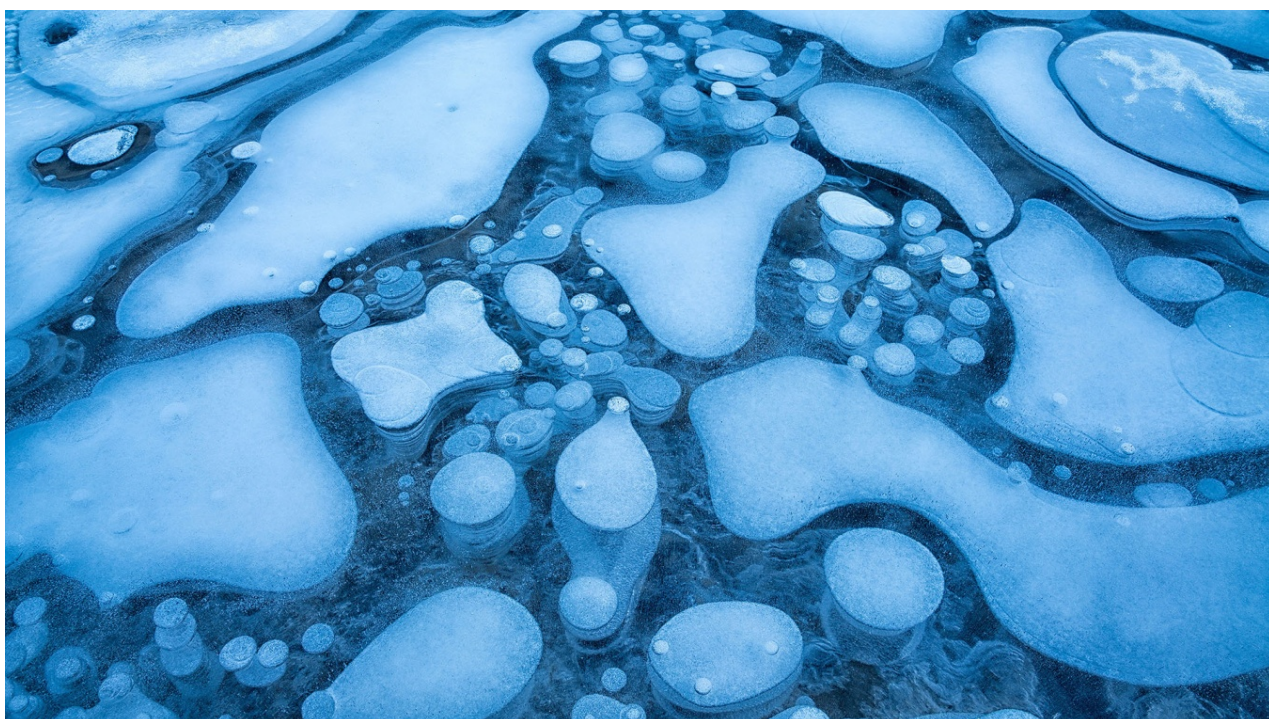




STRATEGI FOR HORSSENS KOM- MUNES SOCIALPSYKIATRISKE INDSATS 2015

Strategi for en sammenhængende indsats for borgere med sindslidelse



Forord

Horsens Kommune har løbende udviklet tilbud til borgere med en sindslidelse.

Horsens Kommunes indsatser tager udgangspunkt i mødet med den enkelte borger og pårørende ud fra de politiske målsætninger for området, de nationale og internationale faglige tendenser, Horsens kommunes værdier og målsætninger.

Samarbejdet omkring borgere med sindslidelse foregår på tværs af de kommunale fagområder og i samarbejde med behandlingspsykiatrien.

Udviklingen på det psykiatriske område, har betydet et fald i institutionslignende tilbud, hen mod en stadig stigende grad af inklusion af den sindslidende borger i de almene tilbud med et aktivt liv for øje.

For behandlingspsykiatrien har det givet sig udtryk i fx en højere grad af decentralisering og ambulante behandling, færre sengepladser, men stigning i ambulante besøg. Det giver nye udfordringer og dilemmaer for den kommunale indsats for borgere med en sindslidelse.

Horsens Kommunes strategi for den socialpsykiatriske indsats retter sig derfor mod at kunne støtte borgeren i at vende tilbage til et aktivt liv efter indlæggelse og behandling, gennem tilbud om let tilgængelig information, hjælp til selvhjælp og teknologisk understøttet hjælp.

Der er fokus på kortere varende tilbud og en forebyggende indsats, for at forhindre genindlæggelse. De borgere, der har brug for en mere massiv støtte kan få den, når der er behov for det.

Samarbejdet med pårørende og frivillige er et fokusområde for strategien.

VISION OGMÅLSÆTNING

Velfærds- og Sundhedsudvalgets vision:

- Vi sikrer fremtidens velfærd ved at være innovative og gå nye veje.
- Vi har en god velfærdsøkonomi, fordi vi lykkes med "mere værdi for færre".
- Vi synliggør vores resultater og kvalitet og gør det, der virker bedst.
- Vi samarbejder med borgerne, borgerens netværk og pårørende.
- Borgerne er tilfredse og mestrer deres egen livssituation.

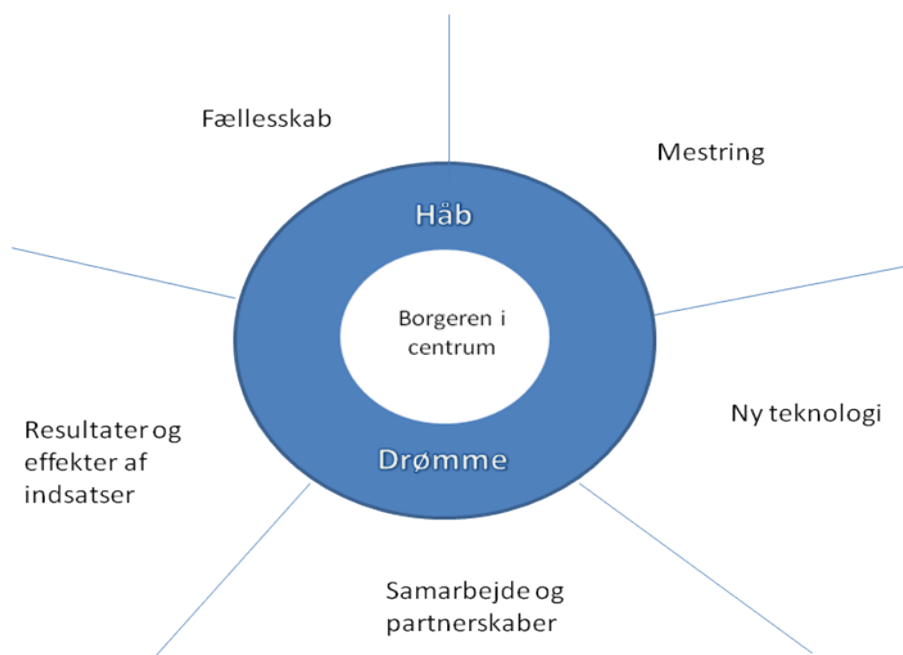
Velfærds- og Sundhedsudvalgets politiske målsætning på det psykiatriske område:

- At skabe en helhedsorienteret indsats for borgere med sindslidelser i samspil med relevante samarbejdspartnere.
- At samarbejdet med sygehuse og praktiserende læger styrkes, så borgerne oplever en større sammenhæng i sundhedsvæsenet.
- At styrke inddragelsen af netværk og pårørende til borgere med alvorlige sindslidelser.
- At styrke samarbejdet og sammenhængen mellem socialpsykiatrien, misbrugsområdet og behandlingspsykiatrien.

Velfærd og Sundheds fælles mindset og de fem pejlemærker

Velfærd og Sundheds har et fælles mindset. Det er de principper, som er grundlaget for alle områdets indsatser.

Velfærd og Sundheds mindset består af fem pejlemærker. Pejlemærkerne gælder for hele udvalgets område er fælles for alle ansatte og borgere.



Borgeren i centrum

Al Velfærd og Sundheds virke handler om at understøtte borgerne og skabe de bedste rammer for, at borgerne kan leve gode, sunde og aktive liv. Derfor er borgeren placeret i centrum af det fælles mindset.

At borgerne er i centrum kræver, at der tænkes og samarbejdes på tværs. Det gælder både indadtil i organisationen og udadtil med eksterne samarbejdspartnere. Kun på den måde kan der skabes sammenhæng i indsatsen for borgerne med udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og behov.

