



Analyse af psykiatriområdet

Indhold

1. Indledning	4
2. Resumé	5
3. Analysens afgrænsning	7
4. Hvem er patienterne i psykiatrien	8
4.1 Debutalder i psykiatrien	8
4.2 Uddannelse	9
4.3 Tilknytning til arbejdsmarkedet	15
4.4 Gennemsnitsindkomst	17
4.5 Voksnes civilstatus	19
4.6 Børns boligsituation	20
4.7 Dødsfald ti år efter debut i psykiatrien	21
4.8 Dødsårsager	22
5. Kapacitet- og aktivitetsudvikling	23
5.1 Stationær og ambulans aktivitet	24
5.2 Patienter og aktiviteter	25
5.3 Kapaciteten i et akutsystem	26
6. Patientrettigheder og kvalitet i psykiatrien	28
6.1 Patienternes rettigheder i psykiatrien	29
6.2 Opsummering på kvalitetsudvikling	31
7. Kompetencer i psykiatrien	31
7.1 Udviklingen i læger og psykologer	32
7.2 Udviklingen i sygeplejefagligt personale	35
7.3 Udviklingen i pædagoger og socialrådgivere	37
7.4 Udviklingen i fysio- og ergoterapeuter	39
7.5 Peers	42
7.6 Personalets aldersfordeling	42
8. Bilag	44

1. Indledning

Med afsæt i nye – primært medicinske – behandlingsformer er der henover de seneste 40-50 år skabt en klar politisk vision om at normalisere livsvilkårene for mennesker med psykisk sygdom. Det betyder, at mennesker, der tidligere levede hele livet afsondret fra omverdenen på store psykiatriske asyler, i dag og med den rette behandling støttes i at leve normale liv og med samme mål om og adgang til uddannelse, beskæftigelse, familie mv.

Den politiske vision har haft en enorm betydning for, hvordan de psykiatriske behandlingstilbud udformes og tilrettelægges. Langt størstedelen af behandlingen foregår i dag ambulantly eventuelt med støtte i hverdagen. Indlæggelse foregår som supplement, når sygdommen i perioder forværres og behandling og pleje kræver døgnbemanding.

Som konsekvens er den stationære kapacitet på de psykiatriske sygehuse faldet, alt i mens en bred vifte af ambulante behandlingstilbud er foldet ud – senest udgående mobilteams og ambulante akutteams. I socialsektoren er der etableret støtte- og botilbud, så også mennesker med svær psykisk sygdom kan leve i egen bolig. Patientrettigheder og fælles mål for udviklingen i sundhedsvæsenet er gennem fokuserede indsatser i regionerne ved at bære frugt - ventetiden er faldende og patienttilfredsheden er stigende.

Selvom psykiatrien overordnet set har udviklet sig positivt gennem en længere årrække, er der fortsat udfordringer. Den stationære kapacitet er under pres. Rekruttering af relevante medarbejdere er svær. Alt sammen forhold, der har negativ betydning for dem, der drejer sig om - mennesker med psykiske sygdomme. For at sikre tilstrækkelig kapacitet, styrke relevante indsatser og understøtte patientrettighederne, er der gennem årene prioriteret flere midler til psykiatrien – både regionalt og fra centralt hold. Aftaler om regionernes økonomi, satspuljeaftaler og finanslovsaftaler har de senere år udmøntet ekstra penge til psykiatrien.

Mest markant fremstår satspuljeaftalen for 2014-2018 og finansloven 2020, der til sammen har tilført psykiatrien et betydeligt varigt økonomisk løft i underkanten af 1 mia. kr. svarende til ca. 10 % af de samlede udgifter i den regionale psykiatri. Hertil kommer, at psykiatrien med kvalitetsfondsmidler og øvrige anlægsmidler i ryggen er i færd med en gennemgribende bygningsmæssig modernisering. De ekstra drifts- og anlægsmidler understøtter, at flere får den hjælp, de har brug for.

Der er dog stadig behov for yderligere at forske og udvikle klare kvalitetsstandarder i psykiatrien. Samtidig er der potentiale for mere samarbejde mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien og yderligere fokus på forebyggelse. Det bliver desuden et vigtigt skridt for fremtidens psykiatri at åbne mere op for de muligheder og potentialer som de digitale løsninger har.

Der er med andre ord stadig mange udfordringer at tage fat på, selvom psykiatrien overordnet er inde i en positiv udvikling.

2. Resumé

I perioden fra 2014 til 2018 har der været stigende aktivitet i psykiatrien. Antallet af patienter er steget både i voksenpsykiatrien og i børne- og ungdomspsykiatrien. Antallet af indlæggelser pr. indlagt patient i voksenpsykiatrien er steget gradvist fra 2014 til 2018, men antallet af sengedage pr. indlæggelse er faldet. Ventetiden er faldet både i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien (figur 19- 22).

På personalesiden ses det, at der kommer flere og flere sygeplejersker med speciale i psykiatrisk sygepleje både i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Ligeledes har antallet af psykologer med speciale i psykiatri været stigende i hele perioden fra 2014 til 2018 (figur 23-39). Når man ser på antallet af fysioterapeuter og ergoterapeuter, viser der sig en faldende tendens i antallet. Det tyder på, at der er et potentiale i at bruge disse faggrupper i højere grad end man gør i dag, hvor vi står med en væsentlig rekrutteringsudfordring i psykiatrien.

Mennesket i systemet

Det er forbundet med stor kompleksitet at undersøge kvalitet i psykiatrien, og der er generelt en efterspørgsel på værktøjer til mere viden om psykiatrien og dens virke. Analysen her giver et bud på, hvordan man kan beskrive en række forhold vedrørende personernes liv, når de starter i behandling i psykiatrien og ti år efter.

Over 50 % af personerne, der debuterede i psykiatrien i 2018, var ikke fyldt 30 år. 26,3 % af mændene, der debuterede i psykiatrien i 2018, var 0-14 år. 14,8 % af kvinderne, der debuterede i psykiatrien i 2018, var 0-14 år (figur 1-2). Analysen peger på et centralt spørgsmål: hvorfor er debutanterne i psykiatrien så unge? Særligt kan der stilles spørgsmålstejn ved den store andel af drenge i alderen 0-14 år, der debuterede i psykiatrien. I et eventuelt videre analysearbejde vil det være interessant med dybbegående viden om årsagerne til kønsforskellene i debutalder, samt at bruge den viden til at indrette effektive tidlige indsatser.

En større andel af børnene, der debuterede i psykiatrien i 2018, var anbragt uden for hjemmet, sammenlignet med børn, der ikke havde kontakt med psykiatrien. Det vidner om, at en stor gruppe af børnene i psykiatrien er i en særligt sårbar position, idet de både er anbragt uden for hjemmet og har en psykisk lidelse (tabel 1).

Der er således fortsat brug for en stærk socialfaglig støtte til disse børn og unge, og de har i særlig høj grad brug for, at samarbejdet mellem de forskellige kontaktpersoner og behandlere i det offentlige sikrer en koordineret indsats. Det kan blive afgørende for at hjælpe børnene til at få en god start på livet.

Uligheden er stor

I forhold til uddannelsesniveau er der forskelle mellem personer, der debuterede i psykiatrien i 2008 og personer, der ikke havde kontakt med psykiatrien i eller før 2008. Der er også store kønsforskelle blandt alle personer, der debuterede i psykiatrien i 2008. Mændene havde et lavere uddannelsesniveau end kvinderne og i forhold til øvrige i samme aldersgruppe. Særligt blandt debutanter i aldersgruppen 19-29 år er der en kønsforskel. 61 % af mændene havde grundskolen som højeste gennemførte uddannelse, hvorimod 48 % af kvinderne havde grundskolen som højeste uddannelse.

3. Analysens afgrænsning

På Danske Regioners generalforsamling i marts 2019 blev det vedtaget at gennemføre en større analyse af psykiatriområdet for at blive klogere på psykiatrien som system og menneskene, der behandles i psykiatrien.

I analysens første del undersøges personer, der debuterer i psykiatrien, gennem en række beskrivende faktorer. Debut i psykiatrien er defineret som personens førstegangskontakt som patient i psykiatrien. Der sammenlignes mellem personer, der debuterede i psykiatrien i 2008, og den øvrige befolkning. Den øvrige befolkning er defineret som personer, der hverken i eller før 2008 har været patient i psykiatrien. Året 2008 er valgt for at gøre det muligt at følge en tiårig udvikling og samtidig få data så tæt på i dag som muligt - og dermed data som er mest muligt sigende om situationen i dag.

Dataene er et udtræk fra Danmarks Statistik. Datagrundlaget i denne del af analysen er særligt interessant, idet det medtager alle personer i alderen 0-64 år, der debuterede i psykiatrien i 2008. Det giver en unik mulighed for at beskrive livet for mennesker, der er eller har været i behandling i psykiatrien. Der inddrages både personer med psykotiske og ikke-psykotiske lidelser i analysen, hvilket betyder, at både mennesker med milde og svære grader af psykisk sygdom er medtaget.

Analysen vedrører det regionale ansvarsområde, men det er vigtigt at holde sig for øje, at forholdet til og kvaliteten af de socialpsykiatriske indsatser indirekte påvirker udviklingen i behandlingspsykiatrien. Analysen er deskriptiv og beskriver alle mennesker, der startede i behandling i psykiatrien i 2008. Analysen kan ikke konkludere sandsynligheder eller årsagssammenhænge, men viser nogle systematiske forskelligheder i de beskrevne forhold.

Derfor giver analysen også anledning til at stille mange vigtige videre spørgsmål og fremhæver emner, som er relevante at undersøge nærmere, for at blive klogere på, hvilke mekanismer der er på spil. Den viden kan bruges til at tilrettelægge indsatser og understøtte patienten, når patienten ikke længere er patient i behandlingspsykiatrien, men skal vende tilbage til livet og hverdagen.

Analysens anden del omhandler kapacitet, kompetencer og kvalitet i psykiatrien, og er afgrænset til at omhandle den regionale behandlingspsykiatri. Afsnittene om kapacitet og kompetencer er udarbejdet på baggrund af dataindberetninger fra regionerne. Afsnittene om kvalitet baserer sig hovedsageligt på målingerne fra kvalitetsindikatorerne fra De Nationale Mål for Sundhedsvæsenet.

Kvalitet er komplekst og særligt i psykiatrien er der mangel på gode effekt- og kvalitetsmål. Ved at inddrage De Nationale Mål i denne analyse, tages der en status på nationalt definerede og anerkendte kvalitetsindikatorer for psykiatrien. For at give en total vurdering af kvalitet i psykiatrien vil det være nødvendigt at udvikle og inddrage mange flere indikatorer udover de her inddragede kvalitetsindikatorer.

Ti år efter mændene debuterede i psykiatrien i alderen 19-29 år, havde 39 % stadig grundskolen som højeste uddannelse, hvorimod kun 14 % af øvrige mænd i samme aldersgruppe havde grundskolen som højeste uddannelse. For kvinderne ses det samme mønster. Ti år efter kvinderne mellem 19-29 år debuterede i psykiatrien, havde 26 % stadig grundskolen som højeste uddannelse, hvorimod kun 9 % af øvrige kvinder i samme aldersgruppe havde grundskolen som højeste uddannelse (figur 3-10). Derfor kan der være et potentiale i at opruste indsatserne i forhold til uddannelse, så flere unge mennesker med psykiske lidelser får en uddannelse efter grundskolen.

Når man ser på arbejdsmarkedsstatus, er der forskelle mellem personer, der debuterede i psykiatrien i 2008 og øvrige personer. Tallene viser, at en stor del af dem, der debuterede i 2008 i psykiatrien, stod uden for arbejdsstyrken. For begge køn i alle aldersgrupper gælder det, at over 40 % af dem, der debuterede i psykiatrien i 2008, var uden for arbejdsstyrken (figur 11-14).

Spørgsmålet er, hvilken betydning den psykiske lidelse har for arbejdsmarkedstilknøytning? Og hvordan vi som samfund kan blive bedre til at fastholde personer med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet eller hjælpe dem ind på arbejdsmarkedet?

Indkomsttallene viser forskelle blandt personer, der debuterede i psykiatrien i 2008, og øvrige personer. For alle køns- og aldersgrupper bliver indkomstforskellene faktisk større over tid - undtagen for mænd og kvinder i alderen 50-64 år, hvilket til dels kan forklares med tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (figur 15-16).

Perspektiver

På baggrund af analysen kan det ikke konkluderes, at psykiske lidelser i sig selv er årsagen til ulighederne, men vi kan se, at personerne med psykiske lidelser, der kom i behandling i psykiatrien, systematisk klarer sig dårligere end den øvrige befolkning på de undersøgte forhold.

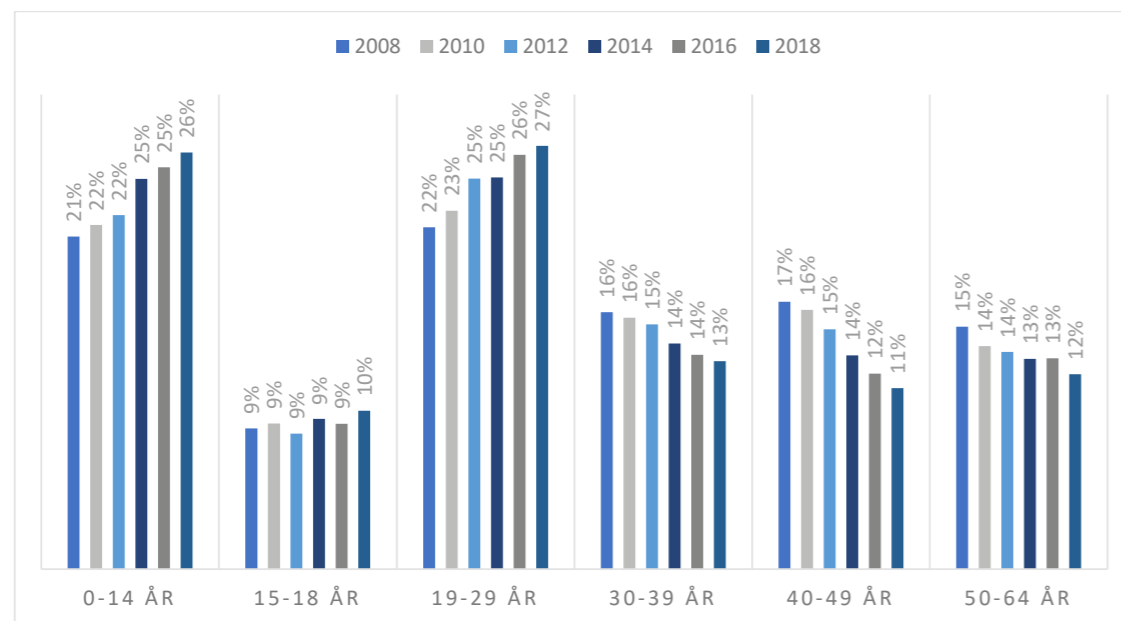
En fællesnævner for personerne, der debuterede i psykiatrien i 2008, er, at de har en lavere indkomst, lavere uddannelsesniveau, flere lever alene og flere dør tidligere sammenlignet med den øvrige befolkning. Det giver anledning til at stille en række spørgsmål, bl.a. hvordan vi kan blive klogere på, hvorfor der er så store uligheder? Hvilke mekanismer er på spil, og hvordan kan behandlingspsykiatrien i samspil med de øvrige sociale indsatser i det omgivne miljø støtte personer, der har været i behandling i psykiatrien, så uligheden mindskes? I hvilken grad er en psykisk lidelse definerende for ulighed? I behandlingspsykiatrien behandles psykisk sygdom, men beskrivelserne i analysen tyder på, at der fortsat er grund til at rette opmærksomheden mod det hele menneske bl.a. med fokus på recovery, peer støtte o. lign. indsatser, som man arbejder med i dag.

4. Hvem er patienterne i psykiatrien

Kvalitet kan anskues fra mange vinkler og måles på mange måder. Især i psykiatrien er det komplekst at undersøge kvalitet, og der mangler redskaber til at undersøge behandlingskvalitet. I denne analyse anskues behandlingskvalitet ud fra en række forhold, der vedrører patienternes livssituation før og efter behandling i psykiatrien. Her beskrives bl.a. personernes alder for debut som patient i psykiatrien, indkomstniveauer, uddannelsesniveauer og arbejdsmarkedstilknytning.

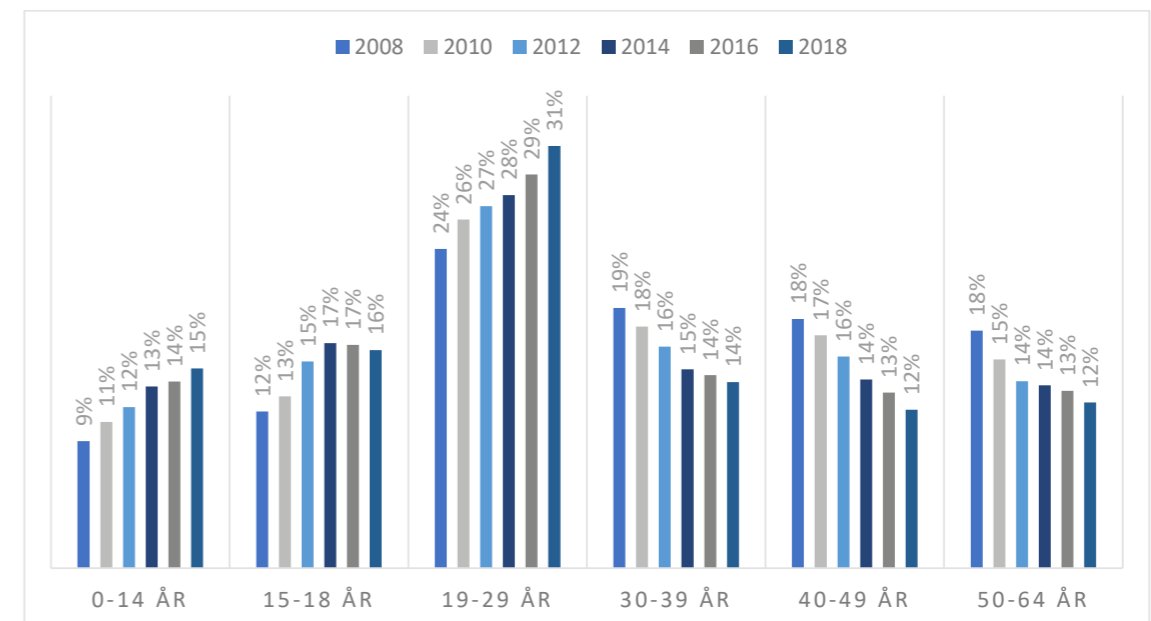
4.1 Debutalder i psykiatrien

Figur 1: Aldersfordelingen for mænd, der debuterede i psykiatrien 2008-2018.



Note: Der skal tages højde for aldersintervaller i tolkningen.

Figur 2: Aldersfordelingen for kvinder, der debuterede i psykiatrien 2008-2018.

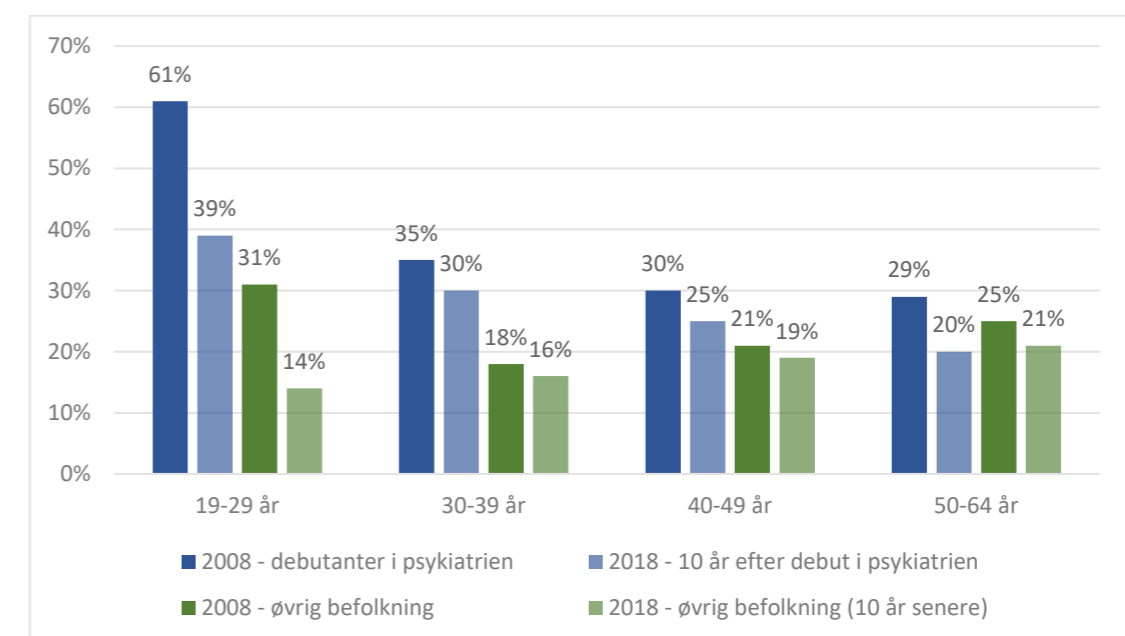


Note: Der skal tages højde for aldersintervaller i tolkningen.

