

# Bilag 7: Metode

Overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser



Indenrigs- og  
Sundhedsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.benchmark.dk](http://www.benchmark.dk)

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

## Indhold

1 Data for sociale indsatser .....	3
2 Afgrænsning af psykiatrisk kontakt .....	6
3 Afgrænsning af population .....	8
4 Afgrænsning af sundhedsklynger .....	8

# 1 Data for sociale indsatser

## Afgrænsning af kommune

I analysen har vi valgt at benchmarke kommunerne med udgangspunkt i handlekommune. Man kunne også overveje at benytte betalingskommune eller kun fokusere på bopælskommune, vi har valgt at benytte handlekommune af følgende grunde:

- Det er handlekommunen, der har pligt til at give hjælp til borgeren. Og dermed handlekommunen der i sidste ende har ansvar for at borgeren får den rigtige hjælp.
- Det er handlekommunen, der validerer data vedrørende ydelser til voksne med handicap og udsatte voksne indberettet til Danmarks Statistik. Der er derfor ikke foretaget systematisk validering med udgangspunkt i betalingskommune.
- Hvis en handlekommune køber ydelser af en anden kommune, der kræver, at borgeren flytter adresse (fx botilbudspads), så vil bopælskommunen være udtryk for den kommune, der leverer ydelsen, men ikke for kommunen, der har pligt til at levere ydelsen.

Vi har undersøgt i hvor høj grad, der er overlap mellem henholdsvis handle-, betalings- og bopælskommune i data, se tabel 1.1.

Tabel 1.1

Andelen af voksne, der modtager sociale indsatser, hvor der er overensstemmelse mellem kommuner ved forskellige kommuneangivelser, 2022

	Handlekommune/ betalingskommune	Handlekommune/ bopælskommune	Betalingskommune/ bopælskommune
Overensstemmelse på landsplan (pct.)	97,6	86,8	85,6
Overensstemmelse i kommunen med mindst overensstemmelse (pct.)	91,8	16,7	16,7
Overensstemmelse i kommunen med mest overensstemmelse (pct.)	100,0	94,7	94,7

Anm: I de tilfælde, hvor en person for samme handlekommune optræder med mere end én betalingskommune, indgår personen i opgørelsen med en observation for hver betalingskommune.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Vi tillader i analysen, at hver enkel voksne borger har én handlekommune i aktivitetsåret. Der er dog eksempler på borgere, der optræder med flere handlekommuner, derfor er det nødvendigt at prioritere i dem. I boks 1.1 beskrives de valg, der er taget i forhold til at knytte borgeren til en enkelt handlekommune.

## Boks 1.1

### Valg af handlekommune

I Danmarks Statistiks register for handicap og udsatte voksne har kommunerne indberettet de sociale indsatser, borgerne har modtaget. I analysen benytter vi én handlekommune pr. borger, men da der i registret er tilfælde, hvor en borger har modtaget indsatser fra flere handlekommuner, er det nødvendigt at foretage prioritering. Hvilken handlekommune der benyttes i analysen bestemmes ud fra nedenstående algoritme.

- Hvis den samme indsats er registreret med overlap (den anden registrering af indsatsen starter før den første slutter), vælges handlekommunen for den seneste registrering af indsatsen som handlekommune for hele indsatsen, således at hver registrerede indsats udelukkende er tilknyttet én handlekommune-
- Herefter beregnes varigheden af hver enkelt indsats i aktivitetsåret.
- På baggrund af de enkelte indsatsers varighed, identificeres den handlekommune, hvor borgeren i længst tid har modtaget indsatser i aktivitetsåret. Det er denne kommune, der vælges som handlekommune for hele aktivitetsåret.

### Indsatsgrupper og Den socialpsykiatriske indsatsstrappe

I analysen inddeles ydelseskoderne i indsatsgrupper. Nedenfor ses den opdeling, vi benytter i analysen. Vi benytter os i næsten alle opgørelser af Den socialpsykiatriske indsatsstrappe i forhold til at inddele ydelserne i indsatsgrupper.