Borgernes ønsker og drømme er nøglen til, at de kan mestre deres egne liv. Det er respektfuldt at stille krav til mennesker. Velfærd og Sundhed vil understøtte, at borgerne er motiverede til at leve op til disse krav. Indsatserne tager udgangspunkt i borgerens hele liv og understøtter borgernes mulighed for at formulere ønsker og drømme, der kan realiseres.

Med udgangspunkt i de fem pejlemærker samarbejdes med borgeren om at skabe de bedst mulige løsninger for den enkelte. De fem pejlemærker er:

1. Fællesskab

De største uudnyttede potentialer findes hos borgerne selv, de pårørende og i borgernes netværk. Det er gennemgående for alle indsatser, at disse potentialer skal forsøges bragt i spil. Frivillige, foreninger, grupper og enkeltpersoner skal understøttes i at støtte op om fællesskabet. Det skal de, fordi de er platforme for inklusion og netværksdannelse. Indsatserne tilrettelægges, så de foregår så tæt på borgernes hjem og nærmiljø som muligt.

2. Mestring

Mestring og sundhedsfremme er grundlæggende principper for alle indsatser i Velfærd og Sundhed. Mestring og sundhedsfremme handler om glæden ved og lysten til at leve. Det handler også om ens egen opfattelse af kunne håndtere udfordringer i hverdagen - at være selvhjulpne. I arbejdet med mestring og sundhedsfremme anerkendes borgernes forskellige ressourcer og behov, så borgeren mødes der, hvor borgeren er. Der opstilles rammer, der giver borger lyst til at vælge det sunde og aktive liv og lyst til at være en del af fællesskabet.

3. Resultater og effekter af indsatser

Det vigtigste for Horsens Kommune er, at indsatserne virker og gør en reel forskel for borgerne. Derfor er der sat fokus på at sikre, at indsatserne og de ressourcer, der bruges har den ønskede effekt og at effekten kan dokumenteres. Omkostningsbevidsthed og konkurrencedygtige priser er i fokus, fordi det er med til at sikre en sund velfærdsøkonomi. Tilbuddenes kvalitet vurderes løbende og borgernes tilfredshed spiller en væsentlig rolle ved vurderingen af et tilbuds kvalitet. Der skabes "mere for færre".

4. Samarbejde og partnerskaber

Horsens Kommune tror på, at det er et potentiale i at samarbejde med andre kommuner, andre offentlige myndigheder og private aktører. Horsens Kommune kan få inspiration til idéudvikling og at tilrettelægge indsatserne mere hensigtsmæssigt, når der samarbejdes med andre. Styrker og ressourcer findes ved at etablere løsninger i partnerskaber og ved at samarbejde på tværs.

5. Ny teknologi

Teknologi udvikles og tages i brug for at skabe mere værdi for borgerne og for samfundøkonomien. Teknologi gør det muligt for borgere at blive mere selvhjulpne og føle en højere grad af værdighed og tryghed. Teknologi skal også bruges som et redskab til at forbedre dialog og samarbejde – både i mellem aktører og i mødet med borgeren

Hvad vil det sige, at være en borger med en sindslidelse?

Antallet af borgere i kontakt med psykiatrien på landsplan er steget med 20% for voksne og 60% for børn og unge i perioden 2008 til 2013¹. Muligheden for at behandle sindslidelser er samtidig betydeligt forbedret, og behovet for socialpsykiatriske ydelser til borgere med sindslidelse er blevet større. Desuden ses der en stigende tendens til sammenhæng mellem sindslidelse og stofmisbrug og kriminalitet (Madsen m.fl., 2011; Bengtson, 2011). Alt sammen er det faktorer, der bevirker, at det socialpsykiatriske område står over for store udfordringer de kommende år.

Forskning dokumenterer, at op mod 60 % af alle der rammes af en sindslidelse kommer sig helt eller delvist (Servicestyrelsen, 2011). Den overvejende del af de voksne borgere der får en sindslidelse får behandling og vender tilbage efter en sygdomsperiode til deres normale liv med job og uddannelse.

I takt hermed foregår der en videnskabsmæssig bevægelse inden for psykiatrien og socialpsykiatrien fra at forstå sindslidelse som en kronisk tilstand og livslang lidelse til en mere dynamisk forståelse af sindslidelse som en foranderlig proces.

Den rehabiliterende tilgang tager udgangspunkt i, at borgere med en sindslidelse ofte kan komme sig og genvinde muligheden for at leve et meningsfuldt og værdifyldt liv, der er personligt og socialt tilfredsstillende. Perspektivet er både den enkelte borgers individuelle og subjektive proces med at komme sig og det sociale samspil med omgivelserne. Håbet og troen på, at man kan komme videre i livet er ofte afgørende i den socialpsykiatriske indsats, der understøtter den enkeltes borgers mulighed for at komme sig.

Horsens Kommune har igennem flere år haft fokus på at udvikle de kommunale indsatser til mennesker med psykiske lidelser i retning mod mindre indgribende tilbud. Formålet og er at støtte den enkelte borgers mestringsevne.

¹ 'Ligeværd', SUM, 2014, p. 9

Fakta om psykisk sygdom

Behandlingspsykiatrien har været under stor ændring. Hvis man ser på udviklingen over perioden 2010-2014 er antallet af ambulante besøg kraftigt stigende, altså ambulante behandling. Antallet af indlæggelser er nogenlunde stabilt, men årsag til stigningen i antallet af besøg ligger i, at den gennemsnitlige indlæggelsestid, der er faldet fra 23 dage til 12,6 dag.

Det er en tendens, der har været kendetegnende inden for somatikken de sidste 10-15 år, hvor der er sket en radikal ændring, idet en stor del af behandlingen er gået fra at være under indlæggelse, til at foregå ambulante.

Tabel 1: Ambulante besøg, sengedage og udskrivninger, samt gennemsnitlig liggetid, Horsens borgere, 2010-2015.

	Besøg (ambulant)	Sengedage	Udskrivninger	Gennemsnitlig antal sengedage
2010	11.003	11.203	487	23,00
2011	9.219	9.767	548	17,82
2012	11.088	7.717	520	14,84
2013	13.018	9.729	598	16,27
2014	16.572	8.024	639	12,56

Det er tilsvarende udvikling der sker inden for psykiatrien, hvilket også kommer til udtryk ved nedlæggelse af sengepladser i regionspsykiatrien. På Regionshospitalet i Horsens har man i 2015 kun 2 sengeafdelinger mod tidligere 3 sengeafdelinger. Det betyder, at der er en skarpere prioritering inden for akutindlæggelserne, og det ændrer alt andet lige også de krav der er til de øvrige aktører omkring borgeren, herunder det kommunale tilbud.

Den ambulante behandling giver større mulighed for både borgeren selv og kommunen at understøtte fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse/det sociale liv og hjemmet. Dette ses som en gevinst for alle parter.

I Horsens Kommune har der de seneste år været en stigning i antallet af borgere med en psykiatrisk diagnose, der har kontakt til sygehusvæsenet, i form af enten ambulante eller stationære behandling (besøg/indlæggelse).

Tabel 2.: Antal unikke cpr.numre i alt i Horsens kommune (Antallet af personer, der har været i behandling enten i ambulante behandling eller indlagt.)