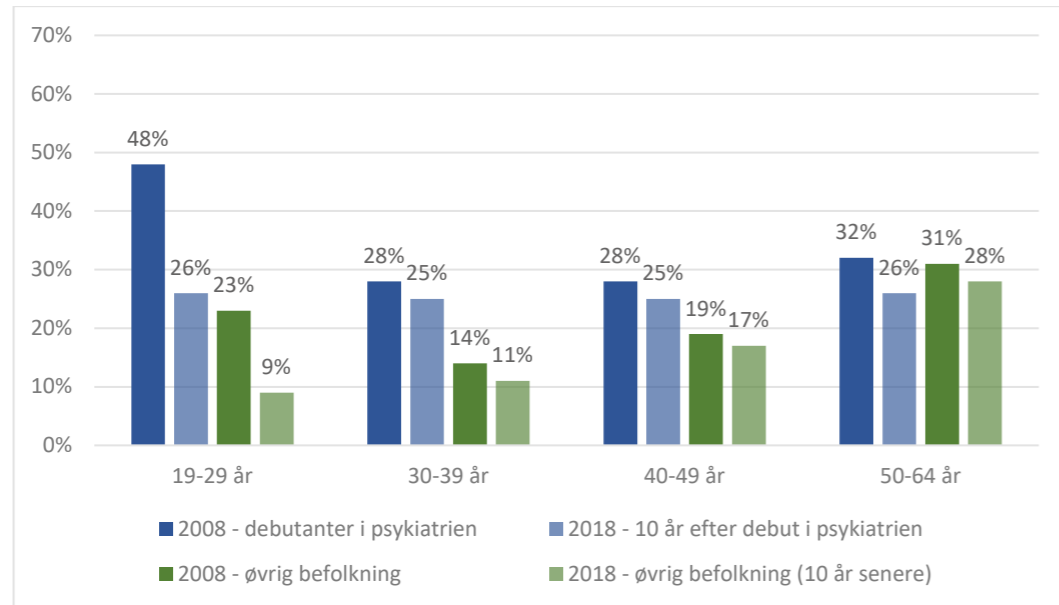
Ved en sammenligning mellem køn ses det, at mænd i højere grad end kvinder debuterer i psykiatrien i aldersgruppen 0-14-år. Hos kvinderne ses det, at kvinder i alderen 19-29 år udgør en større og større andel hos kvindelige debutanter. Overordnet set er der en tendens til, at personer under 30 år fylder en større og større andel blandt debutanterne i psykiatrien hos begge køn. Det kan bl.a. skyldes det forstærkede fokus på tidlig opsporing og lettere adgang til udredning og behandling i psykiatrien.

4.2 Uddannelse

Figur 3: Andelen af mænd med grundskole som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018.



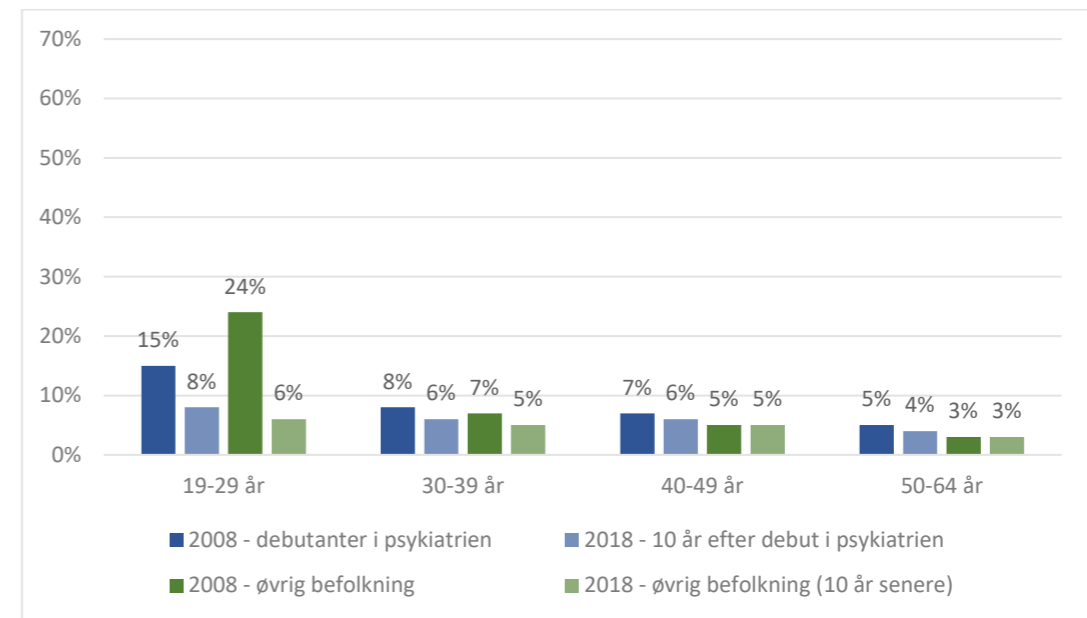
Figur 4: Andelen af kvinder med grundskole som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018.



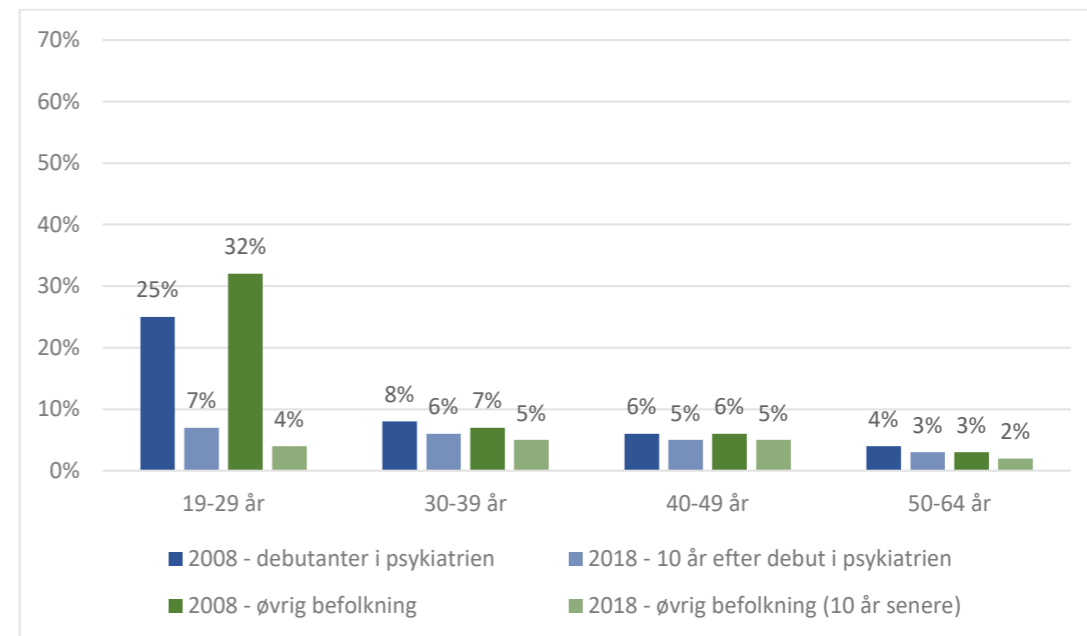
Figur 3 viser den procentvise andel af mænd med grundskole som den højeste gennemførte uddannelse i hhv. 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008 og mænd i den øvrige befolkning. Der er et overtal af mænd, der debuterede i psykiatrien, der har grundskole som højeste gennemførte uddannelse. Forskellene er størst i alderen 19-29 år, og forskellene mellem mænd der debuterede og øvrige mænd udlignes for de højere aldersgrupper. Figur 3 vidner om en forskel i uddannelsesniveautet blandt mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008 og øvrige mænd.

Figur 4 viser andelen af kvinder med grundskole som den højest gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008 og kvinder i den øvrige befolkning. Mønstret fra mændene gentager sig i nogen grad hos kvinderne. En større andel af kvinderne, der debuterede i psykiatrien i 2008, havde grundskolen som den højeste gennemførte uddannelse sammenlignet med øvrige kvinder. Dog havde en mindre andel af de kvindelige debutanter grundskolen som højeste gennemførte uddannelse sammenlignet med de mandlige debutanter.

Figur 5: Andelen af mænd med gymnasial uddannelse som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018.



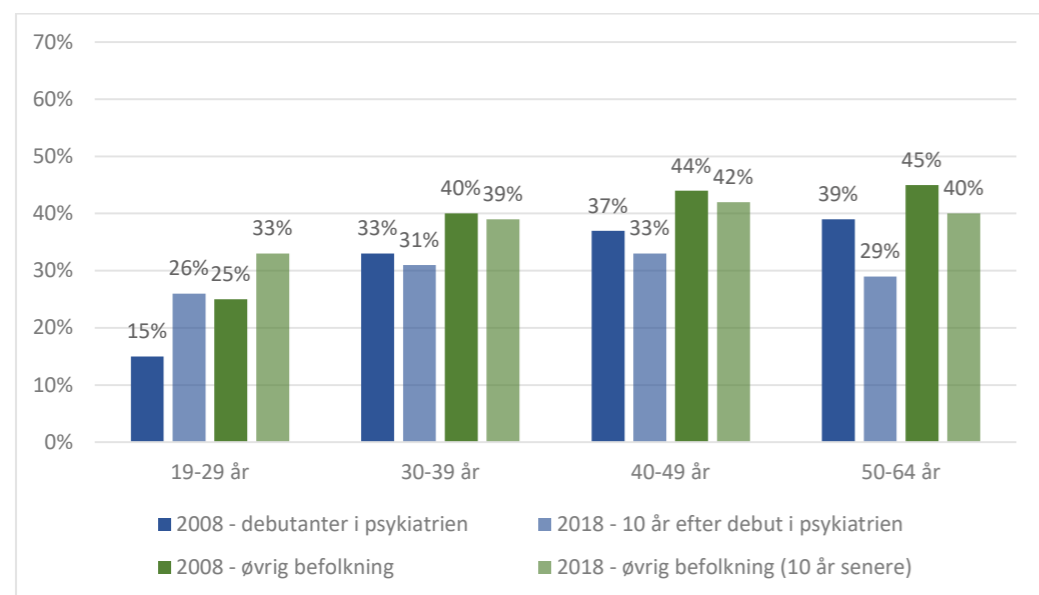
Figur 6: Andelen af kvinder med gymnasial uddannelse som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018.



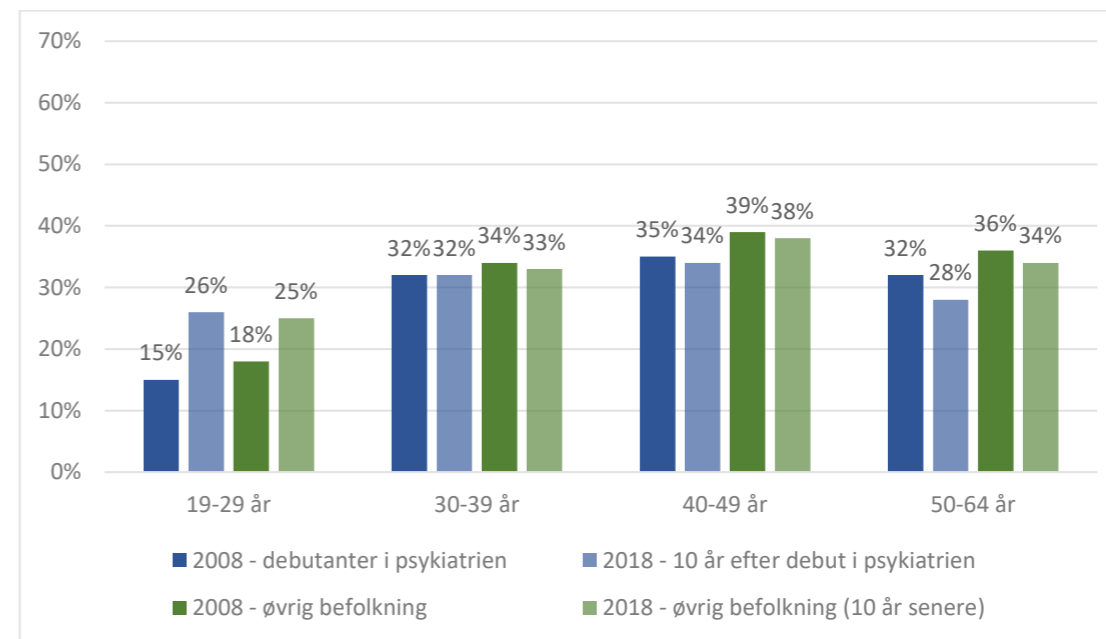
Figur 5 viser andelen af mænd med gymnasial uddannelse som den højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008 og mænd i den øvrige befolkning. Overordnet er der ikke store forskelle på tværs af aldersgrupper, udover 19-29 år, hvor færre af debutanterne i psykiatrien, havde gymnasial uddannelse som højeste uddannelse sammenlignet med øvrige mænd.

Figur 6 viser andelen af kvinder med gymnasial uddannelse som den højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008 og kvinder i den øvrige befolkning. Igen er der ikke store forskelle på tværs af aldersgrupper, udover 19-29 år, hvor færre af debutanterne i psykiatrien, havde gymnasial uddannelse som højeste gennemførte uddannelse sammenlignet med øvrige kvinder. Ti år senere er forskellen mellem debutanterne og de øvrige kvinder mindre.

Figur 7: Andelen af mænd med erhvervsfaglig uddannelse som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018.



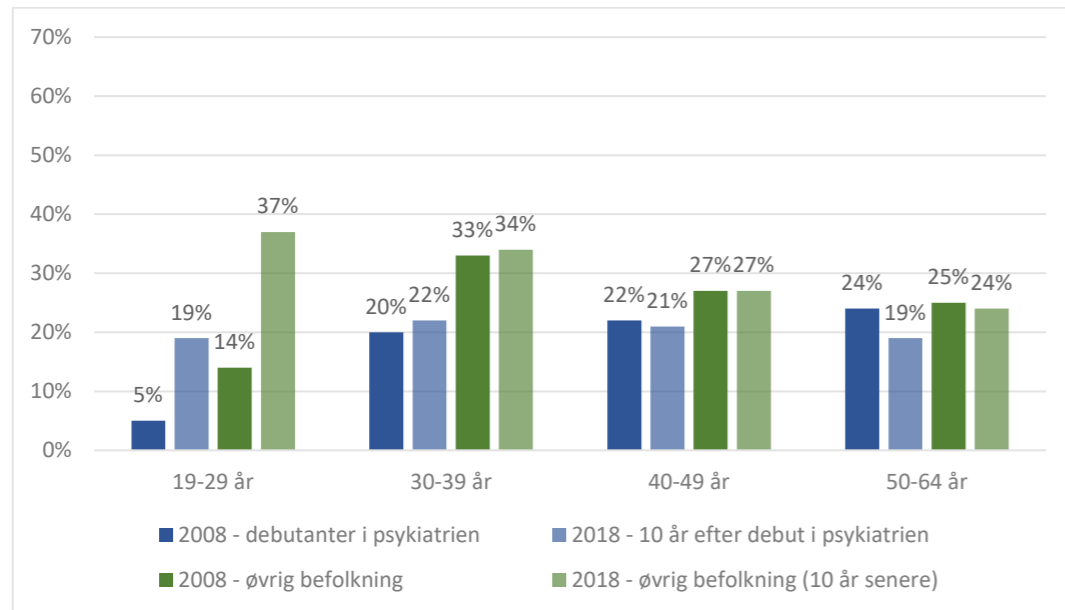
Figur 8: Andelen af kvinder med erhvervsfaglig uddannelse som højeste gennemførte uddannelse fordelt i 2008 og 2018.



Figur 7 viser andelen af mænd med erhvervsfaglig uddannelse som den højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008 og mænd i den øvrige befolkning. Generelt har en større andel af mænd i den øvrige befolkning en erhvervsfaglig uddannelse som højest gennemførte uddannelse.

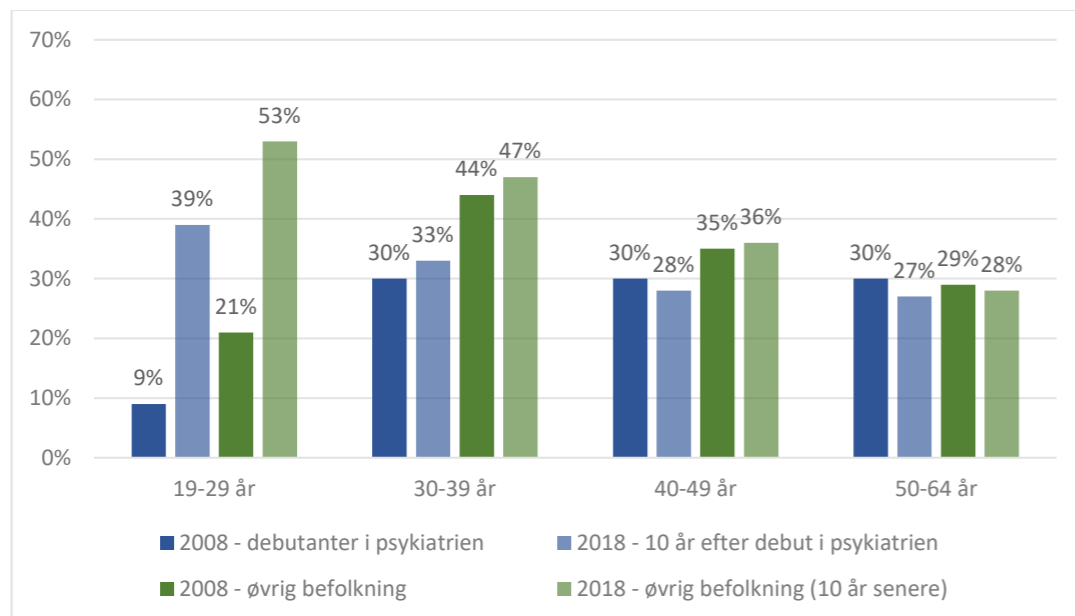
Figur 8 viser andelen af kvinder med erhvervsfaglig uddannelse som den højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008 og kvinder i den øvrige befolkning. Forskellene mellem kvindelige debutanter i psykiatrien og kvinder i den øvrige befolkning er meget små for alle aldersgrupper.

Figur 9: Andelen af mænd med videregående uddannelse som højeste gennemførte uddannelse fordelt i 2008 og 2018.



Note: Videregående uddannelser dækker over korte-, mellemlange- og lange videregående uddannelser, bacheloruddannelser, ph.d og forskeruddannelser.

Figur 10: Andelen af kvinder med videregående uddannelse som højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018



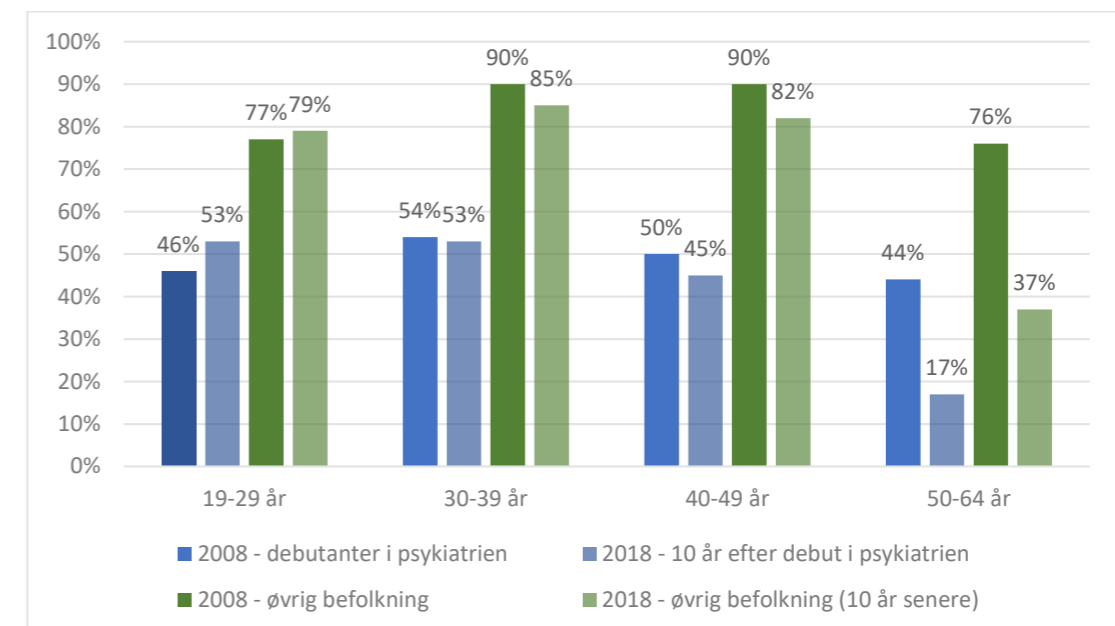
Note: Videregående uddannelser dækker over korte-, mellemlange- og lange videregående uddannelser, bacheloruddannelser, ph.d og forskeruddannelser.

