a., at antallet af psykiatriske patienter i behandling er steget med godt 40 procent i perioden 2000-2008, dog med variationer mellem de forskellige diagnosegrupper. Antalsmæssigt fylder borgere med skizofrene, affektive lidelser og med nervøse og stressrelaterede lidelser mest, idet de samlet set udgør ca. halvdelen af alle patienter i behandling for psykiske lidelser. En anden stor gruppe er borgere med en dobbeltdiagnose, som udgør knap 10 procent af alle borgere i kontakt med behandlingspsykiatrien, og denne gruppe er steget markant i perioden 2000-2008 (43 procent).

Derudover er der sket en procentvis stor ændring i antallet af patienter med retslige forhold – om end der er tale om en meget lille patientgruppe antalsmæssigt i det samlede billede, men fylder en del med deres forbrug af sengedage (16 procent af alle sengedage). Antallet af normerede retspsykiatriske senge er da også steget fra 188 i 2000 til 281 i 2008.

Ud over aktivitetsopgørelser er der i rapporten set på udviklingen i antallet af tildelte førtidspensioner på grund af psykiatriske lidelser. Dette tal er steget med 79 procent, hvilket både kan være et tegn på flere borgere med en psykisk lidelse, og at flere end tidligere får en diagnose, der berettiger dem til førtidspension.

Interviewene bekræfter, at der er sket en vækst i antallet af borgere med psykiske problemstillinger. Ifølge interviewene er en årsag til den vækst i antal borgere med psykiske lidelser, som registerdataene viser, at behandlingspsykiatrien har fået et skærpet fokus på de ikke-psykotiske lidelser (fx stress og depression), hvor fokus tidligere primært har været på psykotiske lidelser (fx skizofreni). Målgruppen for psykiatrisk behandling er så at sige blevet udvidet. Samtidig er psykisk sygdom blevet mindre tabubelagt, og flere borgere henvender sig til sundhedsvæsenet med psykiske problemstillinger.

Udover de borgere, som fremgår af registerdata, er der desuden en gruppe af borgere, som ikke er i berøring med det behandlingspsykiatriske system og derfor ikke fremgår af de tilgængelige registerdata. Det er borgere, som er sygemeldt på grund af stress eller depression, og som er i kontakt med deres praktiserende læge, privatpraktiserende psykiatere eller psykologer og kommunerne, fx via jobcentre. Derudover er kommunerne i kontakt med en gruppe af borgere med psykiske problemstillinger, som lider af en endnu ikke erkendt eller udiagnosticeret psykisk lidelse. Interviewene giver indtryk af, at opgaverne i relation til disse grupper er vokset i kommunerne. Om det er, fordi de er vokset

i antal, eller fordi fx beskæftigelseslovgivningen i dag stiller krav til aktivering af en gruppe borgere, som kommunerne tidligere ikke har haft så meget fokus på, er dog svært at vurdere.

Endelig bekræfter interviewene registerdata i den henseende, at flere borgere kæmper med mange og komplekse problemstillinger fx relateret til misbrug og kriminalitet.

9.2 Kortere indlæggelser og flere i ambulante behandling

Udover en markant stigning i antal patienter i behandling viser registeranalysen, at andelen af patienter, som indlægges, er faldet med ca. 30 procent i perioden 2000-2008. I samme periode er det samlede antal sengedage er faldet med ca. 20 procent, mens antallet af ambulante besøg er steget med 43 procent. For årene 2007 og 2008 er der foretaget en regional opdeling af aktiviteten, der viser, at der er tale om variationer på tværs af regionerne. Da der er tale om to år, er det imidlertid vanskeligt at sige noget om den generelle udvikling i de enkelte regioner i perioden 2000 til 2008. Antallet af færdigbehandlede sengedage er på landsplan faldet en smule fra 2007 til 2008, men i de enkelte regioner ses ikke noget tydeligt mønster.

Patienter med organiske inkl. symptomatiske lidelser, skizofrene lidelser og affektive lidelser er nogle af de patientgrupper, hvor der er sket et markant fald i forbruget af sengedage. Samtidig er en del af faldet i den stationære aktivitet dog blevet substitueret af en stigning i den ambulante aktivitet. Når man ser på forbruget af sengedage, lægger patienter med skizofreni imidlertid beslag på langt flere sengedage end de øvrige diagnosegrupper. Dernæst kommer patienter med henholdsvis affektive lidelser og dobbeltdiagnoser, mens nervøse og stressrelaterede lidelser kun lægger beslag på ca. 4 procent af det samlede antal sengedage. På det ambulante område lægger de skizofrene patienter beslag på ca. en tredjedel af alle ambulante besøg. Andre store grupper er her patienter med affektive lidelser, patienter med nervøse og stressrelaterede lidelser, patienter med forstyrrelser i personlighedsstruktur og patienter med dobbeltdiagnoser.

9.3 Opgaveudviklingen i kommunerne

Det er på baggrund af registeranalyserne af aktiviteten i den regionale behandlingspsykiatri ikke muligt at sige noget om, hvad det konkret har af betydning for de kommunale opgaver. De borgere, som fylder i den regionale behandlingspsykiatri, er ikke nødvendigvis dem, der fylder i den kommunale socialpsykiatri eller i jobcentrene. Der er dog flere af de udviklingstræk, som viser sig inden for den regionale psykiatri, som ifølge interviewene også har betydning for udviklingen i kommunale opgaver. Disse udviklingstræk er:

- ◆ En stærk stigning i antallet af patienter i behandling for psykiatrisk lidelse.
- ◆ Et fald i det samlede antal sengedage på ca. 20 procent.
- ◆ Markant kortere gennemsnitlige indlæggelsestider.
- ◆ Flere patienter som behandles ambulante.
- ◆ En stigning i antallet af skadestuebesøg.

Dette gælder især inden for nogle af de store diagnosegrupper – de skizofrene patienter, patienter med affektive lidelser, patienter med organiske inkl. symptomatiske psykiske lidelser, patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande samt patienter med misbrugsdiagnoser.

Interviewene peger på, at de korte indlæggelser primært giver flere opgaver i kommunerne og særligt i socialpsykiatrien i relation til borgere med svære psykiske problemstillinger. Selv når behandlingspsykiatrien vurderer, at denne gruppe borgere ikke længere er indlæggelseskrævende, er de langt fra raske. De kan ofte ikke klare sig i eget hjem, og interviewene giver indtryk af, at kommunerne lige nu er pressede i forhold til at skabe midlertidige og døgnbemandede botilbud og bostøtte til borgere, som bliver udskrevet fra de psykiatriske hospitaler. Desuden fylder den medicinske behandling samt omsorg og støtte for borgere i eget hjem også mere i den kommunale social-psykiatri i takt med de kortere indlæggelser og flere borgere i ambulans behandling.

Borgere med retspsykiatriske domme og borgere med misbrug er også nogle af de grupper, som i interviewene bliver beskrevet som stigende i omfang og som nogle af de grupper, hvor kommunerne har fået flere og sværere opgaver. Udover et vist sammenfald mellem de to grupper udfordrer de kommunerne på samme måde, idet der er behov for et særligt risikovilligt, kompetent og erfarent personale og ofte også dobbeltdækning.

Udviklingen i behandlingspsykiatriens aktivitet påvirker, ifølge interviewene, også opgaverne i de øvrige kommunale tilbud, herunder jobcentre. I takt med at flere af de sværest psykisk syge overgår til socialpsykiatrien, er socialpsykiatrien nødt til at fraprioritere borgere med mindre komplekse problemstillinger. De øvrige kommunale tilbud, herunder jobcentre, får derfor også et større ansvar for en gruppe af borgere med psykiske problemstillinger, nemlig dem med færre eller lettere problemstillinger. Der er altså både tale om en større målgruppe, og om at målgrupperne forskydes over sektorgrænserne både inden for det kommunale system og fra regionerne til kommunerne.

9.4 Uklare begreber og sektorgrænser

Analysen af udviklingen i sygeplejeopgaver på det somatiske område (9), som blev gennemført af DSI i 2009, peger på tre typer af opgaveudvikling: opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning (jf. tabel 1).

Tabel 1: Typer af opgaveforandring på det somatiske område udarbejdet på baggrund af analyse af udvikling i hjemmesygeplejens opgaver (9)

| Forandringstyper | Primære drivere |
|------------------|---|
| Opgaveændring | Nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi |
| Opgaveøgning | Demografi, sygdomsbillede, behandlingsmuligheder, flere med multiple sygdomme |
| Opgaveglidning | Korte indlæggelser, sygehuse konverterer til ambulans aktivitet |

Vinge & Kilsmark skriver, at de tre typologier foregår samtidigt og påvirker hinanden gensidigt. Fx er opgaveglidning en konsekvens af både opgaveøgning og opgaveændring kombineret med nedlagte sengepladser, kortere indlæggelsesforløb og mere ambulans aktivitet.

Denne typologi beskriver i store træk også den udvikling, som sker på det psykiatriske område, hvor netop sygdomsudvikling, typen af aktiviteter i behandlingspsykiatrien og nye tilgange til behandling, pleje mm. medvirker til, at opgaverne vokser og forandrer sig i kommunerne.

Både jobcenterchefer, socialpsykiatrichefer og repræsentanter for behandlingspsykiatrien er i store træk enige i, at bevægelsen væk fra de meget lange indlæggelser på psykiatriske hospitaler er god. Der er også i store træk enighed om, at det betyder, at nogle opgaver flytter fra hospitalerne til kommunerne. Opgaveglidning er altså både uundgåeligt og vid udstrækning en positiv udvikling. Der, hvor

opgaveglidning bliver uhensigtsmæssig for kommunerne, er, når arbejdsdelingen ikke er planlagt, og – som nogle af interviewpersoner antyder – udelukkende bliver defineret af regionerne.

Vinge & Kilsmark skriver bl.a., at der på det somatiske område er et behov for:

"... at definere en sektorgrænse. Både så medarbejderne i de to sektorer har de fornødne kompetencer og den fornødne viden, kapacitet og tilgængelighed, så sektorovergangen kan forløbe hensigtsmæssigt for patienterne og for at styre økonomien i et system, hvor pengene ikke følger patienterne". (9)

Videre pointerer de dog, at det kræver en fælles konsensus om begreber som 'færdigbehandlet' og 'hensigtsmæssige indlæggelser'. Disse begreber er til fortsat debat på det somatiske område, og – som interviewene i denne undersøgelse viser – er også til debat på det psykiatriske område. Desuden er de to parter ikke fuldstændigt enige om, hvilke dele et samlet forløb skal bestå af.

Behandlingspsykiatrien oplever, at patienter, som ikke længere er indlæggelseskrævende, må vente på at blive udskrevet, fordi kommunerne ikke kan tilbyde akutte og døgnbemandede botilbud. Kommunerne oplever, at behandlingspsykiatrien udskriver patienter, som er for syge til at fungere uden massiv støtte. Desuden stiller behandlingspsykiatriens stigende fokus på ambulans behandling for store krav til borgerne, som kan have svært ved at tage ansvar for egen behandling, møde op til aftaler, og som har behov for hjælp på alle tider af døgnet – også udenfor ambulatoriernes sædvanlige åbningstid.

I kommunerne oplever man, at behandlingspsykiatrien har indskrænket sig til kun at fokusere på medicinsk behandling og har overladt terapi og rehabilitering til kommunerne. Omvendt oplever behandlingspsykiatrien, at der mangler psykiatrifaglig viden og viden om rehabilitering i kommunerne, særligt i relation til borgere med de sværeste og mest komplekse problemstillinger, dvs. dem med psykotiske lidelser, misbrug og/eller retslige forløb.

Behandlingspsykiatrien oplever, at kommunerne med et begreb som recovery opfinder nye begreber og metoder frem for at bygge videre på eksisterende viden og erfaringer om rehabilitering. Kommunerne oplever, at de gør brug af en vidensbase af høj faglig standard, men at de til gengæld har svært ved at følge med det stigende pres på de tilbud, hvor kommunen har mulighed for at hjælpe borgeren tilbage til et selvstændigt liv i egen bolig, fx bostøtte og kontaktpersonordningerne.

Kommunerne oplever, at de i stigende grad skal forholde sig til og tage medansvar for borgernes medicinske behandling, i takt med at flere borgere selv skal håndtere medicin udenfor hospitalerne. Behandlingspsykiatrien frygter dobbeltbehandling og fejlbehandling.

Kommunerne arbejder som udgangspunkt ud fra et nærhedsprincip, hvor borgere kan bo, modtage aktivitets- og beskæftigelsestilbud og anden socialpsykiatrisk indsats i lokalmiljøet. Behandlingspsykiatrien udfordrer til gengæld kommunernes muligheder for at samle de specialiserede kompetencer i kommunerne. Behandlingspsykiatrien diskuterer desuden, om et liv i egen bolig skal være målsætningen for alle borgere med psykiske lidelser. Spørgsmålet er, om der er behov for et etablere en type tilbud, som kan styrke overgangen fra behandlingspsykiatri til socialpsykiatri ved at samle specialiserede kompetencer. Dette kræver imidlertid også, at kommunerne forlader princippet om nærhed til borgernes lokalmiljø og slår sig sammen eller evt. køber denne ydelse af regionerne.

Der er altså både uenighed om, hvad er der nødvendig viden og kompetencer, og forskellig opfattelse af, hvilke tilbud der mangler – og ikke mindst hvor de mangler. En forudsætning for at placere borgerne de rigtige steder, dvs. der, hvor kompetencer og ressourcer er til rådighed, er altså, at kommuner og regioner bliver enige om ikke bare at definere, hvornår en borger er færdigbehandlet og indlæg-

gelseskrævende, men også – og måske især fordi kommuner og regioner repræsenterer henholdsvis en socialfaglig og sundhedsfaglig tradition – at definere begreber som fx pleje, behandling og rehabilitering/recovery. Hvad består de enkelte opgaver af, og hvem kan og skal løfte dem? Desuden fremgår det af interviewene, at der er et behov for at overveje, om kommuner og regioner i højere grad skal dele ansvaret for nogle typer af opgaver, end det er tilfældet nu, fx rehabilitering og udslusningstilbud for de sværest psykisk syge.