2012	2013	2014
2.063 personer	2.224 personer	2.447 personer

Udfordringer og dilemmaer

- Aldrig før er så mange borgere blevet udredt og behandlet for så meget med så kort ventetid i psykiatrien
- Majoriteten af voksne borgere vender tilbage til deres normale hverdag efter behandling
- Der er i 2014 det højeste antal læger, psykologer og andre fagpersoner ansat i psykiatrien end tidligere.
- Den psykiatriske sygelighed er øget

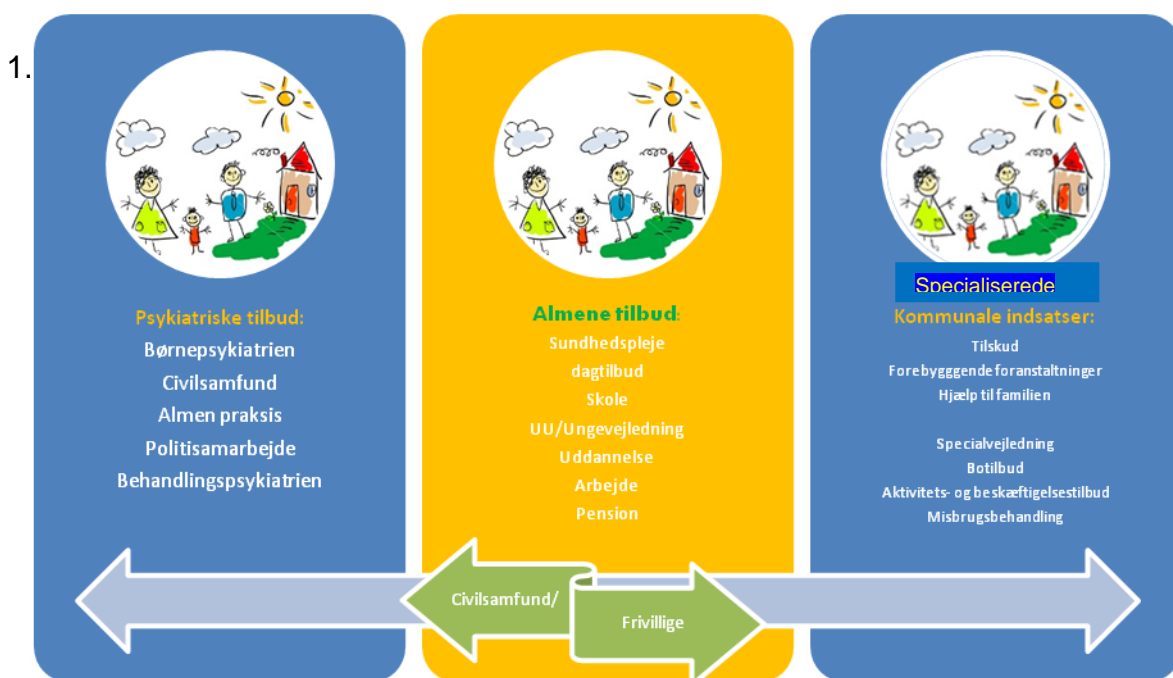
Se venligst **Bilag 1 Nøgletal og status, behandlingspsykiatri**

Hvornår skal der samarbejdes mellem behandlingspsykiatrien og det kommunale felt med og omkring borgeren?

De fleste borgere, der får en sindslidelse kan behandles og vende tilbage til et aktivt liv.

Hvis borgeren, der har en psykiatrisk lidelse og er færdigbehandlet eller på vej til færdigbehandling, kan der i nogle tilfælde være behov for en koordinerende hjælp i overgangen fra behandling til eventuel rehabilitering med kommunal støtte.

Kommunale indsatser kan bestå af arbejdsmarkeds rettede indsatser, sociale indsatser og/eller sundhedsindsatser. Det er det kommunale normalsystem, der har de langvarige forløb med borgeren. Her er almen praksis den centrale samarbejdspart.



Udviklingsperspektiver

På baggrund af de nævnte udfordringer og dilemmaer skal der findes nye veje til en hurtig tilbagevenden til et hverdagsliv, for den borger, der rammes af en sindslidelse. Horsens Kommune har en tradition for, at inddrage de borgere, der er i fokus for en ny strategi, så tidligt som muligt. På et kick-off i oktober 2015, blev brugerrepræsentanter, interesseorganisationer, medarbejderrepræsentanter, eksterne samarbejdspartnere og Handicapråds repræsentanter inviteret til at bidrage til Horsens Kommune psykiatri strategi.

Strategiske pejlemærker

På baggrund af udvalget for Velfærd og Sundheds vision, de nationale politikker, Sundhedsaftalen og Horsens Kommunes vision – og på baggrund af kick-off mødet, er der følgende pejlemærker for udviklingen af en sammenhængende, borgerrettet psykiatrisk indsats i Horsens Kommune:

Mestring og menneskesyn

1. Støtte til mestring af et aktivt hverdagsliv og forløsning af borgerens potentiale
2. Mindst indgriben i borgerens liv
3. Inklusion i det almene område
4. Fremme af sundhed

Pårørende

5. Inddragelse af borgere, pårørende og organisationer i udvikling af tilbud og samarbejde om kvalitet i indsatsen
6. Støtte til pårørende

Metode

7. Udvikling/anvendelse af nye metoder, som bygger på den bedste viden, som fx: Åben dialog

Samarbejde

8. Koordinering mellem behandlingspsykiatri, den kommunale rehabilitering, pårørende og praksislæger
9. Udvikling af samarbejde mellemkommunalt, i klynger og med regionen - i og udenfor Sundhedsaftalens og Rammeaftalens regi.

Teknologi og information

10. Udvikling/anvendelse af ny teknologi
11. Udvikling af information på hjemmesiden

Forebyggelse

12. Forebyggelse
13. Hot Line
14. Akut tilbud

Job og fritid

15. Ekstern støttet beskæftigelse
16. Beskæftigelse på særlige vilkår
17. Bo-støtte til at bo selvstændigt – en helhedsorienteret indsats på tværs af *Uddannelse og Arbejdsmarked* og *Velfærd og Sundhed*
18. Inklusion i det almindelige fritidsliv

Civilsamfund

19. Hjælp til selvhjælp
20. Samarbejde med interesseorganisationer

Resultat og effekt

21. Resultat og effektmåling

Handleplaner, psykiatri strategi 2015-17

De 21 strategiske pejlemærker er formuleret som handleplaner for 2015-17.

Målsætning	Handleplan	Ansvar	Fokus i 2015-17, særlige initiativer
Mestring og menneskesyn	1. Støtte til mestring af dagligt liv	Mestringsenhed Alle indsatser i HPS	
	2. Mindst indgriben i borgerens liv	Dialog med borger i udredning og visitation ud fra en mestringstanke	HPS Strategi
	3. Inklusion af borgere med sindslidelse i det almene område (bolig, job, uddannelse, fritid)	Direktion i løbende Alle	HPS Strategi Psykiatri strategi
	4. Fremme af sundhed	HPS	SUS i Livet
Pårørende	5. Inddragelse af borgere, pårørende og organisationer i udvikling af tilbud	Bruger og pårørende råd i alle Horsens Kommunes tilbud	Oprettet i alle tilbud, hvor det er ønsket af brugere/pårørende
	6. Støtte til pårørende	Sund By, Selvhjælpsgrupper	Gruppeforløb oprettet
Metode	7. Udvikling/anvendelse af nye metoder, som bygger på bedste viden, fx: 'Åben dialog'	HPS	Fokus: Åben dialog
Samarbejde	8. Koordinering mellem behandlingspsykiatri, den kommunale rehabilitering og pårørende	Alle på tværs af UA og VS	Udskrivningskoordinator sikrer koordinering for borgere på tværs af de kommunale indsatser
	9. Udvikling af samarbejde mellemkommunalt, i klynger og med regionen - i og udenfor Sundhedsaftalens og den Sociale Rammeaftales regi.	Velfærd og Sundhed, chefgruppen	Partnerskabsaftale med Skanderborg kommune om koordineret udskrivning fra HEH er under udarbejdelse
Teknologi og information	10. Udvikling/anvendelse af ny teknologi	HPS, KT	Udbrede til 150 borgere