Figur 9 viser andelen af mænd med videregående uddannelse som den højeste gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008 og mænd i den øvrige befolkning. Andelen af mænd i den øvrige befolkning, der havde videregående uddannelse som højest gennemførte uddannelse, er større sammenlignet med mænd, der havde debut i psykiatrien i 2008. Forskellene udlignes lidt for de ældre aldersgrupper.

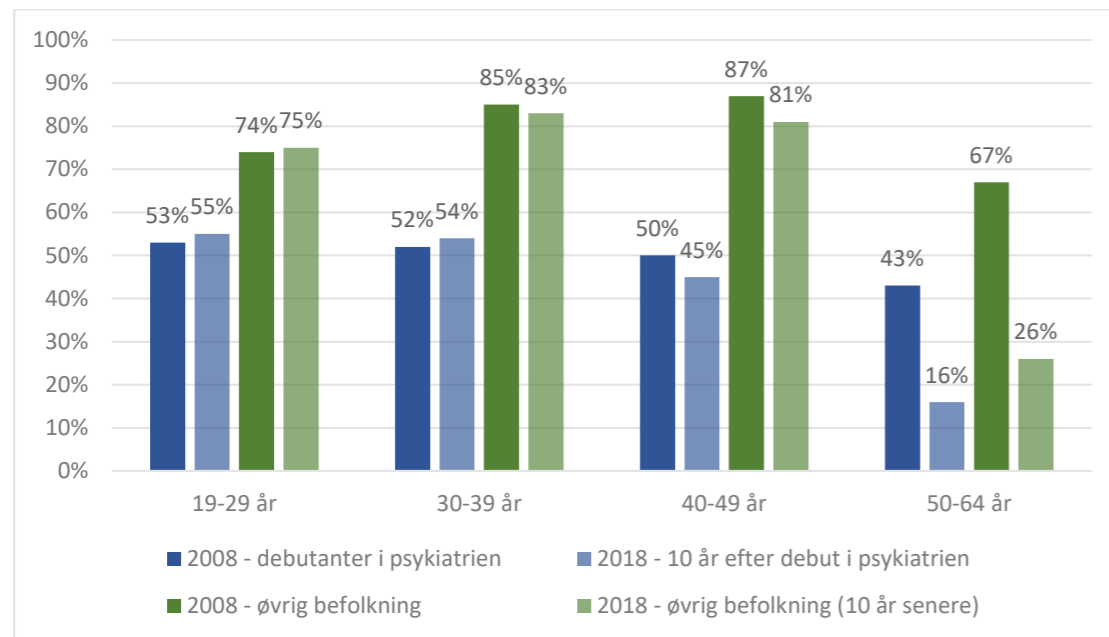
Figur 10 viser andelen af kvinder med videregående uddannelse som den højest gennemførte uddannelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008 og kvinder i den øvrige befolkning. Flere kvinder i den øvrige befolkning havde videregående uddannelse som højest gennemførte uddannelse sammenlignet med kvinder, der havde debut i psykiatrien i 2008. Andelen stiger for begge grupper fra 2008 til 2018, og derudover udlignes forskellene i højere grad for de ældre aldersgrupper.

4.3 Tilknytning til arbejdsmarkedet

Figur 11: Andelen af mænd i beskæftigelse i 2008 og 2018.

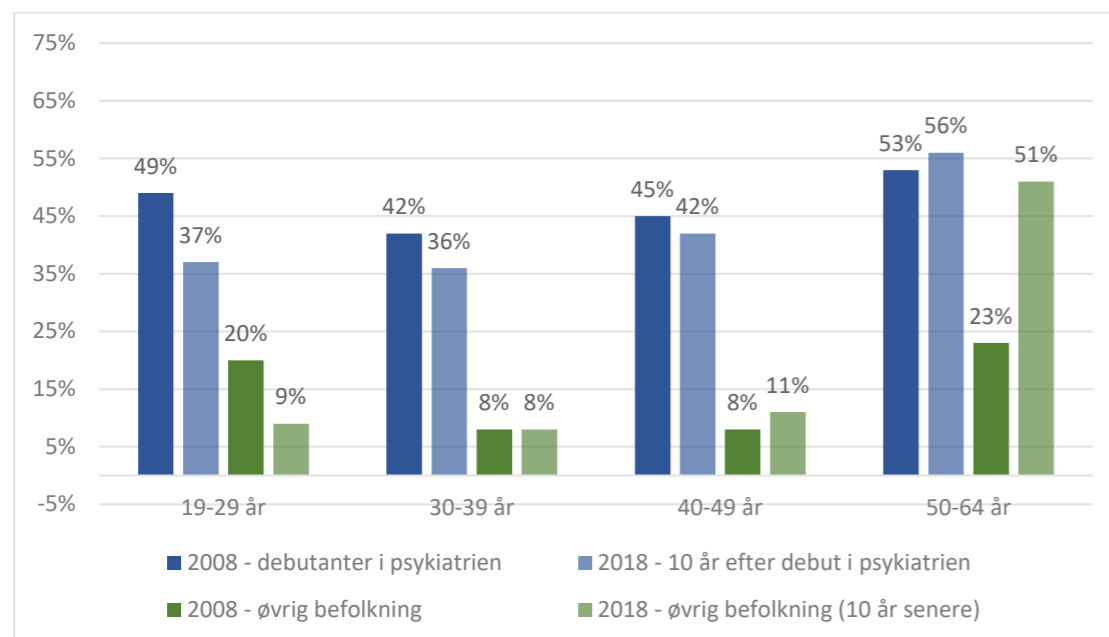


Figur 12: Andelen af kvinder i beskæftigelse i 2008 og 2018.



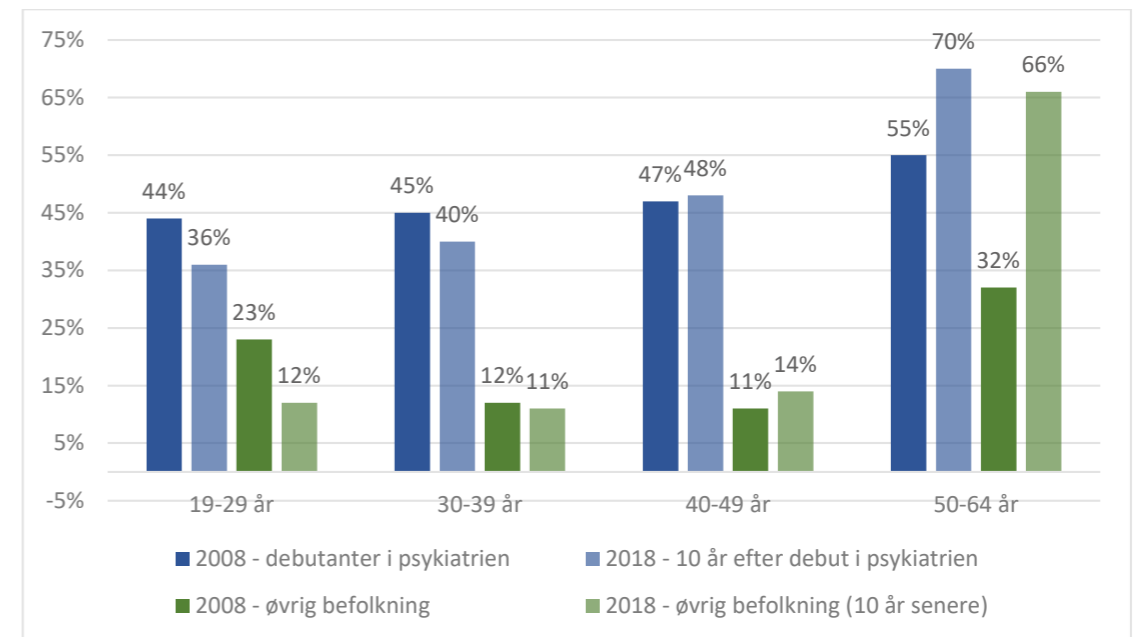
Figur 11 og 12 viser andelen af hhv. mænd og kvinder i beskæftigelse i 2008 og 2018. Der sammenlignes mellem personer, der debuterede i psykiatrien i 2008 og den øvrige befolkning. Personer, der er under uddannelse og samtidig har et arbejde, indgår i gruppen beskæftigede. Figurene viser, at en større andel af personer i den øvrige befolkning er i beskæftigelse sammenlignet med personer, der debuterede i psykiatrien. Det gælder både for mænd og kvinder.

Figur 13: Andelen af mænd uden for arbejdsstyrken i 2008 og 2018.



Note: Personer uden for arbejdsstyrken består af flere delgrupper. En stor del er offentligt forsørgede, bl.a. personer der modtager førtidspension, passiv kontanthjælp og efterløn. Herudover medtælles alderspensionister, personer under uddannelse (uden arbejde ved målingstidspunktet) samt øvrige uden for arbejdsstyrken.

Figur 14: Andelen af kvinder uden for arbejdsstyrken i 2008 og 2018.



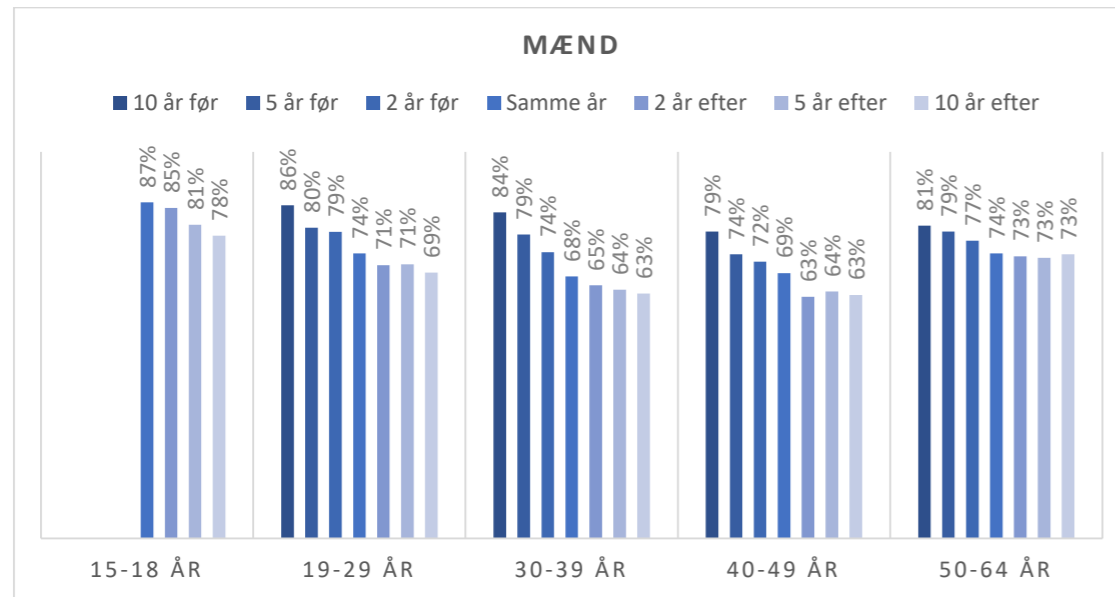
Note: Personer uden for arbejdsstyrken består af flere delgrupper. En stor del er offentligt forsørgede, bl.a. personer der modtager førtidspension, passiv kontanthjælp og efterløn. Herudover medtælles alderspensionister, personer under uddannelse (uden arbejde ved målingstidspunktet), børn og unge samt øvrige uden for arbejdsstyrken.

Figur 13 og 14 viser andelen af mænd og kvinder, der er uden for arbejdsstyrken. Der sammenlignes mellem mænd og kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008, og mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Blandt personerne, der debuterede i psykiatrien, var en større andel uden for arbejdsstyrken sammenlignet med den øvrige befolkning. Det gælder for både mænd og kvinder. Det tyder på, at der er en meget svag tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personerne, der debuterede i psykiatrien i 2008, både i debutåret og ti år efter.

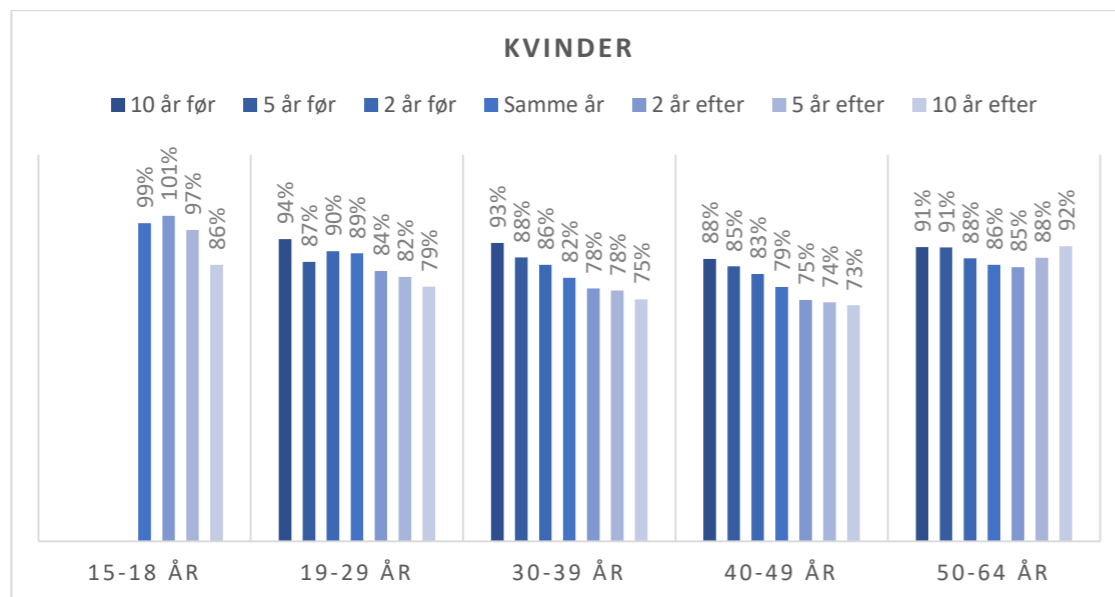
Forskellene mellem debutanter og den øvrige befolkning udlignes i aldersgruppen 50-64 år, hvilket giver god mening, idet flere i begge aldersgrupper vil være gået på pension. Forskellen ti år efter 2008 er mindre hos personerne, der debuterede i 2008 sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette kan skyldes, at andelen af personer uden for arbejdsstyrken allerede i 2008 er meget høj blandt debutanterne.

4.4 Gennemsnitsindkomst

Figur 15: Gennemsnitsindkomst hos mænd med debut i psykiatrien i 2008 - i % af gennemsnitsindkomst hos øvrige mænd.



Figur 16: Gennemsnitsindkomst hos kvinder med debut i psykiatrien i 2008 - i % af gennemsnitsindkomst hos øvrige kvinder.



Figur 15 viser gennemsnitsindkomsten hos mænd, der debuterede i psykiatrien i 2008, i procentandel af gennemsnitsindkomsten hos mænd i samme køns- og aldersgruppe i den øvrige befolkning.

I alle aldersgrupper gælder det, at mændene der debuterede i 2008, havde en gennemsnitsindkomst, der udgjorde en mindre og mindre andel af hvad øvrige mænd tjente, jo tættere personerne var på debutåret. Udviklingen fortsatte de følgende ti år efter debut.

Figur 16 viser gennemsnitsindkomsten hos kvinder med debut i psykiatrien i 2008, i procentandel af gennemsnitsindkomsten hos kvinder i samme køns- og aldersgruppe i den øvrige befolkning. Igen ses det, at kvinderne, der debuterede i psykiatrien i 2008, havde en gennemsnitsindkomst, der var lavere end hos kvinder i den øvrige befolkning. Det gælder for alle aldersgrupper og i hele det 20-årige interval.

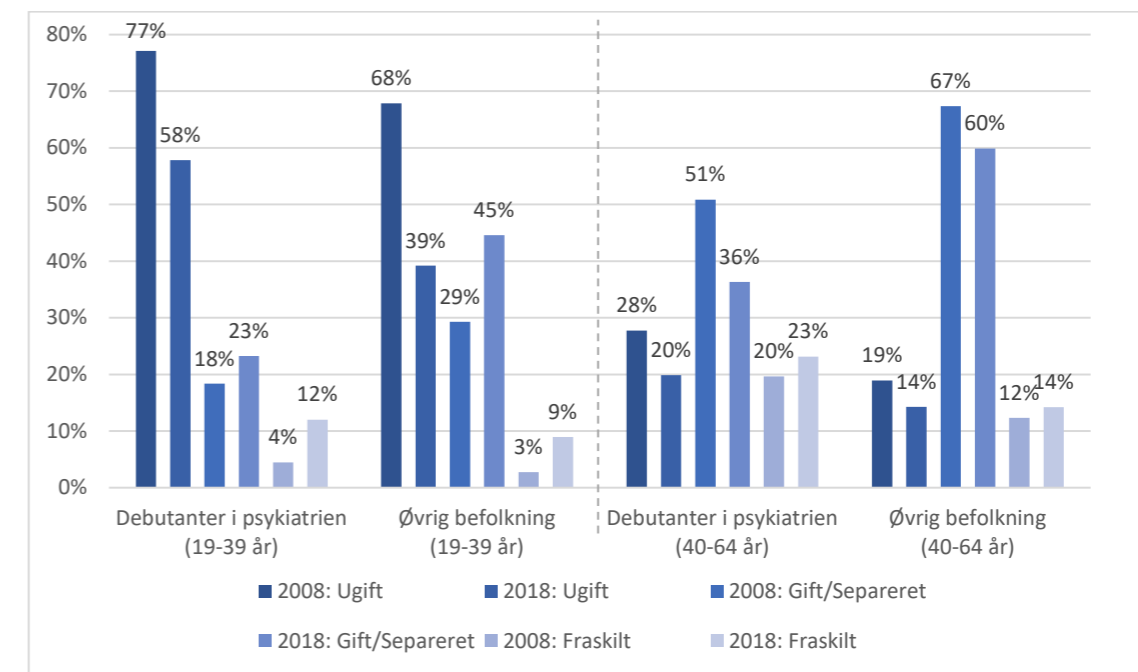
For alle køns- og aldersgrupper bliver indkomstforskellene større over tid, undtagen for gruppen af kvinder i alderen 50-64 år samt mænd i alderen 50-64 år.

En forklaring herpå kan være, at en del af personerne i denne aldersgruppe – mænd som kvinder - vil være gået på pension 10 år senere, og dermed vil flere i begge grupper modtage folkepension. Dette kan være med til at udligne en del af indkomstforskellene.

Tidligere studier har desuden vist, at det også har konsekvenser for ægtefællers økonomi, når deres ægtefælle har en psykisk sygdom. For eksempel viser et studie fra 2019, at blandt ægtefæller til personer med borderline er indkomsten 25 % lavere end ægtefæller til personer uden borderline, allerede 5 år inden borderline diagnosen stilles. Indkomstforskellen stiger med tiden efter ægtefællens diagnose stilles.¹

4.5 Voksnes civilstatus

Figur 17: Civilstatus for mænd i 2008 og 2018.

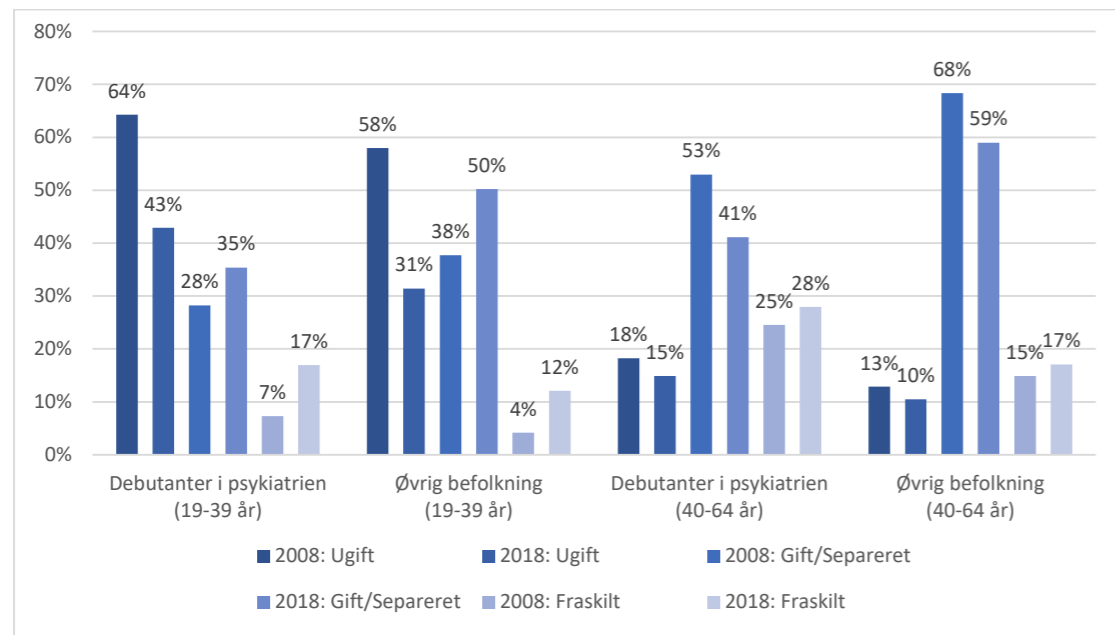


¹ Societal costs of Borderline Personality Disorder: a matched controlled nationwide study of patients and spouses, L.H. Hastrup, P. Jennum, R. Ibsen, J.Kjellberg, E. Simonsen

Figur 17 viser civilstatus for hhv. mænd med debut i psykiatrien i 2008 og samme gruppe i 2018 sammenlignet med den øvrige befolkning i 2008 og 2018.