9.5 Organisatorisk gennemsigthed og koordinering af en samlet indsats

Interviewene peger på, at uklare sektorgrænser mellem kommunerne og regioner også skal ses i lyset af et gensidigt dårligt kendskab til hinandens tilbud og organisation. I denne undersøgelse har vi fokuseret på jobcentre og socialpsykiatri, men i kommunerne er ældreområdet, børne- og fx børn- og ungeområdet, misbrugsområdet og skoleområdet også væsentlige medspillere i relation til borgere med psykiske lidelser. I regionerne indgår fx sengeafdelinger, ambulatorier, distriktskykiatri og opsøgende psykoseteams på forskellige tider i behandlingsforløbet. Samlet set er borgere med psykiske problemstillinger altså ofte i kontakt med op til flere aktører både i kommuner og regioner, hvis opgaver er defineret af både Sundhedsloven, Serviceloven og beskæftigelseslovgivningen.

Ansvaret for borgere med psykiske lidelser er altså spredt på mange hænder, og det stiller selvsagt krav til koordinering af indsatser både internt i kommunerne og imellem kommunale og regionale aktører. Desuden er kommunerne organiseret forskelligt med forskellige tilbud og kompetenceniveauer, hvilket komplicerer overblikket yderligere. Spørgsmålet er altså både, hvem der har overblikket over det samlede antal aktører, og hvem der har overblikket over den enkelte borgers forløb? Ansvarsfordelingen er i udgangspunktet klar, men især for borgere med flere og komplekse problemstillinger bliver grænserne udfordret. I praksis møder behandlingspsykiatrien fx borgere med behov for sociale ydelser, og socialpsykiatrien møder borgere med behov for psykiatrisk behandling, og begge parter arbejder helt eller delvist i borgerens nærmiljø og hjem.

Af interviewene fremgår det desuden, at både regionale og kommunale medarbejdere har svært ved at gennemskue den anden parts organisation og ansvarsfordeling: hvem tager sig af hvilke opgaver generelt og i relation til konkrete borgere? Nogle af svarene på disse spørgsmål fremgår af sundhedsaftaler og samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner. Ifølge interviewene har disse aftaler dog endnu ikke fuldt ud fungeret som et redskab til at sikre et tættere kendskab og samarbejde de to parter imellem.

9.6 Dokumentation i kommunerne

Denne undersøgelse peger som nævnt på, at opgaveudviklingen i kommunerne både er præget af opgaveglidning, opgaveændring og opgaveøgning. Kommunernes dokumentation af denne udvikling er desværre mangelfuld, og i denne undersøgelse er undersøgelsen af opgaveudviklingen derfor baseret på interview med erfarne ledere på området. Interview kan imidlertid ikke dokumentere antal og omfang af opgaver, men belyse, hvilke typer af opgaver der er kommet til i kommunerne, og give et bud på hvilke opgaver kommunerne skal løse i fremtiden. Dokumentation er ikke en ukendt aktivitet i kommunerne, men en af kommunernes udfordringer i relation til at dokumentere opgaverne på psykiatriområdet er netop, at opgaverne er fordelt over flere kommunale forvaltninger. Hvis kommunerne skal lave en samlet opgørelse over, hvilke og hvor mange opgaver de udfører, vil de altså skulle indsamle dokumentation spredt over flere forvaltninger.

En mere systematisk og samlet dokumentation kunne komplementere regionernes opgørelser over borgere med psykiske lidelser og aktivitet i relation til målgruppen: hvilke opgaver løser kommunerne i relation til hvilke grupper af borgere? Det vil formentlig både kunne hjælpe kommunerne til at dokumentere opgaveglidning og kaste lys over, om nogle typer af opgaver ikke bliver løst eller løst af flere parter, fx om rehabiliteringsindsatsen er gået tabt, som behandlingspsykiatrien antyder i interviewene, eller om kommunerne er i gang med at løse opgaver, som reelt hører til i behandlingspsykiatrien.

9.7 Konklusion: Udfordringerne og bud på løsninger

En samlet konklusion på denne undersøgelse er, at det kommunale psykiatriområde er et område i udvikling med mange nye opgaver, nye målgrupper og udfordringer, som kommunerne bør være opmærksomme på i den fremtidige tilrettelæggelse af området. Disse udfordringer er:

- ◆ Flere borgere med psykiske problemstillinger, som har behov for hjælp både behandlings- og socialpsykiatrien, jobcentrene samt flere af de øvrige kommunale forvaltninger.
- ◆ Flere unge med psykiske problemstillinger.
- ◆ Flere borgere med mere end én psykisk problemstilling samt psykiske problemstillinger kombineret med misbrug og kriminalitet.
- ◆ Kortere indlæggelser på sygehusene og meget syge borgere i kommunerne.
- ◆ Borgere med psykiske problemstillinger er i berøring med mange aktører både indenfor og udenfor kommunerne – et stort behov for koordinering, hvis der skal skabes sammenhængende forløb for den enkelte borger.
- ◆ Uenighed om faglige begreber mellem behandlings- og socialpsykiatri.
- ◆ Sektorgrænserne mellem kommuner og regioner er uklare både hvad angår roller og opgaver på trods af relativt klare aftaler formuleret i sundheds- og samarbejdsaftaler.
- ◆ Den kommunale dokumentation er på nationalt niveau mangelfuld og kan ikke medvirke til at dokumentere hverken opgaveglidning, opgaveændring eller opgaveøgning.

I interviewene har både ledere af socialpsykiatrien og jobcentrene i kommunerne samt repræsentanter fra behandlingspsykiatrien givet deres bud på relevante løsninger. Undersøgelse giver anledning til at påpege følgende løsninger:

- ◆ Tydelige aftaler om sektoransvar: Sundhedsaftalerne skal virke også blandt frontmedarbejdere.
- ◆ Flere tilbud til borgere, som bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital: Midlertidige/akutte botilbud, døgnbemandede tilbud (botilbud, væresteder, krisetelefoner).
- ◆ Flere specialistkompetencer i kommunerne: Viden om sygdomme, medicinsk behandling, rehabilitering, borgere med komplekse problemstillinger mm.
- ◆ Kommunal udviklingsstrategi, herunder:
 - Hvordan kan kommunerne organisere sig på en måde, som afspejler borgernes behov for koordinering og sammenhæng?
 - Kan og skal kommunerne alene påtage sig ansvaret for alle grupper af borgere med psykiske problemstillinger eller i højere grad udvikle tilbud flere kommuner sammen eller i samarbejde med regionerne?

- ◆ Samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommuner og kommunale forvaltninger, som kan belyse, hvilke og hvor mange opgaver kommunerne løser, og hvem der løser opgaver i relation til borgere med psykiske problemstillinger.

Litteratur

- 1) KL, Danske Regioner, Indenrigs- og socialministeriet. Status for kommunalreformens gennemførelse - 2009. København: Indenrigs- og Socialministeriet; 2009.
- 2) Nordentoft M, Mortensen PB. Folkesundhedsrapporten 2007; kap 8 Psykiske lidelser og Selvmordsadfærd. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- 3) Jørgensen J. Kommunal psykiatri under hårdt pres. Momentum 2009. Available from: URL: <http://www.kl.dk/Dokumenter/Artikler/JJR/2009/09/Kommunal-psykiatri/>
- 4) Kudahl S, Jørgensen J. Psykisk syge udskrives for tidligt. Momentum 2009. Available from: URL: <http://www.kl.dk/Artikler/63424/2009/09/Psykisk-syge-udskrives-for-tidligt/>
- 5) Danske Regioner. En psykiatri i verdensklasse. På vej dertil. København: 2009.
- 6) Bastholm A, Aalling K, Rezagi J. Hvad vil politikerne med psykiatrien? Jyllands-Posten 2010 Jul 19.
- 7) Fall Nielsen H, Bitsch A. Psykisk syge udskrives før tid. Jyllands Posten 2010 Aug 6.
- 8) Kudahl S, Jørgensen J. Kommuner: Glem ikke socialpsykiatrien. Momentum 2009. Available from: URL: <http://www.kl.dk/Artikler/63422/2009/09/Kommuner-Glem-ikke-socialpsykiatrien/>
- 9) Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske abalyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 10) LBK nr. 1076 af 24/09/2010.
- 11) Bratbo J. Socialpsykiatrien - historisk set, og hvordan definerer vi den i dag? 2010.
- 12) LBK nr. 1428 af 14/12/2009.
- 13) LBK nr. 731 af 15/06/2010.
- 14) LBK 913 af 13/10/2002. 2007.
- 15) Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykotiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. 2001.
- 16) Søgaard HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Regionspsykiatrien Herning; 2007.
- 17) NetPsykiater.dk. Psykiatrisk Ordbog. 2010.
- 18) Danske Regioner. Fakta om retspsykiatri. København: 2010.

Bilag 1: Metode

Registeranalysen

I registeranalysen undersøges udviklingen i antal patienter, som modtager behandling i den regionale behandlingspsykiatri i perioden 2000 til 2008, samt hvorvidt omfanget af opgaver (aktivitet) er steget i den regionale psykiatri, og/eller om der er sket væsentlige ændringer i de opgaver, som varetages for alle patienter under ét og opdelt på diagnoser.

Ændringer i opgaver er vurderet ud fra, om der sker ændringer i henholdsvis den ambulante aktivitet og den stationære aktivitet og fordelingen mellem de to typer af aktiviteter samt omfanget af aktiviteten for forskellige patient/diagnosegrupper set i forhold til den samlede aktivitet for alle patienter.

Aktiviteten opgøres på samlede antal sengedage, ambulante besøg, skadestuebesøg samt opgjort pr. patient (henholdsvis pr. indlagt patient og ambulans patient). Endelig ses der på den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. patient. Denne er i bilagene opgjort pr. indlagt patient, mens den i figurer i notatet er opgjort pr. indlæggelse. Endvidere ses der på, hvorvidt der er sket ændringer i andelen af patienter, som indlægges, herunder om der er patientgrupper (diagnosegrupper), som over tid fylder mere i forhold til andre patientgrupper målt ved andelen af det samlede antal sengedage. Aktivitetsdata suppleres med en opgørelse af kapacitet i den regionale psykiatri målt ved antal normerede senge samt med kommunale data om kommunernes udgifter til færdigbehandlede patienter med psykisk diagnose.

Data stammer fra Psykiatrisk Centralregister.

Interviewundersøgelsen

Der er gennemført fire fokusgruppeinterview med i alt 14 ledere af det kommunale psykiatriområde (to fokusgrupper), fem ledere af kommunale jobcentre eller sygedagpengeteams og seks repræsentanter (primært på ledelsesniveau) for behandlingspsykiatrien, herunder både psykiatere og sygeplejersker. Interviewene blev gennemført i august 2010.

Deltagerne er indkaldt via en skriftlig henvendelse til henholdsvis kommuner og psykiatriske hospitaler, hvor der blev lagt vægt på, at deltagerne havde:

- ◆ Erfaring indenfor området, gerne syv til ti år eller mere.
- ◆ Kendskab til opgavevaretagelsen indenfor eget område.
- ◆ Overblik over, hvordan en borgersag forløber.
- ◆ Kendskab til drifts- og styringsvilkår, planlægning og samarbejde mellem sektorer.

I invitationen af jobcenterchefer blev det pointeret, at det var væsentligt, at deltagerne havde kendskab til problemstillinger forbundet med mennesker med psykiske problemstillinger. Desuden blev der lagt vægt på, at deltagerne så vidt muligt repræsenterede hele landet.

KL stod for at indkalde og planlægge alle interview, og der var deltagelse fra en KL-medarbejder under alle interview.

Hvert interview varede ca. 2½ time og blev optaget på bånd, samtidig med at der blev taget referat undervejs. Referaterne blev efterfølgende renskrevet med udgangspunkt i båndoptagelsen og derefter analyseret. DSI har stået for gennemførelsen af interview, analyse og afrapportering.

Alle interview blev indledt med en præsentation af et udsnit af de konklusioner, som var fremkommet på baggrund af de indledende analyser af registerdata, samt hovedpointer fra den tidligere analyse af hjemmesygeplejerskers oplevelse af opgaveudvikling i kommunerne relateret til borgere med psykiske lidelser (9).

Strukturen for den efterfølgende del af interviewene forandrede sig undervejs. Første interview var med socialpsykiatrichefer og startede med en runde, hvor deltagerne dels præsenterede sig selv, dels beskrev de problemstillinger, som efter deres mening fyldte særligt meget på interviewtidspunktet. I denne runde fremkom kategorier af opgaver under forandring. Disse blev noteret på post-it sedler og placeret på en væg (se boks 4). Herefter blev deltagerne bedt om individuelt at konkretisere, hvilke nye opgaver der var kommet til inden for en tiårig periode under hver kategori. Desuden kunne deltagerne udvide listen af kategorier undervejs. Formålet var at sikre, at området blev dækket så bredt som muligt, og at det var deltagerne, som genererede listen over områder, hvor opgaverne var under udvikling. Herefter blev alle områder gennemgået i fællesskab med henblik på at uddybe de opgaver, som fremkom under hver kategori. Der blev desuden lagt vægt på at spørge ind til, hvorfor opgaverne havde forandret sig (fx om det var en konsekvens af udviklingen i behandlingspsykiatrien eller udvikling af nye metoder).

Andet interview med socialpsykiatrichefer tog udgangspunkt i samme metode, dog blev runden med aktuelle problemstillinger udeladt, og de samme kategorier blev genanvendt. Deltagerne i dette interview havde fortsat mulighed for at udvide med flere kategorier. Herefter var fremgangsmåden den samme.

I interviewet med jobcentercheferne tillod lokalet ikke den fælles brainstorming med post-it sedler, og deltagerne blev i stedet som i det første interview med socialpsykiatrichefer bedt om at redegøre for de aktuelle problemstillinger, som optog dem mest. Det førte også til en række kategorier af opgaver under forandring, herunder opgaver relateret til bestemte psykiske lidelser, opgaver relateret til samarbejde og organisering samt opgaver relateret til nødvendige kompetencer i jobcentrene.