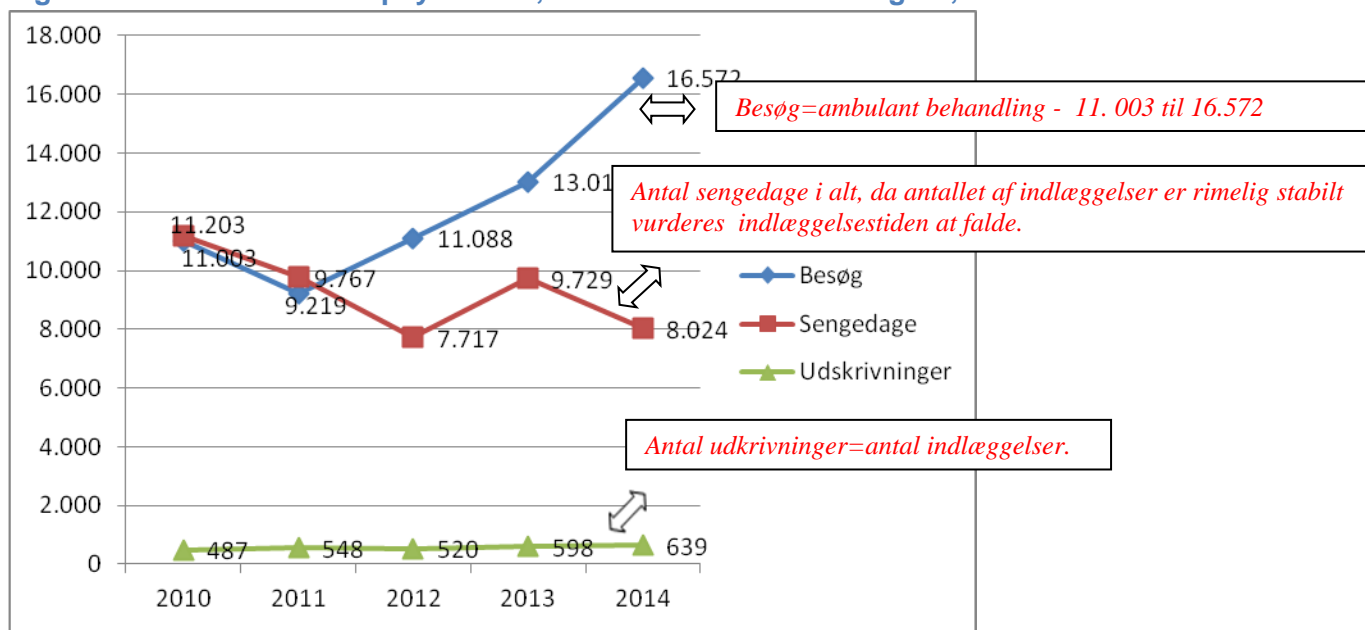
	11. Udvikling af information på hjemmesiden	Alle enheder med ansvar for tilbud der er målrettet eller inkluderer borgere med sindslidelse	Løbende
Forebyggelse	12. Forebyggelse Selvhjælpsgrupper: Samtalegruppe for unge, Sorggruppe, Ensomme unge, stressramte voksne Headspace, åbent anonymt tilbud til unge	Alle, herunder: Sund By Headpsace Danmark/Det Sociale netværk	Særligt fokus på selvhjælpsgrupper
	13. Hot Line Døgnåben telefon for borgere med sindslidelse, som er brugere af HPS tilbud	HPS	Etableret
	14. Akut overnatningstilbud for borgere med sindslidelse, som er brugere af HPS tilbud Kildegade 50-54	HPS	Etableret
Job og fritid	15. Ekstern støttet beskæftigelse	HPS	Mål fra 2011: 70 % af borgere i beskyttet beskæftigelse skal i ekstern beskyttet beskæftigelse
	16. Beskæftigelse på særlige vilkår	HPS, Ekstern støttet beskæftigelse	Etableret
	17. Bo-støtte til at bo selvstændigt- en helhedsorienteret indsats på tværs af UA og VS	HPS, Mestringsenheden	Etableret januar 2015
	18. Inklusion i det almindelige fritidsliv	Alle	
Civilsamfund	19. Hjælp til selvhjælp Selvhjælpsgrupper	Sund By Alle	Frivillige ind på matriklen
	20. Samarbejde med interesse-organisationer: Temamøder i handi-		

	<p>capråd</p> <p>Følgegrupper, fokusgrupper, kick-off møder efter behov</p> <p>§ 18 tilskud til frivillige organisationer</p>	<p>Handicaprådet</p> <p>Velfærd og Sundhed</p>	
Resultat og effekt	21. Resultat og effektmåling	Alle	

BILAG I NØGLETAL OG STATUS Behandlingspsykiatri

Hvis man ser på udviklingen over perioden 2010-2014 er antallet af besøg kraftigt stigende, altså ambulat behandling. Antallet af indlæggelser er nogenlunde stabilt, men årsag til stigningen i antallet af besøg ligger i, at den gennemsnitlige indlæggelsestid, der er faldet fra 23 dage til 12,6 dag. Jf. figur 1 og 2. I tabellerne indgår psykiatriske indlæggelser i hele landet, for borgere bosiddende i Horsens Kommune, inklusiv doms-anbragte².

Figur 1: Aktivitet inden for psykiatrien, Horsens kommunes borgere, 2010 -2014.



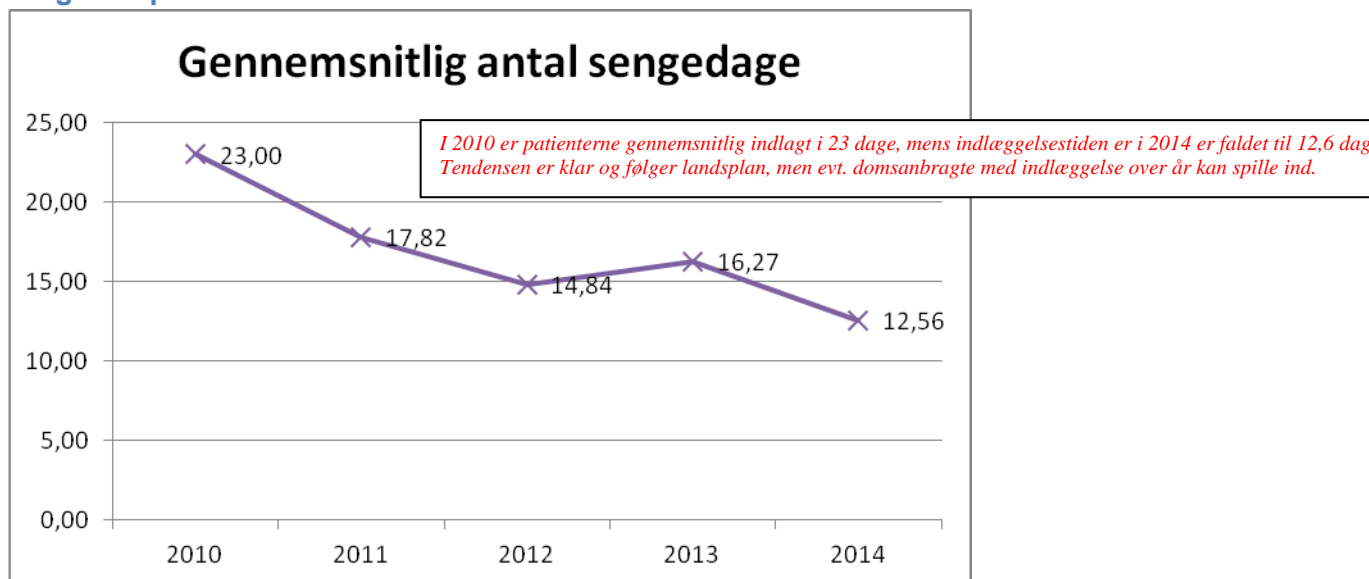
Kilde: E-sundhed

Tabel 1: Besøg, sengedage og udskrivninger, samt gennemsnitlig liggetid, Horsens borgere, 2010-2015.

	Besøg (Ambulat behandling)	Sengedage	Udskrivninger	Gennemsnitlig antal senge- dage
2010	11.003	11.203	487	23,00
2011	9.219	9.767	548	17,82
2012	11.088	7.717	520	14,84
2013	13.018	9.729	598	16,27
2014	16.572	8.024	639	12,56

² Såfremt der indgår doms-anbragte i ovenstående tal, må det formodes, at de ville have modtaget behandling uanset dom – alternativt registreres de som færdigbehandlede og indgår ikke i disse tal.

Figur 2: Udvikling i gennemsnitlig antal sengedage i psykiatrien for Horsens Kommunes borgere i perioden 2010 – 2014.



Kilde: E-sundhed

Det er en tendens, der har været kendetegnende inden for somatikken de sidste 10-15 år, hvor der er sket en radikal ændring, idet en stor del af behandlingen er gået fra at være under indlæggelse, til at foregå ambulant.

Det er tilsvarende udvikling der sker inden for psykiatrien, hvilket også kommer til udtryk ved nedlæggelse af sengepladser i regionspsykiatrien. På Regionshospitalet i Horsens har man i 2015 kun 2 sengeafdelinger mod tidligere 3 sengeafdelinger. Det betyder, at der er en skarpere prioritering inden for akutindlæggelserne, og det ændrer alt andet lige også de krav der er til de øvrige aktører omkring borgeren, herunder det kommunale tilbud.

Umiddelbart er der ikke større krav til kommunerne, men et andet udgangspunkt. Den ambulante behandling giver større mulighed for både borgeren selv og kommunen at understøtte fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse/det sociale liv og hjemmet. Dette ses som en gevinst for alle parter.