Færre mænd i alderen 19-29 år, der debuterede i psykiatrien i 2008, er blevet gift i 2018 sammenlignet med øvrige mænd i samme aldersgruppe. Andelen af ugifte mænd er større blandt mænd, der debuterede i psykiatrien sammenlignet med øvrige mænd. Samtidigt er en større procentdel af debutanterne - uanset alder - blevet skilt sammenlignet med øvrige mænd, der ikke har haft debut i psykiatrien - på trods af, at der som udgangspunkt er færre, der er gift. Der er flere af debutanterne, der er ugift både i 2008 og 2018 sammenlignet med den øvrige befolkning.

Figur 18: Civilstatus for kvinder i 2008 og 2018.



Figur 18 viser kvinders civilstatus for hhv. kvinder der debuterede i psykiatrien i 2008 sammenlignet med øvrig befolkning i 2008 og 2018 for aldersgrupperne 19-39 år og 40-64 år.

Tallene viser, at flere af kvinderne i den øvrige befolkning i aldersgruppen 19-39 år var gift sammenlignet med de kvindelige debutanter i psykiatrien. Yderligere er der en større mobilitet blandt øvrige kvinder, hvor flere kvinder i den øvrige befolkning er gift 10 år senere i 2018 sammenlignet med debutanter i psykiatrien for aldersgruppen 19-39 år. For aldersgruppen 40-64 år er der færre, der er gift 10 år senere, men igen er der et overtal af de øvrige kvinder, der er gift sammenlignet med debutanter i psykiatrien.

Andelen af ugifte kvinder er højere for debutanter i psykiatrien sammenlignet med øvrige kvinder, og andelen af fraskilte kvinder er også højere blandt debutanterne end øvrige kvinder på tværs af begge aldersgrupper.

4.6 Børns boligsituation

Børns socioøkonomiske forhold kan ikke opgøres på samme måde som voksnes, idet de i sagens natur hverken har fået uddannelse, job eller indtægt. Derfor er den mest sigende socioøkonomiske parameter at se på, hvorvidt de bor med deres forældre eller ej.

Tabel 1: Boligsituation for børn og unge med debut i psykiatrien i 2018 (psykiatri) og øvrig befolkning (øvrig)

	Ikke-hjemmeboende		Bor med begge forældre		Bor med én forælder	
	psykiatri	øvrigt	psykiatri	øvrigt	psykiatri	øvrigt
Drenge 0-14 år	*	*	56,7%	76,8%	40,0%	22,5%
Drenge 15-18 år	4,9%	1,8%	45,4%	60,6%	47,4%	34,9%
Piger 0-14 år	4,5%	0,7%	42,8%	76,2%	41,1%	23,1%
Piger 15-18 år	4,2%	2,2%	45,4%	56,6%	44,0%	35,1%

* Diskretioneret i data

Tabel 1 viser, at en mindre procentdel af drenge, der havde debut i psykiatrien i 2018, boede med begge forældre sammenlignet med øvrige drenge. Samtidig ses det, at procentdelen af ikke-hjemmeboende var højere blandt drenge 15-18 år, der debuterede i psykiatrien i 2018. Ikke hjemmeboende dækker over børn, der bor for sig selv, er anbragt i plejefamilie, institution eller bor hos andre familiemedlemmer end deres mor og/eller far.

Hos pigerne ses en endnu større forskel i andelen, der var ikke-hjemmeboende. Ligesom hos drengene er der også en større procentdel af pigerne i gruppen, der debuterede i psykiatrien i 2018, der bor med én forælder sammenlignet med øvrige piger. Ligeledes boede færre af pigerne, der debuterede i psykiatrien i 2018 med begge forældre, sammenlignet med øvrige piger.

En større andel af pigerne og drengene, der debuterede i psykiatrien i 2018, var ikke-hjemmeboende eller boede med én forælder sammenlignet med øvrige piger og drenge. Til eventuel videre undersøgelse kunne det være interessant at undersøge, hvor stor en andel af børnene, der har haft en familiesag, for at afdække, om der findes et mønster her.

4.7 Dødsfald ti år efter debut i psykiatrien

Tabel 2: Dødsfald mænd

2008 Køns- og aldersgruppe	Procentdel af mænd med debut i psykiatrien i 2008 som var døde ti år efter	Procentdel af mænd i 2008 uden debut i psykiatrien, som var døde ti år efter
Mænd 19-29 år	2,53%	0,45 %
Mænd 30-39 år	3,81%	0,88%
Mænd 40-49 år	8,64 %	2,73%
Mænd 50-64 år	24,25%	10,49%

Tabel 3: Dødsfald kvinder

2008 Køns- og aldersgruppe	Procentdel af kvinder med debut i psykiatrien i 2008 som var døde ti år efter	Procentdel af kvinder i 2008 uden debut i psykiatrien, som var døde ti år efter
Kvinder 19-29 år	0,67%	0,21%
Kvinder 30-39 år	1,37%	0,56%
Kvinder 40-49 år	3,96%	1,80%
Kvinder 50-64 år	13,07%	6,79%

Tallene viser, at større procentdele af mænd og kvinder, der debuterede i psykiatrien i 2008, var afgået ved døden 10 år efter sammenlignet med mænd og kvinder, der ikke var i psykiatrien i 2008. Der er således voldsom overdødelighed blandt personerne, der startede i behandling i psykiatrien sammenlignet med den øvrige befolkning. Tendensen findes i alle aldersgrupper- også blandt de helt unge 19-29 år.

4.8 Dødsårsager

Tabel 3: Registrerede dødsårsager for alle personer i 2008, der *ikke* debuterede i psykiatrien hverken før eller efter 2008, og var afgået ved døden i 2018.

Registreret dødsårsag	Antal	Procent af samlet antal døde
Psykiske lidelser	2737	2,63
Tilsligtet selvbeskadigelse	1710	1,64
Andre dødsårsager	99734	95,73
Diskretoneret	6	0,01
I alt	104187	100

Tabel 4: Registrerede dødsårsager for personer, der debuterede i psykiatrien i 2008 og var afgået ved døden i 2018.

Registreret dødsårsag	Antal	Procent af samlet antal døde
Psykiske lidelser	3360	9,64
Tilsligtet selvbeskadigelse	2424	6,96
Andre dødsårsager	29058	83,39
Diskretoneret	3	0,01
I alt	34845	100

Tallene viser, at fire gange så mange af dem, der havde debuteret i psykiatrien, var afgået ved døden pga. tilsligtet selvbeskadigelse sammenlignet med afdøde personer, der ikke havde haft kontakt til psykiatrien. Kategorien tilsligtet selvbeskadigelse indeholder selvmord. Der gøres opmærksom på, at data går tilbage til 1995. Dermed er det muligt at nogle af dem har haft debuteret i psykiatrien før 1995, selvom de i dataene her fremgår, som om de ikke har været i kontakt med psykiatrien.

5. Kapacitet- og aktivitetsudvikling

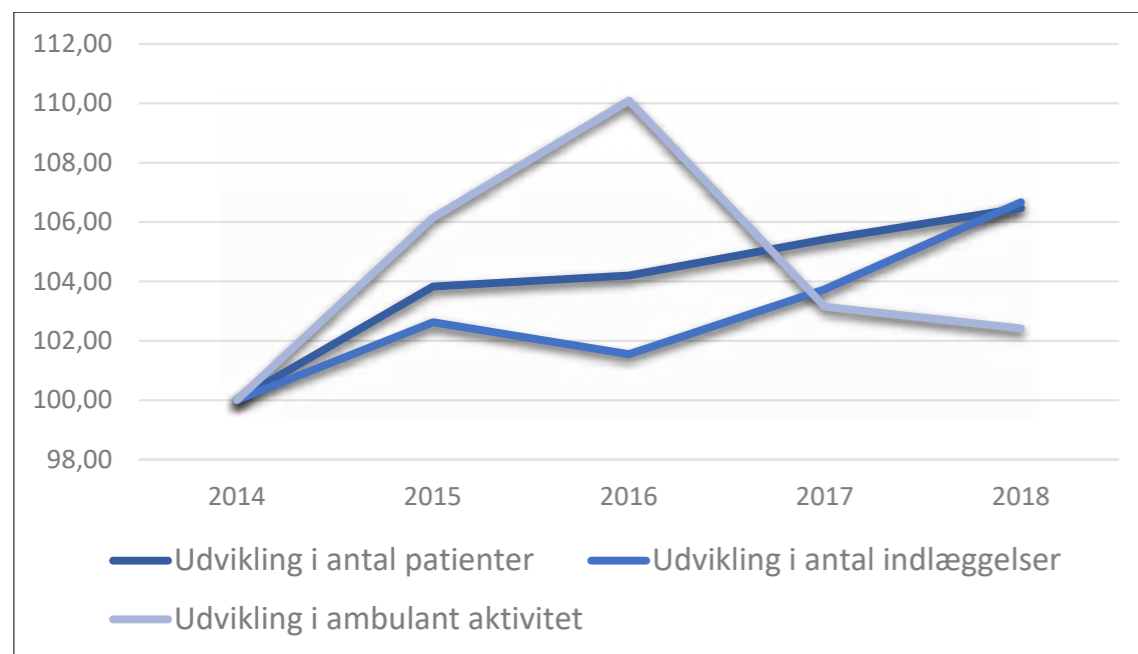
I analyseopdraget efterspørges en afdækning af behovet for stationær og ambulans kapacitet. Denne type af prognoser er vanskelige at gennemføre, idet prognoserne vil hvile på flere usikre faktorer.

Viden og behandlingsmetoder er i konstant udvikling, og kapaciteten i behandlingspsykiatrien afhænger også af indsatser og tilbud i andre sektorer. Politiske beslutninger om, hvordan man vil indrette og drive sundhedsvæsenet, tilføjer yderligere usikkerheder til prognoser for behovet for kapacitet i fremtiden. For eksempel vil fokus på recovery og ønsker om at understøtte et liv i egen bolig fremfor livslange hospitalsophold påvirke hvor meget og hvilken kapacitet, der er brug for i fremtiden.

I analysen er der indsamlet data om udviklingen i aktivitet og kapacitet fra 2014 til 2018. På baggrund heraf dannes et billede af, hvilken udvikling vi kan forvente i fremtiden. For at male det fulde billede af kapacitet i psykiatrien vil det være vigtigt at forholde sig til de omkringliggende tilbud. Det gælder særligt den kommunale socialpsykiatri og praksissektorens forskellige tilbud. Analysen her omhandler udelukkende den regionale behandlingspsykiatri.

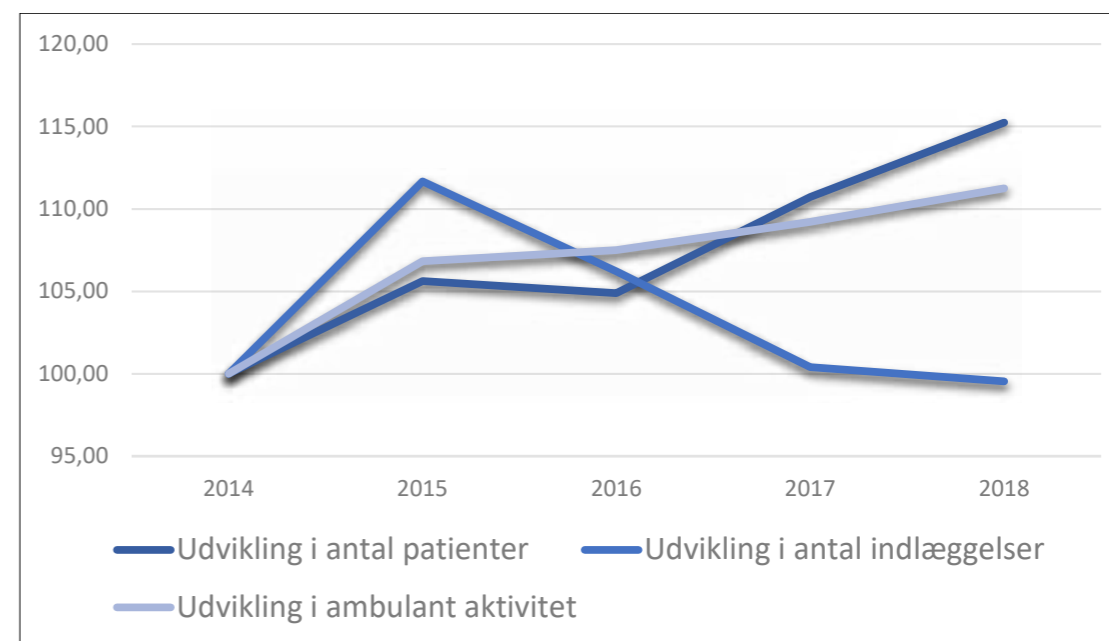
5.1 Stationær og ambulans aktivitet

Figur 19: Udviklingen i aktivitet i voksenpsykiatrien fra 2014-2018



Note: Figuren viser indekserede tal for bedst muligt at beskrive udviklingen over tid og sammenligne de forskellige kategorier, da de absolutte tal for kategorierne er for langt fra hinanden til at være på samme skala.

Figur 20: Udviklingen i aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2014-2018



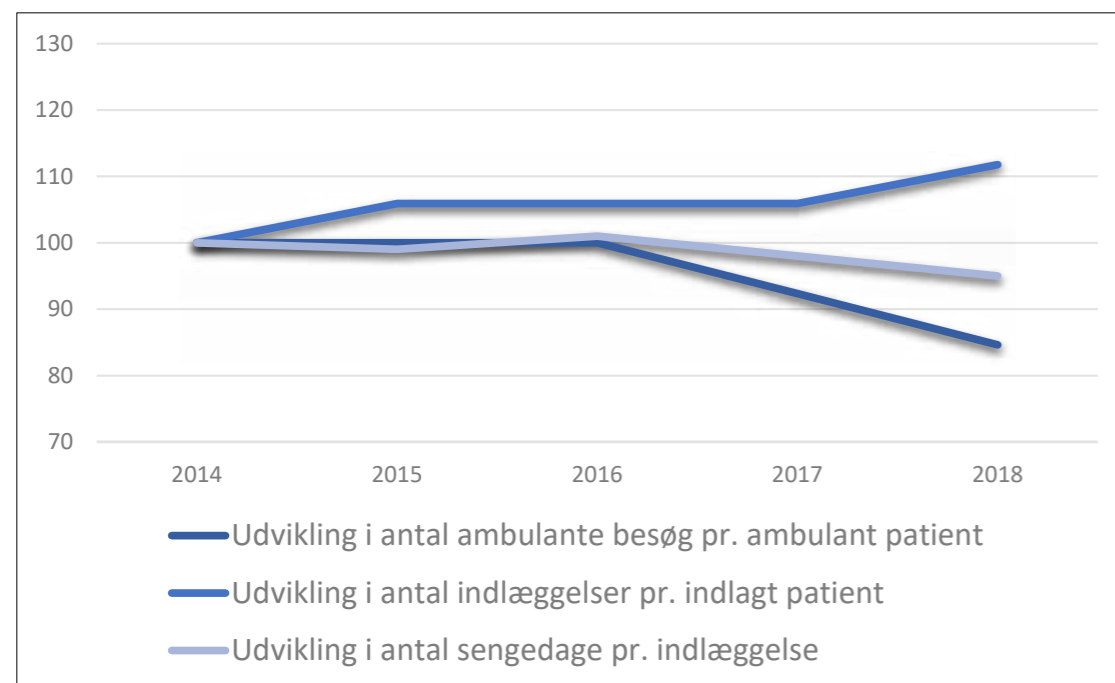
Note: Figuren viser indekserede tal for bedst muligt at beskrive udviklingen over tid og sammenligne de forskellige kategorier, da de absolutte tal for kategorierne er for langt fra hinanden til at være på samme skala.

Figur 19 viser, at der har været en gradvis stigning i antal patienter og antal indlæggelser i voksenpsykiatrien landet over fra 2014 til 2018. For ambulans aktivitet ser vi en stigning fra 2014-2016, hvorefter den falder lidt igen fra 2016-2018, men samlet set er den ambulante aktivitet i voksenpsykiatrien steget.

Figur 20 viser en gradvis stigning i antallet af patienter og ambulans aktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien i hele landet fra 2014 til 2018. Antal indlæggelser er højest i 2015, men falder igen derefter. Samlet set er udviklingen forholdsvis stabil fra 2014 til 2018.

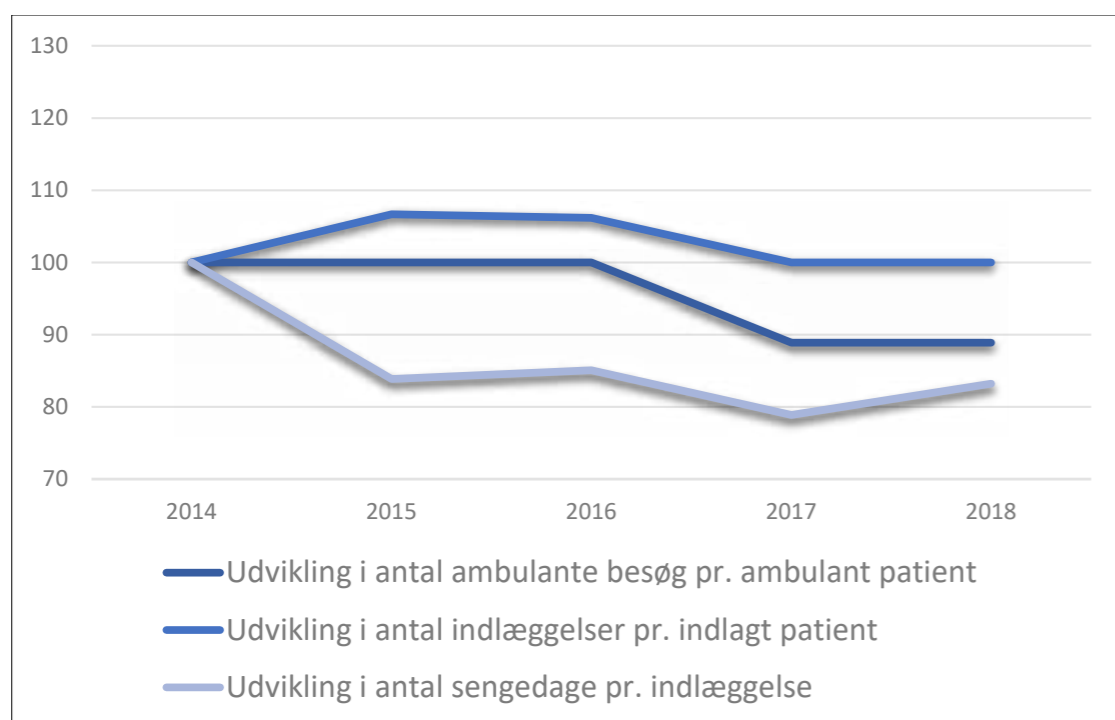
5.2 Patienter og aktiviteter

Figur 21: Udvikling i patientaktivitet i voksenpsykiatrien fra 2014-2018



Note: Figuren viser indekserede tal for bedst muligt at beskrive udviklingen over tid og sammenligne de forskellige kategorier, da de absolutte tal for kategorierne er for langt fra hinanden til at være på samme skala.

Figur 22: Udvikling i patientaktivitet i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2014-2018



Note: Figuren viser indekserede tal for bedst muligt at beskrive udviklingen over tid og sammenligne de forskellige kategorier, da de absolutte tal for kategorierne er for langt fra hinanden til at være på samme skala.

Figur 21 viser, at antallet af indlæggelser pr. indlagt patient i voksenpsykiatrien er steget gradvist fra 2014 til 2018. Derimod er antallet af ambulante besøg pr. ambulans patient faldet. Ligeledes er antallet af sengedage pr. indlæggelse faldet.

Figur 22 viser, at antallet af indlæggelser har været forholdsvis stabilt de sidste fem år. Den absolutte udvikling viser en stigning på 0,1 i antal indlæggelser pr. indlagt patient i 2015 og 2016. Udviklingen i antal ambulante besøg pr. ambulans patient er også forholdsvis stabil med 1 besøg færre i gennemsnit i 2017 og 2018. Udviklingen i antal sengedage viser, at der er et overordnet fald i antal sengedage pr. indlæggelse.

5.3 Kapaciteten i et akutsystem

Sengepladser

Antallet af sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien har ligget forholdsvis stabilt i perioden fra 2014 til 2018. I samme tidsperiode ses derimod et lille fald i antallet af sengepladser i voksenpsykiatrien samtidigt med at en større andel af sengepladserne bliver tildelt retspsykiatrien. Det betyder, at der reelt set er endnu færre almene sengepladser i behandlingspsykiatrien for voksne.