Formålet med interviewet af repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien var at få indblik i, hvordan deres opgaver har forandret sig over en tiårig periode, og hvad der har drevet denne udvikling. Desuden var formålet at få indsigt i behandlingspsykiatriens forventninger til de kommunale aktører på psykiatriområdet. Dette interview blev gennemført som et almindeligt gruppeinterview med udgangspunkt i ovenstående kategorier.

Bilag 2: Diagnosekoder

| |
|---|
| <p>00-09 Organiske psykiske lidelser inkl. de symptomatiske lidelser</p> <p>F00.0 Demens ved Alzheimers sygdom F01 Vaskulær demens F02 Demens ved andre sygdomme F03 Demens, uspecificeret F04 Organisk anamnestisk syndrom, ikke fremkaldt af misbrug F05 Delir, ikke fremkaldt af misbrug F06 Andre psykiske lidelser forårsaget af hjernebeskadigelse F07 Personligheds- eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af sygdom eller dysfunktion af hjernen F09 Organisk sindslidelse, uspecificeret</p> |
| <p>F 10-19 Sindslidelser som følge af misbrug af alkohol eller stoffer</p> <p>F10 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af alkohol F11 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af opioider (narkotika) F12 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af cannabinoider (hash) F13 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af beroligende medicin eller sovemedicin F14 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af kokain F15 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af andre centralstimulerende stoffer inkl. koffein F16 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af hallucinogener F17 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af tobak F18 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af flygtige opløsningsmidler F19 Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af blandingsmisbrug</p> |
| <p>F 20-29 Psykoserne specielt skizofreni</p> <p>F20 Skizofreni F21 Skizotypisk sindslidelse F22 Paranoide psykoser (kroniske vedvarende) F23 Akutte og forbigående psykoser F24 Induceret psykose F25 Skizoaffektive psykoser F28 Anden non-organisk psykose F29 Non-organisk psykose, uspecificeret</p> |
| <p>F 30-39 Affektive lidelser</p> <p>F30 Manisk enkeltepisode F31 Bipolar affektiv sindslidelse F32 Depressiv enkeltepisode F33 Tilbagevendende (periodisk) depression F34 Vedvarende (kroniske) affektive tilstande F38 Andre affektive sindslidelser eller tilstande F39 Affektiv sindslidelse eller tilstand, uspecificeret</p> |
| <p>F 40-49 Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer</p> <p>F40 Fobiske angsttilstande F41 Andre angsttilstande F42 Obsessiv-kompulsiv tilstand F43 Reaktion på svær belastning, tilpasningsreaktioner F44 Dissociative tilstande eller forstyrrelser F45 Somatoforme tilstande F48 Andre nervøse tilstande</p> |
| <p>F 50-59 Adfærdændringer forbundne med fysiske og fysiologiske faktorer</p> <p>F50 Spiseforstyrrelser F51 Non-organiske søvnforstyrrelser F52 Non-organiske seksuelle funktionsforstyrrelser F53 Psykiske forstyrrelser forbundet med barsel, ikke klassificeret andetsteds F54 Psykiske faktorer forbundet med sygdomme, klassificeret andetsteds F55 Misbrug af ikke-afhængighedsskabende stoffer F59 Adfærdændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, uden specifikation</p> |

F 60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd

- F60 Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen
- F61 Forstyrret personlighedsstruktur, blandet og anden type
- F62 Non-organisk personlighedsændring
- F63 Vane- og impulshandlinger (patologiske)
- F64 Kønsidentitetsforstyrrelse
- F65 Seksuelle afvigelser
- F66 Seksuelle udviklings- og orienteringsforstyrrelser
- F68 Andre forstyrrelser af personlighed og adfærd
- F69 Forstyrrelser af personlighed og adfærd, uspecificeret

F 70-79 Mental retardering (åndssvaghed)

- F70 Mental retardering af lettere grad
- F71 Mental retardering af middel grad
- F72 Mental retardering af sværere grad
- F73 Mental retardering af sværeste grad
- F78 Mental retardering af anden grad
- F79 Mental retardering, uspecificeret

F 80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser

- F80 Specifikke udviklingsforstyrrelser af tale og sprog
- F81 Specifikke udviklingsforstyrrelser af skolefærdigheder
- F82 Specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder
- F83 Blandet udviklingsforstyrrelse
- F84 Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- F88 Andre udviklingsforstyrrelser
- F89 Psykisk udviklingsforstyrrelse uspecificeret

F 90-98 Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået før voksenalderen

- F90 Hyperkinesiske forstyrrelser/DAMP
- F91 Adfærdsforstyrrelser
- F92 Blandet adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse
- F93 Emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen
- F94 Sociale funktionsforstyrrelse før voksenalderen
- F95 Tics
- F98 Andre forstyrrelse opstået før voksenalderen

F 99 Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret. Faktorer af betydning for helbredstilstanden og kontakt med sundhedsvæsen

- Z00.4 Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
- Z03.2 Observation ved mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
- Z03.9 Observation ved mistanke om sygdom, uden specifikation
- Z04.6 Psykiatrisk undersøgelse og observation begæret af myndighederne
- Z04.60 Retspsykiatrisk undersøgelse
- Z04.61 Dom til behandling
- Z04.62 Dom til anbringelse
- Z04.63 Civilretslig undersøgelse
- Z04.64 Socialretslig undersøgelse
- Z04.68 Anden retslig undersøgelse eller foranstaltning
- Z04.69 Uspecificeret
- Z31.5 Genetisk rådgivning
- Z73.1 Accentuerede personlighedstræk
- Z73.2 Mangel på hvile og fritid

Bilag 3: Oversigtstabeller – landsplan

Noter til tabeller:

1) Tabel 1: Antallet af ambulante patienter i alt er formentlig overvurderet, da patienter, der har modtaget behandling for flere diagnoser, tæller flere gange.

2) Summen af patienter i alt, indlagte patienter og ambulante patienter i tabel 2-15 er større end i tabel 1, da en patient kan have været i kontakt med de psykiatriske sygehuse med mere end én diagnose.

| Tabel 1: Alle diagnoser | | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|-----------------------------|
| Patientgruppe | År | | ændring i % | andel af landspatienter i % |
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 81.708 | 116.331 | 42% | 100% |
| Antal indlagte patienter | 25.147 | 24.619 | -2% | 100% |
| Ambulante patienter (kun ambulat behandlet) | 50.611 | 83.582 | 65% | 100% |
| Ambulante patienter i alt | 85.940 | 100.643 | 17% | 100% |
| Antal sengedage i alt | 1.406.932 | 1.138.346 | -19% | 100% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 55,95 | 46,24 | -17% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,39 | 1,47 | 6% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 543.497 | 778.625 | 43% | 100% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulat patient | 6,49 | 8,05 | 24% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 41.594 | 47.600 | 14% | 100% |

| Tabel 2: Organiske incl. symptomatiske psykiske lidelser (F00-F09) | | | | |
|---|---------|--------|-------------|-----------------------------|
| Patientgruppe | År | | ændring i % | andel af landspatienter i % |
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 10.787 | 14.237 | 32% | 12% |
| Antal indlagte patienter | 2111 | 1614 | -24% | 7% |
| Ambulante patienter i alt | 9875 | 13284 | 35% | 16% |
| Antal sengedage i alt | 105.206 | 59.354 | -44% | 4% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 49,84 | 36,77 | -26% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,3 | 1,37 | 5% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 29.705 | 34.051 | 15% | 4% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulat patient | 3,01 | 2,56 | -15% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 859 | 872 | 2% | 2% |

| Tabel 3: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller psykoaktive stoffer (F10-F19) | | | | |
|---|--------|--------|-------------|-----------------------------|
| Patientgruppe | År | | ændring i % | andel af landspatienter i % |
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 10.501 | 8.570 | -18% | 7% |
| Antal indlagte patienter | 4433 | 3882 | -12% | 16% |
| Ambulante patienter i alt | 8694 | 2926 | -66% | 4% |
| Antal sengedage i alt | 92.183 | 45.540 | -51% | 3% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 20,79 | 11,73 | -44% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,48 | 1,51 | 2% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 29.608 | 13.674 | -54% | 2% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulat patient | 3,41 | 4,67 | 37% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 10.144 | 9.221 | -9% | 20% |

Tabel 4: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (F20-F29)

| Patientgruppe | År | | ændring i % | andel af landspatienter i % |
|--|---------|---------|-------------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 19.148 | 21.857 | 14% | 19% |
| Antal indlagte patienter | 7699 | 7393 | -4% | 30% |
| Ambulante patienter i alt | 17023 | 19410 | 14% | 23% |
| Antal sengedage i alt | 644.367 | 491.652 | -24% | 36% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 83,69 | 66,50 | -21% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,86 | 2,06 | 11% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 200.616 | 255.571 | 27% | 31% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 11,78 | 13,17 | 12% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 10.703 | 10.275 | -4% | 22% |

Tabel 5: Affektive sindslidelser (F30-F39)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|---------|---------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 20.400 | 26.932 | 32% | 23% |
| Antal indlagte patienter | 6735 | 7047 | 5% | 29% |
| Ambulante patienter i alt | 18588 | 22375 | 20% | 27% |
| Antal sengedage i alt | 323.996 | 281.336 | -13% | 21% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 48,11 | 39,92 | -17% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,5 | 1,61 | 7% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 109.323 | 183.173 | 68% | 22% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 5,88 | 8,19 | 39% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 6.521 | 8.137 | 25% | 17% |

Tabel 6: Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer (F40-F49)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|--------|--------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 15.807 | 22.842 | 45% | 20% |
| Antal indlagte patienter | 3200 | 3892 | 22% | 16% |
| Ambulante patienter i alt | 14106 | 15390 | 9% | 18% |
| Antal sengedage i alt | 58.860 | 58.138 | -1% | 4% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 18,39 | 14,94 | -19% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,18 | 1,21 | 3% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 59.514 | 95.357 | 60% | 11% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 4,22 | 6,20 | 47% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 5.869 | 8.700 | 48% | 19% |

Tabel 7: Adfærdssændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|--------|--------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 2.158 | 3.490 | 62% | 3% |
| Antal indlagte patienter | 261 | 329 | 26% | 1% |
| Ambulante patienter i alt | 2082 | 3413 | 64% | 4% |
| Antal sengedage i alt | 23.958 | 26.825 | 12% | 2% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 91,79 | 81,53 | -11% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,56 | 1,61 | 3% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 16.261 | 40.496 | 149% | 5% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 7,81 | 11,87 | 52% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 139 | 184 | 32% | 0% |

Tabel 8: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder (F60-F69)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|--------|--------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 7.808 | 8.363 | 7% | 7% |
| Antal indlagte patienter | 1872 | 1634 | -13% | 7% |
| Ambulante patienter i alt | 6917 | 7236 | 5% | 9% |
| Antal sengedage i alt | 79.067 | 51.832 | -34% | 4% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 42,24 | 31,72 | -25% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,61 | 1,84 | 14% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 56.084 | 74.889 | 34% | 9% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 8,11 | 10,35 | 28% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 2.375 | 2.055 | -13% | 4% |

Tabel 9: Mental retardering - åndsvaghed (F70-F79)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|-------|-------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 1.386 | 2.531 | 83% | 2% |
| Antal indlagte patienter | 108 | 152 | 41% | 1% |
| Ambulante patienter i alt | 1331 | 2393 | 80% | 3% |
| Antal sengedage i alt | 3.303 | 4.737 | 43% | 0% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 30,58 | 31,16 | 2% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,45 | 1,64 | 13% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 4.712 | 5.698 | 21% | 1% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 3,54 | 2,38 | -33% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 193 | 223 | 16% | 0% |

Tabel 10: Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-F89)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|-------|--------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 2.250 | 4.919 | 119% | 4% |
| Antal indlagte patienter | 116 | 209 | 80% | 1% |
| Ambulante patienter i alt | 2178 | 4817 | 121% | 6% |
| Antal sengedage i alt | 8.781 | 11.333 | 29% | 1% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 75,70 | 54,22 | -28% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,41 | 1,44 | 2% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 9.242 | 18.511 | 100% | 2% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 4,24 | 3,84 | -9% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 78 | 115 | 47% | 0% |

Tabel 11: Adfærds- og føleesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (F90-F98)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|--------|--------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 3.097 | 10.221 | 230% | 9% |
| Antal indlagte patienter | 186 | 370 | 99% | 2% |
| Ambulante patienter i alt | 2977 | 9928 | 233% | 12% |
| Antal sengedage i alt | 9.431 | 12.174 | 29% | 1% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 50,70 | 32,90 | -35% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,25 | 1,29 | 3% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 12.213 | 36.540 | 199% | 4% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 4,10 | 3,68 | -10% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 74 | 422 | 470% | 1% |

Tabel 12: Psykisk lidelse uden specifikation (F99)

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|-------|-------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 1.840 | 3.119 | 70% | 3% |
| Antal indlagte patienter | 70 | 203 | 190% | 1% |
| Ambulante patienter i alt | 1698 | 1396 | -18% | 2% |
| Antal sengedage i alt | 1.535 | 3.085 | 101% | 0% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 21,93 | 15,20 | -31% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,04 | 1,06 | 2% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 2.147 | 5.337 | 149% | 1% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 1,26 | 3,82 | 202% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 1.587 | 1.995 | 26% | 4% |

Tabel 13: X-Diagnoser- Selvmord

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|-------|-------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 374 | 724 | 94% | 1% |
| Antal indlagte patienter | 291 | 278 | -4% | 1% |
| Ambulante patienter i alt | 116 | 339 | 192% | 0% |
| Antal sengedage i alt | 4.164 | 3.010 | -28% | 0% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 14,31 | 10,83 | -24% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,09 | 1,09 | 0% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 308 | 1.279 | 315% | 0% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 2,66 | 3,77 | 42% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 42 | 232 | 452% | 0% |

Tabel 14: Dobbeldiagnoser- Misbrug

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--|---------|---------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Antal patienter i alt | 7.741 | 11.070 | 43% | 10% |
| Antal indlagte patienter | 3774 | 4719 | 25% | 19% |
| Ambulante patienter i alt | 5555 | 7166 | 29% | 9% |
| Antal sengedage i alt | 134.621 | 132.659 | -1% | 10% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 35,67 | 28,11 | -21% | - |
| Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,65 | 1,69 | 2% | |
| Antal ambulante besøg i alt | 45.834 | 72.457 | 58% | 9% |
| Antal ambulante besøg pr. ambulant patient | 8,25 | 10,11 | 23% | - |
| Antal skadestuebesøg i alt | 2.862 | 4.090 | 43% | 9% |

Tabel 15: Z-diagnose- Retslig

| Patientgruppe | År | | % | andel af landspatienter i % |
|--------------------------------------|---------|---------|------|-----------------------------|
| | 2000 | 2008 | | |
| Patienter i alt | 1.704 | 4.103 | 141% | 4% |
| Indlagte patienter | 1041 | 1757 | 69% | 7% |
| Ambulante patienter | - | - | | |
| Samlede antal sengedage | 126.330 | 178.720 | 41% | 13% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 121,35 | 101,72 | -16% | - |
| Ambulante besøg i alt | - | - | | - |
| Ambulante besøg pr. ambulant patient | - | - | | - |
| Skadestuebesøg | - | - | | - |

Bilag 4: Oversigtstabeller – regionsopdelt

Noter til tabeller:

1) Tabel 1: Antallet af ambulante patienter i alt er formentlig overvurderet, da patienter, der har modtaget behandling for flere diagnoser, tæller flere gange.