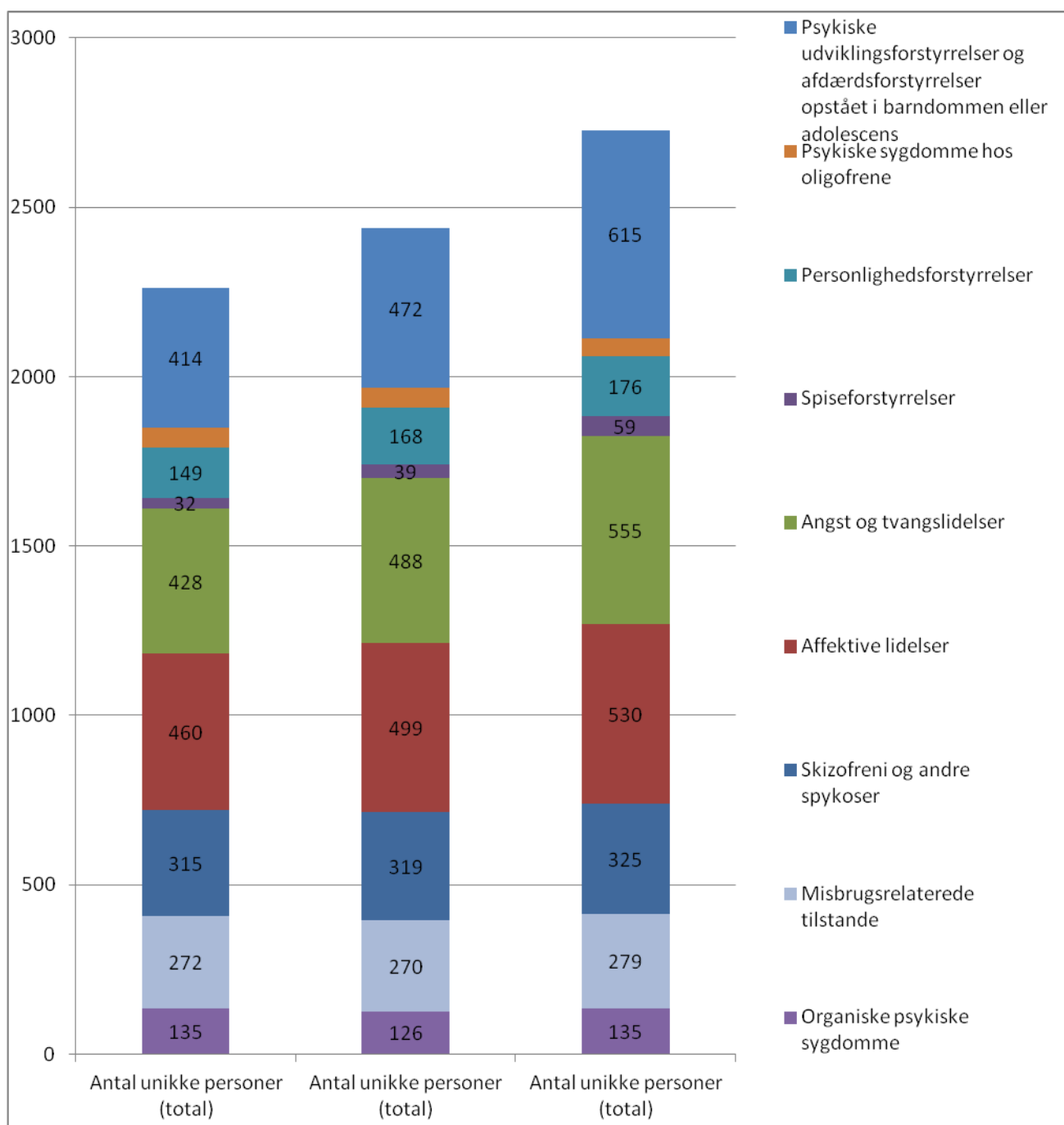
I Horsens Kommune har der de seneste år været en stigning i antallet af borgere med en psykiatrisk diagnose, der har kontakt til sygehusvæsenet, i form af enten ambulant eller stationær behandling (besøg/indlæggelse).

Tabel 2.: Antal unikke cpr.numre i alt i Horsens kommune (Antal borgere, der er i ambulant behandling eller indlagt)

2012	2013	2014
2.063 personer	2.224 personer	2.447 personer

Når man gør det op på, hvilke lidelser der fylder mest i 2012, så er der særligt to grupper der skiller sig ud, "Angst og tvangslidelser" og "Affektive lidelser".

Figur 3: Antal unikke CPR-numre fordelt på diagnoser



Kilde: E-sundhed maj 2015. ³

I gruppen af affektive lidelser findes depression og bipolar affektiv lidelse (manio-depressiv). Gruppen indeholder både enkeltstående depressioner samt vedvarende depressioner.

Inden for angst og tvangslidelser er en helt store gruppe "reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktion" samt angsttilstande generelt. Det er meget bred kategori, i det der er stor spredning på "svær belastning". Det kan spænde over fyringer, svær sygdom og flytning til nye omgivelser, dødsfald og egen sindstilstand.

³ Det fremgår af figur 6, at der er hhv. +1800 og +2100 cpr. Numre i årene 2012-2014. Det er fordi cirka 300 af de psykisk syge borgere har kontakt med sygehusvæsenet for mere end en lidelse. Derfor er tallene i figur 6 og tabel 2 ikke sammenlignelige. Tabel 1 er unikke cpr. numre i alt – Figur 6 er unikke cpr. numre inden for hver diagnose-gruppe.

De to grupper udgør tilsammen cirka 70% af alle sengedage der bruges af Horsens Kommune på Psykiatrisk afdeling.

Den sidste store gruppe, hvor der også ses en relativ stor stigning er gruppen af "Psyki-ske udviklingsforstyrrelser og adfærdsforstyrrelser opstået i barndommen eller adoles-cens". Det er primært gruppen "Hyperkinetiske forstyrrelser", der er vokset – og antallet af besøg i sygehusregi er mere end fordoblet. Hyperkinetiske forstyrrelser er tilstande præget af forstyrret koncentration og opmærksomhed og/eller sygeligt højt aktivitetsni-veau (hyperaktivitet) og impulsivitet. En anden almindelig brugt betegnelse er ADHD og er en tilstand der forekommer hos 1-2% af børn i grundskolen. ⁴