Tabel 5: Sengepladser i psykiatrien

År	Normerede senge, børne- og ungdomspsyk.	Normerede senge, voksenpsyk.	Heraf retspsyk.	Senge i alt
2014	225	2764	303	2989
2015	221	2739	394	2960
2016	220	2685	387	2905
2017	221	2672	391	2893
2018	222	2677	403	2899

Psykiatrien er et akutsystem, hvor de fleste indlæggelser i psykiatrien sker akut. Her adskiller det psykiatriske system sig fra det somatiske, fordi der ikke er de samme muligheder for at planlægge behandlinger som i somatikken. Det skaber et behov for at have ledig kapacitet i form af ledige sengepladser i psykiatrien.

Udviklingen i antal sengepladser fra 2014 til 2018 har vist et fald i antallet af sengepladser i voksenpsykiatrien, men hvor behovet for senge har ligget stabilt. Hvis udviklingen fortsætter som den har gjort hidtil, vil belægningsprocenten stige og antallet af ledige senge falde. Spørgsmålet er så, hvordan der kan sikres ledig kapacitet til akutte patienter. Antallet af sengedage har ligget forholdsvis stabilt på omkring 830.000-840.000 sengedage pr. år fra 2014 til 2018. Hvis det antages, at behovet for sengepladser også er stabilt, må belægningsprocenten nedbringes ved at øge antallet af sengepladser, så der er ledige senge til akutte indlæggelser.

6. Patientrettigheder og kvalitet i psykiatrien

Nedenstående tabel 6 viser det nødvendige antal af sengepladser, hvis belægningsprocenten skal ned på hhv. 85%, 80% og 75% givet, at antallet af sengedage ligger stabilt. Der er selvfølgelig den væsentlige usikkerhed, at behandlingsformer både i form af medicin og terapi løbende udvikler sig. Alligevel giver det mening at forsøge at foruddiskontere behovet i fremtiden baseret på kendte tal, da det også tager tid at implementere nye behandlingsformer.

Tabel 6: Behovet for sengepladser i voksenpsykiatrien, hvis belægningsprocenten skal nedbringes

Belægningsprocent	Sengepladser	Sengedage
87%	2.677	846.479
85%	2.728	846.479
80%	2.899	846.479
75%	3.092	846.479

Note: Udregnet ud fra antal sengedage i 2018, hvor belægningsprocenten var på 87%.

Som en del af det kvalitetsfremmende arbejde i psykiatrien er der i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) etableret fire kliniske kvalitetsdatabaser. Ved hjælp af kliniske indikatorer og standarder (kvalitetsmål) dokumenterer kvalitetsdatabaserne den sundhedsfaglige kvalitet. På psykiatriområdet er der databaser for hhv. skizofreni, depression, ADHD og retspsykiatri. Databasernes formål er at bidrage til at overvåge og forbedre kvaliteten af behandling og pleje.

Databaserne finansieres af regionerne, og understøttes af RKKP-infrastrukturen med en række databasestyregrupper. Der registreres data direkte fra klinikken på patienter, der enten er indlagt eller i ambulant kontakt med hospitalspsykiatrien. Data hentes fra Landspatientregisteret og CPR-registeret. Idet der er forskel på kvaliteten af databaserne, foregår der i RKKP for nogle af databaserne et udviklingsarbejde med at højne kvaliteten af registreringer. Desuden er der fokus på at sikre, at det for alle databaserne er de fagligt mest meningsfulde indikatorer, der måles på.

Siden 2012 har alle fem regioner indført standardiserede pakkeforløb for udredning og behandling i psykiatrien, der er blevet udviklet i et tæt samarbejde med de kliniske miljøer. Formålet med pakkerne er at give en mere ensartet behandling til alle patienter i psykiatrien på tværs af regionerne.

I pakkeforløbene er der eksempler på kliniske handlinger og som udgangspunkt et samlet øvre antal timer, som udgør den ramme, behandlingen kan planlægges inden for. I pakkeforløbet indgår, at den enkelte behandler ud fra en faglig vurdering fleksibelt kan vælge at erstatte nogle ydelser med andre ydelser, hvis det skønnes bedst for patienten. Pakkeforløbene revideres løbende ud fra daglig praksis og ved ny evidens, og er hvor muligt baseret på kliniske retningslinjer, specialevejledninger, visitationsretningslinjer, databaser m.m.

I særlige tilfælde kan behandlingen forlænges eller gentages. Som noget nyt har regionerne også udarbejdet forløbsbeskrivelser for indlagte. Forløbsbeskrivelserne dækker den del af et patientforløb, der foregår under indlæggelse, og beskriver centrale elementer i forhold til målgruppen for den enkelte forløbsbeskrivelse og ved indlæggelser generelt. Forløbsbeskrivelserne skal ses som 1. generation af fælles beskrivelser for indlæggelser, og der er planlagt en første revision efter et år, når der foreligger erfaringer med brugen. Kliniske fagfolk har været inddraget i udarbejdelsen af både pakkeforløb og forløbsbeskrivelser for indlagte herunder også ved revideringer, og der har efterfølgende været en bred faglig høring.

Siden pakkeforløbenes indførelse er ventetiden på behandling faldet både i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. I januar 2020 var der 15 forskellige pakkeforløb til voksne og 6 til børn og unge. Der har dog ikke været systematiske effektmålinger, som kan afklare pakkeforløbenes direkte betydning for kvaliteten af behandlingen. Pakkeforløbene har dog understøttet regionernes arbejde med at overholde udrednings- og behandlingsretten, hvilket uddybes i næste afsnit.

6.1 Patienternes rettigheder i psykiatrien

Udredningsretten er en patientrettighed som skal sikre, at patienter bliver udredt hurtigt, så en eventuel behandling kan blive sat i gang. Udrednings- og behandlingsretten blev indført i psykiatrien i 2015 med det formål at sikre psykiatriske patienter hurtig udredning og behandling. Udredningsretten indebærer, at patienter skal tilbydes undersøgelse og udredning inden for 30 dage, når de henvises til et sygehus.

I praksis har det vist sig vanskeligt at indføre udrednings- og behandlingsretten, og der findes forskellige fortolkninger af udrednings- og behandlingsretten. Det betyder, at effekter af indførelsen af udrednings- og behandlingsretten er svært målbare.

I psykiatrien er det generelt et problem, at der ikke er udviklet gode effektmål, men for at vise udviklingerne i forskellige kvalitetsparametre siden udrednings- og behandlingsrettens indførelse, undersøges udviklinger i nationalt anerkendte kvalitetsparametre før og efter udrednings- og behandlingsrettens indførelse. Til undersøgelse heraf inddrages afrapporteringer af De Nationale Mål for Sundhedsvæsenet i tiden fra 2014 til 2018. De Nationale Mål for Sundhedsvæsenet er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram, der blev indført i 2016 i fællesskab mellem staten, kommunerne og regioner, og indeholder dermed nationalt anerkendte kvalitetsindikatorer.

I den sammenhæng kan udrednings- og behandlingsretten betragtes som et udtryk for en kvalitetsfremmende patientrettighed. Kort ventetid er et udtryk for kvalitet, fordi lang ventetid kan give sygdomsforværring. Derfor undersøges udrednings- og behandlingsrettens overholdelse som et udtryk for kvalitet med målingerne af overholdelse fra afrapporteringerne af udviklingen i indikatorerne fra De Nationale Mål. Desuden inddrages målingerne af udviklingen i akutte psykiatriske indlæggelser og bæltefikseringer.

Udredningsretten

Målingen af de nationale mål 2015-2016 viser, at udredningsretten blev overholdt for 92% af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien. I perioden fra 2017 til 2018 skete der dog et lille fald, hvor udredningsretten blev overholdt for 88 % af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien.

For voksenpsykiatrien viser målingen af de nationale mål 2015-2016, at udredningsretten blev overholdt for 90 % i perioden. I årene frem stiger tallet og ender på 94 % i målingen fra 2017-2018. Samlet set overholdes udredningsretten for flere i voksenpsykiatrien.

Ventetid i psykiatrien

Tallene for gennemsnitlig ventetid til debut i psykiatrien viser en positiv udvikling, idet den er faldet. I 2014 var den gennemsnitlige ventetid for børn og unge 30 dage og for voksne 35 dage. Fra 2015 til 2018 er ventetiden faldet, og i 2018 er den nede på 24 dage for børn og unge og 21 dage for voksne. Siden indførelsen af udredningsretten er der altså sket et fald i ventetiden. Hvorvidt udviklingen er en direkte effekt af udredningsretten, vides dog ikke.

Tabel 7: Gennemsnitlig ventetid til debut i psykiatrien (dage)

År	Børne- og ungdomspsykiatrien	Voksenpsykiatrien
2014	30	35
2015	22	25
2016	22	21
2017	22	19
2018	24	21

På baggrund af ovenstående kan der siges at have været en positiv udvikling både i voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien med de kortere ventetider fra 2014 til 2018.

For at besvare analyseopdragets forespørgsel på undersøgelse af udrednings- og behandlingsrettens betydning for kvaliteten inddrages desuden målingerne af udviklingen i bæltefikseringer og akutte psykiatriske genindlæggelser fra målingerne af de nationale mål. Der er dermed tale om nationalt anerkendte kvalitetsparametre for psykiatrien.

Indlagte personer der bæltefikseres

Samlet set for hele landet i 2014 til 2018 var der et fald i procentdelen af indlagte personer, der blev bæltefikseret. De enkelte regioner har indgået partnerskabsaftaler med ministeriet om at halvere brugen af tvangsfikseringer på de psykiatriske afdelinger samt at nedbringe brugen af øvrig tvang inden 2020. De regionale partnerskabsaftaler sætter fokus på, hvordan brugen af tvang på psykiatriske afdelinger kan bringes ned. Partnerskabsaftalerne fokuserer særligt på at halvere brugen af bæltefiksering der dels er meget indgribende, dels er ganske særlig i dansk psykiatri. Partnerskabsaftalerne beskriver hver enkelt regions plan for at nedbringe tvang baseret på de overordnede principper og med konkrete milepæle og tiltag.

Sundhedsstyrelsen laver en halvårlig opgørelse af monitoreringen af tvangsanvendelser i psykiatrien. Af opgørelserne fremgår det, at antallet af bæltefikseringer er faldende, men at regionerne ikke når at opfylde målet om halvering. Desuden viser der sig en tendens til, at brugen af andre former for tvang er stigende. Selvom antallet af bæltefikseringer har været faldende, er der sket en stigning i andelen af patienter, der fastholdes, og andelen af patienter, der får beroligende medicin med tvang.

Akutte psykiatriske genindlæggelser

Målingen af akutte psykiatriske genindlægger i afrapporteringen af de nationale mål starter fra 2016. I perioden fra 2016 til 2017 var der færre akutte genindlæggelser inden for 30 dage set på hele landet. Fra 2017 til 2018 var der ingen ændring.

Idet der ikke foreligger afrapportering af denne indikator i de nationale mål fra før 2016, er det svært at sætte tallene i forhold til indførelsen af udrednings- og behandlingsretten. Målingerne fra 2016-2018 er dog i sig selv et udtryk for en positiv udvikling.

6.2 Opsummering på kvalitetsudvikling

Målingerne af overholdelse af udrednings- og behandlingsretten, bæltefikseringer og akutte psykiatriske genindlæggelser viser en positiv udvikling i disse nationalt vedtagne kvalitetsindikatorer siden udrednings- og behandlingsretten blev indført i 2015.

I afrapporteringerne af de nationale mål udvidede man i 2018 målingerne med en indikator for patientoplevet tilfredshed i psykiatrien. I perioden fra 2016 til 2017 var den gennemsnitlige patientoplevede tilfredshed i børne- og ungdomspsykiatrien på 4,02 på en skala fra 1-5. I voksenpsykiatrien var den gennemsnitlige score 4,22. Både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien bevarede scoren i målingen for 2017 til 2018.

Der foreligger dermed ikke målinger i de nationale mål af patientoplevet tilfredshed for 2014-2016, og det kan dermed ikke siges, hvordan den patientoplevede tilfredshed har udviklet sig siden indførelsen af udrednings- og behandlingsretten, men de tilgængelige målinger viser et forholdsvist højt niveau i den patientoplevede tilfredshed.

7. Kompetencer i psykiatrien

Mulighederne for at udvikle på aktiviteten og kvaliteten i psykiatrien afhænger af, at der er tilstrækkeligt med medarbejdere med de rette kompetencer.

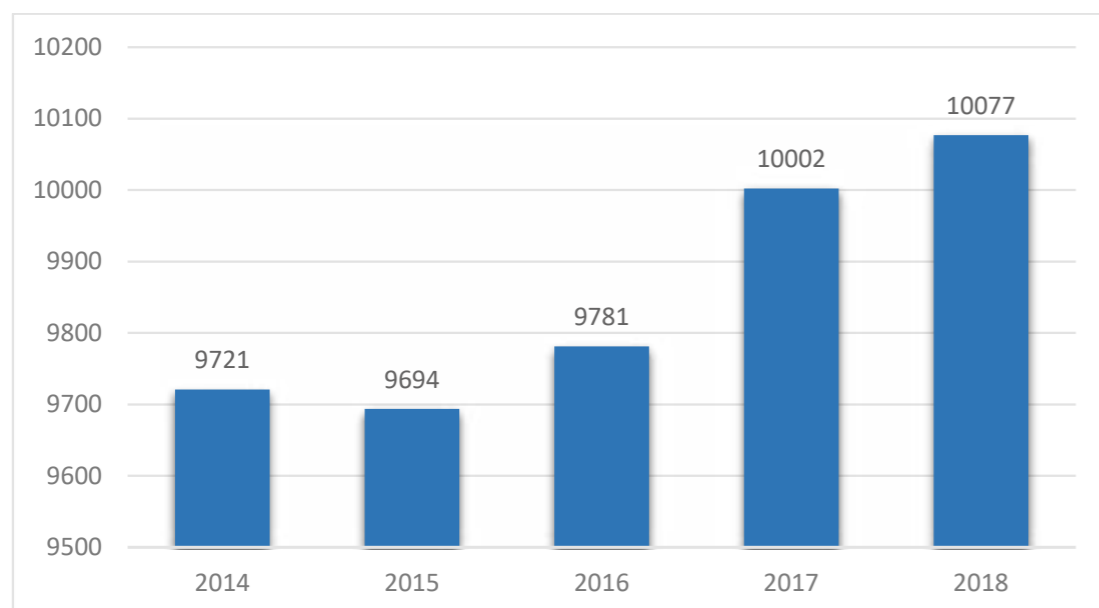
I alle dele af landet oplever man udfordringer med ubesatte stillinger i psykiatrien. I 2017 var hver fjerde uddannelsesstilling i børne- og ungdomspsykiatrien ubesat. I voksenpsykiatrien var det næsten hver tredje. Samtidig er sygdomsbilledet hos mennesker med psykiske lidelser blevet mere komplekst. Mange lider af flere sygdomme samtidigt, og mange har også et misbrug af alkohol og stoffer. Den stigende kompleksitet i opgaverne i psykiatrien stiller krav om mere specialiseret behandling til patienterne. Tidligere undersøgelser peger på, at bemandsningsudfordringerne i psykiatrien har rod i problemer med både rekruttering og fastholdelse.

Det er nødvendigt at kortlægge hvilke faglige kompetencer, der er i psykiatrien, for at have et faktisk grundlag for faglige og politiske diskussioner af, hvordan psykiatrien bliver en mere attraktiv arbejdsplads, der formår at tiltrække og fastholde medarbejdere, samt hvilke typer af kompetencer, der skal løse hvilke opgaver i psykiatrien.

På baggrund af indberetninger af personaledata fra regionerne, er der gennemført en kortlægning af, hvilke personalegrupper, der er blevet anvendt i den regionale behandlingspsykiatri fra 2014 til 2018. Det er undersøgt, hvordan personalet fordeler sig på de forskellige faggrupper. Administrativt personale er sorteret fra, således der kun er opgjort personale med direkte patientkontakt.

Tallene for voksenpsykiatrien tæller den almene voksenpsykiatri, og medtæller ikke retspsykiatrien. I tallene fra Region Nordjylland er medarbejdere på orlov inkluderet, men interne og eksterne vikarer er ikke talt med. I Region Sjælland er eksterne lægevikarer medtalt.

Figur 23: Samlet antal ansatte i psykiatrien i Danmark fra 2014-2018

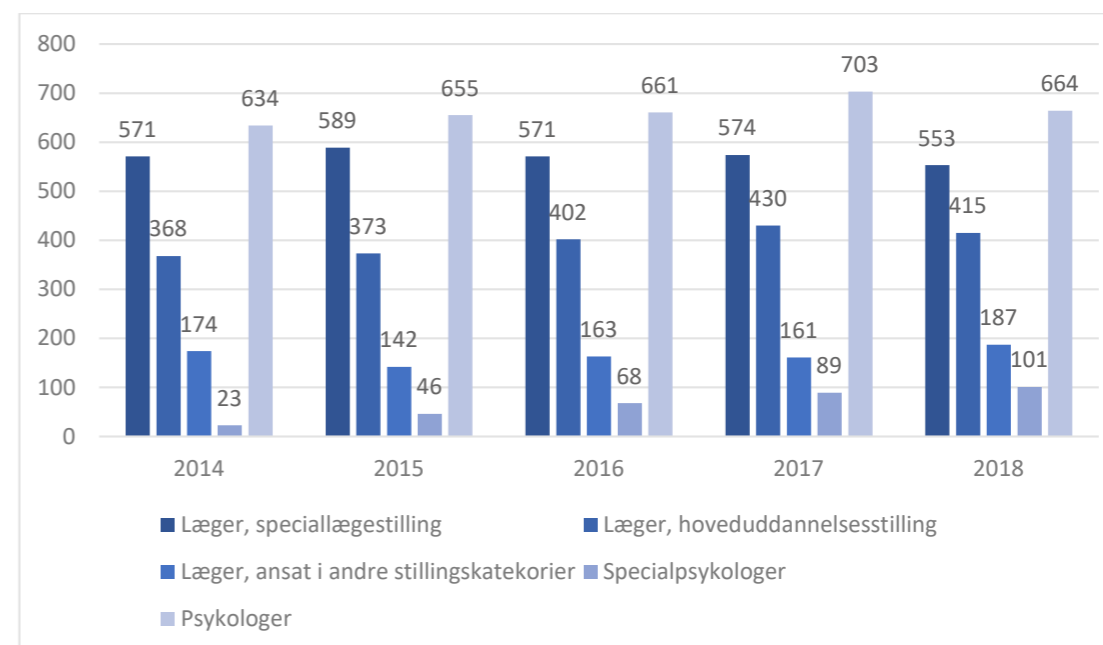


Note: Viser samtlige ansatte fra kategorierne i de følgende figurer med kontakt til patienter i både voksen-, børne- og ungdomspsykiatrien i de fem regioner.

7.1 Udviklingen i læger og psykologer

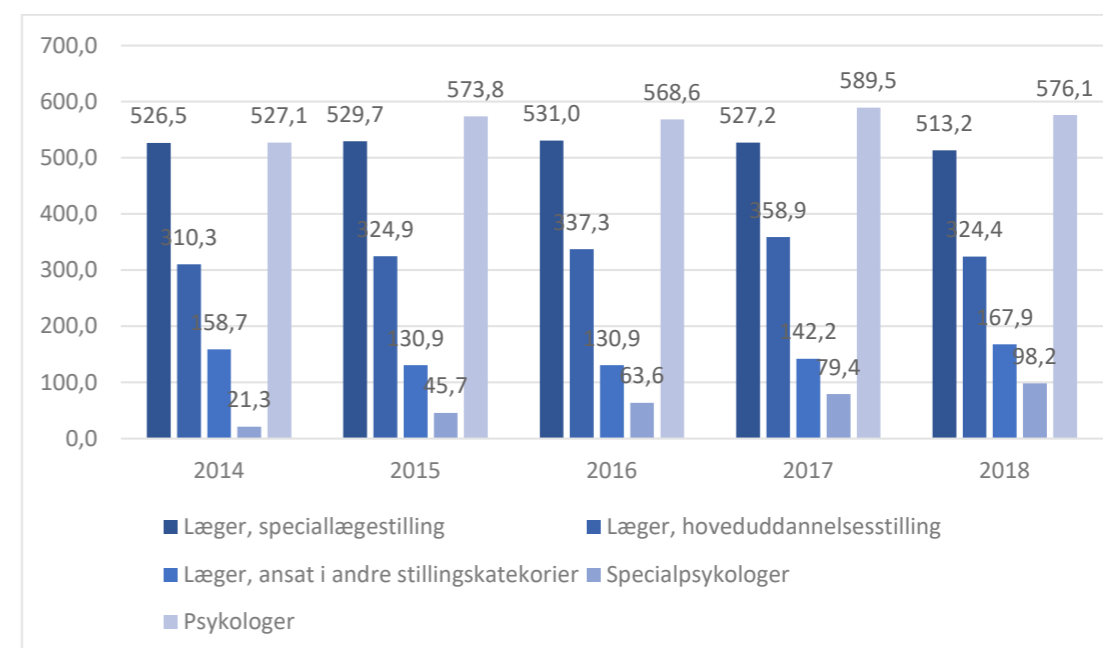
I voksenpsykiatrien er antallet af specialpsykologer steget, og der var i 2018 cirka tre gange så mange specialpsykologer som i 2014. Specialpsykologuddannelsen er en nyere fireårig uddannelse for autoriserede psykologer. I børne og ungdomspsykiatrien har der også været en stigning i antallet af specialpsykologer. Samtidig har der været en lille stigning i antallet af psykologer og speciallæger. I voksenpsykiatrien var 48 psykologer i 2018 under specialuddannelse. I børne- og ungdomspsykiatrien var 17 psykologer i 2018 under specialuddannelse.