2) Summen af patienter i alt, indlagte patienter og ambulante patienter i tabel 2-15 er større end i tabel 1, da en patient kan have været i kontakt med de psykiatriske sygehuse med mere end én diagnose.

| Tabel 1: Alle diagnoser | | | | | |
|-------------------------|--|-----------------------|-----------|-------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Antal patienter i alt | 112.220 | 116.331 | 4% | |
| | Antal indlagte patienter | 24.504 | 24.619 | 0% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 79.616 | 83.583 | 5% | |
| | Ambulante patienter i alt | 101.568 | 107.809 | 6% | |
| | Antal sengedage i alt | 1.103.803 | 1.138.346 | 3% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 45,05 | 40,90 | -9% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,41 | 1,47 | 4% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 799.305 | 778.625 | -3% | |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 10,04 | 9,32 | -7% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | 105.798 | 47.600 | -55% | |
| | Region Nordjylland | Antal patienter i alt | 7.882 | 8.639 | 10% |
| | Antal indlagte patienter | 1846 | 1926 | 4% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 5.928 | 6.601 | 11% | |
| | Ambulante patienter i alt | 22.643 | 23.543 | 4% | |
| | Antal sengedage i alt | 99.956 | 103.089 | 3% | 9% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 54,15 | 53,52 | -1% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,21 | 1,23 | 2% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 53.010 | 52.979 | 0% | 7% |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 8,94 | 8,03 | -10% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | - | - | | |
| Region Midtjylland | Antal patienter i alt | 23.940 | 24.994 | 4% | 21% |
| | Antal indlagte patienter | 5.273 | 5.161 | -2% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 17.664 | 18.656 | 6% | |
| | Ambulante patienter i alt | 22.643 | 23.543 | 4% | |
| | Antal sengedage i alt | 178.701 | 187.132 | 5% | 16% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 33,89 | 36,26 | 7% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,44 | 1,49 | 3% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 142.604 | 138.836 | -3% | 18% |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 8,07 | 7,44 | -8% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | 7198 | 7540 | 5% | 16% |
| Region Syddanmark | Antal patienter i alt | 29.181 | 29.816 | 2% | 26% |
| | Antal indlagte patienter | 5.145 | 5.232 | 2% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 22.342 | 22.943 | 3% | |
| | Ambulante patienter i alt | 27.165 | 28.257 | 4% | |
| | Antal sengedage i alt | 193.888 | 199.581 | 3% | 18% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 37,68 | 38,15 | 1% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,39 | 1,41 | 1% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 179.646 | 171.869 | -4% | 22% |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 8,04 | 7,49 | -7% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | 9068 | 8852 | -2% | 19% |
| Region Hovedstaden | Antal patienter i alt | 37.298 | 38.509 | 3% | 33% |
| | Antal indlagte patienter | 9.005 | 9.036 | 0% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 23.304 | 24.579 | 5% | |
| | Ambulante patienter i alt | 30.071 | 32.722 | 9% | |
| | Antal sengedage i alt | 497.086 | 478.961 | -4% | 42% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 55,20 | 53,01 | -4% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,38 | 1,52 | 10% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 314.224 | 308.031 | -2% | 40% |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 13,48 | 12,53 | -7% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | 27315 | 27490 | 1% | 58% |
| Region Sjælland | Antal patienter i alt | 15.379 | 16.071 | 4% | 14% |
| | Antal indlagte patienter | 3.376 | 3.481 | 3% | |
| | Ambulante patienter (kun ambulantly behandlet) | 10.877 | 11.397 | 5% | |
| | Ambulante patienter i alt | 13.941 | 14.872 | 7% | |
| | Antal sengedage i alt | 134.172 | 132.054 | -2% | 12% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 39,74 | 37,94 | -5% | |
| | Antal indlæggelser pr. indlagt patient | 1,46 | 1,58 | 8% | |
| | Antal ambulante besøg i alt | 109.821 | 106.910 | -3% | 14% |
| | Antal ambulante besøg pr. ambulantly patient | 10,10 | 9,38 | -7% | |
| | Antal skadestuebesøg i alt | 4446 | 3718 | -16% | 8% |

| Tabel 2: Organiske incl. symptomatiske psykiske lidelser (F00-F09) | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------|--------|-------|-----------------------|-----|
| Region | Patientgruppe | År | | | Andel af i alt (2008) | |
| | | 2007 | 2008 | % | | |
| Danmark | Patienter i alt | 14.564 | 14.237 | -2% | | |
| | Indlagte patienter | 1722 | 1596 | -7% | | |
| | Ambulante patienter | 13600 | 13304 | -2% | | |
| | Samlede antal sengedage | 63.922 | 59.354 | -7% | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 37,12 | 36,77 | -1% | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,33 | 1,37 | 3% | | |
| | Ambulante besøg i alt | 37.121 | 34.051 | -8% | | |
| | Ambulante besøg pr ambulært patient | 2,73 | 2,56 | -6% | | |
| | Skadestuebesøg | 913 | 872 | -4% | | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 1.244 | 1.301 | 5% | 9% |
| Region Nordjylland | Indlagte patienter | 107 | 93 | -13% | | |
| | Ambulante patienter | 1196 | 1265 | 6% | | |
| | Samlede antal sengedage | 4.159 | 3.177 | -24% | 5% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 38,87 | 34,16 | -12% | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,20 | 1,18 | -2% | | |
| | Ambulante besøg i alt | 4.198 | 3.871 | -8% | 11% | |
| | Ambulante besøg pr ambulært patient | 3,51 | 3,06 | -13% | | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | | |
| | Region Midtjylland | Patienter i alt | 3.098 | 2.892 | -7% | 20% |
| | Region Midtjylland | Indlagte patienter | 320 | 319 | 0% | |
| Ambulante patienter | | 2947 | 2739 | -7% | | |
| Samlede antal sengedage | | 8.889 | 7.988 | -10% | 13% | |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 27,78 | 25,04 | -10% | | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,40 | 1,40 | 0% | | |
| Ambulante besøg i alt | | 7.393 | 6.490 | -12% | 19% | |
| Ambulante besøg pr ambulært patient | | 2,51 | 2,37 | -6% | | |
| Skadestuebesøg | | 96 | 121 | 26% | 14% | |
| Region Syddanmark | | Patienter i alt | 4.847 | 4.837 | 0% | 34% |
| Region Syddanmark | | Indlagte patienter | 299 | 294 | -2% | |
| | Ambulante patienter | 4695 | 4658 | -1% | | |
| | Samlede antal sengedage | 8.861 | 8.104 | -9% | 14% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 29,64 | 27,56 | -7% | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,33 | 1,36 | 2% | | |
| | Ambulante besøg i alt | 11.037 | 10.204 | -8% | 30% | |
| | Ambulante besøg pr ambulært patient | 2,35 | 2,19 | -7% | | |
| | Skadestuebesøg | 173 | 168 | -3% | 19% | |
| | Region Hovedstaden | Patienter i alt | 3.751 | 3.583 | -4% | 25% |
| | Region Hovedstaden | Indlagte patienter | 732 | 655 | -11% | |
| Ambulante patienter | | 3250 | 3129 | -4% | | |
| Samlede antal sengedage | | 34.227 | 28.459 | -17% | 48% | |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 46,76 | 43,45 | -7% | | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,27 | 1,39 | 9% | | |
| Ambulante besøg i alt | | 9.285 | 8.714 | -6% | 26% | |
| Ambulante besøg pr ambulært patient | | 2,86 | 2,78 | -3% | | |
| Skadestuebesøg | | 570 | 519 | -9% | 60% | |
| Region Sjælland | | Patienter i alt | 1.645 | 1.630 | -1% | 11% |
| Region Sjælland | | Indlagte patienter | 264 | 235 | -11% | |
| | Ambulante patienter | 1512 | 1513 | 0% | | |
| | Samlede antal sengedage | 7.786 | 7.329 | -6% | 12% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 29,49 | 31,19 | 6% | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,38 | 1,40 | 1% | | |
| | Ambulante besøg i alt | 5.208 | 4.772 | -8% | 14% | |
| | Ambulante besøg pr ambulært patient | 3,44 | 3,15 | -8% | | |
| | Skadestuebesøg | 74 | 64 | -14% | 7% | |

Tabel 3: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller psykoaktive stoffer (F10-F19)

| Region | Patientgruppe | År | | | Andel af i alt (2008) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------|-------|-----------------------|
| | | 2007 | 2008 | % | |
| Danmark | Patienter i alt | 8.889 | 8.570 | -4% | |
| | Indlagte patienter | 3819 | 3876 | 1% | |
| | Ambulante patienter | 3248 | 3265 | 1% | |
| | Samlede antal sengedage | 47.121 | 45.540 | -3% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 12,34 | 11,73 | -5% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,52 | 1,51 | -1% | |
| | Ambulante besøg i alt | 14.866 | 13.674 | -8% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 4,58 | 4,67 | 2% | |
| | Skadestuebesøg | 9.548 | 9.221 | -3% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 499 | 1.301 | 161% |
| Indlagte patienter | | 215 | 202 | -6% | |
| Ambulante patienter | | 681 | 690 | 1% | |
| Samlede antal sengedage | | 2.504 | 2.250 | -10% | 5% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 11,65 | 11,14 | -4% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,24 | 1,16 | -6% | |
| Ambulante besøg i alt | | 957 | 935 | -2% | 7% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 1,41 | 1,36 | -4% | |
| Skadestuebesøg | | - | - | | |
| Region Midtjylland | | Patienter i alt | 1.801 | 1.745 | -3% |
| | Indlagte patienter | 968 | 901 | -7% | |
| | Ambulante patienter | 681 | 690 | 1% | |
| | Samlede antal sengedage | 7.596 | 6.981 | -8% | 15% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 7,85 | 7,75 | -1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,57 | 1,59 | 1% | |
| | Ambulante besøg i alt | 2098 | 1886 | -10% | 14% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 3,08 | 2,73 | -11% | |
| | Skadestuebesøg | 1.579 | 1.599,00 | 1% | 17% |
| | Region Syddanmark | Patienter i alt | 2.164 | 2.087 | -4% |
| Indlagte patienter | | 805 | 801 | 0% | |
| Ambulante patienter | | 822 | 797 | -3% | |
| Samlede antal sengedage | | 8.383 | 7.827 | -7% | 17% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 10,41 | 9,77 | -6% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,45 | 1,38 | -5% | |
| Ambulante besøg i alt | | 3.175 | 2.441 | -23% | 18% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 3,86 | 3,06 | -21% | |
| Skadestuebesøg | | 1.976 | 1975 | 0% | 21% |
| Region Hovedstaden | | Patienter i alt | 3.430 | 3.351 | -2% |
| | Indlagte patienter | 1373 | 1505 | 10% | |
| | Ambulante patienter | 640 | 679 | 6% | |
| | Samlede antal sengedage | 24.393 | 24.569 | 1% | 54% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 17,77 | 16,32 | -8% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,57 | 1,57 | 0% | |
| | Ambulante besøg i alt | 5.881 | 6.053 | 3% | 44% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 9,19 | 8,91 | -3% | |
| | Skadestuebesøg | 5.350 | 5.157 | -4% | 56% |
| | Region Sjælland | Patienter i alt | 995 | 980 | -2% |
| Indlagte patienter | | 458 | 467 | 2% | |
| Ambulante patienter | | 424 | 409 | -4% | |
| Samlede antal sengedage | | 4.245 | 3.622 | -15% | 8% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 9,27 | 7,76 | -16% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,38 | 1,39 | 1% | |
| Ambulante besøg i alt | | 2.755 | 2.359 | -14% | 17% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 6,50 | 5,77 | -11% | |
| Skadestuebesøg | | 643 | 490 | -24% | 5% |