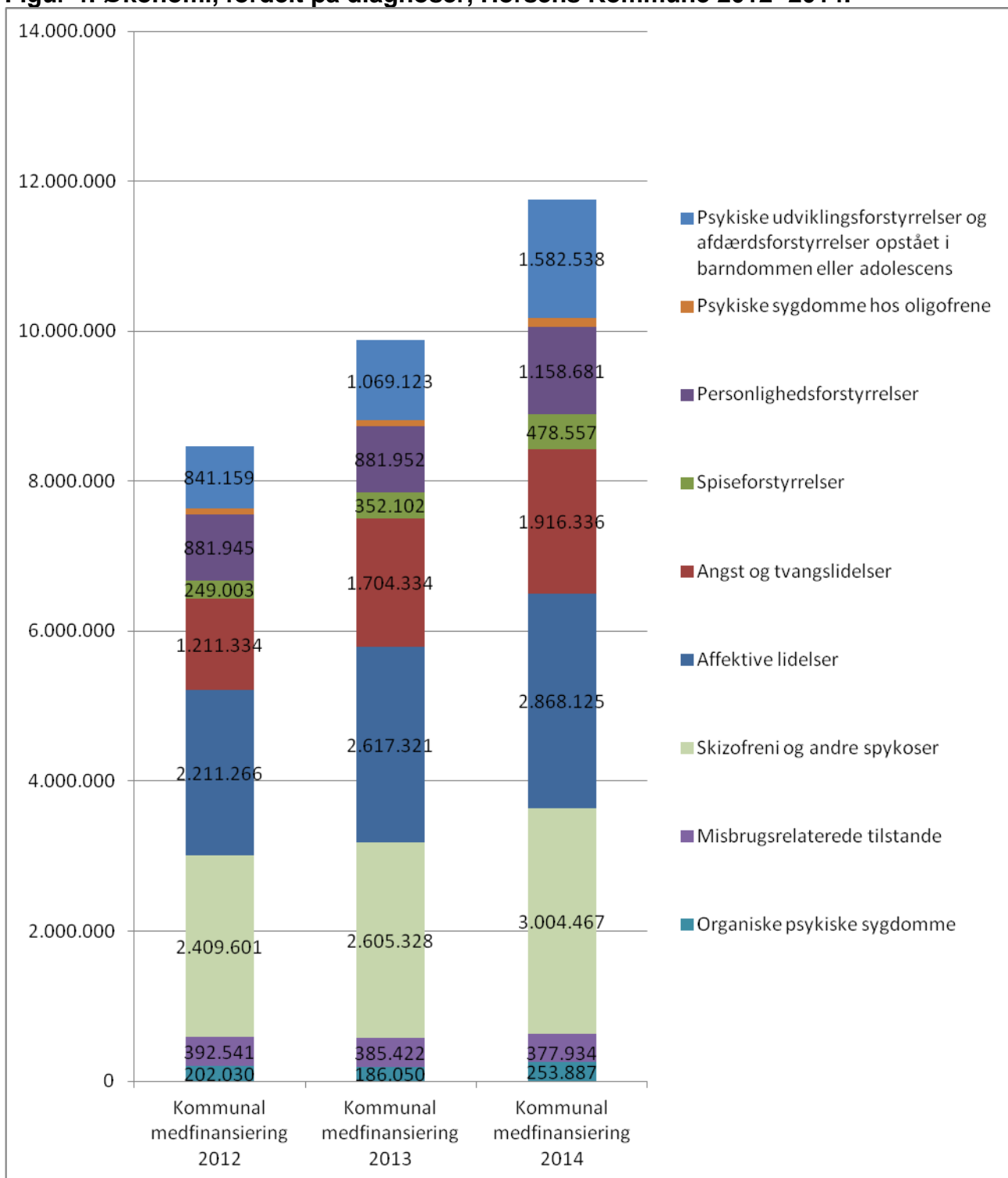
Økonomi

Udgifterne til psykiatrisk behandling i sygehusregi stiger for kommunerne. Fra 2012 - 2014 er udgifterne steget fra 8,7 mio. kr. til 12,0 mio. kr. Figur 4 illustrerer, hvordan det fordeler sig over de enkelte diagnosegrupper, hvilket dog er meget personfølsomt, idet en enkelt borger kan være særligt "tung", ud fra et behandlingsmæssigt og økonomisk synspunkt.

Det afspejler sig blandt andet ved, at når man ser på antallet af borgere, så var det sær- ligt 2-3 grupper der skilte sig ud, men når man ser på økonomien, så er det gruppen med skizofrene og andre psykoser, der fylder mest, skarpt forfulgt af de affektive lidel- ser. Gruppen af skizofrene er en gruppe præget af lange indlæggelser og et relativt stort træk på sygehusydelse. Jf. arbejdsmarkedsafsnit.

⁴ Sundhed.dk

Figur 4: Økonomi, fordelt på diagnoser, Horsens Kommune 2012 -2014.

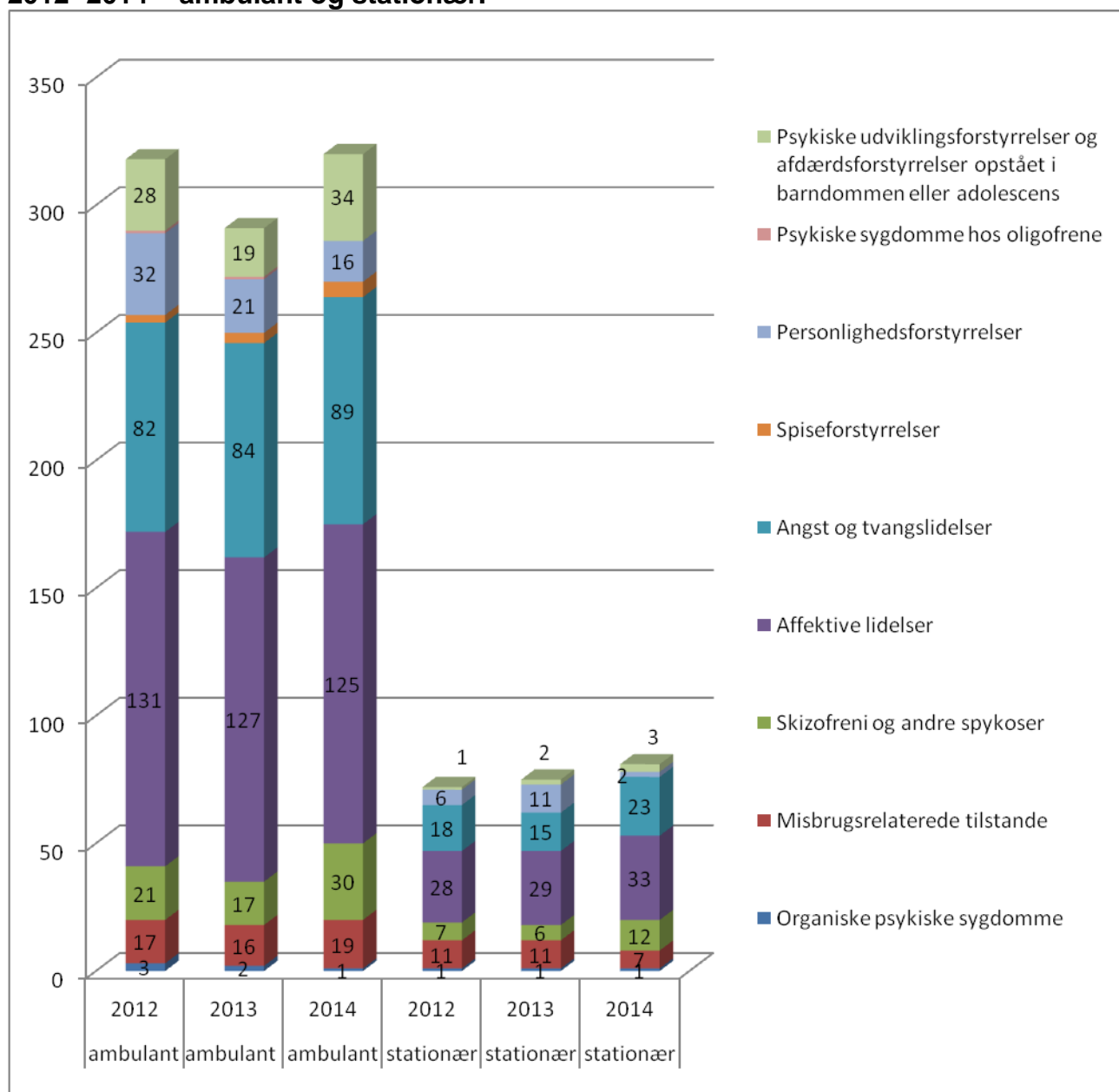


Kilde: E-sundhed

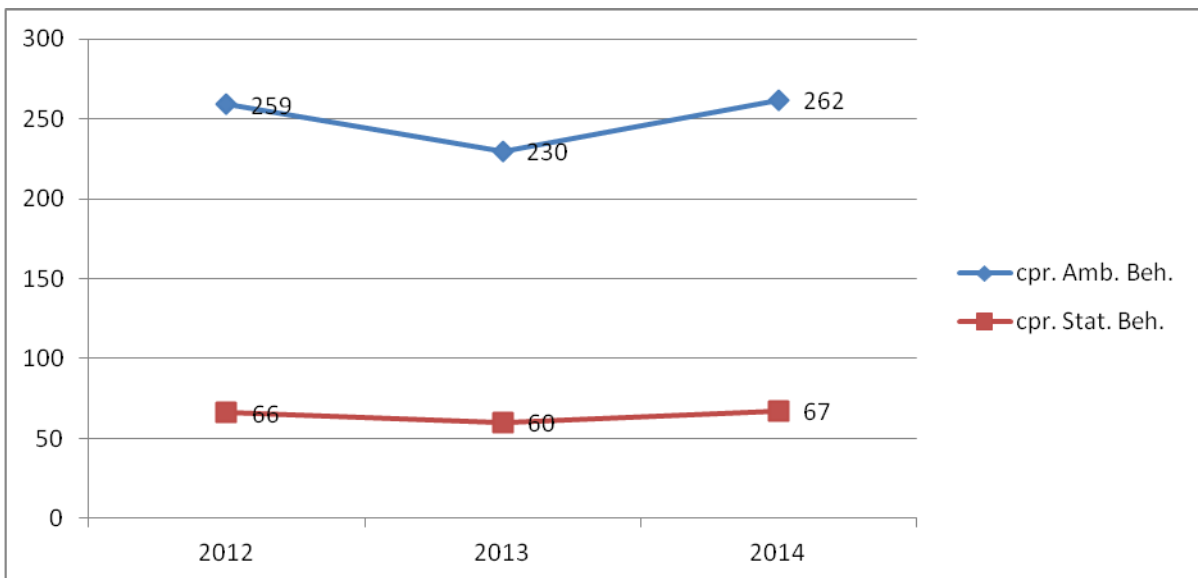
Arbejdsmarkedsanalyse inden for psykiatri Sygedagpengeområdet

Hvis man vender blikket mod arbejdsmarkedsområdet, er billedet det samme, hvis man ser inden for en stor gruppe på sygedagpenge, revalidering, ressourceforløb mm. De største grupper er "affektive lidelser" og "angst og tvangslidelser", mens de "hyperkinetiske forstyrrelser" er en voksende gruppe (psykiske udviklingsforstyrrelser og adfærdsforstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens).