Figur 24: Læger og psykologer i voksenpsykiatrien for hele landet (antal ansatte)

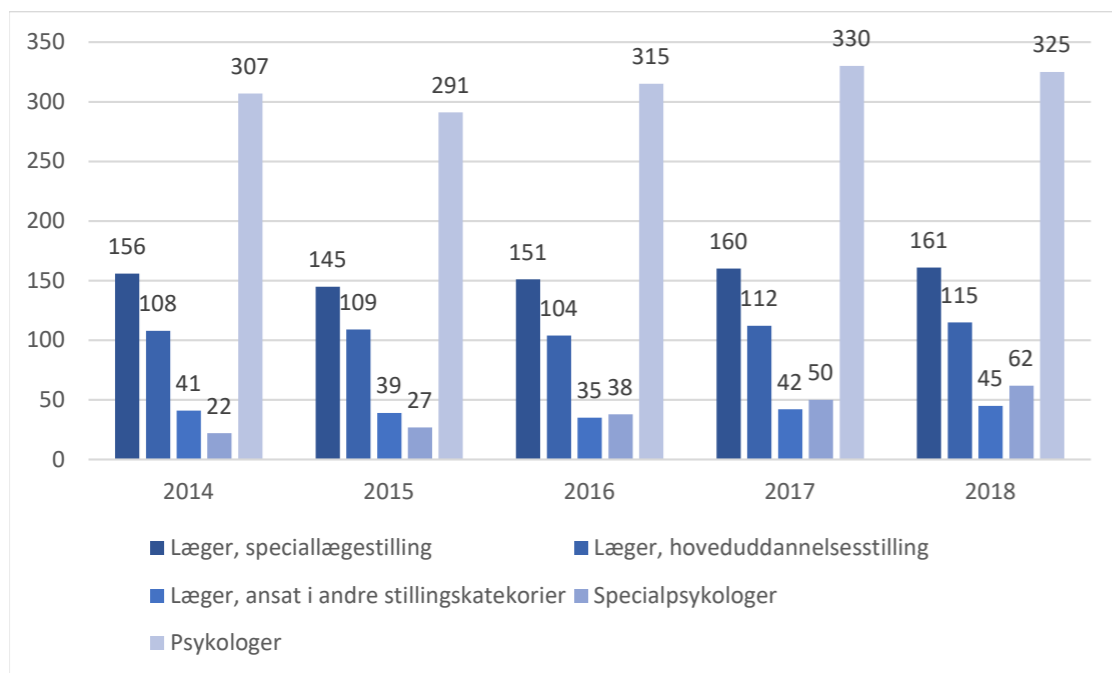


Note: For Region Nordjylland rekvireres lægevikarer hovedsageligt via eksterne vikarbureauer, og er derfor ikke medtaget her. For Region Sjælland er vikarer i Retspsykiatrien medtaget i denne optælling, da de alle er speciallæger. Læger i andre stillingskategorier dækker bl.a. over læger i klinisk basisuddannelse, reservelæger i uklassificerede stillinger, introduktionsstillinger og stud.med. I Region Sjælland er eksterne lægevikarer medtalt.

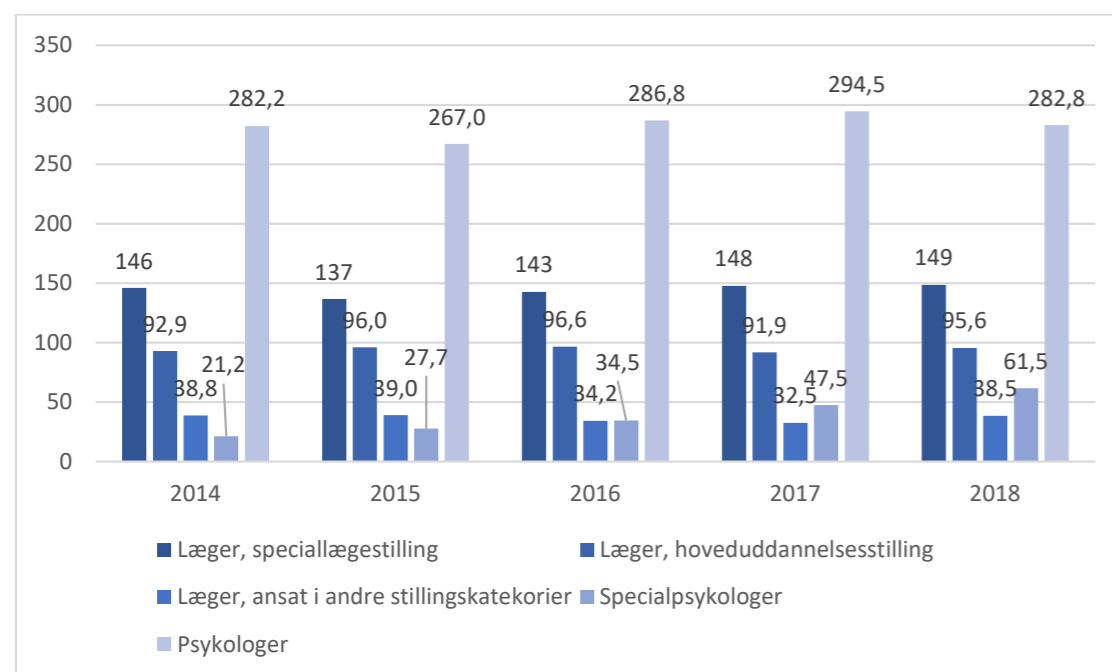
Figur 25: Læger og psykologer i voksenpsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



Figur 26: Læger og psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal ansatte)



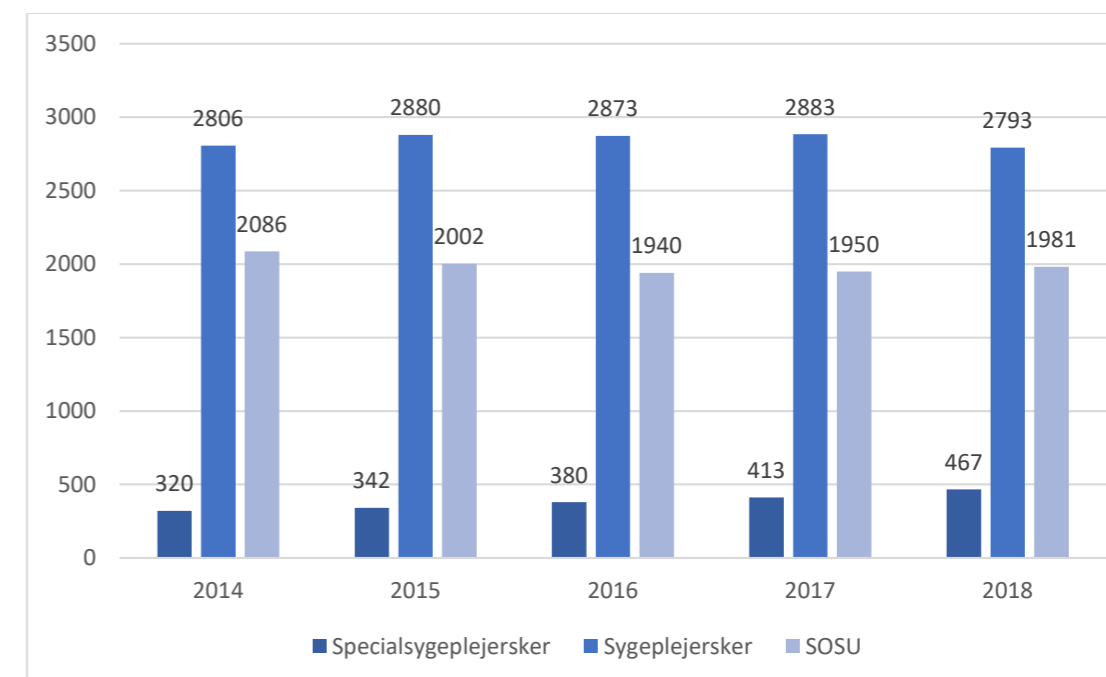
Figur 27: Læger og psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



7.2 Udviklingen i sygeplejefagligt personale

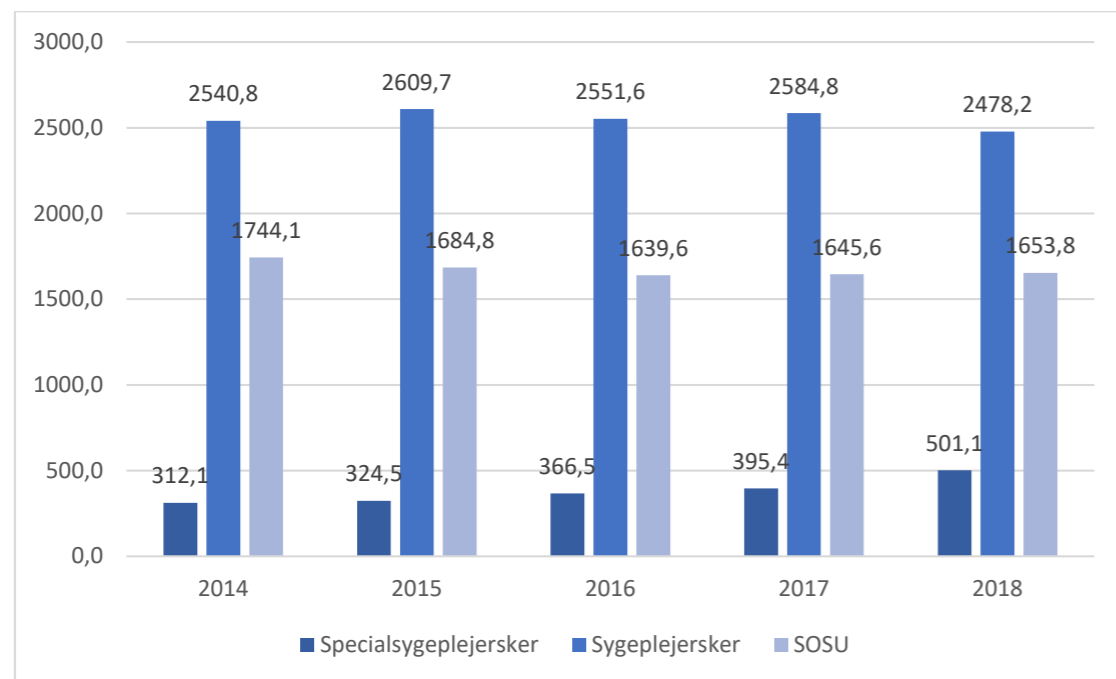
Der er i perioden fra 2014 til 2018 kommet flere sygeplejersker med speciale i psykiatrisk sygepleje i voksenpsykiatrien. Antallet af sygeplejersker og SOSU'er er faldet lidt. Udviklingen fra 2014 til 2018 i børne- og ungdomspsykiatrien viser, at der er kommet flere specialsygeplejersker. Samtidig har der været en stigning i antallet af sygeplejersker.

Figur 28: Sygeplejefagligt personale i voksenpsykiatrien for hele landet (antal ansatte)

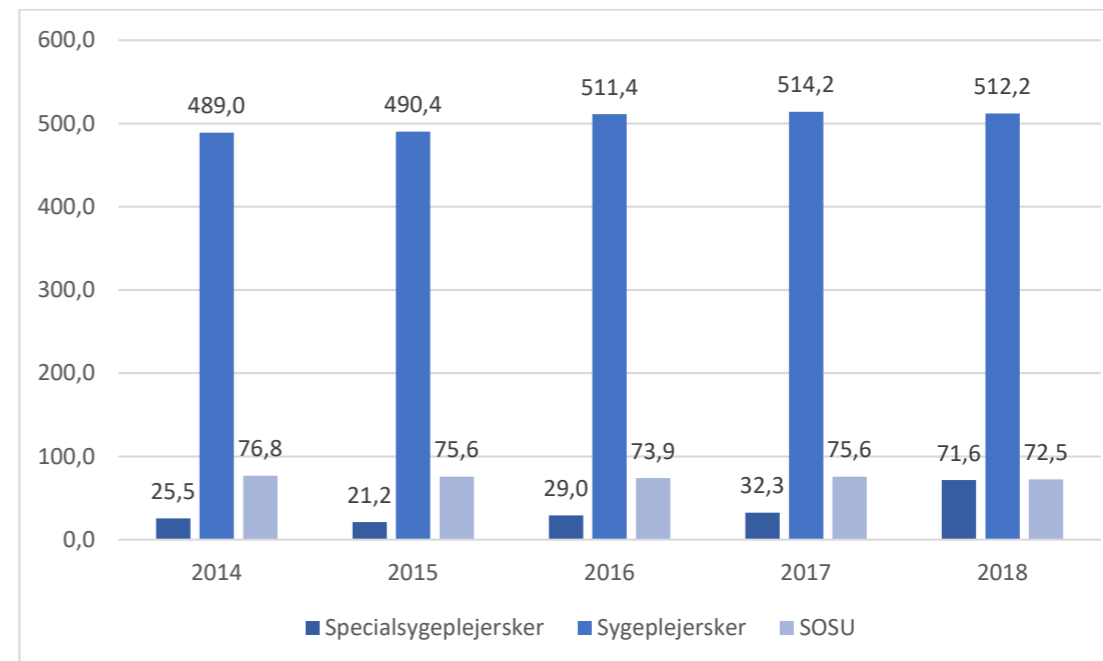


Note: Antallet af specialsygeplejersker i Region Sjælland kan ikke opgøres for årene 2014-2017, og specialsygeplejersker er derfor medtalt i antallet af sygeplejersker i alle år 2014-2018. I 2018 var der 58 specialsygeplejersker i voksenpsykiatrien i Region Sjælland. I Region Nordjylland er vikarer (timelønnet) udeladt af opgørelsen, da det ikke har været muligt at opgøre et retvisende billede af vikarforbruget.

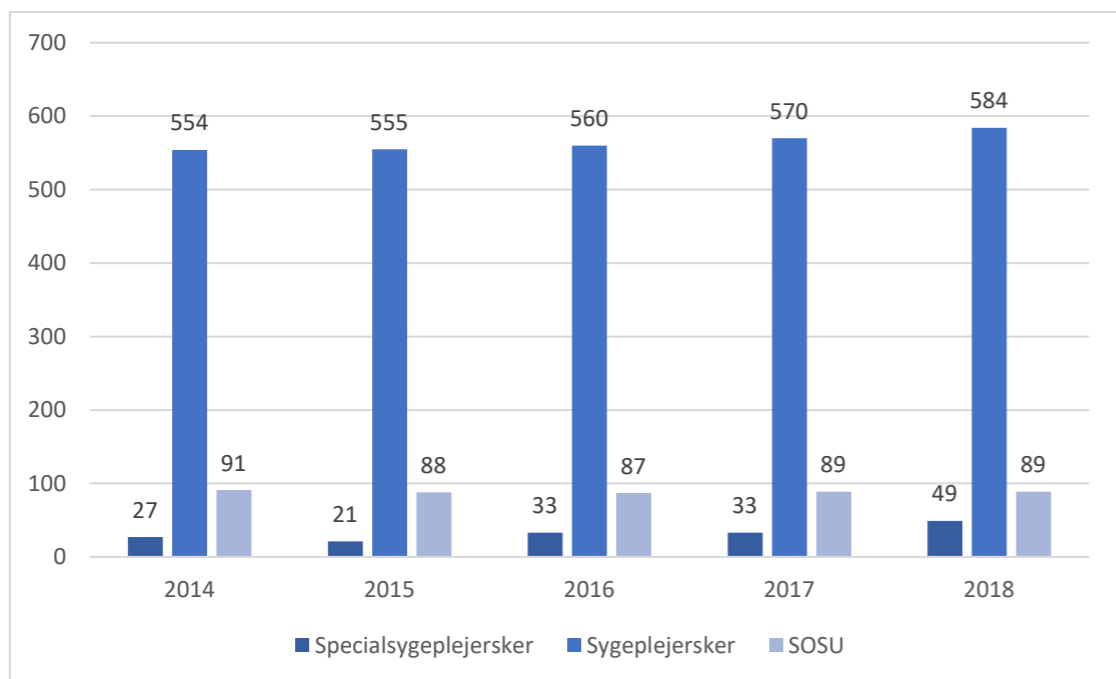
Figur 29: Sygeplejefagligt personale i voksenpsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



Figur 31: Sygeplejefagligt personale i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



Figur 30: Sygeplejefagligt personale i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal ansatte)

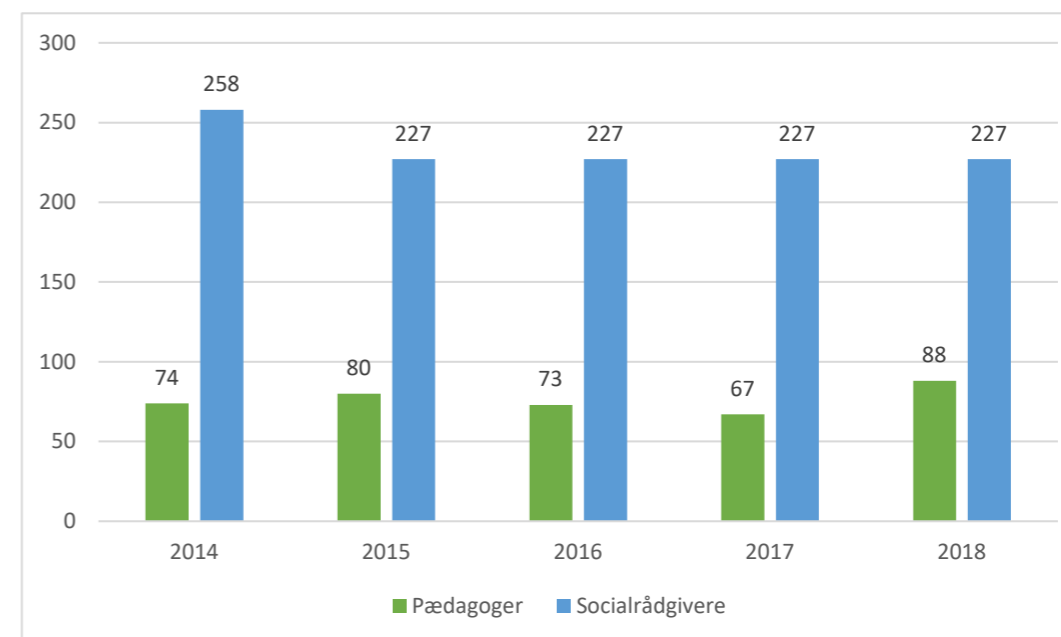


Note: Antallet af specialsyrgeplejersker i Region Sjælland kan ikke opgøres for årene 2014-2017, og specialsyrgeplejersker er derfor medtalt i antallet af sygeplejersker i alle år fra 2014-2018. I 2018 var der 24 specialsyrgeplejersker i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland. I Region Nordjylland er vikarer (timelønnet) udeladt af opgørelsen, da det ikke har været muligt at opgøre et retvisende billede af vikarforbruget.

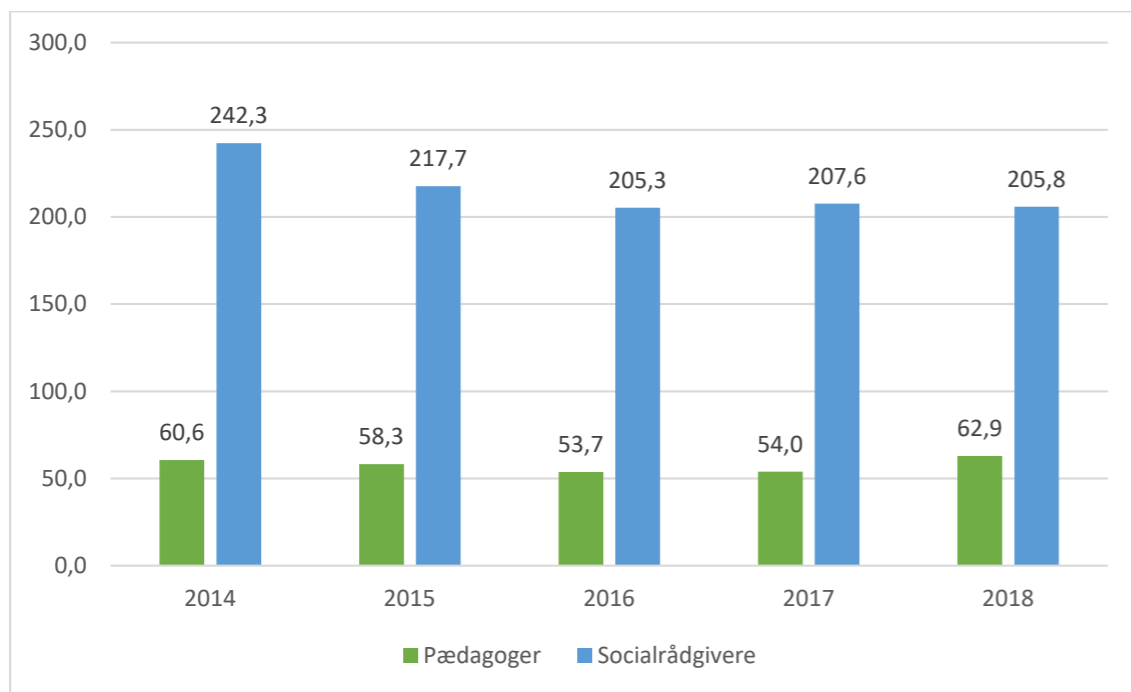
7.3 Udviklingen i pædagoger og socialrådgivere

I voksenpsykiatrien viser udviklingen, at der har været en lille stigning i antallet af pædagoger, imens der har været et lille fald i socialrådgivere. I børne- og ungdomspsykiatrien viser udviklingen, at der ikke har været store ændringer i antallet af hhv. pædagoger og socialrådgivere. Antallet har ligget på et rimelig stabilt niveau i perioden fra 2014 til 2018.