| Tabel 4: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (F20-F29) | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------|---------|-------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 21.819 | 21.857 | 0% | |
| | Indlagte patienter | 7320 | 7431 | 2% | |
| | Ambulante patienter | 21222 | 21571 | 2% | |
| | Samlede antal sengedage | 481.889 | 491.652 | 2% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 65,83 | 66,50 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,98 | 2,06 | 4% | |
| | Ambulante besøg i alt | 270.927 | 255.571 | -6% | |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 12,77 | 13,17 | 3% | |
| | Skadestuebesøg | 10.679 | 10.275 | -4% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 1.628 | 1.645 | 1% |
| Indlagte patienter | | 560 | 577 | 3% | |
| Ambulante patienter | | 3524 | 3467 | -2% | |
| Samlede antal sengedage | | 38.049 | 39.192 | 3% | 8% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 67,94 | 67,92 | 0% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,57 | 1,63 | 4% | |
| Ambulante besøg i alt | | 14.841 | 14.299 | -4% | 6% |
| Ambulante besøg pr ambulat patient | | 4,21 | 4,12 | -2% | |
| Skadestuebesøg | | - | - | | |
| Region Midtjylland | | Patienter i alt | 3.969 | 3.942 | -1% |
| | Indlagte patienter | 1330 | 1320 | -1% | |
| | Ambulante patienter | 3524 | 3467 | -2% | |
| | Samlede antal sengedage | 73.882 | 73.199 | -1% | 15% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 55,55 | 55,45 | 0% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 2,29 | 2,04 | -11% | |
| | Ambulante besøg i alt | 31.992 | 30.046 | -6% | 12% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 9,08 | 8,67 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | 1.708 | 1.704 | 0% | 17% |
| | Region Syddanmark | Patienter i alt | 4.235 | 4.399 | 4% |
| Indlagte patienter | | 1437 | 1515 | 5% | |
| Ambulante patienter | | 3768 | 3905 | 4% | |
| Samlede antal sengedage | | 82.478 | 80.529 | -2% | 16% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 57,40 | 53,15 | -7% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 2,20 | 2,00 | -9% | |
| Ambulante besøg i alt | | 52.250 | 49.191 | -6% | 19% |
| Ambulante besøg pr ambulat patient | | 13,87 | 12,60 | -9% | |
| Skadestuebesøg | | 2145 | 2077 | -3% | 20% |
| Region Hovedstaden | | Patienter i alt | 9.085 | 9.194 | 1% |
| | Indlagte patienter | 3058 | 3048 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 7822 | 8050 | 3% | |
| | Samlede antal sengedage | 239.992 | 231.895 | -3% | 47% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 78,48 | 76,08 | -3% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,77 | 2,03 | 15% | |
| | Ambulante besøg i alt | 142.431 | 134.086 | -6% | 52% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 18,21 | 16,66 | -9% | |
| | Skadestuebesøg | 6098 | 5.999 | -2% | 58% |
| | Region Sjælland | Patienter i alt | 2.902 | 3.021 | 4% |
| Indlagte patienter | | 935 | 971 | 4% | |
| Ambulante patienter | | 2584 | 2682 | 4% | |
| Samlede antal sengedage | | 47.488 | 46.230 | -3% | 9% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 50,79 | 47,61 | -6% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 2,12 | 2,22 | 5% | |
| Ambulante besøg i alt | | 29.413 | 27.949 | -5% | 11% |
| Ambulante besøg pr ambulat patient | | 11,38 | 10,42 | -8% | |
| Skadestuebesøg | | 728 | 495 | -32% | 5% |

| Tabel 5: Affektive sindslidelser (F30-F39) | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------|---------|------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 26.516 | 26.932 | 2% | |
| | Indlagte patienter | 7212 | 7059 | -2% | |
| | Ambulante patienter | 26056 | 26403 | 1% | |
| | Samlede antal sengedage | 284.660 | 281.336 | -1% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 40,33 | 39,92 | -1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,55 | 1,61 | 4% | |
| | Ambulante besøg i alt | 191.267 | 183.173 | -4% | |
| | Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 7,24 | 8,19 | 13% | |
| | Skadestuebesøg | 8.579 | 8.137 | -5% | |
| | Patienter i alt | 1.744 | 1.975 | 13% | 7% |
| | Indlagte patienter | 558 | 579 | 4% | |
| | Ambulante patienter | 5796 | 5739 | -1% | |
| | Samlede antal sengedage | 27.436 | 27.365 | 0% | 10% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 49,17 | 47,26 | -4% | | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,26 | 1,26 | 0% | | |
| Ambulante besøg i alt | 12.155 | 13.168 | 8% | 7% | |
| Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 2,10 | 2,29 | 9% | | |
| Skadestuebesøg | - | - | | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 6.688 | 6.682 | 0% | 25% |
| | Indlagte patienter | 1747 | 1667 | -5% | |
| | Ambulante patienter | 5796 | 5739 | -1% | |
| | Samlede antal sengedage | 48.888 | 50.537 | 3% | 18% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 27,98 | 30,32 | 8% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,47 | 1,47 | 0% | |
| | Ambulante besøg i alt | 45.960 | 43.302 | -6% | 24% |
| | Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 7,93 | 7,55 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | 1.778 | 1.842 | 4% | 23% |
| | Patienter i alt | 6.878 | 6.856 | 0% | 25% |
| | Indlagte patienter | 1475 | 1386 | -6% | |
| | Ambulante patienter | 6122 | 6053 | -1% | |
| | Samlede antal sengedage | 55.100 | 50.549 | -8% | 18% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 37,36 | 36,47 | -2% | | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,68 | 1,63 | -3% | | |
| Ambulante besøg i alt | 47.448 | 43.432 | -8% | 24% | |
| Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 7,75 | 7,18 | -7% | | |
| Skadestuebesøg | 1.528 | 1.452 | -5% | 18% | |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 7.702 | 7.926 | 3% | 29% |
| | Indlagte patienter | 2441 | 2437 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 5435 | 5720 | 5% | |
| | Samlede antal sengedage | 120.015 | 112.783 | -6% | 40% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 49,17 | 46,28 | -6% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,54 | 1,64 | 6% | |
| | Ambulante besøg i alt | 55.487 | 53.373 | -4% | 29% |
| | Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 10,21 | 9,33 | -9% | |
| | Skadestuebesøg | 4.371 | 4.186 | -4% | 51% |
| | Patienter i alt | 3.504 | 3.675 | 5% | 14% |
| | Indlagte patienter | 991 | 990 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 2907 | 3152 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | 33.221 | 32.809 | -1% | 12% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | 33,52 | 33,14 | -1% | | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,65 | 1,83 | 11% | | |
| Ambulante besøg i alt | 30.217 | 29.898 | -1% | 16% | |
| Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 10,39 | 9,49 | -9% | | |
| Skadestuebesøg | 902 | 657 | -27% | 8% | |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 3.504 | 3.675 | 5% | 14% |
| | Indlagte patienter | 991 | 990 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 2907 | 3152 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | 33.221 | 32.809 | -1% | 12% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 33,52 | 33,14 | -1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,65 | 1,83 | 11% | |
| | Ambulante besøg i alt | 30.217 | 29.898 | -1% | 16% |
| | Ambulante besøg pr. ambulnt patient | 10,39 | 9,49 | -9% | |
| | Skadestuebesøg | 902 | 657 | -27% | 8% |

Tabel 6: Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer (F40-F49)

| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------|--------|-------|-----------------------|
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 22.120 | 22.842 | 3% | |
| | Indlagte patienter | 3697 | 3890 | 5% | |
| | Ambulante patienter | 16187 | 17446 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | 55.497 | 58.138 | 5% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 15,01 | 14,94 | 0% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,19 | 1,21 | 2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 93.213 | 95.357 | 2% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 5,76 | 6,20 | 8% | |
| | Skadestuebesøg | 8.793 | 8.700 | -1% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 1.226 | 1.265 | 3% |
| | Indlagte patienter | 242 | 257 | 6% | |
| | Ambulante patienter | 2783 | 3123 | 12% | |
| | Samlede antal sengedage | 3.713 | 3.994 | 8% | 7% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 15,34 | 15,54 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,12 | 1,13 | 1% | |
| | Ambulante besøg i alt | 5.864 | 6.255 | 7% | 7% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 2,11 | 2,00 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 3.918 | 4.290 | 9% | 19% |
| | Indlagte patienter | 793 | 766 | -3% | |
| | Ambulante patienter | 2783 | 3123 | 12% | |
| | Samlede antal sengedage | 8.174 | 7.324 | -10% | 13% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 10,31 | 9,56 | -7% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,23 | 1,27 | 3% | |
| | Ambulante besøg i alt | 16769 | 17260 | 3% | 18% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 6,03 | 5,53 | -8% | |
| | Skadestuebesøg | 1.241 | 1.292 | 4% | 15% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 5.613 | 5.647 | 1% | 25% |
| | Indlagte patienter | 883 | 926 | 5% | |
| | Ambulante patienter | 3838 | 4037 | 5% | |
| | Samlede antal sengedage | 11.514 | 13.306 | 16% | 23% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 13,04 | 14,37 | 10% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,17 | 1,20 | 3% | |
| | Ambulante besøg i alt | 21.146 | 22.344 | 6% | 23% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 5,51 | 5,53 | 0% | |
| | Skadestuebesøg | 1912 | 1832 | -4% | 21% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 7.744 | 7.976 | 3% | 35% |
| | Indlagte patienter | 1148 | 1253 | 9% | |
| | Ambulante patienter | 4244 | 4517 | 6% | |
| | Samlede antal sengedage | 23.684 | 25.252 | 7% | 43% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 20,63 | 20,15 | -2% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,12 | 1,17 | 4% | |
| | Ambulante besøg i alt | 30.954 | 31.196 | 1% | 33% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 7,29 | 6,91 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | 4.405 | 4.396 | 0% | 51% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 3.619 | 3.805 | 5% | 17% |
| | Indlagte patienter | 631 | 688 | 9% | |
| | Ambulante patienter | 2539 | 2646 | 4% | |
| | Samlede antal sengedage | 8.412 | 7.417 | -12% | 13% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 13,33 | 10,78 | -19% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,27 | 1,25 | -2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 18.480 | 18.302 | -1% | 19% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 7,28 | 6,92 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | 1.235 | 1.180 | -4% | 14% |

Tabel 7: Adfærdændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)

| Region | Patientgruppe | 2007 | 2008 | % | Andel af i alt (2008) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------|-------|-----------------------|
| Danmark | Patienter i alt | 3.389 | 3.490 | 3% | |
| | Indlagte patienter | 309 | 387 | 25% | |
| | Ambulante patienter | 3724 | 3823 | 3% | |
| | Samlede antal sengedage | 27.841 | 26.825 | -4% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 90,10 | 81,53 | -10% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,47 | 1,61 | 10% | |
| | Ambulante besøg i alt | 39.147 | 40.496 | 3% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 10,51 | 11,87 | 13% | |
| | Skadestuebesøg | 182 | 184 | 1% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 174 | 190 | 9% |
| Indlagte patienter | | 31 | 34 | 10% | |
| Ambulante patienter | | 586 | 554 | -5% | |
| Samlede antal sengedage | | 1.719 | 2.021 | 18% | 8% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 55,45 | 59,44 | 7% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,23 | 1,41 | 15% | |
| Ambulante besøg i alt | | 1.884 | 2.024 | 7% | 5% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 3,22 | 3,65 | 14% | |
| Skadestuebesøg | | - | - | | |
| Region Midtjylland | | Patienter i alt | 599 | 574 | -4% |
| | Indlagte patienter | 63 | 71 | 13% | |
| | Ambulante patienter | 586 | 554 | -5% | |
| | Samlede antal sengedage | 5.148 | 5.195 | 1% | 19% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 81,71 | 73,17 | -10% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,56 | 1,30 | -17% | |
| | Ambulante besøg i alt | 8.088 | 8.822 | 9% | 22% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 13,80 | 15,92 | 15% | |
| | Skadestuebesøg | 32 | 31 | -3% | 17% |
| | Region Syddanmark | Patienter i alt | 592 | 618 | 4% |
| Indlagte patienter | | 70 | 137 | 96% | |
| Ambulante patienter | | 577 | 600 | 4% | |
| Samlede antal sengedage | | 5.518 | 5.549 | 1% | 21% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 78,83 | 40,50 | -49% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,29 | 1,24 | -4% | |
| Ambulante besøg i alt | | 7.415 | 6.489 | -12% | 16% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 12,85 | 10,82 | -16% | |
| Skadestuebesøg | | 21 | 16 | -24% | 9% |
| Region Hovedstaden | | Patienter i alt | 1.764 | 1.862 | 6% |
| | Indlagte patienter | 100 | 99 | -1% | |
| | Ambulante patienter | 1725 | 1835 | 6% | |
| | Samlede antal sengedage | 12.000 | 10.542 | -12% | 39% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 120,00 | 106,48 | -11% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,51 | 2,04 | 35% | |
| | Ambulante besøg i alt | 19.263 | 20.618 | 7% | 51% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 11,17 | 11,24 | 1% | |
| | Skadestuebesøg | 113 | 121 | 7% | 66% |
| | Region Sjælland | Patienter i alt | 260 | 295 | 13% |
| Indlagte patienter | | 45 | 46 | 2% | |
| Ambulante patienter | | 250 | 280 | 12% | |
| Samlede antal sengedage | | 3.456 | 3.401 | -2% | 13% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 76,80 | 73,93 | -4% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,56 | 1,80 | 15% | |
| Ambulante besøg i alt | | 2.497 | 2.543 | 2% | 6% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 9,99 | 9,08 | -9% | |
| Skadestuebesøg | | 16 | 16 | 0% | 9% |