Figur 5: Diagnosefordeling på unikke cpr.numre, inden for sygedagpenge mv. 2012- 2014 – ambulant og stationær.



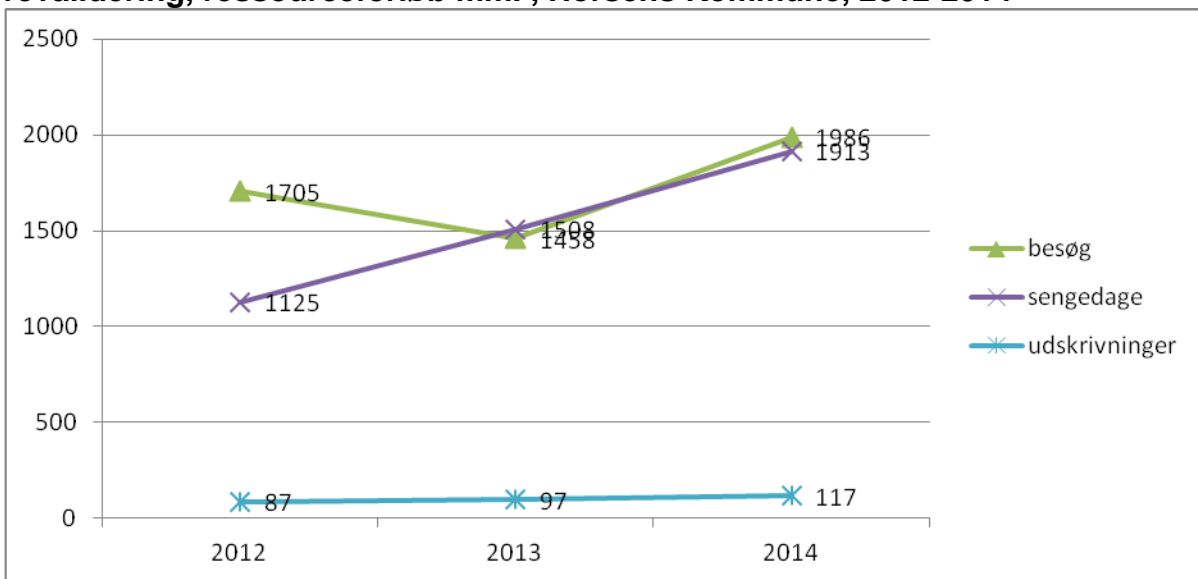
Figur 6: Antal unikke cpr. numre i hhv. ambulant og stationær behandling, Borgere i Horsens Kommune, der enten er på sygedagpenge, revalidering, ressourceforløb eller lignende – 2012 -2014



Kilde: LAB/E-sundhed

Det fremgår, at der ikke er de store udsving i antallet af borgere med psykiatiske lidelser i den kategori inden for arbejdsmarkedslovgivningen. Men der tegner sig et andet aktivitetsbillede, end for psykiatrisk syge borgere generelt.

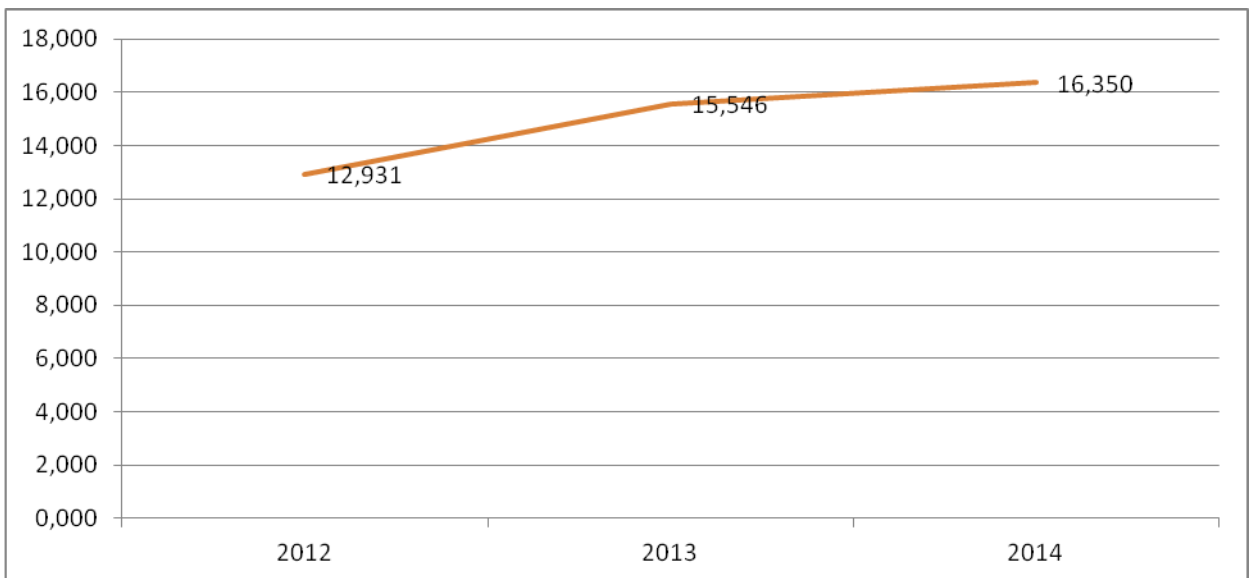
Figur 7: Antal besøg, sengedage og udskrivninger for borgere på sygedagpenge, revalidering, ressourceforløb mm. , Horsens Kommune, 2012-2014



Kilde: LAB/E-sundhed

Kendetegnende er også, at det gennemsnitlige antal sengedage er steget over perioden for samme gruppe.

Figur 8: Gennemsnitligt antal sengedage 2012 – 2014 – Sygedagpenge, revalidering og ressourceforløb



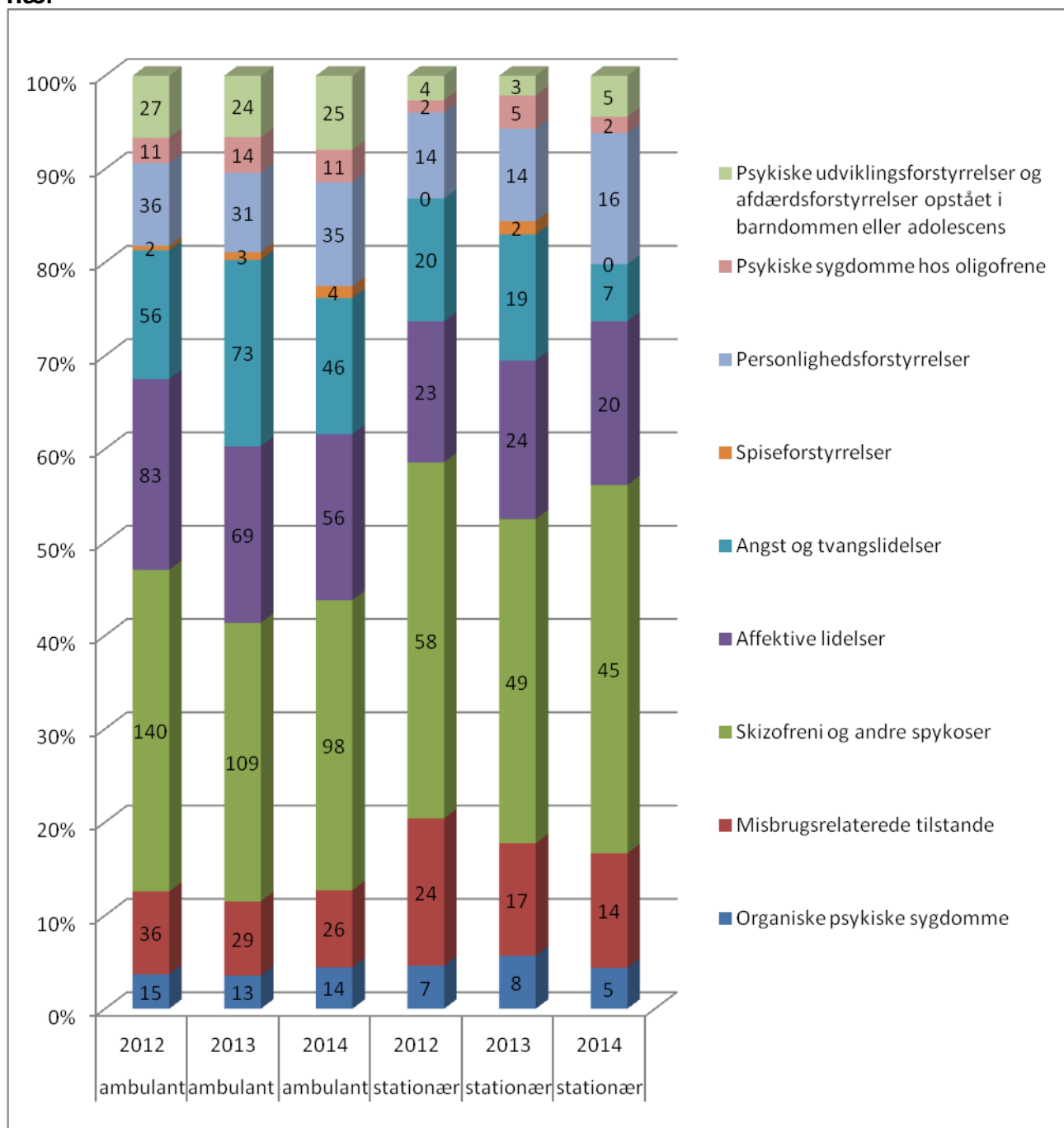
Det giver ikke mening at gå på diagnoseniveau, idet der kan være meget store udsving som følge af enkelt personer, men inden for skizofreni er der dog sket en stor stigning fra gennemsnitlig 14,6 sengedage til 28,9 sengedage i 2014. Antallet af udskrivninger gik fra 16 til 21 i samme periode.