I denne analyse vil vi hovedsageligt gruppere indsatserne i et hierarki, der lægger sig tæt op af hierarkiet i Socialpsykiatriens indsatsstrappe. Vi har slået nogle trin sammen: Længerevarende botilbud (SEL §108) og botilbudslignende tilbud (ABL §105) er slået sammen i trinnet Længerevarende botilbud; aktivitets- og samværstilbud (SEL §104) og beskyttet beskæftigelse (SEL §103) er slået sammen i Aktivitetstilbud m.m. og endelig har vi lagt indsatser, der ikke indgår i den socialpsykiatriske indsatsstrappe (og som der er få af i overlapsgruppen), sammen med de forebyggende indsatser i Øvrige indsatser.

Socialpsykiatriens Indsatsstrappe er tænkt som illustration af, hvor langt borgeren er fra et almindeligt hverdagsliv. På det nederste trin, hvor borgeren bor i eget hjem og udelukkende modtager forebyggende indsatser, er borgeren relativt tæt på et almindeligt hverdagsliv, mens de, der befinder sig på det øverste trin og bor på længerevarende botilbud, er langt fra et almindeligt hverdagsliv.

Søjlen længst til højre illustrerer hierarkiet baseret på Den socialpsykiatriske indsatsstrappe, således at man nederst ("Øvrige indsatser") vurderes at være tættest på et almindeligt hverdagsliv, mens man øverst ("Længerevarende botilbud") vurderes at være længst fra et almindeligt hverdagsliv.

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

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

I tabel 1.3 nedenfor kan man se den specifikke ydelsesinddeling:

**Tabel 1.3**

**Ydelses- og indsatsoversigt**

Ydelser (ydelseskoder)	Indsats	Indsatshierarki
Længerevarende botilbud inkl. tilknyttede ydelser fx §§83, 85, SEL §108 (1.8.1)	Længerevarende botilbud	Længerevarende botilbud
Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud (omfattet af §4, stk. 1, nr. 3 i lov om socialtilsyn), fx botilbud efter lov om almene boliger §105/115, SEL §85 (1.12.0.1)		
Midlertidige botilbud inkl. tilknyttede ydelser fx §§83, 85, SEL §107 (1.8.2)	Midlertidigt botilbud	Midlertidigt botilbud (uden ophold på længerevarende botilbud)
Øvrig socialpædagogisk støtte (socialpædagogisk støtte, som ikke leveres på botilbud eller botilbudslignende tilbud, fx i borgeren hjem), SEL §85 (1.12.0.2)	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Socialpædagogisk støtte i eget hjem (uden ophold på hverken længerevarende eller midlertidigt botilbud)
Beskyttet beskæftigelse, SEL (§103) (1.4)	Beskyttet beskæftigelse	Aktivitetstilbud m.m. (uden ophold på hverken længerevarende eller midlertidigt botilbud eller socialpædagogisk støtte i eget hjem)
Aktivitets- og samværstilbud, SEL (§104) (1.1)	Aktivitets- og samværstilbud	
Ledsagerordning, SEL §97 (1.13.4)	Ledsagerordning	Øvrige indsatser (uden ophold på botilbud, socialpædagogisk støtte i eget hjem eller aktivitets- og samværstilbud /beskyttet beskæftigelse)
Gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og støtte, SEL §82 a (frivilligt at indberette) (1.18.1)	Øvrige	
Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte, SEL §82 b (1.18.2)		
Borgerstyret personlig assistance, SEL §96 (1.13.2)		
Kontant tilskud efter §95 til ansættelse af hjælpere, SEL §95 (1.17)		
Kontaktperson for døvblinde, SEL §98 (1.13.3)		
Behandling, SEL §102 (1.3)		

Kilde: <https://social.dk/tvaerqaaende/analyse-og-vidensarbejde/redskaber-til-styring-og-udvikling/noegletalsredskaber-og-indsatstrapper/socialpsykiatriens-indsatstrappe> og [https://social.dk/Media/638107571979548219/N%C3%B8gletalskatalog\\_Socialpsykiatriens%20N%C3%B8gletal.pdf](https://social.dk/Media/638107571979548219/N%C3%B8gletalskatalog_Socialpsykiatriens%20N%C3%B8gletal.pdf)

**Sammenhængsanalyse om forekomsten af indsatser**

I analysens kapitel 7 ser vi på sammenhængen mellem forekomsten af en specifik social indsats blandt personer der modtager sociale indsatser generelt og i overlapsgruppen. Sammenhængsanalysen er lavet på kommunalt niveau. Det gør vi for at søge at undersøge, om der er en tendens til, at hvis fx længerevarende botilbud udgør en stor del af indsatserne generelt, er der så en tendens til, at de også fylder generelt i overlapsgruppen.