| Tabel 8: Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder (F60-F69) | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------|--------|-------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | 2007 | 2008 | % | Andel af i alt (2008) |
| Danmark | Patienter i alt | 8.170 | 8.363 | 2% | |
| | Indlagte patienter | 1541 | 1626 | 6% | |
| | Ambulante patienter | 7692 | 7918 | 3% | |
| | Samlede antal sengedage | 48.209 | 51.832 | 8% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 31,28 | 31,72 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,74 | 1,84 | 6% | |
| | Ambulante besøg i alt | 79.183 | 74.889 | -5% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 10,29 | 10,35 | 1% | |
| | Skadestuebesøg | 1.989 | 2.055 | 3% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 687 | 699 | 2% |
| Indlagte patienter | | 101 | 104 | 3% | |
| Ambulante patienter | | 1312 | 1284 | -2% | |
| Samlede antal sengedage | | 3.128 | 3.347 | 7% | 6% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 30,97 | 32,18 | 4% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,34 | 1,34 | 0% | |
| Ambulante besøg i alt | | 8.041 | 7.224 | -10% | 10% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 6,13 | 5,63 | -8% | |
| Skadestuebesøg | | - | - | | |
| Region Midtjylland | | Patienter i alt | 1.495 | 1.417 | -5% |
| | Indlagte patienter | 283 | 286 | 1% | |
| | Ambulante patienter | 1312 | 1284 | -2% | |
| | Samlede antal sengedage | 8.437 | 8.648 | 3% | 17% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 29,81 | 30,24 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 2,01 | 2,16 | 7% | |
| | Ambulante besøg i alt | 14.869 | 13.291 | -11% | 18% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 11,33 | 10,35 | -9% | |
| | Skadestuebesøg | 372 | 396 | 6% | 19% |
| | Region Syddanmark | Patienter i alt | 1.998 | 2.140 | 7% |
| Indlagte patienter | | 401 | 431 | 7% | |
| Ambulante patienter | | 1734 | 1830 | 6% | |
| Samlede antal sengedage | | 10.274 | 13.148 | 28% | 25% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 25,62 | 30,51 | 19% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,79 | 1,74 | -3% | |
| Ambulante besøg i alt | | 18.469 | 18.823 | 2% | 25% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 10,65 | 10,29 | -3% | |
| Skadestuebesøg | | 338 | 386 | 14% | 19% |
| Region Hovedstaden | | Patienter i alt | 2.632 | 2.700 | 3% |
| | Indlagte patienter | 493 | 514 | 4% | |
| | Ambulante patienter | 2185 | 2297 | 5% | |
| | Samlede antal sengedage | 20.761 | 18.435 | -11% | 36% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 42,11 | 35,87 | -15% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,60 | 1,85 | 16% | |
| | Ambulante besøg i alt | 27.060 | 25.349 | -6% | 34% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 12,38 | 11,04 | -11% | |
| | Skadestuebesøg | 940 | 984 | 5% | 48% |
| | Region Sjælland | Patienter i alt | 1.358 | 1.412 | 4% |
| Indlagte patienter | | 263 | 291 | 11% | |
| Ambulante patienter | | 1149 | 1223 | 6% | |
| Samlede antal sengedage | | 5.609 | 5.655 | 1% | 11% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 21,33 | 19,43 | -9% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,65 | 1,74 | 5% | |
| Ambulante besøg i alt | | 10.744 | 10.202 | -5% | 14% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 9,35 | 8,34 | -11% | |
| Skadestuebesøg | | 339 | 289 | -15% | 14% |

Tabel 9: Mental retardering - åndsvaghed (F70-F79)

| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|------|-----------------------|
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 2.213 | 2.531 | 14% | |
| | Indlagte patienter | 137 | 146 | 7% | |
| | Ambulante patienter | 2200 | 2596 | 18% | |
| | Samlede antal sengedage | 4.246 | 4.737 | 12% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 30,99 | 31,16 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,49 | 1,64 | 10% | |
| | Ambulante besøg i alt | 5.373 | 5.698 | 6% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 2,44 | 2,38 | -3% | |
| | Skadestuebesøg | 198 | 223 | 13% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 208 | 247 | 19% |
| | Indlagte patienter | 17 | 11 | -35% | |
| | Ambulante patienter | 338 | 426 | 26% | |
| | Samlede antal sengedage | 1.135 | 72 | -94% | 2% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 66,76 | 6,55 | -90% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,00 | 1,09 | 9% | |
| | Ambulante besøg i alt | 382 | 315 | -18% | 6% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 1,13 | 0,74 | -35% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 370 | 466 | 26% | 18% |
| | Indlagte patienter | 38 | 38 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 338 | 426 | 26% | |
| | Samlede antal sengedage | 644 | 1.528 | 137% | 32% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 16,95 | 40,21 | 137% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,39 | 1,79 | 29% | |
| | Ambulante besøg i alt | 717 | 1042 | 45% | 18% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 2,12 | 2,45 | 15% | |
| | Skadestuebesøg | 29 | 63 | 117% | 28% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 958 | 1.082 | 13% | 43% |
| | Indlagte patienter | 28 | 40 | 43% | |
| | Ambulante patienter | 926 | 1062 | 15% | |
| | Samlede antal sengedage | 464 | 636 | 37% | 13% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 16,57 | 15,90 | -4% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,50 | 1,38 | -8% | |
| | Ambulante besøg i alt | 2.463 | 2.308 | -6% | 41% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 2,66 | 2,17 | -18% | |
| | Skadestuebesøg | 61 | 54 | -11% | 24% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 433 | 524 | 21% | 21% |
| | Indlagte patienter | 30 | 34 | 13% | |
| | Ambulante patienter | 371 | 462 | 25% | |
| | Samlede antal sengedage | 1.421 | 1.220 | -14% | 26% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 47,37 | 35,88 | -24% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,87 | 2,24 | 20% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.169 | 1.486 | 27% | 26% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 3,15 | 3,22 | 2% | |
| | Skadestuebesøg | 84 | 94 | 12% | 42% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 244 | 231 | -5% | 9% |
| | Indlagte patienter | 24 | 23 | -4% | |
| | Ambulante patienter | 227 | 220 | -3% | |
| | Samlede antal sengedage | 582 | 166 | -71% | 4% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 24,25 | 7,22 | -70% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,46 | 1,43 | -2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 642 | 547 | -15% | 10% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 2,83 | 2,49 | -12% | |
| | Skadestuebesøg | 24 | 12 | -50% | 5% |

| Tabel 10: Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-F89) | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------|--------|------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 4.239 | 4.919 | 16% | |
| | Indlagte patienter | 180 | 206 | 14% | |
| | Ambulante patienter | 5203 | 5932 | 14% | |
| | Samlede antal sengedage | 10.558 | 11.333 | 7% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 58,66 | 54,22 | -8% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,32 | 1,44 | 9% | |
| | Ambulante besøg i alt | 18.700 | 18.511 | -1% | |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 3,59 | 3,84 | 7% | |
| | Skadestuebesøg | 125 | 115 | -8% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 281 | 341 | 21% |
| | Indlagte patienter | 22 | 24 | 9% | |
| | Ambulante patienter | 1335 | 1436 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | 973 | 969 | 0% | 9% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 44,23 | 40,38 | -9% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,36 | 1,42 | 4% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.084 | 1.212 | 12% | 7% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 0,81 | 0,84 | 4% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 1.362 | 1.459 | 7% | 30% |
| | Indlagte patienter | 67 | 76 | 13% | |
| | Ambulante patienter | 1335 | 1436 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | 2.032 | 2.438 | 20% | 22% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 30,33 | 32,08 | 6% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,28 | 1,46 | 14% | |
| | Ambulante besøg i alt | 4.802 | 4.709 | -2% | 25% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 3,60 | 3,28 | -9% | |
| | Skadestuebesøg | 37 | 44 | 19% | 38% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 842 | 914 | 9% | 19% |
| | Indlagte patienter | 21 | 19 | -10% | |
| | Ambulante patienter | 835 | 908 | 9% | |
| | Samlede antal sengedage | 607 | 1.053 | 73% | 9% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 28,90 | 55,42 | 92% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,24 | 1,79 | 44% | |
| | Ambulante besøg i alt | 3.870 | 3.759 | -3% | 20% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 4,63 | 4,14 | -11% | |
| | Skadestuebesøg | 4 | 5 | 25% | 4% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 1.267 | 1.566 | 24% | 32% |
| | Indlagte patienter | 53 | 71 | 34% | |
| | Ambulante patienter | 1225 | 1513 | 24% | |
| | Samlede antal sengedage | 5.815 | 5.867 | 1% | 52% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 109,72 | 82,63 | -25% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,28 | 1,25 | -2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 7.215 | 6.773 | -6% | 37% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 5,89 | 4,48 | -24% | |
| | Skadestuebesøg | 69 | 59 | -14% | 51% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 487 | 649 | 33% | 13% |
| | Indlagte patienter | 17 | 16 | -6% | |
| | Ambulante patienter | 473 | 639 | 35% | |
| | Samlede antal sengedage | 1.131 | 851 | -25% | 8% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 66,53 | 53,19 | -20% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,59 | 1,75 | 10% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.729 | 2.058 | 19% | 11% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 3,66 | 3,22 | -12% | |
| | Skadestuebesøg | 15 | 7 | -53% | 6% |

| Tabel 11: Adfærds- og følelesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (F90-F98) | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------|--------|------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | % | |
| Danmark | Patienter i alt | 8.153 | 10.221 | 25% | |
| | Indlagte patienter | 282 | 373 | 32% | |
| | Ambulante patienter | 9945 | 12554 | 26% | |
| | Samlede antal sengedage | 9.706 | 12.174 | 25% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 34,42 | 32,90 | -4% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,23 | 1,29 | 5% | |
| | Ambulante besøg i alt | 31.659 | 36.540 | 15% | |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 3,18 | 3,68 | 16% | |
| | Skadestuebesøg | 306 | 422 | 38% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 355 | 498 | 40% |
| | Indlagte patienter | 14 | 23 | 64% | |
| | Ambulante patienter | 2373 | 3025 | 27% | |
| | Samlede antal sengedage | 481 | 613 | 27% | 5% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 34,36 | 26,65 | -22% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,14 | 1,04 | -9% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.740 | 1.594 | -8% | 4% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 0,73 | 0,53 | -28% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 2.443 | 3.127 | 28% | 31% |
| | Indlagte patienter | 115 | 155 | 35% | |
| | Ambulante patienter | 2373 | 3025 | 27% | |
| | Samlede antal sengedage | 3.029 | 5.086 | 68% | 42% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 26,34 | 32,81 | 25% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,30 | 1,38 | 6% | |
| | Ambulante besøg i alt | 7.508 | 9.350 | 25% | 26% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 3,16 | 3,09 | -2% | |
| | Skadestuebesøg | 105 | 159 | 51% | 38% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 2.064 | 2.438 | 18% | 24% |
| | Indlagte patienter | 53 | 53 | 0% | |
| | Ambulante patienter | 2031 | 2399 | 18% | |
| | Samlede antal sengedage | 1.896 | 1.897 | 0% | 16% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 35,77 | 35,79 | 0% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,25 | 1,17 | -6% | |
| | Ambulante besøg i alt | 7.062 | 7.412 | 5% | 20% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 3,48 | 3,09 | -11% | |
| | Skadestuebesøg | 31 | 33 | 6% | 8% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 2.085 | 2.768 | 33% | 27% |
| | Indlagte patienter | 68 | 91 | 34% | |
| | Ambulante patienter | 1990 | 2651 | 33% | |
| | Samlede antal sengedage | 3.474 | 3.412 | -2% | 28% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 51,09 | 37,49 | -27% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,10 | 1,16 | 5% | |
| | Ambulante besøg i alt | 10.657 | 13.062 | 23% | 36% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 5,36 | 4,93 | -8% | |
| | Skadestuebesøg | 127 | 188 | 48% | 45% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 1.206 | 1.491 | 24% | 15% |
| | Indlagte patienter | 32 | 51 | 59% | |
| | Ambulante patienter | 1178 | 1454 | 23% | |
| | Samlede antal sengedage | 826 | 969 | 17% | 8% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 25,81 | 19,00 | -26% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,19 | 1,35 | 13% | |
| | Ambulante besøg i alt | 4.692 | 5.122 | 9% | 14% |
| | Ambulante besøg pr ambulat patient | 3,98 | 3,52 | -12% | |
| | Skadestuebesøg | 43 | 42 | -2% | 10% |

Tabel 12: Psykisk lidelse uden specifikation (F99)

| Region | Patientgruppe | År | | | Andel af i alt (2008) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|-------|-----------------------|
| | | 2007 | 2008 | % | |
| Danmark | Patienter i alt | 3.015 | 3.119 | 3% | |
| | Indlagte patienter | 140 | 202 | 44% | |
| | Ambulante patienter | 943 | 1007 | 7% | |
| | Samlede antal sengedage | 1.162 | 3.085 | 165% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 8,30 | 15,20 | 83% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,08 | 1,06 | -2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 4.205 | 5.337 | 27% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 4,46 | 3,82 | -14% | |
| | Skadestuebesøg | 2.226 | 1.995 | -10% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 329 | 469 | 43% |
| Indlagte patienter | | 36 | 48 | 33% | |
| Ambulante patienter | | 61 | 62 | 2% | |
| Samlede antal sengedage | | 92 | 200 | 117% | 6% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 2,56 | 4,17 | 63% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,08 | 1,06 | -2% | |
| Ambulante besøg i alt | | 409 | 599 | 46% | 11% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 6,70 | 9,66 | 44% | |
| Skadestuebesøg | | - | - | | |
| Region Midtjylland | | Patienter i alt | 88 | 85 | -3% |
| | Indlagte patienter | 6 | 5 | -17% | |
| | Ambulante patienter | 61 | 62 | 2% | |
| | Samlede antal sengedage | 25 | 51 | 104% | 2% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 4,17 | 10,20 | 145% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,00 | 1,00 | 0% | |
| | Ambulante besøg i alt | 118 | 133 | 13% | 2% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 1,93 | 2,15 | 11% | |
| | Skadestuebesøg | 28,00 | 21,00 | -25% | 1% |
| | Region Syddanmark | Patienter i alt | 843 | 805 | -5% |
| Indlagte patienter | | 35 | 45 | 29% | |
| Ambulante patienter | | 329 | 328 | 0% | |
| Samlede antal sengedage | | 731 | 716 | -2% | 23% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 20,89 | 15,91 | -24% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,09 | 1,28 | 17% | |
| Ambulante besøg i alt | | 1.192 | 1.002 | -16% | 19% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 3,62 | 3,05 | -16% | |
| Skadestuebesøg | | 689 | 599 | -13% | 30% |
| Region Hovedstaden | | Patienter i alt | 1.273 | 1.401 | 10% |
| | Indlagte patienter | 30 | 90 | 200% | |
| | Ambulante patienter | 235 | 403 | 71% | |
| | Samlede antal sengedage | 245 | 2.038 | 732% | 66% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 8,17 | 22,64 | 177% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,10 | 1,04 | -5% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.248 | 2.703 | 117% | 51% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 5,31 | 6,71 | 26% | |
| | Skadestuebesøg | 1.255 | 1.150 | -8% | 58% |
| | Region Sjælland | Patienter i alt | 482 | 364 | -24% |
| Indlagte patienter | | 33 | 14 | -58% | |
| Ambulante patienter | | 257 | 152 | -41% | |
| Samlede antal sengedage | | 69 | 64 | -7% | 2% |
| Gns. indlæggelsestid pr. patient | | 2,09 | 4,57 | 119% | |
| Indlæggelser pr. indlagt patient | | 1,06 | 1,21 | 14% | |
| Ambulante besøg i alt | | 1.238 | 900 | -27% | 17% |
| Ambulante besøg pr ambulant patient | | 4,82 | 5,92 | 23% | |
| Skadestuebesøg | | 254 | 225 | -11% | 11% |