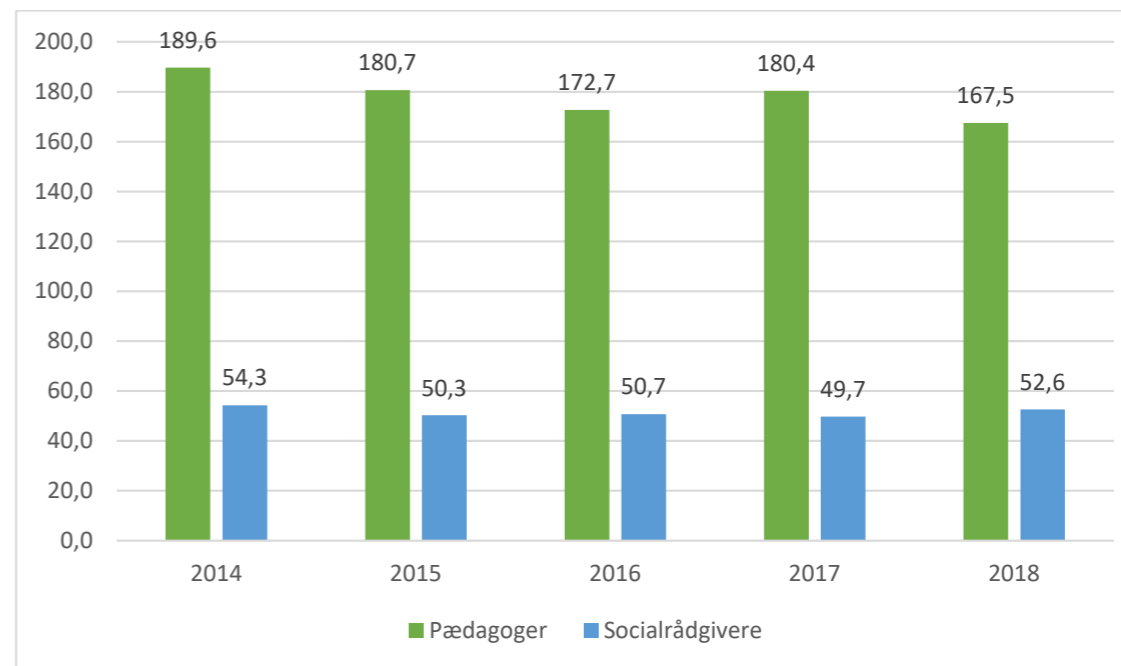
Figur 32: Pædagoger og socialrådgivere i voksenpsykiatrien for hele landet (antal ansatte)



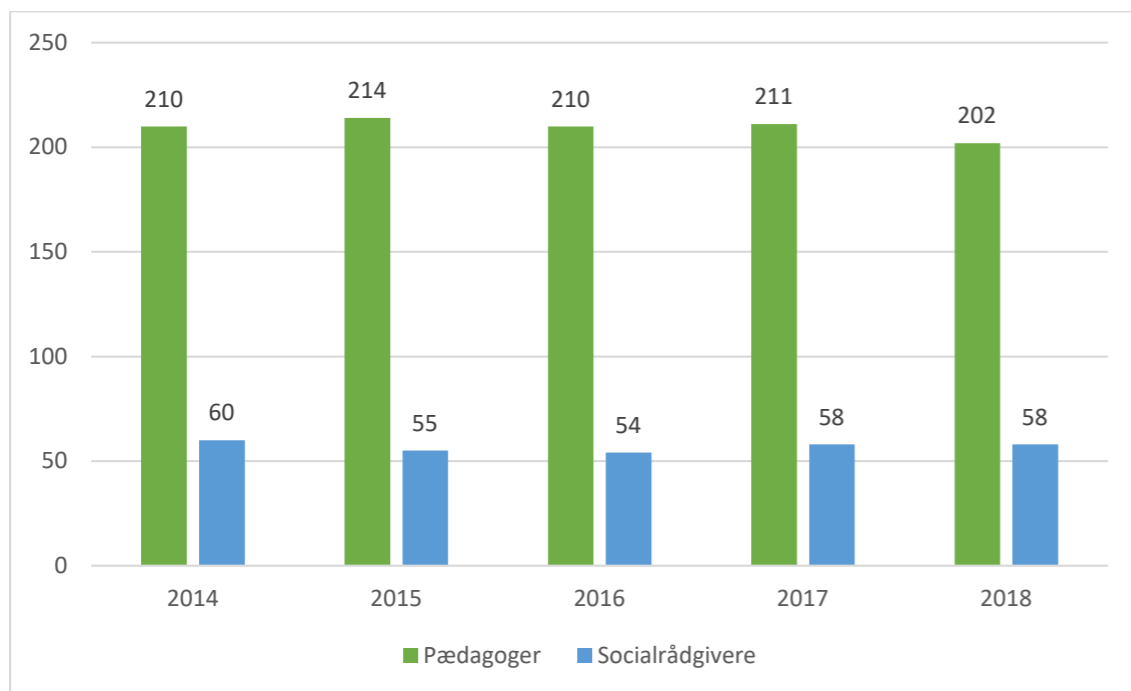
Figur 33: Pædagoger og socialrådgivere i voksenpsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



Figur 35: Pædagoger og socialrådgivere i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



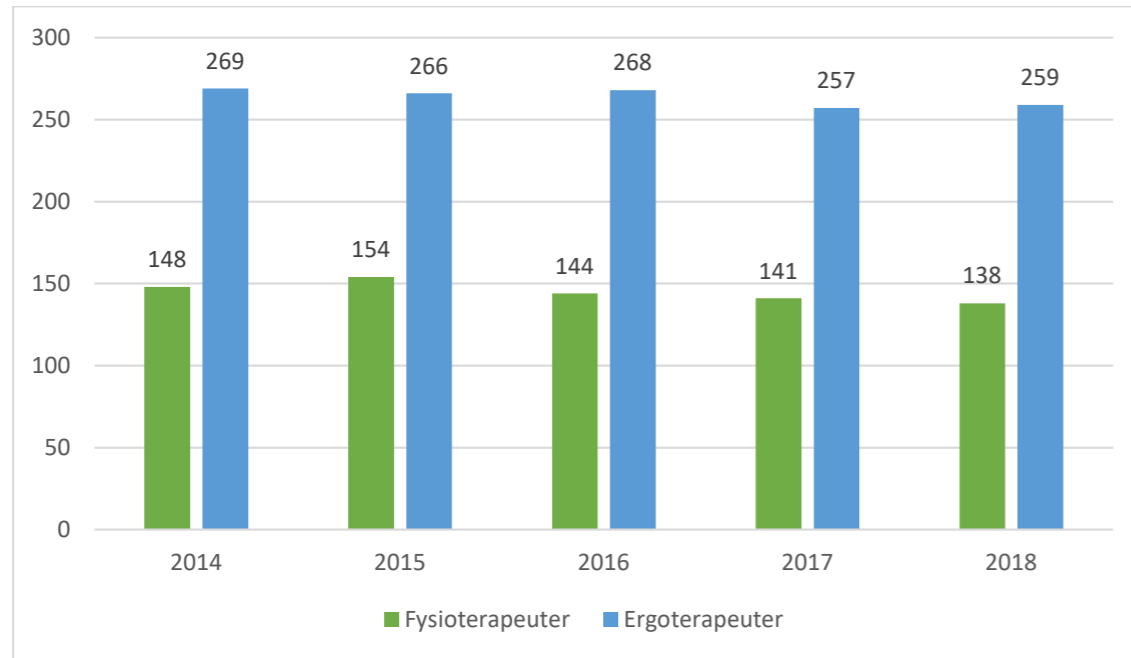
Figur 34: Pædagoger og socialrådgivere i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal ansatte)



7.4 Udviklingen i fysio- og ergoterapeuter

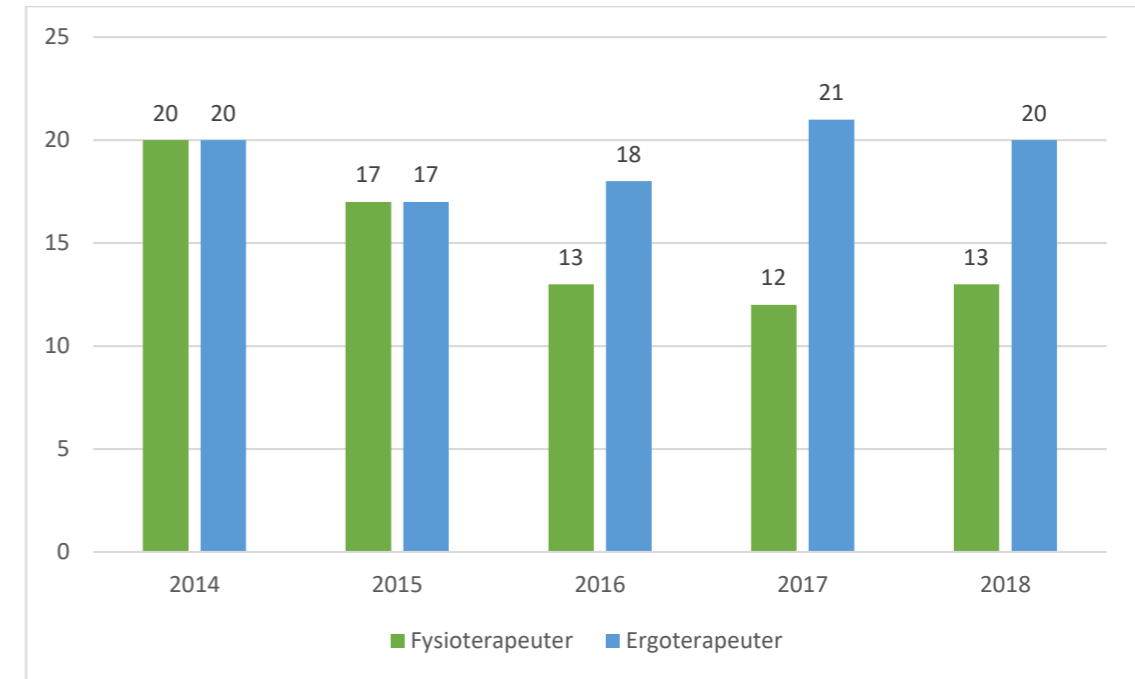
Udviklingen i antal ansatte fysioterapeuter og ergoterapeuter i voksenpsykiatrien viser, at der er sket et lille fald både i det samlede antal fysioterapeuter og ergoterapeuter. Antallet af fysioterapeuter i børne- og ungdomspsykiatrien har været faldende gennem hele perioden fra 2014 til 2018. Antallet af ergoterapeuter har varieret en smule, men ender på samme niveau i 2018 som i 2014. I børne- og ungdomspsykiatrien er der i 2018 lidt flere ergoterapeuter fremfor fysioterapeuter. I voksenpsykiatrien er der flere ergoterapeuter end fysioterapeuter i 2018.

Figur 36: Fysio- og ergoterapeuter i voksenpsykiatrien for hele landet (antal ansatte)



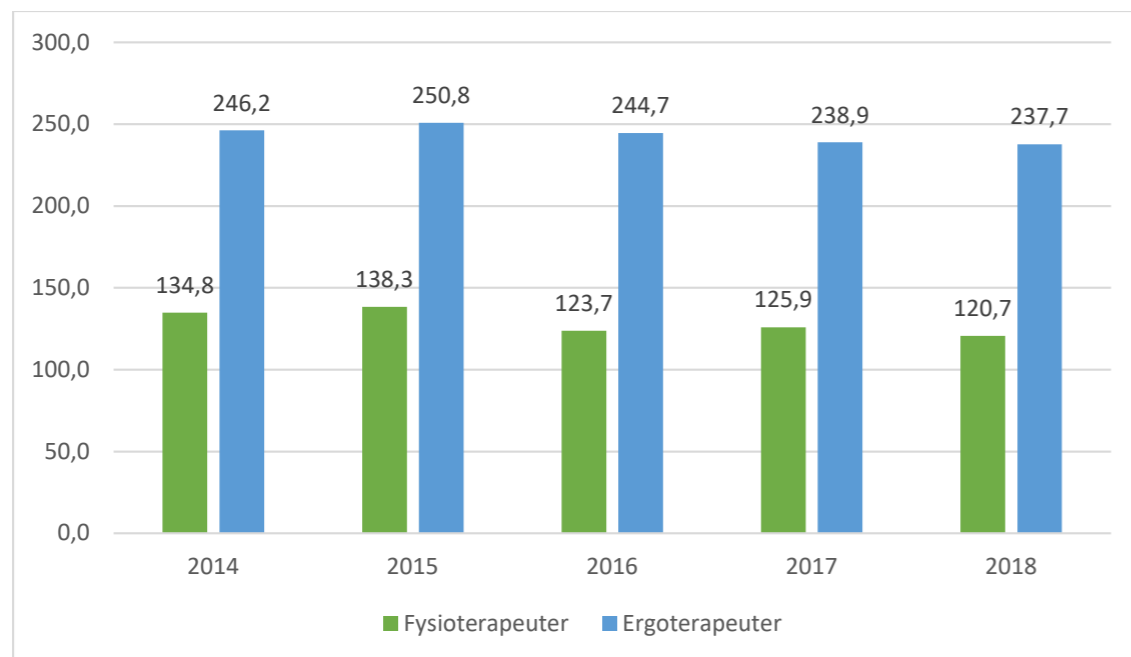
Note: Ledende fysioterapeuter er ikke medtalt i Region Nordjylland.

Figur 38: Fysio- og ergoterapeuter i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal ansatte)

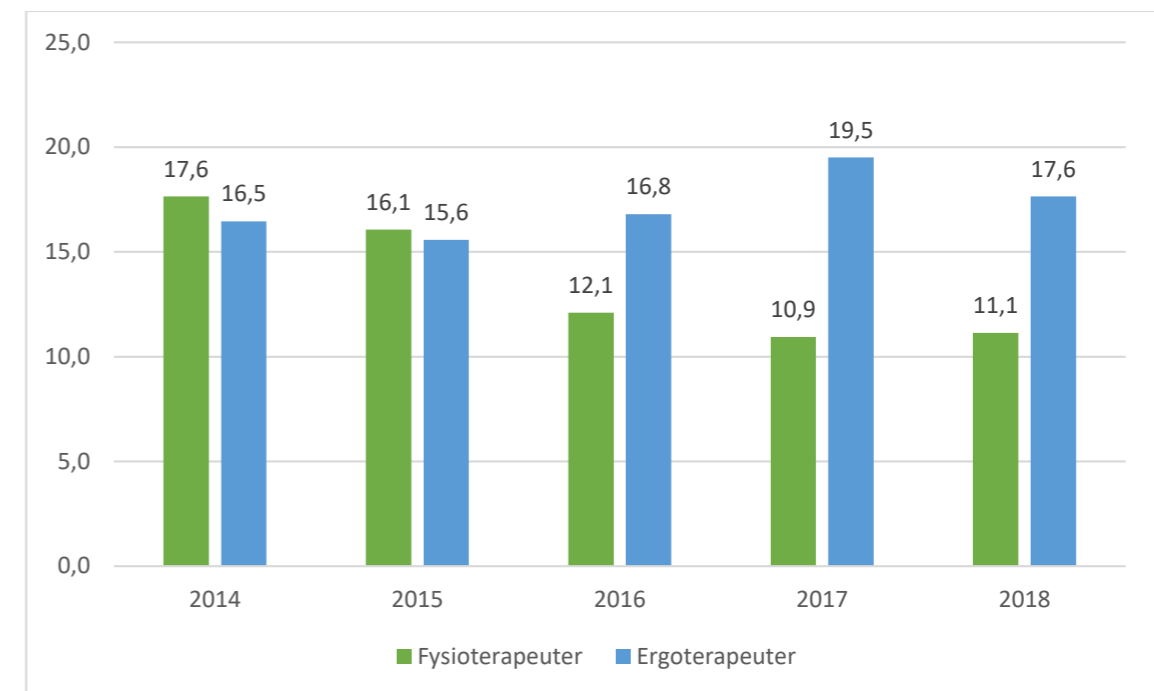


Note: Ledende fysioterapeuter er ikke medtalt i Region Nordjylland.

Figur 37: Fysio- og ergoterapeuter i voksenpsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



Figur 39: Fysio- og ergoterapeuter i børne- og ungdomspsykiatrien for hele landet (antal årsværk)



7.5 Peers

En peer er en medarbejder, der selv har erfaring med at komme sig fra psykisk sygdom, og som selv har været i behandling i psykiatrien. Formålet med, at en patient får tilknyttet en peer, er at få viden og sparring om recovery og hjælp til at skabe et overblik over patientens livssituation. Målet er at forberede patienterne på livet efter psykisk sygdom og hjælp til at komme videre i livet. Der er altså tale om en understøttende og rådgivende funktion til psykiatriske patienter, og ikke behandling af den psykiske sygdom. Det er forskelligt, om regionerne har ansat peers eller bruger peers som frivillige aktører.

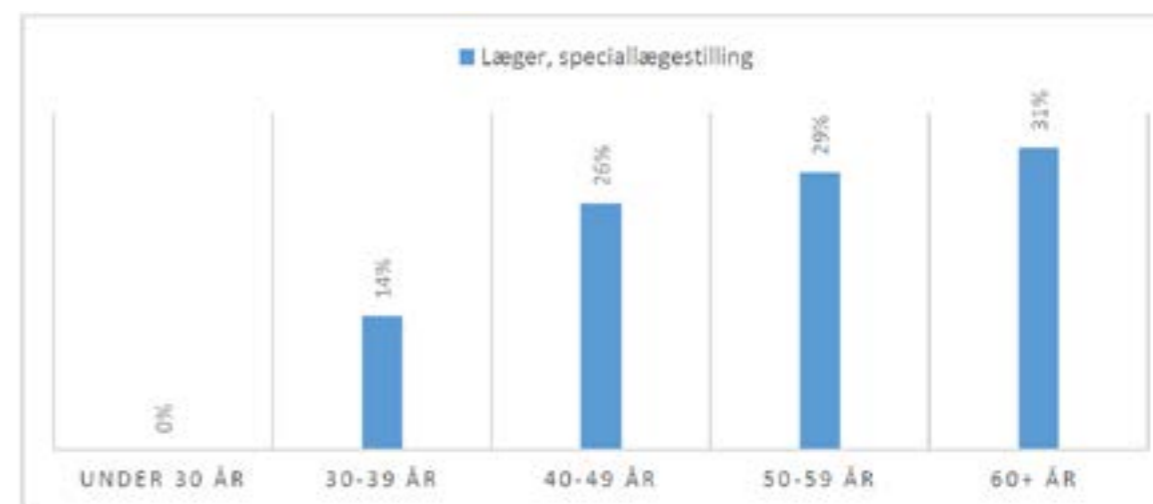
Samlet set for hele landet er man gået fra at have 4 peers ansat i voksenpsykiatrien i 2014 til at have 51 ansatte peers i 2018 - svarende til knap 20 årsværk. I børne- og ungdomspsykiatrien har man ikke peers ansat i lige så høj grad. I 2018 var der 2 peers ansat - svarende til 0,40 årsværk. Der er ikke indberettet antal ansatte peers fra Region Nordjylland og Region Sjælland. Peers kan altså både bruges som en frivillig ressource og som en del af det ansatte personale i psykiatrien.