Analysen er lavet som simple korrelationer på kommuneniveau.

I tabel 1.4 kan man se korrelationerne mellem forekomsten af de forskellige sociale indsatsgrupper på kommuneniveau.

For de tre sociale indsatsgrupper som vi har hovedfokus på i analysen (længerevarende botilbud, midlertidigt botilbud og socialpædagogisk støtte i eget hjem), ser vi ingen signifikant sammenhæng. For aktivitetstilbud m.m. og øvrige indsatser finder vi dog en signifikant sammenhæng på henholdsvis 10 pct.s og 1 pct.s niveau.

Tabel 1.4

**Korrelationer mellem andelen der modtager en specifik indsats blandt dem, der modtager en indsats i overlapsgruppen og blandt dem, der modtager indsatser generelt på kommuneniveau, 2020-2022**

		Overlapsgruppen				
		Længerevarende botilbud	Midlertidigt botilbud	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	Aktivitetstilbud m.m.	Øvrige indsatser
Alle der modtager sociale indsatser	Længerevarende botilbud	0,14	-	-	-	-
	Midlertidigt botilbud	-	-0,12	-	-	-
	Socialpædagogisk støtte i eget hjem	-	-	-0,12	-	-
	Aktivitetstilbud m.m.	-	-	-	0,31*	-
	Øvrige indsatser	-	-	-	-	0,39***

Anm.: \*\*\* angiver at sammenhængen er signifikant på et 1 pct. signifikansniveau og \* at sammenhængen er signifikant på et 10 pct. signifikansniveau. I disse sammenhængsanalyser er der af diskretionshensyn ikke medtaget data for alle kommuner.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

### Målgruppeafgrænsning

I analysen laves i kapitel 5 og kapitel 6 opgørelser i forhold til målgrupper. Nedenfor beskrives afgrænsningen af målgrupperne i data.

Tabel 1.5

**Målgruppeafgrænsningen i data for sociale indsatser**

Målgrupper	Målgruppekode
Fysisk funktionsnedsættelse	1.1*
Kognitivt handikap	1.2.1
Sindslidelse	1.2.2
Socialt problem	2
Uoplyst og øvrige	Resten

## 2 Afgrænsning af psykiatrisk kontakt

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

### Diagnoseafgrænsning

Når vi laver afgrænsninger i forhold til diagnoser, så benyttes grupperingen i tabel 2.1, dvs. vi tager udgangspunkt i diagnosegrupperingen i ICD10-systemet.

Vi tager udgangspunkt i de registrerede aktionsdiagnoser i aktivitetsåret. Man kunne alternativt vælge også at se på de tilhørende bidiagnoser og/eller registrerede diagnoser tilbage i tid, som man fx ofte gør, når man vil se på prævalens af psykiatriske diagnoser. I denne analyse er vi dog interesserede i de diagnoser, personerne får behandling for i aktivitetsåret og ikke alle de diagnoser, som personerne lider af.

Aktionsdiagnosen er den diagnose, der bedst angiver den tilstand, der har ført til kontakten, og som er den væsentligste årsag til denne. Der er der en del af personerne i overlapsgruppen, som har en del bidiagnoser og diagnoser registreret tilbage i tid, men som ikke er den væsentligste årsag til sygehuskontakten, som vi benytter til at identificere og afgrænse overlapsgruppen. Vi vælger derfor i denne analyse at koncentrere os om den registrerede aktionsdiagnose, da vi vurderer, at det her er mest præcist at beskrive overlappet mellem psykiatrien og de sociale indsatser med udgangspunkt i den relevante hovedårsagen til den psykiatriske kontakt.

**Tabel 2.1**

#### Diagnosegruppering

ICD10-koder	Navn
DF0*	Demens mv.
DF1*	Psykoaktive stoffer mv. (misbrug)/Misbrugsdiagnoser
DF2*	Skizofreni mv.
DF3*	Affektive sindslidelser mv.
DF4*	Angst mv.
DF5*	Spiseforstyrrelser mv.
DF6*	Personlighedsforstyrrelser mv.
DF7*	Mental retardering
DF8*	Psyriske udviklingsforstyrrelser
DF90-DF98	ADHD mv.
DF99*	Ikke kategoriseret
Andre diagnosekoder	Ingen psykiatrisk diagnose

Kilde: Medinfo.dk.