| Tabel 13: X-Diagnoser- Selvmord | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|------|-----------------------|
| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 652 | 724 | 11% | |
| | Indlagte patienter | 224 | 274 | 22% | |
| | Ambulante patienter | 372 | 299 | -20% | |
| | Samlede antal sengedage | 2.425 | 3.010 | 24% | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 10,83 | 10,83 | 0% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,08 | 1,09 | 1% | |
| | Ambulante besøg i alt | 1.720 | 1.279 | -26% | |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 4,62 | 3,77 | -18% | |
| | Skadestuebesøg | 132 | 232 | 76% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 94 | 128 | 36% |
| | Indlagte patienter | 26 | 30 | 15% | |
| | Ambulante patienter | 75 | 70 | -7% | |
| | Samlede antal sengedage | 129 | 265 | 105% | 9% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 4,96 | 8,83 | 78% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,00 | 1,03 | 3% | |
| | Ambulante besøg i alt | 246 | 174 | -29% | 14% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 3,28 | 2,49 | -24% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 143 | 154 | 8% | 21% |
| | Indlagte patienter | 49 | 52 | 6% | |
| | Ambulante patienter | 75 | 70 | -7% | |
| | Samlede antal sengedage | 451 | 518 | 15% | 17% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 9,20 | 9,96 | 8% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,10 | 1,15 | 5% | |
| | Ambulante besøg i alt | 399 | 272 | -32% | 21% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 5,32 | 3,89 | -27% | |
| | Skadestuebesøg | 32 | 51 | 59% | 22% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 266 | 272 | 2% | 38% |
| | Indlagte patienter | 77 | 112 | 45% | |
| | Ambulante patienter | 200 | 124 | -38% | |
| | Samlede antal sengedage | 803 | 882 | 10% | 29% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 10,43 | 7,88 | -24% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,13 | 1,08 | -4% | |
| | Ambulante besøg i alt | 985 | 693 | -30% | 54% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 4,93 | 5,59 | 13% | |
| | Skadestuebesøg | 23 | 95 | 313% | 41% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 131 | 133 | 2% | 18% |
| | Indlagte patienter | 62 | 63 | 2% | |
| | Ambulante patienter | 13 | 27 | 108% | |
| | Samlede antal sengedage | 956 | 984 | 3% | 33% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 15,42 | 15,62 | 1% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,03 | 1,08 | 5% | |
| | Ambulante besøg i alt | 55 | 133 | 142% | 10% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 4,23 | 4,93 | 16% | |
| | Skadestuebesøg | 75 | 71 | -5% | 31% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 18 | 33 | 83% | 5% |
| | Indlagte patienter | 10 | 17 | 70% | |
| | Ambulante patienter | 9 | 8 | -11% | |
| | Samlede antal sengedage | 86 | 348 | 305% | 12% |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | 8,60 | 20,47 | 138% | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,00 | 1,18 | 18% | |
| | Ambulante besøg i alt | 35 | 7 | -80% | 1% |
| | Ambulante besøg pr ambulnt patient | 3,89 | 0,88 | -78% | |
| | Skadestuebesøg | 2 | 15 | 650% | 6% |

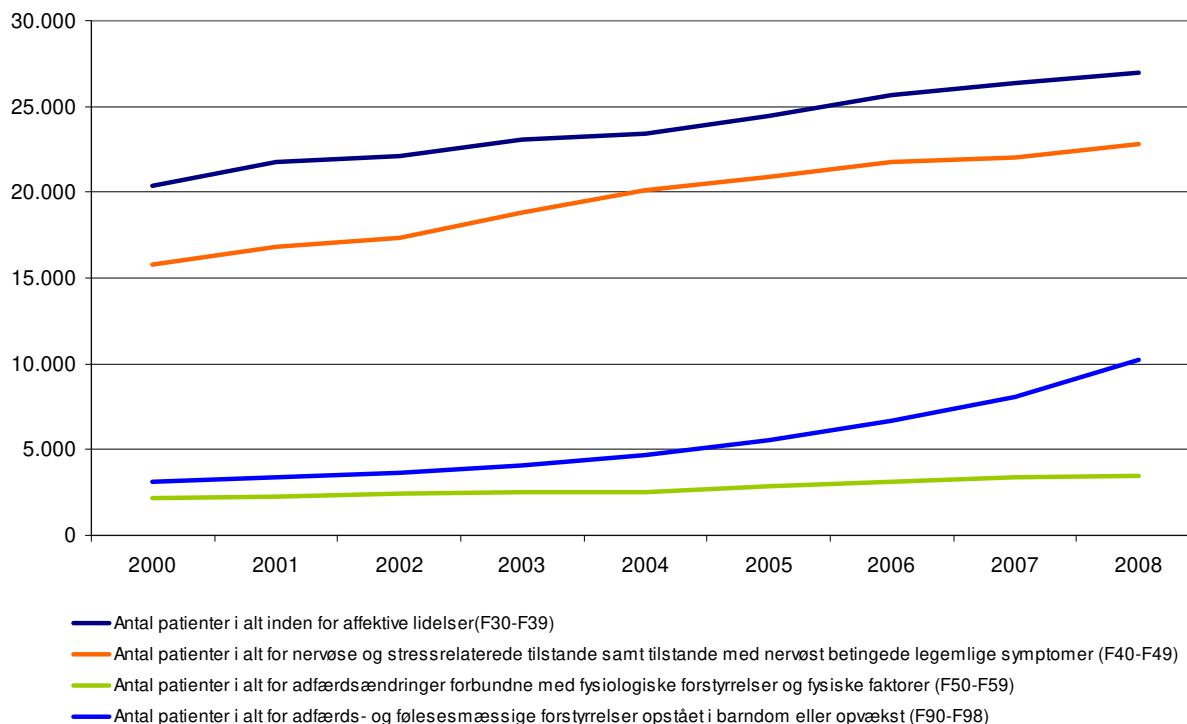
Tabel 14: Dobbeldiagnoser- Misbrug

| Region | Patientgruppe | År | | % | Andel af i alt (2008) |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|------|-----------------------|
| | | 2007 | 2008 | | |
| Danmark | Patienter i alt | 10.467 | 11.070 | 6% | |
| | Indlagte patienter | 4.542 | 4.751 | 5% | |
| | Ambulante patienter | 6635 | 7166 | 8% | |
| | Samlede antal sengedage | - | 132.659 | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | 28,11 | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | 1,65 | 1,69 | 2% | |
| | Ambulante besøg i alt | 75.166 | 72.457 | -4% | |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 11,33 | 10,11 | -11% | |
| | Skadestuebesøg | 3.964 | 4.090 | 3% | |
| | Region Nordjylland | Patienter i alt | 808 | 945 | 17% |
| | Indlagte patienter | 308 | 346 | 12% | |
| | Ambulante patienter | 638 | 743 | 16% | |
| | Samlede antal sengedage | - | - | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | - | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | - | - | | |
| | Ambulante besøg i alt | 3.906 | 4.213 | 8% | 6% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 6,12 | 5,67 | -7% | |
| | Skadestuebesøg | - | - | | |
| Region Midtjylland | Patienter i alt | 2.418 | 2.598 | 7% | 23% |
| | Indlagte patienter | 1.075 | 1.145 | 7% | |
| | Ambulante patienter | 1572 | 1710 | 9% | |
| | Samlede antal sengedage | - | - | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | - | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | - | - | | |
| | Ambulante besøg i alt | 9951 | 9760 | -2% | 13% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 6,33 | 5,71 | -10% | |
| | Skadestuebesøg | 1122 | 1332 | 19% | 33% |
| Region Syddanmark | Patienter i alt | 2.395 | 2.509 | 5% | 23% |
| | Indlagte patienter | 986 | 1.033 | 5% | |
| | Ambulante patienter | 1420 | 1446 | 2% | |
| | Samlede antal sengedage | - | - | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | - | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | - | - | | |
| | Ambulante besøg i alt | 13.352 | 12.879 | -4% | 18% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 9,40 | 8,91 | -5% | |
| | Skadestuebesøg | 1.213 | 1.174 | -3% | 29% |
| Region Hovedstaden | Patienter i alt | 3.718 | 3.995 | 7% | 36% |
| | Indlagte patienter | 1.617 | 1.662 | 3% | |
| | Ambulante patienter | 2282 | 2569 | 13% | |
| | Samlede antal sengedage | - | - | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | - | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | - | - | | |
| | Ambulante besøg i alt | 40.847 | 39.007 | -5% | 54% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 17,90 | 15,18 | -15% | |
| | Skadestuebesøg | 1.349 | 1.353 | 0% | 33% |
| Region Sjælland | Patienter i alt | 1.128 | 1.182 | 5% | 11% |
| | Indlagte patienter | 566 | 565 | 2% | |
| | Ambulante patienter | 723 | 745 | 3% | |
| | Samlede antal sengedage | - | - | | |
| | Gns. indlæggelsestid pr. patient | - | - | | |
| | Indlæggelser pr. indlagt patient | - | - | | |
| | Ambulante besøg i alt | 7.110 | 6.598 | -7% | 9% |
| | Ambulante besøg pr ambulant patient | 9,83 | 8,86 | -10% | |
| | Skadestuebesøg | 280 | 231 | -18% | 6% |

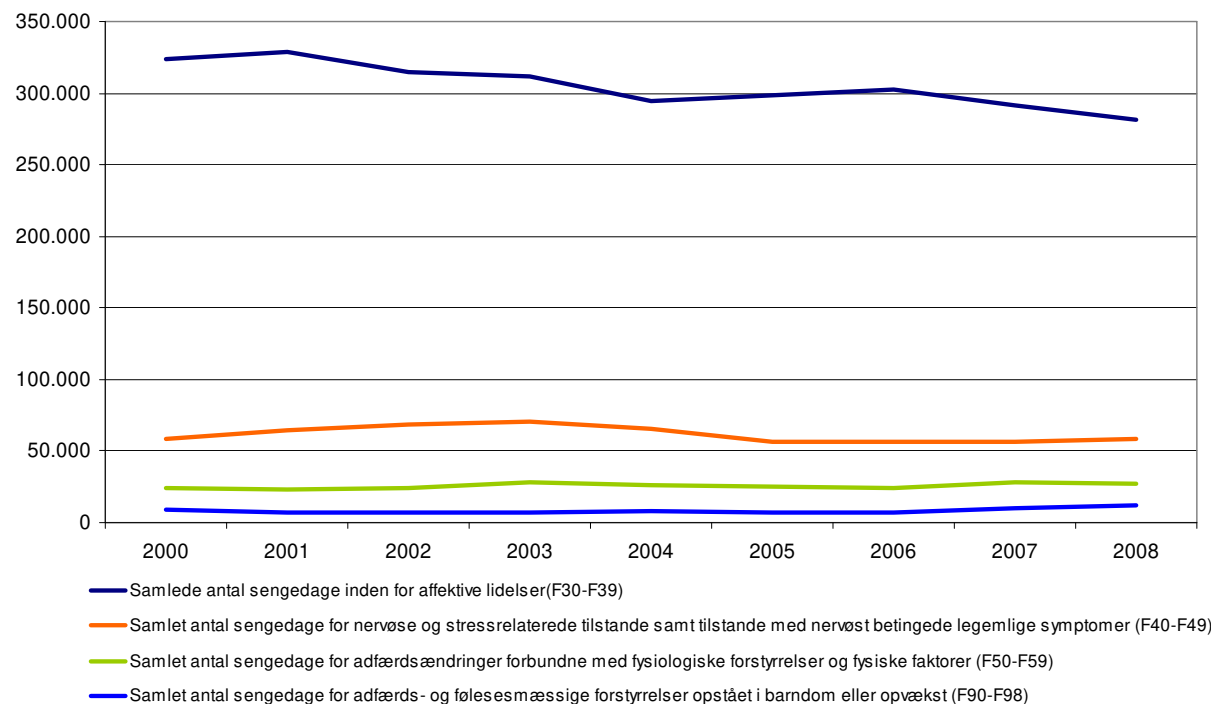
Bilag 5: Supplerende figurer

Ikke-psykotiske lidelser

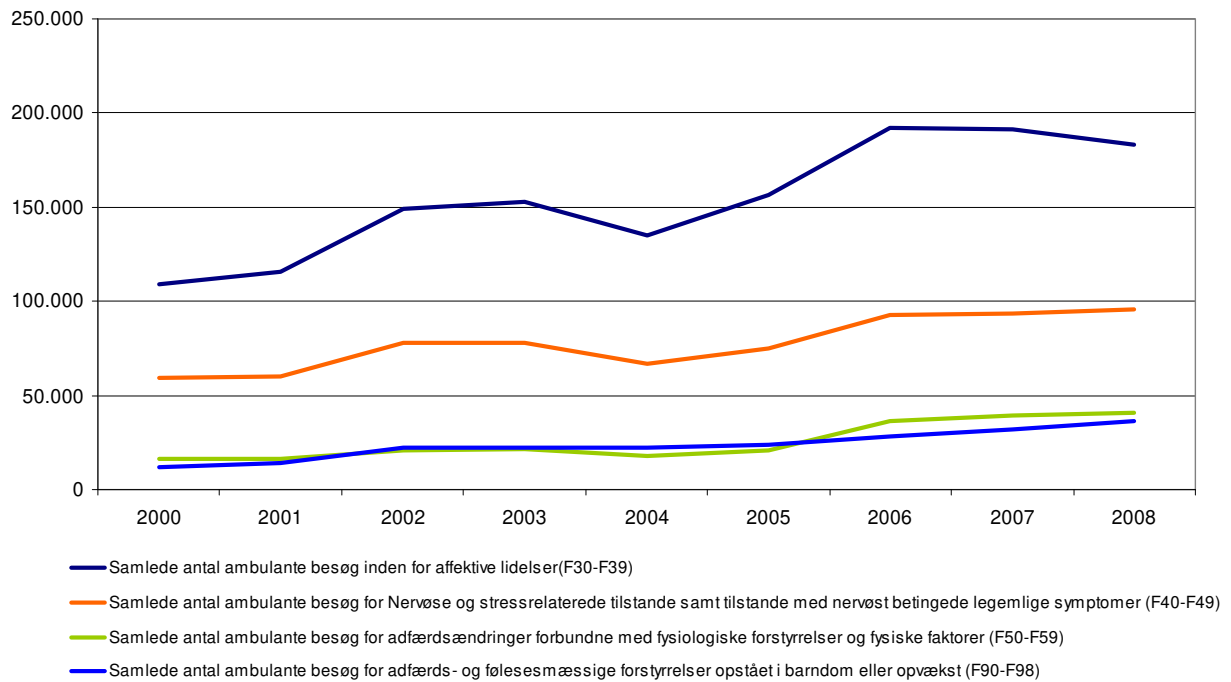
Figur 1: Antal patienter med ikke-psykotiske lidelser, diagnoseopdelt 2000-2008