7.6 Personalets aldersfordeling

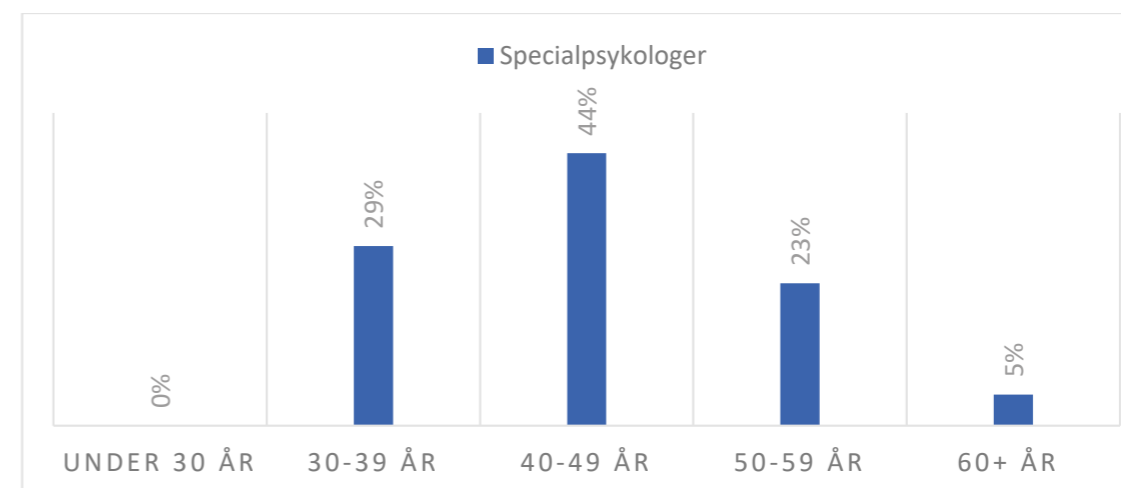
Aldersfordelingen giver et indtryk af forskellene i alderen blandt personalet i de forskellige faggrupper. Det giver en indikation af, om mange af medarbejderne i de forskellige faggrupper snart vil gå på pension, eller om der er en gruppe af unge medarbejdere i faggrupperne, som kan udfylde en medarbejderrolle i psykiatrien i mange år frem. I bilag fremgår aldersfordelingerne for alle faggrupper. Her fremhæves de mest markante tendenser.

Blandt speciallægerne i voksenpsykiatrien er 31% 60+ år. På tværs af alle faggrupperne er speciallæger gruppen med flest 60+ årige. Det indikerer, at en stor del af speciallægerne i voksenpsykiatrien muligvis vil gå på pension inden for en kort årrække, og der dermed er en risiko for mangel på speciallæger i fremtidens behandlingspsykiatri. Specialpsykologerne i voksenpsykiatrien fordeler sig anderledes aldersmæssigt. Her er kun 5 % af specialpsykologerne i voksenpsykiatrien 60 + år, men der er en forholdsvist stor gruppe af 40 til 49-årige på 44 %.

Figur 40: Aldersfordeling speciallæger i voksenpsykiatrien (fordelt på antal ansatte)



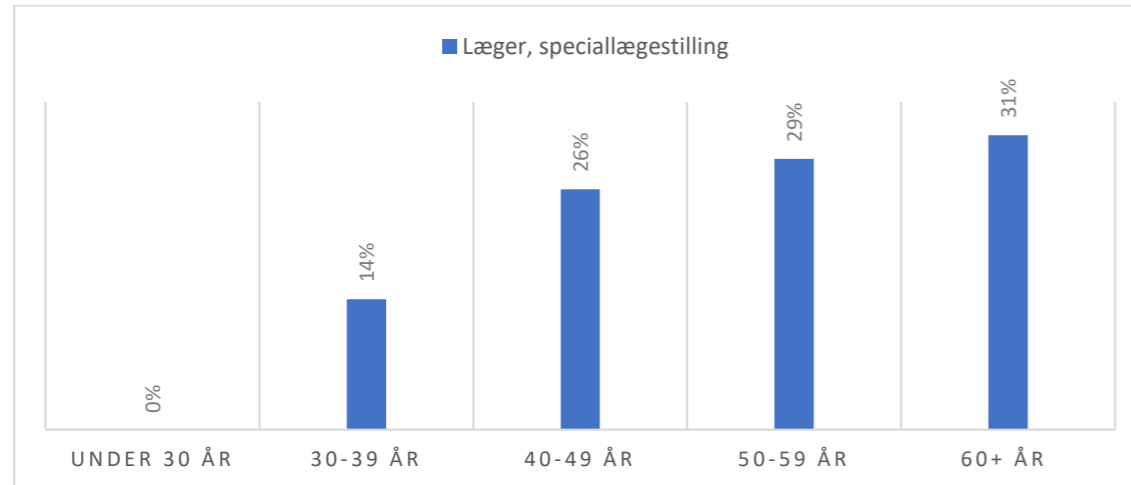
Figur 41: Aldersfordeling specialpsykologer i voksenpsykiatrien (fordelt på antal ansatte)



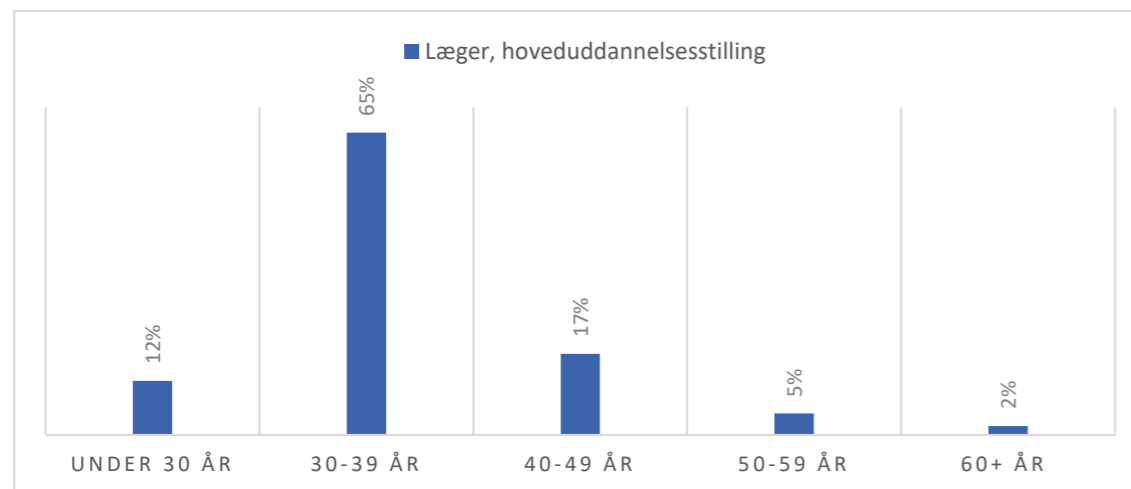
8. Bilag

Aldersfordeling- ansatte i voksenpsykiatrien

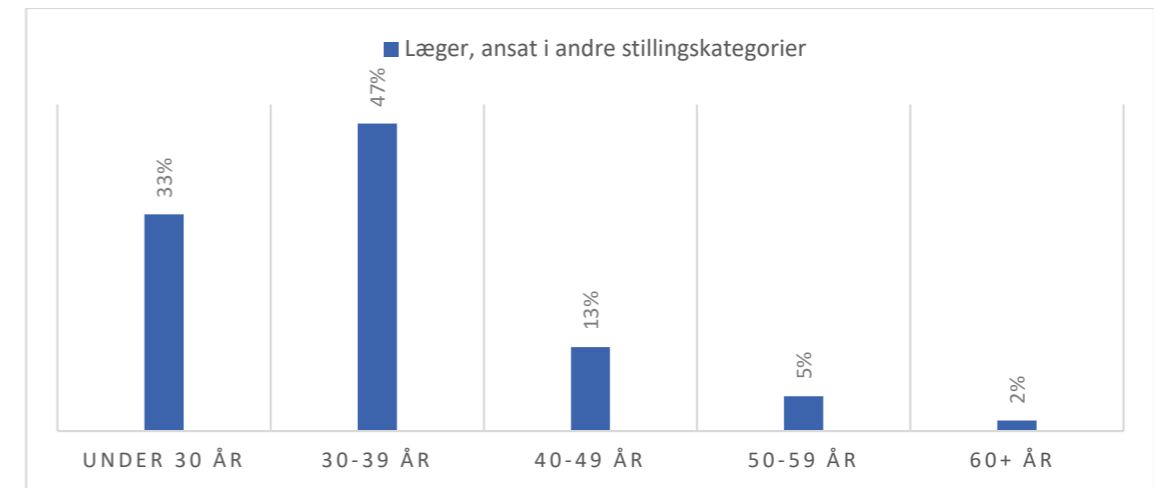
Figur 42: Aldersfordeling læger i speciallægestilling



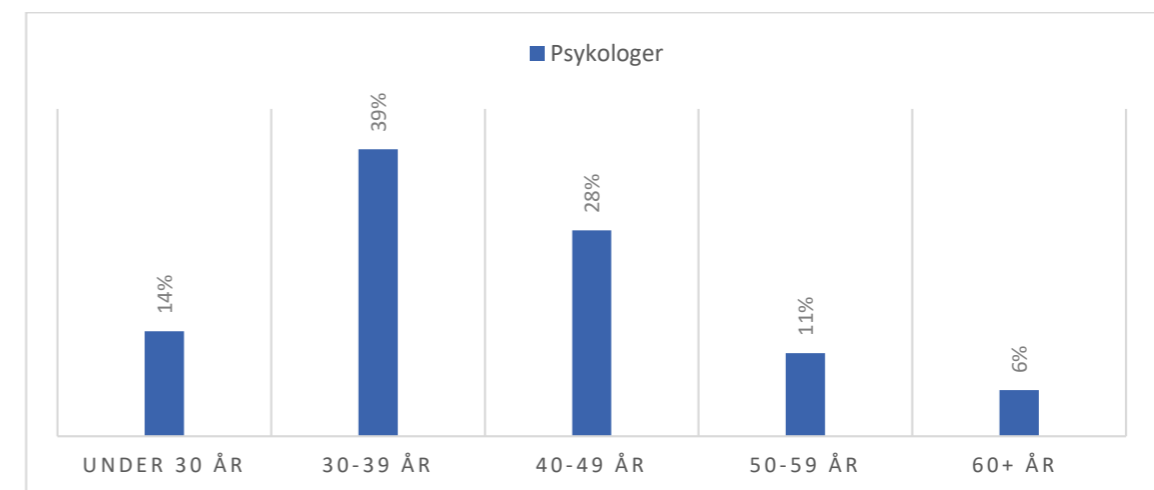
Figur 43: Aldersfordeling læger i hoveduddannelsesstilling



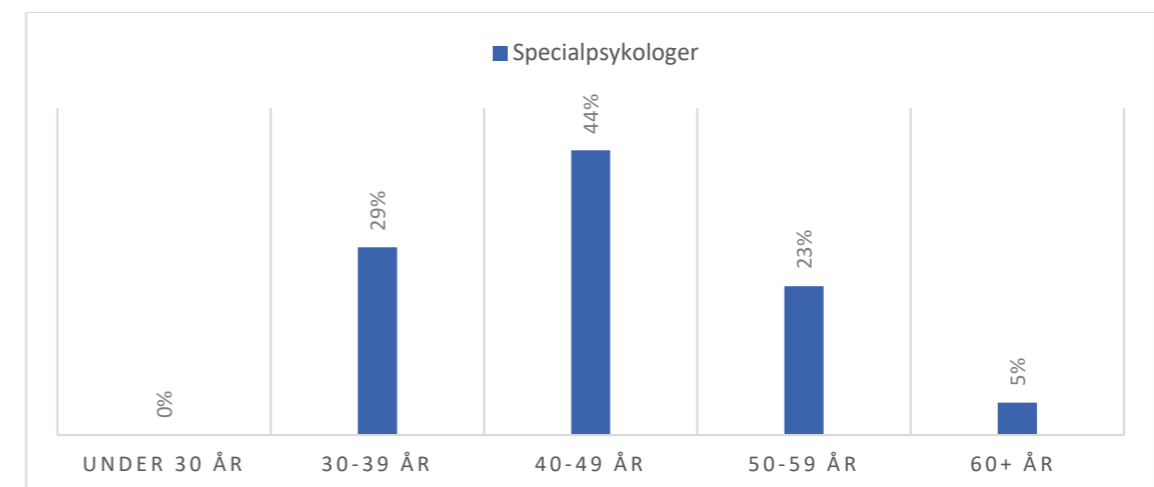
Figur 44: Aldersfordeling læger ansat i andre stillingskategorier



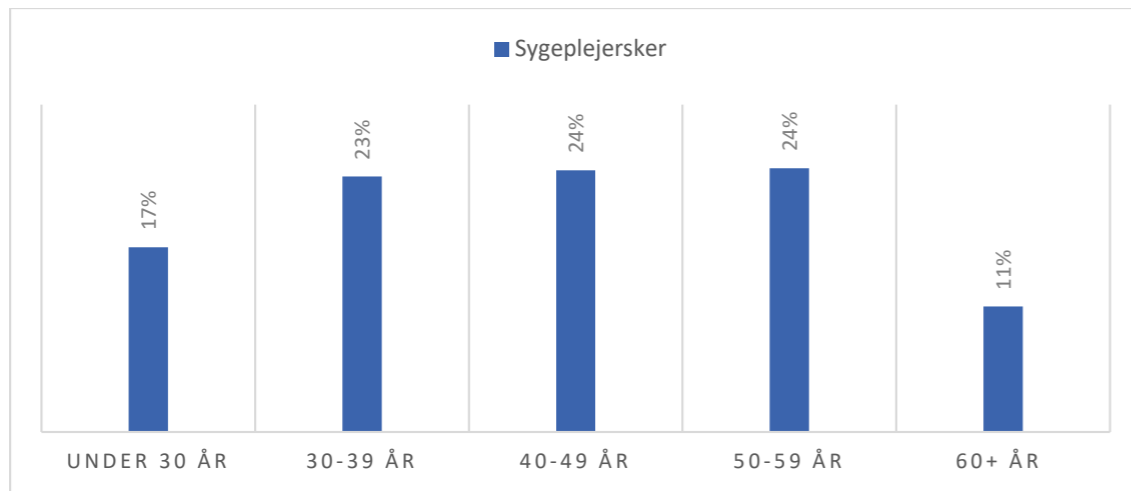
Figur 45: Aldersfordeling psykologer



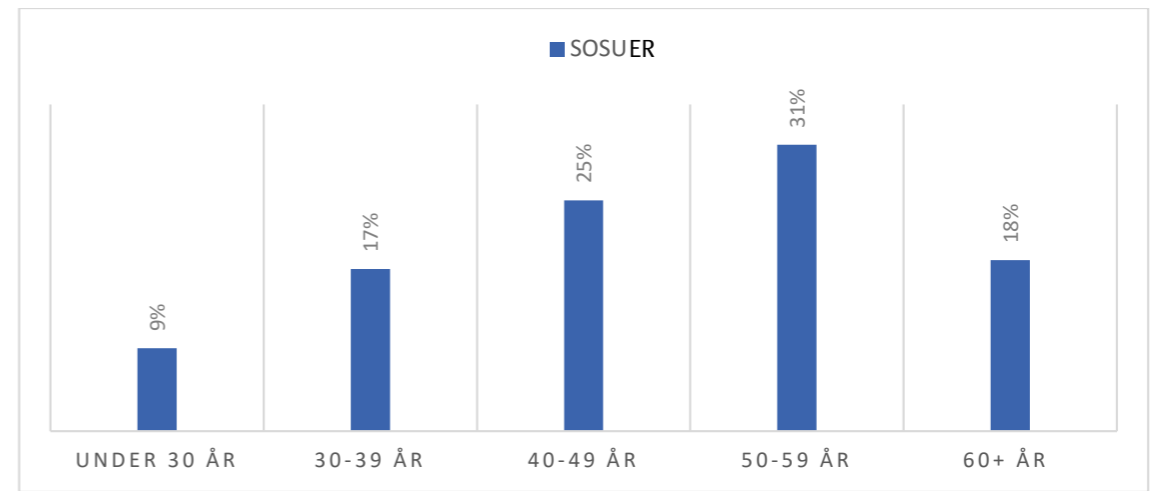
Figur 46: Aldersfordeling specialpsykologer



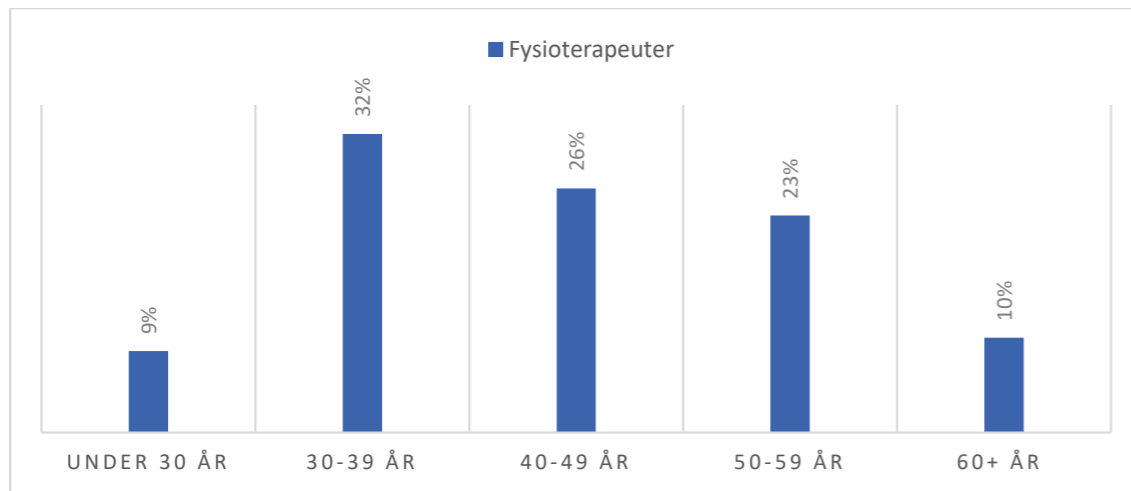
Figur 47: Aldersfordeling sygeplejersker



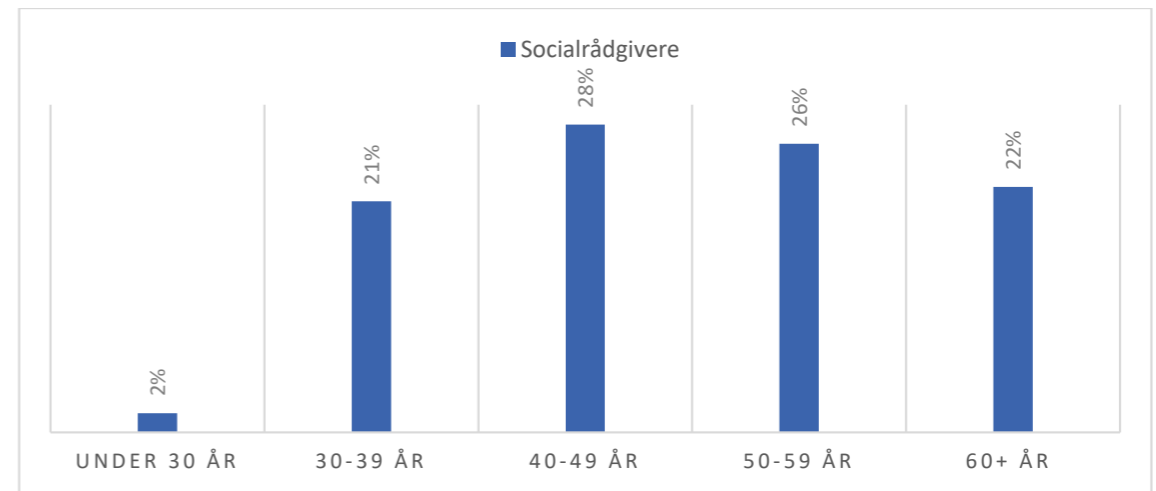
Figur 50: Aldersfordeling SOSUer



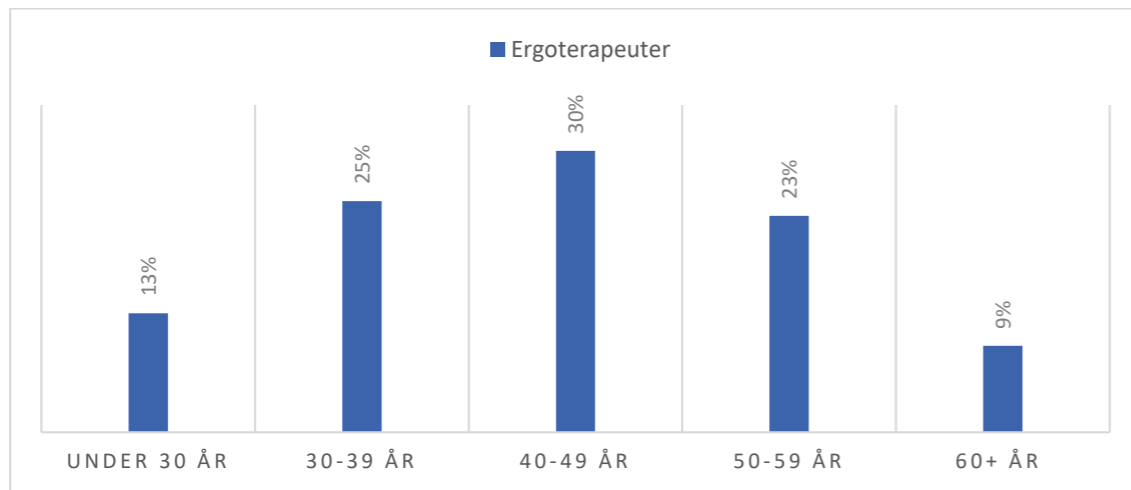
Figur 48: Aldersfordeling fysioterapeuter



Figur 51: Aldersfordeling socialrådgivere



Figur 49: Aldersfordeling ergoterapeuter



Figur 52: Aldersfordeling pædagoger