#### Afgrænsning af kontakter i psykiatrien

Når vi ser på aktiviteten i psykiatrien skelner vi mellem ambulante kontakter og indlæggelser. En indlæggelse er defineret som et sygehusophold på 12 timer eller derover, mens ambulante kontakter er sygehusophold på under 12 timer. Et sygehusophold er dannet ved at koble tidsmæssigt sammenhængende kontakter i psykiatrien, hvor der er højst 4 timer mellem to fremmøder. Definitionen benyttes også af Sundhedsdatastyrelsen<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> "Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål", Sundhedsdatastyrelsen (2021)



## Boks 2.1

### Afgrænsning af ambulante kontakt i psykiatrien

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

*Ambulante ophold:* Ambulante kontakter med fysisk fremmøde på sygehuset.

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

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

Når vi i figur 4.6 og 6.9 ser på kontaktttype, skelner vi mellem fysiske fremmøder og udekontakter. I andre opgørelser ser vi på det samlede antal fysiske kontakter. I de andre opgørelser, hvor vi ser på antallet af ambulante kontakter, så taler vi altså både om de fysiske kontakter, udekontakter og virtuelle kontakter.

De fysiske ambulante kontakter/besøg udgør langt den største andel af opholdene i psykiatrien, og dominerer derfor også opgørelsen i forhold til ambulante kontakter generelt.

## 3 Afgrænsning af population

Voksne er i analysen afgrænset til personer på 18 år eller ældre primo aktivitetsåret. Nogle gange benyttes 19 år som aldersgrænse mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien pga. forskellig organisering i psykiatrien på tværs af regionerne. Vi har dog vurderet, at da analysen ikke specifikt fokuserer på voksenpsykiatrien, og vi også har fokus på voksne modtagere af kommunale sociale indsatser, er det mest relevant at afgrænse til de 18+ årige.

Vi har desuden medtaget alle, der har aktivitet i løbet af aktivitetsåret i analysepopulationen. Også de, der dør i løbet af aktivitetsåret. Det betyder selvfølgelig, at ikke alle er eksponeret lige meget for kontakt på tværs af sektorer – hvis man dør midt på året er der ikke lige så stor mulighed for at være i kontakt med psykiatrien/modtage sociale indsatser i løbet af aktivitetsåret, som hvis man ikke dør. Vi vurderer dog, at der vil være en større skævhed i opgørelserne, hvis vi ikke medtager de, der dør i løbet af året, da deres forløb og aktivitetsmønstre dermed ikke indgår i opgørelserne.

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

## 4 Afgrænsning af sundhedsklynger

Når vi ser på sundhedsklynger optræder kommuner i flere klynger. Det drejer sig om fem kommuner: Billund Kommune, Middelfart Kommune, Københavns Kommune, Rødovre Kommune og Vejen Kommune.

Københavns Kommune indgår i to sundhedsklynger: Klynge Byen (Hovedstaden) og Klynge Syd (Hovedstaden). I beregningerne på sundhedsklyngeniveauer Københavns Kommune opdelt på

adresseniveau i de to klynger. Når vi laver Danmarkskort på sundhedsklyngeniveau indgår Københavns Kommune visuelt i Klynge Byen.

Billund Kommune indgår både i Lillebæltsklyngen og Sydvestjysk Klynge, Middelfart Kommune indgår både i Fynsklyngen og Lillebæltsklyngen, og Rødovre Kommune indgår både i Klynge Midt (Hovedstaden) og Klynge Syd (Hovedstaden) og Vejen Kommune indgår både i Lillebæltsklyngen og Sydvestjysk Klynge. For disse fire kommuner indgår hele kommunen i beregningerne for begge sundhedsklynger.

Når vi laver Danmarkskort på sundhedsklyngeniveau indgår Billunds Kommune visuelt i Sydvestjysk Kommune (Syddanmark), Middelfart Kommune i Lillebæltsklyngen (Syddanmark), Rødovre Kommune i Klynge Midt (Hovedstaden) og Vejen Kommune i Sydvestjysk Klynge (Syddanmark).