Figur 2: Sengedage for ikke-psykotiske patienter, diagnoseopdelt 2000-2008

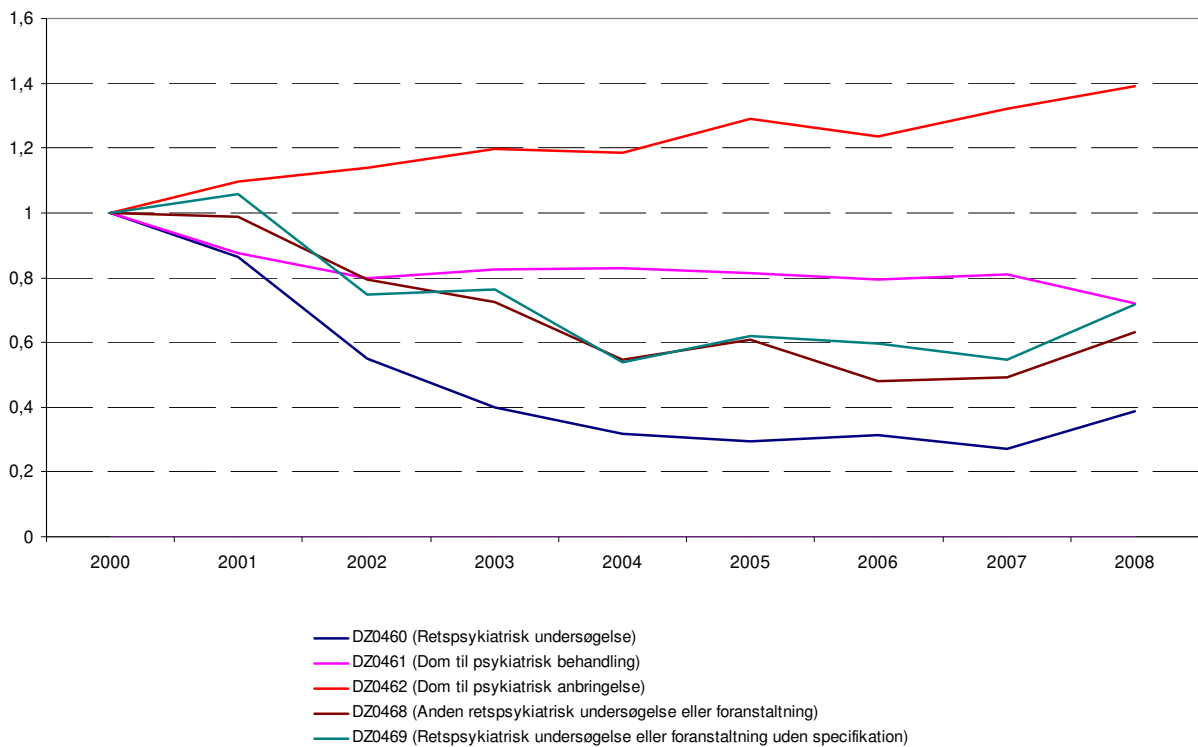


Figur 3: Antal ambulante besøg for ikke-psykotiske patienter, diagnoseopdelt 2000-2008



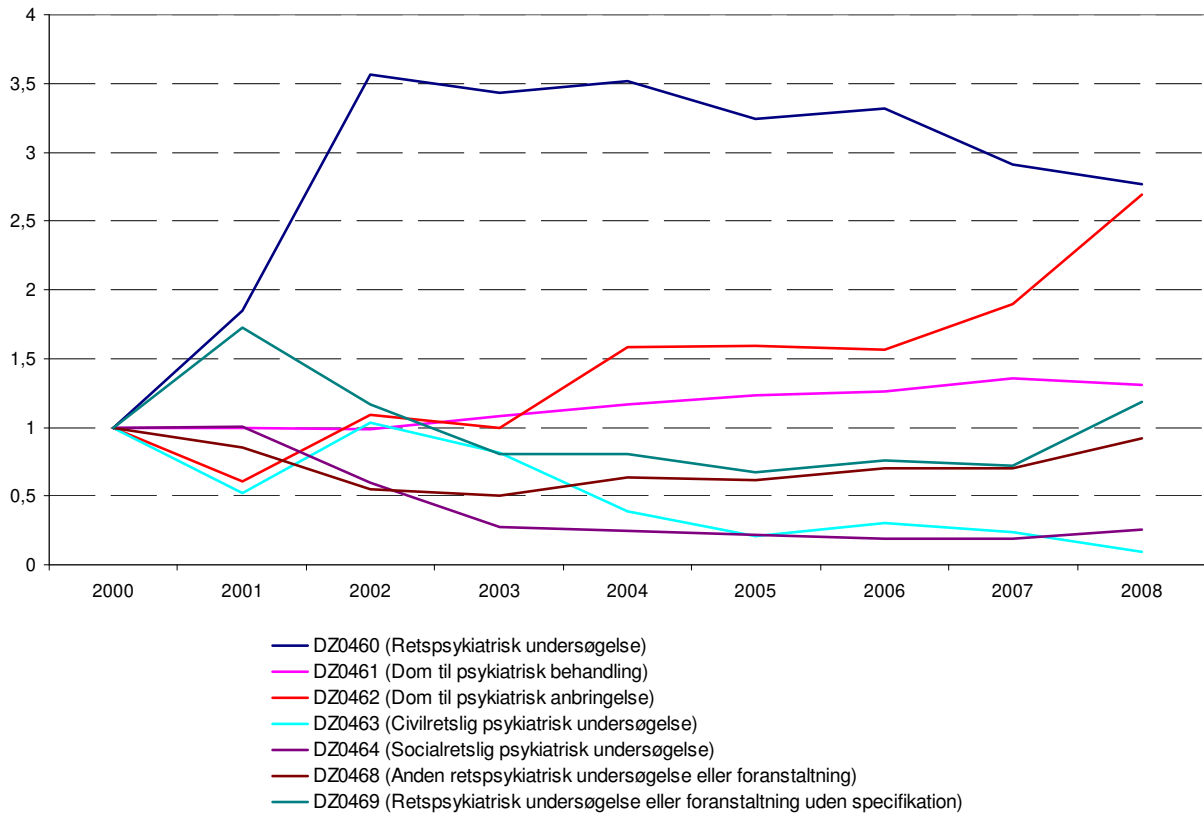
Retspsykiatriske patienter

Figur 4: Udvikling i andel patienter med retslige forhold, som indlægges

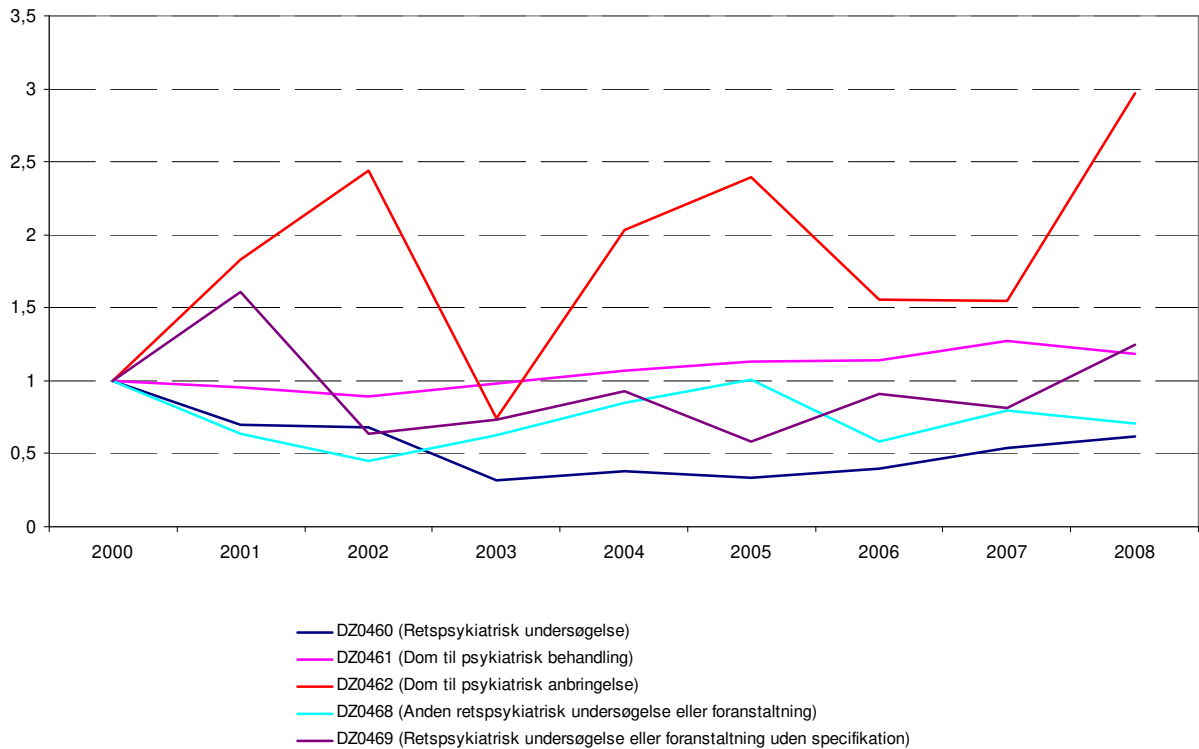


Figur 5: Udviklingen i andelen af patienter med retslige forhold, som behandles ambulant

År 2000 = 1



Figur 6: Udvikling i andel patienter med retslige forhold, som både indlægges og behandles ambulant



Bilag 6: Udvikling i antal normerede senge

Tabel 1: Udvikling i antal normerede sengepladser, 2000-2008

| År | Antal |
|------|-------|
| 2000 | 4.100 |
| 2001 | 4.200 |
| 2002 | 3.800 |
| 2003 | 3.700 |
| 2004 | 3.600 |
| 2005 | 3.450 |
| 2006 | 3.400 |
| 2007 | 3.300 |
| 2008 | 3.200 |

Kilde: www.regioner.dk

Tabel 2: Udvikling i antal normerede retspsykiatriske sengepladser, 2000-2008

| År | Antal |
|------|-------|
| 2000 | 188 |
| 2001 | - |
| 2002 | 212 |
| 2003 | - |
| 2004 | - |
| 2005 | - |
| 2006 | 238 |
| 2007 | 238 |
| 2008 | 281 |

Kilde: www.regioner.dk

Bilag 7: Sengedagsforbrug, færdigbehandlede patienter

Tabel 1: Samlede antal sengedage til færdigbehandlede patienter

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|--------|--------|--------|
| Samlede antal færdigbehandlede sengedage | 53.063 | 52.748 | 51.490 |
| Region H | 29.728 | 28.513 | 27.519 |
| Region Sjælland | 6.350 | 6.471 | 7.288 |
| Region Syd | 4.844 | 4.960 | 4.898 |
| Region Midt | 8.816 | 8.562 | 7.884 |
| Region Nord | 3.325 | 4.242 | 3.901 |

Kilde: KL

Bilag 8: Udvikling i antal tildelte førtidspensioner

Tabel 1: Udvikling i antal, der har modtaget førtidspension på grund af en psykisk lidelse

| År | Antal tildelt førtidspension | Ændring ift. 1999 |
|------|------------------------------|-------------------|
| 1999 | 3.550 | 1 |
| 2000 | 4.024 | 13 % |
| 2001 | 4.797 | 35 % |
| 2002 | 6.153 | 73 % |
| 2003 | 5.409 | 52 % |
| 2004 | 5.998 | 69 % |
| 2005 | 5.989 | 69 % |
| 2006 | 6.348 | 79 % |

Kilde: Ankestyrelsen

Tabel 2: Udvikling i antal der får førtidspension på grund af en psykiatrisk lidelse opdelt på aldersgrupper

| År | I alt | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-66 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2000 | 4.024 | 215 | 591 | 848 | 1.207 | 1.033 | 117 |
| 2001 | 4.797 | 248 | 681 | 1.030 | 1.397 | 1.272 | 138 |
| 2002 | 6.153 | 216 | 682 | 1.359 | 1.989 | 1.700 | 167 |
| 2003 | 5.409 | 219 | 618 | 1.128 | 1.626 | 1.559 | 180 |
| 2004 | 5.998 | 287 | 757 | 1.226 | 1.739 | 1.688 | 175 |
| 2005 | 5.989 | 302 | 755 | 1.181 | 1.788 | 1.743 | 198 |
| 2006 | 6.348 | 346 | 784 | 1.321 | 1.931 | 1.778 | 166 |

Kilde: Ankestyrelsen