Førtidspensionister

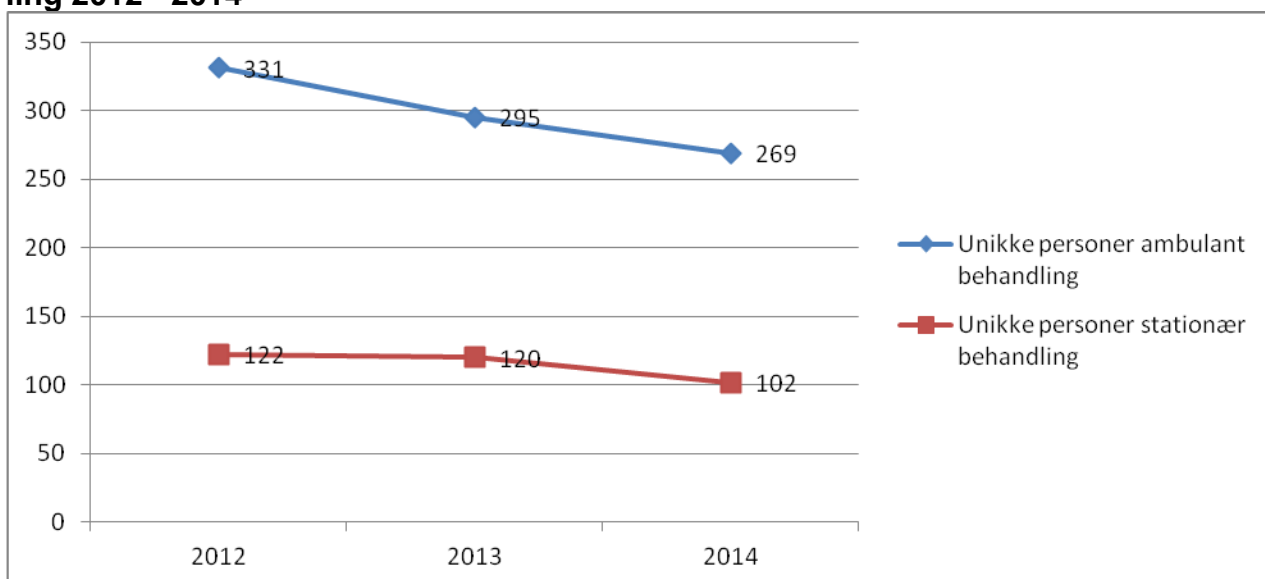
Borgere i Horsens Kommune på førtidspension har et anderledes sygdomsbillede. Den største gruppe er "Skizofreni", en gruppe der er næsten dobbelt så stor, som "Affektive lidelser" og "Angst og Tvangslidelser". Inden for gruppen af førtidspensionister er der en anden gruppe, der optager en del sengedage og ambulans behandling på sygehuset. Næmlig borgere med personlighedsforstyrrelser. Personlighedsforstyrrelser karakteriseres ved afvigelser indenfor kognition, følelsesliv, impuls kontrol og behovstilfredsstillelse, og interpersonlige forhold⁵. Førtidspensionisterne udgør mere end halvdelen af det samlede sengedagsforbrug på psykiatrisk afdeling.

⁵ Sundhed.dk

Figur 9: Diagnosefordeling på unikke cpr.numre, inden for førtidspensionister 2012- 2014 – ambulant og stationær



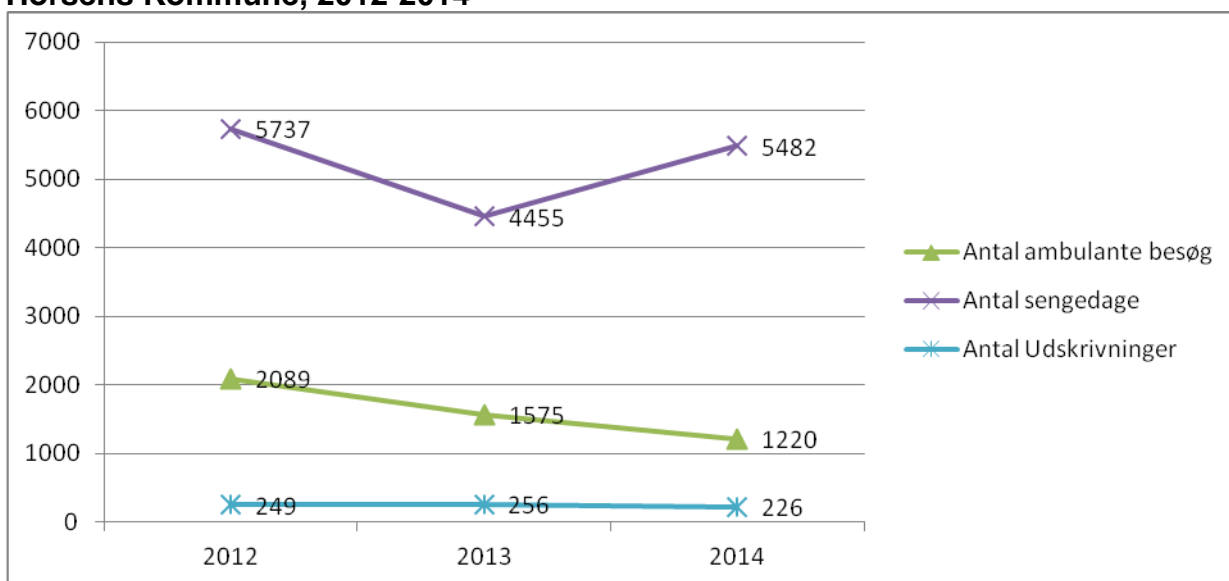
Figur 10: Unikke cpr-numre på førtidspension, i ambulat hlv. stationær behandling 2012 - 2014



Kilde: LAB / E-sundhed

Det største grupper på forbrug af sengedage er Personlighedsforstyrrelser, Affektive Lidelser og Angsttilstande, og tilsammen udgør de tre grupper omtrent halvdelen af al sygehusaktivitet for førtidspensionister. Inden for gruppen af førtidspensionister gør sig samme tendens gældende, at der i det enkelte år kan være stor indflydelse på aktivitetstallene som følge af en enkelt borger. Det giver således ikke mening at analysere på enkelte diagnoser over årene.

Figur 11: Antal besøg, sengedage og udskrivninger for borgere på førtidspension, Horsens Kommune, 2012-2014



Figur 12: Gennemsnitlig antal sengedage 2012 – 2014 – Sygedagpenge, revalidering og ressourceforløb

